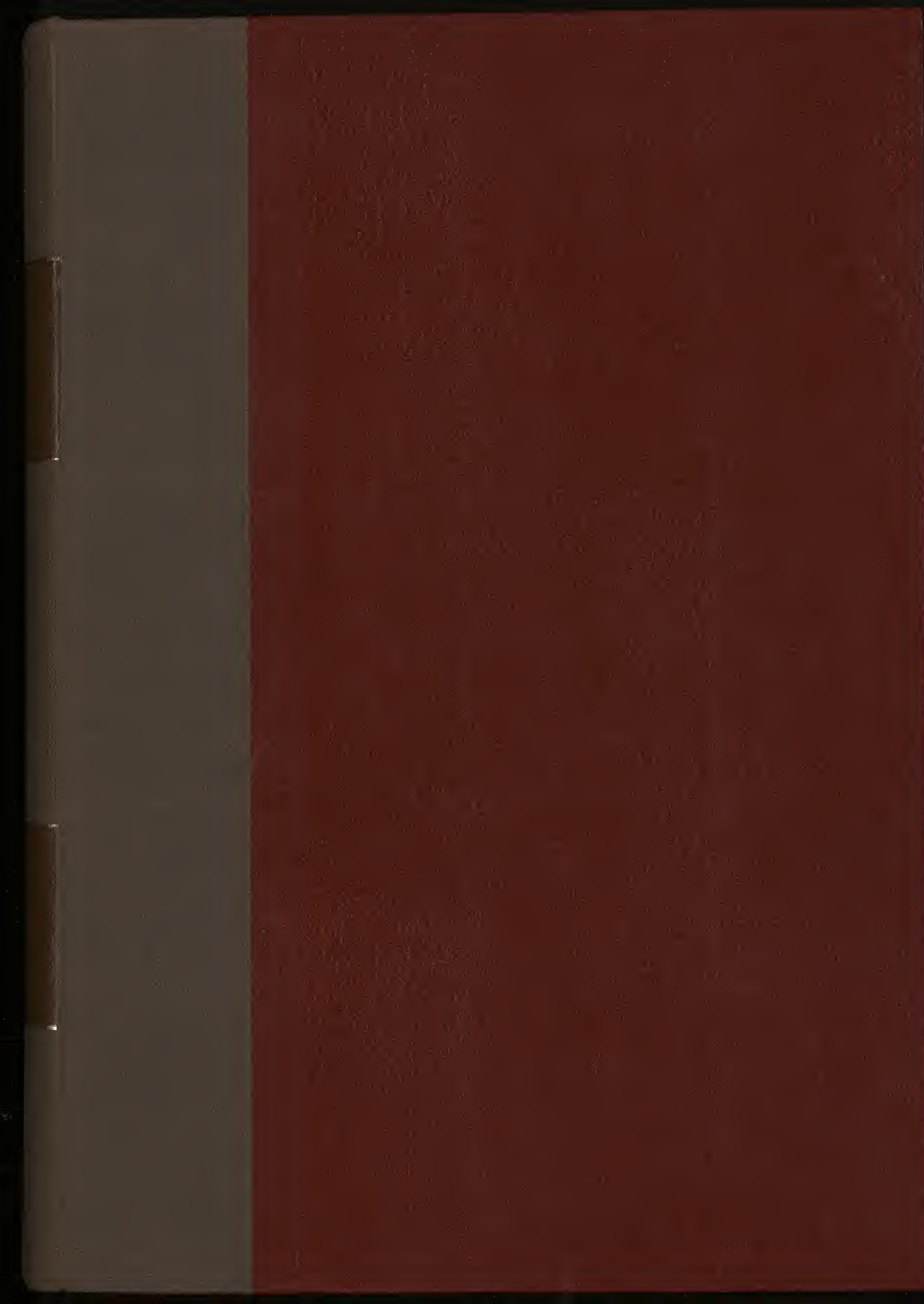


LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.



PARIS
AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX
RUE BONAPARTE, 13.

—

1859

N° 1. — MARDI 4 JANVIER 1859. (32e ANNÉE.) N° 1. — MARDI 4 JANVIER 1859

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finit le 31 décembre sont priés d'envoyer sans retard le prix de leur renouvellement.
Un mandat de poste au nom du directeur de la GAZETTE *est le mode de payement le plus sûr et le plus prompt.*
Les abonnés de la Belgique voudront bien s'adresser, pour leur renouvellement comme pour les réclamations qu'ils auraient à faire, à M. DECQ, *libraire à Bruxelles, rue de la Madeleine,* 9 ;
Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN *frères, libraires à Genève ;*
Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leurs pays.
Nous prions instamment nos abonnés de joindre à l'envoi de leur renouvellement la dernière bande imprimée du Journal, après y avoir rectifié les erreurs s'il y en a.

PARIS, LE 3 JANVIER 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

La dernière séance de l'Académie a été consacrée à des matières étrangères pour la plupart aux sciences médicales... étrangères ! Nous avons peut-être tort de nous servir habituellement de cette formule. Grand nombre de sujets traités à l'Institut sont étrangers sans doute à l'objet principal des sciences médicales proprement dites ; mais il en est peu qui soient entièrement indifférents au médecin, que son éducation scientifique, son savoir et l'influence que lui donne dans le monde sa position sociale, et ses relations avec toutes les classes de la société, mettent dans la nécessité de se tenir au courant des découvertes et du mouvement général des sciences. Aussi n'est-ce pas sans quelque regret que nous nous sommes vu souvent obligé de sacrifier ici à l'objet principal de nos préoccupations habituelles, le plaisir que nous aurions à signaler de temps en temps les importants travaux émanés des diverses sections des sciences physiques et naturelles. Et par exemple, sans aller plus loin, quelle plus intéressante, quelle plus haute question scientifique et plus digne d'être signalée à l'attention de tous les hommes qui s'intéressent aux progrès et à la marche de nos connaissances, que celle qui a été récemment soulevée devant l'Académie, et qui a été, de la part de deux de ses membres les plus éminents, MM. Despretz et Dumas, l'objet des considérations les plus élevées : nous voulons parler de la composition des corps réputés simples jusqu'ici !

Mais si une chose tempère le regret que nous éprouvons de ne pouvoir entretenir nos lecteurs de ces hautes questions, c'est la pensée qu'ils n'y perdront rien, et que celui de nos collaborateurs qui a bien voulu se charger dans une autre partie de ce journal de la revue générale de tous les sujets scientifiques, con[...]era, comme par le passé, à les tenir au courant de tout ce qui pourra les intéresser à cet égard.

Pendant que nous en sommes à l'expression de regrets et de vœux, nous ne laisserons pas échapper l'occasion de réclamer l'indulgence de nos lecteurs et celle des auteurs qui ont bien voulu nous faire part de leurs publications, pour le retard dont nous nous sommes très-involontairement rendu coupable à leur égard, entraîné que nous avons été presque incessamment par les questions d'actualité. Nous saisirons l'occasion de l'inauguration d'une nouvelle année scientifique pour jeter un coup d'œil général sur les principales publications de l'année qui n'ont pas encore été l'objet d'une analyse spéciale. — Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. ROBERT.

Opération de fistule vésico-vaginale pratiquée suivant la méthode américaine.

Depuis quelques années, les journaux américains, et plus récemment les journaux anglais, annonçaient au monde savant de nombreux succès obtenus dans les opérations de fistules vésico-vaginales. J'avoue que le récit de ces guérisons avait laissé quelques doutes dans mon esprit, doutes d'autant plus fondés qu'en France, malgré les importants travaux de M. Jobert sur ce sujet, la réussite des opérations de fistules vésico-vaginales n'était encore qu'exceptionnelle, tandis que les Américains comptent presque autant de succès que d'opérations.

A dire vrai, je crois que je conserverais encore les mêmes doutes sur les résultats de l'opération pratiquée en Amérique et en Angleterre, sans une circonstance fort heureuse qui a amené M. Bozeman, de Montgomery (Mormons), l'un des principaux promoteurs de cette méthode, dans nos salles, à l'Hôtel-Dieu; par un hasard heureux, nous avions alors dans la salle Saint-Paul une malade affectée d'une fistule très-large et très-rebelle. Nous présentâmes la malade à M. Bozeman, qui en présence des dimensions considérables de la perforation vésico-vaginale, hésita un peu à opérer la malade. J'insistai auprès du chirurgien américain, reconnaissant avec lui que le cas était très-difficile et lui affirmant d'ailleurs que l'insuccès en pareille circonstance ne serait nullement à mes yeux une raison suffisante pour amoindrir la valeur de ce procédé opératoire. Enfin il se rendit à mes instances et pratiqua l'opération. A ce propos, il développa devant nous les avantages de la méthode américaine, telle qu'elle est usitée actuellement après les diverses modifications qu'elle a subies.

Vous connaissez le résultat de l'opération pratiquée devant nous par M. Bozeman; il est fort beau; très-remarquable, et nous a convaincus entièrement de l'importance de cette méthode.

Enfin, l'un de nos internes, M. Dubrizey, dans un voyage qu'il vient de faire à Londres, a eu l'occasion d'assister à trois opérations de fistules vésico-vaginales pratiquées par M. Baker Brown; il a suivi ces malades; il a pris les observations, et, lors de son départ, il a pu constater que deux de ces femmes étaient complétement guéries : la troisième était encore en traitement, mais depuis son retour à Paris il a reçu une lettre de M. Baker Brown qui lui annonce la complète guérison de cette malade. Ainsi, en Angleterre, sur 3 opérations, 3 guérisons bien constatées par un témoin oculaire; c'est un résultat vraiment magnifique, et auquel les chirurgiens français ne sont pas habitués, il faut bien le dire.

Quelle est la raison de ces succès si nombreux en Amérique et en Angleterre, tandis qu'ils sont moins fréquents chez nous? Évidemment cette différence dans les résultats ne peut être attribuée qu'au choix de la méthode opératoire. Il sera donc fort intéressant de rechercher quels sont les principes fondamentaux de la méthode française comparativement à ceux de la méthode américaine, et d'examiner en détail les diverses modifications qu'elles ont subies l'une et l'autre depuis leur apparition jusqu'au moment actuel.

Disons d'abord que les fistules vésico-vaginales, assez rares en France, sont au contraire fréquentes en Angleterre et en Amérique, en raison de la position que dans ces deux pays on fait prendre aux femmes pendant l'accouchement : on les fait asseoir sur un fauteuil : le bassin est donc dans une position déclive, et la tête du fœtus presse fortement sur les parois du vagin; aussi les fistules sont-elles fréquentes. Les chirurgiens ont donc de nombreuses opérations à faire, et il paraît même que M. Baker Brown, à Londres, s'occupe spécialement de cette partie de la chirurgie.

Nous allons donner ici l'observation de la malade sur laquelle M. Bozeman a bien voulu faire devant nous l'application de sa méthode, puis nous examinerons sommairement les principes sur lesquels est fondée la méthode française, comparativement à ceux qui ont présidé à l'institution de la méthode américaine. Enfin nous exposerons en détail l'opération actuellement usitée en Amérique, et que dans ces derniers temps les chirurgiens anglais ont complétement adoptée.

Au n° 7 de la salle Saint-Paul est couchée la nommée Dubocq, âgée de trente-cinq ans, brunisseuse, entrée le 11 septembre 1858.

La malade, mère de neuf enfants, est chaque fois accouchée facilement et sans accidents. Au mois de juillet de cette année, elle accoucha pour la dixième fois. La présentation se fit par les fesses, et l'enfant arriva mort, après douze heures seulement de travail.

Les lochies furent peu abondantes; la malade n'eut pas de lait.

Elle resta au lit onze jours, urinant comme à l'ordinaire et ne présentant aucun symptôme qui pût lui faire soupçonner l'accident qui était arrivé pendant l'accouchement, et qui ne devait se manifester que plus tard.

Le douzième jour elle se leva et s'aperçut bientôt qu'il lui coulait entre les jambes un flot de liquide. Voici ce qui s'était passé : la paroi vésico-vaginale, fortement comprimée par le passage de l'enfant, s'était mortifiée, et l'eschare qui en était résultée ne s'était détachée que le douzième jour, alors que la malade étant debout, le poids des viscères abdominaux, pressant sur la vessie, avait déterminé la rupture des dernières attaches qui retenaient la portion gangrenée du vagin, et avait livré passage à un flot d'urine.

Depuis lors les règles ne sont pas revenues.

La malade entre à l'hôpital le 11 septembre, sept semaines après son accouchement. M. Verneuil, qui nous remplaçait alors, procède à l'examen et constate l'état suivant :

La santé générale est bonne.

La malade ne peut retenir ses urines; elle est constamment mouillée et n'éprouve jamais l'envie d'uriner; elle n'a pas conscience du passage de l'urine à travers la fistule. Rien ne sort pas l'urèthre.

On trouve sur la paroi vésico-vaginale, à droite de la colonne antérieure du vagin, une solution de continuité présentant environ 0,035 millim. de diamètre; la lèvre antérieure de cette perforation est située à $0^m,04$ de l'orifice vulvaire, et la lèvre postérieure est distante de $0^m,03$ du col utérin.

La muqueuse vaginale et la muqueuse de la vessie sont intimement soudées sur tout le pourtour de la fistule.

Le 21 septembre, M. Verneuil opère la malade. L'avivement est fait avec soin, et les lèvres de la plaie sont simplement réunies par la suture.

Les premiers jours qui suivent l'opération sont marqués par des envies d'uriner qu'éprouve la malade; mais bientôt on s'aperçoit que la réunion a totalement manqué; la malade, au 10 octobre, était dans le même état qu'avant l'opération.

Le 18 octobre, j'opérai à mon tour par un procédé autoplastique de Gerdy, qui consiste à dédoubler la cloison vésico-vaginale sur chaque lèvre de la plaie, de manière à obtenir deux lambeaux que l'on réunit par la suture enchevillée. Pendant trois jours l'urine passe par la sonde; mais le quatrième jour, des caillots sanguins s'écoulent par le vagin, et à dater de ce moment, les envies d'uriner disparaissent.

Le 2 novembre, j'examine la malade, et je constate que les lambeaux se sont sphacélés. La fistule présente les mêmes dimensions qu'auparavant, c'est-à-dire environ $0^m,035$ à $0^m,040^{mm}$ de diamètre.

La malade en était réduite à cet état, lorsque le 16 novembre, sur notre prière, M. Bozeman voulut bien l'opérer. Je passe sur les détails de l'opération que je vous ai décrite plus haut. Je me borne ici à constater que dix points de suture métallique (fil d'argent) furent placés pour réunir la plaie, et qu'aucune incision latérale ne fut pratiquée.

Le 18, le ventre est sensible, balloné. Je crains une péritonite latente. — Onguent napolitain belladoné et cataplasmes sur le ventre; potion avec camphre et opium, 10 centigrammes. L'urine coule par la sonde.

Cet état général et local persiste jusqu'au 22, époque à laquelle la fièvre diminue, le ventre redevient souple et n'est plus sensible. L'urine coule toujours par la sonde. La malade supporte mal l'opium, qui provoque des vomissements. On supprime l'opium, et le jour même elle a une garde-robe, mais sans effort.

Le 24, l'état général est très-bon. M. Bozeman enlève les points de suture. On peut voir alors que la réunion est complète dans les 19/20es de la plaie. Cette petite partie non réunie est située dans l'angle droit de la plaie. M. Bozeman rappelle alors qu'en cet endroit il avait vu l'orifice de l'urèthre au moment de l'opération, mais qu'il n'avait pas voulu le disséquer.

Pendant la levée de l'appareil, qui a duré près d'une demi-heure, l'urine s'accumule dans la vessie et la malade éprouve l'envie d'uriner.

M. Bozeman, obligé de quitter la France, nous recommande de laisser la sonde encore pendant sept jours dans la vessie, et de ne permettre à la malade de se lever que dans douze jours.

Le 5 décembre, la sonde est enlevée, et la malade commence à descendre de son lit. Elle éprouve des envies d'uriner.

Le 11, examen au spéculum. La plaie paraît complétement réunie; on n'aperçoit plus le petit pertuis que l'on avait découvert lors de la levée de l'appareil. Cependant la malade, qui urine sept ou huit fois par jour et retient parfaitement son urine pendant deux heures au moins, dit qu'elle se sent mouillée de temps en temps.

Des injections froides sont, comme les jours précédents, faites dans le vagin.

La malade continue à se lever; elle reprend des forces. Elle peut retenir son urine pendant deux heures, et en rend chaque fois environ un verre à pied.

Le 14, nouvel examen au spéculum. Le vagin est un peu humide au moment où l'on introduit l'instrument; une éponge passée sur les parois vaginales enlève toute trace d'humidité. Malgré les soins les plus minutieux et l'attention la plus sérieuse, il est impossible de découvrir le moindre pertuis. On attend quelques minutes pour voir s'il ne suintera pas un peu de liquide; le vagin reste parfaitement sec.

Comment donc expliquer ce fait, raconté par la malade, que quelquefois, après avoir gardé son urine pendant deux heures, elle se sent mouillée? Il n'y a que deux hypothèses possibles : ou bien il existe un pertuis, un trajet très-étroit, tellement petit que l'examen le plus attentif ne peut le faire découvrir; dans ce cas, on est obligé de faire

par la vessie des injections avec un liquide coloré, que l'on voit sourdre dans le vagin lorsqu'il existe une perforation ; mais chez la malade dont il est question, le vagin, une fois essuyé, reste parfaitement sec ; on ne peut donc admettre l'existence d'un pertuis. La seconde hypothèse, la seule probable dans le cas actuel, est celle-ci : les femmes qui ont eu une fistule vésico-vaginale conservent pendant un temps variable, après l'opération, une vessie très-petite et qui ne peut par conséquent contenir qu'une faible quantité d'urine. Ce fait du retrait des parois de la vessie sur elles-mêmes dans le cas de perforation de la poche urinaire est constant, et s'explique du reste très-facilement; ajoutez aussi que la capacité de ce réservoir est encore plus ou moins diminuée par suite de la perte de substance qu'il a éprouvée. Or notre malade peut garder ses urines pendant deux heures, c'est déjà certainement un immense progrès; mais cela nous prouve aussi que sa vessie est encore très-petite. Il est donc fort probable qu'il y a chez cette femme un peu d'incontinence d'urine au moment où la vessie est aussi distendue que possible, incontinence qui s'explique facilement d'abord par la faiblesse du col vésical chez toutes les femmes en général, et bien mieux encore par cette circonstance, que, dans ce cas particulier, M. Bozeman a été obligé d'intéresser le col de la vessie.

Enfin, le 18 décembre, je profitai de l'état du ciel, qui nous donnait un jour parfait, pour examiner de nouveau l'état des parties. Ce dernier examen n'a laissé aucun doute dans mon esprit. Il n'y a pas d'incontinence d'urine; rien ne sort par le méat urinaire. Le vagin, au moment où l'on introduit le spéculum et pendant que la malade reste tranquille, est et demeure parfaitement sec; mais quand la malade fait un effort, on voit suinter une gouttelette d'urine dans le vagin. Il y a donc un petit pertuis, mais tellement étroit qu'on ne peut le découvrir, quelque soin que l'on y apporte.

Nous pourrions pratiquer une injection colorée dans la vessie afin de reconnaître où siége ce pertuis; mais la malade se déclare parfaitement satisfaite de son état; elle garde son urine pendant plus de deux heures; elle n'est que très-rarement mouillée, et encore ne s'écoule-t-il à peine qu'une goutte de liquide. Elle demande à sortir de l'hôpital. Nous lui recommandons de faire matin et soir des injections astringentes dans le vagin, persuadé que nous sommes que ce petit pertuis, qui a déjà tellement diminué depuis un mois qu'on ne peut plus le découvrir aujourd'hui, finira par disparaître complétement.

C'est donc un nouveau succès à enregistrer au profit de la méthode américaine, succès d'autant plus remarquable que chez cette femme il y avait une perte de substance de 3 centimètres et demi à 4 centimètres, et que l'opération semblait offrir si peu de chances de succès, que M. Bozeman a longtemps hésité avant de la pratiquer.

Examinons maintenant en quoi consiste l'opération.

M. Jobert a pensé qu'une des causes d'insuccès dans le traitement des fistules vésico-vaginales consistait dans le trop grand écartement des bords de la fistule, et dans la tension considérable que subissaient les bords de la plaie quand on les rapproche par la suture, tension qui avait pour résultat la déchirure des tissus. Pour y obvier, il imagina alors de pratiquer des incisions dans le sens de la réunion, portant sur la paroi vaginale, soit latéralement, soit surtout en arrière, afin de permettre le rapprochement plus facile des bords de la plaie et de supprimer la tension déterminée par la suture. Le plus souvent ces fistules sont transversales; M. Jobert attire en avant le col de l'utérus, détache le vagin en arrière, et fait ainsi glisser la partie postérieure de la paroi vésico-vaginale d'arrière en avant; c'est une véritable opération autoplastique, que M. Jobert appelle *autoplastie par glissement;* ce n'est donc pas une simple réunion. Vous savez que dans quelques cas de bec-de-lièvre compliqué d'écartement du voile du palais, on pratique des incisions latérales pour faciliter la locomotion des tissus et leur rapprochement exact. Ces incisions latérales sont quelquefois aussi pratiquées dans les opérations de fistule vésico-vaginale; Dieffenbach y avait souvent recours en pareil cas. Enfin, M. Jobert, et plus tard M. Maisonneuve, ont dû détacher l'urèthre du pubis pour le faire glisser d'avant en arrière dans des cas où la perforation siégeait à la partie antérieure de la cloison vésico-vaginale.

En un mot, ce qui caractérise la méthode de M. Jobert, c'est la cystoplastie qu'il opère à l'aide d'incisions faites sur la paroi vaginale au pourtour de la fistule, afin de permettre la locomotion des tissus qui doivent oblitérer la perte de substance.

La méthode américaine actuelle est le résultat des travaux combinés de plusieurs chirurgiens, MM. Heyward (de Boston), Marion Symes (de New-York), et enfin Bozeman (de Montgomery), élève et ami de ce dernier, et dont l'opération et les instruments diffèrent peu de ceux de M. Marion Symes.

Cette méthode diffère totalement de celle de M. Jobert; c'est simplement et toujours une suture, et non pas une autoplastie : M. Bozeman affirme qu'il ne pratique jamais d'incisions, et qu'il n'y a pas même recours dans les cas très-graves avec large perte de substance.

Les chirurgiens américains ne pratiquent donc jamais d'incision. Le premier motif qu'ils allèguent, c'est qu'elles sont inutiles; certes, voilà déjà une excellente raison. Mais ils vont plus loin, et ils disent : Non-seulement les incisions sont inutiles, mais encore elles exposent à de grands inconvénients et même à de graves dangers; en effet, il faut abaisser l'utérus; or toute traction sur la matrice peut avoir pour résultat une inflammation du péritoine; mais la cause la plus fréquente des péritonites réside certainement dans les incisions, et il est incontestable que tous les ans un certain nombre d'opérées succombent de cette façon. En effet, quand le bistouri a traversé la cloison vésico-vaginale pour opérer le débridement, il pénètre dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, d'où l'inflammation peut se transmettre rapidement à la séreuse.

Il est bien évident pour tout le monde que les chirurgiens qui connaissent leur anatomie d'une manière aussi parfaite que M. Jobert, et qui possèdent une habileté manuelle aussi grande, ne vont pas blesser le péritoine. L'opérateur n'est donc nullement en cause; c'est la méthode opératoire; le bistouri intéressant le tissu cellulaire sous-péritonéal, peut avancer le développement d'une péritonite mortelle. En outre, ce tissu cellulaire contient des veines volumineuses dont l'inflammation peut être le point de départ d'une infection purulente.

Ces incisions, inutiles d'une part et dangereuses de l'autre, sont donc rejetées par les Américains, ce qui, comme on le voit, simplifie considérablement l'opération des fistules vésico-vaginales, et la ramène aux conditions d'une simple suture, analogue à celle du bec-de-lièvre non compliqué, du périnée, etc.

Cette opération comprend donc, comme toutes les sutures, deux temps : 1° avivement; 2° réunion.

Mais, avant de nous occuper du manuel opératoire, voyons un peu la position que les Américains donnent à la malade, et les instruments dont ils se servent pour écarter les parois du vagin.

On peut placer la malade de deux manières différentes : ou bien elle est couchée sur le dos, la tête basse, les jambes fléchies sur les cuisses, et celles-ci fortement fléchies sur le bassin, de sorte que le bassin est relevé, et la cloison vésico-vaginale est placée en haut : c'est la seule position usitée en France. Elle est assez facile à garder longtemps pour la malade; de plus, elle permet l'emploi du chloroforme : mais elle est gênante pour l'opérateur, qui ne voit pas très-bien ce qu'il fait; enfin le bas-fond de la vessie a, dans cette position, une tendance constante à tomber dans la fistule et à gêner considérablement la manœuvre; aussi faut-il le plus souvent introduire dans l'urèthre une sonde de femme avec laquelle on maintient la vessie et on l'empêche de faire hernie dans le vagin pendant l'opération.

Le second procédé consiste à faire coucher la malade sur les genoux et sur les coudes : la tête est basse, les jambes sont fléchies sur les cuisses, et celles-ci sur le bassin, qui est relevé; la paroi vésico-vaginale est placée en bas, et est plus facilement accessible à la vue et aux instruments. Cette position a de nombreux avantages sur la première : les viscères abdominaux ne pressent pas sur la vessie, et celle-ci n'a pas de tendance à faire hernie par la fistule. Enfin, l'urine s'accumule dans le bas-fond de la vessie et ne coule pas dans le vagin, ce qui est une circonstance favorable pour l'opérateur.

Il est vrai de dire que cette position est très-gênante pour la malade, surtout lorsque l'opération dure fort longtemps comme dans l'observation que nous donnons plus loin, opération qui a duré près de trois heures; mais cet inconvénient est léger, en comparaison des avantages immenses que l'opérateur tire de cette position. Quoi qu'il en soit, cette position est exclusivement adoptée par les chirurgiens américains, et fait partie intégrante de leur méthode.

Pour écarter les parois du vagin, il faut des spéculums. En France, on se sert de spéculums bivalves en métal, mais qui ne pourraient convenir la malade étant placée sur les genoux et sur les coudes. Le spéculum univalve en bois, que M. Jobert a fait construire pour déprimer la paroi postérieure du vagin, pourrait peut-être servir à la rigueur, mais il est loin d'offrir les avantages que présentent les spéculums américains. Ceux-ci sont en forme de gouttière recourbée sur elle-même, afin que, l'instrument étant placé dans le vagin, l'ampoule rectale soit fortement refoulée vers le sacrum, et la cloison vésico-vaginale soit ainsi entièrement accessible à la vue. Ils sont munis d'un manche très-long, que l'on peut saisir avec toute la main et tenir longtemps sans fatigue. D'après les indications de M. Bozeman, ce manche est constitué par un autre spéculum de même forme, mais de dimensions différentes, de sorte que, avec deux instruments de ce genre, on a quatre spéculums de grandeur variable et suffisants par conséquent pour tous les cas.

Le spéculum est confié à un aide qui lui imprime un léger mouvement de bascule, au moyen duquel le col de l'utérus est maintenu en place, et l'ampoule rectale est refoulée vers le sacrum; enfin, et ceci est important lorsqu'il s'agit d'une opération fort longue, l'aide peut prendre un point d'appui sur le dos de la malade et tenir longtemps le spéculum sans se fatiguer.

Les spéculums dont M. Bozeman se sert sont en cuivre argenté, à surface brillante, faisant office de réflecteur, et jetant beaucoup de lumière dans le vagin.

Passons maintenant à l'exécution du manuel opératoire. Il comprend deux temps :

1° Avivement;

2° Réunion.

UN MOT SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES D'AFRIQUE,

Par M. le docteur A. LEGRAND.

Nous avons peu l'occasion, à Paris, d'observer ces fièvres d'Afrique, qui offrent presque toujours le type intermittent ou rémittent, et qui trop souvent tuent au troisième ou quatrième accès.

Je viens d'avoir l'occasion, dans ma pratique, d'en observer un cas *terminé par la guérison;* tandis que j'étais informé qu'une autre personne, qui avait contracté la fièvre dans les mêmes conditions, mais dont on avait méconnu la gravité, *succombait au quatrième accès.*

Voici la relation succincte du premier fait et des renseignements authentiques sur le second :

Deux individus, remarquables par leur intelligence, l'un âgé de quarante ans, l'autre de trente; le premier sujet à de la céphalalgie, le second n'ayant jamais été malade, arrivèrent à Oran (Algérie) vers le 15 août dernier, au moment des grandes chaleurs et alors que les fièvres y régnaient.

Tous deux, après un séjour de quinze à vingt jours, en partirent pour revenir en France, le plus âgé en passant par Alger. Ils se réunirent à Marseille, et furent de retour à Paris le 7 septembre. Tous deux s'alitèrent le 8, n'offrant que des symptômes peu graves : embarras gastrique avec un état fébrile marqué.

Je fus appelé auprès du plus jeune de ces malades le 11. Après un examen attentif, je crus, avec un médecin qui m'avait précédé, à l'existence d'une fièvre muqueuse sans complication grave.

En effet, la tête me parut libre, sauf quelques rêvasseries la nuit; les poumons fonctionnaient régulièrement, quoiqu'il existât un peu de toux; et le ventre était souple, indolent et sans gargouillement, quoique la langue révélât un état saburral très-prononcé. Je purgeai le malade, ce qui avait déjà été fait; je prescrivis des cataplasmes émollients maintenus continuellement sur le ventre, et pour tisane l'infusion de fleurs de mauve avec les sirops de cerises ou de groseilles, et bue en abondance.

Malgré des nuits agitées et sans sommeil, cette médication parut réussir, et la maladie n'offrit aucune aggravation, lorsque la mort de l'ami de mon malade, arrivée le 15, excita fortement mon attention. Aussi quand, ce même jour, je reconnus dans la marche de la fièvre des rémittences marquées, mais irrégulières, je prescrivis le sulfate de quinine à doses réfractées (5 centigr. d'heure en heure), en même temps que je fis donner du bouillon de poulet pour combattre l'extrême faiblesse dont se plaignait le malade.

Le 17 au matin, il était si bien, que je le crus entré en convalescence. Mais le lendemain la fièvre était revenue, et je crus reconnaître dans l'intelligence quelque chose de vague qui ne permettait pas de douter qu'il n'y eût vers le cerveau quelque réaction fâcheuse, dont il a fallu reconnaître l'évidence depuis que le malade est revenu à la santé. C'est alors que j'en appelai aux lumières de notre savant confrère M. le docteur Rayer, qui avait aussi vu, en consultation, le premier malade, *mais in articulo mortis!* Frappé encore de ce dernier événement, son pronostic fut effrayant. Il paraissait, du reste, légitimé par la fréquence, l'irrégularité et la mollesse du pouls, par l'oppression et par l'état de prostration qu'accusait le malade, dont l'intelligence me parut encore moins nette.

Nous convînmes :

1° De l'application de ventouses scarifiées en arrière et à la base du poumon droit, suivie d'un large vésicatoire mis à côté pour combattre la *stase du sang*, que la percussion et l'auscultation nous révélèrent dans cet organe;

2° D'une nouvelle purgation (eau minérale naturelle de Pullna) pour le lendemain matin;

3° Et enfin du sulfate de quinine à hautes doses.

Ce programme fut strictement rempli, et mon malade prit le 19, à midi, 60 centigrammes, et à huit heures du soir, 30 centigrammes de sulfate de quinine, et cette dernière dose matin et soir le 20, et enfin 30 centigrammes les 21 et 22 au matin.

Sous l'influence de cette médication énergique, le pouls se calma, se régularisa, prit de l'ampleur, et une sueur évidemment critique, qui se manifesta le 22 au matin, jugea la maladie.

Depuis ce moment mon malade était entré, presque sans transition, en pleine convalescence, et je n'eus plus qu'à régler son alimentation.

La fièvre intermittente d'Afrique, qu'à bon droit on peut appeler pernicieuse, n'affecte pas toujours une forme si rapide et si effrayante, et il arrive assez souvent qu'elle passe à l'état chronique, et qu'elle persiste même quand les malades ne se trouvent plus dans les conditions qui l'entretenaient. Sous cette forme, elle devient presque toujours rebelle au sulfate de quinine, et c'est alors qu'il faut la combattre par la potion de Peysson, moyen que M. Duhamel et moi avons plusieurs fois recommandé dans ce recueil, et dont je donnerai ici de nouveau la formule.

Tartre stibié.	0,05
Eau distillée simple.	50 grammes.
Eau distillée de tilleul.	50 —
Sirop de pavots blancs.	50 —
M.	

Potion à prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure avant l'accès, mais par doses croissantes jusqu'au moment de l'invasion, puis ensuite rapidement décroissantes.

Je rappellerai, pour finir, qu'indépendamment des observations auxquelles je faisais tout à l'heure allusion, et qui sont encore antérieures, j'ai publié dans ce même journal (27 décembre 1849, 3e série, t. I, p. 609) une belle observation de l'emploi de la potion de Peysson, qui offre, à mon avis, une médication aussi puissante qu'elle est économique.

POLYPE FIBREUX NASO-PHARYNGIEN.

Ablation par fragmentation au moyen d'une pince à écrasement. Guérison.

Par M. le Dr LETENNEUR, professeur à l'École de médecine de Nantes.

Le nommé Liénard, âgé de vingt et un ans, coutelier, demeurant à Palluau (Vendée), vint réclamer mes soins le 15 septembre 1856, pour un polype qu'il portait dans la fosse nasale droite.

Ce jeune homme avait toujours eu une bonne santé jusqu'à la fin de nnée 1853, époque où il commença à se plaindre d'une céphalalgie venant par excès comme la migraine et d'un enchifrènement habi- l. Le 3 janvier 1855 eut lieu un saignement de nez assez abondant, fut arrêté au moyen du tamponnement de la partie antérieure de la rine. A partir de ce jour, l'air a cessé complétement de passer du é droit; cependant, ce n'est qu'un an plus tard qu'on reconnut xistence d'un polype, et ce n'est qu'au mois de mai 1856 que Lié- rd se décida à demander les secours de la chirurgie.

La tumeur ne faisait alors aucune saillie dans le pharynx, et le chi- rgien auquel le malade s'était adressé crut pouvoir détruire le mal moyen de l'arrachement.

Il fit dans ce but dix-huit teutatives séparées par des intervalles de elques jours. La pression des mors de la pince sur le polype donna constamment à des hémorrhagies considérables qu'on ne pouvait rimer qu'à l'aide du tamponnement avec de la charpie imbibée de chlorure de fer.

Les hémorrhagies produisirent un affaiblissement général, de la pâ- , et même un certain degré d'anasarque, qui existait encore lors- je vis le malade pour la première fois.

endant ce temps, le polype avait continué à faire des progrès, et ce que je constatai le 15 septembre 1856. La narine droite était plie, distendue et déformée par la tumeur, qu'on apercevait très-bien avant, avec sa coloration rosée, et dont on pouvait reconnaître avec doigt la consistance ferme et l'immobilité. La joue était plus grosse celle du côté opposé; il y avait une exophthalmie très-prononcée, a vue était sinon abolie, du moins notablement affaiblie; en même ps il existait un larmoiement continuel et des douleurs névralgi- s dans toutes les dents du côté droit de la mâchoire supérieure; la son des fosses nasales était déjetée à gauche. La voûte palatine ait pas déformée, mais le côté droit du voile du palais était dé- né, et le doigt porté dans le pharynx y retrouvait le polype ob- ant complétement l'orifice postérieur de la fosse nasale et dépassant rrière les bords de cet orifice. En pressaut fortement avec le doigt, ouvait que la fixité de la tumeur était aussi grande en arrière n avant.

'existence d'un polype fibreux volumineux était évidente, et, en ence des désordres qu'il avait déjà produits, il me paraissait diffi- d'en débarrasser le malade sans lui faire subir quelque grave mu- ion, telle que la section de la voûte palatine et du voile du is, peut-être même l'ablation partielle ou totale du maxillaire érieur.

pendant je voulus tenter la ligature, bien que l'expérience m'ait dé- tré plus d'une fois qu'il est le plus souvent impossible de fixer e de fil sur le pédicule de la tumeur.

eus recours à deux sondes de petit calibre en caoutchouc courbées moyen d'un mandrin, et que je dirigeai sur les parties latérales et rieures de la tumeur, de manière à arriver aussi près que possible a base.

rès bien des tâtonnements, surtout du côté externe, je conduisis eux sondes dans le pharynx, et, les poussant sur leurs mandrins, s amenai dans la bouche, où je fixai à leur extrémité les deux chefs a ligature.

s sondes furent retirées de la même manière qu'elles avaient été duites; mais lorsque je voulus faire des tractions sur la ligature gée dans un serre-nœud, le fil glissa, et je restai convaincu qu'il t avoir recours à un autre moyen.

pendant cet essai ne fut pas iuutile, car je songeai que s'il m'était ible de faire passer par le chemin que les sondes avaient suivi, ngues pinces analogues à l'entérotome de Dupuytren, mais plus es, plus mordantes et courbées pour s'adapter à la voûte des fos- nasales, je parviendrais à écraser, par une pression graduée, la du polype.

lle est l'idée que je m'empressai de mettre à exécution, bien que eusse à ma disposition qu'un instrument qui n'avait pas été fabri- dans le but que je voulais atteindre, et dont les mors avaient évi- nent une longueur insuffisante.

ntroduisis séparément, et non sans peine, les deux branches de la que j'assemblai ensuite, après quoi je serrai l'écrou assez forte- , sans que le malade éprouvât beaucoup de douleur. J'avais saisi portion considérable de la tumeur, mais non le pédicule lui-même, a pince ne pouvait aller jusque-là.

écoulement de sang fut modéré. La pince resta en place pendant ures, et dans cet intervalle de temps l'écrou fut serré plusieurs jusqu'au rapprochement complet des branches; au bout de ce , une traction exercée sur la pince permit de l'enlever, et avec ne partie du polype, dont je pus alors examiner la structure : t bien du tissu fibreux très-dense et très-résistant. Toute la partie ieure de la fosse nasale était ainsi devenue libre.

elques jours après, je réappliquai la pince, qui resta en place deux encore; je l'enlevai pour laisser reposer le malade, sans que cette y ait eu de résultat appréciable.

x autres applications furent faites ensuite et avec succès. Nous s donc enlevé trois fragments du polype; mais toute la partie ieure existait encore, et lé pédicule n'avait pas été atteint : le ifficile et le plus important restait donc à faire.

malade, fatigué de ces opérations répétées, va passer quinze jours ampagne, et revient à Nantes bien déterminé à n'en repartir que étement guéri.

dant ce temps, j'avais fait fabriquer une pince plus longue et plus ée, pouvant pénétrer jusqu'au delà du polype.

troduction de cette nouvelle pince me permit de reconnaître, à du doigt porté dans l'arrière-bouche, la situation exacte du le.

branche interne s'appliquait sur la base du vomer, la branche e était arrêtée beaucoup plus bas, de sorte qu'on en pouvait con- que l'insertion avait lieu de ce côté à la moitié supérieure envi- l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde.

n, le doigt permettait de constater qu'en arrière le pédicule antait en partie sur l'apophyse basilaire.

égalité de hauteur des espaces qui limitaient latéralement le pé- de la tumeur, rendit très-difficile l'application de la pince, qui, au moment où on serrait l'écrou, s'inclinait immédiatement, de sorte que sa convexité répondait au côté externe de la fosse nasale, et y causait une compression très-douloureuse.

Si, pour éviter cet inconvénient, on maintenait la pince dans sa position droite, les branches ne se correspondaient plus par leurs extrémités, l'instrument se faussait et la compression était insuffisante.

Cependant, après deux applications nouvelles, un morceau assez volumineux se détacha par la suppuration, et il ne resta plus que la portion attenant directement au pédicule, et qui jouissait désormais d'une grande mobilité.

C'est alors que j'eus la pensée de saisir cette partie entre les mors d'un lithotribe de petit volume, afin de l'écraser en quelques minutes. L'instrument pénétra aisément; mais l'extrémité recourbée des mors étant trop longue, la tumeur ne fut pas saisie convenablement. D'un autre côté, un écoulement de sang assez abondant me fit renoncer à cette tentative, que j'ai voulu noter cependant ici, parce que au moyen d'un instrument construit d'après le même système, mais mieux approprié à la disposition des parties, on pourrait, ce me semble, dans certains cas donnés, arriver à d'excellents résultats.

Enfin, je parvins à saisir solidement le pédicule avec ma pince; la douleur fut vive au moment de la constriction; le lendemain, j'imprimai à l'instrument des mouvements en sens divers et d'énergiques tractions; je sentis un craquement qui annonçait la déchirure des tissus; mais le polype résistait encore. J'enlevai la pince, et quelques jours après, les derniers débris de la tumeur tombèrent, en laissant à l'air un libre passage.

Le doigt ne retrouvait plus de traces de la tumeur à son point d'implantation.

Le malade quitta Nantes le 15 décembre, ayant encore un léger écoulement purulent par la narine.

Trois semaines après, je recevais une lettre de Liénard, qui m'annonçait que son état était aussi satisfaisant que possible.

Depuis ce moment il est venu plusieurs fois me voir, et j'ai pu m'assurer que la guérison était complète.

HALLUCINATIONS OBSERVÉES CHEZ UN JEUNE ENFANT pendant la convalescence d'une pneumonia aiguë.

Par M. le docteur Thore, ancien interne des hôpitaux, etc.

P..., garçon âgé de cinq ans, d'une constitution délicate, a déjà eu, il y a deux ans, une fièvre typhoïde grave.

Le 5 avril 1858, il tombe encore malade. Il a une fièvre intense, douleur aiguë au côté gauche de la poitrine, matité du tiers inférieur de ce côté; bronchophonie, souffle, etc. La pleuro-pneumonie est bien caractérisée. — On applique quatre sangsues au siége; cataplasmes, sinapismes.

Le 6, état stationnaire; la fièvre persiste, ainsi que la dypsnée; la douleur est moindre; l'état local reste le même.

Le 7, persistance, sans aggravation des accidents. Il y a toujours de la gêne dans la respiration; la fièvre a un peu diminué. On applique un vésicatoire volant sur l'omoplate gauche.

Le 8, la résolution s'opère, et le petit malade paraît entrer en convalescence. La fièvre a tout à fait cessé.

Le 9, retour de l'oppression et de la fièvre; agitation; matité au sommet du poumon droit, avec tous les symptômes déjà indiqués pour le côté gauche.

L'enfant a été très-affaibli par l'émission sanguine; on ne juge point à propos de la renouveler. On applique un vésicatoire volant sur l'omoplate du côté droit.

Le 10, les accidents paraissent promptement céder à cette application.

Le 11, le mieux continue.

Le 13, l'enfant est sans fièvre; il est tout à fait bien. Dans la nuit, on vient m'éveiller pour le voir, attendu qu'il est, dit-on, au plus mal. Je le trouve en proie à de violentes hallucinations de la vue et de l'ouïe. Il est dans une extrême agitation. Il voit *des rats et des chats qui entrent dans la chambre et courent après lui; des personnes pénètrent dans sa chambre à travers les murs, le menacent et veulent l'emporter*; il dit que *le plafond s'entr'ouvre pour laisser passer des bras dans l'intervalle des solives*. Il n'a point de fièvre; la peau est fraîche et le pouls sans fréquence. L'examen de la poitrine ne révèle aucun trouble dans les fonctions des poumons. La double pneumonie n'a laissé aucune trace.

On applique quelques sinapismes, et une potion calmante avec 3 centigrammes d'extrait thébaïque est prescrite.

La journée a été fort paisible. Aucun accident; pas de fièvre. Il mange un peu.

Aux approches de la nuit il commence à s'agiter; il a encore quelques hallucinations; elles sont moins prononcées que celles de la veille et ne lui causent point la même terreur. On donne encore quelques cuillerées de la potion, et il s'endort assez facilement.

Le 16, état complétement satisfaisant; il mange avec appétit. Le soir, il est fort calme, s'endort de bonne heure et n'a point de visions.

Le 19, il est tout à fait rétabli.

J'ai déjà rapporté de nombreux exemples d'hallucinations observées pendant le cours et surtout au déclin de la pneumonie aiguë. Dans quelques cas, on a pu attribuer cette complication à l'abus des boissons alcooliques. Ici, cette cause ne peut être invoquée. Il faut bien admettre que l'affection aiguë a suffi pour les déterminer. Comme nous l'avons vu, les hallucinations se sont manifestées lorsque tous les symptômes de la pneumonie avaient disparu et au milieu d'une apyrexie complète. Elles paraissent avoir été produites par des causes d'affaiblissement : privation d'aliments, perte de sang, etc. Elles ont cessé à la suite de l'administration de quelques cuillerées d'une potion opiacée et de légers aliments.

Des maladies d'ailleurs assez légères peuvent causer des hallucinations. Il est bon de le savoir, pour ne point porter au début d'une maladie un pronostic trop sévère.

Tout récemment, j'ai vu un garçon âgé de six ans, qui a éprouvé un violent accès de délire, dans lequel prédominaient des hallucinations de la vue qui semblaient le terrifier. Tout cela a duré plusieurs heures, au grand effroi des parents. Le lendemain, il se formait un petit abcès derrière l'oreille gauche, qui fut promptement guéri après une incision.

Au lieu d'être initiales, comme dans ce dernier cas, où terminales, comme dans le premier, les hallucinations se développent quelquefois dans la période d'augment d'une affection aiguë.

Le 14 septembre 1858, je donnais des soins à une jeune fille de douze ans, atteinte de scarlatine confluente. Il y avait complication d'angine scarlatineuse. Au troisième jour de l'éruption, il y eut dans la soirée des hallucinations d'une extrême intensité. *Son lit était, disait-elle, inondé de puces qu'elle enlevait à pleines mains; elle était entourée de mariées qui dansaient autour d'elle couronnées de fleurs.* Elle eut encore le lendemain quelques hallucinations plus courtes, et qui disparurent bientôt en même temps que l'éruption et la fièvre.

Nous nous proposons, du reste, de revenir sur ce sujet à propos de nouvelles observations que nous avons recueillies pendant le cours de la variole.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 décembre 1858. — Présidence de M. Deguise fils.

A propos du procès-verbal, M. Marjolin rapporte les faits suivants :

Ce matin, dit-il, j'ai eu occasion de voir dans le service de mon collègue, M. Barthez, un enfant de quatre ans atteint de croup, et qui venait de rendre une fausse membrane de plus de 11 centimètres de long. Chez un autre enfant qui avait succombé l'avant-veille, on m'a montré un tube de plus de 15 centimètres qui avait été extrait pendant l'opération. Ces faits répondent suffisamment à une observation qui avait été faite dans la dernière séance.

M. Boinet. Je me suis étonné, et je m'étonne encore qu'une fausse membrane d'une pareille longueur puisse sortir d'une seule pièce. J'admets bien qu'on en trouve à l'autopsie; mais quand elles sont expectorées, elles sont ordinairement retirées par morceaux.

M. Chassaignac trouve extraordinaire que cette fausse membrane dont il a été question dans la dernière séance, ait été expectorée à la sixième semaine de la maladie. Il demande s'il n'y aurait pas là une erreur.

La question de M. Chassaignac étant restée sans réponse, M. Laborie dépouille la correspondance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Giraldès, qui demande un congé d'un mois pour cause de santé.

2° Une lettre de M. Ferrand, auteur du travail analysé par M. Guersant dans la précédente séance.

M. Ferrand dit que c'est par un *lapsus calami* qu'il a parlé d'une fausse membrane de 15 centimètres; c'est 15 millimètres qu'il voulait dire. M. Ferrand demande à être porté sur la liste des membres correspondants.

3° Une lettre de M. le docteur Merchie, médecin principal à Gand qui demande le titre de membre correspondant étranger. M. Merchie donne la liste de ses titres scientifiques.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE.

1° M. Cloquet fait hommage à la Société d'un exemplaire de son rapport fait à l'Académie des sciences sur un mémoire intitulé *Recherches sur le développement des dents et des mâchoires*, par M. le professeur Nathalis Guillot. Ouvrage accompagné de dessins faits d'après nature par l'auteur. (Commissaires, MM. Flourens, Coste, J. Cloquet, rapporteur.)

2° M. le docteur Pfeiffer adresse un mémoire imprimé, intitulé : *Etude anatomo-pathologique sur une tumeur du genre collonema*. (Remercîments.)

3° M. J. Benoît, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, adresse une brochure intitulée *Situation et tendances de la médecine moderne*. (Remercîments.)

4° La Société reçoit les journaux de la semaine.

— A propos de la correspondance, M. Larrey donne lecture de la lettre suivante qu'il a reçue de M. Clot-Bey, membre correspondant, sur deux cas de lésions traumatiques des os, et sur leur réparation par le périoste.

Marseille, le 13 décembre 1858.

« Très-cher confrère et ami,

» Je lis dans le bulletin de la séance de l'Académie des sciences, inséré dans l'*Union médicale* du 11 décembre, que M. Velpeau dépose une note de M. Ollier, de Lyon, intitulée : *Physiologie et anatomie pathologique du périoste*, ayant pour objet de démontrer que l'os se forme aux dépens de cette membrane. Je lis également dans le bulletin que M. Flourens réclame la priorité de cette opinion, qu'il résume en ces termes : L'os est formé dans le périoste.

» Je partage depuis longtemps cette manière de voir, qui m'a été suggérée par un fait pathologique concluant, et que j'extrais de notes prises il y a près de vingt-huit ans. Le voici :

Obs. I. — *Nécrose de cinq pouces du corps du fémur renfermé dans un os de nouvelle formation. Extraction du séquestre par la trépanation. Guérison.*

» En septembre 1830, je reçus à l'hôpital d'Abou-Zabel le nommé Nicolas M..., que le docteur Pariset avait engagé à venir se faire traiter par moi lorsqu'il le vit à Beyrouth, dans son exploration des côtes de Syrie, avec la commission qu'il présidait.

» Le malade me raconta comment, après avoir joui jusqu'à l'âge de quatorze ans d'une santé parfaite, il fit une chute d'une hauteur de dix

à douze pieds sur un sol pierreux, et se contusionna fortement la hanche et la cuisse gauche, qui restèrent quelque temps engourdies. Néanmoins, il put regagner à pied son domicile, à une distance de vingt minutes environ du lieu de l'accident. Une douleur très-vive se déclara alors ; il survint du gonflement, de l'inflammation, et le malade dut garder le lit. Un médecin du pays borna son traitement à l'emploi de quelques moyens sans effet. Cependant un abcès se forma, s'ouvrit spontanément, et donna issue à une grande quantité de pus dont l'évacuation amena du soulagement. Ce premier abcès fut suivi de plusieurs autres à différents intervalles, formant autant de points fistuleux.

Quatre ans s'écoulèrent. L'état de souffrance de ce jeune homme le jeta dans le marasme. Il était réduit à ne recevoir d'autres secours que ceux des empiriques, et à de rares intervalles, les conseils de quelques médecins voyageurs ou des officiers de santé du service de la marine militaire venus au mouillage de Beyrouth.

Enfin, en 1830, il arriva en Égypte, d'après le conseil du docteur Pariset, et fut admis à l'hôpital d'Abou-Zabel. Lorsque je le reçus, le 26 septembre, il était dans l'état suivant : Maigreur extrême, diarrhée, pouls fréquent avec exacerbation fébrile le soir ; il ne pouvait se soutenir qu'au moyen de béquilles ; la jambe gauche était à demi fléchie, son extension étant devenue impossible, et tout le membre était atrophié. Sur la cuisse, couverte de cicatrices, on observait encore trois points fistuleux résultant des abcès. L'un occupait le tiers supérieur interne ; le second était situé à la partie interne, mais plus bas ; le troisième à la partie externe inférieure, vis-à-vis le précédent.

» En sondant ces différentes ouvertures, je reconnus qu'elles pénétraient dans l'intérieur de l'os ; je fus surtout frappé du volume du fémur, et je découvris un corps mobile paraissant ne pouvoir être autre chose qu'un séquestre enfermé dans un os de nouvelle formation. Je pus m'en assurer d'une manière plus exacte en introduisant le doigt par la deuxième fistule, assez large pour cet effet. Je constatai ainsi l'existence d'un corps mobile volumineux, et je pus même distinguer le peu d'épaisseur des parois du nouvel os de ce côté.

» L'état du malade me parut si grave que je crus ne rien devoir entreprendre sans lui avoir rendu un peu de forces par un régime analeptique et par le repos.

» Enfin, je l'examinai de nouveau le 23 octobre, et je me décidai à l'extraction du séquestre. La partie externe et inférieure de la cuisse, où se trouvait déjà une ouverture assez large, m'était naturellement indiquée pour procéder à l'opération. Je pratiquai donc une incision de cinq pouces partant de ce point et suivant de bas en haut l'intervalle qui sépare le faisceau externe du biceps du bord du muscle crural. Je mis ainsi à découvert la partie correspondante du nouvel os ; j'en isolai les parties molles en les détachant sans trop les disséquer, et, dans la crainte de trop affaiblir le patient par la douleur et l'hémorrhagie, je bornai là l'opération, me réservant de la terminer quelques jours plus tard ; je plaçai des tampons de charpie entre les lèvres de la plaie afin de tenir les chairs écartées.

» Cinq jours après, j'enlevai l'appareil. L'os se trouvait parfaitement à nu, et il me fut facile d'appliquer deux couronnes de trépan à peu de distance l'une de l'autre. Au moyen de la gouge et du maillet, je détachai les portions d'os comprises entre l'ouverture et les couronnes. J'obtins ainsi une brèche de 4 pouces et demi de long sur un pouce de large. Néanmoins elle n'était pas suffisante pour donner passage au séquestre. Je ne crus pas pouvoir l'agrandir dans la crainte d'affaiblir la coque du nouvel os et de l'exposer à une fracture, accident très-grave, eu égard au peu d'épaisseur de ses parois. C'eût été rendre la réunion impossible, en provoquant une fausse articulation. Je me décidai à rompre le séquestre à l'aide d'un fort davier, et dès lors je pus l'amener en fragments. Je couvris la plaie de charpie molle, sur laquelle j'appliquai des compresses circulaires, le tout maintenu par des tours de bande.

» Le malade éprouva peu de douleur et perdit très-peu de sang. Il fut assez calme pendant le reste de la journée, et il n'y eut pas de réaction fébrile.

» Le lendemain, je pus lui permettre des soupes légères. Il resta dans cet état pendant les jours suivants jusqu'au 3 novembre, où je changeai le pansement, et ensuite jusqu'au 5, où je le renouvelai. Mais en enlevant l'appareil, je trouvai des débris d'os mêlés au pus. En portant le doigt dans la cavité de l'os, je découvris une lamelle longue d'un pouce et demi, et dont je fis l'extraction. Ce fragment d'os complétait la portion extraite du fémur. Dès lors la suppuration, abondante et séreuse jusque-là, devint louable, diminua, et la plaie marcha rapidement vers la guérison.

» L'état général du malade s'améliorait. Je pus lui permettre une nourriture plus substantielle. Les parois du nouvel os s'affaissaient insensiblement et amenaient le rétrécissement de la brèche. En moins de deux mois, la plaie fut complétement cicatrisée, et ne laissa d'autres traces qu'un sillon très-profond le long de la cuisse.

» Pendant le traitement, j'avais par degré ramené la jambe à sa rectitude naturelle. Le malade dut marcher quelque temps encore avec des béquilles, qu'il abandonna bientôt pour ne se servir que d'une canne.

» Le 4 mars, il retourna à Beyrouth complétement guéri.

» Ce jeune homme, d'une constitution chétive, acquit ensuite une santé parfaite. Lorsque je le revis trois ans plus tard, je le trouvai grand, robuste, et se servant de son membre comme s'il n'en avait jamais souffert.

» Il est aujourd'hui à la tête d'une des maisons de commerce les plus importantes de Beyrouth.

» Le séquestre, dont je pus réunir les fragments, forme un cylindre creux de cinq pouces de longueur, représentant exactement le volume du corps du fémur. La surface externe est rugueuse, d'une teinte foncée striée de noir ; les extrémités amincies et irrégulièrement découpées.

» La chirurgie ne compte pas un grand nombre de cas de ce genre, car la nécrose invaginée avait atteint toute l'épaisseur du corps du fémur, et déterminé l'ossification du périoste. Cependant ces efforts auraient été impuissants à expulser le séquestre, et le malade aurait probablement succombé si l'art ne fût venu seconder les efforts de la nature.

» Mes réflexions sur ce fait me portèrent dès lors à penser que le périoste avait concouru à la formation d'un nouvel os, ce que je tiens à constater comme confirmation de l'opinion émise par MM. Flourens et Ollier. »

Obs. II. — *Balle pénétrant dans le canal médullaire du tibia par la partie supérieure. — Séjour de quatre mois. — Extraction du projectile par la trépanation de la partie supérieure de l'os. — Guérison.*

« En 1836, dans la révolte de Jérusalem, un colonel de l'armée égyptienne, Moustapha-Bey Cavalali, âgé de 36 à 38 ans, fut atteint d'une balle au-dessous du genou, à la face de la jambe, en poursuivant les insurgés réunis sur une hauteur. Malgré cette blessure il put rester encore quelque temps à cheval ; mais bientôt la douleur devint si vive, qu'il fut forcé de se faire transporter chez lui.

» Le chirurgien-major du régiment constata tout d'abord la présence de la balle dans l'épaisseur de l'os où elle était restée. Mais ses recherches pour la retrouver ensuite ayant été infructueuses, il se borna à un traitement simple.

» La jambe ne tarda pas à se tuméfier ; une vive inflammation se déclara ; plusieurs abcès se formèrent. Ces accidents aigus furent traités par les antiphlogistiques locaux et généraux, et après un mois et demi il ne restait plus qu'une ouverture fistuleuse sur le point où la balle avait frappé. Un pus sanieux en sortait, surtout lorsque la partie inférieure du membre était relevée. Le malade éprouvait des douleurs sourdes dans toute la longueur du tibia ; sa jambe s'étant atrophiée insensiblement et fléchie sur la cuisse, il ne pouvait marcher qu'à l'aide de béquilles.

» Je le vis pour la première fois quatre mois après l'accident, et il me donna les détails qui précèdent. Je le trouvai fort amaigri et souffrant beaucoup. Le tibia s'était tuméfié dans toute sa longueur. A son tiers inférieur et deux pouces environ au-dessus de la malléole interne, s'était formé un petit abcès dont il ne restait plus alors qu'un point fistuleux d'où sortait une abondante sérosité. Il en résulta du soulagement. Cela s'explique, car auparavant cette sérosité trouvait seulement une issue par la fistule supérieure et par une sorte de rengorgement.

» En sondant ces ouvertures, je pénétrai dans le canal médullaire. Cette exploration ne me laissa donc plus aucun doute sur l'existence du corps étranger dans le canal osseux, et mon diagnostic fut confirmé par ce que m'apprit le malade : il avait vu des fragments de papiers sortir avec le pus. C'était évidemment l'enveloppe de la balle qui avait été chassée devant elle en morceaux.

» Voici comment les choses avaient dû se passer : Le projectile ayant été lancé d'une petite distance, il avait eu assez de force pour traverser la paroi antérieure de l'os, mais pas assez pour la percer de part en part ; il avait heurté la face interne de la paroi postérieure, et, par son impulsion de haut en bas, il avait dû glisser le long du canal et cheminer plus tard par son propre poids jusqu'au cul-de-sac de la cavité médullaire.

» Le diagnostic ainsi établi, je n'hésitai pas à proposer l'application d'une couronne de trépan à la face interne et inférieure du tibia, sur le point même où existait la fistule ; car, dans le cas où la balle aurait été située plus haut, je l'aurais fait descendre au moyen d'une tige de plomb, en l'introduisant par la fistule supérieure. Après avoir disséqué la peau, j'appliquai le trépan ; le hasard voulut que la balle se trouvât sous l'instrument ; je fus agréablement surpris d'amener des débris de plomb, et je procédai immédiatement, sans difficulté, à l'extraction du projectile.

» Aucun accident ne vint compliquer l'opération. Les douleurs ne tardèrent pas à cesser, et la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation, si bien que, cinquante-huit jours après, Moustapha-Bey traversait le Caire à cheval pour venir me remercier, et s'en retournait à pied.

» En parcourant les annales de la chirurgie militaire, qui présente tant de faits singuliers sur la déviation des balles, je n'ai pas trouvé d'exemple de pénétration semblable d'un projectile dans le canal médullaire d'un os long des membres supérieurs ou inférieurs, et sous ce rapport ce fait présente une particularité peut-être unique en son genre. Il n'est pas non plus sans intérêt, je pense, au point de vue du diagnostic et du procédé opératoire. C'est ce qui m'engage à le soumettre à l'appréciation de la Société de chirurgie. »

M. Larrey ajoute, de la part de l'auteur, que cette seconde observation vient à l'appui de la première pour démontrer la formation de l'os par le périoste. En effet, la balle, qui avait séjourné pendant cinq mois dans le canal médullaire, en avait détruit les parois, les vaisseaux, les nerfs et la moelle elle-même, tous les éléments enfin de nutrition du tibia. Dès lors la vie n'a pu être conservée à cette portion de l'os que par le périoste.

— M. DEGUISE dépose la relation de l'autopsie de M. le professeur Bérard.

— M. VELPEAU. Les observations que M. Larrey vient de lire au nom de M. Clot-Bey pourraient donner l'idée d'une réclamation de priorité dirigée contre les travaux que M. Ollier a communiqués à l'Académie des sciences, et qu'il ne faut pas confondre avec ce qui avait cours dans la science depuis les expériences de Duhamel. Ce qu'il y a de particulier et vraiment original dans la communication de M. Ollier, c'est que le périoste, détaché de l'os qu'il recouvrait, sécrète encore de la matière osseuse. Jusqu'ici, on savait le rôle que cette membrane joue dans la vie des os, mais on ignorait que, transplantée loin du point où elle avait pris naissance, elle peut vivre et sécréter encore.

M. VERNEUIL. Le travail de M. Ollier comprend une partie physiologique dont M. Velpeau vient de parler, et une autre qui a une grande importance au point de vue de la pratique chirurgicale. Les restaurations que nous sommes appelés à pratiquer pourront, en effet, profiter de cette faculté que le périoste conserve de sécréter la matière osseuse quand il est transplanté.

M. LARREY fait observer à M. Velpeau que M. Clot-Bey n'a pas eu la prétention de revendiquer pour lui-même la priorité de la théorie de la régénération des os par le périoste. Cette théorie ancienne, soutenue en principe par Duhamel et par d'autres, reproduite il y a quelques années par M. Flourens dans une série d'expériences, et démontrée récemment avec plus d'extension encore par les curieuses recherches de M. Ollier, cette théorie a été simplement pour M. Clot-Bey l'occasion de faire connaître à la Société deux faits qui paraissent dignes d'intérêt.

M. CLOQUET rapporte une observation qui remonte à 1824, et qui vient à l'appui de l'opinion de Duhamel sur les fonctions du périoste.

COMMUNICATION.

M. LEGENDRE démontre sur des pièces sèches l'existence de quelques variétés rares de la hernie crurale. Une commission, composée de MM. Voillemier, Gosselin et Richet, est chargée de faire un rapport sur cette communication.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. RICHET présente un malade qui, ayant eu les paupières de l'œil gauche cautérisées, il y a quinze mois, pour une affection charbonneuse, se présenta il y a trois mois à l'hôpital pour réclamer un adoucissement à son état. A cette époque, la paupière supérieure n'existait plus, l'inférieure était abaissée ; le globe oculaire, saillant hors de l'orbite, laissait voir des fongosités développées sur la cornée, qui donnaient lieu à une vive douleur.

L'amputation de l'œil ayant été pratiquée de manière à rendre possible l'adaption d'un œil artificiel, dès que la cicatrisation fut complète, M. Richet commença par détacher de la partie inférieure du sourcil une bandelette cutanée, dans laquelle il eut soin de conserver ce qui paraissait rester des anciens cils de la paupière collée contre le sourcil, et plusieurs rangs de poils pris sur le bord inférieur du sourcil lui-même, de manière à compléter les cils de la future paupière ; puis, lorsque cette bandelette fut disséquée et abaissée suffisamment, il la réunit par la suture avec le bord de la paupière inférieure préalablement avivé. Il combla alors l'intervalle qui existait entre les bords palpébraux réunis et le sourcil, à l'aide d'un lambeau allongé demi-circulaire pris sur le front parallèlement au sourcil. Ce lambeau fut maintenu par sept points de suture.

Cette opération a été pratiquée il y a trois mois, et les paupières sont restées unies ; M. Richet se propose de les désunir au printemps pour appliquer un œil artificiel.

M. VERNEUIL croit qu'il n'est pas nécessaire d'attendre pour désunir les paupières, parce que la blépharoplastie ayant été faite avec un lambeau de peau saine, il n'y a pas lieu de craindre la rétraction des tissus, que l'on observe lorsque les lambeaux sont formés de tissu cicatriciel. M. Verneuil demande des explications sur ce qu'il a fallu faire pour la paupière inférieure.

M. RICHET répond que cette paupière n'a été relevée que par la suture. Il se décidera peut-être à suivre le conseil de M. Verneuil, malgré les craintes exprimées par un membre de la Société, qui croyait reconnaître un commencement de rétraction près de la commissure externe, où les paupières n'ont pas été réunies.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société de médecine du 1er arrondissement de Paris a nommé son bureau pour l'année 1859 :

MM. Magne, *président;*
Cabanellas, *vice-président;*
Mouzard, *secrétaire général;*
Mac'Carthy, *secrétaire annuel;*
Reis, *trésorier.*

— M. Vleminckx, inspecteur du service de santé de l'armée, et M. Thiry, professeur à la Faculté de médecine de l'université de Bruxelles, viennent d'être nommés membres de la Société de médecine de Florence.

— MM. les docteurs Soupart, professeur à l'université de Gand, et Ponthus, médecin de régiment, viennent d'être nommés chevaliers de l'ordre de Léopold.

— Le corps médical de Paris vient de faire encore une nouvelle perte. M. le docteur Favrot père vient de succomber à une maladie aiguë.

— M. le docteur A. Becquerel reprendra le lundi 3 janvier, à neuf heures du matin, ses conférences cliniques à l'hôpital de la Pitié, et les continuera les lundis et vendredis de chaque semaine à la même heure.

Les conférences de ce trimestre seront spécialement consacrées à l'étude clinique des maladies du cœur.

A NOS ABONNÉS.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 2. — JEUDI 6 JANVIER 1859. (32e ANNÉE.) N° 2. — JEUDI 6 JANVIER 1859

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 JANVIER 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après les compliments d'usage et le compte rendu des vi-[...]tes officielles, l'Académie a repris le cours de ses travaux [...]dinaires. Ni la séance publique annuelle, ni les deux séan[...]s consacrées aux travaux intérieurs de l'Académie, ni les [...]éoccupations inséparables d'un changement de millésime, [...]en n'a pu faire oublier à M. Malgaigne qu'il avait demandé [...] obtenu de l'Académie la faveur de reprendre la parole sur [...] question de la trachéotomie. La discussion, que l'on pou[...]it croire épuisée, s'est ravivée de plus belle sous la parole [...]cisive et l'argumentation acérée de ce redoutable orateur.

La statistique de MM. Roger et Sée et les derniers discours [...] M. Trousseau et de M. Bouvier, ont principalement dé[...]yé la dissertation de M. Malgaigne. Cette dissertation est-[...]le de nature à modifier beaucoup les impressions que ces [...]scours et ces documents ont laissées dans presque tous les [...]prits? Nous n'hésiterons pas, pour notre part, à déclarer [...]'elle n'a que très-faiblement ébranlé l'opinion qui est résul-[...]é jusqu'ici pour nous de ce débat.

Mais si la valeur de la trachéotomie, si les données indica-[...]es qui sont ressorties de cette discussion, si le progrès in-[...]ntestable des guérisons, — que l'on ne saurait de bonne foi [re]fuser d'attribuer, en grande partie au moins, aux perfectionnements apportés dans le procédé opératoire et dans les [so]ins consécutifs, — restent à nos yeux comme autant de faits [ac]quis après comme avant le discours de M. Malgaigne, [no]us ne dissimulerons pas que ce discours a fait naître dans [no]tre esprit quelques doutes. Ces doutes portent soit sur la [va]leur de quelques-unes des pratiques récemment intro[du]ites dans le traitement du croup, soit sur l'exactitude de [qu]elques-uns des documents qui ont été produits à la tribune [à] l'appui des principes soutenus dans le rapport. Il y a donc [en]core quelques points secondaires à débattre et plus d'une [ob]scurité à dissiper autour du point principal. On pourrait [as]surément discuter longtemps encore, si, prenant une à une [to]utes les opérations de trachéotomie pratiquées depuis dix [an]s à l'hôpital des Enfants, on voulait les soumettre toutes à [u]ne enquête rigoureuse, afin de décider si chacune d'elles a [ét]é pratiquée d'après les strictes indications qui ont été posées dans le cours de cette discussion. Mais quant on arriverait à démontrer que plus d'une fois ces sages prescriptions n'ont pas été suivies, qu'on a pu apporter quelquefois un peu de précipitation à opérer, et que cette précipitation n'a probablement pas été étrangère à l'élévation progressive du chiffre des succès ; quand on irait, enfin, jusqu'à laisser planer sur les médecins et les internes de l'hôpital des Enfants ce soupçon autrement grave que l'insinuation qui a suscité il y a deux mois une si grande animation, que les sujets à opérer seraient soumis à une sorte de choix propre à grossir les succès ; il n'en resterait pas moins que le fond même du débat, savoir l'utilité et les services de la trachéotomie, sont désormais hors de toute sérieuse contestation.

Il y a eu au reste plusieurs choses dans ce discours qui confirment les idées émises par M. Bouchut, et que l'on avait taxées d'exagération. Ainsi, d'après la thèse de M. Letixerant, à l'hôpital des Enfants, des cas de croup ont été opérés avant l'asphyxie, et la mortalité de la trachéotomie, évaluée à 80 ou 90 morts p. 0/0, se trouve en rapport avec le chiffre des décès de l'hôpital Sainte-Eugénie pour 1858. En effet, sur 117 opérations, il y a eu 98 morts et 19 guérisons, soit une mortalité de 6 sur 7 opérés.

Si, sortant de cet ordre de faits, on veut suivre M. Malgaigne sur le terrain où il vient de replacer la question et entrer avec lui dans la supputation plus ou moins exacte des chiffres invoqués de part et d'autre, on s'engagera évidemment dans une voie sans issue. Une pareille supputation n'aurait de valeur réelle et absolue qu'autant qu'on connaîtrait d'une manière exacte la mortalité du croup livré à lui-même.

Cette mortalité n'est certainement pas constante, elle est certainement variable suivant les lieux et les époques ; et elle n'est d'ailleurs pas toujours et exclusivement le résultat des conditions pathologiques qui nécessitent seules la trachéotomie. Il y a là tout un ordre de faits médicaux dont on n'a pas assez tenu compte à notre avis dans cette discussion, et sur lesquels nous appelons l'attention des membres de l'Académie qui pourront encore y prendre part. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. ROBERT.

Opération de fistule vésico-vaginale pratiquée suivant la méthode américaine (1).

1° *Avivement*. — Les principes de l'avivement ont été posés bien avant MM. Marion Symes et Bozeman, par M. Heyward, qui a, dès 1839, indiqué des règles précises à ce sujet. Il doit être très-étendu ; plus on lui donnera de surface, plus la réunion se fera sur des points nombreux, et plus par conséquent on aura de chances de réussir. Autrefois on se contentait de raviver les bords de la plaie, et on réunissait : or on échouait le plus souvent.

Mais cette opération de l'avivement ne doit pas seulement porter sur une large surface, il faut qu'elle porte non pas sur la partie vésicale de la perforation, mais bien sur la partie vaginale et aux dépens de la portion saine de la muqueuse.

Quelles sont les raisons de ce principe posé exclusivement par les chirurgiens américains? Si l'avivement porte jusque sur la vessie, la plaie sera en partie baignée par l'urine, et l'on pourrait craindre soit l'inflammation de la muqueuse vésicale, soit les infiltrations d'urine dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Au contraire, en faisant porter l'avivement sur la muqueuse du vagin, on n'intéresse pas, pour ainsi dire, les voies urinaires, et on supprime par conséquent les chances d'accidents que nous venons d'énumérer.

Les avantages de cette pratique ont donc été signalés pour la première fois par M. Heyward (de Boston), et plus tard par M. Leroy (d'Étiolles) dans un bon travail sur les fistules vésico-vaginales.

Ce principe a été entièrement adopté par M. Marion Symes et par son élève, M. Bozeman. Vous avez pu voir, en effet, dans l'opération que ce dernier chirurgien a pratiquée sur notre malade, que la surface avivée de la muqueuse vaginale au pourtour de la fistule formait une zone ayant au moins un centimètre de surface; or, si l'on compare les dimensions de cette surface saignante, que la suture va rapprocher, avec l'épaisseur que présente la cloison vésico-vaginale, on comprendra facilement que l'avivement donné par la méthode américaine offre beaucoup plus de chances à la réunion de la plaie.

Si maintenant nous examinons le manuel opératoire de l'avivement, nous voyons que tous les chirurgiens, et M. Jobert tout le premier, insistent beaucoup sur ce point, que l'avivement doit être fait avec le plus grand soin et de la manière la plus exacte.

Pour pratiquer ce premier temps de l'opération, M. Bozeman se sert d'une pince à dents de souris, recourbée sur elle-même et à ressort de serre-fine, avec laquelle il saisit le bord de la cicatrice sur lequel l'avivement doit porter : c'est l'instrument dont on se sert généralement. Mais M. Bozeman emploie le plus souvent un petit crochet très-aigu. Là où il veut faire l'avivement, il saisit les tissus avec son crochet, et fixe ainsi d'une manière invariable le point exact où doit porter le bistouri. Cet avivement se fait à petits coups, lentement, en saisissant l'un après l'autre chaque point de la cicatrice ; M. Bozeman insiste sur la nécessité d'agir ainsi, afin qu'aucun point n'échappe au bistouri. Ajoutons que pour bien s'assurer s'il n'oublie pas quelque partie de la cicatrice où le bistouri n'aurait pas porté, le chirurgien américain

(1) Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

FEUILLETON.

A M. LE DOCTEUR BROCHIN (1).

II.

[J]e vous ai dit comment on se marie dans certains cantons des Alpes. [M]on dessein n'est pas de vous retenir davantage dans ce pays bigarré [d]e neige, de vallons fleuris, d'antres frais, de bruyantes cascades, de [ro]cs vifs, d'affreux précipices, et le reste. Toutes ces beautés champêtr[es], toutes ces horreurs à la glace se voient en beaucoup d'autres [li]eux ; je n'ai rien de plus à en dire. Ayant à vous parler de choses plus [e]n rapport avec mes goûts et avec mes études familières, je reprends le [ch]emin de la plaine, pour vous raconter comment on vit et comment [o]n se porte dans quelques-unes des contrées méridionales de la France.

Nous sommes tellement dans la dépendance de nos sensations, a dit [u]n philosophe, que les dispositions bonnes ou mauvaises de notre es[p]rit et de notre corps sont relatives au lieu que nous habitons, en [so]rte que le tempérament et les maladies de l'homme se ressentent vi[si]blement de la qualité de toutes les choses qui composent un climat. [D]e là vient la différence que l'on remarque entre les nations éloignées, [e]t aussi, peut-on ajouter, entre les provinces voisines d'un même [e]mpire.

Bien que, dans le midi de la France, la nature du sol et de ses pro[d]uctions, la constitution, les maladies, les mœurs, le caractère des ha[b]itants offrent des traits généraux communs, il n'y a pas cependant, sous ce rapport, homogénéité absolue ; les différences naissent là, comme partout ailleurs, d'influences locales. Ainsi, de Valence à Marseille, le territoire est généralement aride, couvert d'oliviers rabougris, d'aspect nostalgique ; le vent y est sec, âpre et colère; par sa violence il dissipe rapidement les nuages. Aussi, dans la partie la plus méridionale de cette région, les pluies sont-elles habituellement rares et de courte durée ; le ciel y vend son eau si cher, qu'elle coûte presque toujours des oraisons et des neuvaines.

Sous le même parallèle, de Toulouse à Bordeaux, le pays prend une physionomie plus riante et plus agréable ; sa fertilité est vraiment plantureuse et très-variée. J'ai retrouvé là avec plaisir les arbres fruitiers, nos compatriotes du Nord. Des collines boisées ou tapissées de vigne, des jardins bordés de lavande et de chèvrefeuille, des prairies encore verdoyantes au mois de décembre, une multitude de petits ruisseaux qui accourent du haut des monts pour mêler leurs eaux à celles de la Garonne et de la Gironde, provoquent et entretiennent sans cesse la curiosité des voyageurs. Le mistral, qui souffle avec tant de courroux en Provence, est remplacé ici par un vent de sud-est, tantôt frais, tantôt tiède, souvent humide, qualités qu'il doit à son orientation. Ce vent, que l'on nomme vent d'autan, se fait particulièrement sentir à Toulouse, où il règne environ huit mois de l'année. Je n'en ai pas trouvé l'impression désagréable comme celle du mistral; j'éprouvais, au contraire, un certain plaisir à m'y exposer, même au moment de sa plus grande violence. Toutefois, malgré ses apparences de douceur, le vent d'autan semble jouer souvent d'assez mauvais tours aux Toulousains, qui le considèrent comme l'arbitre de leur destinée. Demandez-leur, en effet, pourquoi leur ville est fétide, pourquoi le lait y tourne, pourquoi les fruits sont mauvais, la viande de bœuf sans saveur, le beurre détestable, pourquoi les légumes manquent, les melons coulent et des filles y deviennent mères? A toutes ces questions il n'y a qu'une réponse, à tous ces effets qu'une seule cause : le *vent d'autan*.

Pour nous, gens du Nord, tout homme qui a l'œil vif, les cheveux noirs, le teint bistré, et qui parle français avec l'accent méridional, est un *Gascon*. Cela est vrai quelquefois, mais non toujours ; car, de même que l'idiome, le caractère varie chez les peuples contigus l'un à l'autre.

Comme le Nord, le Midi est habité par des races différentes, ayant chacune ses inclinations particulières. Ainsi, le Provençal, par exemple, a généralement la forme rude, la parole véhémente, la franchise un peu brutale; tandis que le Gascon, presque son voisin, a des manières douces et distinguées, le visage souriant, le langage affable, mais on dit qu'il n'est pas toujours sincère. Plus loin, vers les Pyrénées, on trouve déjà une forte nuance des mœurs et du caractère espagnols, c'est-à-dire un mélange singulier et inexplicable d'indolence et d'activité, de douceur et de barbarie, d'audace et d'humilité, de scepticisme et de superstition. On y joue du couteau comme en Catalogne, où certains individus font fortune rien qu'à aiguiser des poignards.

S'il peut être utile aux voyageurs de connaître ces diverses idiosyncrasies morales, il importe non moins aux malades qui projettent de passer l'hiver dans le Midi, de savoir comment on s'y alimente durant cette saison.

Un vieux proverbe dit que, quand l'estomac est satisfait, la tête chante. Nous avons rarement éprouvé, au sortir de table, ce sentiment de satisfaction qui fait éclore un de ces rires gras auquel prennent part le menton et l'abdomen d'un Flamand confortablement repu. Bien loin de là; après trois semaines du régime des hôtelleries, c'est-à-dire après trois semaines d'indigestions presque quotidiennes, nous sommes rentré à Paris atteint de dyspepsie. En fait de nourriture, la sobriété des naturels se contente de peu, mais ce peu est généralement détes-

(1) Voir le numéro du 28 décembre 1858.

se sert d'une petite spatule courbe pour soulever ou déprimer les tissus et examiner le degré de l'avivement.

Pour l'excision, il emploie des ciseaux coudés sur le manche afin que la main de l'opérateur ne masque pas le vagin, courbés sur le plat de manière à ne pas masquer les parties latéralement, et enfin coudés sur la longueur de la lame, l'un vers la droite, l'autre vers la gauche. De semblables ciseaux existaient autrefois, ceux de Coglioso par exemple, mais ils étaient fort compliqués, coupaient assez mal, et se manœuvraient difficilement; tandis que les instruments dont je vous parle sont d'un emploi commode, facile et sûr.

Dans les cas où les ciseaux ne suffisent pas, M. Bozeman se sert de petits bistouris à lame étroite, coudée à droite ou à gauche, etc., et montés sur un long manche; en un mot, ce sont les bistouris de M. Jobert.

Avec tous ces instruments, l'avivement est facilement accompli.

M. Bozeman commence son avivement par la partie de la cicatrice qui est voisine de la vessie, parce que c'est la partie la plus difficile; il avive donc d'abord toute la circonférence de la cicatrice, puis il passe à l'excision de la muqueuse vaginale. Ce temps de l'opération dure, il est vrai, fort longtemps, mais il ne faut pas oublier que de sa parfaite exécution dépend le succès, et M. Bozeman y met quelquefois une heure ou plus s'il est nécessaire.

Inutile de dire qu'avec de petites éponges portées sur de longs manches, on absterge le sang qui s'écoule après chaque excision.

2° *Réunion.* — Le deuxième temps consiste à réunir les parties avivées au moyen de la suture.

Jusqu'ici, en France, dans les opérations de fistule vésico-vaginale, la suture est pratiquée en perforant toute l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, c'est-à-dire qu'une anse de fil est placée dans la cavité de la vessie, tandis que les deux chefs du même fil sont rapprochés et noués au-devant de la plaie dans le vagin. La chirurgie américaine s'est élevée avec force contre cette manœuvre opératoire, disant que des points de suture passés dans la vessie irritent la muqueuse vésicale, et que la suture étant toujours en contact avec l'urine, peut facilement échouer.

Les Américains rejettent donc la suture intéressant toute l'épaisseur de la cloison, et, de même que l'avivement ne doit porter que sur la partie vaginale de la fistule et non atteindre la vessie, de même aussi la suture ne doit comprendre que les tissus avivés et non la poche urinaire.

Examinons maintenant les modifications que le manuel opératoire de la suture a dû subir pour se conformer au principe que nous venons d'exposer.

Et d'abord, quels sont les fils qui servent à faire les points de suture? En France et à l'étranger, on s'est généralement servi jusqu'ici de fils de soie; et les fils de matière végétale ou animale ont l'inconvénient de produire toujours un peu d'inflammation dans les tissus qu'ils parcourent: c'est même cette propriété qui a fait choisir les mèches de fil ou de coton pour entretenir les sétons. Aussi ne peut-on laisser les fils qui servent à la suture au delà de trois ou quatre jours, sous peine de voir les tissus se couper. Aussi les Américains ont-ils donné la préférence aux fils métalliques.

Il y a longtemps déjà que l'on a songé à employer les fils métalliques pour opérer la réunion des plaies. Dans le siècle dernier on se servait de fils d'or, et plus récemment Dieffenbach faisait usage de fils de plomb. Ces derniers constituaient déjà un grand perfectionnement, mais les fils d'argent leur sont de beaucoup supérieurs en ce que la ductilité de ce métal, jointe à sa résistance, permet de donner au fil le plus petit volume possible, de manière à éviter toutes chances d'inflammation.

L'emploi des fils d'argent pour pratiquer la suture est encore un des éléments principaux de la méthode américaine, et contribue certainement pour beaucoup à la réussite de cette méthode. On le doit à M. Marion Symes, ainsi que la plupart des instruments dont on se sert actuellement. On sait, en effet, que les corps métalliques à surface lisse ne produisent généralement pas d'inflammation dans nos tissus; c'est ainsi que les boucles d'oreille, placées immédiatement après la perforation du lobule, ne sont qu'exceptionnellement la cause d'accidents, et que souvent des chasseurs reçoivent dans différentes parties du corps des grains de plomb qui s'enkystent et ne provoquent aucune suppuration.

Les fils d'argent ne sont donc pas aptes à provoquer l'inflammation; aussi peut-on les laisser en place beaucoup plus longtemps que les fils de lin, de chanvre ou de soie. Vous avez pu voir que chez notre malade, M. Bozeman ne les a enlevés qu'au bout de dix jours, et à cette époque il n'y avait pas trace d'inflammation ni de suppuration. Cette propriété des fils d'argent est fort importante, car elle permet d'abord de multiplier autant que l'on veut le nombre des points de suture et en outre de les laisser longtemps en place. Or vous savez que les fils de soie enflamment les bords de la plaie, qui se gonflent, se ramollissent, et finissent par se laisser couper par les fils pour peu qu'il y ait de tension dans les points de suture. Les fils d'argent suppriment toutes ces chances d'accident, et, partant, favorisent considérablement la réunion de la plaie par première intention.

Je me plais à reconnaître les avantages immenses de la suture avec les fils d'argent; je conçois même à la rigueur l'enthousiasme de M. Marion Symes, qui proclame que « c'est une des plus belles inventions du dix-neuvième siècle. »

C'est donc avec des fils d'argent que l'on opère la réunion de la plaie avivée; mais tous n'ont pas les mêmes dimensions: ils sont de deux grosseurs, proportionnées aux efforts de traction que doivent supporter les différentes parties de la plaie; les plus gros, du volume d'un crin de cheval, sont placés à la partie moyenne qui présente le plus grand écartement, et où l'on pourrait craindre que des fils trop minces ne coupent les tissus.

Ces fils sont passés dans les bords de la plaie à l'aide d'une aiguille que l'on monte sur un porte-aiguille muni d'un ressort à boudin.

Je vous ai dit que l'on peut placer les fils à une très-petite distance les uns des autres. M. Bozeman les met à 5 millimètres d'intervalle; chez notre malade il en a placé dix. On comprend facilement l'immense bénéfice que donne, pour l'affrontement des bords de la plaie et pour la réunion, cette faculté de multiplier les points de suture: les efforts de traction que subissent les bords de la plaie, étant supportés par un grand nombre de points, sont presque nuls pour chaque point en particulier, et l'on n'a pas à craindre la déchirure des tissus. Enfin les lèvres de la plaie sont partout exactement affrontées, et partant, dans les meilleures conditions possibles pour se réunir.

Quant à la manière de passer les fils dans les tissus pour faire la réunion, elle diffère totalement dans la méthode américaine et dans la méthode française. Dans cette dernière le fil traverse de part en part la cloison vésico-vaginale; nous avons dit plus haut les inconvénients de cette pratique. Les Américains procèdent d'une façon différente; ils enfoncent l'aiguille dans la muqueuse vaginale à environ un demi-centimètre du bord de la plaie, et la poussent obliquement de manière à la faire sortir près de la portion vésicale de la cicatrice, sans toutefois y toucher: opération analogue à ce que l'on fait dans le bec-de-lièvre.

Mais vous savez que l'aiguille pénètre difficilement dans les tissus lâches et non tendus; ainsi, pour la suture de la peau, on soutient les chairs avec les doigts; dans l'opération des fistules, M. Bozeman soutient avec un petit crochet (le même qui sert pour le ravivement) la cloison vésico-vaginale dans le point même où il veut pousser son aiguille. Quand l'aiguille a traversé les tissus, on pousse les ressorts du porte-aiguille, celle-ci devient libre; c'est par la lèvre antérieure de la fistule que l'on commence. On saisit alors l'aiguille avec une pince à mors plats, le fil s'engage dans les tissus, et l'on attire à soi l'aiguille que l'on recharge sur l'instrument pour traverser la lèvre postérieure de la même manière, mais en sens inverse.

Ce temps de l'opération réclame un soin tout particulier, car de lui dépend en grande partie le succès; vous avez pu voir avec quelle patience a procédé M. Bozeman pour passer successivement dix points de suture; il faut, en effet, que tous les fils soient à égale distance l'un de l'autre, et qu'ils soient aussi placés tous à la même distance des bords de la plaie, afin qu'ils soient tous parfaitement parallèles et qu'ainsi les efforts de traction se répartissent également sur tous les points. M. Bozeman a mis peut-être trois quarts d'heure pour passer tous ces fils, et vous l'avez vu, lorsque par hasard il avait piqué les tissus trop loin ou trop près des lèvres de la plaie, retirer son aiguille et la plonger à la distance voulue.

Les fils d'argent ne sont pas enfilés directement dans le chas de l'aiguille; ce sont des fils de soie qui portent les fils d'argent, et M. Bozeman attend pour engager les fils métalliques dans les lèvres de la plaie, que tous ses points de suture soient en place; alors il attire tous les fils de soie l'un après l'autre, et entraîne ainsi les fils d'argent dans les tissus. Cette manœuvre prolonge un peu l'opération, et peut-être y aurait-il avantage sous ce rapport à passer de suite chaque fil d'argent.

A mesure qu'un fil est passé, on en confie les chefs à un aide afin qu'ils ne se mêlent pas: M. Bozeman pousse même le soin jusqu'à se munir d'un petit crochet mousse porté sur un long manche avec lequel on va débrouiller les fils et les isoler exactement, dans le cas où, l'aide les ayant abandonnés, ils auraient pu se mêler.

Enfin, tous les fils étant placés, on s'occupe de la réunion de la plaie. Les fils d'argent, nous l'avons déjà dit plus haut, ne provoquent aucune inflammation, et n'ont aucune tendance à couper les tissus; on peut donc serrer beaucoup plus qu'avec les fils ordinaires, de telle sorte que les bords de la plaie étant parfaitement affrontés, l'urine n'a aucune tendance à s'échapper par la plaie. Enfin, et ceci est un avantage considérable, on peut les laisser en place tout le temps nécessaire pour la réunion. Vous avez vu que M. Bozeman les a retirés au bout de dix jours et qu'il n'y avait pas trace de pus dans le vagin, alors qu'avec des fils de soie les tissus auraient été complétement coupés avant le cinquième ou le sixième jour.

Vous trouverez sans doute cette description un peu longue; mais tous ces détails, qui concourent chacun pour leur part au succès de l'opération, sont indispensables à connaître, et doivent être successivement passés en revue.

Tous les fils d'argent étant donc en place, il faut en opérer la réunion: les fils métalliques, vous le savez, ont par eux-mêmes une forme rectiligne, aussi faut-il leur donner d'avance une forme particulière. On les courbe dans le sens de la réunion, puis, pour les rapprocher et pour compléter l'anse de chaque fil, on engage les deux chefs du même fil dans une plaque métallique percée d'un très-petit trou, portée sur un manche, et, tandis que l'on tend les deux chefs du fil avec les doigts de la main gauche, on fait descendre l'anneau métallique le long du fil, de manière à en redresser les deux chefs, et par conséquent on forme ainsi une anse très-étroite au niveau de la plaie; pareille chose est faite pour chacun des fils, et les lèvres de la fistule se trouvent déjà presque entièrement rapprochées.

On pourrait à la rigueur terminer de suite la réunion en serrant les anses de fil avec les petits anneaux de plomb que M. Fabrizzi, de Nice, et M. Galli, ont imaginés pour la suture du

---

table. Et cependant tout abonde presque partout dans ce fortuné pays: ce qui manque, c'est la science culinaire et surtout la modération dans les épices. Congrève, en Provence, aurait pu être indifféremment cuisinier ou artificier.

Mettez donc un tuberculeux au régime de ces stimulations incendiaires!

La mansuétude habituelle de la température dans le Midi influe naturellement sur le mode de construction des habitations. Comme les grands froids y sont rares, on ne songe guère qu'aux moyens de se garantir contre les chaleurs excessives de l'été. Partout, notamment à Nîmes, Avignon, Montpellier, Perpignan, Toulouse, on rencontre des rues étroites et sinueuses, bordées de maisons mal closes, cariées sur leurs façades, délabrées, malpropres et fétides au dedans. Les cheminées n'y sont établies que pour la forme; elles fument pour la plupart, et cela peut-être parce qu'elles sont une offense pour le soleil.

Pendant l'hiver, les Méridionaux vivent dans les rues et sur les places publiques; les artisans sédentaires tiennent ouvertes les fenêtres de leurs ateliers, en sorte que plus on s'avance vers le sud de la France, moins l'influence de l'air confiné se fait sentir. Mais si la phthisie et la fièvre typhoïde sont là moins communes que chez nous, la population misérable des grandes villes fournit un nombreux contingent de sujets à prédominance lymphatique ou déjà déshonorés par les stigmates de la diathèse scrofuleuse. J'ai ouï dire que là-bas des endémies de variole sévissent assez fréquemment dans les campagnes où l'on ne croit pas encore à l'efficacité du préservatif de Jenner. Les chiquenaudes que le grand homme a reçues des vaccinophobes, et notamment de la main de notre spirituel confrère le docteur Villette de Terzé, contribuent peut-être à entretenir cette défiance.

Il y a généralement, dans les villes que j'ai citées, deux quartiers, le vieux et le neuf; celui-ci, élégant, large, aéré, convenable pour l'hiver; l'autre, compacte, bâti à la mode espagnole, parfaitement approprié pour l'été. La célébrité dont jouit son école de médecine attire à Montpellier un certain nombre de tuberculeux qui viennent y chercher le soleil et leur guérison. Trouvent-ils toujours l'une et l'autre? Cette résidence, fort agréable du reste, mais voisine de la mer, exposée surtout dans sa partie élevée aux fureurs du mistral, sujette en toute saison à de brusques changements météorologiques, ne peut, à mon avis, convenir qu'à une seule des formes de la phthisie, la forme scrofuleuse à marche indolente. J'imposerais volontiers aux malades de cette catégorie, comme condition de bien-être et de succès, l'obligation de s'établir dans la ville basse, c'est-à-dire dans le quartier neuf.

Je comprends le désir bien naturel qu'éprouvent les phthisiques voyageurs de se tenir au plus près du sanctuaire de la science; mais, outre que l'on trouve de bons médecins partout, il y a dans le midi de la France une multitude de localités dont le climat est préférable à celui de Montpellier: Beaucaire, Perpignan, Pau, Agen, Montauban, Bayonne, Amélie-les-Bains en particulier, sont dans ce cas.

Un riche financier se propose, m'a-t-on dit, à Bordeaux, de faire construire, sur le littoral d'Arcachon, plusieurs établissements propres à recevoir des phthisiques pendant l'hiver. Qui donc a pu inspirer à ce généreux philanthrope l'idée singulière d'héberger des tuberculeux au bord de la mer, durant cette saison et sous cette latitude? La ville de Nice, bien plus avantageusement située pourtant sous le rapport du climat, ne suffit-elle plus à donner la sépulture aux malheureux que la fantaisie ou l'ignorance lui amène chaque année?

Les laborieuses recherches, le témoignage personnel d'un homme justement estimé, M. Jules Rochard, ont péremptoirement démontré l'action maléficiante de la mer sur les tuberculeux adultes: il y aurait donc lieu de restreindre, pour cette classe de malades, le nombre des stations maritimes plutôt que de les multiplier.

La raison indique, et l'expérience prescrit de ne conserver que celles qui, par leur mode d'encastrement, sont défendues contre les agressions périodiques ou accidentelles des bourrasques. Si l'industrie parvient jamais à fortifier de la sorte la baie d'Arcachon, elle restera certainement impuissante pour en changer la constitution climatérique.

Il est probable que ceux qui appellent les phthisiques sur le bord de la mer, ont des raisons formelles de croire à l'efficacité de ce moyen curatif. Je ne suis pas enclin aux contradictions systématiques, et je serais facile à convaincre dans la question présente, si au lieu de la discuter en termes généraux, on me montrait distincte et séparée la part des effets produits par l'influence maritime sur chacune des nuances et des complications de la phthisie pulmonaire. Il m'a paru au contraire que les auteurs qui ont formulé les règles de leur pratique à cet égard ont procédé sans une préoccupation suffisante des cas individuels et des indications spéciales. Voilà pourquoi je persiste dans mes doutes sur l'efficacité absolue de la prophylaxie nautique; j'y persiste surtout au souvenir de trois hémoptysies que j'ai éprouvées pendant ou après trois voyages sur mer. Il faut reconnaître toutefois que pour des sujets débiles, lymphatiques ou scrofuleux, que pour d'autres fatigués par des débauches précoces et par cela même plus ou moins prédisposés à la tuberculisation, le séjour du littoral ou le régime de la navigation dans des conditions bien appropriées, ne peut venir avoir que des effets salutaires. C'est probablement avec des cas de ce genre que l'on veut nous étonner et nous convaincre.

Il est de tradition parmi les écrivains qui préconisent l'influence maritime contre la phthisie, de s'autoriser d'une guérison mémorable, celle de Cicéron. Mais rien ne prouve que Cicéron ait jamais été poitri-

oile du palais; quand ces anneaux sont passés sur les fils et sont rrivés au niveau de la plaie, on les écrase avec un davier et l'on btient ainsi une compression solide sur les fils qui remplace fort vantageusement les nœuds. Mais ici M. Bozeman a introduit une nodification importante et qui me paraît fort avantageuse : ce hirurgien a pensé qu'il serait utile de faire porter la réunion, on pas directement sur la plaie, mais médiatement sur une lame e plomb qui se moule exactement sur la forme de la plaie, et qui xerce sur les lèvres réunies une pression douce et égale.

Avant de pratiquer l'opération, on calcule la longueur et la orme que présentera la plaie au moment de la réunion, et on répare une lame de plomb d'après ces données. Ainsi, M. Bozeman avait taillé deux ou trois plaques de forme curviligne, parce u'il prévoyait que la plaie aurait cet aspect; puis il les avait un eu comprimées dans le sens de leur longueur, de manière à gurer une petite gouttière destinée à recevoir la légère saillie ue forme du côté du vagin la plaie réunie; enfin, avec un oret, il y perce autant de trous qu'il y a de points de suture : haque trou est destiné à donner passage à une anse de fil; on ngage donc les deux chefs d'un même fil dans chacun des trous, t on pousse la plaque jusque sur la plaie.

Voici les avantages de cette pratique :

1° La plaque métallique comprime uniformément toute la laie, et contribue à maintenir réunies les parties intermédiaires ntre les points de suture;

2° Elle met la plaie à l'abri du contact des liquides;

3° Enfin, elle supporte les petits anneaux de plomb qui remlacent les nœuds, et dont le contact par des surfaces nécessaiement irrégulières et mâchées pourrait irriter la plaie.

Vous le voyez, chacune des parties de l'opération exige un oin extrême, et demande par conséquent beaucoup de temps ; I. Bozeman a mis plus de trois heures à pratiquer son opéraion; mais aussi c'est grâce à cette sage lenteur, à ces précauions minutieuses, que l'on arrive au magnifique résultat que ous savez.

Jusqu'ici nous n'avons vu encore que les préliminaires de la uture; les fils d'argent sont passés dans les bords de la plaie, es chefs en sont engagés dans les trous de la plaque de plomb, es anses sont formées; il ne reste plus maintenant qu'à terminer a réunion et à maintenir les fils au degré de constriction nécesaire. Dans ce temps de l'opération, une chose m'a surpris de rime abord, c'est la force employée par M. Bozeman pour réuir les points de suture : j'en étais même effrayé; mais mes raintes se sont bientôt dissipées en songeant que les fils métalliues ne développent aucune inflammation, n'amènent jamais ce onflement et ce ramollissement des tissus que provoque généalement le séjour des fils de soie dans les lèvres de la plaie. I. Bozeman appuie donc fortement sur la plaque afin qu'elle se noule exactement sur la plaie, tandis que l'on attire d'arrière en vant tous les chefs des fils métalliques; c'est ainsi que l'on serre les nses des fils qui composent la suture.

Ce temps de l'opération étant accompli, on s'occupe de fixer es anses de fil, ce qui correspond au serrement des nœuds dans a suture ordinaire. Pour cela, M. Bozeman a fait faire des anieaux de plomb, qui diffèrent de ceux de M. Fabrizzi en ce u'ils sont munis d'oreilles, et ressemblent beaucoup au curseur l'un écrou. Il engage chaque fil dans un de ces anneaux, pousse ortement celui-ci sur la plaque, et là l'écrase suivant son épaiseur avec un davier.

A partir de ce moment, l'opération est terminée; les fils sont ixés d'une manière invariable, et l'on n'a plus qu'à couper la ortion excédante de fil; on les coupe à une petite distance de 'anneau, puis on les incline en dedans afin qu'ils n'aillent pas iquer la paroi opposée du vagin. Puis on lave le vagin en y faisant quelques injections d'eau tiède, et on reporte la malade à son lit.

Alors commencent les soins consécutifs, qui, eux aussi, ont une importance considérable au point de vue du succès de l'opération. Il faut veiller à ce que l'urine ne s'accumule pas dans la vessie, dont la distension pourrait amener la rupture des tissus réunis.

En France, on met simplement dans la vessie une sonde droite de gomme élastique, que l'on dirige dans un urinoire, et que l'on maintient avec des fils sur un bandage de corps : MM. Marion Symes et Bozeman n'ont pas confiance dans l'emploi de cet instrument, et leurs craintes, il faut le dire, sont parfaitement fondées. En effet, il peut arriver que la sonde, dans un mouvement involontaire de la malade, vienne heurter la paroi de la vessie où siége la plaie réunie. Ils emploient donc une sonde métallique à double courbure, en S, qui rappelle la sonde de J. L. Petit, et dont le bec se relève en sens inverse du bas-fond de la vessie, tandis que la première courbure se couche sur la plaie; son extrémité vésicale est percée d'un grand nombre de trous par lesquels l'urine s'écoule; son extrémité libre est taillée en forme de gouttière. Enfin, elle est très-légère, et sa courbure lui permet de se maintenir d'elle-même en place, sans qu'on soit obligé de recourir à des fils pour la fixer.

Cette sonde est donc placée à demeure dans la vessie; mais il faut la retirer plusieurs fois par jour pour s'assurer que ses yeux ne se bouchent pas et que l'urine y trouve un passage constant et facile. M. Bozeman attache à ce soin une importance extrême : aussi est-il venu voir la malade jusqu'à trois et quatre fois par jour.

En outre, il faut surveiller l'état général, afin de prévenir ou de combattre les complications.

Enfin M. Bozeman veut éviter les garde-robes pendant quinze à dix-huit jours, et constipe ses malades en leur donnant des aliments qui laissent peu de résidus, du bouillon, quelques bouchées de viande, etc., et en leur administrant un peu d'opium. On comprend facilement le but qu'il se propose : c'est d'éviter les efforts de défécation, efforts qui pourraient avoir pour résultat de déchirer la cicatrice.

Il va sans dire que la malade doit garder scrupuleusement le décubitus dorsal, et ne faire aucun mouvement violent. Chaque jour on visite la sonde plusieurs fois, et on fait des injections d'eau fraîche pour absterger le vagin.

Les points de suture doivent rester *dix jours* en place; M. Bozeman insiste beaucoup sur la nécessité de ne les enlever qu'après ce temps. Voici comment le chirurgien américain procède à la levée de l'appareil : la malade étant couchée sur les genoux et sur les coudes, comme pour l'opération, la paroi postérieure du vagin étant relevée avec le spéculum, on saisit les fils avec une pince, on les redresse, on les coupe tout près de l'anneau compresseur, d'où ils se dégagent facilement.

Tous les fils étant ainsi démunis de leur anneau, on enlève la plaque dont les trous livrent facilement passage aux fils; puis, pour extraire ceux-ci, on en écarte les deux chefs, on les redresse bien exactement, et on les attire doucement au dehors.

La malade est ensuite reportée à son lit, et la sonde est remise en place pour douze jours; matin et soir on enlève la sonde pour faire des injections d'eau fraîche dans le vagin, et ce n'est que vers le quinzième jour que la malade commence à se lever.

Le seul reproche à faire à cette opération serait peut-être la longueur de son exécution. On se rappelle, en effet, que chez la malade qui fait le sujet de l'observation précédente, elle a duré près de trois heures; mais cette considération doit nécessairement tomber devant les avantages incontestables que présente la méthode que nous venons de décrire, et qui, dans ce cas particulier, a donné un résultat vraiment inespéré.

NOTE SUPPLÉMENTAIRE. — Au moment de sortir, la malade a été prise d'accidents inflammatoires du côté du bas-ventre, probablement à la suite d'un refroidissement. Elle est donc restée encore quelques jours à l'hôpital, soumise à un traitement antiphlogistique qui a rapidement triomphé de ces accidents.

Enfin, le 30 décembre, la veille de sa sortie définitive, la malade a été soumise à un dernier examen, qui a donné le résultat suivant :

La vessie étant complétement vidée avec la sonde (130 grammes d'urine environ), on injecte dans la poche urinaire 300 gr. de lait. Notons en passant cette augmentation considérable de la capacité de la vessie. Puis le vagin étant dilaté à l'aide d'un spéculum en bec de flûte, on explore ce canal. Le lait injecté dans la vessie ne s'échappe ni par le vagin ni par l'urèthre; mais, en prolongeant l'examen, on voit de temps à autre sourdre une gouttelette d'urine claire et limpide qui sort de la paroi vésico-vaginale dans le point précis où M. Bozeman avait rencontré l'uretère droit qu'il s'était efforcé d'éloigner de la suture.

Cet examen démontre d'une manière péremptoire :

1° Que la perforation vésico-vaginale est complétement oblitérée, puisque le lait contenu dans la vessie ne s'échappe nullement dans le vagin;

2° Que l'urine qui mouille de temps en temps le vagin est versée directement dans ce canal par l'uretère qui a été compris dans la suture, malgré les efforts du chirurgien.

On remarquera que l'écoulement de l'urine par l'uretère droit dans le vagin est borné à quelques gouttes, par le fait de la compression que la cicatrice exerce sur ce conduit dont la lumière se trouve ainsi considérablement diminuée.

3° Enfin, et c'est là le fait capital, qu'une perte de substance de la paroi vésico-vaginale, ayant 4 centimètres de diamètre, a pu être complétement oblitérée par la simple suture, sans qu'il y ait eu besoin de recourir à des incisions pour permettre la locomotion des tissus, et cela malgré la présence de l'uretère dans les lèvres de la plaie.

NOUVEL AGENT ANESTHÉSIQUE LOCAL.

Par M. A. CLAISSE, à Saint-Valérien.

Depuis quelques années, je fais usage d'un moyen qui produit une anesthésie locale, et me permet d'extraire des dents, d'ouvrir des panaris et de faire d'autres petites opérations sans que les malades ressentent la moindre sensation douloureuse.

Voici en quoi il consiste :

Dans un petit flacon, j'introduis le tiers de sa capacité de camphre pulvérisé, et je remplis d'éther sulfurique.

C'est avec cette solution que je frictionne légèrement, à l'aide d'une petite éponge fixée à une tige en baleine, pendant une minute environ, soit la gencive, soit l'endroit où le bistouri doit agir; puis je me hâte d'opérer.

Dans les circonstances où les malades font quelques difficultés, l'expérience m'a démontré qu'il vaut mieux recommencer à frictionner; s'il s'est écoulé une ou deux minutes, l'anesthésie est grandement diminuée, sinon abolie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 janvier 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE.

L'Académie reçoit :

1° Une observation de morve aiguë chez l'homme, par M. le docteur Windrif, de Cassel. (Commissaires, MM. Trousseau et H. Bouley.)

2° Un travail intitulé : Note sur la revaccination, démontrant par des faits, contrairement aux conclusions d'un mémoire de M. Vle-

---

aire dans le sens actuel du mot. Tout ce que les historiens nous aprennent de sa santé, c'est que l'illustre orateur, né chétif, garda pendant le cours de sa vie le cachet de cette débilité originelle. Son corps ragile ne put résister aux fatigues de l'étude, de la clientèle et de la arole. Des évanouissements habituels, une maigreur extrême, des nsomnies fréquentes, une voix brisée par l'effort, et plus que tout cela eut-être, la crainte que lui inspirait Sylla, décidèrent Cicéron à sortir e Rome et à s'embarquer pour la Grèce. Là, retiré dans l'ombre, in des agitations du barreau et des affaires publiques, il ne tarda oint à se relever de cette consomption qui n'est pas propre à la phthie seulement. Encore une fois, la navigation a-t-elle bien réellement uéri dans Cicéron un cas de diathèse tuberculeuse? Il est bien difficile 'admettre qu'une traversée de quelques jours a suffi pour un tel proige.

N'est-il pas étonnant, quand la nature offre tant d'asiles fleuris, tant e rivages charmants au sein des paysages les plus variés, que des nillions de créatures humaines s'entassent les unes sur les autres dans es édifices qui ressemblent moins à des maisons qu'à des collines? ans ces couches ainsi superposées, on se presse, on se gêne, et, qui ɪs est, on s'infecte. Aussi voyez la population de Paris à la fin de hiver : elle ne se compose plus que de spectres hâves, jaunes, tannés, ɛxdant par tous les pores les miasmes qu'ils recèlent! A ce moment Parisien est arrivé au dernier terme de l'épuisement, et aussi près ue possible de la maladie. Ceux que la raison et la fortune favorisent, ortent au printemps de ce laboratoire de poisons, prennent le chemin le leurs domaines, ou des bains de mer, ou des eaux à la mode, pour e refaire une provision de forces et de santé.

C'est une coutume fort ancienne, mais incompréhensible pour moi ans certains cas, que celle qui consiste à faire usage des eaux minérales pendant l'été. En effet, qu'il s'agisse, par exemple, d'un malade atteint de phthisie laryngée ou pulmonaire, d'un catarrhe de la vessie ou des bronches, toutes affections engendrées, entretenues ou aggravées par le froid humide dans notre climat, le bon sens veut que le malade, après avoir été guidé dans le choix de la source qui lui convient le mieux, s'y rende pendant l'hiver, de telle sorte que sa guérison coïncide et s'affermisse avec le retour de l'été. Or c'est précisément le contraire qui a lieu, c'est-à-dire que le malade qui a été soumis au régime des eaux pendant l'été rentre chez lui juste dans la saison où sévissent les influences atmosphériques les plus propres à provoquer une rechute.

Sans doute, celui qui a fait sa cure en été peut, si sa situation l'exige, prendre ses quartiers d'hiver dans l'une des stations méridionales de la France ou de l'Europe. Mais combien y a-t-il de familles en état soit de mettre leurs affaires en jachère, soit de subvenir aux frais de cette dispendieuse thérapeutique?

En proposant un renversement dans nos habitudes balnéaires, je n'oublie pas que nos sources cessent d'être abordables depuis le mois d'octobre jusqu'au retour de la belle saison. Mais s'il en est ainsi de la plupart de nos établissements thermaux, il en est un cependant qui fait exception, en ce qu'il reste ouvert en tout temps.

Il existe, en effet, au pied même des Pyrénées, à quelques kilomètres de Perpignan, une délicieuse vallée circonscrite par une fortification de montagnes qui la protégent contre les attaques du vent du nord et du nord-ouest. C'est au fond de cette vallée remarquable par la douceur et l'uniformité de sa constitution atmosphérique, que se trouve Amélie-les-Bains, résidence peu connue autrefois, mais aujourd'hui en pleine voie de prospérité.

Depuis quelques années, Amélie se peuple pendant l'hiver d'une véritable colonie de poitrinaires et de catarrheux qui trouvent là réunis les avantages du climat et des eaux minérales. La nature a beaucoup fait pour cette localité; l'art peut y ajouter encore. Déjà le gouvernement a donné le signal des améliorations; cet exemple a été suivi par les propriétaires des sources principales. Pourquoi ces hommes si dévoués au bien-être et au salut des tuberculeux laissent-ils ignorer les efforts qu'ils s'imposent en faveur de ces malades? Ils oublient donc que la guitare est tombée parce qu'elle ne faisait pas assez de bruit dans le monde?

CHAMPOUILLON.

Si nos renseignements sont exacts, M. le ministre de l'intérieur aurait annoncé, le 1er janvier, à la réception officielle des fonctionnaires de son département, que notre éminent confrère M. Ferrus venait de se démettre de ses fonctions d'inspecteur général des asiles d'aliénés et du service sanitaire des prisons. M. le ministre aurait même ajouté qu'il ne voyait pas sans un très-vif regret s'éloigner volontairement de l'administration un homme dont les longs et éclatants services ont été si utiles au pays, à la science et à l'humanité.

Nous ne pouvons qu'approuver hautement les paroles de S. Exc. M. Delangle, et assurer à notre tour M. Ferrus qu'il emporte dans sa retraite les sympathies unanimes du corps médical : son souvenir est toujours vivant à l'hospice de Bicêtre, et il sera religieusement conservé et honoré dans toutes les maisons d'aliénés qu'il a organisées et si souvent inspectées en province. — Le bruit court que c'est à M. le docteur Girard de Cailleux, directeur et médecin en chef de l'asile public d'Auxerre, que doit très-prochainement échoir la succession de M. Ferrus.

minckx, l'utilité et la réussite de cette opération sur des sujets âgés de moins de vingt-cinq ans, par M. le docteur Charles Pellarin. (Commission de vaccine.)

— M. LE PRÉSIDENT remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présidence, et il saisit cette occasion pour faire ressortir l'importance de ses travaux et l'autorité qu'ils lui ont acquise dans l'opinion. Il termine en proposant à l'Académie de voter des remercîments à M. Laugier, président sortant, et aux membres du conseil dont les fonctions sont expirées.

Cette allocution est accueillie par les applaudissements unanimes de l'assemblée.

M. le président rend compte ensuite à l'Académie des réceptions officielles du jour de l'an.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le tubage du larynx et la trachéotomie. La parole est à M. Malgaigne.

M. MALGAIGNE rappelle d'abord succinctement l'origine et les principales phases de la discussion; il précise la position qu'il a voulu y prendre lui-même et qu'il a formulée dans sa lettre adressée à l'Académie; c'est à tort, dit-il, qu'on l'a regardé comme un adversaire de la trachéotomie : quand il en attaquait les abus, il n'entendait pas en proscrire l'usage.

Revenant ensuite à la statistique de MM. Roger et Sée, l'orateur s'étonne des modifications qu'elle a subies après la lecture du rapport de M. Trousseau. Il rejette tout ce qui, dans cette statistique, a rapport à la deuxième période du croup, parce que, dans cette partie de leur travail, MM. Roger et Sée n'ont donné que les résultats de 39 opérations prises dans un total de 466.

Quant à la statistique générale, M. Malgaigne croit qu'elle n'offre pas de garanties suffisantes; les trois documents qui ont servi à la construire ne s'accordent pas : la liste de M. Guersant porte le chiffre des opérations à 466, celle de l'administration à 475; enfin, d'après les thèses des anciens internes de l'hôpital des Enfants, il n'y aurait eu que 460 trachéotomies. MM. Roger et Sée ont eu tort de prendre une moyenne entre ces chiffres contradictoires. M. Guersant comptait 126 guérisons, ce qui faisait une proportion de 27 p. 0/0; tandis que, d'après les thèses si souvent citées de MM. Millard, Letixerant, etc., il n'y en aurait eu que 120 ou 24 p. 0/0. C'est, en somme, un travail à refaire.

Mais la proportion de 20 p. 0/0 est même trop considérable, tandis que celle de 1 sur 10, que donnait le tableau de M. Bouchut, est exacte, d'après les déclarations mêmes des chirurgiens qui y figurent, quoi qu'en ait dit M. Bouvier. M. Bouvier s'est aussi trompé relativement aux opérations de M. Nélaton : au lieu de 36 trachéotomies et de 33 morts, il faut compter 35 trachéotomies et 32 morts, et M. Malgaigne tient de M. Nélaton lui-même, que ses dernières opérations, qui ont donné 3 succès sur 12, ont été faites par le même procédé que les premières.

Les chiffres de M. Trousseau, sur lesquels M. Malgaigne se propose de revenir, ne suffiraient d'ailleurs pas, alors même qu'ils servaient exacts, pour annuler ceux de M. Bouchut. Ils prouvent seulement qu'il s'agit de *séries heureuses* dans les tableaux de M. Trousseau.

L'hôpital des Enfants compte plus de succès, à une exception près, que toutes les pratiques civiles; M. Malgaigne répète que rien de pareil ne s'est jamais vu pour aucune opération, et qu'il serait absurde d'en conclure que la trachéotomie doit réussir mieux à l'hôpital qu'en ville.

M. Bouvier a cru expliquer cette différence en établissant sa division de l'histoire de la trachéotomie en trois périodes, et en rapportant les succès des dernières années aux modifications introduites dans le manuel opératoire et dans les soins consécutifs; M. Malgaigne rappelle ces modifications telles qu'elles ont été indiquées par MM. Trousseau et Bouvier, et les passe ensuite successivement en revue pour en apprécier la valeur réelle.

En disant que l'opération doit être faite lentement, M. Trousseau oubliait que les chirurgiens, à de rares exceptions près, ne la font pas autrement. La nécessité d'employer une canule volumineuse avait déjà été indiquée par M. Bretonneau, et en tout cas M. Trousseau y a assez insisté dès la deuxième phase admise par M. Bouvier, pour que son emploi n'ait pas pu contribuer aux succès de la troisième période. Il en est de même de la canule double, qui a d'ailleurs l'inconvénient de diminuer le calibre du passage ouvert à l'air, et que la plupart des chirurgiens ont employées avant M. Trousseau.

M. TROUSSEAU. C'est une erreur formelle; j'ai été le premier à m'en servir après M. Bretonneau.

M. MALGAIGNE. Pourtant vous avez dit le contraire, en 1843, dans un article du *Journal de chirurgie*, et dans l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez. J'admets pourtant la version actuelle de M. Trousseau; elle prouve au moins que l'emploi de cette canule a été étranger au nombre croissant des guérisons.

M. Malgaigne s'élève avec force contre la cautérisation de la plaie, qu'il trouve inutile, dangereuse et contraire à tous les principes de la chirurgie; le fer rouge, à la bonne heure; mais le nitrate d'argent ! C'est aussi dérisoire que déraisonnable.

Vient ensuite l'écouvillonnement, que l'on condamne; M. Malgaigne ne peut voir là, de la part de M. Trousseau, qu'une erreur; c'est pour lui un moyen essentiel dans tous les cas où des fausses membranes s'arrêtent dans la trachée ou dans la canule. La cautérisation elle-même est indiquée quand il y a des fausses membranes dans la trachée, au même titre que la cautérisation à l'arrière-gorge dans l'angine couenneuse.

M. Malgaigne s'étonne d'ailleurs de l'anathème prononcé contre la cautérisation par M. Trousseau, qui déclarait en 1843 que c'est une pratique condamnable de ne pas l'employer.

M. TROUSSEAU. Je l'ai dit, mais j'ai changé d'opinion depuis, et je n'ai jamais eu recours à la cautérisation depuis 1845.

M. MALGAIGNE. Je ne dis pas que vous n'ayez pas changé d'opinion.

M. TROUSSEAU. C'est l'expérience qui a modifié mes convictions.

M. MALGAIGNE. Je ne dis pas le contraire; mais je me demande comment il se fait qu'en 1843 vous attribuiez les résultats déplorables obtenus dans 20 cas traités sans cautériser, à ce traitement, et que depuis vous rapportiez vos succès à la même pratique? Comment se fait-il encore que vous ayez obtenu des résultats favorables dans une série de 45 cas traités par la cautérisation, et enfin qu'en 1850 vous ayez même cautérisé la trachée avec le crayon de nitrate d'argent.

M. TROUSSEAU déclare qu'il n'a jamais de sa vie employé ce procédé de cautérisation.

M. MALGAIGNE. Il faut donc que je renvoie cette erreur à M. Letixerant, dans la thèse duquel je l'ai trouvée.

L'emploi de la cravate ne date pas de 1849 non plus. Il y a longtemps que Gerdy employait une éponge humide; on s'en servait pendant la deuxième phase, qui a donné à M. Monod une trentaine d'insuccès sur une trentaine d'opérations. L'importance de l'alimentation et des toniques était enfin proclamée dès 1834 par M. Trousseau.

J'arrive maintenant à une question plus importante que toutes les précédentes; c'est celle du traitement antérieur à la trachéotomie. Vous vous rappelez ce qu'en a dit M. Trousseau. Eh bien, je crois que là est en réalité la cause des succès étonnants qu'enregistre l'hôpital des Enfants. Oui, je crois que la trachéotomie réussit d'autant mieux qu'elle est faite de meilleure heure, et qu'on obtiendra des succès inouïs en opérant avant que la trachéotomie soit indiquée.

M. Malgaigne relève ici qu'en disant que dans toutes les opérations faites à l'hôpital des Enfants en 1850-51 il y avait commencement d'asphyxie, MM. Roger et Sée se sont mis en contradiction avec la thèse de M. Letixerant, à laquelle ils en appelaient. Il dit que M. Sée lui-même en est convenu dans un entretien qu'il a eu avec lui, et que le passage en question exprime bien l'opinion de M. Roger, mais pas celle de M. Sée.

M. TROUSSEAU. Je demande la parole.

M. MALGAIGNE. M. Sée m'a avoué que, sur 16 opérations consignées dans la thèse de M. Letixerant, 2, 4, 6 peut-être étaient prématurées, et qu'il y en a également plusieurs dans la thèse de M. Millard. Il y a eu aussi quelques erreurs de diagnostic, et celle que j'ai relevée n'est pas la seule; il y en a deux dans la thèse de M. Millard.

Je vais examiner maintenant ce que c'est que cette solidarité intime que M. Bouvier réclame pour les chefs de service et pour les internes de l'hôpital des Enfants, et je veux pour cela refaire l'histoire de la trachéotomie.

Jusqu'en 1849, M. Trousseau seul enregistre des succès; avant cette époque, l'hôpital des Enfants et des chirurgiens en ville sont également malheureux.

Mais dans la pratique de M. Trousseau même, il y a deux périodes : dans la première, revers sans nombre, et pourquoi? M. Trousseau emploie-t-il les mêmes procédés que plus tard? Ne serait-ce pas parce que M. Trousseau attendait dans cette période les dernières heures, les phases ultimes pour opérer? C'est M. Bouvier qui nous a fourni ce renseignement. Ceci a bien son importance. Remarquez, en effet, qu'en 1835 M. Trousseau, sans rien changer à sa manière d'opérer, compte neuf succès sur dix opérations !

Si maintenant tout a changé de face à l'Enfant-Jésus en 1849, c'est que M. Trousseau y apportait une idée, un principe, sans rien changer aux procédés. Ce principe n'était autre que d'opérer aussitôt que le croup est constaté, et avant l'emploi de tout traitement médical. Il lui fallut du temps, à la vérité, pour faire triompher ses idées parmi les internes, et ce n'est qu'en 1850 qu'un succès éclatant les rallia autour de lui.

Or, ce succès, à quoi était-il dû? M. Letixerant nous l'apprend : c'est que l'opération fut faite à une époque à laquelle on n'obtiendrait jamais en ville le consentement de la famille. Voilà la raison des succès récents de cet hôpital ! Les internes, M. Letixerant nous l'apprend bien, ont épousé la doctrine du maître, et ils ont vingt-deux heures par jour pour la mettre en pratique.

Mais depuis 1852 le chiffre des guérisons a baissé. C'est en 1852 que M. Trousseau a quitté l'Enfant-Jésus, et son influence n'y est pas restée tout entière. La solidarité des maîtres et des élèves n'y est plus aussi étroite que le disait M. Bouvier. M. Guersant, qui compte moins de guérisons que ses internes, se presse un peu moins de faire la trachéotomie précoce. Mais comment se fait-il qu'il permette à ses internes d'opérer à une période où il ne le faisait pas lui-même?

M. Bataille en 1853, M. André en 1857, étaient encore l'écho fidèle des doctrines de M. Trousseau; aussi ce dernier a-t-il sauvé 6 opérés sur 7. M. Millard est à peu près du même avis, et c'est encore de la même époque que datent les 5 succès sur 7 cas de croup vierges de traitement et opérés immédiatement après avoir été envoyés à l'hôpital par M. Lefebvre.

On a changé à l'Enfant-Jésus, dit M. Bouvier, la division des périodes du croup. Pourquoi? Vos élèves ne sont pas vos élèves, ce sont ceux de M. Trousseau, et c'est à eux, après M. Bouchut, que vous avez demandé vos idées sur cette question.

M. BOUVIER. Je demande la parole !

M. MALGAIGNE. Ils étaient sept, — comme les sept sages... — et ils ont rédigé une charte des indications de la trachéotomie. Ce sont eux qui ont proclamé que dans la première période il n'en peut être question, et je les en loue. C'est une révolution, et à partir de ce moment le drapeau de M. Trousseau, qui n'avait pas cessé de flotter à l'Enfant-Jésus, était déchiré.

Mais dans la charte des internes j'ai trouvé quelques articles un peu étonnants; en voici un : « Les internes n'opèrent pas les enfants au-dessous de deux ans. » Grâce à l'indiscrétion des journaux, nous connaissons le texte primitif de cette déclaration; j'ignore d'où est venue la rectification que j'ai trouvée dans le *bulletin*. On y lit que les internes n'opèrent que *rarement* les enfants âgés de moins de deux ans. Quoi qu'il en soit, je proteste contre cette manière d'agir. La trachéotomie réussit quelquefois dans ces circonstances, et dès lors vous n'avez jamais le droit de la refuser.

La diphthérite généralisée constituerait une autre contre-indication absolue. Mais qu'est-ce que la diphthérite généralisée? Ce n'est pas, à coup sûr, la présence de fausses membranes dans les fosses nasales; dans ce cas encore, vous n'êtes pas autorisés à refuser l'opération, car elle réussit quelquefois.

M. Trousseau nous dit, d'un autre côté, que l'hôpital Sainte-Eugénie a eu sa part des bienfaits de la troisième période. Cela n'est pas exact pour 1858 au moins, car, sur 116 trachéotomies, il n'y a eu que 19 guérisons ou 1 sur 6. A quoi tient encore cette différence? M. Barthez l'a demandé à la Société médicale des hôpitaux, et notez ceci, Messieurs, l'un des chefs de service de l'Enfant-Jésus demanda en retour que ce guérison fût mise de côté. Faut-il ajouter que M. Bouvier expliqu cette différence en disant que M. Barthez opère des enfants qui so pour ainsi dire condamnés à mourir, et que M. Barthez s'étonnait nombre des enfants qui meurent à l'hôpital de la rue de Sèvres s être opérés?

Oui, vous opérez trop tôt, et parmi les internes d'aujourd'hui il est qui répudient les opinions de leurs prédécesseurs; ils n'opère plus les enfants âgés de moins de deux ans, ni ceux qui ont des faus membranes dans le nez. Je le répète : *Caveant consules !*

Si je me réjouis toutefois de voir le roi de la trachéotomie dése et détrôné, je ne lui en rends pas moins hommage comme à un bie faiteur de l'humanité, car c'est à lui, à M. Trousseau, qu'elle est re vable de cette belle conquête....

De ces hautes questions, je descends à l'humble tubage, pour dire peu de mots seulement. J'ai été affligé de trouver quelque ch d'amer et d'hostile dans tout ce que M. Trousseau en a dit; j'ai r gretté que les résultats de ses expériences (faites après coup) aient exagérés dans le *Bulletin* : je n'avais pas vu, pour ma part, les pr tendues ulcérations produites au bout de quarante-huit heures. Ma laissons cela. Si la trachéotomie a été un grand bienfait pour l'hum nité, celui qui pourrait nous en délivrer ne lui rendrait-il pas un s vice plus éclatant encore?

Sans doute dans beaucoup de cas la trachéotomie restera longtem encore la seule et déplorable ressource. Mais ne faudrait-il pas convi ceux qui cherchent à y suppléer par des moyens plus innocents, à no apporter leurs inventions, sauf à trier ce qu'il y a de bon? Je ne cro pas d'ailleurs que le tubage soit tout à fait mauvais, et s'il n'a pas en core pu conjurer l'asphyxie, parce que la canule est engorgée à la fo par les mucosités des bronches et celles du pharynx, n'y aurait-il au cun moyen de remédier à cet inconvénient?

Ce n'est pas, à la vérité, dans les cas où le larynx reste obstru pendant quelques semaines que le tubage serait applicable; mais il a des croups qui guérissent tout seuls, d'autres où la nature trop faib ne demande qu'à être secourue pendant un ou deux jours; or les au topsies faites chez l'homme ont prouvé, contrairement aux expérienc de M. Trousseau, que la canule de M. Bouchut peut séjourner penda quarante-huit heures dans la glotte sans produire des accidents.

Un mot encore sur la gravité de la trachéotomie, que M. Trousse m'accuse d'avoir exagérée. D'après la thèse allemande qu'il a citée, sur 96 trachéotomies faites pour des corps étrangers des voies respir toires, il y aurait eu 23 morts ou 1 sur 4; c'est la proportion que do nent l'amputation de l'avant-bras et la taille avant l'âge de cinquan ans. Et si M. Trousseau ajoute que plusieurs insuccès étaient dus à la maladresse de l'opérateur ou au siége du corps étranger, je lui répondrai qu'il doit y avoir un plus grand nombre d'insuccès qui n'ont pas été publiés.

M. Trousseau a encore parlé un peu légèrement des plaies que se font les aliénés suicidés. Oubliait-il que, d'après Dieffenbach, sur 7 suicidés qui s'étaient ouvert la trachée, 7 ont succombé, et que 5 sur 19 sont morts de plaies tout à fait superficielles? Dire, d'ailleurs, que la trachéotomie est une opération fort simple, parce qu'elle ne divis pas la peau et une cavité muqueuse, c'est oublier qu'il en est à peu près de même de la taille. La trachéotomie, c'est la taille des poumons, et quand on opère sur des organes déjà enflammés, que ce soit la vessie ou les voies respiratoires, la gravité de la plaie augmente dans une proportion affligeante. Le trépan réussit quelquefois quand l'encéphale est sain. Dans les conditions opposées, il a échoué 16 fois sur 16 dans les hôpitaux de Paris pendant une période de six ans.

M. Malgaigne termine en disant que ce n'est pas pour prendre la défense d'un client qu'il a attaqué le rapport de M. Trousseau; en combattant les conclusions prématurées de ce rapport, il ne voyait que les intérêts compromis de la science et de la vérité, la dignité de l'Académie; il n'avait pas d'autres clients à défendre. (Applaudissements.)

— La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 30 décembre 1858 ont été nommés dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

A deux emplois de médecin principal de 1re classe : MM. Fen et Leclerc, médecins principaux de 2e classe.

A trois emplois de médecin principal de 2e classe : MM. Marm, Cardailhac, Catteloup, médecins-majors de 1re classe.

A un emploi de pharmacien principal de 1re classe : M. Jeannel, pharmacien principal de 2e classe.

A deux emplois de pharmacien principal de 2e classe : MM. Robillard et Fournez, pharmaciens-majors de 1re classe.

— Par décret du 30 décembre 1858 ont été nommés ou promus dans la Légion d'honneur

Au grade d'officier, MM. Rollet et Warmé, médecins principaux de 1re classe.

Au grade de chevalier, MM. Muller, chirurgien de la marine de 1re classe; Salis et Petit, chirurgiens de la marine de 2e classe.

— Le concours pour l'emploi de professeur agrégé en pharmacie, vacant à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaire du Val-de-Grâce, s'est terminé par la nomination à l'unanimité de M. Roussin, pharmacien aide-major de 1re classe.

— M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics vient d'accorder, sur la proposition de l'Académie impériale de médecine, des médailles d'argent pour le service des eaux minérales, en 1855, à M. Barthez, médecin en chef de l'hôpital thermal de Vichy, pour son mémoire contenant 1,591 observations cliniques recueillies à l'hôpital militaire, de 1847 à 1856.

M. Cabrol, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains, pour l'excellent rapport médical rédigé d'après ses observations cliniques.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 3. — SAMEDI 8 JANVIER 1859. (32e ANNÉE.) N° 3. — SAMEDI 8 JANVIER 1859

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Tremblement hystérique.

Une jeune fille de treize ans entrait le 7 décembre à l'Hôtel-Dieu, où elle fut regardée par quelques personnes comme affectée de danse de Saint-Guy. Les membres étaient incessamment agités de mouvements convulsifs, d'un tremblement continuel, que sa volonté semblait impuissante à modérer. Au premier abord, on pouvait bien avoir l'idée de la maladie qu'on avait diagnostiquée, mais il n'était pas besoin d'un examen longtemps prolongé pour que, même en ne tenant compte que de la forme des convulsions, on vît de suite qu'il ne s'agissait pas d'une chorée, mais d'une autre affection.

En effet, quelque involontaires que fussent ces mouvements, ils n'étaient point désordonnés, ils présentaient une certaine harmonie, et, bien qu'involontaires, sa volonté les commandait encore en quelque façon. Tandis que, dans la danse de Saint-Guy, le désordre eût été complet, et qu'alors que nous eussions demandé à la malade d'exécuter quelque mouvement, par exemple, de prendre un objet à sa portée, nous l'eussions vue jeter sa main de côté et d'autre, la lancer brusquement en avant, la retirer brusquement à droite, à gauche, en arrière, sans arriver jamais à son but. Ce n'était pas ce que nous observions ici. D'une part, ces mouvements convulsifs étaient réguliers, et lorsqu'on disait à la malade d'étendre les mains, de prendre ce que nous lui présentions, elle exécutait facilement ce qu'on lui demandait. Les mains et les bras étaient toujours agités de contractions convulsives involontaires, mais elle les étendait droit devant elle, elle prenait du premier coup le gobelet, la plume, le crayon qu'on lui présentait; une fois qu'elle les tenait, elle ne les lâchait pas, comme l'aurait fait un individu affecté de danse de Saint-Guy.

Cette forme même des convulsions nous permettait déjà d'établir que nous n'avions point affaire à la chorée ; d'autres phénomènes que nous présentait notre jeune fille, la manière dont sa maladie avait débuté, la marche qu'elle avait suivie, ne devaient pas nous laisser de doute sur la nature des accidents convulsifs qu'elle présentait.

Dès l'abord, l'hystérie était écrite en gros caractères sur sa physionomie; ses yeux, renversés en haut, roulant convulsivement dans leurs orbites, avaient cet aspect remarquable qu'ils ont chez les femmes hystériques; sa poitrine était soulevée de temps en temps par des soupirs, comme si elle éprouvait de l'anxiété; en un mot, tout son être, s'il est permis de parler ainsi, respirait le spasme.

Pour compléter ce tableau, plus facile à comprendre qu'à peindre, nous constations de l'anesthésie presque générale, quelques points seulement de la peau restant sensibles aux piqûres et aux pincements. En outre, la malade accusait à la région de l'estomac une douleur fixe que la pression exagérait, et qu'elle comparait à la sensation d'une boule remontant vers la gorge, qui semblait se resserrer au point de pouvoir gêner la déglutition et la respiration. Le long de la colonne vertébrale nous trouvions le clou hystérique.

Voici maintenant comment ces accidents avaient débuté voici quels étaient les antécédents de cette jeune fille. Réglée depuis dix-huit mois, la menstruation s'était de suite bien établie et n'avait jamais été troublée. Jamais non plus, jusqu'à ce jour, la malade n'avait rien éprouvé d'analogue à ce qu'elle éprouvait dans cette crise. Facilement impressionnable, riant, pleurant sous le moindre prétexte, sans motif réel, susceptible à la peur, présentant tous les attributs de la mobilité nerveuse, jamais cette mobilité ne s'était traduite par des attaques de nerfs.

Il y a dix-huit mois, elle avait eu une fièvre typhoïde qui dura six semaines et lui laissa une céphalalgie continuelle, à laquelle elle n'était pas sujette auparavant. Le samedi, 4 novembre, elle s'était rendue à son ouvrage comme à son ordinaire, lorsque, dans le courant de la journée, elle fut prise, sans aucune cause, de petits mouvements convulsifs des bras et des jambes assez modérés d'ailleurs, car elle continua de travailler. Le lendemain, les convulsions devinrent plus violentes, et la malade eut des accès de gaieté exagérée, qui ne se calmèrent pas par la visite qu'elle fit à sa mère, malade à l'hôpital : loin de là, après cette visite, qui, dit-elle, cependant l'avait tristement impressionnée, son animation augmenta de plus en plus, et elle se mit à chanter durant le reste de la journée. Le lundi, elle retourna à son travail, et malgré les mouvements dont ses mains et ses bras étaient toujours agités, elle se livra à ses occupations habituelles : elle les avait encore reprises le lendemain lorsque, vers onze heures du matin, elle éprouva des accidents plus sérieux. Tout à coup elle devint pâle et perdit en partie connaissance; cette lypothymie persistant, on la reconduisit chez elle ; elle se plaignait alors de frissons, d'une sensation générale de froid qui la faisait grelotter et claquer des dents. A quatre heures du soir, elle tomba complétement en syncope, et bientôt elle eut une attaque convulsive assez violente pour qu'on se crût obligé de lui mettre la camisole de force ; cette attaque dura une heure et demie, accompagnée d'un délire pendant lequel la malade chantait, poussait des cris furieux, qui mirent en émoi la maison qu'elle habitait; sa face était rouge, vultueuse, son air hagard. On la transporta à l'hôpital, où cette grande crise se calma d'elle-même assez rapidement. Placée d'abord dans une autre salle, elle n'entra dans la salle Saint-Bernard, service de M. Trousseau, que le 10 décembre. Son intelligence, sa raison, avaient repris toute leur netteté; on ne constate plus que les phénomènes convulsifs et spasmodiques dont nous avons parlé.

La malade fut immédiatement soumise au traitement par les bains prolongés : chaque jour elle passait deux ou trois heures dans un grand bain d'eau tiède, et le 22 décembre, quinze jours après son arrivée à l'Hôtel-Dieu, elle se sentait complétement guérie. Les mouvements involontaires avaient totalement cessé.

Personne ne méconnaîtra ici une affection hystérique. Il suffit de jeter les yeux sur l'ensemble des symptômes qui ont été notés, de considérer les circonstances dans lesquelles la maladie s'est déclarée, sa marche rapide, la prompte efficacité du traitement, pour que sur ce point de diagnostic il ne puisse y avoir, ce nous semble, matière à discussion. Mais le fait sur lequel nous voulons insister a trait à la forme convulsive des accidents éprouvés par la malade, forme qu'affecte assez souvent l'hystérie, et qui alors, comme dans le cas actuel, donne au premier aperçu l'idée d'une danse de Saint-Guy.

Dans le cours de l'observation, nous avons indiqué en passant à quels caractères nous avions reconnu qu'il ne s'agissait point de cette dernière maladie; il est nécessaire d'y revenir. Trop fréquemment encore, en effet, on confond avec celle-ci certaines affections qui sont comprises comme elle sous la dénomination générique de chorées, mais auxquelles le titre de *tremblements*, que leur donnaient les anciens, Joseph Franck entre autres, conviendrait peut-être beaucoup mieux, le nom de *chorée proprement dite* devant être exclusivement réservé à la chorée de Saint-Guy. Si l'agitation convulsive des muscles d'une ou de plusieurs parties du corps est le caractère commun à ces diverses affections, la forme des convulsions dans le tremblement est tellement différente de celle qu'elles affectent dans la chorée, qu'il suffit d'un peu d'habitude pour pouvoir saisir ces différences. Cette question de diagnostic entre les diverses espèces de tremblements de la danse de Saint-Guy serait un sujet d'étude aussi intéressant qu'utile. En mainte occasion, M. le professeur Trousseau l'a signalé aux médecins et aux élèves qui suivent ses cliniques, et l'année dernière il en a fait l'objet d'une leçon qui sera ultérieurement publiée.

A propos de l'observation qui précède, nous voulons essayer de montrer en quoi ce tremblement hystérique différait chez cette jeune fille de la danse de Saint-Guy.

Ce qui frappait chez la malade, c'était la parfaite régularité, la parfaite coordination des mouvements.

En l'observant au repos, nous voyions ses membres agités de mouvements continuels, mais ayant toujours lieu dans un même sens, avec une certaine harmonie. Lorsque nous commandions à la jeune fille d'exécuter un mouvement étendu, complexe, demandant une certaine énergie ou du moins une certaine persistance dans les contractions musculaires, et surtout une coordina-

FEUILLETON.

Étrennes à mes amis et futurs confrères, MM. les étudiants en médecine.

> Il est moins rare de trouver de l'esprit, que des gens qui se servent du leur.
> (LA BRUYÈRE, *Du mérite personnel.*)

Je viens vous souhaiter à tous, non pas la bonne année, mais une longue suite d'années heureuses, une vie fortunée et toujours prospère.

Ces vœux généraux ressemblent en bienveillance à une coutume du bon curé de mon endroit ; chaque année, le jour du tirage au sort, il dit une messe à l'intention de tous les conscrits ; il demande à Dieu que pas un seul ne soit affligé d'un mauvais numéro.

Si je suis animé d'aussi bonnes intentions, ce n'est pas sans motif. Je réclame en échange *attention et docilité*. Parlons sérieusement : malgré l'égalité devant la loi, il y a parmi nous des classes bien distinctes, à ce point que les uns servent, les autres sont servis ; les premiers sont les derniers de la société, les autres les premiers ; cet état de choses revêt de prime abord un cachet d'injustice qui n'existe point : souvent les hommes sont partis du même point, et, divergeant sans cesse, ils arrivent insensiblement à ces extrémités opposées.

Examinez avec soin la biographie des professeurs et des agrégés de l'Ecole ; *il n'y en a pas un seul* qui, outre des capacités innées, n'ait travaillé plus que trois manouvriers ; c'est à *l'improbus labor* qu'ils doivent leur position. Je ne me rappelle pas avoir vu un de ces hommes manquer à son devoir pour cause de vice ou de plaisir.

Parmi les individus relégués dans les derniers rangs de la société, se trouvent des sujets remplis de moyens naturels et même de bonne volonté ; ils ont un côté faible et voilà tout. Vous allez m'objecter que vos professeurs ont franchi les limites de la jeunesse, et qu'ils sont hors de l'âge des orages : c'est vrai; mais arrêtez-vous sur ce trottoir, et examinez à la lueur du réverbère ce vieux chiffonnier ivre-mort; lui aussi n'est plus jeune; les vices n'ont pas d'âge, ils n'ont que des habitudes.

Pénétrez-vous bien de ceci : avant que d'étudier l'homme sain et l'homme malade, il convient de vous étudier vous-même, γνῶθι σεαυτὸν, et vous irez de surprise en surprise, vous serez très-étonnés de trouver en vous une foule d'ennemis qui, si vous n'y mettez ordre, vous conduiront au désordre et à la ruine.

On vous apprend qu'il y a trois instincts naturels : la conservation personnelle, la reproduction, et la conservation de l'espèce ; j'en reconnais un quatrième que je désigne sous le nom d'*instinct de la destruction*. Vous me direz si c'est avec ou sans motifs.

Quant à l'instinct de la reproduction, vous allez me répondre comme Panurge interrogé par le théologien Hippothadée : Mon fils, sentez-vous en votre corps importunément les aiguillons de la chair ?—Bien fort, répondit Panurge, ne vous déplaise, notre père.— Avez-vous, continua le théologien, reçu de Dieu le don et grâce spéciale de continence ? — Ma foi, non, fit Panurge.

Quant à la conservation de l'espèce, nous n'avons pas à nous en inquiéter, puisque telles sont votre vocation et la fin de toutes vos études médico-chirurgicales.

Ces trois points établis, voyons le quatrième, l'*instinct de la destruction*. Il convient de reconnaître tout d'abord à l'homme un égoïsme atroce, égoïsme qui le porte réellement à sacrifier tout ce qui s'oppose à lui avec le courage du loup et la férocité du meurtrier. En outre, un autre genre plus incroyable, c'est celui qui consiste à nous sacrifier nous-mêmes, à un moment donné, pour nous procurer certaines jouissances aux dépens de notre propre individu.

Exemple. 1° C'est un ivrogne : Il sait qu'il sera très-malade le lendemain d'une ribote, il n'hésite cependant pas, et, sacrifiant sans pitié l'homme du second jour, il contente sa passion.

2° C'est le voluptueux qui s'engage dans une partie galante, dont il connaît tous les dangers pour sa santé.

3° Le libertin sacrifie, par ses excès, son intelligence et ses forces ; il marche, il contente ses désirs, en reniant la solidarité qui doit exister entre la jeunesse et l'âge mûr.

La devise cynique qui caractérise tout cela est *courte et bonne*. C'est avec ces deux mots que l'on parvient à faire de quelque chose rien, et que l'on explique la différence des positions humaines; il est aisé, dès maintenant, de comprendre que les emplois et les honneurs appartiendront aux capables et aux vertueux, et que les classes infimes seront encombrées par les imprudents et les faibles.

Je sais combien sont séduisantes au sortir du collége, au moment où l'on possède santé, jeunesse et beauté, les jouissances que nous offre la vie libre, rêvées pendant tant d'années sous les verroux; mais plus l'entraînement est doux, plus le sentier du plaisir est fleuri, et plus il faut que la résistance soit énergique.

J'ai compris tout cela et je m'en trouve bien ; je vous confesse cependant qu'il m'en a coûté bien des combats, quand

> Quem circum cursans huc atque huc sæpe cupido
> Fulgebat crocina splendidus in tunica.
> CATULLE.

tion, une espèce d'équilibre entre elles, nous voyions que la volonté, impuissante à empêcher, à modérer même l'agitation que l'on pourrait appeler passion, commandait encore aux mouvements actifs.

Ainsi, lorsque nous disions à la malade d'étendre le bras et de prendre un objet que nous lui présentions, elle le faisait sans difficulté; sa main, son bras, étaient bien agités de convulsions, mais elle les dirigeait; elle arrivait du premier coup au but qu'elle voulait atteindre; elle saisissait, et elle saisissait naturellement, sans efforts, le gobelet, le crayon, la plume qu'on lui tendait; une fois qu'elle les tenait, elle ne les lâchait plus.

Il y avait loin de là à ce qu'on observe dans la chorée. Ici, même quand le malade est au repos, les mouvements ont quelque chose de particulier, de bizarre, de caractéristique, que la meilleure description ne saurait rendre, mais qu'il suffit d'avoir vu une fois pour ne jamais l'oublier. Ce n'est plus un tremblement, c'est une distorsion, une singulière mobilité, une sorte de folie musculaire, suivant l'expression de M. Duchenne (de Boulogne). A ne considérer que ce qui se passe dans les membres supérieurs, on voit les doigts se fléchir, s'étendre, tantôt les uns, tantôt les autres, s'écarter, se rapprocher, se croiser, et tout cela sans aucun ordre, de la façon la plus incohérente. La main exécute aussi ces mouvements désordonnés d'extension, de flexion, d'abduction ou d'adduction, variant à chaque instant ses positions. L'avant-bras se fléchit brusquement pour s'étendre plus brusquement encore; le bras se meut à la façon de ceux d'un pantin à membres articulés.

Mais c'est lorsque le malade veut exécuter quelque mouvement que cette folie musculaire est bien plus prononcée, et que les convulsions choréiques présentent le caractère qui n'appartient qu'à elles. Que le malade, en effet, veuille saisir un objet, il lance sa main vers le but qu'il se propose d'atteindre; puis il la retire en arrière, ou bien il la porte à droite, à gauche, et ne réussit qu'après beaucoup d'efforts et d'essais. S'il touche l'objet, un verre par exemple, c'est pour le renverser ou le lancer loin de lui; s'il le saisit, il le lâche brusquement; s'il le tient enfin, et qu'il veuille le porter à sa bouche, il n'y parvient pas du premier coup, comme le dit Sydenham; avant d'y arriver, il fait mille contorsions à la manière des histrions, allant convulsivement de côté et d'autre jusqu'à ce que le hasard lui faisant rencontrer ses lèvres, il avale la boisson d'un seul trait, comme s'il voulait faire rire les spectateurs.

La volonté, qui dans les diverses espèces de tremblements commande aux mouvements que le malade doit exécuter, est impuissante ici pour les diriger, pour les coordonner. C'est là, je le répète, le caractère distinctif de la danse de Saint-Guy. Dans quelques cas de tremblement, en effet, on retrouve à l'état de repos cette distorsion convulsive que l'on observe dans la chorée, bien qu'encore cette distorsion soit toujours harmonique, c'est-à-dire ayant lieu régulièrement dans un même sens. Aussi chez un homme couché au n° 11 *ter* de la salle Saint-Agnès, et qui est affecté de tremblements du côté gauche du corps, on peut voir que les mouvements convulsifs de distorsion s'exécutent toujours dans le même sens, et non d'une façon désordonnée comme dans la danse de Saint-Guy. Mais, tandis que dans le tremblement les mouvements commandés sont coordonnés et s'exécutent plus ou moins facilement, dans la chorée cette coordination fait complétement défaut.

Croup et angines couenneuses.

Si la reprise de la discussion sur le croup à l'Académie de médecine prouve l'intérêt qui s'attache à cette question, l'importance des questions pratiques soulevées par cette discussion n'est pas moins démontrée par l'empressement que mettent nos confrères de Paris et de la province à nous communiquer les faits de leur pratique qu'ils jugent utiles à la solution de quelques-unes de ces questions. Depuis nos dernières *Revues*, nous avons reçu plusieurs communications relatives à divers points du traitement du croup et de l'angine couenneuse. Nous signalerons notamment, entre autres, une observation détaillée d'un cas d'angine couenneuse suivie de croup, guérie par la trachéotomie, après l'emploi infructueux des cautérisations et de divers moyens médicaux, par M. le docteur Triquet; un travail étendu de M. le docteur Viard (de Montbard) sur la trachéotomie, au sujet de deux cas de croup, qui ont nécessité cette opération; une note de M. le docteur Simyan (de Cluny) sur l'amputation des amygdales comme moyen de combattre quelques-uns des accidents inhérents à l'angine couenneuse et d'en prévenir l'extension; enfin, une observation recueillie dans le service de notre savant et spirituel collaborateur M. Champouillon.

L'étendue de quelques-unes de ces communications ne nous permettant pas de leur donner place dans cette *Revue*, nous en renvoyons la publication à un autre numéro, et sous une autre rubrique. Nous nous bornerons pour aujourd'hui à la relation des faits communiqués par MM. Champouillon et Simyan, et qui sont relatifs à un point de vue nouveau de la question qui n'a été qu'à peine indiqué et d'une manière incidente seulement dans la discussion de l'Académie de médecine, et dont cependant l'importance est considérable; nous voulons parler de l'influence que peuvent avoir sur la marche ultérieure de la maladie les incisions, excisions ou ablations partielles ou totales de certains organes de la région pharyngienne, par suite de l'aptitude des fausses membranes à se reproduire sur les plaies naturelles ou artificielles, et de la rapidité plus ou moins grande avec laquelle elles se propagent.

On se souvient que M. Malgaigne, dans sa dernière argumentation, s'est élevé contre la pratique qui consiste à cautériser les lèvres de la plaie après l'opération de la trachéotomie, pratique recommandée par M. Trousseau dans le but de prévenir l'extension de la diphthérite aux lèvres de la plaie, suivie depuis par la généralité des praticiens qui ont eu l'occasion de faire la trachéotomie, et qui, suivant M. Malgaigne, serait inutile et dangereuse dans le cas de croup local, et tout à fait insuffisante et illusoire dans le cas de diphthérite généralisée.

On sait, d'un autre côté, que M. Bouchut a préconisé et pratiqué dans plusieurs cas, avec succès, l'ablation totale ou partielle des amygdales dans la période initiale de l'angine couenneuse, et dans le cas où ces glandes sont hypertrophiées et recouvertes de fausses membranes naissantes, dans le double but d'obvier au danger d'asphyxie qui résulte du développement exagéré de ces organes et de prévenir l'extension de la maladie aux parties voisines.

On voit de suite la connexité de ces deux ordres de faits qui impliquent cette question, dont la solution est encore loin de pouvoir être considérée comme définitive, savoir : l'angine couenneuse et le croup sont-ils des affections primitivement locales et susceptibles seulement de se généraliser consécutivement; ou bien, au contraire, sont-ils dès leur début l'expression locale d'une affection générale d'emblée? Existe-t-il enfin des angines et des croups de nature différente, et qui doivent être distingués dans la pratique, les uns locaux, les autres généraux, pendant toute leur durée; et à quels signes peut-on les reconnaître? On conçoit de suite l'importance de cette question au point de vue pratique et alors surtout qu'il s'agit d'apprécier la valeur des moyens prophylactiques destinés à prévenir, dès son début, l'extension ultérieure et la généralisation de la maladie.

Or les faits seuls sont susceptibles de fournir les éléments nécessaires pour la solution de cette question. Mais l'appréciation même de ces faits présente plus d'une difficulté; et sans aller plus loin, on pourrait tirer des déductions assez différentes, au point de vue qui nous occupe, de ceux que nous allons rapporter; aussi n'en tirerons-nous pour le moment aucune conclusion, laissant à nos lecteurs le soin d'en apprécier eux-mêmes la valeur et la signification, et de juger jusqu'à quel point sont légitimes les réflexions qu'ils ont inspirées aux observateurs qui les ont recueillies.

Voici d'abord le fait recueilli dans le service de M. Champouillon au Val-de-Grâce :

Angine diphthéritique.— Cautérisation des amygdales avec l'acide hydrochlorique. — Ventouses scarifiées sur le cou; développement de la diphthérite sur les scarifications.

F..., artilleur, âgé de vingt-deux ans et d'une constitution vigoureuse, fut atteint, dans le courant du mois de mars 1855, d'angine diphthéritique. Les amygdales étaient seules recouvertes de concrétions grisâtres; la voûte palatine, la luette, les piliers et le voile du palais, le pharynx, brillaient d'un rouge pourpré, mais sans taches ni ponctuations suspectes. Un mouvement fébrile assez violent, accompagné de céphalalgie intense et d'un commencement de délire, commandaient impérieusement une saignée générale, laquelle fut pratiquée le second jour de l'invasion.

Deux heures après cette saignée, M. Champouillon incisa sur plusieurs lignes parallèles l'exsudation couenneuse, en pénétrant jusqu'aux tonsilles; une petite éponge imbibée d'acide chlorhydrique pur fut ensuite promenée sur chacune de ces incisions. Dans la soirée, le délire et la fièvre ayant augmenté, le médecin de garde jugea convenable d'appliquer sur la région postérieure du cou douze ventouses scarifiées.

Le lendemain, M. Champouillon trouva la fièvre amoindrie; mais le malade semblait profondément accablé. Un vomitif amena l'expulsion de la majeure partie des fausses membranes, au-dessous desquelles apparurent plusieurs ulcérations sanieuses qui furent fomentées avec des lotions antiseptiques. En examinant les scarifications pratiquées la veille sur le cou, M. Champouillon s'aperçut qu'elles étaient toutes considérablement agrandies et recouvertes d'une exsudation en tout semblable à celle qui tapissait les amygdales. Attaquée par la créosote, cette matière épaisse, tenace, finit par se détacher, mais lentement et par lambeaux, laissant à jour de petites plaies de nuance gangréneuse, qui se cicatrisèrent dans le même temps et de la même manière que celles des amygdales.

Un phénomène digne d'être mentionné dans cette observation, c'est qu'après leur exfoliation, les fausses membranes ne se produisirent pas une seconde fois.

Si les comparaisons, les rapprochements, dit M. Champouillon, sont propres à éclairer l'histoire d'une maladie, le fait qui précède nous montre que dans le croup, même dans celui qui est dit local, on doit s'attendre à voir les parties molles divisées par l'instrument tranchant, se couvrir d'exsudations couenneuses.

Voici maintenant les observations de M. Simyan. On y verra, comme dans les faits de M. Bouchut, que les plaies résultant de l'ablation des amygdales sont restées indemnes de toute contamination ultérieure.

Ablation des amygdales dans l'angine couenneuse.

« Dans le courant du mois de mai dernier, nous écrit notre confrère, je fis l'amputation des tonsilles à quatre enfants (deux sœurs et deux frères) du sieur G..., de Saint-Vincent-des-Prés; le résultat en fut merveilleux : pas le moindre accident consécutif. Les enfants, qui avant l'opération étaient chétifs, malingres, dyspnéiques, chloro-anémiques, devinrent vigoureux, leur respiration était large et facile, leur teint frais et coloré; c'était une transformation complète de leur constitution physique.

Nos moments sont comptés, et ce n'est pas celui qui s'arrêtera en chemin qui gagnera le prix de la course.

Il y a une règle invariable : quiconque abuse, ne pourra plus user dans la suite. Nous sommes doués d'organes : nous avons la sensibilité, la force, l'esprit, la santé, la fortune; tous ces biens sont périssables, un seul ne saurait résister à l'abus; bien plus, cet abus de l'un d'eux entraîne la ruine de tous les autres.

De même que nos pensées, nos actions et nos travaux sont solidaires les uns des autres, dans le présent comme dans l'avenir. Comment donc se gouverner? Il faut tout simplement connaître et pratiquer la règle *rien de trop*, ordonnée par Chilon. Il faut que notre conscience se contente de soi-même, non comme de la conscience d'un ange ou d'un cheval, mais de la conscience d'un homme. Il existe en nous-mêmes je ne sais quelle congratulation à bien faire, qui nous réjouit intérieurement, et une fierté généreuse qui accompagne une bonne conscience. Il faut donc être content de soi-même et baser cette satisfaction sur l'honnête, le juste et l'utile, sans fonder la récompense des actions vertueuses sur l'approbation d'autrui. C'est prendre un fondement incertain que de s'appuyer sur la bonne estime du vulgaire... elle est injurieuse. *Quæ fuerant vitia mores sunt.* (SÉNÈQUE, ép. 39.)

Il y a longtemps que chacun sait combien l'homme est parfois différent de lui-même, et la femme qui appelait du jugement de Philippe à Philippe à jeun, faisait preuve d'un heureux discernement.

Certains plaisirs à la mode, et qui sont entraînants par cela seul, ne valent pas la peine que l'on se perde pour eux. Voulez-vous être dégoûté de la danse? mettez-vous assez loin pour voir les danseurs sans entendre la musique; bouchez-vous les oreilles et observez le tout; si vous continuez à vouloir les imiter, c'est que vous y serez porté par d'autres motifs que ceux de gambader; autrement vous joueriez le rôle d'un insensé.

N'attendez jamais pour être rappelé à la raison et au travail, que vous soyez affecté de la maladie que l'on appelle *faute d'argent*: n'abusez point, usez de tout avec mesure, et sachez qu'Hésiode corrige le dire de Platon, à savoir : Que la peine suit de bien près le péché, car il dit qu'elle naît en même temps que lui; quiconque attend la peine, la souffre, et quiconque l'a méritée, l'attend. Il faut éviter le repentir, c'est un reproche fait à nos mauvaises fantaisies.

Quelle vie exquise que celle qui se maintient en ordre! Il faut, dit Bias, être de son propre mouvement comme on est par la crainte de la loi ou du dire des hommes.

Mais c'est assez philosopher; j'ai ici à qui parler, et je m'entends. Quand vous aurez acquis la connaissance de vous-même, et, par conséquent, la force d'éviter les excès quels qu'ils soient dans votre conduite privée, cette habitude de vous observer vous aura enrichi d'un discernement général; vous suivrez vos maîtres avec exactitude et respect; mais vous vous souviendrez que les sciences médicales n'ont pas atteint leurs dernières limites, et qu'elles sont loin d'être immuables; vous aurez donc le droit d'invention et celui de critique. Pénétrez-vous de ceci : un personnage savant n'est pas savant partout; mais l'homme de jugement et de bon sens est partout suffisant... à ignorer même.

Je vais à ce sujet vous dire ce qui m'est arrivé il y a déjà longtemps.

En 1843, un de mes amis, en revenant de la chasse, avait mis son fusil chargé, mais désarmé, dans une charrette. Arrivé chez lui, il tira l'arme par les canons; l'une des traverses de la voiture leva un chien, qui, en retombant sur la capsule, fit partir l'un des coups. Toute la charge vint se loger dans l'épaule gauche; l'humérus était broyé dans son quart supérieur; les nerfs et les gros vaisseaux du membre n'avaient pas été atteints. On fit venir Blandin, qui en arrivant de Paris décida de suite la désarticulation de l'épaule.

J'étais jeune alors, mais il me semblait malheureux de sacrifier à *la campagne* un membre si peu lésé en apparence, et je proposai timidement de soulever le deltoïde, d'enlever les parties brisées, les corps étrangers, de replacer l'épaulette par quelques points de suture, et de conserver ainsi le bras; j'avais déjà vu les panseurs et les vétérinaires en faire bien plus, et réussir. Blandin sourit en m'écoutant, et on sacrifia le membre. Combien cette idée a-t-elle été mise depuis en pratique avec un entier succès?

C'est surtout en médecine que la discussion devient nécessaire, parce qu'ici on ne peut réellement exercer que par *conviction*. Recherchez donc les conférences des hommes savants et sensés, choisissez vos amis, vous les trouverez dans ceux qui partageront vos goûts : l'amitié est le contraire de l'électricité; ici les fluides de même nom s'attirent.

Quand vous aurez passé le jour à observer, et que vos heures auront été toutes dépensées à l'utile, le soir, vous récapitulerez brièvement, à la manière des pythagoriciens, tout ce que vous aurez lu, vu, su et entendu dans le courant de la journée!

Ainsi, faites pour le mieux en toutes choses, mais rappelez-vous que travailler, étudier, comprendre, pratiquer, ce sont bonnes actions; mais se connaître, s'observer, avoir une ferme volonté, ne se relâcher point, ne se pas démentir, c'est chose plus rare; les vertus privées, selon Aristote, sont d'une plus difficile pratique que les publiques.

Le chemin le plus court pour arriver aux honneurs est de faire pour la conscience ce que d'autres font pour la gloire; c'est, selon la maxime de Socrate, *mener les existences humaines conformément à sa naturelle condition.*

Amédée JOUX.

» Quelques jours après, trois enfants de sept à douze ans furent conduits à la consultation gratuite de l'hôpital (ces trois enfants étaient de la même commune et de la même famille), et je constatai chez eux la même affection que chez les enfants de G....

» Les amygdales étaient indurées, énormément hypertrophiées, se touchant presque par leur bord interne; je fis immédiatement la résection des amygdales chez deux de ces enfants; chez le troisième j'hésitai; les glandes étaient le siége de concrétions diphthéritiques assez étendues, mais limitées.

» Mon collègue et ami M. le docteur Aucaigne, qui avait bien voulu assister à mes opérations, malgré cette complication qui avait été toujours pour moi une contre-indication absolue, me conseilla la résection de la portion d'amygdale qui était le siége des fausses membranes, pensant, me disait-il, que (*sublata causa*) l'affection devait disparaître.

» C'était la pustule maligne arrêtée dans son développement par la cautérisation de la portion de tégument qui était le siége de l'élément septique, et qui plus tard, par son extension et son absorption, devait produire l'intoxication générale.

» Je fis donc l'ablation, et, à ma grande surprise, j'appris quelques jours après que cet enfant avait guéri dans le même laps de temps que ses autres frères, comme si nous n'avions eu affaire qu'à de simples hypertrophies. Ce fait me parut assez extraordinaire; cependant, dans les nombreux cas d'angine couenneuse que j'ai observés depuis cette époque, je m'en tins aux cautérisations énergiques, qui depuis le commencement de notre grave épidémie m'avaient donné des résultats satisfaisants.

» Mais voici un autre fait plus concluant encore que le précédent :

» Le 25 octobre dernier est entrée à l'hôpital la nommée J. P..., couturière, âgée de quinze ans; cette jeune fille, d'une bonne santé habituelle, mais de constitution un peu lymphatique, n'est point sujette aux maux de gorge. Le jour même de son entrée, elle présente les phénomènes suivants :

» Respiration anxieuse, 90 pulsations; difficulté très-prononcée de la déglutition; voix un peu voilée; engorgement des ganglions sous-maxillaires; piliers et voile du palais de couleur rouge foncé, avec piqueté blanc: tonsilles médiocrement tuméfiées, recouvertes toutes les deux de fausses membranes épaisses et adhérentes.

» J'avais évidemment à traiter une diphthérite des mieux caractérisées, et qui prenait les allures les plus inquiétantes. Tout dernièrement je venais de perdre une jeune domestique chez laquelle les débuts de l'affection avaient été loin de présenter ce degré de gravité.

» Enhardi par le beau succès que j'avais obtenu chez un des enfants de G..., mais surtout par ceux que venait d'obtenir tout nouvellement M. le docteur Bouchut à l'hôpital Sainte-Eugénie, je fis l'amputation de l'amygdale droite, la seule qui fût assez tuméfiée pour que cette opération fût possible; l'autre, qui dépassait à peine les piliers, ne fut qu'ébarbée; mais dans ces deux opérations, je retranchai toute la portion de l'organe qui était le siége de pseudo-membranes.

» Je fis toucher à plusieurs reprises les plaies avec la glycérine, afin de dissoudre les plaques diphthéritiques qui pouvaient avoir échappé à l'instrument de Fahnestock; tous les matins je cautérisais avec la pierre infernale afin d'empêcher leur reproduction, et cinq jours après cette jeune fille était en pleine convalescence. Le 10 novembre, elle sortait guérie.

» La méthode thérapeutique la plus rationnelle suivant moi, continue M. Simyan, est celle qui tend à faire avorter dès son début, c'est-à-dire à la période pharyngienne, une affection qui, une fois développée, est presque constamment mortelle, quelle que soit la médication qu'on lui oppose. L'affection, au début, est presque toujours locale; la tuer sur place, voilà la thérapeutique; peu importe la méthode, cautérisation ou ablation de l'amygdale : l'une ou l'autre peut être employée. Le succès dépend surtout de la promptitude du moyen. L'ablation sera peut-être préférable dans certains cas, lorsque les fausses membranes seront bien limitées et qu'elles seront entées sur une hypertrophie aiguë, mais surtout chronique des tonsilles. Dans les autres cas, la cautérisation profonde devra être conseillée. »

Empoisonnement par l'eau sédative.

Depuis les faits d'empoisonnement par l'eau sédative qui ont été publiés dans ces colonnes, M. le docteur Chauvin, de Château-du-Loir, a eu l'occasion d'en recueillir un nouveau cas, qu'il a observé avec notre distingué confrère M. le docteur Gendron. Bien que ce nouveau fait ait présenté peu de gravité, nous avons pensé que sa publication n'en serait pas moins utile pour l'histoire, encore si peu connue, de ce genre d'empoisonnement.

Voici ce fait :

Le 15 décembre dernier, M. Chauvin fut appelé en toute hâte, en même temps que M. le docteur Gendron, auprès d'un homme d'une cinquantaine d'années, qui venait de prendre, par mégarde, environ un verre d'eau sédative. Il y avait à peine un quart d'heure que l'accident venait d'avoir lieu.

Le malade raconta que, se sentant pressé par la soif, il but, par suite d'une méprise, à même une bouteille qu'il croyait contenir du piqueté de marc de raisin.

Aussitôt la bouteille retirée, il éprouva un sentiment de brûlure dans la gorge et dans la direction du pharynx. S'apercevant de son erreur, il appelle sa femme, qui lui dit qu'elle venait de poser sur la table une bouteille d'eau sédative, et que sans doute il s'était trompé. Il s'écrie qu'il est empoisonné, et descend aussitôt pour demander du secours; mais à peine a-t-il descendu l'escalier qu'il se sent défaillir et qu'il est pris de vomissements. C'est alors que MM. Chauvin et Gendron arrivèrent.

Le malade avait vomi deux fois assez abondamment, il était très-agité, et il nous dit qu'il éprouvait dans la gorge et dans l'estomac une vive irritation de brûlure. N'ayant rien autre chose sous la main, on lui fit prendre immédiatement un verre d'eau vinaigrée, afin de transformer l'ammoniaque qui pouvait exister dans l'estomac, en acétate de cette base.

En même temps, les médecins prescrivirent une potion avec 40 grammes de bi-carbonate de soude, que le malade prit en trois fois de quart d'heure en quart d'heure. M. Chauvin retourna le voir deux heures plus tard; il n'avait plus vomi, le pouls était petit et présentait beaucoup d'agitation. Quand cet homme voulait marcher, il chancelait comme un homme ivre; enfin, il éprouvait toujours à la gorge et à l'estomac une chaleur brûlante; mais il n'avait plus envie de vomir.

La nuit fut assez calme, et le lendemain il n'accusa plus qu'un peu de faiblesse dans les jambes et un sentiment de brûlure dans les parties touchées par le liquide caustique. Aujourd'hui ce malade est complétement rétabli.

M. Chauvin pense que c'est grâce aux matières alimentaires qui remplissaient l'estomac, et surtout aux vomissements qui survinrent presque immédiatement après l'injection du poison, que ce cas n'a pas offert de gravité. Si, dit-il, une certaine quantité d'ammoniaque était restée dans l'estomac, elle a dû être neutralisée par l'acide acétique et l'acide carbonique qu'a dû faire développer la présence du bi-carbonate de soude et des acides de l'estomac.

Quant au camphre, nos confrères n'ont rien fait pour combattre son action, qui ne paraît pas avoir été très-grande. Tout au plus M. Chauvin pense-t-il qu'on puisse lui attribuer cette sorte d'ivresse qu'a éprouvée le malade.

ACCIDENT EFFRAYANT ET INEXPLIQUÉ

survenu à un médecin.

En allant visiter ses malades dans le Nassau, le docteur Causé, domicilié à Budesheim, voulut allumer un cigare. Une petite parcelle du phosphore enflammé tombe sur l'une des phalanges de sa main, et y cause une brûlure.

La souffrance devient tellement vive que le docteur, qui, comme d'ordinaire, portait sur lui sa trousse, pratique lui-même l'incision de la partie brûlée, et provoque une légère hémorrhagie. Ce moyen reste sans effet, et M. Causé se voit obligé de retourner à Budesheim, où il se fait amputer le doigt.

Cette opération n'amène pas le résultat espéré; et, dans une consultation de plusieurs médecins, l'amputation du bras est jugée indispensable. L'infortuné docteur, après s'être courageusement soumis à cette nouvelle opération, meurt au bout de quelques heures.

Bien que la propriété vénéneuse du phosphore soit connue de tout le monde, ce triste événement doit cependant servir comme une terrible leçon. (*Ost-Deutsche-Post.*)

ANÉVRYSME FÉMORAL ET ILIAQUE

traité par la compression.

Un homme âgé de quarante ans entra, en novembre 1857, à la clinique du professeur Soler. Il portait une tumeur fluctuante, pulsatile, réductible par la pression, et de six centimètres de diamètre, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la cuisse. Cette tumeur s'était développée cinq mois auparavant. Une autre tumeur offrant des caractères semblables, mais dont l'époque d'origine ne peut être déterminée, existait au pli de l'aine du même côté. L'auscultation dénotait dans toutes les deux un bruit de souffle très-perceptible.

Le diagnostic d'anévrysme n'étant pas douteux, on appliqua un bandage roulé sur la totalité du membre inférieur, des compresses graduées ayant été préalablement placées sur l'une et l'autre tumeur. Ce traitement fut continué durant sept mois. A cette époque la tumeur fémorale avait complétement disparu. — L'inguinale gardait le même volume; les pulsations, quoique diminuées, y avaient encore plus de force que dans une artère à l'état normal.

Pour maintenir et augmenter ce bon résultat, le malade portera un pantalon en caoutchouc, composé de deux pièces : l'une comprimant tout le membre d'une manière douce et uniforme, l'autre appuyant plus fortement sur la tumeur inguinale. (*La España medica.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 décembre 1858. — Présidence de M. DEGUISE fils.

A l'occasion du procès-verbal, M. CLOQUET rappelle que M. Richet a conservé des poils du sourcil pour faire des cils dans le cas de blépharoplastie qu'il a présenté dans la dernière séance. Cette précaution lui semble un luxe plus dangereux qu'utile lorsque la cornée existe encore. On ne peut pas dire à l'avance quelle sera la direction des poils conservés, et l'on doit craindre de donner ainsi lieu à un trichiasis. Il est vrai que le malade de M. Richet n'est pas exposé à ce danger, puisqu'il a subi l'excision de la moitié antérieure du globe oculaire.

M. RICHET. Les cils que j'ai faits à mon malade, loin de se diriger vers le fond de l'orbite, se relèvent vers le front d'une manière peut-être exagérée. Le danger signalé par M. Cloquet n'est donc point à craindre.

M. CLOQUET. Pourriez-vous assurer qu'il en serait toujours ainsi?

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit :

1° Un volume intitulé : *Méthodes nouvelles de traitement des maladies articulaires*, exposition et démonstration faites à Paris, en 1858, par le professeur A. Bonnet.

2° Deux exemplaires du *Compte rendu des travaux de la Société médicale du 7e arrondissement, pendant les années* 1854, 1855, 1856 *et* 1887, par M. le docteur Perrin, secrétaire-archiviste.

3° Un discours imprimé prononcé à l'Académie de médecine, par M. Bouvier, sur la trachéotomie dans le croup.

4° Le programme des prix proposés pour les années 1859, 1860 et 1861, par l'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts de Rouen.

5° Les journaux de la semaine.

— M. VERNEUIL, à propos de la correspondance, dépose sur le bureau trois pièces relatives aux communications faites par M. Thomson :

1° Un mémoire imprimé sur la prostate chez les adultes;

2° Une analyse en français de deux ouvrages adressés à la Société; le premier intitulé : *Du rétrécissement de l'urèthre et des fistules au périnée, pathologie et traitement;*

3° Le second intitulé : *De l'engorgement de la prostate, sa pathologie et son traitement.*

LECTURE.

M. le docteur Bergeon (de Moulins) donne lecture de deux observations, qui sont renvoyées à une commission composée de MM. Voillemier, Richet et Chassaignac.

— M. ANSELMIER lit une notice sur les rétrécissements du vagin que l'on observe après la cautérisation du col de l'utérus par le fer rouge. (Commissaires : MM. Richard, Demarquay et Huguier.)

COMMUNICATION.

M. VERNEUIL communique une observation d'uranoplastie pour une large fistule congénitale de la voûte palatine.

M. LARREY attache d'autant plus d'intérêt à la communication de M. Verneuil, qu'il vient de faire lui-même quelques recherches sur les perforations de la voûte palatine et sur l'uranoplastie. Il a rendu compte à la Société médicale d'émulation d'un mémoire sur ce sujet, par M. Baizeau, qui avait déjà présenté à la Société de chirurgie (1) l'un des exemples rares de guérison par l'autoplastie, d'une assez large division du palais. Les cas avérés de succès définitif paraissent en effet assez exceptionnels, pour que l'auteur du mémoire n'en ait signalé que trois, dûs à Krimer, à Blandin et à M. Botrel. En admettant même que l'on en compte davantage, notamment dans la pratique des chirurgiens étrangers, M. Larrey n'en est pas moins porté à croire que la plupart dus tentatives d'opérations autoplastiques de la voûte palatine ont échoué jusqu'ici, comme elles échoueront sans doute encore. Et la cause lui paraît dépendre bien moins des difficultés opératoires que des conditions pathologiques, et surtout de l'insuffisance des lambeaux, de leur rétraction consécutive, et de la destruction des cicatrices les plus régulières ou les plus avancées. Le fait si bien exposé par M. Verneuil est la preuve évidente des insuccès les moins prévus. C'est pour cela aussi que les cas rares de guérisons devraient être constatés ou publiés non tout de suite, mais longtemps après l'opération.

Que conclure, ajoute M. Larrey, de l'incertitude ou de l'impuissance de l'art dans la cure radicale des difformités de ce genre? C'est la nécessité de recourir, en général, à l'emploi des moyens palliatifs. Or, malgré leurs inconvénients, les obturations remédient sans danger, sans accidents sérieux, aux conséquences pénibles des perforations congénitales ou accidentelles de la voûte palatine.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. RICHET. La pièce que je présente à la Société provient d'une jeune femme de vingt-deux ans, à laquelle j'ai pratiqué l'amputation intra-malléolaire de la jambe dans les circonstances suivantes :

A l'âge de huit ans elle présenta, sans cause appréciable, une fissure au talon, qui s'accrut en profondeur et en largeur au point d'atteindre en quelques mois le squelette.

Le calcanéum fut dénudé et une partie éliminée. Plusieurs années après la même affection se présenta au gros orteil, puis successivement envahit tous les autres doigts du pied, et détermina la perte des phalanges. Au moment où la malade se présenta à l'hôpital Saint-Louis, il ne restait plus de son pied qu'une masse informe arrondie située sous le tibia et le péroné, recouverte d'une cicatrice dans presque toute son étendue, mais offrant dans quelques points des portions osseuses nécrosées, perforant les parties molles.

On peut voir sur la pièce que je présente, que ce qui reste du calcanéum fait saillie à travers les parties molles et tend déjà à se détacher. Tous les métatarsiens ont été successivement éliminés, et il ne reste plus que le premier. Rien dans l'examen des parties molles ne peut faire soupçonner la cause de cette singulière maladie, qui débute par une fissure des parties molles, pénètre jusqu'aux os qu'elle nécrose, puis s'arrête sans qu'on puisse dire pourquoi elle a commencé, pourquoi elle finit.

C'est là une affection qui a beaucoup d'analogie avec le mal perforant, mais qui offre une marche beaucoup plus lente, puisqu'il s'est écoulé quatorze ans depuis le début de l'affection jusqu'au jour où j'ai pratiqué l'amputation.

M. CHASSAIGNAC. J'ai eu l'occasion de voir des destructions du pied analogues à celle qui vient de nous être présentée. Un malade de mon service a été affecté d'une ulcération progressive de la peau du pied, qui s'est accompagnée de la dénudation des os dans une grande étendue. Je ne sais à quelle maladie rapporter ce fait. Chez un autre

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 2 juin 1858.

malade, qui venait de la Martinique ou de la Guadeloupe, et qui avait consulté M. Cazenave, j'ai observé à peu près la même chose. Les phalanges du pied tombaient comme sphacélées.

Ce sont là des faits qui ont une grande analogie avec celui de M. Richet.

M. CLOQUET croit qu'il existe une grande ressemblance entre les destructions progressives du pied et l'éléphantiasis que l'on observe dans les pays où il y a des nègres.

M. RICHET. J'ai examiné avec beaucoup de soin le malade qui fait le sujet de ma communication. Sa maladie ne ressemblait point à l'éléphantiasis, mais elle a la plus grande ressemblance avec le mal perforant. Ayant examiné au microscope, avec M. Follin, plusieurs points de la pièce, je n'y ai trouvé que de l'hypertrophie des papilles du derme : c'est donc une hypertrophie qui s'est accompagnée d'une ulcération de la peau, ulcération qui a précédé la destruction des os.

M. CHASSAIGNAC n'a pas voulu établir une identité parfaite entre les faits qu'il a observés et celui de M. Richet. La différence la plus évidente consiste en ce que, chez les malades de l'hôpital Lariboisière, la maladie commença par les os, et la peau ne s'ulcéra que consécutivement.

M. ALPH. GUÉRIN. Le diagnostic des maladies dont la Société s'occupe en ce moment, a une grande importance. On cite deux faits qu'il est difficile de classer; il y en a peut-être qui, comme on l'a dit, ont une assez grande analogie avec l'éléphantiasis des Grecs; mais, pour faire ce rapprochement et assigner aux faits dont il est question une place bien déterminée dans le cadre nosologique, il importe de ne négliger aucun symptôme. Or, pour l'éléphantiasis, il en existe un qui a la plus grande importance, c'est l'insensibilité. Avant que les doigts s'ulcèrent et tombent comme sphacélés, ils ont une telle insensibilité qu'on peut les brûler à la lampe sans que le malade éprouve la moindre douleur. Il faut encore noter la décoloration de la peau, qui est d'un blanc mat dans certains points du corps, tandis que les parties où siégent les tubercules ont le plus ordinairement la couleur bronzée.

M. RICHET dit que chez le malade dont il vient de parler il n'a point observé d'insensibilité.

M. FOLLIN. L'insensibilité était un symptôme de la lèpre qui avait une signification telle, que les personnes étrangères à la médecine le donnaient autrefois comme le signe auquel on peut reconnaître un lépreux. J'en ai trouvé la preuve en feuilletant le règlement d'une léproserie de la ville de Troyes qui m'est tombé par hasard entre les mains.

M. LARREY ne pense pas que le fait curieux de destruction partielle et spontanée du pied soit comparable à certains effets locaux de la lèpre, dont l'origine et le développement sont tout autres. Il rappelle à cette occasion que le terme *éléphantiasis des Grecs* implique une idée fausse de la maladie à laquelle on fait allusion, et que la dénomination d'éléphantiasis doit être essentiellement réservée à l'éléphantiasis des Arabes. C'est ce qu'a très-bien démontré M. Clot-Bey dans un travail dont M. Larrey a longuement rendu compte à la Société (1).

S'il fallait chercher une analogie entre l'affection singulière que M. Richet vient de présenter, on la trouverait plutôt en effet dans le mal perforant du pied, ou mieux encore dans certaines formes de congélation, détruisant de proche en proche les parties molles et les parties dures jusqu'à une limite variable de gangrène et d'élimination spontanée suivie de cicatrisation.

Quant à l'amputation de la jambe pratiquée dans le cas dont il s'agit, et désignée par M. Richet comme une amputation sus-malléolaire, M. Larrey fait observer que c'est plutôt une amputation intra-malléolaire, comme on peut le reconnaître sur la pièce anatomique. Il rappelle à cet égard une distinction sur laquelle il a insisté dans l'une des discussions relatives aux amputations de la jambe, afin de ne point attribuer aux amputations sus-malléolaires proprement dites des avantages qui peuvent appartenir aux amputations faites dans l'épaisseur des malléoles.

M. DEPAUL demande que la pièce qui a été présentée par M. Bauchet à la fin d'une des précédentes séances soit examinée avec soin. La pièce, dit-il, en vaut la peine; il s'agit d'une des questions les plus intéressantes et les plus graves de la chirurgie. Il faut que l'on sache quel est le danger de la cautérisation en flèches.

M. MOREL pense qu'il conviendrait d'attendre la présence d'un membre de la Société, qui plus que tout autre doit tenir à défendre ce mode opératoire.

M. LE PRÉSIDENT. La Société ayant décidé qu'il n'y a pas lieu à donner suite à la discussion sur la cautérisation en flèches, nous devons éviter tout ce qui serait de nature à ranimer le débat.

M. DEPAUL. La question est purement scientifique; la présence du membre dont on parle n'est point indispensable, toute question de personne devant être mise de côté. Je demande donc que M. Bauchet veuille bien présenter de nouveau sa pièce, et nous donner les explications qu'il jugera convenable de développer devant la Société.

M. RICHARD. Pourquoi attendrait-on M. Maisonneuve (c'est de lui que l'on veut parler sans doute)? la cautérisation en flèches ne lui appartient pas. J'ai vu, comme M. Follin, M. Girouard employer ce procédé opératoire à l'hôpital Saint-Louis il y a au moins cinq ans. Rien ne s'oppose donc à ce que la Société s'occupe de la question en l'absence de M. Maisonneuve.

M. BAUCHET présente la pièce, et donne de nouveau les renseignements qui sont consignés dans l'observation que nous avons précédemment publiée.

M. FORGET demande à quelle distance du thorax les flèches ont été enfoncées. M. Bauchet a dit que l'une de ces flèches n'était qu'à 2 centimètres des côtes. N'est-ce pas une limite trop restreinte? Il importe beaucoup que le caustique reste assez éloigné des côtes pour qu'il n'y ait pas lieu de craindre de le voir pénétrer jusqu'aux organes qui sont contenus dans la cavité thoracique.

M. BAUCHET répond que lorsqu'une tumeur est appliquée sur le thorax, il faut renoncer à l'enlever par la cautérisation en flèches, ou bien se résigner à introduire le caustique entre la tumeur et les parties sous-jacentes. Ce serait condamner le procédé opératoire, que de soutenir qu'il n'est pas applicable quand les flèches doivent arriver à 2 centimètres de la cage thoracique.

(1) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, 1857.

M. RICHET. M. Bauchet, ne pouvant pas, aux termes du règlement que l'on a invoqués, prendre part à la discussion soulevée par sa présentation, je demande à donner quelques renseignements. J'ai vérifié à l'autopsie, à laquelle j'ai assisté, que toutes les pointes des flèches étaient à plus de 2 centimètres de la cage thoracique. Cela prouve qu'on ne peut pas être sûr du degré de pénétration du caustique, et on ne peut jamais répondre que la pâte de Vienne, ainsi employée, ne pénétrera pas dans la poitrine. Cette application de la pâte de Vienne n'est pas nouvelle, et j'ai su que, dans le service de M. Piorry, ce caustique est arrivé jusqu'à la plèvre dans un cas où un externe avait été chargé d'appliquer un cautère au-dessous de la clavicule. C'est donc décidément un moyen dangereux, et contre lequel il est bon de se tenir en garde.

M. FORGET. Il est une précaution sur laquelle j'ai insisté dans l'*Union médicale*, et qu'il ne faut pas négliger. Le bistouri, qui trace la voie aux flèches, peut être enfoncé trop profondément; il fait alors un cul-de-sac dans lequel le caustique peut fuser et aller au delà des limites que l'on désire lui assigner. Il importe donc de proportionner l'incision à l'étendue de la flèche.

M. RICHET est de l'avis de M. Forget; mais dans le cas actuel, on a trouvé un trajet gangréneux, qui se dirigeait en sens inverse de celui vers lequel les flèches avaient été introduites.

M. LENOIR, à l'appui de ce qui a été dit sur la difficulté de limiter l'action des caustiques, cite deux faits, dont l'un appartient à la pratique de Marjolin; l'autre a souvent été cité par Chomel, qui l'avait observé. Dans le premier cas, le caustique pénétra dans une articulation; dans le second, un cautère ayant été appliqué à l'épigastre, le caustique arriva jusqu'à la paroi de l'estomac.

M. CHASSAIGNAC. La profondeur à laquelle les caustiques pénètrent ne dépend pas seulement de la quantité qui en est employée, mais elle varie suivant les individus, sans que l'on puisse fixer à l'avance les conditions qui favorisent cette pénétration. J'ai vu chez une malade le caustique s'arrêter en dehors de la cavité thoracique et pourtant déterminer une pleurésie; ce qui prouve que les caustiques, appliqués sur la poitrine, sont encore dangereux, lorsqu'ils ne pénètrent pas jusqu'à la plèvre.

M. LEGOUEST. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie l'appareil laryngo-trachéal d'un malade mort dans mon service, malade qui, à la suite d'une opération de laryngotomie, a conservé en place, pendant un an environ, la canule que le chirurgien avait mise dans le larynx.

Il y a quinze mois, cet homme était tombé sur une fourche en fer, dont une des dents lui traversa le larynx de part en part et de droite à gauche. Pendant la cicatrisation des plaies, survinrent des accidents qui, gênant de plus en plus la respiration, nécessitèrent une opération: je ne sais pourquoi on pratiqua la laryngotomie plutôt que la trachéotomie, toujours est-il qu'une canule double fut introduite dans le larynx à travers la membrane crico-tyroïdienne, il y a à peu près un an, et laissée en place jusqu'à la mort du malade.

J'ai plusieurs fois essayé, pendant le séjour du malade dans mes salles, de retirer cette canule, afin d'arriver progressivement à l'en débarrasser tout à fait; mais j'ai toujours été obligé de la réintroduire après trois ou quatre heures, lorsque j'avais fermé la fistule, en raison de la difficulté croissante de respirer.

Lorsque, en levant la canule, je n'ai pas fermé la fistule, j'ai vu mon malade respirer librement pendant une demi-journée; néanmoins, soit par crainte, soit par gêne réelle de la respiration, cet homme n'a jamais passé une nuit sans mettre sa canule en place. Je renonçai bientôt à toute tentative de la supprimer, en raison de l'état désespéré de mon malade, atteint de phthisie, avec cavernes dans le poumon droit.

En examinant les pièces anatomo-pathologiques, on remarque :

1° L'ouverture fistuleuse donnant passage à la canule; la peau se continue avec la membrane muqueuse par une transition analogue à celle qui a lieu à l'ouverture des narines; l'ouverture est nette, formée d'un tissu résistant, sans fongosités.

2° Cette ouverture siége sur la membrane crico-thyroïdienne, qui a conservé ses caractères.

3° Le cartilage thyroïde forme un angle plus aigu qu'à l'état normal; ses deux portions quadrilatérales sont mobiles l'une sur l'autre, et réunies le long de la saillie verticale de sa face antérieure par un tissu fibreux; l'échancrure moyenne de son bord inférieur est beaucoup plus grande que normalement, et s'est accrue surtout aux dépens de la portion quadrilatérale droite.

4° Le cartilage cricoïde, dans son arc de cercle antérieur, a beaucoup augmenté de volume; la face externe en est rugueuse, comme encroûtée de cartilage de nouvelle formation, et présente du côté gauche un petit tubercule cartilagineux très-proéminent.

5° Le cartilage thyroïde et le cartilage cricoïde sont immobiles l'un sur l'autre.

Examiné par sa face postérieure, le larynx présente un effacement presque complet de son ouverture supérieure; les extrémités supérieures des cartilages arythénoïdes s'entre-croisent, celle de droite en avant de celle de gauche; de telle sorte que les replis arythéno-épiglottiques descendent de la base de l'épiglotte au sommet des cartilages arythénoïdes, en se rapprochant l'un de l'autre au point de se superposer; ils forment ainsi un double voile membraneux qui limite en arrière l'ouverture supérieure du larynx. Au lieu d'être irrégulièrement triangulaire, à base antérieure, cette ouverture représente une fente transversale. Toutes les parties sont un peu atrophiées, et tapissées par une muqueuse d'un blanc mat.

En écartant le sommet des arythénoïdes, on constate que la glotte supérieure, le ventricule du larynx et la glotte inférieure, ne forment plus qu'un canal uniformément lisse, à peu près triangulaire, *à base antérieure*, du diamètre d'une plume de corbeau, mais cependant assez dilatable pour laisser passer une sonde de femme. Ce canal communique directement avec la fistule et avec la trachée.

Ouvrant la trachée par sa face postérieure, on trouve la membrane muqueuse d'un rouge lie-de-vin, pointillée, très-épaissie à mesure qu'on se rapproche du larynx; elle présente, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde, à gauche de la fistule, deux petites ulcérations à fond grisâtre.

En fendant par son milieu la partie postérieure du cartilage cricoïde, on a sous les yeux l'ouverture interne de la fistule; son contour est parfaitement net; inférieurement, il est exactement tangent au bord supérieur de l'anneau antérieur du cricoïde; en haut, il s'est interposé à la double origine des cordes vocales, dans l'angle rentrant du thyroïde. La muqueuse qui tapisse le cartilage cricoïde est considérablement épaissie, comme boursouflée, et réduit d'un tiers environ le calibre normal de l'origine de la trachée; elle est très-rouge, pointillée, et contraste, par sa couleur lie-de-vin, avec la membrane décolorée qui se continue supérieurement dans le larynx même.

Le malade atteint de cette affection pouvait parler en mettant le doigt sur sa canule; sa voix était faible, très-rauque, comme étranglée; il exagérait beaucoup l'action des lèvres, des dents et de la langue dans la modulation des sons. Lorsqu'il ne bouchait pas sa canule, il faisait encore entendre quelques mots à voix basse, en chassant l'air de la cavité buccale comme par expuition. Deux ou trois fois par jour, et surtout le matin, il enlevait sa canule pour rendre par la fistule, à la suite de quintes de toux prolongées, une très-grande quantité de mucosités sanieuses et purulentes d'une odeur infecte.

M. RICHET rappelle qu'il a présenté un malade chez lequel il y avait eu rétraction des deux bouts de la trachée. Pour remédier à cette lésion, il fallut appliquer une canule sans laquelle le malade avait des suffocations qui mettaient sa vie en danger. M. Richet a depuis quelques jours dans son service une femme qui est dans un état absolument semblable à celui du malade précédent; il y a eu section de la trachée et rétraction des deux bouts de ce conduit. Les suffocations tiennent évidemment dans ces cas à la constriction du bout inférieur de la trachée; elles existent encore chez les malades qui portent depuis longtemps une canule.

M. HOUEL. C'est précisément parce que les malades ont porté la canule longtemps qu'il n'est pas prudent de l'enlever. M. J. Roux vous a présenté le larynx d'un homme qui avait une fistule, et sa cavité était notablement rétrécie. M. Reynaud (de Toulon) a déposé dans le Musée le larynx d'un forçat qui s'était coupé la trachée-artère, et le larynx était rétréci. On ne pourrait dans des cas semblables retirer la canule qu'à la condition de remédier au rétrécissement par une opération.

M. CHASSAIGNAC. Chez quelques malades l'obstacle à la respiration est lié à la destruction des cartilages. Un malade de mon service, qui a une fistule laryngienne, éprouve des suffocations qui dépendent de l'affaissement des parois du larynx dont le cartilage thyroïde a complétement disparu sur la ligne médiane. Peu à peu, il s'est produit un rétrécissement que j'ai combattu vainement par l'introduction de corps dilatants; j'ai dû recourir à une incision de la partie rétrécie.

M. RICHET. Nous ne parlons pas tous de la même chose. Les deux malades dont j'ai parlé ont des suffocations qui dépendent de ce que le bout inférieur de la trachée se rétrécit sous l'influence des contractions des fibres musculaires qui s'insèrent aux extrémités de ses cerceaux. Une opération autoplastique ne modifierait en rien les accidents qui sont dus à cette cause.

M. HOUEL admet l'explication donnée par M. Richet pour les cas de section transversale du conduit aérien. Mais il persiste dans son opinion pour les faits qu'il a rappelés.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire annuel, Alph. GUÉRIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 30 décembre 1858, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. de Bourdeau d'Audejos, médecin-major du 10e régiment d'artillerie; Duplessy, médecin-major du 2e régiment de zouaves; Vincent, médecin-major du 63e régiment de ligne; Jeannoël, médecin-major à l'hospice civil de Provins; Cooche, pharmacien-major à la division d'Alger.

— Par arrêté du 27 décembre 1858, M. Moynier, docteur en médecine, a été nommé chef de clinique de M. le professeur Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Blondeau, dont les fonctions expiraient le 31 décembre 1858.

M. Taurin, docteur en médecine, a été nommé chef de clinique pour le service d'accouchement de l'hôpital des Cliniques de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Charrier, dont les fonctions expiraient également le 31 décembre 1858.

— M. le docteur Tedeschi, aide-major de 1re classe, vient d'être nommé médecin du prince Danilo. Il doit se rendre prochainement à son poste.

— Le conseil d'administration des hôpitaux civils de Lyon a décidé, dans sa séance du 8 décembre 1858, qu'elle ferait placer un buste en marbre du docteur A. Bonnet, à l'Hôtel-Dieu, dans la salle du Grand-Dôme, à côté de ceux de Pouteaux et de Marc-Antoine Petit.

— Le jeudi 23 décembre dernier, le tribunal de police correctionnelle de Lyon a condamné Mlle Marie Bressac, demeurant cours Morand, à 30 fr. d'amende, pour exercice illégal de la médecine et récidive; et à 500 fr. de dommages-intérêts envers les médecins qui s'étaient portés partie civile.

— M. le docteur Edmond Langlebert reprendra son cours public sur les maladies vénériennes, lundi 10 janvier, à midi, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8. — M. Edmond Langlebert traitera des maladies vénériennes viruleutes.

— M. le docteur Phillips commencera la troisième partie de son cours des maladies des voies urinaires, le mardi 18 janvier, à 2 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique.

Cette partie comprend l'affection calculeuse et la lithotritie.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 JANVIER 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

La question des générations spontanées, soulevée par la communication de M. Pouchet que nous avons mentionnée dans le numéro du 28 décembre 1858, a occupé une grande partie de la séance du 3 janvier. Les physiologistes de l'Académie se sont émus en présence d'une proposition contraire à leurs convictions scientifiques personnelles, et, il faut le dire aussi, aux doctrines le plus universellement admises aujourd'hui dans la science.

M. Milne-Edwards s'est élevé le premier contre les conclusions que M. Pouchet a déduites de ses expériences. Voici les raisons principales qui le portent à penser que M. Pouchet n'a point écarté par ses expériences les objections faites à ceux de ses devanciers qui ont été comme lui partisans de l'hétérogénie.

M. Milne-Edwards commence par déclarer qu'il n'élève aucun doute sur l'exactitude des faits annoncés par M. Pouchet, mais que ces faits n'ont pas à ses yeux la signification que ce naturaliste leur attribue.

Suivant le savant académicien, en effet, l'expérience de M. Pouchet, consistant à introduire dans un vase plein d'oxygène pur du foin préalablement chauffé dans une étuve dont la température était portée à 100 degrés, n'est point concluante. Elle n'est point concluante, d'une part, parce qu'elle n'a pas été assez prolongée pour que la température ait pu s'équilibrer dans toutes les parties contenues dans le vase, et qu'on n'a pu avoir par conséquent la certitude que les germes d'infusoires contenus dans ces matières végétales ont été réellement élevés à la température de 100°. D'autre part, en admettant même, par hypothèse, que ces conditions eussent été remplies, on ne pourrait pas en conclure légitimement, à ses yeux, que ces germes ont dû perdre leur viabilité et être rendus inaptes à se développer. Voici pourquoi :

S'il est vrai que dans les circonstances ordinaires on voit toujours la mort survenir chez les animaux dont le corps a éprouvé une élévation de température suffisante pour déterminer la coagulation de l'albumine hydratée contenue dans leurs tissus, on sait, d'un autre côté, qu'il n'en est pas de même chez ceux qui ont été préalablement desséchés, et que certains animalcules, tels que les tardigrades, par exemple, quand ils sont suffisamment desséchés, peuvent conserver la faculté de vivre, après un séjour de plusieurs heures dans une étuve dont la température est de beaucoup supérieure à celle où M. Pouchet a placé le flacon contenant le foin employé dans ses expériences. M. Milne-Edwards dit avoir vu des animalcules résister de la sorte à l'action très-prolongée de l'air d'une étuve dont la température marquait 120 degrés centigrades. Dans des recherches de M. Doyère, qui a le premier fait connaître ces faits, la chaleur du milieu ambiant a été portée jusqu'à 140 degrés, sans que la mort des animalcules préalablement desséchés soit résultée de cette grande élévation de température.

Rien dans l'expérience de M. Pouchet ne prouve donc, suivant M. Milne-Edwards, que les animalcules observés par ce naturaliste n'aient pas dû leur origine au développement des germes qui préexistaient dans le foin dont il a été fait usage, et qui y seraient restés vivants malgré le degré de température auquel ils ont été exposés. Ce qui surtout l'affermit dans cette opinion, c'est le résultat négatif qu'il a constaté toutes les fois qu'il a fait la même expérience en enfermant les matières organiques chargées d'infusoires dans des vases hermétiquement clos et exposés à une température assez élevée pour déterminer la coagulation des matières albuminoïdes contenues dans leur intérieur.

« Jusqu'à plus ample informé, je continuerai donc à penser, a dit en terminant M. Milne-Edwards, que dans le règne animal il n'y a point de génération spontanée; que tous les animaux, les petits comme les grands, sont soumis à la même loi, et qu'ils ne peuvent exister que lorsqu'ils ont été procréés par des êtres vivants. »

Après M. Milne-Edwards, MM. Payen, de Quatrefages, Cl. Bernard et Dumas ont successivement pris la parole pour appuyer et confirmer l'opinion de leur collègue. M. Payen a ajouté aux observations que nous venons de résumer, la relation d'une expérience sur les sporules d'une végétation cryptogamique, dont les résultats sont, pour les végétaux rudimentaires, parfaitement conformes à ceux que M. Milne-Edwards a constatés pour les animalcules. M. de Quatrefages a cherché à démontrer, par un autre ordre d'expériences, qu'il serait trop long de rapporter ici, l'existence au sein de l'atmosphère d'un nombre considérable de germes végétaux et animaux, toujours prêts à se développer aussitôt qu'ils se trouvent placés dans des conditions favorables, et donnant lieu à ces myriades d'animaux et de végétaux microscopiques qui se montrent dans les infusions au bout d'un temps parfois très-court; il a opposé en outre aux partisans de la génération spontanée les résultats des belles recherches récentes de MM. Van Beneden et Küchenmeister sur le mode de propagation des vers intestinaux, qui ruinent une partie des faits sur lesquels s'appuyait la doctrine de l'hétérogénie.

M. Cl. Bernard a cité ensuite une expérience qui lui est propre, et qui n'est pas plus favorable à cette doctrine que les précédentes. Enfin, M. Dumas a rappelé qu'il y a trente ans, à l'occasion d'une publication dans laquelle on annonçait des résultats analogues à ceux de M. Pouchet, il fut provoqué à entreprendre quelques expériences qui lui montrèrent que des germes d'animalcules et de végétation avaient pu se développer après avoir été chauffés à 120 et même à 130 degrés.

En présence d'un faisceau aussi compacte de faits et d'opinions contraires, en face surtout de l'autorité que ces faits et ces opinions empruntent à une semblable unanimité de la part des savants les plus compétents sur la matière, M. Pouchet se tiendra-t-il pour battu ou continuera-t-il ses expériences? S'il les continue, il sera averti du moins des précautions qu'il devra prendre pour leur donner force de fait.

— L'Académie a reçu dans cette même séance plusieurs communications qui méritent une mention.

M. Joly (de Toulouse) a transmis des documents relatifs à la théorie du développement des dents et des mâchoires, qui viennent confirmer de tous points les résultats des belles recherches de M. Nat. Guillot, qui ont été récemment l'objet d'un rapport de la part de M. Cloquet.

M. Castorani, dont nous avons eu plusieurs fois déjà l'occasion d'enregistrer les intéressants travaux sur plusieurs points de physiologie et de pathologie oculaire, a communiqué un nouveau mémoire sur les causes des diverses affections de la cornée, réunies sous la dénomination générale de kératite.

Il résulterait des ingénieuses expériences qu'il a instituées sur ce sujet, que ces affections sont produites par la pénétration dans la cornée des sécrétions anormales de la conjonctive, que l'inflammation de cette membrane soit primi-

FEUILLETON.

Des moyens de reconnaître l'adultération de quelques substances médicinales. — Le Muséum.

L'art des falsifications a pris dans ces dernières années un développement considérable ; la science dirige tous ses efforts contre lui, et cependant plus les réactions accusatrices deviennent fortes et nombreuses, et plus la falsification se fait fine, habile et impénétrable. Ce défi porté par l'adultération aux recherches chimiques lui est le plus souvent fatal, lorsque le savant est armé de ses instruments et de ses réactifs. De gros livres et de savantes dissertations ont été faits sur ce sujet, aussi ne nous y arrêterons-nous pas. Mais supposons un instant un médecin isolé, soit au fond de la campagne, soit sur un bâtiment en mer : peut-il, par des moyens simples, faciles, découvrir, non pas l'adultération complète d'un médicament, mais bien être mis sur la trace et soupçonner avec quelque fondement la falsification ou la mauvaise condition d'une substance médicamenteuse ?

Ce problème nous paraît assez intéressant pour motiver de notre part un emprunt au *Répertoire de pharmacie*, que M. le professeur Bouchardat a su rendre un ouvrage si éminemment pratique.

C'est un praticien fort distingué, M. Squible, qui va nous livrer ces moyens de reconnaître l'adultération de l'éther, de la liqueur anodine d'Hoffmann, de l'esprit d'éther nitrique, du chloroforme, du calomel, de l'iodure de mercure, du mélange de mercure et de craie, des pilules bleues, de l'iodure de potassium, et du bi-tartrate de potasse.

1° *Éther*. — L'odeur est le caractère principal de l'éther. Lorsqu'on en mouille une bande de papier sans colle ou une baguette de verre propre, il doit donner une odeur quelque peu aromatique, légèrement piquante, et ne doit jamais, sous peine d'être mauvais, laisser une odeur désagréable d'huile. Il en est de même de l'éther employé dans les inhalations. Quant à son degré de concentration, le temps de l'évaporation dans la main, comparé à un spécimen renfermé dans un petit tube qu'on agite, permet de le reconnaître approximativement.

2° *Liqueur anodine d'Hoffmann.* — Deux gouttes d'esprit d'éther officinal composé, agitées dans une pinte d'eau, donnent au mélange un aspect huileux manifeste et une odeur particulière agréable, aromatique, d'huile forte de vin qui ne participe pas de celle de l'éther ni de l'alcool. Soixante gouttes rendent l'eau tout à fait trouble; tandis qu'avec quatre drachmes (la drachme vaut 3 grammes et une fraction) il se forme après quelques minutes d'attente un faible précipité de globules d'huile. Cette odeur agréable, qui rappelle celle de la pomme, est caractéristique du principal élément de la liqueur anodine, l'huile de vin; et manque ordinairement dans l'article livré au commerce; et sans cette huile la préparation est un antispasmodique stimulant; avec cette huile, c'est au contraire un antispasmodique anodin, particulièrement applicable dans les cas d'irritation nerveuse et d'hystérie. Le liquide vendu sous le nom de liqueur d'Hoffmann est ordinairement un résidu qui se produit dans la fabrication de l'éther, et contenant, en proportion variable, de l'éther et de l'alcool avec un peu d'éthérolé ou huile claire de vin; mais dans aucune des nombreuses analyses qu'a faites l'auteur, il n'a trouvé la véritable huile épaisse de vin.

3° *Esprit d'éther nitrique.* — Deux ou trois drachmes fluides de bon esprit de nitre dulcifié, qui ne date pas de plus de sept ou huit mois, remplissant une éprouvette ordinaire, et plongée dans de l'eau chauffée à 164 degrés F., entrera promptement en ébullition; s'il est frais, ou, quel que soit son âge, s'il a été préservé du contact de l'air, et de la lumière, il entrera en ébullition à 156 degrés F. Ce liquide étant de ceux qui peuvent être portés à une température plus élevée que celle de leur point d'ébullition, il est nécessaire d'introduire dans ce tube, avec le liquide, quelques fragments de verre pilé. La formation de petites bulles autour des fragments de verre, comme une légère effervescence qui survient à la température d'environ 140 degrés, dans certains esprits contenant de l'éther hyponitrique, devra être distinguée de la véritable ébullition, dans laquelle les bulles sont plus fortes et forment une sorte de chapelet au bord du liquide en s'élevant à sa surface, ce qui, du reste, n'arrive jamais qu'à la température déjà indiquée.

La préparation ne doit pas être tout à fait incolore, mais bien présenter une légère teinte jaune-paille; elle entre facilement en effervescence par l'addition d'un peu de carbonate d'ammoniaque. Lorsqu'elle est légèrement acide, l'ammoniaque est le meilleur correctif, et tous les sels qui se forment sont similaires sous le rapport thérapeutique.

La préparation officinale est une solution de 5 p. 100 d'éther hyponitreux dans l'alcool, tandis que dans le commerce il est rare de le trouver contenant plus de 3 p. 100; et dans la grande majorité des cas, il est dans la proportion de 2 p. 100, souvent même dans une proportion moindre ; et parfois la proportion est si faible qu'on ne le peut reconnaître qu'à l'odeur.

On conçoit alors que le médecin qui le prescrit, soit comme diurétique, soit comme diaphorétique, est constamment déçu, et cela d'autant plus qu'il y a plus d'alcool; aussi l'emploi de cette préparation tombe-t-il en désuétude.

4° *Chloroforme.* — Si l'on agite ensemble des volumes égaux de chloroforme et d'acide sulfurique incolore concentré (huile forte de vitriol du commerce) dans une fiole de verre bien bouchée, aucune coloration n'est développée par l'un ou l'autre des liquides, mais seulement une sorte de teinte très-légère qui disparaît au bout d'une douzaine d'heures de repos.

Aucune chaleur ne se manifeste non plus dans les premiers instants du mélange. Si, quoiqu'on ait évité avec soin toutes les particules de poussière de liége ou d'autres matières organiques, l'acide, après

tive ou consécutive à celle des autres membranes de l'œil.

Nous signalerons enfin une note de M. Larcher sur l'existence de l'os inter-maxillaire chez l'homme, question tout récemment controversée. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la rougeole et de ses complications (1).

Les premiers accidents dont je vais avoir à vous entretenir sont les convulsions et le pseudo-croup chez les enfants, et chez ces derniers comme chez les adultes, le catarrhe et l'épistaxis.

Lorsque les enfants sont par hasard sujets aux crises nerveuses, les convulsions apparaissent souvent dès le premier jour, dès le début de la fièvre. En effet, que chez eux la fièvre soit sous la dépendance de la rougeole, de la variole, de la scarlatine, d'une affection intestinale, d'un simple catarrhe, au moment où elle s'annonce par le frisson, une attaque d'éclampsie peut se produire. Je dis au moment du frisson, et je vais vous en dire la raison. Si l'on veut y réfléchir, on voit que le frisson n'est lui-même qu'une convulsion. Etudiez-le isolément dans une partie du corps, à la mâchoire, par exemple: il se traduit par le claquement des dents, et consiste dans une contraction et un relâchement alternatifs et plus ou moins rapides des muscles élévateurs du maxillaire inférieur. Quand le frisson est général, il est accompagné de céphalalgie, de douleurs violentes le long du rachis, et du tremblement de tout le corps, causé par des secousses violentes et convulsives des muscles. Eh bien, ce sont de véritables accès d'éclampsie, moins les phénomènes cérébraux. On comprend alors combien la transition est facile à établir du frisson à la grande attaque. C'est donc aussi au moment du frisson initial d'une fièvre quelconque que l'enfant, dont le système nerveux est si susceptible, est pris de convulsions.

En général, lorsqu'elles ne se répètent pas souvent, les convulsions du début de la rougeole ne sont pas très-graves. Deux ou trois accès n'ont rien d'alarmant en eux-mêmes au premier jour de l'invasion de la maladie, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils peuvent dégénérer en accidents sérieux et amener la mort de l'enfant. Dans quelques cas, — faut-il le dire? — l'intervention du médecin entre pour beaucoup dans le fatal résultat de l'éclampsie. Rien n'épouvante une famille comme ces convulsions; rien, en effet, n'est plus épouvantable. Au milieu du trouble et de l'émotion des parents, une ou plusieurs personnes courent de tous côtés pour chercher un homme de l'art; celui-ci n'arrive qu'à la fin de la crise, n'est témoin que de phénomènes apoplectiques, perd quelquefois son sang-froid, et commet alors fautes sur fautes!

Il fait d'abord appliquer quatre, six ou huit sangsues derrière les oreilles. Ne voyant qu'une congestion cérébrale, il pense arriver par ce moyen à une déplétion des vaisseaux. S'il a affaire à un enfant de deux, trois ou quatre ans, il commence par le rendre exsangue, et, contrairement au but qu'il se propose, il le place dans les conditions les plus favorables au retour des accidents qu'il prétendait combattre. Puis il ordonne des bains froids, et recommande que l'on fasse en même temps des affusions sur la tête et les épaules avec de l'eau plus froide encore que celle du bain. Ces prescriptions sont renouvelées deux ou trois fois dans le courant de la journée. Cependant le malade a déjà du coryza, du catarrhe pulmonaire; et si, dans ces conditions, une affusion rapide et de quelques secondes peut ne pas être nuisible, en sera-t-il de même des immersions prolongées et des applications de glace sur la tête que l'on emploie si souvent?

Assurément le catarrhe — et le catarrhe morbilleux est toujours assez sérieux pour que l'on cherche à le modérer — ne devra qu'augmenter sous l'influence de pareils traitements. Ce que je dis ici n'est malheureusement pas exagéré. Combien de médecins ne cèdent-ils pas aux exigences d'une famille qui réclame à cor et à cri une médication active, énergique, à grand appareil, si l'on peut s'exprimer ainsi, dans ces cas où le mal a lui-même de si terribles et de si rapides allures? Or, la médication par les sangsues, par les bains, cependant si meurtrière, est tellement d'accord avec les théories et les préjugés des gens du monde, — toujours si disposés à raisonner médecine, — qu'il paraît souvent difficile à quelques médecins de ne pas se rendre à cette pratique, dont ils ne connaissent pas les avantages, mais dont ils ne soupçonnent pas, à coup sûr, les très-graves inconvénients! L'ignorance des uns, le manque d'énergie des autres, ne font qu'augmenter le péril.

Quelquefois des personnes étrangères à notre art, et même des médecins, agissent d'une façon plus inintelligente encore, en arrosant d'eau bouillante les jambes des malheureux enfants; on détermine ainsi chez eux de redoutables accidents, qui sont souvent plus graves que le mal auquel on voulait remédier. Cette eau bouillante, si brutalement appliquée dans les cas dont nous parlons, n'est-elle pas la cause fréquente de ces horribles brûlures qui se terminent si fréquemment par la mort? Appelés auprès de petits malades atteints de convulsions, gardez-vous donc d'employer un semblable moyen. Le contact du caustique est alors bien plus prolongé que lorsqu'il s'agit de brûlures accidentelles: ici les malades ont toute leur connaissance, et, à la première impression de la douleur, ils appellent pour se faire dépouiller de leurs vêtements, ou ils s'en dépouillent eux-mêmes; mais dans le coma consécutif aux convulsions, ils ne sentent rien, et ceux qui veulent les secourir, laissant longtemps les linges bouillants en contact avec la peau, les tuent en voulant les sauver.

J'ai été témoin de ce supplice infligé à un homme qui a été mon maître, et peut-être celui de quelques-uns d'entre vous, à Marjolin. A la suite d'une application d'eau bouillante sur les cuisses employée pour combattre des accidents comateux ou une profonde stupeur survenue dans le cours d'une affection typhoïde dont il fut atteint, Marjolin garda de profondes eschares, qui devinrent une complication de sa maladie.

Lorsqu'un enfant a des convulsions, sachez attendre, ne faites pas de médecine tumultueuse; informez-vous si le petit malade est sujet à ces accidents, et s'ils passent habituellement seuls. Quand il en est ainsi, une médication peu active suffit. En général, les convulsions initiales des fièvres éruptives cèdent d'elles-mêmes, et sans qu'il soit besoin d'intervenir: les saignées, les bains prolongés, les purgatifs énergiques, les cautérisations à l'eau bouillante, loin d'être de quelque utilité, aggraveront la maladie, entraveront sa marche, retarderont l'époque de l'éruption, et prépareront pour la suite des complications souvent mortelles.

Ces convulsions qui marquent parfois le début des fièvres éruptives, n'offrent pas habituellement de gravité, je le répète; elles ne prennent un caractère sérieux que quand elles se répètent. Ce n'est enfin qu'exceptionnellement qu'elles peuvent devenir fatales dès la première crise. A l'hôpital Necker, j'ai été témoin du fait suivant:

Un enfant de deux ans, qui ne présentait aucun symptôme d'affection cérébrale, fut pris de convulsions au moment même où je l'examinais. J'annonçais aux élèves présents à la visite la marche que ces accidents allaient probablement suivre; je parlais de la forme tonique qui, précédant la forme clonique, durerait cinquante à soixante secondes, envahissant les muscles des membres, ceux de la poitrine et du ventre, les maintenant roides comme dans la première attaque d'épilepsie; cependant deux minutes s'étaient écoulées, le tonisme ne cédait pas, et je commençais à m'alarmer, lorsque tout à coup nous vîmes la face bleuir, cette coloration bleue augmenter progressivement, puis une résolution subite s'effectuer: l'enfant était mort.

Vous comprenez combien il est essentiel de prévoir toutes les mauvaises chances, quelque rares qu'elles soient, et combien il importe de faire parfois des réserves sur le pronostic.

J'arrive à présent à l'étude d'un autre accident de la période d'invasion de la rougeole, au *pseudo-croup* chez l'enfant et au *catarrhe pulmonaire* chez l'enfant et chez l'adulte.

Je ne saurais vous exprimer jusqu'à quel point les parents sont souvent épouvantés par l'explosion du croup survenant dans les quatre ou cinq premiers jours de la rougeole, alors qu'on n'a signalé encore aucun phénomène du côté de la peau. Après avoir présenté d'abord tous les signes d'un catarrhe léger, l'enfant est pris tout à coup d'une oppression considérable accompagnée d'une toux rauque, d'une inspiration sifflante, d'une respiration excessivement laborieuse et d'une fièvre ardente. S'il n'y a pas dans la famille d'autres personnes affectées de rougeole, le diagnostic devient fort embarrassant, et on croit avoir affaire à cette forme de la laryngite aiguë connue sous le nom de *faux croup*.

Cette erreur ne tirerait pas à conséquence, si le médecin n'intervenait encore ici quelquefois d'une façon déplorable, plutôt que de rester convaincu que ce pseudo-croup est généralement peu grave, et que, après quelques instants d'angoisses, plus terribles peut-être pour le cœur d'une mère que pour la santé de l'enfant, les accidents se calmeront seuls.

La raucité très-retentissante de la voix vous fera distinguer le faux croup du vrai croup, dans lequel, vous le savez, la voix est rare et presque éteinte. La fièvre, assez véhémente dans le premier cas, généralement très-modérée dans le second, servira à établir les différences, et vous aurez aussi, comme élément de diagnostic, la soudaineté de l'invasion des accidents dans le faux croup à opposer à une marche plus lente dans le vrai croup, sans compter qu'ici l'inspection du pharynx ou des fosses nasales vous sera d'un immense secours; car vous pourrez trouver les exsudations de fausses membranes caractéristiques de cette dernière affection.

Avec ces données, vous pourrez donc le plus souvent arriver au diagnostic de la maladie, et lorsque vous aurez reconnu le faux croup, gardez-vous de vous laisser gagner par le trouble d'une famille en pleurs; gardez-vous de céder à une impatience en vérité bien naturelle; gardez-vous surtout d'appliquer des sangsues au cou et à la base de la poitrine, comme on le fait trop souvent. Sans doute, en elle-même et dans le traitement du faux croup, cette médication n'est pas dangereuse; mais elle le devient en ce sens que la perte de sang peut être considérable et entraver la marche de la maladie dont la laryngite n'était qu'un accident précurseur.

Graves, qui du reste a fort mal connu les affections diphthéritiques, a indiqué pour ces cas de faux croup une méthode que je vous recommande. Elle consiste à passer sur le cou de l'enfant une éponge trempée dans de l'eau excessivement chaude, à une température toutefois insuffisante pour produire la brûlure, et

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 décembre 1858.

---

douze heures, présentait une teinte seulement très-légère, on devrait cependant l'attribuer à quelque cause de ce genre. Mais si à cette époque ou plus tôt il devient jaune, brun ou d'une couleur plus foncée, le chloroforme doit être rejeté. S'il y a développement de chaleur dès le commencement du mélange, cela indique qu'il y a addition d'alcool.

Une ou deux drachmes de chloroforme évaporé spontanément sur une petite lame de verre ou de porcelaine, ou même de papier propre non collé, ne doivent pas laisser d'odeur. Le chloroforme du commerce rend généralement l'acide brun en deux ou trois heures, et souvent tout à fait noir dans l'espace de deux ou trois jours. Lorsque le chloroforme est chimiquement pur, il n'y a aucune réaction, même après plusieurs jours.

5° *Calomel.* — Le plus dangereux et le plus commun des mélanges frauduleux avec ce sel, est celui du sublimé corrosif, qu'on découvre facilement en agitant une drachme ou deux de calomel avec de l'eau distillée dans une éprouvette, et en y ajoutant, lorsque l'eau est devenue claire, une ou deux gouttes de liqueur ammoniacale. Le sublimé est alors précipité, et l'eau devient trouble.

6° *Iodure de mercure.* — Il est souvent irritant et acerbe dans son action, par suite de sa coutammation avec le bi-iodure résultant de sa mauvaise préparation. On peut s'en apercevoir en délayant un peu de l'iodure dans un mortier avec de l'alcool rectifié, et en le laissant dessécher pendant quelques minutes. L'évaporation de l'alcool laisse l'iodure rouge sous forme de bi-iodure autour du pilon, et la moindre contamination se trouve ainsi révélée.

7° *Le mélange de mercure et de craie* a, dans ces derniers temps et souvent, été trouvé âpre et irritant dans son action, ce qui est dû à sa préparation défectueuse, une partie du mercure se trouvant oxydée au lieu d'être seulement divisée. Pour découvrir le peroxyde, il faut traiter une ou deux drachmes de la préparation par un excès d'acide acétique filtré et ajouter à la solution, une fois qu'elle est clarifiée, quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Lorsque la préparation est bonne, il ne se forme qu'un léger précipité provenant d'une petite quantité d'acétate de sous-oxyde qui se forme. Si la préparation est ancienne ou mal conservée, il se forme un précipité très-abondant. On filtre ou on décante ensuite la préparation pour la débarrasser de ce précipité, et on y ajoute de la liqueur ammoniacale. Si la préparation est souillée par du peroxyde, il s'y forme un précipité blanc.

8° *Pilules bleues.* — Ces pilules peuvent aussi contenir des oxydes de mercure, ce qui leur donne une saveur métallique. On peut ici reconnaître ces oxydes de la même façon que dans le mélange du mercure avec la craie.

9° *Iodure de potassium.* — Ce sel est parfois souillé par du carbonate de potasse en quantité assez considérable pour affaiblir sa puissance médicatrice. On reconnaît facilement ce mélange au précipité de carbonate de chaux qui rend le mélange trouble lorsqu'on ajoute de l'eau de chaux à la solution d'iodure.

10° *Bitartrate de potasse.* — Il contient souvent une grande quantité de tartrate de chaux, qu'on peut reconnaître en agitant quelques gouttes de liqueur d'ammoniaque dans un mélange de quelques grains du spécimen avec deux ou trois drachmes d'eau froide. L'ammoniaque rend très-soluble la potasse qui autrement est insoluble, tandis qu'il n'a pas d'effet sur le tartrate de chaux. Si donc il reste après cette expérience une partie non dissoute, elle peut être regardée comme une impureté.

— On parle plus que jamais en ce moment du Muséum d'histoire naturelle de Paris. Que va devenir cet ancien palais élevé à tous les règnes de la nature? Quel sort attend ces professeurs dont la renommée était autrefois universelle? Et ces cours publics, et ces galeries où sont entassés tant de trésors, quel nouveau régime va les réglementer? Il y a dans le monde scientifique une rumeur autour de ce vieil édifice qu'on n'apercevait autrefois que de loin, et dont bien peu ont pénétré les retraites profondes.

L'instant approche, dit-on, et nous voudrions être un écho bien informé, où le Muséum va recevoir une nouvelle vie. Parmi les mille bruits qui circulent, prenons quelques-uns des mieux fondés, du moins en apparence.

La république du jardin des plantes aurait vécu, et l'administration ne serait plus abandonnée à des hommes dont les hautes capacités scientifiques peuvent être en bien faible rapport avec les facultés administratives: Cuvier n'est plus!

Ce premier coup de hache porté dans la disposition actuelle du Muséum, on rétablirait le concours pour les chaires. Belle et grande chose que le concours, sur lequel on a épuisé bien des arguments favorables et défavorables, et dont le germe est cependant toujours vivant et cherche toujours à se relever!

A côté du concours, création d'une école spéciale de naturalistes. Idée qui n'est pas neuve: on a encore souvenir d'un semblable essai sous le règne de Louis-Philippe. Nous lui souhaitons plus de chance d'existence et de succès qu'à cette première tentative. Là une scolarité de cinq ans permettrait à l'élève de se familiariser avec toutes les collections, avec toutes les acquisitions de la science, et, bien chargé de ce bagage, on enverrait ce jeune savant, muni d'un nouveau diplôme, soit en courses lointaines, soit en province, occuper les positions de directeur de jardins zoologiques, de musées, et l'Université elle-même y puiserait ses professeurs de science naturelle. Chaque élève recevrait une pension qui lui *permettrait de vivre*.

Les bases de l'institution sont bien simples, comme on le voit; mais présenteront-elles assez d'avantages pour attirer la jeunesse?

Attendons les futurs décrets, ils nous donneront le dernier mot de la question et rendront un bien grand service à la science en restaurant une institution qui n'a pas suivi le mouvement du siècle.

Le voisinage de l'Ecole de médecine, qu'on parle de placer à l'Entrepôt, faciliterait enfin aux élèves des études auxquelles ils se livrent trop peu pour la plupart.

Dr E. RENAUD.

légèrement exprimée; cette opération est répétée pendant dix, quinze, vingt minutes de suite. Elle détermine une sorte de fluxion vers la peau, et sous l'influence de laquelle l'oppression cesse ordinairement d'une façon très-extraordinaire, tandis que la toux perd de sa raucité.

Indépendamment de sa remarquable puissance, cette médication est, on le voit, d'une merveilleuse simplicité; à elle seule elle suffit, sans qu'il soit besoin d'administrer les vomitifs (d'ailleurs en quelques cas très-utiles), pour faire cesser les accidents: je parle des accidents laryngés, car, après leur disparition, il n'en reste pas moins le catarrhe bronchique, qui peut être menaçant pour l'avenir.

Le catarrhe, en effet, et le *catarrhe suffocant*, est un accident de début de la rougeole, chez l'adulte comme chez l'enfant. Vers le troisième ou le quatrième jour avant le développement de l'éruption, la fièvre s'allume avec une extrême véhémence, l'oppression survient, accompagnée d'une toux grasse qui, chez l'enfant, succède à la toux rauque de la laryngite striduleuse; et l'auscultation révèle l'existence de râles sous-crépitants dans toute l'étendue de la poitrine. Ces accidents, se manifestant au deuxième ou au troisième jour de la période d'invasion, sont, en général, d'une haute gravité.

On sait du reste, que le catarrhe capillaire, indépendamment de toute cause spécifique, est en lui-même une affection des plus sérieuses, principalement chez l'enfant, beaucoup plus sérieuse que la pneumonie lobaire, que la pleurésie; on ne doit pas être surpris de ce que nous disons de sa gravité, plus grande encore lorsque cette affection est dominée par une cause spécifique, comme la cause morbilleuse. Toute la maladie se portant du côté de l'appareil bronchique, toute la fluxion exanthémateuse se faisant là, rien ou presque rien n'apparait vers la peau. Les malades, les enfants surtout, succombent alors après trois ou quatre jours de souffrances, sans que l'éruption se soit manifestée. On croit alors que l'on avait affaire à un simple catarrhe, tandis que ce catarrhe était bien réellement morbilleux. J'ajouterai que, dans un grand nombre de circonstances, le diagnostic différentiel est impossible à établir, lorsque l'on n'a pas pour point de repère quelque accident qui vous mette sur la voie, tels que des saignements de nez, du coryza, du larmoiement, de l'otite; lorsque surtout on ignore qu'il existe, soit dans la famille du malade, soit même dans la localité qu'il habite, des individus atteints de rougeole.

Chez l'adulte, la forme de ce catarrhe est à peu près la même, l'oppression est tout aussi grande; mais dès le premier ou le second jour, l'expectoration prend un caractère tout particulier: phlegmorrhagique d'abord, elle présente au plus tard vers le troisième jour un aspect puriforme. Le malade rend alors des flots de mucus absolument semblables au pus d'un abcès. Ce ne sont pas ces crachats nummulaires nageant dans une sérosité légèrement opaline que je vous ai donnés comme caractéristiques de l'expectoration dans la rougeole régulière, et qui s'observent aux septième, huitième, neuvième, dixième jours de la maladie, épouvantant souvent hors de propos les malades et parfois le médecin; ce sont des crachats mucoso-puriformes, analogues en tout point à ceux qui accompagnent le catarrhe suffocant des vieillards.

Quoique un peu moins grave chez l'adulte que chez l'enfant, — et j'ai rarement vu ces derniers guérir de cette affection, — le catarrhe suffocant de la rougeole est encore d'une excessive gravité, et résiste aux médications les plus énergiques. Les malades meurent généralement en quelques jours, d'autres fois après une semaine ou plus encore; et dans ce dernier cas, à la bronchite a succédé une pneumonie pseudo-lobaire ou lobaire, compliquée ou non de pleurésie.

Les vomitifs, les antimoniaux, les larges vésicatoires appliqués à plusieurs reprises sur la poitrine, sont des moyens thérapeutiques avantageux dans cette forme si grave du catarrhe.

Une autre médication m'a paru rendre des services momentanés dans un certain nombre de circonstances, c'est l'*urtication*. Lorsqu'au quatrième jour, je voyais se manifester les signes du catarrhe, alors que l'éruption devait apparaître je faisais fouetter le corps de l'enfant avec des orties fraîches, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, de façon à développer une abondante éruption sur la peau. Cette urtication, moins douloureuse qu'on ne l'imagine, produit un effet immédiat: bien que la fièvre ne cède pas, l'oppression diminue graduellement à mesure que la fluxion vers la peau se prononce. Un fait étrange, c'est qu'au second jour de ce traitement, l'éruption ortiée, alors même qu'on emploie la petite ortie (*urtica urens*), plus venimeuse que la grande (*urtica dioica*), est notablement moindre, et à la fin, après trois ou quatre jours, l'urtication ne produit plus aucun effet. Cela tient non à ce que la vie s'éteignant chez le malade, le venin n'agit plus sur un organisme qui ne réagit pas, mais cela tient à ce que cet organisme s'habitue à l'action de ce venin, comme nous le voyons s'habituer à l'action d'autres poisons; il arrive chez l'enfant soumis à l'urtication ce qui arrive aux filles de la campagne, qui, après un certain temps, prennent et portent impunément sur leurs bras nus ces mêmes orties qui, les premiers jours, agissaient sur leur peau.

Mais, en dernière analyse, l'urtication, dans le catarrhe morbilleux des enfants, nous rend quelques services, il nous en rend plus encore chez l'adulte; cela dépend probablement de ce que la maladie est moins grave chez ceux-ci.

Il est encore d'autres accidents du début de la rougeole moins importants à étudier, mois dont je veux, vous dire quelques mots: ce sont l'épistaxis et l'otite.

Sans aucun doute, l'épistaxis n'a pas de gravité quand elle est modérée; mais elle devient quelquefois assez abondante pour menacer les jours de l'enfant, ou du moins pour altérer sa santé dans l'avenir. On la combat à l'aide de la glace ou de l'eau glacée, que l'on applique sur le front ou que l'on fait respirer par le nez; ces moyens sont bons. Les astringents réussissent aussi: mais ce qu'il y a de préférable encore, ce sont les injections faites dans le nez avec de l'eau aussi chaude que le malade pourra la supporter. Les injections avec une forte solution de sulfate de cuivre, de sulfate de zinc, avec la décoction de ratanhia, avec une solution de perchlorure de fer, sont d'excellents hémostatiques. Toutefois le perchlorure a l'inconvénient de déterminer la formation d'un énorme caillot qui devient une cause de douleur, et lorsque, deux ou trois jours après, on veut l'arracher pour faire cesser cette douleur, on s'expose à voir reparaître l'hémorrhagie. Cependant, il ne faut pas hésiter à l'employer quand besoin est.

Si le diagnostic de l'otite est généralement simple chez l'adulte, qui sait rendre compte de ce qu'il éprouve, il n'en est plus de même chez l'enfant, qui n'accuse pas ses sensations ou qui les accuse mal. Cependant les accidents marchent et deviennent de sérieuses complications. L'excès de la douleur produit le délire, et un délire souvent très-violent; la fièvre augmente sans que cet appareil formidable de symptômes semble avoir une raison d'être, lorsqu'on n'est pas prévenu. Aussi, lorsqu'un enfant a passé l'âge de la dentition, et à cette époque lorsqu'on ne constate aucune fluxion du côté de la bouche, et quand en examinant le petit malade avec soin on ne trouve ni hernie ni aucune cause apparente capable d'expliquer ses cris continuels et lamentables, on peut croire à une otite. Presque toujours, trente-six ou quarante-huit heures après, les prévisions sont confirmées par la suppuration qui se fait jour à l'orifice extérieur de l'oreille. Ce fait est important à connaître pour éviter les fautes thérapeutiques, et pour arriver à un traitement utile, en se contentant d'injecter dans l'oreille un peu de baume tranquille ou d'extrait de belladone en dissolution dans de l'eau ou de l'huile, au lieu d'instituer une médication des plus énergiques qui tourne au détriment du malade. La belladone et la jusquiame suffiront pour calmer les douleurs. Malheureusement ces agents ne sauraient prévaloir contre les accidents plus graves que l'otite entraîne avec elle, ainsi que j'aurai occasion de vous le dire en traitant des complications de la troisième période.

(*La fin à un prochain numéro.*)

TRIPLE OPÉRATION DE CATARACTE.

Deux abaissements. — Glace. — Absence de traumatisme. — Extraction, malgré un synchisis, d'une cataracte qui avait franchi la pupille et occupé la chambre antérieure quatorze mois après l'abaissement. — Guérison.

Par M. le docteur MAGNE.

Le 18 mai 1856 se présente à ma consultation M. G..., demeurant à Belleville, rue de la Villette, 34. Agé de cinquante ans environ, M. G... est d'une haute stature, d'une complexion très-robuste, bien que sa santé soit souvent éprouvée par des accès violents de rhumatisme articulaire. Les yeux sont saillants, à fleur de tête, et le globe légèrement injecté. La vue est abolie du côté gauche, l'œil droit conserve encore la faculté visuelle, mais d'une manière incomplète. Ce qui frappe tout d'abord et ce qui donne un cachet particulier au regard de M. G..., c'est un mouvement perpétuel de l'iris dans les deux yeux, mouvement occasionné par le ramollissement de l'humeur vitrée; les oscillations des iris sont continuelles; les pupilles néanmoins se contractent et se dilatent d'une manière normale.

État de l'œil gauche. — La cataracte capsulo-lenticulaire est complète, volumineuse, d'une couleur blanchâtre; le malade distingue le jour de la nuit, toutefois après une certaine hésitation.

État de l'œil droit. — Il est aisé d'y constater une cataracte capsulo-lenticulaire commençante; la capsule, en partie grisâtre, permet cependant d'entrevoir le cristallin, qui, opaque lui-même, se détache en couleur légèrement jaunâtre.

Nous proposons, et c'est la règle que nous suivons depuis quinze ans, d'opérer l'œil frappé de cécité sans attendre la maturité, ou, pour mieux dire, l'opacité complète de l'autre œil. Ici le choix du procédé opératoire n'était pas douteux. En présence d'une dilution du corps vitré, pratiquer l'extraction n'était pas admissible; l'œil se serait vidé pendant l'opération; j'eus donc recours à l'abaissement, méthode que, après Dupuytren et Sanson, j'adopte, mais non exclusivement, pour la plupart des cas, malgré l'engouement auquel semble se laisser entraîner pour l'extraction la nouvelle génération chirurgicale. — Eu égard à la dilution du corps vitré et à la faculté douteuse de distinguer le jour d'avec la nuit, je dus prévenir le malade que, derrière la cataracte, nous pouvions rencontrer une affection rétinienne qui s'opposât au retour de la vision.

L'opération eut lieu le 21 mai 1856, l'abaissement se fit en masse; l'application de la glace, selon mes habitudes, immédiatement après l'opération, afin de prévenir l'inflammation, eut un résultat complet. Au troisième jour on distinguait à peine une trace rose au point d'entrée de l'aiguille, et le septième jour le malade se promenait dans son jardin, l'œil protégé par des verres gris de lin foncé. Malheureusement la cataracte, ainsi que nous l'avions prévu, était compliquée d'amaurose, et le peu de clarté donné par l'opération fut trop minime pour qu'il nous soit permis de le mentionner.

Le 10 juin 1857, la cataracte de l'œil droit ne permettant plus depuis quelque temps à M. G... de se conduire sans guide, nous pratiquâmes l'abaissement de cette cataracte dans d'excellentes conditions morales, il faut le dire, car aucun accident consécutif ne s'était manifesté lors de la première opération; le malade était rassuré sur les dangers de l'opération et ne l'était pas moins sur le pronostic; nous avions constaté, à plusieurs reprises, la diminution de la vision sous l'influence de l'accroissement de l'opacité; la cécité n'était donc due qu'au trouble de l'appareil cristallinien, et devait disparaître en même temps que cet appareil. — La vision en effet se rétablit; nul accident traumatique, grâce à la glace, ne se manifesta; l'œil fut au onzième jour protégé par des verres gris de lin, et M. G... pouvait, de son lit, reconnaître l'heure à une pendule placée à deux mètres de lui.

La vue était aussi complète que possible, et se maintint durant quatorze mois, lorsque tout à coup, le 18 août au matin, en se levant, M. G... se trouva de nouveau frappé d'une presque cécité. — Je le vois à deux heures de l'après-midi, et je constate que la cataracte, *après quatorze mois de séjour dans la chambre postérieure*, s'est précipitée dans la chambre antérieure où elle est appliquée au-devant de l'iris, masquant la pupille, très-rétrécie elle-même, sans doute sous l'influence d'un commencement d'iritis traumatique. Les douleurs intra et sus-orbitaires sont atroces, pulsatives, et les vaisseaux de la conjonctive et de la sclérotique sont le siége d'une forte injection.

En présence de semblables symptômes inflammatoires et des violentes douleurs qui faisaient jeter au malade des cris de désespoir, je résolus d'avoir d'abord recours aux antiphlogistiques: une application de sangsues derrière l'oreille, des frictions d'onguent hydrargyrique et d'atropine sur les paupières, et des instillations d'azotate d'atropine dans l'œil constituèrent le traitement. (On sait combien j'insiste sur les instillations d'atropine au début des iritis.)

Le lendemain matin 19 août, les douleurs n'ayant pas cédé et l'inflammation persistant, je n'hésitai pas à recourir à un moyen suprême que ne justifiait peut-être pas le degré de phlogose, car l'état de l'œil n'en faisait pas craindre la rupture: l'ophthalmite générale n'était encore que menaçante; mais je voyais la pupille obstruée par des débris de cataracte; l'iris sans cesse irrité par ces corps étrangers, pouvait, à la suite de l'inflammation, produire de fausses membranes et déterminer l'abolition de la vision. Je me décidai à faire disparaître le corps étranger cause de tout le mal.

Deux procédés se présentaient alors, offrant chacun son inconvénient. Le premier procédé consistait à introduire l'aiguille à cataracte soit par la sclérotique, soit par la cornée, et à repousser les fragments dans la chambre postérieure; mais outre que ces fragments auraient pu reprendre le chemin qu'ils avaient déjà franchi la veille, le manuel opératoire était presque impossible. La cataracte, en effet, n'était plus homogène; outre les débris capsulaires, on reconnaissait dans la chambre antérieure cinq ou six morceaux de cristallin, ainsi qu'on peut en juger par la pièce anatomo-pathologique que j'ai l'honneur de présenter. Je me serais donc exposé à répéter six ou sept fois la même manœuvre pour faire disparaître tous les fragments, à risquer de blesser l'iris, et, en fin de compte, tout cela peut-être en pure perte, car la cataracte pouvait encore être expulsée en tout ou en partie de la chambre postérieure dans la chambre antérieure. Le second procédé consistait dans l'extraction, extraction que le malade repoussait, car il se rappelait m'avoir entendu dire, lors de la première opération, que l'extraction était impossible, parce que ce serait vouloir vider l'œil, dont le corps vitré était atteint de ramollissement. Je pris un moyen terme. Le malade étant couché sur le dos, je fis, avec mon couteau à fistule lacrymale, tranchant des deux côtés, une ponction de trois millimètres environ sur la partie externe de la cornée, à sa jonction avec la sclérotique; puis j'introduisis une curette, à l'aide de laquelle j'amenai tous les fragments de la capsule et du cristallin qui encombraient la chambre antérieure. Eu égard aux petites dimensions de la plaie je fus contraint d'introduire sept fois dans l'œil la curette, que je ramenai chaque fois chargée d'un nouveau fragment. Un morceau de taffetas d'Angleterre fixa les paupières; la glace fut appliquée. Je fis faire une nouvelle émission sanguine, et je conseillai le calomel à dose fractionnée.

Il ne nous reste à signaler comme accident consécutif qu'une stomatite qui céda à l'usage du chlorate de potasse; des douleurs persistantes, qui semblaient plutôt liées à la constitution rhumatismale qu'à l'état de l'œil, disparurent à l'aide de la morphine par la méthode endermique. Aujourd'hui, le malade a recouvré la faculté visuelle presque aussi étendue qu'après la première opération. La vision, du reste, avait été rétablie immédiatement après l'extraction des fragments capsulo-lenticulaires. Cette triple observation vient donc justifier une fois de plus les conclusions par moi établies dans le travail que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie des sciences le 16 juillet 1855.

La glace appliquée sur l'œil immédiatement après l'opération de la cataracte par abaissement, et renouvelée sans interruption pendant trois fois vingt-quatre heures, prévient l'inflammation consécutive.

La glace, à la suite de l'opération de la cataracte par abaissement, contribue au rétablissement de la vision d'une manière beaucoup plus efficace que les autres médications généralement employées.

La glace, en s'opposant aux suites inflammatoires des opérations de cataracte par abaissement, avance singulièrement l'époque à laquelle l'opéré peut faire usage de l'œil qui lui a été rendu.

Il résulte encore de cette observation que le ramollissement du corps vitré n'est pas, ainsi qu'on l'a écrit, une contre-indication à la cataracte; j'ai déjà, autant que je puis me le rappeler, publié deux cas de guérison de cataracte malgré la présence d'un synchisis.

Une dernière réflexion: si l'on doit donner la préférence à l'abaissement chaque fois que la cataracte se compliquera de dilution du corps vitré, notre observation démontre qu'avec une certaine prudence, et en limitant la dimension de la plaie, le chirurgien peut, nonobstant cette dilution, pénétrer avec succès dans la chambre antérieure à travers la cornée.

FORMULE CONTRE LE TÆNIA.

M. le docteur Reimonenq a communiqué à la Société de médecine de Bordeaux la formule empirique suivante, qui a réussi à

expulser un tænia rebelle à tous les moyens employés contre lui. Les effets immédiats de cette médication ont été des coliques assez violentes et une purgation énergique qui semblent avoir été produites par les semences de courges.

Graines de courges (n° 200). . . . 40 gram.
Huile de ricin. }
Miel commun. } ãã . . . . . . 30 —

Mondez les graines, réduisez-les en pâte et ajoutez l'huile et le miel. A prendre en une seule fois dans un verre de lait.

Deux heures après l'ingestion de cette préparation, on administre dans un verre d'eau froide un mélange composé de :

Huile de ricin. }
Miel commun. } ãã . . . . . . 30 gram.
Jus de citron à volonté.

Le malade devra s'abstenir de manger et de quitter la chambre jusqu'après l'expulsion du tænia.

CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME ; RÉCIDIVE;

Par le docteur Weeden Cooké.

Le cancer du sein est une affection assez rare chez l'homme, à en juger par les ouvrages de chirurgie qui traitent ce sujet ; cependant il en existe déjà un certain nombre d'observations dans la science. Relativement à la nature du cancer chez l'homme, le docteur Walshe dit que « chez l'homme, le cancer du sein est généralement squirrheux, quelquefois encéphaloïde, jamais colloïde. » D'après M. Velpeau, qui a eu l'occasion de l'observer une dizaine de fois, c'est ordinairement la forme fibreuse que l'on trouve ; dans un cas, par exemple, la tumeur ressemblait bien plus à une tumeur fibro-plastique qu'à un squirrhe ; dans un certain nombre de cas c'était du cancer encéphaloïde, et chez l'un de ces malades, âgé de cinquante ans, la tumeur était grosse comme les deux poings.

Depuis l'inauguration de l'hôpital des Cancéreux, on y a observé six cas de cancer du sein chez l'homme ; tous étaient de nature squirrheuse. Les deux exemples suivants appartiennent à la même espèce.

Obs. I. — James B..., âgé de quarante-six ans, portait depuis quatre ans environ un point induré du sein droit ; il ne s'en préoccupa aucunement pendant tout ce temps, parce qu'il n'y éprouvait pas de douleur, mais à cette époque le sein augmenta rapidement de volume et devint douloureux. Le malade consulta alors un médecin, qui diagnostiqua un cancer dur. Il subit l'amputation de ce sein il y a environ deux ans : l'opération réussit et le malade fut complétement débarrassé pendant quelque temps; mais pendant ces derniers mois, il s'est développé audessus et au-dessous de l'ancience cicatrice quelques petites tumeurs qui se sont bientôt ulcérées ; la santé générale ne tarda pas à s'altérer, et le malade vint à l'hôpital le 9 mars 1858.

Depuis qu'il est en traitement, la santé générale s'est un peu améliorée, mais la cachexie cancéreuse est manifeste, et l'on ne doit pas encore songer à pratiquer une nouvelle opération.

Le sein malade présente sur un espace d'environ trois pouces de diamètre plusieurs petits tubercules plats, isolés, ulcérés, sur lesquels on se contente d'appliquer la solution plombique généralement en usage dans cet hôpital. La respiration est courte et fréquente ; l'impulsion du cœur est forte, mais il ne paraît pas y avoir de maladie organique de ce côté; la peau a une teinte jaunâtre caractéristique.

Obs. II. — R..., soixante-quatre ans, portait depuis six ans un cancer du sein gauche ; l'opération a été pratiquée par M. Lawson il y a environ six mois.

Depuis quelque temps, il s'est formé, parallèlement à la cicatrice, qui, du reste, a conservé un bon aspect, plusieurs petits noyaux qui se développent insensiblement et sont le siége de vives démangeaisons. Chez ce malade, le docteur Cooke observa, dès le 6 avril, une petite tache bleue qui s'est formée sur la lèvre inférieure, particularité que, d'après ce chirurgien, on observe fréquemment chez les sujets atteints de cancer. (Il ne donne aucune explication sur la nature de cette tache.) (*The Lancet.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 janvier 1859. — Présidence de M. de Senarmont.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un vice-président, qui cette année doit être pris parmi les membres des sections des sciences mathématiques.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 56,

M. Chasles obtient.	38 suffrages.	
M. Duhamel.	13	—
M. Morin.	2	—
MM. Liouville et Laugier, chacun.	1	—
Un billet blanc.		

M. Chasles, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année 1859.

M. de Senarmont, vice-président pendant l'année 1858, passe aux fonctions de président.

Conformément au règlement, le président sortant, avant de quitter le bureau, fait connaître à l'Académie l'état où se trouve l'impression des recueils qu'elle publie et les changements arrivés parmi les membres depuis le 1er janvier 1858.

L'Académie a à remplacer les membres correspondants suivants :

Dans la section d'anatomie et de zoologie : le prince Charles Bonaparte et M. J. Müller; dans la section de médecine et de chirurgie : M. Marshall-Hall et M. Bonnet.

Sur la génération spontanée. — M. MILNE-EDWARDS expose à l'Académie quelques remarques sur la valeur des faits qui sont considérés par quelques naturalistes comme étant propres à prouver l'existence de la génération spontanée des animaux.

MM. Payen, de Quatrefages, Claude Bernard et Dumas prennent successivement la parole sur le même sujet (voir le *Premier Paris*).

Développement des dents et des mâchoires. — M. JOLY (de Toulouse) adresse une lettre sur le développement des dents et des mâchoires, au sujet du rapport récent de M. Cloquet sur les travaux de M. Natalis Guillot relatifs à ce sujet. M. Joly rappelle qu'il a déposé dans les collections de la Faculté des sciences de Toulouse des pièces qui sont tout à fait confirmatives des vues émises par M. N. Guillot, et sanctionnées par la commission qui a jugé son travail. Il saisit cette occasion pour faire connaître à l'Académie ces spécimens.

Os inter-maxillaires dans l'espèce humaine. — M. LARCHER adresse une note sur ce sujet. Il s'exprime en ces termes :

Le 6 décembre dernier, j'ai présenté un cas de *rhinocéphalie* caractérisé surtout par l'excessive dimension en tous sens, et par le relief de l'os vomer, lequel porte avec lui et en avant de lui les deux *os intermaxillaires* avec les alvéoles des dents incisives. Ici, dans des conditions anormales, il est vrai, la présence des os inter-maxillaires dans l'espèce humaine est parfaitement démontrée ; cependant M. E. Rousseau soumettait le 20 du même mois à l'Académie de nouvelles recherches, desquelles il semblait résulter que l'os inter-maxillaire existe chez les Mammifères, chez tous les singes, même chez les orangs-outangs, et qu'il n'y a absolument que l'homme qui n'en offre pas de traces.

Cette assertion, ce me semble, est ruinée d'avance par le fait anormal de rhinocéphalie que j'ai présenté ; mais il s'en faut que les faits exceptionnels soient seuls appelés à témoigner de l'existence des intermaxillaires chez l'homme. Les os inter-maxillaires existent tout aussi bien chez l'homme que chez les autres Mammifères; seulement, chez le premier, c'est dans la période embryonnaire, c'est pendant la vie fœtale ou intra-utérine, qu'il faut les étudier. L'os incisif, comme l'a dit Béclard, se réunit si promptement au reste du maxillaire supérieur, qu'il est rare et difficile de le trouver isolé. Il forme les alvéoles qui renferment les dents incisives, et l'épine nasale antérieure. Les nombreuses recherches que j'ai faites sur ce sujet à l'hospice de la Maternité, en 1826 et 1827, et celles que j'ai pu faire depuis, ne laissent aucun doute à cet égard, et j'ai plusieurs fois constaté chez des fœtus humains l'existence des os inter-maxillaires, soit dans des conditions anormales, soit à l'état physiologique. (Commissaires : MM. Serres, Flourens, Geoffroy Saint-Hilaire.)

Causes des kératites. — M. CASTORANI communique un mémoire sur les causes des affections de la cornée dites kératites.

Nous croyons, dit l'auteur :

1° Que les diverses affections de la cornée réunies sous la dénomination générale de kératite suppurative, sont produites par la pénétration dans la cornée des sécrétions anormales de la conjonctive, nonseulement lorsque l'inflammation de cette membrane est primitive, mais encore quand elle est consécutive à celle des autres membranes de l'œil : cette pénétration a pour effet de ramollir la cornée et en même temps de la rendre opaque ;

2° Que lorsque la cornée est vasculaire, les vaisseaux n'en altèrent pas les tissus ; mais, au contraire, le ramollissement et l'opacité, quand ils existent, sont toujours l'effet de l'imbibition ;

3° Que l'ulcère de la cornée est occasionné par le frottement des paupières et par l'écoulement des sécrétions anormales et des larmes sur la partie de la membrane devenue molle et opaque.

Pour nous en assurer, nous avons irrité sur un lapin la conjonctive oculo-palpébrale au moyen d'une pince à torsion, et nous avons obtenu une sécrétion abondante.

La cornée, après trois jours environ, ne brillait presque plus, étant devenue trouble comme un miroir terni par le souffle ; la conjonctive oculo-palpébrale était rouge et sécrétait abondamment ; les paupières étaient tuméfiées et à demi-fermées. Après sept ou huit jours, la cornée devenait plus ou moins opaque et blanche; les paupières étaient unies ensemble par le muco-pus desséché, pendant que la conjonctive était plus rouge et la sécrétion plus abondante. Dans ce moment, nous avons attiré l'œil en dehors, afin de l'isoler de tout contact avec les paupières et avec les liquides, et nous l'avons tenu exposé à l'air. La cornée, après une heure environ, reprenait toute sa transparence par le fait de l'évaporation.

Nous avons voulu confirmer cette première expérience, plusieurs fois répétée, par une autre plus concluante encore. Nous avons fait tomber sur la cornée diverses substances colorantes, et cette membrane, après une heure environ, se colorait en rouge, en jaune, en bleu, en violet, en noir, suivant le liquide employé.

Ayant observé que la conjonctive était plus humide sur l'endroit où elle avait été irritée, nous avons cherché à produire l'opacité sur tous les points de la cornée, afin de reconnaître ceux qui se prêtent plus facilement à ce travail d'imbibition. Dans ce but, nous avons irrité la conjonctive en haut, en bas, en dedans et en dehors, et constamment l'opacité suivait de plus ou moins près l'irritation produite sur la conjonctive, et les points opaques de la cornée correspondaient exactement aux points irrités de la conjonctive.

Quant aux membranes internes, après les avoir irritées, la conjonctive se vascularisait suivant les degrés d'inflammation de ces membranes, de telle sorte que la cornée se présentait tantôt opaque, tantôt trouble, tandis que quelquefois elle conservait sa transparence. Mais si nous faisions cesser tout contact de l'œil avec les paupières et avec les liquides, la cornée reprenait son état normal.

La cornée était-elle opaque et vasculaire, nous produisions un exophthalmos artificiel, et l'opacité disparaissait de la manière que nous avons indiquée.

La cornée, comme on le sait, offre une grande analogie avec le cristallin dans sa transparence, dans sa composition chimique, dans ses fonctions, et dans le rapport qu'elle a avec l'humeur aqueuse. Ces analogies nous ont suggéré l'idée que, si l'on déchirait la face postérieure de la cornée, peut-être cette membrane deviendrait-elle opaque en peu de temps, comme cela arrive pour le cristallin lorsqu'on ouvre la capsule, et que, si l'on pratiquait la même opération sur la face antérieure de la cornée, cette membrane ne présenterait qu'une opacité légère ou nulle à cause du défaut de liquide et de l'évaporation. Les expériences ont confirmé notre hypothèse.

Comme nous avions remarqué un rapport intime entre les sécrétions anormales de la conjonctive, l'opacité de la cornée et l'évaporation des liquides, nous avons pensé que si on laissait un animal les yeux fermés pendant un temps plus ou moins long, peut-être les sécrétions naturelles de la conjonctive s'accumuleraient-elles par défaut d'évaporation, et qu'alors la cornée deviendrait opaque. En effet, ayant condamné plusieurs lapins à l'occlusion des paupières pendant quinze à vingt jours et même davantage, nous avons observé que la cornée se présentait tantôt trouble, tantôt opaque, et quelquefois perforée, de sorte qu'il existait une hernie de l'iris, et que les sécrétions de la conjonctive étaient accumulées en grande quantité.

Quand la cornée est blanche, opaque et épaisse, elle est encore molle. C'est le ramollissement de cette membrane qui sert de base à la formation de l'ulcère ; car le frottement des paupières et l'écoulement des liquides peuvent alors enlever les parties les plus molles et les plus superficielles de la cornée. Dans ce cas, l'ulcère n'est qu'une *abrasion* de la cornée.

Chez l'homme, les faits qu'on observe dans les affections dites kératites sont tout à fait en harmonie avec nos principes, de sorte que nous avons cru nécessaire d'exposer une nouvelle nomenclature.

Le traitement doit être dirigé contre les affections qui occasionnent les sécrétions anormales de la conjonctive. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Variété de pellagre propre aux aliénés. — M. BILLON communique un mémoire sur une variété de pellagre propre aux aliénés, ou pellagre consécutive à l'aliénation mentale.

Dans deux opuscules que j'ai eu l'honneur de présenter au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, j'ai, dit l'auteur, appelé l'attention sur une affection observée par moi dans les asiles d'aliénés de Rennes et d'Angers, affection dont les caractères présentaient avec ceux assignés par les pathologistes à la pellagre une telle analogie, que j'ai cru devoir la considérer comme une variété de cette maladie propre aux aliénés. D'où il résultait que la pellagre, qui avait toujours été considérée comme primitive à l'aliénation mentale, pouvait aussi lui être consécutive, et que, tandis que d'ordinaire ce sont les pellagreux qui deviennent aliénés, ce serait, dans l'espèce, les aliénés qui deviendraient pellagreux. Si caractéristique que soit le fait sur lequel j'ai appelé l'attention, comme il n'avait encore été signalé par personne et que son observation avait été circonscrite, pour moi, aux asiles de Rennes et d'Angers, il y avait peut-être une certaine témérité à en faire la base d'une opinion aussi générale, et il était au moins nécessaire de procéder sous ce rapport à une sorte d'enquête dans plusieurs autres établissements des diverses régions de la France. C'est le résultat de cette enquête que j'ai l'honneur de faire connaître à l'Académie dans le nouveau travail que je soumets aujourd'hui à son jugement. (Même commission.)

M. FLOURENS communique l'extrait d'une lettre de M. Lenhossek annonçant l'envoi d'un exemplaire de la seconde édition de ses *Recherches sur le système nerveux.*

— M. WOILLEZ envoie, comme pièce à joindre à ses précédents mémoires sur la mensuration de la poitrine, trois figures représentant la coupe transversale de la poitrine chez un même malade qui est le sujet de l'observation IX du quatrième mémoire. Ces tracés sont obtenus à l'aide de l'instrument que l'auteur a fait connaître sous le nom de *cyrtomètre*. Craignant de n'avoir pas donné dans la description qu'il en a faite tous les détails nécessaires pour faire bien apprécier l'exactitude du trait qu'on en obtient, il désirerait être admis à donner de vive voix à la commission des prix de médecine et de chirurgie, chargée de l'examen de son travail, les explications qui pourraient sembler nécessaires.

— M. WANNER annonce avoir observé, sur quelques portions d'un lambeau de fausse membrane détaché de l'arrière-gorge d'un enfant atteint d'angine couenneuse, des corps qui, examinés au microscope, semblent appartenir au règne végétal.

La lettre et une portion de la fausse membrane qui y est jointe seront soumises à l'examen de M. Montagne.

— MM. J. T. et JOS. SAUNDERS adressent de Saint-Louis (Missouri, États-Unis d'Amérique) une note concernant un remède qu'ils ont employé avec succès contre le choléra-morbus.

(Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant.)

Souscription en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

M. le docteur Renaudin, de Maréville. . .	20 fr.
M. le docteur Chambert, de Pau. . . .	15
M. le docteur Levillain, de Cadillac. . .	10
Total. . . .	45
Total des listes précédentes. .	1021 fr. 50 c.
Total général jusqu'à ce jour. .	1066 fr. 50 c.

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 1, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 40.

La Société de médecine pratique a renouvelé son bureau pour 1859.

Ont été nommés :

MM. Paul Dubois, *président;*
Picard et Duhamel, *vice-présidents;*
Foucart, *secrétaire général ;*
Magne, *secrétaire annuel;*
Elleaume, *secrétaire adjoint ;*
Caron, *trésorier.*

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 5. — JEUDI 13 JANVIER 1859 (32e ANNÉE.) N° 5. — JEUDI 13 JANVIER 1859

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 JANVIER 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur le croup et la trachéotomie a continué. On a entendu MM. Delafond et Barth. Dans un travail étendu, qui est moins un discours afférent à la discussion, qu'un mémoire sur la matière à l'occasion de cette discussion, M. Delafond a fait l'histoire à peu près complète du croup et de la trachéotomie chez les animaux domestiques. A une simple audition, les développements historiques et les détails techniques dans lesquels l'orateur est entré, soit sur la pathologie comparée du croup, soit sur les procédés opératoires de la trachéotomie chez les animaux, ont nui à l'effet de cette lecture; tranchons le mot : pour la tribune, c'était trop long. Mais dès que nous avons eu le manuscrit de M. Delafond sous les yeux, et que nous avons pu le parcourir à loisir, nous n'avons pas eu sujet de regretter le temps que nous y avions consacré.

Ce travail, riche de faits et d'observations, renferme en effet des documents d'une grande importance pour l'histoire générale du croup ; on y trouve surtout de précieuses données sur quelques-uns des points de vue de la question médicale du croup, dont nous accusions tout récemment les précédents orateurs de ne s'être pas suffisamment occupés. Nous regrettons que son étendue ne nous permette pas de le reproduire en entier ; mais ce que nous en avons extrait suffira, nous l'espérons, pour faire partager notre jugement à nos lecteurs. Ce sera certainement une des sources auxquelles nous devrons le plus amplement puiser lorsqu'il s'agira de formuler les conclusions de cette discussion.

M. Barth n'a point introduit de faits nouveaux dans le débat, mais il a apporté, en faveur des doctrines de la commission, le poids de son opinion, toujours accueillie avec faveur parce qu'elle est toujours marquée au coin de l'expérience et de la sagesse.

A mardi probablement la réplique de MM. Trousseau et Bouvier, après quoi l'Académie n'aura plus qu'à clore un débat désormais épuisé. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Leçons cliniques sur les inflammations de l'utérus.

Les inflammations jouent un grand rôle dans la pathologie de l'utérus ; aussi vais-je commencer par exposer l'histoire abrégée de la métrite *aiguë*, maladie encore mal décrite, même dans les auteurs spéciaux.

On trouve cependant dans le *Compendium* et dans Valleix un certain nombre de notions exactes, et des points de cette histoire traités d'une manière plus spéciale ; mais il y a loin de là à une description complète de cette maladie.

C'est à M. H. Bennett que revient l'honneur d'avoir donné le premier une bonne description des diverses variétés d'inflammations de l'utérus. Peut-être même pourrait-on reprocher à cet auteur d'avoir un peu exagéré la fréquence de ces inflammations. Son ouvrage n'en est pas moins excellent à consulter, et il restera dans la science. C'est d'après les données de M. H. Bennett, les recherches de M. Aran et les miennes, que j'exposerai ce que j'ai à vous dire sur ce sujet.

Siége et nature de la maladie. — Une question importante se présente d'abord, c'est celle du siége. Ainsi, la totalité de l'organe peut-être enflammée, et on a alors la métrite *aiguë générale.* D'autres fois, le col et le corps sont affectés isolément, ce qui n'est pas rare. Ces métrites circonscrites présentent des particularités nombreuses. L'inflammation du corps, par exemple, peut occuper la partie postérieure, antérieure, ou le fond. On conçoit facilement le rôle actif de ces deux variétés d'inflammations partielles dans les déviations consécutives, et surtout dans les flexions, si difficiles à expliquer en dehors de ces circonstances pathologiques. Sous un autre point de vue, on peut avoir affaire à une inflammation du tissu de l'utérus, ou bien de la muqueuse seulement : d'où les variétés de métrite *parenchymateuse* et de métrite *catarrhale.*

D'après ces considérations, on arrive à concevoir comment les différentes variétés de métrites se combinent entre elles, comment, par exemple, une métrite du col parenchymateuse ou catarrhale se rencontre avec des affections identiques, partielles ou générales du corps.

C'est pour n'avoir pas tenu compte de la possibilité de ces combinaisons, que l'on a confondu des maladies fort différentes.

A côté de la question du siége, se place celle de la nature de l'inflammation. Là règne encore un peu de confusion, car les recherches ont été principalement faites dans des cas de métrites suites de couches. Or, des autopsies de cette nature ne prouvent rien pour la métrite aiguë *simple*, à cause de l'état inflammatoire des organes voisins, et de la tendance de la métrite puerpérale à produire du pus.

Dans les cas exceptionnels où l'on a pu examiner après la mort des métrites aiguës simples, voici ce que l'on a trouvé :

1° Des altérations du tissu propre de l'utérus ;

2° Des altérations de la muqueuse ;

3° Des liquides pathologiques sécrétés.

Les altérations du tissu propre de l'utérus sont :

1° Des congestions des vaisseaux capillaires ;

2° Une dilatation de ces mêmes vaisseaux capillaires ;

3° La création de capillaires nouveaux ;

4° Une exsudation séro-sanguinolente dans le tissu même de l'utérus.

Ces différentes lésions, qui caractérisent le premier degré de la métrite aiguë parenchymateuse, se traduisent à l'œil nu par une augmentation de volume et de densité, une friabilité plus grande de la partie malade.

Le second degré de cette inflammation, rare en dehors de l'état puerpéral, est marqué par la présence du pus, tantôt infiltré, tantôt collecté en abcès dans le parenchyme utérin. Ces collections purulentes sont disséminées dans le tissu de l'organe, ou bien se rapprochent de l'une des faces, plus souvent de l'externe que de l'interne. On a quelquefois pris pour des abcès des dilatations des vaisseaux sanguins ou lymphatiques remplis de pus ; il faut dans les autopsies se tenir en garde contre cette chance d'erreur.

Les *altérations de la muqueuse* ne sont pas moins remarquables que celles du parenchyme de l'organe. Cette membrane est plus injectée, plus épaisse, plus friable qu'à l'état normal. De faibles tractions suffisent pour la détacher du tissu sous-jacent ; on la voit inégale et villeuse quand on la regarde dans l'eau. On y trouve aussi des granulations ou petites saillies rouges, molles, mais cependant résistantes, dues au développement inflammatoire des follicules de la muqueuse. On observe encore des excoriations, rarement des ulcérations proprement dites.

Ainsi, il y a des altérations qui appartiennent au parenchyme; d'autres sont propres à la muqueuse.

Les *liquides pathologiques sécrétés* sont aussi caractéristiques que les diverses lésions que nous venons de passer en revue. En effet, si le parenchyme de l'utérus est seul enflammé, si la muqueuse est restée saine, le liquide sécrété est nul, ou bien composé d'un mucus limpide et filant ; c'est, en un mot, une hypersécrétion pure et simple du mucus normal. Mais lorsque la muqueuse est altérée soit isolément, soit d'une manière concomitante avec le tissu propre de la matrice, deux espèces de liquides pathologiques peuvent être sécrétés. Le premier liquide est un mélange de mucus et de sang ; il ressemble aux crachats de la pneumonie au premier degré, et correspond au premier degré de la métrite aiguë catarrhale.

Plus tard il est remplacé par la seconde espèce de liquide pathologique, le muco-pus. L'examen microscopique y fait découvrir des cellules de pus et des globules de graisse. On peut enfin trouver une troisième espèce de liquide pathologique, c'est le mucus purulent qui est dû au mélange du muco-pus et du pus en nature ; il est, en général, le résultat d'ulcérations de la muqueuse ; il est plus liquide, moins visqueux que les précédents, et l'analyse chimique permet d'y constater la présence d'une beaucoup plus grande proportion de matière grasse et d'une quantité notable d'albumine ; tandis que dans le muco-pus simple, ce dernier principe y est dans l'état rudimentaire.

Cette réaction est importante pour établir le diagnostic, ainsi que nous le verrons plus loin.

Parmi les complications qui accompagnent la métrite aiguë, je citerai l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, l'ovarite et la péritonite circonscrite, avec formation de fausses membranes recouvrant le fond de l'organe. La vaginite et la cystite aiguë s'observent assez souvent dans les mêmes circonstances. Là se termine ce que nous avions à dire de la métrite aiguë sous le rapport du siége et de la nature de l'altération. Examinons maintenant les causes qui peuvent lui donner naissance.

Causes. — Ces causes sont nombreuses; aussi la métrite aiguë, considérée autrefois comme rare, doit être considérée comme une maladie fréquente, maintenant qu'elle est mieux étudiée.

Voici quelles sont ces causes :

1° L'exagération de la congestion sanguine qui précède les règles, lorsque le flux menstruel ne s'établit pas, conduit quelquefois à une métrite aiguë.

2° La suppression brusque des règles non suivie de leur réapparition.

3° L'avortement détermine surtout la métrite du col; cependant il n'est pas très-rare de voir, à la suite de tentatives criminelles, se déclarer une métrite générale, et la mort a pu en être la conséquence.

4° L'accouchement peut amener une métrite aiguë tout à fait indépendante des péritonites partielles et de la fièvre puerpérale.

5° La vaginite aiguë est plus souvent qu'on ne le pense la cause directe de l'inflammation aiguë du col. La propagation inverse est un fait plus sûr, quoique assez souvent observé.

6° Les excès vénériens sont une cause très-fréquente de métrite aiguë, surtout lorsque les femmes ne sont pas habituées à ces excitations mécaniques, les jeunes mariées par exemple. Ce genre de cause produit principalement l'inflammation du col.

7° Les contusions, les chutes sur le bas-ventre peuvent déterminer une métrite ; il en est de même des secousses sur les membres inférieurs. En général, on ne tient pas assez compte de cette dernière cause.

8° Nous en dirons autant de l'emploi des pessaires, dont l'usage est fort heureusement très-restreint depuis que nous avons à notre disposition des moyens meilleurs.

9° Certaines injections trop froides, trop astringentes, ou des douches trop énergiques, ont le même inconvénient. Je ne saurais trop répéter que les douches utérines doivent être très-modérées, très-légères. La petite machine à douches de M. Charrière ou le grand irrigateur suffisent. Il faut une certaine impulsion ; mais dès qu'elle dépasse une certaine limite, la douche devient désastreuse.

10° Je citerai encore les cautérisations intempestives, ou faites à des intervalles trop rapprochés. Il est des variétés de caustiques qui produisent plus facilement ce résultat fâcheux, tel que le nitrate acide de mercure, que je crois devoir proscrire d'une manière absolue. Les douleurs si vives qui suivent son application ne sont bien souvent que le prélude de l'inflammation qui va se développer.

11° Les inflammations des tissus voisins se propagent bien souvent à la matrice; c'est un fait bien connu.

12° Une métrite aiguë vient quelquefois compliquer une métrite chronique préexistante. Telles sont les principales causes de la métrite aiguë; passons aux symptômes.

Symptomatologie. — La métrite aiguë débute-t-elle, comme les phlegmasies ordinaires, par des frissons et de la fièvre? L'observation nous démontre qu'en dehors de l'état puerpéral il n'en est pas ainsi. C'est par des symptômes locaux que la métrite aiguë débute ; il est rare que l'on rencontre des frissons et de la courbature; encore ces derniers phénomènes ne s'observent-ils que lorsque l'inflammation est très-intense, et qu'elle occupe la presque totalité de la matrice. Ce mode de début, se bornant à des symptômes locaux, a fait longtemps méconnaître la nature de la métrite aiguë *simple.*

Pour éviter toute confusion, nous allons étudier séparément les trois variétés de métrite aiguë que nous avons admises :

1° La métrite aiguë parenchymateuse du corps.

2° La métrite aiguë de la muqueuse entière ou catarrhale.

3° La métrite aiguë du col seul.

Métrite aiguë parenchymateuse du corps. — Il y a toujours des phénomènes locaux, quelquefois des phénomènes généraux, rarement des prodromes.

Parmi les phénomènes locaux nous trouvons en première ligne la douleur. Elle est spontanée, s'irradie aux régions lombaire et inguinale, à la partie supérieure des cuisses, au périnée. Le toucher vaginal provoque des douleurs très-vives. Le toucher rectal est encore plus douloureux, car on arrive plus directement sur le corps. Les malades poussent des cris déchirants lorsqu'on les touche, et elles évitent toute espèce de mouvements pour ne pas provoquer des douleurs.

Le toucher permet en outre de reconnaître l'augmentation de volume et l'élévation de température de la partie malade. La percussion et la palpation ont leurs avantages également, mais on doit les pratiquer avec beaucoup de précaution.

L'introduction du spéculum est douloureuse. Par ce moyen d'investigation on arrive à constater d'une manière précise l'état du col et la nature des sécrétions pathologiques.

Quelquefois il n'y a pas le moindre écoulement, et quand il existe, c'est un liquide clair, transparent, visqueux; on le voit suinter à travers l'orifice vaginal du col. Bientôt nous allons voir que cette sécrétion est toute différente quand la muqueuse est malade.

La métrite aiguë exerce toujours une influence fâcheuse sur les organes voisins. Ainsi, la miction est pressante, douloureuse; les urines sont peu abondantes et chargées d'acide urique.

Si la muqueuse vésicale est assez irritée pour sécréter une quantité de mucus plus grande qu'à l'état normal, on aperçoit dans les urines un nuage de mucus. Du côté du rectum, la constipation est opiniâtre, les efforts de défécation pénibles et douloureux.

Quelle est l'influence de la métrite sur les règles? Lorsque l'époque menstruelle se trouve comprise dans la durée de l'inflammation utérine, la menstruation peut ne pas arriver; si elle arrive, elle est faible et douloureuse, mais elle favorise la terminaison de la maladie.

L'étude des autres variétés de la métrite sera l'objet des leçons suivantes.

HOPITAL DE NEUFCHATEL. — M. Borel.

Plaie d'arme à feu à la joue. — Lésion du canal de Sténon. — Fistule salivaire. — Guérison par l'oblitération de ce conduit (1).

Paul Abraham P..., journalier, âgé de trente-sept ans, se prit de querelle avec un de ses camarades, dans la matinée du 8 septembre 1856. Il était assis sur un banc, lorsque son antagoniste sortant brusquement de sa poche un pistolet chargé avec de la grenaille de plomb, le lui déchargea à bout portant au côté droit de la face. Le blessé fut immédiatement conduit à l'hôpital de Neufchâtel. Tout le côté droit de la figure était noirci de poudre, surtout au milieu de la joue, laquelle était percée de part en part. L'ouverture de la plaie, irrégulièrement arrondie, admettait facilement le bout du doigt indicateur; elle était placée à distance à peu près égale de la commissure droite des lèvres et du bord extérieur de la branche montante de l'os de la mâchoire inférieure. Le doigt indicateur ayant été introduit dans la bouche, on reconnut que la branche horizontale du maxillaire inférieur était fracturée en esquille. On fit successivement l'extraction d'une portion du bord alvéolaire de cet os, et des deuxième et troisième molaires supérieures de ce côté. Aucun projectile ne fut trouvé dans le premier moment: le blessé avait lui-même retiré de sa bouche une bourre de gros papier bleu noirci de poudre, et il croyait fermement que l'arme n'avait contenu aucun autre projectile que cette bourre, et que celle-ci *avait fait balle*, selon l'expression vulgaire. P... avait perdu beaucoup de sang, et il s'en écoulait encore par la plaie au moment de son entrée à l'hôpital. L'application de compresses imbibées d'eau glacée arrêta cette hémorrhagie. La fracture de la mâchoire inférieure fut réduite; on appliqua ensuite un appareil composé de compresses longuettes et d'une mentonnière, le tout maintenu par un bandage en fronde. On interdit au blessé de parler; il fut soumis à un régime sévère et à l'usage des moyens antiphlogistiques, et l'on eut soin de lui faire avaler au biberon les liquides dont il faisait emploi.

Durant les trois premiers jours qui suivirent sa blessure, P... fut pris d'un gonflement considérable à l'angle droit de la mâchoire inférieure, lequel s'étendait aussi à la partie supérieure du cou: il éprouvait une gêne très-grande pour avaler. Au quatrième jour, la plaie de la joue commença à suppurer. Les jours suivants, les portions d'eschares qui occupaient le pourtour de la plaie se détachèrent et tombèrent, les bords de la solution de continuité se détergèrent et se rapprochèrent. Au dixième jour, la plaie était très-avancée dans sa cicatrisation; deux esquilles osseuses assez considérables se détachèrent alors de la mâchoire inférieure, et le blessé les poussa hors de la bouche avec la pointe de la langue. A partir de ce jour, il commença à s'échapper d'une petite ouverture, au centre de la plaie, un liquide limpide, incolore, inodore, à réaction alcaline, ayant tous les caractères de la salive, et paraissant provenir du canal de Sténon, qui, suivant toute vraisemblance, avait été divisé dans la blessure faite à la joue, laquelle blessure correspondait exactement à l'endroit où ce canal est prêt à percer le muscle buccinateur, pour pénétrer dans l'intérieur de la bouche, après avoir dépassé le bord antérieur du muscle masséter. L'écoulement dont il s'agit avait surtout lieu au moment où le blessé prenait des aliments, et lorsqu'il parlait; on provoquait aussi l'écoulement du liquide en comprimant la glande parotide.

Au quatorzième jour de la blessure, cet écoulement de salive avait considérablement augmenté. On cautérisa avec la pierre infernale les bords du pertuis qui lui donnait issue, et on exerça en cet endroit une légère compression, au moyen d'une petite compresse graduée faite avec un morceau de sparadrap de diachylon, lequel prenait son point d'appui sur le maxillaire supérieur correspondant, et qui était maintenu par l'appareil de la fracture.

Malgré l'emploi de ces moyens, continué pendant quelques jours, l'écoulement de salive resta très-abondant jusqu'au vingtième jour; cette humeur imbibait constamment les pièces d'appareil de la fracture, qui durent être renouvelées plusieurs fois dans la journée: nous avons pu, à différentes reprises, en recueillir plus d'un demi-verre le matin au moment du pansement, peu de temps après le déjeuner du blessé. A partir du vingt et unième jour, le liquide qui sortait de la petite ouverture de la joue diminua en quantité, et il ne s'écoula plus que pendant que le blessé prenait ses repas et lorsqu'il parlait. La glande parotide fut prise alors d'un gonflement pâteux, indolent et sans changement de couleur à la peau, qui augmenta progressivement.

Au trentième jour, une esquille volumineuse se détacha de la mâchoire inférieure et fut extraite. Sa sortie fut suivie de l'issue de plusieurs grains de grenaille de plomb, que le blessé retira lui-même de sa bouche. A cette époque, l'écoulement de salive par la joue avait considérablement diminué, et n'avait plus lieu qu'à des intervalles de vingt-quatre heures, et seulement pendant le repas du milieu du jour. La plaie de la joue était solidement cicatrisée, à part le pertuis d'où s'échappait encore la salive. Le gonflement de la glande parotide avait en échange beaucoup augmenté; mais il continuait à être indolent, pâteux, et sans changement de couleur à la peau.

Le trente-troisième jour, il survint du gonflement le long de la branche horizontale de la mâchoire inférieure et un peu au-dessous, avec douleur et tension à la peau. Ce gonflement était très-distinct de la tuméfaction de la parotide placée au-dessus.

Au moment du pansement de la fracture, il s'échappa dans la bouche quatre grains de grenaille de plomb, que le blessé fit sortir avec la langue; dans la journée, il cracha des matières purulentes et plusieurs autres grains de la même grenaille de plomb.

Le trente-sixième jour, le gonflement de la glande parotide était devenu très-considérable; il s'étendait surtout au haut de la figure, et avait donné lieu à un œdème considérable de la paupière inférieure de l'œil droit. Depuis deux fois vingt-quatre heures, il n'était pas sorti une goutte de salive par le pertuis fistuleux, qui paraissait complétement cicatrisé. Le gonflement était toujours de même nature, c'est-à-dire pâteux, sans changement de couleur à la peau et presque indolent. Craignant que cette tuméfaction de la parotide ne pût avoir des effets fâcheux, je plongeai la pointe d'un bistouri à l'endroit où la petite ouverture avait existé pour provoquer l'issue de la salive au-dessous; à la suite de cette piqûre, il ne sortit dans la journée qu'une très-petite quantité de cette humeur.

Le lendemain, trente-septième jour de la blessure, cet écoulement avait tari; les jours suivants, il en sortit à peine quelques gouttes à deux ou trois reprises pendant l'acte de la mastication.

Du trente-huitième au quarante-deuxième jour, un abcès se forma le long de la branche horizontale de la mâchoire inférieure du côté de la fracture. Je fis une large incision en cet endroit, d'où il sortit une quantité assez abondante de pus épais.

Le lendemain, au moment du pansement, il s'échappa par l'ouverture de l'abcès un grain de grenaille de plomb, lequel fut suivi de plusieurs autres pendant la journée. La fracture de la mâchoire était à cette époque parfaitement consolidée.

Le gonflement de la glande parotide avait considérablement diminué; l'œdème de la paupière inférieure avait complétement disparu.

Les jours qui suivirent amenèrent une réduction progressive du volume de la glande salivaire. Il continua à s'échapper des grains de grenaille par l'incision faite sous la mâchoire: jusqu'au cinquante-deuxième jour, il en sortit ainsi successivement une centaine. L'écoulement de salive au-dessus n'a pas reparu depuis le quarante-septième jour; dans les derniers temps, le pertuis fistuleux a donné issue plutôt à un liquide purulent, qui sortait par petites gouttes, qu'à de la salive véritable. La formation d'un nouvel abcès à côté de celui qui avait été ouvert, suivie de l'issue d'une petite esquille, est venue retarder la complète guérison du blessé, qui n'est sorti de l'hôpital que le 28 novembre, quatre-vingts jours après sa blessure.

Au moment de sa sortie, le gonflement de la glande parotide n'était pas entièrement dissipé; il y avait encore à sa partie inférieure, près de l'angle de la mâchoire inférieure, un peu de tuméfaction pâteuse et indolente, dont chaque jour amenait la diminution.

Réflexions. — Il y a tout lieu de penser que dans l'observation qui vient d'être rapportée, le canal de Sténon a été déchiré et complétement divisé près de l'endroit où il s'ouvre dans la bouche, après avoir dépassé le bord antérieur du muscle masséter, par l'effet du coup de pistolet qui a traversé la joue de part en part, et que la fistule salivaire qui en est résultée, a dû sa guérison à l'oblitération complète de la portion de ce canal attenant encore à la parotide. La réunion des deux bouts de ce conduit divisé par le coup de feu, ne saurait être raisonnablement admise dans une plaie aussi irrégulière que celle qui existait à la joue; la réunion des bords de la division du conduit salivaire par un affrontement capable d'en rétablir la continuité et la perméabilité au liquide qui le traverse, dans l'état normal, ne peut être envisagée comme possible.

C'est au moment où l'écoulement de la salive a commencé à avoir lieu au dehors, que la large ouverture faite à la joue s'est fermée par la cicatrisation presque complète de la plaie, dont il ne restait plus que le pertuis par lequel cette humeur s'échappait; de sorte qu'on est fondé à admettre que c'est cette occlusion de la plaie de la joue qui a empêché la portion externe du canal parotidien divisé de verser dans la bouche la salive à laquelle il donne passage. — La preuve que plus tard cette même portion du canal de Sténon, alors perméable, s'est oblitérée entièrement, se trouve dans la tuméfaction qui est survenue à la glande parotide, au moment où l'humeur qui y était sécrétée a cessé de trouver une issue, tant dans la bouche qu'au dehors.

On a vu ci-dessus que la tuméfaction de cette glande n'a eu aucun effet fâcheux, et qu'elle n'a été que momentanée et pour ainsi dire indolente. Elle a diminué progressivement; au moment où le blessé a quitté l'hôpital, elle était réduite à peu de chose et en voie d'entière disparition.

Un pareil résultat n'est-il pas propre à diminuer les craintes exagérées qu'on se fait de l'oblitération du canal de Sténon, et à donner de l'autorité au procédé de ligature de ce conduit comme moyen de guérison contre les fistules salivaires résultant de sa lésion, lorsque ces fistules résistent à l'emploi des autres procédés de thérapeutique chirurgicale?

L'histoire de la chirurgie nous fait connaître que, à la fin du siècle passé, un chirurgien du Nord, Viborg, avait proposé la ligature du conduit parotidien en dehors de l'ouverture fistuleuse, comme le moyen par excellence, et le seul infaillible, de guérir les fistules salivaires de ce genre. Viborg s'appuyait sur de nombreuses expériences faites sur les animaux vivants, chez lesquels il avait lié le conduit de Sténon sans qu'aucun accident grave se fût manifesté, et il prétendait s'être assuré que par ce procédé on obtenait de la manière la plus certaine l'atrophie de la glande parotide. En conséquence, dans le cas de fistule du canal parotidien, il conseillait de le lier en dehors de l'ouverture fistuleuse; il voulait qu'on mît le canal à découvert en cet endroit, et qu'on passât au-dessous une aiguille armée d'un lien propre à l'étreindre. La ligature faite, il conseillait de réunir la plaie d'une manière immédiate.

Je ne sache pas que le procédé de Viborg ait jamais été mis en pratique sur l'homme. Callisen, professeur de chirurgie à Copenhague et compatriote de Viborg, admet que la ligature du canal de Sténon peut être tentée dans les fistules salivaires de ce conduit, lorsque tous les autres moyens de guérison ont été employés infructueusement. Zang, chirurgien de Vienne, l'aurait aussi fortement recommandée dans les mêmes circonstances, au rapport de W. Sprengel.

De nos jours, M. Velpeau a fait revivre ce procédé de Viborg, qu'il préfère à la compression de la carotide pour obtenir l'atrophie de cette glande, et dont il a décrit le mode opératoire. Toutefois, cet habile chirurgien ne paraît pas avoir jamais lié lui-même le conduit parotidien, et il ne cite aucun cas où sa ligature ait été faite chez l'homme.

Si je ne me trompe, l'observation de plaie d'arme à feu à la joue dont j'ai tracé l'histoire dans cette note, tend à établir que l'oblitération du canal de Sténon peut avoir lieu, chez l'homme, pour la guérison de la fistule provenant de sa lésion, et que, par conséquent, sa ligature peut être tentée sans exposer aux dangers qu'on pourrait redouter d'une pareille opération.

(1) Cette observation a été lue à la Société médicale de Neufchâtel.

DE LA CONSTIPATION PROLONGÉE.

Par M. Teissier.

Ce n'est pas seulement dans la rareté des évacuations que consiste la constipation, mais bien dans la rétention, l'endurcissement et le dessèchement des matières alvines dans l'intestin.

Sans parler de la constipation, suite de lésions organiques de l'intestin, laquelle rentre dans le domaine de la chirurgie, on peut établir plusieurs variétés de constipation fondées sur les causes qui la produisent. Ainsi la constipation peut dépendre:

1° D'une altération de la sécrétion muqueuse, telle que diminution de l'exhalation intestinale, ou modification dans la composition même du mucus, etc.;

2° D'un trouble des fonctions du foie, qui ne verse pas dans l'intestin une suffisante quantité de bile;

3° De l'inertie de la contractilité intestinale;

4° D'un état spasmodique de la tunique musculeuse des intestins.

La plus fréquente des causes de constipation réside dans la paresse et l'inertie des fibres musculaires de l'intestin. Cette variété se combine souvent avec celles qui résultent d'un trouble dans les sécrétions digestives. Elle s'observe d'ordinaire chez les vieillards, chez les gens adonnés aux travaux de cabinet, chez ceux qui mènent une vie sédentaire oisive et qui abusent du repos au lit.

Les personnes constipées éprouvent ordinairement une foule de malaises, des feux et des bouffées de chaleur au visage et dans les autres parties de la tête, des rougeurs aux yeux, des pesanteurs de tête, des vertiges, des éblouissements, et même des étourdissements; elles ont le ventre développé, sensible, tendu et météorisé; elles éprouvent du dégoût, de l'inappétence, quelquefois même de la fièvre.

Pour peu que ces malaises se prolongent, les malades finissent par devenir tristes, mélancoliques, ennuyés et ennuyeux. Ces symptômes peuvent bien tenir en partie à la maladie qui occasionne la constipation, comme la dyspepsie, par exemple, la gastralgie, etc.; mais la constipation seule peut les produire chez les personnes qui n'ont aucune de ces maladies. Quelquefois, il s'amasse dans le rectum et dans la partie inférieure du côlon une grande quantité d'excréments qui y acquièrent une dureté extrême. Alors on voit survenir de violentes douleurs dans le bas-ventre, des vomissements, de la fièvre, et tous les symptômes de l'étranglement.

Le traitement de la constipation devra être basé sur les distinctions étiologiques qui ont été établies plus haut.

Aux constipations par altération de la sécrétion muqueuse

conviennent les lavements émollients, miellés ou huileux, les laxatifs légers.

Aux constipations par trouble de la sécrétion biliaire doivent s'adresser les drastiques, la rhubarbe, l'aloès, le calomel, les grains de santé, l'extrait de fiel de bœuf, etc.

Que si l'on a affaire à une constipation habituelle dépendant d'une paresse de l'intestin, on s'abstiendra des médicaments purgatifs et même des lavements chauds, émollients ou laxatifs. Les purgatifs, loin de diminuer la constipation, l'augmentent; ils n'excitent momentanément la sécrétion intestinale que pour la diminuer et même la tarir ensuite; les lavements tièdes et émollients facilitent, il est vrai, momentanément aussi et d'une manière commode, la liberté du ventre, mais ils ont le grave inconvénient d'amollir les tuniques intestinales et de les jeter dans l'atonie.

Pour cette classe de malades, M. Teissier recommande :

1° De chercher à régler par l'*habitude* les fonctions intestinales, et pour cela de se présenter chaque jour à la selle à une heure fixe et de faire de longs efforts pour provoquer la contraction du gros intestin, suivant le précepte de M. Trousseau.

2° Les *lavements d'eau froide*, qui agissent en réveillant la sensibilité et la contractilité des intestins.

3° La *noix vomique*, qu'on administre tous les matins à très-petites doses.

4° Le *thé de Saint-Germain*, dont M. Teissier a trouvé la formule dans Hufeland, et qui lui paraît la plus efficace de toutes les préparations conseillées contre la constipation habituelle.

Fleurs de sureau.	20 grammes.
Semences de fenouil.	5 —
Semences de buis.	5 —
Crème de tartre.	5 —
Feuilles de séné.	25 —

On fait macérer pendant vingt-quatre heures le séné dans l'alcool, et on laisse évaporer sans chaleur. On mêle ensuite ces substances, et on divise en paquets de cinq grammes. Chaque matin le malade boit une tasse d'infusion préparée avec un de ces paquets.

5° Le *café au lait*, recommandé par M. Amédée Latour, mais dont il faudra interdire l'usage aux femmes affectées de névropathie, de chlorose ou de leucorrhée.

6° Le *pain-à-tout*, c'est-à-dire le pain de froment contenant une assez grande quantité de son. Liebig a soutenu avec raison que l'absence du son dans la farine est plutôt nuisible qu'utile à la nutrition; cette opinion est confirmée par l'expérience de tous les jours.

7° La *moutarde blanche* réussit chez les personnes qui n'ont point d'irritation fluxionnaire des intestins.

8° L'*ervalenta* facilite aussi les garde-robes; elle a l'avantage de pouvoir être prise en potage, au lait ou au bouillon.

Pour le traitement de la constipation par éréthisme nerveux des intestins, qu'on rencontre ordinairement chez les femmes hystériques, névropathiques, il n'est pas de meilleur remède que la belladone à doses fractionnées (1 centigramme d'extrait chaque jour sous forme pilulaire). (*Gazette méd. de Lyon.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 janvier 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un mémoire de M. le docteur Herschell (de Paris), sur l'alimentation des enfants nouveau-nés au moyen du lait de vache modifié par un nouveau procédé, ayant pour effet de donner à cette substance les propriétés du lait d'une femme saine et robuste. (Commissaires : M. Chevallier, Bouvier et Blache.)

2° Des rapports sur différentes épidémies, qui ont régné dans les années 1856, 1857 et 1858, par MM. les docteurs Rozier (de Rhodez), Cressant (de Guéret), Bonnefon (de Mauriac) [Cantal], Nicaise (de Châlons-sur-Marne), et Bocamy (de Perpignan). (Commission des épidémies.)

M. le ministre de l'Algérie et des colonies transmet une analyse détaillée de l'eau thermale de Hammam-el-Souan (Algérie). (Commission des eaux minérales.)

— La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur de Lignerolles (de Lignerolles), sur une opération césarienne pratiquée avec succès en 1852, par une méthode nouvelle. (M. Danyau, rapporteur.)

2° Un travail sur les causes et la nature de la maladie de la vigne, par M. Guérin-Menneville. (Commissaires : MM. Huzard, Chatin et Devergie.)

3° M. le docteur Salles-Girons soumet à l'examen de l'Académie un appareil destiné à pulvériser les liquides médicamenteux, et à les rendre respirables dans les maladies de poitrine. Voici la lettre qui accompagne cette communication :

« Monsieur le président,

» Encouragé par la récompense que l'Académie a daigné accorder à mes recherches relatives aux *salles de respiration à l'eau pulvérisée* que j'ai instituées à l'établissement thermal de Pierrefonds, j'ai l'honneur de lui soumettre aujourd'hui un petit appareil, dont le jeu a pour objet de réduire les liquides froids à un état de division telle, qu'ils soient par le fait rendus aussi facilement respirables qu'à l'état de vapeurs.

» L'épreuve clinique de la poussière d'eaux sulfureuses, respirée par des malades, ayant été plus que satisfaisante durant la saison thermale, l'induction permet de penser qu'à domicile, soit avec les mêmes eaux sulfureuses, soit avec des liquides médicamenteux formulés par le médecin, cette inhalation respiratoire aura une efficacité analogue.

» Avec cet appareil, tous les agents thérapeutiques, liquides ou susceptibles de dissolution, peuvent désormais être quasi-naturellement, administrés par les voies respiratoires, utilisant ainsi cette surface muqueuse, la plus vaste, la mieux placée et la mieux douée pour l'absorption et la généralisation des médicaments.

» En travaillant à rendre portatif cet instrument, qui doit permettre aux malades de continuer chez eux une médication utilement commencée dans une station d'eaux minérales, j'ai eu principalement en vue les maladies chroniques de la poitrine; mais j'ai pensé aussi à d'autres maladies, et l'Académie de médecine jugera s'il ne serait pas possible de l'utiliser pour faire respirer les solutions de chlorate de potasse, de soude ou autres dans le traitement du croup et des angines couenneuses dont la discussion occupe ses séances aujourd'hui.

» Il me semble qu'une inspiration continue de ces solutions, qui empêcherait les membranes de se former en couches épaisses, vaudrait mieux que des applications par intervalle, ayant pour but de les dissoudre ou de les détacher quand elles sont formées.

» Dans les cas d'hémoptysie l'appareil peut servir à porter, par la respiration, la solution appropriée de perchlorure de fer, sur les points lésés, comme topique.

» L'appareil peut être de toutes les contenances; celui-ci contient un litre de liquide, et la pulvérisation en dure près de vingt-cinq minutes, autant qu'il faut pour une séance ordinaire. »

(Commissaires : MM. Pâtissier, Poiseuille et Gavarret.)

— M. J. Cloquet présente une brochure de M. Baud intitulée : *Nouvelles recherches sur l'emploi médical des corps gras phosphorés.*

— M. Trousseau dépose sur le bureau la traduction faite par M. Loreau de l'ouvrage de M. le docteur Livingston intitulé : *Exploration dans l'Afrique australe.*

— M. Depaul présente une brochure de M. Gauthier ayant pour titre : *Du rhumatisme de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement;* en second lieu un mémoire manuscrit de M. le docteur Rilliet (de Genève) sur l'iodisme constitutionnel. (Commission déjà nommée pour le mémoire de M. Boinet.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la trachéotomie. La parole est à M. Delafond.

Discussion sur le croup et la trachéotomie.

Croup des animaux. — M. Delafond lit un travail sur l'existence du croup chez les animaux domestiques, et sur les moyens médicaux et chirurgicaux que les vétérinaires emploient pour chercher à en obtenir la guérison. Les animaux sont-ils, aussi bien que les enfants et les adultes, frappés de maladies croupales? Ces épizooties, ces enzooties, ont-elles coïncidé avec certaines épidémies de croup humain? Sont-elles graves et mortelles? Telles sont les questions que M. Delafond se propose d'élucider d'abord avant de s'occuper du traitement médical et chirurgical du croup des diverses espèces domestiques.

Des faits nombreux qu'il rapporte, M. Delafond conclut que le croup règne à l'état épizootique et enzootique sur les animaux domestiques, de même qu'il sévit sous la forme épidémique et endémique sur les enfants, et que, de même que sur ces derniers, il revêt un caractère de gravité bien remarquable et pardonne rarement aux sujets qu'il attaque. Nous devons ajouter, cependant, dit-il, que le croup épizootique et enzootique des animaux, eu égard à tous les faits connus, est infiniment plus rare sur les animaux jeunes et adultes que chez les enfants. Nous devons faire remarquer en outre que, d'après les documents que la médecine humaine et la médecine vétérinaire possèdent, l'existence simultanée du croup humain épidémique et du croup animal épizootique a été notée; mais que de nouvelles observations restent encore à faire sur ce point.

Le croup sporadique, quoique rare aussi sur les animaux domestiques, a été signalé un plus grand nombre de fois que le croup épizootique.

Sous le rapport étiologique, on sait que les jeunes animaux sont plus souvent atteints d'angine croupale que les adultes et surtout les vieux.

Le croup animal a été signalé en Allemagne, en Italie, en Belgique et en France. Dans notre pays, ce sont plus spécialement les animaux qui habitent le Centre, l'Est et l'Ouest, et surtout les pays de montagnes, régions où les changements de température sont brusques et fréquents, qui en sont atteints, notamment au printemps et à l'automne.

Des expériences faites avec divers gaz ou liquides irritants (ammoniaque, oxygène, chlore, sublimé, arsenic, essence de térébenthine, acide sulfurique, etc.) ont fait naître chez les animaux une inflammation croupale, mais d'un type particulier, et différent du type qu'affecte le croup spontané. Ces expériences viendraient donc fortifier l'opinion des médecins qui, regardant le croup comme dû à des causes spécifiques, sont d'avis que les moyens de traitement qu'il réclame doivent être également spécifiques.

M. Delafond pense qu'il doit en être ainsi pour les causes, la nature et le traitement du croup des animaux, et particulièrement à l'égard de celui du porc et des oiseaux de basse-cour. Ce qui est certain, à ses yeux, et important au point de vue du traitement, c'est que le croup sporadique n'est jamais aussi grave chez les animaux que le croup épizootique et enzootique, et que sous ce double rapport le croup des animaux est comparable à celui des enfants.

Un fait considérable, lorsqu'on le rattache au traitement, nous a frappé dans le croup épizootique, continue M. Delafond, parfois aussi, mais plus rarement, dans le croup sporadique du cheval, du bœuf, du porc et des oiseaux de basse-cour : c'est que non-seulement les surfaces des voies pharyngiennes et respiratoires ont, dès le début de la maladie, mais encore et surtout pendant son cours, une tendance remarquable à une sécrétion de produits morbides organisables qui donnent naissance aux pseudo-membranes.

Ce n'est pas seulement dans le croup que ces observations ont été faites sur les animaux, mais également dans l'entérite couenneuse et la péripneumonie contagieuse du gros bétail, maladies dans lesquelles les sécrétions pathologiques ont une grande tendance à fournir des produits morbides fibrino-albumineux et coagulables soit à la surface des synoviales articulaires, des muqueuses des voies respiratoires et digestives, soit même dans les lamelles du tissu cellulaire.

Beaucoup de médecins pensent, avec MM. Bretonneau et Trousseau, que le croup est d'abord une maladie locale, qui se généralise ensuite par sa persistance ou devient infectante. Lorsqu'on voit sur les animaux le croup, soit sporadique, soit et surtout épizootique ou enzootique, se montrer dès son origine non-seulement dans le pharynx, le larynx et les bronches, mais encore sur beaucoup d'autres surfaces de l'organisme, ces faits ne doivent-ils pas avoir une tout autre signification? et n'est-on pas autorisé à se demander si le croup, dans les circonstances dont il s'agit, n'est pas plutôt l'expression d'une maladie spécifique primitivement générale, caractérisée par une grande tendance à l'exsudation morbide de produits fibrino-albumineux organisables sur les parties malades, et plus spécialement encore sur les surfaces des voies respiratoires et digestives? Nous n'émettons pourtant cette opinion qu'avec une sage réserve, attendant pour l'adopter d'une manière définitive de nouvelles observations.

Quoi qu'il en soit, M. Delafond cherche à démontrer que les moyens curatifs généraux et locaux, employés avec succès par les vétérinaires, et auxquels il a recours lui-même, tendent à appuyer cette opinion sur l'origine primitivement générale du croup des animaux.

Quant au mode d'apparition et de développement du croup et à son extension successive, M. Delafond a constaté qu'il est le même chez les animaux que chez l'homme, et ses observations confirment à cet égard l'exactitude des descriptions de MM. Guersant, Bretonneau et Trousseau.

Le croup qui se montre dans le larynx est assez commun chez les grands animaux. Sa marche est rapide. Il envahit rarement le pharynx, mais fréquemment il se propage à la trachée et aux bronches. Celui qui apparaît tout à la fois dans le pharynx, le larynx et les bronches, avec ou sans pneumonite consécutive, est le plus redoutable.

Cette distinction des lieux d'apparition des exsudations croupales, envisagée au point de vue des succès ou des insuccès de la trachéotomie, paraît à M. Delafond de la plus grande importance, et il regrette que MM. Bouvier, Trousseau et Malgaigne n'aient pas assez insisté sur ce point. Enfin, c'est sur cette distinction des formes du croup, de sa généralisation ou de sa localisation et des lieux où il apparaît, qu'il fait reposer les indications du traitement médical ou chirurgical de cette affection.

Voici ce qui constitue principalement le traitement médical. Comme moyens locaux : cautérisations avec l'acide hydrochlorique, le nitrate d'argent ou tout autre cathérétique; insufflations d'alun ou d'un mélange de calomel et de quinquina.

Comme moyens généraux : administration à l'intérieur de sels de soude et des antimoniaux, non point comme purgatifs, mais comme modificateurs et agents liquéfiants du sang; grandes saignées réitérées selon l'indication puisée dans la difficulté de la respiration et de la circulation pulmonaire; révulsifs puissants dans le voisinage du pharynx et de la trachée; enfin, lavements irritants.

Tel est l'ensemble des moyens auxquels les vétérinaires ont recours, soit préalablement à la trachéotomie, soit concurremment avec cette opération. Jamais, dit M. Delafond, nous n'avons vu l'emploi de ces médications puissantes être suivi, chez les animaux, des inconvénients qui ont été signalés par M. Trousseau, chez les enfants, par l'emploi des saignées locales, des vésicatoires, des émétiques, etc. Il a constamment constaté, au contraire, que ces moyens atténuaient la violence du croup et arrêtaient la formation des fausses membranes.

M. Delafond, passant ensuite à la question de la trachéotomie chez les animaux, dont il esquisse rapidement l'historique, examine successivement à quelle période de la maladie les vétérinaires pratiquent cette opération, et les résultats qu'ils ont obtenus jusqu'à présent.

L'expérience, dit-il, nous a appris que la trachéotomie devait être faite sur les grands animaux, non pas pour remédier à l'asphyxie commençante, mais pour la prévenir, ou en d'autres termes, c'est du moment où la dyspnée se manifeste et menace de devenir inquiétante qu'il faut opérer. Nous ne distinguons ni première ni deuxième période du croup au point de vue de l'opportunité et de l'utilité de l'opération; ce que nous considérons comme rigoureusement nécessaire est de prévenir la suffocation et le début ou le commencement de l'asphyxie.

Les vétérinaires pratiquent donc la trachéotomie aussitôt que les moyens de traitement préalables sus-indiqués paraissent incapables d'enrayer la marche du croup, et ayant que les accès de suffocation soient bien manifestes et annoncent l'imminence de l'asphyxie.

La fin du travail de M. Delafond est consacrée à des détails de procédé opératoire qui intéressent spécialement la pratique vétérinaire, et qui trouveront plus opportunément leur place dans d'autres recueils. Nous devons seulement en extraire cette proposition, qui intéresse un des points importants de la discussion, savoir : que la trachéotomie faite sur les grands et les petits animaux en bonne santé, et dans d'autres circonstances que pour le croup, est une opération qui n'est ni grave ni dangereuse dans l'immense majorité des cas. Il résulte du relevé statistique des guérisons obtenues par l'opération de la trachéotomie dans les cas de croup pharyngo-laryngien et laryngo-bronchique des animaux, y compris même les cas de complication de pneumonie, c'est-à-dire les plus graves, que cette opération a procuré de 67 à 68 guérisons sur 100. Pour les cas de trachéotomie préventive, les succès ont été de 76 à 80 pour 100.

Enfin, en ce qui concerne l'application à l'homme de tout ce qui précède, M. Delafond termine en ces termes :

Attendre (pour les enfants) que les fausses membranes soient assez

nombreuses, assez épaisses, assez accumulées dans le larynx et la trachée pour rendre difficile l'acte de la respiration ; que les accès de suffocation soient très-rapprochés et qu'il y ait un commencement d'asphyxie ; que le sang ait subi un commencement d'altération grave ; que l'enfant soit déjà épuisé et par la maladie, qui est si sérieuse en elle-même, et par un commencement d'anhématosie, n'est-ce pas trop longtemps attendre, n'est-ce pas compromettre le succès de l'opération ?

La parole est à M. Barth.

M. BARTH prend la parole pour présenter quelques observations relatives à plusieurs des questions soulevées à l'occasion du tubage. Et d'abord, M. Malgaigne s'est attaqué à l'opportunité même du rapport de M. Trousseau ; mais si le tubage lui-même n'appelait pas d'urgence un rapport, les attaques injustes dont la trachéotomie avait été l'objet devaient hâter les travaux de la commission. La trachéotomie, en effet, avait été calomniée lorsqu'on la rendait responsable de la mortalité croissante du croup, et ces calomnies n'étaient pas regrettables seulement pour leur auteur et pour la dignité de l'Académie, elles étaient très-fâcheuses au point de vue des familles, dans lesquelles elles n'avaient pas tardé à pénétrer. Que de mères qui ont versé des larmes de douleur en croyant avoir contribué à la mort de leur enfant pour avoir consenti à la trachéotomie ! En présence des accusations sans fondement soulevées contre la trachéotomie, il était d'ailleurs naturel que l'intérêt du tubage pâlît, et que cette innovation ne prît qu'un rang secondaire dans le rapport de M. Trousseau.

Je ne m'arrêterai pas à apprécier les diverses divisions que l'on a jugé convenable d'établir dans la marche du croup; sur toutes les questions de ce genre, les opinions peuvent varier sans inconvénient, et je crois que dans ce débat on s'entend parfaitement sur les périodes à admettre au point de vue de la trachéotomie. Je distingue, pour mon compte :

1° La trachéotomie *hâtive*, que les adversaires de cette opération qualifient de *prématurée*, et que je nommerai *opportune ;*

2° La trachéotomie *tardive*, que les praticiens appellent opportune à leur tour, mais à tort, selon moi.

Or il résulte de tous les discours que nous avons entendus, que la trachéotomie hâtive compte beaucoup de succès, et l'autre beaucoup de revers. La première, nous dit-on, réussit parce qu'elle est faite trop tôt. Je répondrai que la seconde échoue parce qu'elle est faite trop tard. Vous dites qu'à l'époque où est faite la trachéotomie hâtive, elle ne devrait jamais l'être, parce que l'on a vu des enfants guérir sans opération après avoir traversé cette période. Mais pourquoi n'en dirait-on pas autant de l'amputation dans les cas de fractures comminutives qui se compliquent de gangrène ? On guérit quelquefois dans ces conditions par les seuls efforts de la nature ; mais cela ne détruit pas le précepte posé par M. Malgaigne lui-même, de ne pas y compter. De pareilles exceptions, en matière de croup comme ailleurs, sont sans doute des événements dont il faut se réjouir ; mais ils ne peuvent porter aucune atteinte à la précision de la science et à la valeur des règles thérapeutiques.

M. Barth relève ensuite un malentendu de la part des adversaires de M. Trousseau, à l'occasion de l'influence qu'exerce sur les résultats de la trachéotomie le traitement antérieur. M. Trousseau entendait uniquement établir un fait sans en déduire une règle de conduite invariable; fait d'ailleurs facile à comprendre, si l'on considère que c'est un traitement débilitant qui est le plus souvent mis en usage. La kélotomie ne donne-t-elle pas aussi ses plus beaux succès lorsque le malade n'a pas été fatigué préalablement par de longs efforts de taxis?

Je n'insisterai pas plus, poursuit M. Barth, sur les autres questions relatives aux conditions de succès de la trachéotomie, et je rappellerai seulement combien est importante, d'une part, la connaissance exacte des complications, et, d'un autre côté, la distinction de deux formes de croup, l'une, plus ou moins locale, qui tue par asphyxie, l'autre, signe d'une intoxication générale, qui entraîne la mort par un véritable empoisonnement.

C'est la question des indications, des conditions dans lesquelles la trachéotomie devient urgente ; c'est cette question qui domine toutes les autres, et je crois que nous sommes à cet égard en possession d'éléments peut-être plus précis qu'on ne croit. Quand la respiration est sifflante à distance, de même que la toux, qui est rauque ou éteinte ainsi que la voix, ce sont là des signes qui indiquent à coup sûr un grand danger, que le larynx soit d'ailleurs déjà envahi par des fausses membranes, ou que sa muqueuse soit seulement gonflée par la phlogose ; il en est de même si le teint est plombé, la peau froide ; ajoutez-y l'anesthésie, si vous voulez ; dans tous ces cas, la trachéotomie me paraît urgente.

L'auscultation de la poitrine, d'un autre côté, peut donner jusqu'à un certain point la mesure de l'imminence du danger et de l'urgence de l'opération.

Ainsi, quand le bruit respiratoire s'éteint ou s'affaiblit dans une partie seulement des poumons, il est infiniment probable que les ramifications bronchiques contiennent des fausses membranes, et dans ce cas il faudra s'abstenir. Lorsque, au contraire, l'affaiblissement de la respiration porte également sur toute l'étendue des poumons, l'obstacle siége probablement plus haut, et l'opération a plus de chances de réussir.

Quand le bruit respiratoire est aboli, la mort est possible d'un moment à l'autre, et on ne devra pas tarder une minute à opérer.

Je connais, pour mon compte, beaucoup de cas dans lesquels il a été possible de mesurer ainsi l'urgence de l'opération ; n'y a-t-il pas dans ces indications une précision suffisante ? sont-elles plus obscures ou plus élastiques que celles d'après lesquelles on se décide à faire une amputation ?

Je me résume : la trachéotomie a été calomniée ; on lui a attribué des méfaits dont elle n'est pas coupable, et je répète, avec tant d'autres, qu'elle a été une des découvertes les plus utiles à l'humanité. Quant au tubage, nous ne pouvons rien en dire. C'est un fait qui est encore à l'étude, et à l'égard duquel il est impossible de voter des conclusions formelles. Bien qu'elle puisse trouver quelques éléments de jugement dans le rapport de M. Trousseau, l'Académie ne peut ni accepter ni rejeter le tubage ; c'est une question d'avenir, et l'Académie ne doit pas compromettre cet avenir.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance

LECTURE.

Léniceps. — M. le docteur A. Mattei lit la note suivante :

Après avoir signalé dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique* les principaux défauts du forceps dont on se sert habituellement, en France surtout, j'y ai apporté moi-même quelques changements. Depuis lors la pratique m'a montré de nouveaux besoins, et si j'ai voulu les satisfaire, il m'a fallu laisser le forceps et le remplacer par l'instrument que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à l'Académie. Soit pour distinguer ce dernier de mon premier forceps, soit pour répondre aux idées nouvelles qu'il représente, je propose de nommer cet instrument le léniceps.

Le mot *forceps*, avant d'indiquer l'instrument obstétrical qu'il désigne, a été employé dans la langue latine pour désigner une pince ordinaire, et il tire très-probablement son étymologie de *fortiter capiens* (qui saisit avec force). En remplaçant le premier mot par *leniter* (avec douceur), on a un léniceps ou un instrument qui saisit avec ménagement. Le nom, comme on va voir, répond à la chose.

La figure 1 représente l'instrument appliqué ; la figure 2, le même instrument désarticulé ; la figure 3, le forceps ordinaire et son application.

Avantages du léniceps. — Mon instrument est applicable à tous les cas dans lesquels on emploie les divers forceps. Je l'ai appliqué avec un égal succès sur le détroit inférieur, dans l'excavation sur le détroit supérieur, et même avec des vices de conformation du bassin qui permettaient à peine le passage d'un enfant vivant : mais le léniceps a pour la mère, pour l'enfant, et pour l'opérateur lui-même, des avantages que nul autre instrument n'a pu réaliser jusqu'ici.

1° Ce qui fait que la femme repousse souvent l'application du forceps, c'est la vue d'un instrument énorme comme est le forceps ordinaire ; c'est la pensée qu'elle va subir une grande opération ; ce sont, enfin, les préparatifs qu'on fait pour la mettre sur le bord du lit, à l'aide de trois ou quatre personnes.

Le léniceps, au contraire, à moins que la tête ne soit au-dessus du détroit supérieur, peut être appliqué sans déranger la femme de son lit, et à la rigueur sans lui rien dire et sans la découvrir complétement. Avec un peu d'adresse, on peut même commencer et finir l'opération sans qu'elle se doute qu'on l'aide avec un instrument plutôt qu'avec les doigts explorateurs.

2° Les cuillers du léniceps n'ayant que 5 centimètres dans leur plus grande largeur, on peut appliquer l'instrument avec une dilatation moindre du col utérin que s'il s'agissait du forceps, et, par conséquent, agir plus promptement lorsqu'il le faut.

3° Dans l'application du forceps, les cuillers, par leur écartement, dilatent fortement les parties avant le passage de la tête, et exposent à des tiraillements douloureux ou à des déchirures. Avec mon instrument, au contraire, les cuillers étant adaptées à la rondeur de la tête, c'est celle-ci qui opère la dilatation.

4° Le forceps ne peut pas saisir sans comprimer, et cette compression est en raison directe des tractions (v. fig. 3). Une pareille compression est nuisible à l'enfant, et si les cuillers de l'instrument sont placées ailleurs que sur les deux tempes, elles tendent à imprimer à la tête des mouvements qui peuvent être contraires à la rotation naturelle, ou nuisibles à l'engagement et à la progression. Le léniceps, au contraire, avec ses branches immobiles, pousse la tête d'arrière en avant, ne contrarie pas les rotations spontanées, et si, comme je le fais, on opère les tractions pendant la contraction utérine, cet instrument agit comme la contraction elle même et devient son puissant auxiliaire. Pour rendre la pression sur la tête encore plus douce, on pourrait revêtir les cuillers d'une enveloppe en caoutchouc, en peau ou en toute autre substance moelleuse.

5° Sans être plus cher que le forceps, mon instrument est beaucoup plus commode, car, désarticulé, il peut être placé dans les poches d'un habit.

6° Très-simple dans son mécanisme, il peut être monté et appliqué sans avoir besoin d'aide.

7° A la faveur du manche transversal, l'introduction des branches de cet instrument est facile, on n'a pas besoin de se conformer aussi strictement au précepte de placer toujours les cuillers sur les parties latérales de la tête ; enfin, l'articulation est plus aisée qu'avec le forceps.

8° Le léniceps, une fois introduit, par le cran auquel il s'articule, indique, à un demi-centimètre près, quelle est l'étendue du diamètre saisi, ce qui n'est guère possible avec le forceps.

9° Le manche de mon instrument étant transversal, la traction est plus aisée et plus efficace qu'avec le forceps. Avec ce dernier, une partie de la force de traction est perdue en compression, on agit loin de la tête et près de l'axe de l'instrument, tout autant de conditions défavorables, ce qui est le contraire pour le léniceps. Les deux mains sont indispensables pour la traction du forceps, tandis qu'une seule suffit le plus souvent pour mon instrument. L'autre main est utilisée à faire la contre-extension ou à d'autres usages.

10° Lorsque la tête n'a plus que les parties molles du périnée et de la vulve à franchir, et qu'il faut modérer sa progression pour éviter les déchirures, mon instrument l'arrête plus efficacement que le forceps.

11° Chaque branche de cet instrument peut servir de levier ; enfin, son manche peut porter des crochets, des perforateurs, ou autres instruments nécessaires aux accouchements et aux maladies de l'utérus.

Application. — Lorsque l'accouchement est à terme, et qu'il y a présentation du sommet de la tête, si, trois heures environ après la rupture de la poche des eaux, les contractions utérines n'ont pas suffi à expulser l'enfant, il faut venir en aide avec le léniceps.

L'indication reconnue, il n'est pas nécessaire de dire à la femme ce qu'on va lui faire. On chauffe l'instrument dans la main, les mucosités vaginales suffisent le plus souvent à l'enduire, et lorsque la douleur commence, on procède à l'introduction. On se place à droite de la femme pour la branche gauche, *et vice versa*.

Si le manche de la première branche introduite gêne pour passer la seconde, on l'ôte pour le remettre après. On pousse les branches aussi haut que possible avant de les articuler ensemble, et plus l'articulation est faite, mieux l'instrument est placé. Le volume de la tête indique aussitôt le cran auquel il faut arrêter l'articulation.

Lorsque la femme n'est pas avertie de l'opération, on exécute toutes ces manœuvres pendant la douleur de la contraction ; dans le cas contraire, il faut les faire lorsque la douleur est passée ; mais la traction doit être opérée, dans tous les cas, pendant la contraction utérine seulement. Cette traction doit être graduelle et sans violence ; elle est un aide des contractions naturelles, et c'est tout dire. Si le bassin n'est pas assez élevé pour qu'on fasse la traction en portant le manche de l'instrument en arrière, on soulève alors le siége par le moyen de draps pliés en plusieurs doubles, ou on place la femme sur le bord du lit. La rotation est faite avec la traction ; enfin, on retient la tête dès qu'elle arrive à la vulve, pour laisser aux parties le temps de se dilater. On la tire alors en haut au-devant de la symphyse pubienne, plutôt qu'on ne la tire en bas et en avant, ou qu'on ne fait le dégagement comme on le prescrit.

Pour me résumer, cet instrument étant moins effrayant pour la mère, moins violent pour l'enfant, et étant appliqué avec beaucoup de douceur, me paraît vraiment mériter le nom de Léniceps. *Leniter capiens.* (Commissaire : M. Depaul.)

— La séance est levée à 5 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Pétrides, né à Thessalonique (Macédoine) ; *Du traitement du choléra.*

Guigon, né à Saint-Jean-le-Centenier (Ardèche) ; *Essai sur la leucorrhée.*

Jourdan, né à Moris (Var) ; *Relation médicale de la campagne du vaisseau mixte* LE WAGRAM, *pendant la guerre d'Orient, en* 1855-1856.

Normand-Dufié, né à Saint-Jean d'Angély (Charente-Inférieure) ; *Essai sur l'anesthésie provoquée appliquée aux opérations chirurgicales et aux accouchements.*

Martin, né à Montpellier (Hérault) ; *Essai sur les méthodes thérapeutiques (naturelles, analytiques, empiriques).*

Collin, né à Orgon (Bouches-du-Rhône) ; *Essai pratique sur la blennorrhagie et le chancre.*

Campan, né à Avignon (Vaucluse) ; *Essai sur l'amylène, considéré comme agent anesthésique dans la pratique chirurgicale.*

Germain-Bonne, né à la Motte-d'Aveillans (Isère) ; *De la curabilité de la phthisie pulmonaire tuberculeuse et de son traitement préventif ou prophylactique.*

Aubin, né à Bayonnet (Var) ; *Du traitement des fractures, surtout compliquées, par l'appareil amovo-inamovible* (méthode Seutin).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 30 décembre 1858, M. Petit, second médecin en chef de la marine à l'Ile de la Réunion, a été promu au grade de premier médecin en chef dans cette colonie.

— Le mercredi 9 février, un concours pour une place de pharmacien en chef sera ouvert à l'administration de l'Assistance publique. Le registre d'inscriptions sera fermé le 24 janvier 1859.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris tiendra dorénavant ses séances dans le nouvel amphithéâtre de l'assistance publique, avenue Victoria.

— M. Adolphe Richard reprendra lundi prochain, à sept heures du soir, son cours de chirurgie pratique et thérapeutique chirurgicale, à l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

A NOS ABONNÉS.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année qui vient de finir ou des années antérieures, sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de ces numéros est de 10 centimes.

A ceux de nos confrères qui n'ont commencé leur abonnement que dans le courant de 1858, nous pourrons fournir les mois qui leur manquent à raison de UN FRANC par mois.

Ceux qui désirent faire relier leur collection de l'année peuvent envoyer leurs numéros au bureau. Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

Conformément à notre usage, nous continuons l'envoi du journal à ceux de nos confrères dont l'abonnement est expiré, et quoiqu'ils n'aient pas encore envoyé leur renouvellement. Ceux qui ne voudraient pas continuer leur souscription sont priés de nous en donner avis, ou tout au moins de rendre au facteur les numéros en inscrivant sur la bande le mot : REFUSÉ.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Traité complet de l'hypochondrie, par M. BRACHET, professeur de pathologie générale, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. 1 volume in-8° de 739 pages. Prix : 3 fr. 50 cent. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine de Paris. Chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 6. — SAMEDI 15 JANVIER 1859 (32e ANNÉE.) N° 6. — SAMEDI 15 JANVIER 1859

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Tuberculisation généralisée avec adhérence totale du cœur.

S'il était encore nécessaire d'invoquer de nouveaux arguments pour démontrer la nécessité de rattacher le développement du tubercule à une maladie constitutionnelle, diathésique, et non point à l'effet d'un travail inflammatoire local, comme quelques pathologistes persistent encore à le croire et à l'enseigner, le fait suivant, recueilli à l'hôpital Beaujon par M. Sigismond Jaccoud, interne des hôpitaux de Paris, suffirait pour cette démonstration, car il est à lui seul un des meilleurs arguments en faveur de ce point de doctrine pathologique.

Voici, d'après un extrait des *Bulletins de la Société anatomique* que nous avons sous les yeux, les principaux détails de ce fait, qui offre d'ailleurs, comme on va le voir, de l'intérêt sous plusieurs points de vue.

Un jeune homme de dix-sept ans entre à l'hôpital Beaujon le 7 janvier 1858, dans le service de M. Barth. Ce malade, d'une constitution chétive, est pâle et amaigri; il se plaint d'un gonflement du genou droit, qui, depuis quelques jours, l'empêche de marcher. Le membre est dans l'extension; la flexion en est presque complétement impossible. On constate une tuméfaction assez considérable localisée principalement à la partie interne de l'articulation, en un point qui répond au condyle interne du tibia; il n'y a point d'épanchement, point de rougeur, de chaleur ni de douleur à la pression. Le malade a, depuis plusieurs années, des hémoptysies, des sueurs nocturnes, une diarrhée survenant fréquemment sans cause occasionnelle, un affaiblissement progressif. A l'auscultation de la poitrine, on entend un souffle peu intense aux deux sommets, et de gros râles muqueux dans tout le reste de l'étendue des poumons. On constate de plus une tuméfaction des ganglions abdominaux, occupant spécialement ceux qui siégent au-dessus des arcades de Fallope; les ganglions inguinaux, tant superficiels que profonds, sont eux-mêmes tuméfiés; les pieds et les jambes des deux côtés sont œdémateux.

Rien ne faisant soupçonner une affection du cœur, cet organe ne fut pas examiné; mais en présence de ces manifestations variées de la diathèse tuberculeuse, M. Barth s'informa auprès du malade s'il avait antérieurement éprouvé quelques accidents du côté du cerveau; les réponses furent nettement et complétement négatives. Le diagnostic est donc ainsi formulé : Tuberculisation pulmonaire avec dégénérescence des ganglions abdominaux et pelviens; tuméfaction du genou, développée sous cette même influence.

Sous l'influence d'un traitement approprié (huile de foie de morue, toniques, amers, etc.), l'état du malade fut amélioré au bout de quelque temps; mais le 4 février au soir, il est pris de vomissements réitérés à la suite desquels il tombe dans un état comateux complet, dont aucune excitation ne peut le faire sortir. Sa tête est renversée en arrière, ses yeux fortement convulsés en haut, et il fait entendre à de rares intervalles quelques-uns de ces cris caractéristiques désignés sous le nom d'hydrencéphaliques. M. Barth, tirant de la constitution du malade une contre-indication formelle à toute espèce d'émissions sanguines, prescrit des ventouses sèches aux membres inférieurs, et porte un pronostic funeste. Dans le courant de la journée du 5 surviennent des selles involontaires, et le malade succombe le 6 février, à une heure du matin, sans être sorti du coma.

Voici ce que révèle l'autopsie :

Encéphale. — L'arachnoïde est un peu épaissie. Le liquide sous-arachnoïdien est plus abondant que de coutume. La pie-mère est injectée, et, de plus, le siége de granulations tuberculeuses de la grosseur de grains de semoule. Ces granulations, dispersées sur presque tous les points de la pie-mère, sont plus abondantes dans la scissure de Sylvius, où elles offrent un degré de confluence remarquable. Le cerveau offre une injection très-fine de sa substance corticale.

Poumons. — Les plèvres sont sèches, adhérentes entre elles dans presque toute leur étendue. La plèvre médiastine et le péricarde sont tellement adhérents, qu'il semble y avoir continuité de tissus. Les poumons sont fixés par la plèvre aux parois thoraciques. On y voit, du sommet à la base, une infiltration très-abondante de granulations tuberculeuses, d'autant plus volumineuses qu'on les examine plus près du sommet. A la base, ce ce sont des especes de grains blanchâtres semés à profusion dans l'épaisseur du parenchyme; au centre, ce sont des masses plus volumineuses de forme sphérique ou ovoïde, d'une couleur blanc-jaunâtre, de la consistance du fromage blanc; quelques-unes offrent la transformation crayeuse.

Cœur. — Le péricarde est, comme on vient de le dire, soudé à la plèvre. Le feuillet fibreux et le feuillet séreux pariétal du péricarde sont hypertrophiés et très-adhérents. La cavité a entièrement disparu; à sa place est une substance d'aspect fibreux, rougeâtre, parsemée de granulations très-fines probablement de nature tuberculeuse, adhérente au feuillet pariétal et au feuillet viscéral, qu'elle unit intimement. Il semble, au premier abord, que les fibres du cœur sont hypertrophiées seules, et que le péricarde est réduit au feuillet extérieur signalé plus haut. Mais, par une dissection attentive, on parvient à isoler les feuillets les uns des autres et de la substance déposée dans leur cavité. Cette substance présente à la base du cœur un maximum d'épaisseur qui est d'environ 9 à 10 millimètres.

Abdomen. — Les deux feuillets du péritoine sont adhérents au niveau du foie (face convexe). Les ganglions mésentériques, très-volumineux, sont d'un blanc-grisâtre, de consistance ferme; à la coupe, ils présentent une coque membraniforme mince, et contenant une pulpe grisâtre caséeuse. Les ganglions sont, du reste, également tuméfiés dans toutes les autres régions, à l'aine, aux lombes, en avant de l'aorte, à l'aisselle, où ils forment des chapelets à grains volumineux. Les tuniques intestinales présentent à l'extérieur de larges plaques violacées au niveau desquelles la muqueuse offre des ulcérations à bords mousses et à fond grisâtre parsemé de petits points blancs. Ces plaques siégent au niveau des glandes de Peyer et de la valvule iléo-cœcale.

La rate, de couleur normale, est indurée; son tissu a plus de densité, il est plus ferme, le parenchyme est moins gorgé de sang; les cloisons et les cellules ne sont plus facilement appréciables. Le foie présente à la coupe de petits points blancs très-abondants, à différents degrés de ramollissement, tranchant par leur couleur sur le fond brun de l'organe. On trouve, disséminés dans les deux substances du rein, de petits grains libres analogues à ceux qui se rencontrent dans le parenchyme de la plupart des organes. Rien dans les testicules ni dans le tissu osseux.

Le *genou* présente une granulation tuberculeuse manifeste dans le tissu graisseux qui unit les deux ligaments croisés. Il y a de plus, à la face séreuse de la partie interne de la capsule, quelques plaques peu étendues, mais parsemées de granulations qui sont probablement de même nature que toutes celles signalées plus haut.

— Il est rare de rencontrer des exemples aussi complets de tuberculisation généralisée. A part quelques parties seulement, telles que les glandes testiculaires et les os, les produits morbides ont été rencontrés partout, même dans le tissu graisseux sous-synovial du genou droit, fait qu'on ne trouve signalé dans aucun des auteurs qui ont écrit sur la diathèse tuberculeuse. Mais où ils étaient surtout remarquables par leur étendue et leur abondance, c'est dans le tube intestinal. A partir du duodénum, existaient çà et là des plaques violacées correspondant à autant d'ulcérations de profondeur variable, dont le fond était infiltré de tubercules. Dans quelques points la tunique séreuse seule résistait encore. La valvule iléo-cœcale était complétement détruite.

Mais la lésion la plus remarquable, sans contredit, dans ce cas, est l'adhérence intime et complète du péricarde au cœur par l'intermédiaire d'une fausse membrane, sorte de substance rougeâtre, d'aspect musculaire, parsemée de fines granulations semblables à celles qui existaient en grand nombre sous le feuillet séreux du péricarde. L'existence de cette pseudo-membrane d'union, son organisation et sa vascularisation très-prononcées, l'épaisseur du feuillet fibreux du péricarde, tout indiquait qu'il y avait eu une péricardite antérieure terminée par adhérence, et remontant probablement à une époque éloignée. A quelle époque? C'était impossible à préciser, le malade ne s'étant jamais

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur, professées à l'hôpital des Enfants malades en 1855-56-57, par M. le docteur BOUVIER (1).

Depuis de longues années, depuis plus de trente ans, croyons-nous, M. Bouvier s'occupe d'une manière toute particulière, nous dirions *spéciale*, si ce mot de *spécialité* ne sonnait mal à l'oreille de certaines personnes; M. Bouvier, disons-nous, s'occupe des difformités du corps humain, de leur étiologie et de leur traitement. Pendant les premiers temps on aurait pu croire qu'il n'avait d'autre dessein que celui de faire de cette étude un moyen de fortune. En cela, certes, il eût été fort excusable; mais il n'eût probablement pas conquis dans le monde savant le rang qu'il y occupe aujourd'hui.

M. Bouvier était plus ambitieux. Dès qu'il se vit en position de travailler sérieusement et avec fruit aux progrès de la science et de l'art, il entreprit des recherches du plus haut intérêt sur plusieurs des points encore obscurs de cette partie de la pathologie relative aux difformités du système osseux, et l'on se souvient des Mémoires remarquables qu'il présenta à plusieurs reprises sur ce sujet à l'Institut et à l'Académie de médecine; entre autres ceux qui avaient pour objet *l'étiologie des difformités en général et des déviations de l'épine en particulier*, couronnés par l'Académie des sciences; *les causes et le traitement du pied-bot*, etc. Puis, et en même temps, il entrait comme médecin dans les hôpitaux par la voie du concours, et se montrait dans le service de la Salpêtrière, où il passa plusieurs années, non moins habile praticien qu'anatomo-pathologiste érudit et intelligent.

(1) Un volume in-8° de 530 pages, avec atlas in-folio de 20 planches lithographiées. Chez J. B. Baillière.

Depuis quelques années, et principalement depuis la mémorable discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine à l'occasion de la surdi-mutité, M. Bouvier s'est fait dans la savante Compagnie une place honorable parmi les orateurs qui savent se faire écouter; et, tout récemment encore, nous avons vu l'auditoire qui se pressait dans la salle de la rue des Saints-Pères, applaudir à la vigoureuse argumentation dans laquelle il concourut à la réhabilitation de la trachéotomie, un instant attaquée par l'un des plus redoutables argumentateurs et des plus brillants orateurs du temps présent.

Mais, tout en prouvant qu'il était de force à figurer dans toutes les joûtes où se traitait un point quelconque de la science médicale, M. Bouvier n'avait pas abandonné ses travaux de prédilection. Attaché à l'hôpital des Enfants, où il trouvait mille occasions de poursuivre ses recherches, il professait des leçons théoriques à la fois et cliniques, dans lesquelles il exposait ce que des investigations nombreuses et patientes lui avaient révélé, et il contrôlait au lit du malade, toutes les fois qu'il lui était possible, les assertions qu'il avait émises à l'amphithéâtre.

Pendant trois ans, en 1855, 1856 et 1857, M. Bouvier a continué cet enseignement, quelque peu ingrat, paraissait-il d'abord, parce qu'il s'appliquait à des matières insuffisamment connues dans leurs détails comme dans leur ensemble. Mais peu importait au professeur le peu d'intérêt que l'on semblait y prendre pendant les premiers jours. Il avait la conscience d'un devoir rempli; il voulait mettre en lumière des connaissances trop peu répandues, combattre, les preuves en main et d'une façon victorieuse, des erreurs depuis longtemps accréditées. Il persista, et le succès lui donna raison.

Ce sont les leçons cliniques professées pendant ces trois années, recueillies sous les yeux du maître par des élèves intelligents et dévoués, déjà docteurs eux-mêmes, et enfin corrigées et revues par M. Bouvier, qui composent le volume que nous avons sous les yeux. La suite de ces leçons forme actuellement une sorte de *Traité pratique* complet sur les difformités principales des systèmes osseux et musculaire.

L'auteur eût désiré, nous dit-il dans son introduction, donner un autre ordre à ses matériaux; mais, par respect pour la fidélité de la reproduction de ses conférences, il a préféré conserver celui dans lequel les faits avaient été présentés à ses auditeurs. A vrai dire, dans un livre de la nature de celui-ci, peu importe l'ordre dans lequel sont disposés les articles relatifs à telle ou telle lésion. Pourvu qu'en fin de compte le cadre soit complet, que tous les sujets aient eu leur histoire complète, que l'on puisse facilement les retrouver, que fait le rang que chacun d'eux occupe dans le volume?

Il n'en serait certainement pas de même s'il s'agissait d'un traité de botanique ou de chimie, dans lequel les histoires particulières sont tellement liées ensemble par l'analogie ou l'identité des substances que, sans tout renverser, on ne peut introduire un ordre arbitraire et sans fondement. Et encore, peut-être ce désordre pourrait-il être facilement réparé si un tableau méthodique de l'ensemble précédait les détails, que l'on consulterait alors comme on fait d'un dictionnaire alphabétique. Ici, tout au contraire, chaque groupe de lésions peut être, sans aucun inconvénient réel, étudié séparément et indépendamment des autres. Ceci explique pourquoi nous trouvons au commencement du volume *le mal vertébral de Pott*, lésion de la colonne vertébrale, à côté du strabisme, tandis que nous ne trouvons les courbures du rachis que dans la troisième partie. Le jour où M. Bouvier fera un traité didactique, il réparera et modifiera l'ordre suivi dans le volume que nous avons sous les yeux. Mais jusque-là on aurait tort de lui reprocher le moins du monde une succession d'articles à laquelle le hasard des circonstances a peut-être seul présidé.

plaint d'aucun symptôme que l'on pût rapporter à une perturbation des fonctions du cœur.

La nature tuberculeuse de cette péricardite était évidente. Elle eût été déjà mise hors de doute par l'existence de la diathèse tuberculeuse générale, si elle n'avait été démontrée par l'examen direct. En effet, MM. Luys et Luton ont constaté par le microscope la nature tuberculeuse de ces granulations. Bien que ces sortes d'adhérences ne soient pas très-rares, et qu'il en existe même un assez grand nombre d'exemples dans la science, ce fait n'en est pas moins intéressant, d'abord à cause de la liaison manifeste de cette adhérence pathologique avec la diathèse tuberculeuse, qui donne à ce fait son caractère spécial; et en second lieu en ce qu'il démontre que cette lésion peut exister sans qu'il se soit manifesté aucun des nombreux symptômes qui lui ont été rapportés par les auteurs.

Enfin, nous ne devons pas oublier non plus de signaler une dernière circonstance, qui a aussi son intérêt au point de vue clinique ; nous voulons parler de la forme anormale de la méningite qui a mis fin aux jours du malade, en un temps beaucoup plus court que celui qu'assignent les auteurs aux méningites les plus rapidement mortelles.

Tumeur bénigne du sein (tumeur adénoïde), ayant récidivé cinq fois dans la même région sans trouble dans la santé générale.

Mme X..., âgée de cinquante ans, entre à la Maison de santé le 2 novembre 1858, pour se faire enlever une petite tumeur qu'elle porte à la région mammaire droite. Cette femme, forte, d'un embonpoint assez prononcé, présente toutes les apparences d'une santé parfaite ; elle dit en effet n'avoir jamais eu de maladie grave.

C'est pour la cinquième fois qu'elle vient se faire opérer à la Maison de santé : elle y est entrée la première fois en mai 1852, pour se faire enlever une tumeur du sein droit. Cette première tumeur, du volume du poing environ, avait commencé à se montrer un an auparavant ; elle n'était pas alors plus grosse qu'une noisette, assez dure, mobile, indolente. Malgré son accroissement de volume, elle était restée tout à fait mobile sur les tissus voisins; la peau avait conservé son apparence et sa couleur normales, le mamelon n'était pas rétracté, le sein lui-même n'était pas déformé, et on ne reconnaissait l'existence de la tumeur que par son volume. Enfin elle n'avait commencé à devenir douloureuse que six mois environ après son apparition.

M. Monod fit l'ablation de cette tumeur au mois de mai 1852 : deux mois après la plaie était presque complétement fermée, et la malade retourna dans son pays ; la cicatrisation était complète trois semaines après.

Au bout de trois ans, cette femme remarqua à la partie inférieure du sein, assez loin de la cicatrice, une petite tumeur qui, comme la première, n'était pas plus grosse alors qu'une noisette, et nullement douloureuse. Quelque temps après elle reconnut l'existence d'une seconde tumeur à peu près de même volume, à la partie tout à fait externe du même sein, également indépendante de la cicatrice, qui n'arrivait pas jusque-là. Ces deux tumeurs, tout à fait indépendantes l'une de l'autre, grossirent d'abord assez rapidement pendant trois ou quatre mois, sans que la malade y éprouvât aucune douleur; puis un peu plus lentement ensuite, en se comportant absolument comme la première. Comme celle-ci, elles étaient le siége de petits élancements revenant par intervalles, surtout lors des changements atmosphériques.

Quand la malade se décida à subir une nouvelle opération, ces deux tumeurs avaient l'une et l'autre un volume presque égal à celui de la première; elles étaient dures, sans aucune adhérence avec les tissus voisins ni avec la cicatrice ; la peau était restée intacte et mobile.

La malade rentra à la Maison de santé au mois de janvier 1856, et le 20 de ce mois, M. Demarquay lui enleva ces deux tumeurs, et avec elles la cicatrice résultant de la première opération. Pour mettre cette malade à l'abri de toute récidive, MM. Monod et Demarquay furent d'avis d'enlever complétement, non-seulement les deux tumeurs, mais tout ce qui pouvait rester de tissu glandulaire. M. Demarquay disséqua avec le plus grand soin toute la glande mammaire.

Cette fois la malade resta à la Maison de santé pendant trois mois; un abcès développé dans la partie supérieure du sein retarda la guérison. Au bout de ce temps, elle voulut sortir, quoiqu'une assez grande étendue de la plaie ne fût pas encore cicatrisée. La cicatrisation ne se fit pas complétement ; lorsque la plaie se fermait, la cicatrice de l'ancienne ouverture de l'abcès se rouvrait pour donner issue à un peu de pus, et réciproquement.

Une nouvelle tumeur ne tarda pas à se montrer au niveau même de la partie de la plaie incomplétement cicatrisée ; elle grossit assez rapidement, et, au mois de janvier de l'année suivante (1857), elle avait à peu près le volume des précédentes ; nouvelle opération pratiquée le 2 janvier.

Le 18 mars suivant, la cicatrisation est complète.

Trois mois après, nouvelle tumeur développée à côté de la cicatrice. Quatrième opération pratiquée le 18 octobre ; cicatrisation au bout de deux mois.

Enfin, le 2 novembre 1858, la malade rentre à la Maison de santé pour la cinquième fois, avec une nouvelle récidive. A ce moment, on voit, au niveau de la région mammaire droite, une longue cicatrice transversale un peu déprimée à sa partie moyenne, de laquelle partent de haut en bas deux autres cicatrices verticales plus courtes, correspondant aux deux dernières opérations. La peau, un peu froncée, dépasse le niveau de la cicatrice, surtout à sa partie externe ; mais on ne peut reconnaître l'existence du tissu mammaire ni au voisinage ni au niveau de cette cicatrice. La partie moyenne de celle-ci, un peu en dehors des deux cicatrices verticales, repose sur une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon, arrondie, irrégulière, assez ferme, élastique et très-mobile sur les tissus voisins ; la cicatrice ellemême n'y adhère pas ; elle est un peu violacée en ce point. Cette petite tumeur a commencé à se développer vers le mois de mai dernier ; quand la malade l'a remarquée, elle avait le volume d'un gros pois. A partir du moment de son apparition, elle a grossi d'abord très-lentement pendant les deux premiers mois, puis plus rapidement pendant les quatre derniers, à partir du moment où la malade a cessé d'être réglée. Cette petite tumeur, comme les précédentes, fait éprouver de temps à autre, et surtout aux changements de temps, de petites douleurs lancinantes, très-supportables du reste ; mais elle n'est pas douloureuse à la pression.

M. Demarquay enlève cette petite tumeur le 4 novembre 1858. Après une incision transversale sur le tissu de cicatrice qui la recouvre, il dissèque de chaque côté la cicatrice et la peau, dissection assez facile, la tumeur ne leur adhérant que faiblement. Il la sépare ensuite avec la plus grande facilité des autres tissus, auxquels elle n'était unie que par un tissu cellulaire lâche. Cette petite tumeur est parfaitement circonscrite, régulière, ne présentant aucun prolongement, de sorte qu'elle était pour ainsi dire à nu au milieu des tissus voisins, qui en étaient pourtant très-distincts; son tissu, ferme, élastique, un peu friable cependant, est d'une couleur blanche un peu grisâtre, d'apparence homogène, non lobulée.

Le 12 novembre, huit jours après l'opération, la plaie étant en très-bon état, mais encore loin de la cicatrisation complète, la malade a quitté la Maison de santé.

M. Velpeau, qui a examiné la tumeur après son ablation, pense que c'est une tumeur adénoïde, mais il la trouve un peu trop friable pour être de l'adénoïde franc. M. Robin, qui l'a examinée avec soin au microscope, la considère, au contraire, comme étant le type des tumeurs que M. Velpeau décrit sous le nom de tumeurs adénoïdes. Voici, du reste, le texte même de la note que cet habile micrographe a donnée sur la structure intime de cette tumeur :

« L'examen du tissu de cette tumeur y a fait reconnaître une trame de tissu cellulaire peu abondante par rapport à la quantité du tissu de la glande ; les fibres étaient lâchement unies dans les faisceaux et faciles à dissocier. On y trouvait aussi un certain nombre de noyaux fibro-plastiques libres et quelques vaisseaux capillaires peu nombreux. Le tissu glandulaire lui-même était formé de culs-de-sac groupés en acini au nombre de huit ou dix, et parfois plus. Ces culs-de-sac étaient pourvus d'une gaine propre, transparente, mince ; ils étaient larges de 0,005 à 0,008 millimètres; tous étaient tapissés d'une gaine épithéliale que la dilacération arrachait facilement de l'intérieur de la gaine propre. Cet épithélium était, dans la plupart des culs-de-sac, un épithélium nucléaire, à noyaux sans nucléole, ne dépassant pas 0,008 ou 0,009 millimètres de diamètre; ils étaient maintenus réunis les uns aux autres par une petite quantité de matière amorphe grisâtre finement granuleuse. Ce n'est que dans les culs-de-sac les plus volumineux que cette matière amorphe se segmentait autour de chaque noyau comme centre, de manière à donner naissance à de petites cellules polyédriques.

» Quelques-uns des culs-de-sac, vers la périphérie de la tumeur, atteignaient et dépassaient même 0,001 millimètre en largeur.

» Ce grand volume des culs-de-sac, qui est commun dans certaines variétés de tumeurs dites adénoïdes, ne se rencontrait ici que d'une manière exceptionnelle en quelque sorte ; l'épithélium qui les tapissait était exclusivement nucléaire. On trouvait, dans un certain nombre de ces culs-de-sac, une disposition que j'ai déjà signalée dans certaines tumeurs salivaires, que j'ai rencontrée assez fréquemment dans les tumeurs dites adénoïdes à tubes glandulaires volumineux, mais dont je n'ai pas encore publié d'exemple : je veux parler de la réplétion de ces tubes volumineux par des faisceaux longitudinaux de fibres de tissu cellulaire, finement onduleuses et parsemées de noyaux fibro-plastiques libre, avec quelques corps fusiformes. »

Cette observation est intéressante sous plusieurs rapports. La santé générale de cette femme, qui a subi cinq opérations, dont plusieurs très-graves, n'a reçu aucune atteinte. De plus, le produit pathologique enlevé est resté toujours le même. La première tumeur, enlevée par M. Monod, n'a point été analysée ; mais à l'œil elle présentait le même aspect que les autres, c'est-à-dire un caractère bénin. De son côté, M. Demarquay a fait analyser les quatre tumeurs qu'il a enlevées, et chaque fois l'examen, fait par M. Robin, a donné les mêmes résultats, à savoir : que c'était une tumeur bénigne, caractérisée par les éléments signalés plus haut.

Mais dans la première opération faite par ce chirurgien, nous voyons qu'il a pris grand soin d'enlever les deux tumeurs existantes, la cicatrice résultant de la première opération de M. Monod et tout ce qui pouvait rester de la glande mammaire ; et cependant, après une pareille opération, M. Demarquay est encore obligé de pratiquer trois autres opérations pour des tumeurs de même nature.

Il faut, en présence de ce fait, admettre que ces trois dernières tumeurs se sont formées aux dépens de quelques éléments glandulaires, qui auraient échappé à la dissection ; ou, ce qui est plus probable, que ces tumeurs se sont formées de toutes pièces dans la région mammaire.

Le *Traité des affections chroniques de l'appareil locomoteur* commence par l'histoire du mal vertébral de Pott, auquel l'auteur veut qu'on garde ce nom, plutôt que de le désigner sous ceux, plus précis, mais trop absolus et trop exclusifs, de *carie*, *ostéite*, *arthrite* vertébrales, *tubercules* vertébraux, etc. Selon M. Bouvier, chacune de ces dénominations est bonne dans certains cas particuliers ; le mal vertébral n'est pas toujours de même nature ; tantôt c'est une de ces affections, tantôt c'est la réunion de plusieurs d'entre elles ; aussi veut-il qu'on le définisse : « Une affection des ligaments intervertébraux et » du corps des vertèbres qui détruit leur substance dans une étendue » variable, et qui est suivie de la formation d'un nouveau tissu osseux, » véritable cicatrice comblant le vide, unissant les bords de la solution » de continuité produite. »

Ce mal vertébral de Pott peut affecter toutes les parties de la colonne vertébrale séparément, ou plusieurs d'entre elles à la fois; mais il est une région de l'axe spinal dont l'affection présente des particularités telles, que l'on est assez généralement convenu de l'étudier séparément : c'est la région occipito-axoïdienne ; les articulations des deux premières vertèbres entre elles et avec l'occipital offrent des conditions organiques très-différentes de celles du reste du rachis : d'où il résulte que ses maladies diffèrent aussi des autres, tout en présentant cependant avec elles quelques analogies. A cette forme, M. Bouvier veut que l'on conserve un nom dont le sens soit un peu vague ; ainsi celui de tumeur blanche sous-occipitale, ou celui qu'il adopte, mal vertébral supérieur ou sous-occipital, lui paraissent grandement préférables à ceux de *carie* sous-occipitale, *luxation spontanée* sous-occipitale, proposés par divers auteurs.

La première partie se termine par l'histoire des pseudarthroses coxofémorales et du strabisme, dans le traitement duquel nous trouvons une appréciation aussi sage que parfaitement motivée de l'opération qui en 1840 fut l'objet d'un engouement aussi irréfléchi.

Nous trouvons dans la seconde partie le pied-bot et toutes ses variétés, congéniales ou accidentelles, avec l'indication des méthodes thérapeutiques, simplement mécaniques ou chirurgicales et mécaniques à la fois, au moyen desquelles on a essayé d'y remédier, et le plus souvent avec succès, et le rachitisme, cette lésion profonde du système osseux, ce vice de l'ossification caractérisé par le ramollissement, la courbure et la déformation des os.

A propos du traitement de cette dernière affection, nous avons été surpris de voir M. Bouvier, révoquant en doute non pas tout à fait l'action, mais l'efficacité accordée par les pathologistes modernes à l'huile de foie de morue, déclarer que l'on ne possède pas plus aujourd'hui qu'autrefois un spécifique du rachitisme. Pour M. Bouvier, l'emploi de cette huile serait une affaire de mode, et pas autre chose. Malgré toute notre confiance dans la science et la longue expérience de M. Bouvier, c'est là un point sur lequel nous ne saurions être d'accord avec lui; quand un médicament a une grande vogue, et que cette vogue se soutient pendant des années entières, comme il arrive pour l'huile de foie de morue, il faut qu'il y ait plus que de l'engouement; le médicament a certainement des propriétés, peut-être un peu moins qu'on ne lui en attribue, mais, la part de l'exagération faite, il y a nécessairement du vrai dans la croyance universelle.

La troisième partie de l'ouvrage comprend enfin les courbures antéro-postérieures et latérales du rachis, survenant sans érosion du tissu des vertèbres ou des ligaments intervertébraux, et constituant moins une maladie dans le sens ordinaire de ce mot qu'un simple vice de conformation, auquel il est sinon facile, du moins possible de porter remède dans certaines limites, à l'aide de méthodes de traitement empruntées à la mécanique, et dirigées avec prudence et surtout avec patience.

Le livre de M. Bouvier sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur est un de ces ouvrages dont l'utilité et le mérite ne seront contestés par personne. L'auteur a eu pour but de populariser, de vulgariser un peu des connaissances malheureusement encore trop restreintes et renfermées dans le cercle d'un petit nombre d'hommes qui semblent en avoir fait leur chose. M. Bouvier a voulu démontrer que l'étude de ces difformités n'était pas moins que celle des autres maladies chroniques, du domaine de la pathologie envisagée à son point de vue le plus général, et il a réussi. Désormais il ne sera plus permis d'ignorer ce que c'est qu'une déviation de l'épine, et quels peuvent en être les effets au point de vue tant de la physiologie que de la pathologie, et l'on ne verra plus des médecins même instruits ouvrir démesurément les yeux, ou afficher un superbe dédain d'ignorance quand on prononcera devant eux les noms de cyphose, de lordose et de scoliose, qui ne sont à tout prendre ni plus grecs ni plus extraordinaires que ceux de phlébectasie, d'endocardite ou d'hyperesthésie acceptés aujourd'hui par tout le monde. M. Bouvier, nous le répétons, s'est créé un nouveau titre à l'estime du monde savant, et nous pouvons lui prédire un succès.

Ajoutons en terminant qu'un atlas de vingt belles planches, toutes relatives aux déviations de la colonne, rend plus claires encore, par des exemples appréciables à la vue, les descriptions de certaines affections. Nous louons M. Bouvier d'avoir pris de telles dispositions que son atlas, tout en servant de complément au livre, puisse en être séparé, et ne soit nullement indispensable à l'intelligence du texte. Il est bon de penser que la bourse de tous les lecteurs n'est pas également bien garnie.

Dr A. Foucart.

Cette dernière hypothèse semble plus vraisemblable, car les dernières tumeurs étaient au contact de la cicatrice, c'est-à-dire dans le point où la dissection a été la plus minutieuse, et non point à la circonférence de la région occupée par la mamelle. Ce fait vient manifestement témoigner en faveur de la théorie de M. Velpeau sur les tumeurs adénoïdes du sein.

Nouveau cas de chromhidrose (coloration bleue de la peau).

Voici un nouveau cas de chromhidrose dont M. le docteur Maker (de Colmar) a communiqué l'observation à la Société médicale du Haut-Rhin, et qui vient, en ajoutant un nouveau fait aux faits intéressants publiés par M. Le Roy de Méricourt, confirmer les idées émises sur ce sujet par notre savant confrère de Brest.

Marie V..., de Wettolsheim (près Colmar), âgée de dix-neuf ans, blonde, à peau blanche, a toujours été délicate. Elle est réglée depuis l'âge de treize ans, mais la menstruation n'a jamais été bien régulière.

Il y a trois ans, aménorrhée pendant dix-huit mois, hémoptysie pendant quinze jours; les règles ont reparu sous l'influence des ferrugineux.

Au mois de mars dernier, elle remarque que presque toute sa figure prend une teinte bleuâtre très-prononcée, surtout sur les paupières et autour des orbites. Depuis cette époque, cette singulière coloration n'a jamais complétement disparu. Pareille chose lui était arrivée à deux reprises, il y a trois ans, la première fois en été, pendant six ou sept semaines, la seconde fois en hiver, pendant deux ou trois semaines.

Voici les particularités que présente aujourd'hui cette jeune fille (26 septembre 1858) : au premier aspect, sa figure semble porter les traces d'une violente contusion, ou avoir été badigeonnée avec une solution d'indigo.

C'est sur les paupières que la coloration anormale a le plus d'intensité, elle s'étend de là, en se perdant, sur le front, les tempes, jusqu'à la racine des cheveux, sur le nez, et descend sur les joues jusqu'au niveau de la commissure des lèvres, ce qui n'empêche pas de distinguer, comme par transparence, la teinte rosée des joues. Cette couleur ressemble tout à fait à l'indigo, elle est franchement bleue, sans aucun reflet noirâtre.

Un linge blanc, un papier rude, promenés sur la peau, se chargent de la matière colorante, qui est complétement enlevée par un linge imbibé d'huile. La peau, ainsi nettoyée, ne présente aucune altération appréciable, elle reprend sa couleur normale au bout de quelques heures.

A la loupe, on distingue un pointillé bleu-foncé, ressemblant à une poussière très-fine, déposée dans les sillons aréolaires de la peau.

La région sternale, le creux épigastrique et les mains sont également bleuâtres, mais cette nuance anormale y est moins apparente et moins constante qu'à la face.

Les fatigues, la marche, la chaleur, en un mot toutes les causes qui paraissent déterminer une congestion vers la tête, augmentent notablement l'intensité de la coloration; celle-ci est également plus prononcée pendant la journée que le matin.

Cette jeune fille se plaint d'anorexie et de vomissements fréquents, surtout après les repas, qui sont suivis de pesanteur à l'estomac. Elle tousse et crache un peu de sang depuis une huitaine de jours. Parfois la salive présente la même coloration que la figure. Rien de particulier à l'examen de la poitrine. Palpitations fréquentes, souffle cardiaque assez faible au premier temps; souffle dans l'aorte et dans les carotides. Menstruation assez régulière depuis plusieurs mois, mais peu abondante. Il existe depuis longtemps une leucorrhée très-copieuse et très-séreuse, qui fatigue beaucoup la malade. Les extrémités inférieures et les mains sont souvent œdématiées. Le traitement a consisté jusqu'ici en pilules ferrugineuses et en injections vaginales astringentes.

M. Giorgino, pharmacien à Colmar, a analysé cette matière colorante, et y a trouvé du fer, et probablement aussi du chlorure de sodium.

Du papier frotté sur la peau colorée, a été remis à M. Kœberlé, chef des travaux anatomiques de Strasbourg, pour en faire l'examen microscopique. Voici le résultat de cet examen d'après une note remise par M. Kœberlé à M. Maker :

Cette matière colorante, examinée au microscope, est constituée :

1° Par des fibres végétales qui entrent dans la composition du papier, et dont quelques-unes sont colorées en bleu plus ou moins foncé dans une certaine étendue ;

2° Par de l'épithélium pavimenteux de la forme et du volume des cellules épidermiques superficielles résultant de la desquamation de l'épiderme. Les cellules épithéliales mélangées à des globules de graisse incolore, sont généralement plissées et ratatinées avec des traces de noyau; les unes sont complétement incolores ou jaunâtres, tandis que d'autres sont bleuâtres ou d'une coloration bleu-foncé. La substance colorante est tantôt uniformément répartie dans toute la cellule épidermique, tantôt irrégulièrement accumulée dans l'intérieur, mais non sous forme de granulations distinctes comme le pigment. Quelques cellules paraissent vertes ou verdâtres, probablement par suite du mélange de la couleur des granulations jaunâtres avec celle de la matière cyanique.

3° Au milieu des fibres et des cellules épidermiques se trouvent éparses des molécules ou des amas amorphes, allant jusqu'à 1/25e à 1/20e de millimètre, d'une couleur bleue foncée ou azurée, et plus ou moins opaques. Ces corpuscules bleus, ainsi que les fibres et les cellules colorées, se comportent sous le microscope avec les divers réactifs comme ci-dessus.

La matière colorante bleue, d'après ses réactions, est très-analogue, sinon identique avec l'indigo bleu. Comme cette matière est très-insoluble, et que cependant elle imprègne et colore des fibres végétales et des cellules épithéliales, il est probable qu'elle a primitivement été dissoute ou sécrétée à l'état liquide, à l'état soluble, ainsi que l'indigo blanc dans les végétaux, et a été déshydrogénée, comme ce dernier, et transformée ensuite en indigo bleu insoluble sous une influence oxydante.

S'il n'y a pas eu de simulation, la chromhidrose serait un phénomène extrêmement curieux, et consisterait en une sécrétion d'indigo animal, par les glandes sudoripares.

Ces investigations chimiques et microscopiques ajoutent, comme on peut le voir, un grand intérêt à ce nouveau fait.

M. Leroy de Méricourt nous informe en outre qu'il a eu tout dernièrement occasion d'observer encore la coloration partielle à Brest chez une jeune fille de douze ans, réglée depuis trois mois. Ce fait serait le vingt-cinquième de ce genre parvenu à sa connaissance. La multiplication de ces faits montre qu'il y a là un sujet d'étude digne d'une sérieuse attention.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 janvier 1859. — Présidence de M. DEGUISE fils.

A l'occasion du procès-verbal, M. CHASSAIGNAC présente à la Société un jeune homme de vingt ans, qui a été placé dans son service pour une atrésie commençante du larynx. Ce jeune homme, atteint de laryngite sous-muqueuse pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, fut trachéotomisé. Depuis cette époque, qui remonte déjà à dix-huit mois, le malade a été dans la nécessité de garder sans cesse la canule, chaque tentative pour s'en passer amenant des accidents de suffocation immédiate.

M. Chassaignac, ayant eu l'intention d'établir une canule semblable à celle que M. Richet a montrée sur un de ses malades, et qui présente un tube ascendant ou laryngien et un tube descendant, dut recourir à une dilatation préalable du larynx rétréci. Il y procéda par l'emploi de tubes élastiques en caoutchouc vulcanisé. Ces tubes étaient mis en place au moyen de la canule d'un trocart courbe, qui, pénétrant par la fistule, était poussée de bas en haut à l'intérieur de la bouche, et permettait de passer les tubes élastiques, qui pendaient en manière d'anses au debors de la bouche.

En pratiquant l'introduction de ces tubes, on s'aperçut que la partie antérieure du cartilage thyroïde présentait une perte de substance assez considérable, et que la peau, cessant d'être soutenue dans ce point, se trouvait refoulée du côté de la cavité laryngienne pendant les efforts d'inspiration, qui n'étaient jamais plus énergiques qu'au moment où on essayait d'enlever la canule. Il y avait donc un double obstacle au passage de l'air à travers le larynx, puisque, d'une part, il y avait diminution du diamètre de cette cavité, et que, de l'autre, une valve cutanée mobile s'abaissait sur elle quand le malade était privé de sa canule.

Le rétrécissement du larynx fut combattu par la dilatation au moyen des tubes élastiques, et la valvule cutanée fut fendue sur la ligne médiane dans toute sa hauteur.

Le traitement par la dilatation a duré près de trois mois.

Il s'agit maintenant de savoir si le malade pourra supporter l'absence de la canule. Avant de tenter de nouvelles expériences dans ce but, il a dû présenter le malade pour faire constater l'état dans lequel il se trouve.

La canule peut être enlevée pendant quelques instants sans qu'il y ait menace immédiate de suffocation, comme cela avait lieu auparavant. De plus, la formation des sons s'effectue avec assez de netteté et de force pour que le malade puisse appeler très-distinctement la sœur ou l'infirmier d'un bout de la salle à l'autre.

M. CLOQUET. Il semble que le malade qui vient de nous être présenté a bien supporté les canules qui ont été employées dans le but de dilater le larynx. C'est une espèce de tubage que l'on a pratiqué de bas en haut, et qui n'a produit aucun des accidents signalés dans la discussion de l'Académie, bien que les canules aient été appliquées pendant deux mois.

M. HUGUIER. Il y a une grande différence entre le tubage vanté contre le croup et ce qui a été fait dans le cas dont nous nous occupons. Ici ce sont des sondes de gomme élastique, de la grosseur d'une plume, qui ont été employées.

A cause de leur volume, elles ne restent pas toujours en contact avec les mêmes points du larynx; il n'en est pas de même lorsqu'un gros tube remplit la glotte, et alors on comprend facilement les accidents qui ont été observés.

M. VERNEUIL ne veut pas recommencer devant la Société une discussion qui vient d'occuper si longtemps l'Académie de médecine. Mais il ne voudrait pas cependant qu'on confondît dans la même proscription le tubage et le cathétérisme des voies aériennes. On trouve, en effet, des documents très-précieux sur cette question dans le tome II des Œuvres chirurgicales de Desault. Le problème est même posé avec toute la netteté possible.

M. Verneuil s'engage d'ailleurs à communiquer dans la séance suivante l'observation d'un étudiant en médecine qui, atteint il y a quelques mois d'une angine intense avec menace de suffocation, fut instantanément soulagé par l'introduction d'une sonde, qui fut maintenue en place pendant trente-six heures environ.

Ce fait prouve que les chirurgiens ne doivent pas renoncer à introduire et à maintenir certains instruments creux dans les voies aériennes.

M. BOUVIER. Je compléterai la citation de M. Verneuil. Bichat, rédigeant les idées de Desault, fait une distinction entre les cas où l'obstacle à la respiration est hors du larynx et ceux où il résulte de l'inflammation de la muqueuse laryngée. Desault ne conseillait et ne pratiquait l'introduction des sondes que dans les cas de la première espèce. Bichat a d'ailleurs parfaitement démontré que le larynx s'habitue assez facilement au contact de la canule, comme il arrive quand des corps étrangers, accidentellement introduits dans les voies aériennes, y séjournent sans produire les accidents qu'ils avaient d'abord déterminés.

M. VERNEUIL soumet de nouveau à la Société quelques recherches qu'il a faites sur l'uranoplastie.

M. LARREY fait observer que les intéressantes citations de M. Verneuil sur les succès de l'uranoplastie appartiennent, en partie, à des faits assez complexes et différents de ceux auxquels M. Larrey lui-même avait fait allusion, d'après son rapport récent à la Société médicale d'émulation.

Voici, en effet, comment il précise les conditions de l'autoplastie, dans les cas dont il s'est occupé, au sujet du mémoire de M. Baizeau : La perforation de la voûte palatine, soit congénitale, soit accidentelle, doit exister seule et sans complication de bec-de-lièvre ou de gueule-de-loup; cette perforation sera assez large pour n'offrir aucune chance d'oblitération spontanée ou de guérison radicale par d'autres moyens que l'uranoplastie; la cicatrisation doit être confirmée longtemps après l'opération, et les succès, publiés souvent à la hâte, ont besoin d'être reconnus authentiques, et bien distincts les uns des autres, pour ne point représenter un double ou triple emploi dont M. Velpeau signalait les inconvénients dans une autre circonstance.

Or, dans de telles conditions, ajoute M. Larrey, il est probable que le nombre des résultats heureux de l'uranoplastie serait fort restreint, en comprenant même tous les cas bien avérés de la pratique étrangère.

M. VERNEUIL promet un travail complet sur l'uranoplastie. Il désirerait que les membres de la Société voulussent bien communiquer leurs succès et leurs insuccès. Dès à présent, on peut dire qu'il est à peu près aussi difficile de remédier aux petites ouvertures qu'aux grandes.

M. LARREY dit qu'il n'a pratiqué qu'une uranoplastie, et l'opération a complétement échoué après une apparence de succès.

M. LE PRÉSIDENT annonce que dans huit jours la Société se formera en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante de membre titulaire.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Foucher lit une observation de fracture de la mâchoire inférieure. (Commissaires : MM. Boinet, Verneuil et Morel.)

— A propos de la dernière communication de M. Legouest, M. Gillebert d'Hercourt, adresse à la Société une lettre dont voici l'analyse :

M. Legouest se propose, dit M. Guillebert d'Hercourt, de poursuivre par un traitement fonctionnel, c'est-à-dire par des mouvements communiqués à l'article au moyen d'un *appareil particulier*, le complément du succès déjà obtenu.

Mais cet appareil ne maintient pas assez fortement le bassin ; il a donc abandonné l'usage des appareils mécaniques pour opérer la flexion de la cuisse sur le bassin, et a cherché ses moyens d'action dans *la puissance musculaire*.

En gymnastique, on use fréquemment d'un exercice désigné sous le nom de *piaffer*, et dans lequel les cuisses sont successivement fléchies sur le bassin, *immobilisé* par les différentes actions musculaires qui alors s'exercent sur lui. C'est à un exercice de ce genre à peu près qu'il soumet ses malades, aussitôt que la marche peut leur être permise sans danger.

Pour ce faire, il se sert de ces petits chariots à béquilles, connus en orthopédie, et au centre desquels on enferme les malades, dont le bassin est saisi par une ceinture fixée par quatre courroies aux montants du chariot, de manière qu'il ne puisse osciller dans aucun sens. Les béquilles supportent par les épaules une grande partie du poids du corps.

Le trajet que les malades doivent parcourir est couvert de *planchettes* disposées transversalement, dont on augmente graduellement la hauteur, et assez rapprochées pour qu'à chacun de ses mouvements l'un et l'autre membre rencontrent un obstacle. De cette manière, le malade ne peut avancer qu'à la condition d'élever chacun de ses pieds au-dessus des planchettes, et comme le bassin ne peut être porté ni en avant ni en arrière, cette élévation ne peut avoir lieu que par la flexion du membre.

Pour rendre les conditions de succès encore plus certaines, il prescrit aux malades de tenir le corps droit et la tête haute, de porter les regards au loin devant eux, et la pointe du pied toujours en avant. Enfin il fait presser le mouvement de marche par une cadence plus ou moins vive.

COMMUNICATION.

M. GOSSELIN communique deux observations : l'une, de M. Lagout (d'Aigueperse), est un exemple de tumeur pulsative de l'extrémité supérieure du tibia, que la compression n'a pas modifiée, et qui a été guérie par la ligature. L'autre observation a été envoyée à M. Denonvilliers par M. Laloy (de Belleville), qui croit avoir rencontré un cas bien positif de luxation du poignet en arrière. Bien qu'il n'y ait pas eu d'autopsie, la réduction avec bruit et les autres détails donnés par M. Laloy ont fait supposer à MM. Gosselin et Denonvilliers que c'est bien là un cas de luxation du poignet sans fracture.

Anévrysme du tibia gauche. — M. LAGOUT, d'Aigueperse (Puy-de-Dôme), communique sur ce sujet l'observation suivante :

Je fus appelé au mois de janvier 1855 pour donner mes soins à M. Mancel, de Lavernate, habitant Glénut, petit village situé à deux kilomètres d'Aigueperse.

M. Mancel me raconte que depuis deux mois environ il est retenu au lit par une maladie du genou gauche, contre laquelle son médecin ordinaire a employé en vain toutes les pommades et tous les liniments possibles, appliqué des vésicatoires, etc.

En examinant le genou avec soin, je trouve la tubérosité interne du tibia tuméfiée ; la peau qui la recouvre est rouge, luisante, tendue. En

appliquant fortement les doigts sur cette tumeur, on perçoit des pulsations énergiques, expansives, qui caractérisent l'anévrysme.

En maintenant ma main gauche sur la tumeur, je comprimai l'artère crurale de ma main droite. Immédiatement les battements cessèrent dans la tumeur, en même temps qu'elle diminua de volume; la peau reprit sa couleur normale. Le sommet de la tumeur, tout à l'heure si rénitent, devint souple; l'extrémité du doigt put facilement pénétrer dans une cavité oblongue de quatre centimètres de longueur sur deux ou trois de large, et limitée, surtout du côté de la crête du tibia, par une lamelle osseuse de tissu compacte qui restait fixe et suspendue, alors que le reste de la tumeur s'affaissait.

Aussitôt que je lâchais la compression de l'artère fémorale, la tumeur se remplissait de nouveau, mais pas immédiatement comme si la tumeur eût été alimentée par une grosse artère, mais progressivement, et l'on pouvait compter jusqu'à trois et quatre pulsations avant que la tumeur ait repris son degré de turgescence normale.

De plus, les battements n'étaient même pas isochrones à ceux de l'artère poplitée du membre malade, et la différence était très-notable.

Je diagnostiquai donc un anévrysme du tibia.

Mes souvenirs se reportèrent à l'époque où j'étais à l'Hôtel-Dieu, sur un mémoire que m'avait donné le professeur Roux en 1845. Je trouvai dans la seconde observation de Roux un guide précieux pour la conduite que j'avais à suivre.

Le malade attribue la cause de son affection à une circonstance assez bizarre. Un jour qu'il avait fait à pied une assez longue course (plus de 40 kilomètres), avec des bottes justes et par un temps humide, il eut, le soir, à l'hôtel, la plus grande difficulté à quitter ses bottes; malgré les efforts les plus violents, il ne put réussir qu'en se faisant aider par un autre voyageur. Il éprouva à la jambe gauche une douleur dont il s'est toujours ressenti, et qui dans quelques mois l'a mis dans la position où il se trouve aujourd'hui.

Lorsque je vis le malade pour la première fois, ni son médecin ni lui n'avaient fait attention aux battements de la tumeur; il m'a raconté que deux ou trois fois il avait été réveillé subitement dans la nuit par une douleur atroce au genou. Habituellement la douleur était très-supportable, mais il ne pouvait aller que de son lit à son fauteuil.

Il était si facile de comprimer l'artère fémorale, et, lorsque l'artère était comprimée, la tumeur s'affaissait si complétement, que l'on pouvait espérer une guérison par une compression prolongée. M. Fleury (de Clermont) m'envoya le compresseur de Dupuytren. Cet instrument arrêta bien le cours du sang dans l'artère, mais son usage détermina quelques engorgements ganglionnaires douloureux qui en firent rejeter l'emploi. C'est alors que j'eus recours à l'appareil de M. Broca.

Mais, quelque temps que j'aie mis à gêner, diminuer ou enrayer complétement le cours du sang dans l'artère, jamais je n'ai obtenu la moindre modification dans le volume de la tumeur, dans ses battements, dans son développement progressif.

J'en attribuais la cause aux parois de la tumeur, qui offrant une résistance osseuse, ne se prêtaient pas à l'organisation d'un caillot obturateur. J'ai voulu essayer conjointement de la compression de la tumeur. Cette compression était intolérable; de plus, je craignais la perforation de la peau par ces petites lamelles osseuses dont on sentait les bords très-aigus.

La tumeur progressait toujours, j'avais demandé inutilement à la compression tout ce qu'elle pouvait donner. Le malade, de son côté, avait épuisé tous les rebouteurs, les sorciers et les devins; restait la ligature, qui fut proposée par moi, et en consultation avec MM. Fleury (de Clermont), Aguilhon (de Riom), Pancbaud, Suynes et Mancel. Le malade me répondit à cette consultation qu'il attendait que *la Parque vînt trancher le fil de ses jours* (textuel), et qu'il ne voulait pas se faire opérer.

Un mois après, il m'écrit de revenir et qu'il consent à se faire opérer. Il se décide à se faire transporter dans un appartement de l'hôpital d'Aigueperse, et le 26 novembre il est opéré par la ligature de l'artère fémorale.

L'opération, faite par M. Fleury (de Clermont), a été des plus simples; immédiatement après la ligature, les battements cessent dans la tumeur. Une heure après la ligature, hémorrhagie importante provenant de petites artérioles, dont la circulation est forcée depuis la ligature du tronc principal. M. Aguilhon et moi nous faisons trois nouvelles petites ligatures; l'hémorrhagie diminue beaucoup, il suinte encore un peu de sang artériel par l'angle supérieur de la plaie, que l'on comprime au moyen de bourdonnets de charpie; la température du membre se maintient; douleurs insupportables au pied et au mollet. Le soir, le malade souffre moins.

Le 27 novembre, réaction fébrile très-modérée; sommeil de quelques heures dans la matinée; engourdissement du pied et de la jambe. La température est toujours très-bonne; il n'a qu'une boule d'eau chaude à la plante du pied; tout le reste du membre est recouvert par une petite couverture de laine tricotée et très-légère. Le genou n'est douloureux qu'au toucher: il nous donne 38 centimètres de circonférence (il en avait 43 avant l'opération); il y a donc une diminution de 5 centimètres. Point de pulsations artérielles dans aucune partie de la tumeur.

Cette tumeur présente actuellement une singulière conformation. De la crête du tibia partent deux lamelles de tissu compacte de chaque côté en forme de croix. A côté de ces lames, qui paraissent suspendues, on sent le reste de la tumeur molle s'affaissant sous le doigt. L'œdème du pied et de la malléole est toujours le même et n'a pas augmenté. Bonne température du membre.

Le 28 novembre et jours suivants, les suites de l'opération ont été très-régulières. La ligature n'est tombée que fort tard, le trentième jour.

Le malade est retourné à son village au commencement du printemps 1856. Je l'ai toujours revu de temps à autre; il n'y a pas huit jours que je l'ai encore vu. Les pulsations n'ont pas reparu dans la tumeur. La jambe est à demi fléchie et le genou ankylosé. Point de douleurs. Le malade se porte fort bien maintenant; il ne peut pas quitter la chambre. La pression sur le genou est toujours douloureuse; les lamelles osseuses sont toujours saillantes et s'opposent à ce qu'il puisse porter une béquille.

Conclusions.— L'évolution anévrysmale a été complétement enrayée par l'opération de la ligature. Il est certain que si l'opération eût été faite avant que les désordres du tibia eussent été aussi considérables, les fonctions du membre eussent été rétablies.

Quant à l'anatomie pathologique, je la trouve dans Boyer, tirée de Scarpa: *Cas singulier d'anévrysme situé sur la crête du tibia, près du genou.*

Un sac formé aux dépens d'une portion du tibia entièrement détruite; parois de ce sac comparées à la face utérine du placenta. (C'est la sensation la plus exacte que l'on éprouve au toucher de cette tumeur.)

M. Mancel est opéré depuis le 26 novembre 1855. S'il survient quelque récidive, j'en entretiendrai la Société de chirurgie.

Luxation du carpe en arrière sur l'avant-bras. — M. LE Dr LALOY (de Belleville).

La luxation du carpe sur l'avant-bras est un des points de chirurgie qui ont été le plus controversés. Admise par Boyer, cette luxation a été rejetée absolument par Dupuytren, qui la regardait comme impossible en tant que luxation simple non compliquée de fracture; opinion adoptée depuis par M. Velpeau. La fréquence des fractures de l'extrémité inférieure du radius dans les chutes sur la main a dû amener la conviction, à mesure qu'on les a mieux étudiées, que les prétendues luxations du poignet, admises par les chirurgiens du siècle passé, n'étaient autres que des fractures de l'extrémité carpienne des os de l'avant-bras.

Elevé à l'école d'un maître, M. Flaubert père, qui professait sur ce point les mêmes doctrines que Dupuytren et que M. Velpeau, n'en ayant rencontré aucun cas en vingt-cinq ans, soit dans les hôpitaux, soit dans ma pratique, j'étais tout disposé à regarder cette luxation comme impossible. Aussi n'est-ce pas sans étonnement et me tenant en garde, par un minutieux examen, contre toute cause d'erreur, que j'ai eu à constater et à réduire une luxation *complète* et *simple* du carpe sur l'avant-bras, dont je vais rapporter les détails.

Le 18 juillet, vers les cinq heures de l'après-midi, les époux Legrand m'apportent dans mon cabinet leur enfant, garçon de huit ans, qui, en courant à reculons pour enlever un cerf-volant, venait de faire une chute dans une des nombreuses excavations qui existent sur les hauteurs de Belleville. Cette excavation, que je connais, peut avoir 7 ou 8 mètres de profondeur.

Je ne puis obtenir de l'enfant d'autres détails sur la manière dont il était tombé; mais un fait à noter, c'est que, quoiqu'il fût tombé à la renverse en courant à reculons, ce qu'il précisait parfaitement, il portait néanmoins au côté gauche du front et à la pommette correspondante une éraflure de la peau indiquant qu'il avait roulé sur lui-même avant d'arriver au fond de l'excavation. La paupière supérieure de ce côté était même fortement ecchymosée.

A la partie inférieure de l'avant-bras gauche existe une difformité qui, à la première vue, me donne l'idée toute naturelle d'une fracture; mais presque aussitôt, je suis frappé par l'aspect insolite de cette difformité: je ne retrouve pas là ce *coup de hache* si caractéristique de la fracture des deux os de l'avant-bras. L'enfant étant très-maigre et aucun gonflement ne s'étant encore développé, il m'est très-facile de bien juger de l'état des choses, de faire en quelque sorte de l'*ostéologie sur le vivant*, et voici ce que je constate: au lieu de la difformité en *coup de hache*, une superposition très-nettement dessinée des deux plans constitués par l'extrémité des os de l'avant-bras et par le carpe; en arrière, une saillie arrondie, lisse, formant une courbe demi-circulaire, ne présentant aucune aspérité sous le doigt, qui peut la parcourir dans toute son étendue et l'embrasser en quelque sorte, la peau étant très-mince et le système musculaire et tendineux très-peu développé. En avant, une autre saillie, transversale comme la première, reposant sur l'origine des éminences thénar et hypothénar, présentant une concavité transversale dans laquelle pénètre facilement la pulpe du doigt indicateur, et limitée en dedans et en dehors par l'apophyse styloïde du cubitus et par l'épine du radius.

La main est portée dans une pronation modérée, et les doigts sont dans la demi-flexion.

De cet examen attentif résulte pour moi la certitude, sans l'ombre d'un doute, car la chose est aussi évidente que si les os étaient disséqués et mis à nus, il résulte pour moi, dis-je, la certitude que je suis en présence d'une luxation *complète* du carpe sur l'avant-bras. Est-elle *simple* ou compliquée d'une fracture? L'absence de douleur bien vive en imprimant des mouvements, et l'absence aussi d'ecchymose, me font fortement présumer qu'elle est exempte de complications.

J'aurais bien vivement désiré dans cet instant pouvoir m'entourer de quelques confrères pour les faire juger de ce cas si nouveau et si nettement dessiné. J'aurais bien voulu aussi avoir sous la main un mouleur ou du plâtre à mouler; mais l'enfant pleurait, ses parents autant que lui, il fallait donc agir sans retard.

Reste donc à procéder à la réduction: sans penser réussir aussi promptement, je saisis de la main droite l'avant-bras vers son tiers supérieur, et de la gauche les quatre derniers doigts. Exerçant alors une traction modérée en sens contraire, j'obtiens immédiatement la réduction, qui s'accompagne de cette secousse brusque et de ce bruit sourd si caractéristiques.

Toute espèce de difformité a disparu; la main a repris sa rectitude, le poignet ses mouvements de flexion et d'extension; les os de l'avant-bras, examinés minutieusement, ne présentent aucune fracture.

Plus de doute possible, j'avais bien eu affaire à une *luxation complète et simple* du carpe sur les os de l'avant-bras.

J'applique un bandage roulé depuis la naissance des doigts jusqu'au coude, et par-dessus deux attelles légères prolongées sur la main de manière à maintenir immobile l'articulation radio-carpienne, et fixées par un second bandage roulé.

Aucun accident inflammatoire ne vint entraver la guérison, et au bout de dix jours je pus retirer l'appareil, l'enfant ayant conservé intactes toutes les fonctions de la main et de l'avant-bras. Je l'ai revu depuis, et le résultat ne s'est point démenti.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. BAUCHET. J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade dont j'ai déjà parlé. C'est cet homme atteint de gangrène des doigts, survenue à la suite d'une oblitération de l'artère humérale, au niveau du bord inférieur du muscle du grand pectoral, et que j'ai présenté à la Société.

Cet homme, on se le rappelle, éprouvait des douleurs intolérables, qui ne lui laissaient pas un moment de repos. Je l'ai soumis à l'usage des opiacés à doses énormes (et il a même offert des phénomènes d'empoisonnement), des toniques, du quinquina, etc.

Après plusieurs semaines de souffrances, les douleurs se sont calmées. La gangrène a successivement envahi les doigts de la main, mais a respecté le pouce. J'ai détaché les doigts avec des ciseaux, à mesure que la gangrène les avait détruits.

Enfin, le sphacèle s'est limité à un centimètre environ au-dessus des extrémités inférieures des métacarpiens: les parties molles sont tombées, et, il y a un mois environ, j'ai pu cueillir (c'est le mot) les portions de métacarpiens dépouillées de leurs parties molles. — Aujourd'hui la cicatrisation est opérée. Il s'est pourtant établi un foyer de suppuration dans la coulisse fibro-synoviale de la paume de la main; ce foyer est en train de se déterger et de se cicatriser. — Le pouce est resté intact.

L'immobilité prolonge du membre a déterminé une atrophie des muscles de l'avant-bras, du bras et même de l'épaule. Mais les mouvements auxquels se livre le malade, et l'électrisation de ces muscles, ont déjà diminué notablement cette atrophie. On ne sent aucun battement dans l'artère humérale et les artères radiale et cubitale.

Le secrétaire de la Société, Alph. GUÉRIN.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

A PARIS.

Le mercredi 9 février 1859, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, pour la nomination à une place de pharmacien dans un des hôpitaux de Paris.

Les personnes qui voudront être admises à prendre part à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission, depuis le lundi 10 janvier 1859, au lundi 24 du même mois, de une heure à trois heures de relevée.

Le secrétaire général, signé L. DUBOST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, sont institués agrégés près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris et attachés en cette qualité, à dater du 1er janvier 1859, à la section de physique, de chimie et de toxicologie: MM. Riche et Bouis.

— Nous avons indiqué dans notre numéro du 30 décembre dernier quelques-unes des mutations qui ont eu lieu dans les hôpitaux de Paris par suite de la mise à la retraite de MM. Andral et Rayer, et de la création d'une nouvelle place de médecin à la Maison municipale de santé. Nous pouvons mettre aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs le mouvement complet qui a eu lieu dans le service de ces établissements depuis le 1er janvier.

M. J. Pelletan de Kihkelin est passé de l'Hôtel-Dieu à la Charité.

M. Beau, de l'hôpital Cochin à la Charité.

M. Barth, de l'hôpital Beaujon à l'Hôtel-Dieu.

M. Chapotin de Saint-Laurent, de la Salpêtrière à l'hôpital Cochin.

M. Duplay, de l'hospice de Bicêtre à l'hôpital Lariboisière.

M. Lallier, de la direction des nourrices à l'hôpital de Lourcine.

M. Fremy, de l'hospice de Sainte-Périne à la Maison municipale de santé.

M. Léger, de l'hospice des Incurables femmes à l'hospice de Bicêtre.

M. Lasègue, de l'hôpital de Lourcine à l'hospice de la Salpêtrière.

M. Empis, médecin du Bureau central, a été placé à l'hospice des Incurables femmes.

M. Guibout, également du Bureau central, a été placé à l'hospice de Sainte-Périne.

Enfin, M. Bernard, aussi du Bureau central, a été placé à la direction des nourrices.

— La mort de M. Soubeiran a laissé vacante la place de pharmacien en chef à la pharmacie centrale.

M. Grassi, pharmacien en chef à l'Hôtel-Dieu, est désigné pour remplacer M. Soubeiran.

M. Chatin, pharmacien en chef à l'hôpital Beaujon, remplace M. Grassi à l'Hôtel-Dieu.

— Par arrêté du 30 décembre 1858, M. Lemaistre, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, en remplacement de M. Raymondeau, nommé professeur adjoint de pathologie interne à ladite Ecole.

— Un concours sera ouvert le lundi 7 février, à l'Administration de l'assistance publique, pour les prix à décerner aux internes en pharmacie. Le registre d'inscription, ouvert le samedi 8 janvier, sera fermé le samedi 22.

— M. le docteur A. Legrand vient d'être nommé membre correspondant de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne.

— Par arrêté du 6 janvier 1859, M. Guitard, professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dite, et chef de clinique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé officier d'Académie.

— M. le docteur Auzoux commencera son cours d'*anatomie clastique* dimanche 16 janvier, à une heure, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure, dans son amphithéâtre, rue Antoine-Dubois, 2, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 7. — MARDI 18 JANVIER 1859. (32e ANNÉE.) N° 7. — MARDI 18 JANVIER 1859

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 JANVIER 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

« Les fonctions du placenta ont été jusqu'ici le sujet de beaucoup d'hypothèses ; mais on ne sait rien encore de bien positif sur ces fonctions. La croyance la plus généralement répandue est que le placenta doit remplir chez le fœtus un rôle analogue à celui de l'appareil pulmonaire après la naissance. Cette opinion est fondée sans doute sur ce fait qu'au moment de la naissance, lorsque le mammifère passe de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine, les fonctions du placenta cessent, en même temps que celles du poumon commencent, et ont ainsi l'apparence de leur être substituées.

» Le travail que je présente ici étant expérimental, je n'aurai pas à examiner toutes les fonctions plus ou moins probables que l'induction a fait attribuer au placenta. L'objet de ma communication est d'établir anatomiquement et physiologiquement que, parmi ses usages, qui sont sans doute divers et multiples, le placenta est destiné pendant les premiers temps du développement fœtal, à accomplir la fonction glycogénique du foie, avant que celui-ci ait acquis chez le fœtus le développement et la structure qui lui permettent plus tard de fonctionner. ».

Telle est l'exposition du sujet de la communication que M. Claude Bernard a faite à l'Académie sous ce titre : *Sur une nouvelle fonction du placenta*. Nous reproduisons textuellement cette exposition, parce qu'elle dit en peu de mots tout autant qu'un long historique de la question pourrait en apprendre relativement au rôle que les physiologistes ont assigné jusqu'à présent au placenta, et qu'elle énonce avec non moins de précision et de netteté l'objet de ce nouveau travail.

On y voit, en effet, caractériser dans une même phrase, et l'esprit général de la physiologie réduite le plus souvent à l'induction pour la détermination de *la fonction* d'un organe, et les tendances de la nouvelle école du Collége de France, à ne se servir de l'induction que comme d'un guide propre à mettre sur la voie des recherches anatomiques et des expériences physiologiques, capables de conduire à la connaissance précise *des fonctions*, presque toujours multiples, dévolues à chaque organe.

Après avoir indiqué l'objet des nouvelles recherches de M. Cl. Bernard, indiquons la série des faits d'observation et des expériences qui l'ont conduit à cette nouvelle découverte. La connaissance des diverses phases par lesquelles a passé l'étude d'un fait avant d'avoir atteint ce caractère de certitude, ou du moins de grande probabilité qui lui mérite le nom de découverte, n'est pas moins intéressante au point de vue de l'histoire des procédés logiques de l'intelligence, qu'elle ne l'est pour la parfaite notion de ce fait lui-même.

« Déjà, en 1854, dit M. Cl. Bernard, j'avais été amené à reconnaître que la fonction glycogénique du foie ne commence qu'à une période assez avancée de la vie intra-utérine. Dès le début de l'organisation cependant, les tissus du fœtus renferment, comme élément qui semble indispensable à leur développement, soit du sucre, soit de la matière glycogène. D'un autre côté, l'expérience m'avait montré que, chez les mammifères, cette matière glycogène du fœtus ne pouvait pas provenir de la mère, et le fait devenait encore plus indubitable chez les oiseaux, dont le fœtus se développe séparément. Il restait donc à l'origine même de la fonction glycogénique une obscurité de localisation qui dès cette époque m'avait porté à penser que la production glycogénique, qui plus tard est rattachée au foie, devait être dans les premiers temps de la vie intra-utérine, soit diffuse dans divers organes du corps, soit localisée temporairement dans des organes embryonnaires inconnus, qui disparaîtraient lorsque le foie définitif viendrait plus tard à prendre ses fonctions. L'expérience a donné raison à cette dernière supposition. »

M. Cl. Bernard s'est proposé de montrer dans ce mémoire qu'il existe en effet, avant que le foie fœtal puisse exécuter ses fonctions, un véritable organe hépatique placentaire qui produit la matière glycogène. On y voit, en outre, que cette sorte de foie provisoire disparaît plus tard, précisément à l'époque de la vie intra-utérine où le foie définitif accomplit ses fonctions. Mais cette démonstration, ainsi qu'on en va juger, n'était pas aisée à faire.

Pendant plusieurs années M. Cl. Bernard a fait infructueusement des observations multipliées sur des ruminants (des veaux et des moutons) pris à tous les âges de la vie intra-utérine ; il lui fut impossible de trouver jamais aucune partie du placenta de ces animaux qui contînt de la matière glycogène. Malgré ces premiers insuccès si complets, il eut cependant recours par la suite aux placentas des lapins, des cochons d'Inde, etc. Or il trouva qu'il y avait dans le placenta de ces animaux une substance blanchâtre formée par des cellules épithéliales ou glandulaires agglomérées. Il constata, de plus, que ces cellules, comme celles du foie de l'animal adulte, étaient remplies de matière glycogène. Cette masse de cellules glycogéniques lui sembla être située principalement entre la portion maternelle et la portion fœtale du placenta, et, après s'être développée, elle lui a paru s'atrophier à mesure que le fœtus approchait du moment de la naissance. Il avait ainsi reconnu que le placenta des lapins et des cochons d'Inde est formé de deux portions ayant des fonctions distinctes : l'une, vasculaire et permanente jusqu'à la naissance ; l'autre, glandulaire, préparant la matière glycogène et ayant une durée plus restreinte.

Comment concilier les résultats si remarquables des expériences faites sur les placentas des rongeurs avec les résultats négatifs des mêmes expériences sur les placentas des ruminants ? Il y avait là une contradiction embarrassante. Au lieu de se retrancher derrière une de ces exceptions que rien ne justifie pas plus en physiologie qu'en physique, convaincu qu'une disposition aussi importante ne pouvait être absolument étrangère aux ruminants, quand il en avait constaté l'existence chez les rongeurs, M. Cl. Bernard a repris de nouveau ses expériences, et, cette fois le succès a couronné ses efforts. Il est arrivé à constater une disposition particulière que rien n'avait pu faire prévoir ; c'est que chez les ruminants, tandis que la portion vasculaire du placenta, représentée par les cotylédons multiples, accompagne l'allantoïde et s'étale à sa face externe, la portion glandulaire du placenta s'en sépare et se développe sur la face interne de l'amnios. D'où il résulte que si chez les rongeurs et les autres animaux à placenta simple, on trouve les parties vasculaire et glandulaire du placenta mélangées, on voit, au contraire, chez les ruminants, les portions vasculaire et glandulaire de cet organe se développer séparément sur des membranes distinctes, et pouvoir par conséquent être observées chacune isolément dans leur évolution respective.

Grâce à cette disposition anatomique, M. Cl. Bernard a pu démontrer que la portion vasculaire du placenta persiste et s'accroît jusqu'à la naissance, tandis qu'on voit la portion glycogénique attachée à l'amnios grandir dans les premiers temps de la gestation, et atteindre vers le troisième ou le quatrième mois de la vie intra-utérine son summum de développement, puis disparaître peu à peu en passant par des formes variées d'atrophie et de dégénérescence ; de telle sorte qu'à la naissance du mammifère, il n'existera plus de traces de cette portion hépatique temporaire du placenta. Enfin, il faut ajouter, pour achever de caractériser ce fait, que pendant tout le temps que s'accroît et fonctionne le placenta hépatique de l'amnios, on voit le foie du fœtus ne posséder encore ni sa structure ni ses fonctions, et que c'est précisément au moment où le foie est développé, et que ses cellules ayant acquis leur forme définitive, commencent à sécréter la matière glycogène, que l'organe hépatique de l'amnios tend à disparaître.

« On pourra donc désormais, dit M. Cl. Bernard, étudier avec la plus grande facilité sur cette membrane l'histoire anatomique et physiologique d'un organe glandulaire ou épithélial chargé de sécréter dans des cellules spéciales la matière glycogène ou amylacée des animaux. L'étude de cette évolution anatomique, en rattachant la fonction à un élément histologique bien nettement déterminé, aura l'avantage d'écarter toutes les causes d'erreur qui peuvent être liées à l'emploi de réactions chimiques ayant pour objet de faire reconnaître et de localiser une substance sucrée qui circule dans le sang. En un mot, on ne saurait jamais trouver une disposition plus convenable pour étudier le mécanisme de la formation de la matière glycogène animale. »

C'est à la description de cette disposition anatomique et des évolutions que subitcenouvel élément histologique, qu'est consacré le travail dont nous venons d'exposer seulement le but, l'esprit et les principaux résultats. On trouvera dans le compte rendu de la séance les conclusions qui le résument. Quant à ceux de nos lecteurs qui désireraient prendre connaissance des détails anatomiques dont il s'agit, nous les renverrons au mémoire original inséré dans le dernier cahier des *Comptes rendus*.

L'Académie a reçu dans cette séance une lettre de M. Lacaze-Duthiers, relative à la question des générations spontanées. Dans cette lettre, adressée à l'Académie sous le couvert de M. Milne-Edwards, M. Lacaze-Duthiers réclame une part dans la protestation énergique qui a eu lieu dans la précédente séance contre la théorie des générations spontanées. Cette protestation ne lui est pas exclusivement personnelle ; il la fait aussi pour un ami zélé et sincère de la science, enlevé prématurément à la zoologie, qu'il cultivait avec autant d'ardeur que de succès, pour M. Jules Haime. Des expériences inédites de M. Haime, dont M. Lacaze-Duthiers a été témoin, et qu'il rapporte dans sa lettre, ont donné des résultats complétement négatifs. Nous reviendrons sur ces faits s'il y a lieu. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Leçons cliniques sur les inflammations de l'utérus (1).

Phénomènes généraux. — Nous avons déjà dit que la fièvre manque souvent en dehors de l'état puerpéral. Dans les cas où on la rencontre, elle n'est jamais très-forte. Cependant elle est constante dans la métrite aiguë du corps. Les fonctions digestives sont fréquemment troublées ; la soif est assez vive ; les malades éprouvent un dégoût profond pour les aliments. Il y a des nausées, des vomissements, surtout lorsque l'affection siége vers le fond de la matrice. Ce dernier symptôme a toujours une valeur sérieuse, car il doit faire craindre la complication d'une péritonite aiguë.

M. Bennett a beaucoup insisté sur le gonflement et la sensibilité des seins ; je crois que ce symptôme n'existe qu'exceptionnellement.

Du côté du système nerveux, les accidents dépendent de l'idiosyncrasie. Si la femme est nerveuse, on pourra observer des névroses. La métrite parenchymateuse a été quelquefois le point de départ d'attaques d'hystérie.

La *marche* de la métrite aiguë parenchymateuse est en général continue ; sa durée dépasse rarement douze à quinze jours. Après ce temps-là, il faut que des complications soient venues modifier la marche de la maladie, qu'il y ait résolution ou passage à l'état chronique. L'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, les phlegmons des fosses iliaques et l'ovarite, sont les complications que l'on a le plus à craindre. Ces complications modifient singulièrement la marche de la maladie, et aggravent le pronostic.

En dehors de toute complication, la terminaison par résolution est la plus fréquente, surtout lorsque le traitement a été bien dirigé. Vient ensuite le passage à l'état chronique, qui n'est

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 janvier.

pas rare, et, en dernier lieu, la formation du pus et la mort, très-rarement observée dans la métrite aiguë non puerpérale.

Métrite aiguë catarrhale. — Lorsque j'aurai décrit cette deuxième variété, il suffira de joindre ce que je vais en dire à ce que vous savez déjà de la variété précédente, pour avoir l'histoire de leur combinaison. Cette combinaison est fréquente. Généralement, en effet, la muqueuse utérine s'enflamme avant que la métrite parenchymateuse arrive à sa terminaison. Le plus souvent, au contraire, la métrite aiguë catarrhale parcourt ses périodes sans que le tissu utérin soit affecté.

Toutes les causes précédemment énoncées peuvent déterminer l'inflammation aiguë de la muqueuse utérine ; mais la vaginite et la métrite du col provoquent plus particulièrement cette inflammation catarrhale.

Les *symptômes* particuliers doivent être constatés par l'examen au spéculum ; le toucher vaginal est ici tout à fait insuffisant.

Lorsqu'on examine au spéculum un cas de métrite catarrhale, on remarque d'abord une dilatation de l'orifice du col, assez considérable pour permettre quelquefois l'introduction de l'extrémité du doigt. Si l'on cherche à engager une sonde dans cet orifice, elle pénètre facilement ; mais son contact éveille des douleurs telles, que certaines femmes tombent en syncope. Cet accident est regardé par M. Bennett comme un signe absolu de l'inflammation de la muqueuse.

L'écoulement qui se fait par l'orifice vaginal du col est de la plus grande importance. On observe deux variétés de liquide du mucus sanguinolent et du muco-pus.

La première variété ne se rencontre pas toujours, elle correspond au premier degré de l'inflammation aiguë, et a été signalée par Chomel, Valleix, etc.

La seconde variété, ou le muco-pus, ne manque jamais ; ce muco-pus est un liquide visqueux, jaune-verdâtre. Le microscope nous y démontre deux éléments caractéristiques : la cellule de pus et des granules de graisse ; on ne trouve de mucus purulent que lorsqu'il y a des excoriations ou des ulcérations de la membrane muqueuse, ce qui est assez rare dans la métrite aiguë.

L'utérus n'est pas augmenté de volume comme dans la métrite parenchymateuse, à moins qu'il n'y ait une combinaison de deux variétés de métrite.

Les troubles généraux sont nuls dans la métrite catarrhale isolée ; c'est tout au plus si l'on rencontre parfois un léger mouvement fébrile le soir.

La métrite catarrhale est loin d'avoir une terminaison facile ; elle passe à l'état chronique dans les quatre cinquièmes des cas. Lorsque le traitement est négligé et que la période aiguë se prolonge, il n'est pas rare de voir l'inflammation envahir le tissu propre de l'organe.

Métrite aiguë du col. — L'inflammation aiguë du col de la matrice est une affection fréquente ; il est facile d'en résumer les principaux caractères. Le col est gonflé, plus volumineux, plus rouge qu'à l'état sain ; son orifice vaginal est dilaté, sa muqueuse épaissie. On constate aussi sur cette muqueuse un petit nombre de granulations et quelques excoriations superficielles.

Le liquide sécrété varie dans sa nature, suivant que la muqueuse est ou non malade ; dans le premier cas, c'est tout simplement du mucus ; dans le second, du muco-pus, et, s'il y a des ulcérations, du mucus purulent.

Parmi les causes générales que nous avons indiquées, il en est un certain nombre qui produisent plus particulièrement la métrite du col ; telles sont : les premières approches conjugales, les excès de coït chez les femmes qui n'en abusent pas habituellement ; tous les actes mécaniques exercés sur le col, dans les tentatives d'avortement, par exemple ; la vaginite se propageant au col. Souvent, en pareil cas, on traite la vaginite, et elle semble guérir ; mais le col, resté malade, reproduit à son tour l'inflammation vaginale : il est bon d'être prévenu de ce fait.

Je signalerai encore, comme causes spéciales, les cautérisations intempestives ou trop énergiques, soit au fer rouge, soit au nitrate acide de mercure.

Dans les symptômes, nous n'avons pas de phénomènes généraux : tout se passe localement. Le début de la maladie est ordinairement rapide. Le signe capital consiste dans la douleur. Déjà très-vive spontanément, toute action directe, telle que le toucher, l'introduction du spéculum dans le vagin, ou de la sonde dans la cavité du col, l'exaspère au point d'arracher des cris aux plus courageuses. Il en est de même des injections, des efforts pour aller à la selle ou pour uriner.

Pour les liquides sécrétés, nous ne pouvons que répéter ce que nous avons déjà dit : ils sont limpides lorsque la muqueuse est intacte ; jaunes-verdâtres lorsqu'elle est affectée.

Le *diagnostic* de ces différentes métrites est très-facile. Pour l'établir, il nous suffit de reprendre les trois variétés que nous venons de décrire et d'énoncer les caractères propres à chacune d'elles.

Ainsi la métrite parenchymateuse du corps sera reconnue à l'augmentation de volume de cette partie de l'organe, à l'existence de quelques phénomènes généraux et à l'irradiation de la douleur vers les lombes.

Dans la métrite catarrhale, il n'y a pas de tuméfaction, pas de phénomènes généraux. De plus, on introduit aisément une sonde dans la cavité du col ; mais cette manœuvre est à tel point douloureuse, qu'elle peut déterminer des syncopes et des vomissements. L'examen microscopique et l'analyse chimique des produits sécrétés ne laissent plus aucun doute sur l'existence de la métrite catarrhale.

Quant *à l'inflammation aiguë* du col, le diagnostic en sera établi sur l'absence de tuméfaction du corps et des phénomènes généraux. On constatera, au contraire, par le toucher, que le col est douloureux, tuméfié ; que sa température s'est élevée. Ces différents signes, joints à une dilatation assez notable de l'orifice cervical inférieur, empêcheront de confondre la métrite aiguë avec la névralgie utérine.

Le pronostic est habituellement sans gravité. Je ne connais qu'un seul cas de terminaison fatale, en dehors des complications et de la puerpéralité, état sous l'influence duquel le pronostic de la métrite aiguë change complétement.

Traitement. — Je vais résumer brièvement l'histoire de quelques moyens qui vous seront véritablement utiles, et vous prévenir contre certaines médications dont je suis loin d'être le partisan et que je crois souvent inutiles, parfois dangereuses.

Nous trouvons d'abord les émissions sanguines. Voici comment vous devez procéder à leur égard. Si vous avez affaire à une métrite aiguë générale, vous retirerez des avantages d'une ou deux saignées du bras, suivant l'état général de la malade.

Dans tous les cas, vous insisterez sur l'application des sangsues à l'hypogastre, si vous voulez empêcher l'inflammation de passer à l'état chronique. Quelquefois deux ou trois applications successives de vingt à vingt-cinq sangsues seront nécessaires.

Lorsque l'inflammation est limitée au col, si elle n'est pas très-intense, on peut se passer d'émission sanguine, quoiqu'on se trouve toujours bien d'une vingtaine de sangsues à la partie supérieure et interne des cuisses.

M. Dupareque, dans des cas analogues, a conseillé d'appliquer les sangsues sur le col même. M. Aran est maintenant un des plus zélés partisans des applications directes de sangsues sur le col de l'utérus. Je suis tout à fait opposé à cette manière de faire, et voici pourquoi. En premier lieu, vous déciderez rarement les femmes dans la clientèle civile à se les laisser appliquer.

Dans les hôpitaux, c'est un moyen assez difficile à employer, qui ne peut être confié à des infirmiers et exigerait presque d'être appliqué par le médecin lui-même. Cette application peut d'abord être refusée par une malade d'hôpital ; puis, si elle y consent, l'opération peut durer de deux à trois heures. Vous comprenez tout ce qu'il y a d'ennuyeux, pour ne pas dire autre chose, à tenir pendant tout ce temps le spéculum en place !

Encore, si cela était utile et réussissait mieux qu'autre chose, je comprendrais que l'on persistât dans cette pratique ; mais il n'en est rien, et il en résulte au contraire des désavantages réels. Je puis citer, pour en avoir vu, des hémorrhagies difficiles à arrêter qui ont déterminé chez les malades des anémies profondes.

J'ai eu occasion d'en observer plusieurs. J'ai également observé, à l'hôpital de Lourcine, des ulcérations très-rebelles succédant à l'application de sangsues sur le col utérin. Mon expérience m'a démontré que les sangsues appliquées à la partie interne des cuisses ou à l'hypogastre réussissent aussi bien ; il faut seulement qu'elles soient, ainsi que je l'ai dit, en nombre assez considérable.

Les bains entiers prolongés sont un excellent moyen ; je puis dire que c'est même le traitement le plus souvent efficace et le plus facilement adopté ; mais pour réussir, il ne faut pas oublier de les renouveler deux ou trois fois par jour.

Les bains de siége, tout en ayant l'air de soulager momentanément, aggravent la maladie par l'afflux de sang qu'ils déterminent vers l'utérus. Je les rejette donc complétement, à l'exemple de Marjolin père, qui, dans l'un de ses cours professés à la Faculté, fit contre ces bains une véritable croisade.

Les injections émollientes vous donneront aussi d'excellents résultats : pour cela, il faut les répéter de trois à six fois par jour.

Le liquide qui m'a le mieux réussi est une décoction à parties égales de têtes de pavot, de morelle et de jusquiame. Je n'ai pas besoin de vous dire que durant l'emploi de ces médications diverses, les malades devront rester en repos.

Lorsque les douleurs sont très-vives, que faut-il faire ? Recourir aux préparations opiacées. M. Aran conseille l'extrait d'opium, qu'il emploie quelquefois du premier coup à des doses assez élevées (30 à 40 centigrammes). Je vous avoue que je n'oserais pas conseiller au début une pareille dose. Je suis rarement obligé d'avoir recours à l'opium. Presque toujours les bains, les injections et le repos suffisent pour calmer les douleurs.

Si ces moyens ne réussissent pas, je me contente en semblable occurrence de deux lavements de chacun dix gouttes de laudanum de Sydenham, et cette faible dose suffit pour apaiser les douleurs.

En terminant, je dois vous signaler une autre méthode de traitement préconisée par M. Bennett : ce sont les scarifications du col. Quelques praticiens l'ont essayée ; je ne les en blâme pas, mais je vous déclare que je n'en suis pas plus partisan que des sangsues sur cette partie, et que je ne l'essayerai jamais. Je ne crois pas que cela puisse être toujours pratiqué sans inconvénient, et je suis du reste tout à fait d'avis que nous devons en médecine nous abstenir le plus possible de faire usage de l'instrument tranchant.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Foucher.

Traitement des loupes par la cautérisation avec l'acide azotique.

Le traitement des loupes de la tête a depuis quelques années occupé de nouveau les chirurgiens. Ces tumeurs, que l'on rencontre assez souvent dans la pratique, ne gênent guère au début ; elles se développent lentement et ne sont pas douloureuses ; mais lorsqu'elles ont acquis un certain volume, et que surtout elles occupent le pourtour du crâne, elles peuvent devenir très-incommodes, et la peau qui les recouvre s'ulcère quelquefois. C'est dans ces circonstances que la plupart des malades qui en sont atteints viennent réclamer les secours de la chirurgie.

L'art ne peut faire disparaître ces tumeurs qu'en les enlevant soit avec le bistouri, soit avec le caustique ; car la ligature et le séton sont des procédés dangereux, qui sont et méritent d'être abandonnés.

Les chirurgiens sont divisés quant à la préférence à donner à l'ablation avec le bistouri ou avec le caustique. Les partisans du bistouri font valoir la rapidité de l'opération et de la guérison, le peu de durée de la douleur et la rareté des accidents. Les partisans du caustique objectent la perte de sang, l'intensité de la douleur, la possibilité des érysipèles, des suppurations diffuses. Il est certain que beaucoup de malades reculent devant l'emploi du bistouri, et qu'il n'est nullement surprenant que dès l'antiquité on ait songé à détruire les loupes par la cautérisation.

Soit que l'on se serve du bistouri, soit que l'on emploie le caustique, on peut avoir recours à des procédés divers qu'il est bon de distinguer quand il s'agit de faire une appréciation.

Ainsi, avec le bistouri, les uns se bornent à faire, suivant le grand diamètre de la tumeur, une incision qui n'intéresse que la peau ; puis, soutenant le kyste avec des pinces, ils le dissèquent minutieusement dans tout son pourtour. Si la tumeur est volumineuse, on fera une incision cruciale, ou bien on enlèvera une ellipse de peau avec la tumeur. Ce procédé par dissection est d'une exécution assez difficile, long, douloureux ; mais il conduit à une prompte cicatrisation. D'autres fendent la tumeur en deux parties égales, soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors, en la transperçant d'abord à sa base ; puis ils arrachent avec la pince et la spatule chaque moitié du kyste, procédé facile, prompt, peu douloureux, mais qui peut-être nuit à la rapidité de la cicatrisation.

La cautérisation compte aussi de nombreux procédés, qui varient suivant la nature et suivant le mode d'application du caustique. Ainsi, Marjolin se servait de la potasse caustique, d'autres préfèrent la pâte de Vienne, quelques-uns vantent la solution de potasse caustique, et M. Jobert s'est quelquefois servi de l'acide azotique, qui fit la fortune d'un charlatan du temps de Ténon.

Quel que soit le caustique, on peut l'appliquer sur une assez large partie de la tumeur de manière à produire une eschare profonde qui pénètre dans la cavité, donne issue en se détachant à son contenu, puis la suppuration achèvera la destruction du kyste ; ce procédé est douloureux, long, et n'est pas exempt de dangers.

On peut se borner à appliquer sur la tumeur une traînée linéaire de pâte de Vienne ou de potasse caustique. Ces cautérisations sont répétées de manière à produire une eschare qui pénètre dans le kyste ; c'est encore en faisant entrer l'acide azotique dans le kyste qu'agissait le charlatan dont parle Ténon et qu'agit de nos jours M. Jobert. La tumeur se vide ainsi, mais sa paroi ne devra être éliminée que lentement, à la suite d'une suppuration toujours longue et abondante.

Nous avons vu M. Foucher, à l'hôpital Saint-Louis, employer l'acide azotique d'une autre façon et dans un autre cas, et obtenir véritablement de beaux résultats.

On pourra en juger par l'observation suivante, qui nous a été fournie par M. Charles, élève du service.

Le nommé Dubois est entré le 30 août à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, 31. Cet homme est venu pour se faire enlever des loupes de la tête, qui par leur nombre et leur volume constituent une véritable infirmité.

Ces loupes, au nombre de quatorze, sont disséminées sur le cuir chevelu ; les unes isolées, les autres par groupes de deux ou trois. Excepté son père, qui eut une tumeur du même genre, aucun membre de sa famille n'en fut atteint.

M. Foucher prit le parti d'enlever ces loupes les unes avec le bistouri, d'autres avec le caustique, afin d'établir la valeur comparative de ces deux méthodes. Les deux premières, qui furent extraites le 4 septembre, étaient situées sur la ligne médiane, au niveau de la suture fronto-pariétale ; l'une d'elles, datant de quinze ans, avait le volume d'un œuf de pigeon ; l'autre, d'un volume moindre, lui était accolée. Toutes deux furent transpercées à leur base avec un bistouri, qui, ramené en avant, les divisa en deux parties. Chaque moitié fut énucléée avec une spatule. L'opération fut rapide, peu douloureuse, et il ne s'écoula pas une grande quantité de sang. On fit un pansement simple. Les jours suivants, les bords de la peau se renversèrent de dehors en dedans ; il se forma une sorte de clapier, qui fournit pendant quinze jours une suppuration abondante, et la plaie ne fut entièrement cicatrisée que le 26 septembre, c'est-à dire vingt-deux jours après l'opération. Une troisième loupe, du volume d'une noisette, située au niveau de l'angle antérieur et inférieur du pariétal, fut opérée le même jour ; au lieu de la fendre de part en part par transfixion, M. Foucher incisa la peau avec précaution et disséqua le kyste. L'opération fut plus longue, plus douloureuse, mais la guérison se fit rapidement ; le 12 septembre, la plaie était entièrement cicatrisée.

Le même jour encore, deux autres loupes, l'une située sur la ligne médiane, au niveau de l'angle postérieur et supérieur des pariétaux et du volume d'une noix, l'autre plus petite, située plus à gauche, furent enlevées comme les premières par transfixion. Les plaies résultant de ces deux opérations ne furent guéries que le 20 septembre. A peu près sur la partie moyenne du pariétal gauche, existait un groupe formé par cinq loupes qui étaient contiguës et dont le volume variait de celui d'un œuf de poule à celui d'une noisette; elles avaient sept ou huit ans d'existence.

Le 6 septembre, M. Foucher cautérisa les trois plus volumineuses au moyen du procédé suivant :

Le tube d'une plume fut plongé dans l'acide azotique et porté sur le milieu de chaque loupe, où il fut maintenu pendant quatre ou cinq minutes, en pressant et en imprimant des mouvements de rotation.

Les premiers jours qui suivirent l'application du caustique, on put désespérer du succès; mais peu à peu les loupes diminuèrent de volume, un sillon se forma entre les parties saines et l'eschare produite par le caustique, et le 15 septembre on put avec l'extrémité d'une spatule soulever chaque eschare, qui se détacha entraînant avec elle chaque kyste complet. Cette énucléation de la loupe s'opéra avec la plus grande facilité, sans traction, sans douleur et sans la moindre effusion de sang. Les cavités qui contenaient chaque kyste furent complétement fermées et cicatrisées le 24 septembre, c'est-à-dire neuf jours après l'ablation.

L'application du caustique avait provoqué une douleur assez vive, mais supportable, qui dura deux ou trois heures.

Au-dessus de l'oreille gauche se trouvait la tumeur la plus volumineuse; elle égalait en volume un gros œuf de poule et avait dix ans d'existence. Elle fut enlevée avec le bistouri; deux incisions courbes circonscrivirent une portion de la peau, qui fut enlevée avec la loupe par dissection; les bords de la plaie furent rapprochés, et, malgré la largeur de la cavité, la cicatrisation fut complète au bout de dix jours.

Des trois tumeurs qui restaient, les deux plus petites, situées en avant, furent enlevées facilement après une seule application d'acide nitrique faite comme il a été dit plus haut; la troisième, plus volumineuse, fut aussi attaquée par le caustique; mais, la première application ayant été faite trop rapidement, on en fit une deuxième neuf ou dix jours plus tard. L'eschare fut détachée le 14 octobre, et la loupe fut enlevée avec elle.

Le malade demande à sortir de l'hôpital le 18 octobre, complétement débarrassé de ses loupes sans avoir beaucoup souffert et sans avoir couru le moindre danger.

Si nous voulons, d'après ce fait, tenter une comparaison entre les divers procédés qui ont été employés, nous ferons remarquer que le procédé par transfixion est d'une exécution prompte et facile; qu'il convient, si l'on veut employer le bistouri, pour l'ablation des loupes peu volumineuses; que pour celles, au contraire, dont le volume est considérable, il vaut mieux enlever une languette de peau avec la loupe, et dès lors disséquer la tumeur avec soin en évitant de l'ouvrir d'abord, parce qu'en laissant toute la peau on court le risque de voir se former un large clapier qui peut devenir la source d'accidents sérieux.

Le procédé de cautérisation qui a été mis en usage nous paraît avoir de véritables avantages. Il est d'une exécution extrêmement facile, et n'effraye nullement le malade; il n'est pas très-douloureux, et, s'il est un peu long, il faut noter que l'emploi de ce procédé permet au malade de continuer à se livrer à toutes ses occupations, ce qui est toujours imprudent lorsque l'on agit avec le bistouri.

Mais ce qui nous paraît surtout constituer une modification heureuse dans ce procédé, c'est le mode d'application du caustique.

La plupart des chirurgiens qui se sont servis du caustique pour détruire les loupes, ont eu pour but de produire une eschare qui, pénétrant dans la cavité du kyste, permît d'en évacuer le contenu, comptant sur l'inflammation suppurative pour éliminer la paroi du kyste; en un mot, l'on ouvre le kyste avec le caustique au lieu de l'ouvrir avec le bistouri. Un tel procédé provoque une inflammation assez vive, une longue suppuration.

C'est ainsi que faisait Marjolin avec la potasse caustique, c'est ainsi qu'opérait le charlatan dont parle Ténon avec l'acide nitrique; c'est ainsi qu'a procédé quelquefois M. Jobert.

Le but de M. Foucher est tout autre : en employant le caustique, il veut seulement produire une eschare comprenant la peau; pendant le travail de limitation de l'eschare, la paroi du kyste devient adhérente à cette eschare, et par contre ses adhérences à la peau saine et aux parties profondes se détruisent par un mécanisme difficile à comprendre, mais qui ne manque jamais, de sorte que l'eschare étant isolée, le kyste s'enlève, s'énucle avec elle sans le moindre effort, et la cicatrisation peut se faire sans entrave, puisque tout le kyste a été enlevé.

Ce résultat, qu'on doit considérer comme très-avantageux, pourrait sans doute être obtenu avec tout autre caustique; mais l'acide azotique est facile à manier; il produit une eschare bien limitée et provoque peu de douleur. L'étendue de la surface cautérisée variera nécessairement suivant le volume de la tumeur, et s'il a suffi d'appliquer le caustique en un point pour des loupes peu volumineuses, il faudrait appliquer une traînée de caustique pour les grosses loupes.

LA FIÈVRE JAUNE A LA NOUVELLE-ORLÉANS,

Par le docteur Alfred MERCIER.

A mesure que l'épidémie s'est prolongée, nous avons vu se multiplier les cas de fièvre jaune chez les enfants indigènes. Non, ce ne sont pas là des fièvres pernicieuses à vomissement noir. Méconnue, la fièvre pernicieuse n'attend pas quatre ou cinq jours pour tuer, surtout dans une ville où le type quotidien domine. Reconnue, elle n'en demeure pas moins, quelque grave qu'elle soit, sous la dépendance du sulfate de quinine. Si ceux qui ne croient pas à la fièvre jaune des enfants créoles avaient raison, l'antipériodique par excellence, le tout-puissant antidote des poisons paludéens, n'échouerait pas si souvent entre leurs mains.

Les partisans de cette doctrine émettent aussi une opinion qui ne me paraît pas davantage en harmonie avec les faits; à savoir, que la fièvre jaune ne se répand pas dans les campagnes.

C'est encore la fièvre pernicieuse, disent-ils, qui en prend le masque et l'imite à s'y méprendre. Mais, leur répond-on, les diverses maladies participent plus ou moins du caractère de la maladie épidémique quand elle se développe dans la même atmosphère qu'elle. Or, de deux choses l'une : ou la fièvre jaune ne règne pas dans les campagnes, ou elle y règne. Si elle n'y règne pas, comment la fièvre pernicieuse peut-elle en prendre le masque? Si elle y règne, comment pouvez-vous assurer que tel malade, étranger ou natif, qui vous en offre tous les symptômes, est cependant atteint d'une tout autre maladie?

C'est alors qu'ils invoquent l'axiome *naturam morborum curationes ostendunt*, mal à propos, assurément; car, que voyons-nous, que viens-je d'observer moi-même dans trois cas vus en consultation à sept lieues de la ville, deux chez des étrangers, le troisième chez un enfant du pays? Une fièvre continue poursuivant sa marche en dépit de la quinine, des téguments qui deviennent jaunes, des vomissements noirs, des hémorrhagies passives; enfin tout le cortége des symptômes que nous avons sous les yeux en ville, depuis quatre mois, et auquel nous donnons le nom de fièvre jaune.

L'opinion que je défends est celle d'un grand nombre de praticiens, dont les uns exercent leur art dans ce pays depuis plus de trente ans. Je crains que des médecins d'une génération plus récente, en croyant entrer dans une voie d'innovations sûres, ne se soient égarés dans le labyrinthe des théories.

Autrefois, on croyait que l'étranger qui se retirait à la campagne pendant l'été et une partie de l'automne était à l'abri. Cependant, déjà en 1820 le fléau se répandit hors de la ville dans un rayon de plus de vingt lieues. Le même fait se répéta en 1839 et 1853. C'est ce qui se voit encore aujourd'hui; seulement, comme les petits centres de population se sont multipliés, les sphères d'action de la maladie sont en plus grand nombre.

Je crois pouvoir établir, d'après mes recherches, qu'un cinquième environ des étrangers demeure réfractaire à la fièvre jaune. Toutefois, je ne donne ce chiffre que comme une simple approximation.

Existe-t-il quelques indices auxquels on puisse reconnaître cette précieuse immunité? Je ne le pense pas. On a bien parlé de constitutions sèches, maigres, pauvres de sang, comme de bons préservatifs. Je ne conseillerais à personne de s'y fier. Je ne vois pas non plus une raison suffisante de sécurité dans le fait d'avoir traversé impunément des épidémies. Nombre de personnes épargnées en 1853, 1854 et 1855, ont été atteintes cette année, et plus d'une mortellement. Quelques-unes avaient d'autant plus lieu de se croire inattaquables, qu'elles avaient soigné des malades dont les uns mêmes étaient morts dans leurs bras.

Serait-ce que l'on ne s'acclimate pas? Ce que je viens de dire prouve déjà qu'on peut ne pas l'être même après cinq années de séjour. On possède des faits de personnes qui ont succombé après avoir passé dix ans dans la ville, et récemment un de nos confrères traitait une fièvre jaune chez un homme qui habitait la Nouvelle-Orléans depuis vingt ans. Ces faits toutefois, surtout le dernier, sont rares.

Nos prédécesseurs n'avaient pas des idées bien arrêtées sur ce point. L'un d'eux, qui a laissé des écrits, sans nier d'une manière absolue la possibilité de s'acclimater, ajoute cependant, non sans quelque naïveté: Il vaut mieux avoir eu la maladie, c'est plus sûr. Il va même plus loin, et considère que l'on n'est réellement à l'abri qu'autant que l'on a eu une fièvre jaune grave. C'est admettre implicitement que cette affection est sujette à récidive. Elle l'est à n'en pouvoir pas douter; les épidémies s'étant multipliées et rapprochées, il n'est guère de médecin aujourd'hui qui n'en puisse citer des exemples tirés de sa propre clientèle. En ce moment même, je donne mes soins à un Anglais, qui, atteint de fièvre jaune en 1853, l'est de nouveau en 1858.

Ces retours présentent-ils autant ou moins de gravité que la première attaque? Question intéressante que je traiterai dans ma prochaine communication.

BONS EFFETS DE L'IODURE DE POTASSIUM A L'INTÉRIEUR

dans le traitement des ulcères des jambes.

Ce n'est pas seulement quand il y a des antécédents syphilitiques que l'on doit administrer l'iodure de potassium dans le traitement des ulcères des jambes. M. le docteur Trastour a trouvé que dans tous les cas où la vérole n'y est pour rien, les ulcères les plus rebelles guérissent en un ou deux mois, rarement plus, par l'usage de ce sel, administré à la dose de 2 à 6 grammes par jour. Les ulcères et les engorgements variqueux eux-mêmes cèdent rapidement à cette médication, secondée par une compression régulière et un pansement simple. M. Trastour n'assujettit ses malades ni au repos ni au séjour de l'hôpital, ils continuent leurs travaux.

En somme, l'auteur a cru remarquer que la guérison est plus facile, plus complète et plus solide par sa méthode que par celles connues jusqu'ici. Il rapporte plusieurs observations qui mettent en évidence l'action avantageuse de l'iodure de potassium sur les ulcères. Sous l'influence de son administration, on voit la suppuration changer rapidement de nature, perdre son odeur fétide, l'état de la plaie se modifier favorablement, l'engorgement disparaître, la douleur cesser, la marche devenir facile et enfin la guérison être bientôt complète. Au demeurant, ce traitement n'est pas applicable à tous les ulcères. Les ulcères scorbutiques et dartreux, par exemple, et même les ulcères scrofuleux, réclament toujours une médication plus complexe.

(*Journ. de la Soc. acad. de la Loire-Infér.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 janvier 1859. — Présidence de M. DE SENARMONT.

Concrétion intestinale (entérolithe) chez le cheval. — M. J. CLOQUET présente à l'Académie un entérolithe ou concrétion intestinale (bézoard) trouvée dans le cadavre d'un cheval.

Ce volumineux calcul intestinal, dit M. Cloquet, m'a été remis par M. le professeur Bégin, inspecteur du service de santé militaire en retraite, qui le tenait lui-même du médecin-vétérinaire de l'un de nos régiments de cavalerie.

Ce calcul est lisse à sa surface, et, comme la plupart des concrétions de son espèce, formé de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien. Il pèse 680 grammes.

Sa forme oblongue vient à l'appui des remarques que j'ai déjà faites dans mon mémoire sur les entérolithes relativement à l'influence de la forme du noyau central sur celle de ces concrétions elles-mêmes, quel que soit le volume auquel elles parviennent.

En effet, il a pour noyau une de ces grosses aiguilles dites *passe-lacets*, et cette aiguille est parallèle au grand diamètre de la concrétion.

Partis de ce corps étranger, les sels calcaires forment de longues séries de cristaux qui se dirigent, en irradiant, vers la surface extérieure, et représentent cependant autant de couches superposées et emboîtées les unes dans les autres.

Plusieurs de ces couches calcaires sont séparées entre elles par d'autres couches assez épaisses d'un gris verdâtre, et que forme ce que j'ai nommé le *feutre végétal*, lequel n'est lui-même qu'un tissu accidentel, qu'un feutrage de fibres ligneuses très-fines et serrées qui ont résisté à la dissolution digestive des animaux herbivores, et se sont agglutinées d'une manière inextricable.

Ces couches feutrées ressemblent à une enveloppe de drap, beaucoup plus fin que celui que simulent les égagropiles proprement dits, qui sont formés, comme on sait, par l'agglomération et le feutrage des poils de l'animal lui-même. Ce calcul sera, avec une note explicative, déposé dans le musée anatomique de l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

Nouvelle fonction du placenta. — M. CLAUDE BERNARD fait une communication dont l'objet est d'établir anatomiquement et physiologiquement que, parmi ses usages qui sont sans doute divers et multiples, le placenta est destiné pendant les premiers temps du développement fœtal à accomplir la fonction glycogénique du foie, avant que celui-ci ait acquis chez le fœtus le développement et la structure qui lui permettent plus tard de fonctionner. (Voir le *Premier-Paris.*)

De tous les faits contenus dans ce travail, M. Bernard tire les conséquences qui suivent :

1° Il existe dans le placenta des mammifères une fonction qui jusqu'alors était restée inconnue et qui paraît suppléer la fonction glycogénique du foie pendant les premiers temps de la vie embryonnaire. Cette fonction est localisée dans un élément anatomique glandulaire ou épithélial du placenta qui, dans certains animaux, se trouve mélangée avec la portion vasculaire de cet organe, et qui chez les ruminants se présente séparée, de manière à former sur l'amnios des plaques d'apparence épithéliale que tout le monde avait sans doute pu voir, mais dont on avait ignoré jusqu'ici la signification.

2° Cet organe hépatique temporaire du placenta, en permettant d'étudier directement dans un élément anatomique isolé la production de la matière glycogène, confirme et complète par un exemple nouveau ce que j'ai dit depuis longtemps, que la formation de la matière amylacée glycogène est une faculté commune au règne animal et au règne végétal. Les observations contenues dans ce travail nous fournissent encore des analogies nouvelles, puisque nous voyons la matière amylacée glycogène s'accumuler autour de l'embryon animal, de même que chez les plantes elle s'accumule dans les graines autour de l'embryon végétal.

3° La fonction glycogénique chez les animaux commence donc dès le début de la vie fœtale, et avant que l'organe dans lequel cette fonction est localisée chez l'adulte soit développé. Mais alors elle est localisée dans un organe temporaire, appartenant aux annexes du fœtus.

4° Tout ce qui a été dit dans ce travail se rapporte uniquement à la fonction glycogénique du foie; mais actuellement il s'agirait d'examiner si la fonction biliaire que le foie possède chez l'adulte est également accomplie par l'organe hépatique placentaire que nous avons décrit. La question doit être posée en ces termes, à savoir : si les mêmes cellules glandulaires sont chargées des deux fonctions qui dès lors seraient solidaires et connexes, ou bien si, au contraire, le foie ne doit pas plus tôt être considéré comme un organe complexe, dans lequel se trouveraient mélangés des éléments anatomiques distincts et destinés les uns à la formation de la matière amylacée, les autres à la formation biliaire. Cette question, qui jusqu'ici n'a pu être résolue par les anatomistes, malgré les travaux histologiques nombreux dont le foie a été l'objet, me paraît susceptible d'être éclairée et même décidée par les recherches physiologiques faites d'une part sur le développement embryonnaire de la fonction, et d'autre part sur les animaux inférieurs,

J'ai entrepris à ce sujet des recherches dont je rendrai compte à l'Académie aussitôt qu'elles seront terminées.

M. SERRES présente à cette occasion quelques considérations sur les corps glycogéniques dans la membrane ombilicale des oiseaux.

La communication si importante de M. Bernard sur la fonction glucogénique du placenta, dit-il, a dissipé les doutes que m'avait fait naître dans l'embryogénie des oiseaux l'usage des petits corps glanduleux que l'on observe sur la surface de la membrane ombilicale du poulet en voie de formation.

On sait que dans le cours du deuxième et du troisième jour de l'incubation, il se développe sur l'aire opaque du champ du poulet une membrane composée de vaisseaux capillaires si nombreux que toute sa surface en est entièrement recouverte.

Il existe, en outre, de petits corps glanduleux interposés entre les îles sanguines formées par les cellules vasculaires dont cette membrane est constituée, et disséminés sur toute la surface de la membrane ombilicale. On les voit au microscope dès la vingt-cinquième et trentième heure de l'incubation. Leur couleur blanchâtre les fait distinguer des îles sanguines, qui sont d'une couleur rougeâtre. A la trente-cinquième heure, ils deviennent d'une couleur jaune-clair, et le volume qu'ils ont acquis permet de les distinguer plus facilement.

La nature de ces petits corps, de même que leur usage, m'étaient entièrement inconnus. Mais, en entendant la démonstration si claire et si précise que vient de donner M. Bernard des cellules ou des glandes glycogéniques du placenta, je ne mets plus en doute que ces corps n'en soient les analogues dans la classe des oiseaux, classe dans laquelle le placenta est représenté par la membrane ombilicale d'une part, et de l'autre par l'allantoïde.

Si l'analogie de ces corps est justifiée, ne pourrait-on pas dire qu'il existe chez les oiseaux un organe hépatique diffus, ou un foie transitoire analogue à celui dont M. Bernard vient de démontrer l'existence dans le placenta des ruminants?

M. Serres ajoute que les observations présentées par M. Bernard sur l'action tardive du foie ordinaire chez les ruminants sont parfaitement justifiées chez les oiseaux.

Relativement à l'embryogénie générale, ajoute-t-il, une des conséquences de la découverte de M. Bernard est d'établir, comme il l'a fait, que dans le cours de la vie embryonnaire il existe deux organes glycogéniques, l'un transitoire, résidant dans le placenta, l'autre permanent, qui est l'organe hépatique. Il prouve de cette manière la glycogénie continue du sang pendant la durée de la vie utérine.

Appliquée au développement normal de l'embryon, cette vue es très-juste; mais dans l'état normal, quand un embryon dégradé se développe sans organe hépatique et avec un placenta quelquefois si rudimentaire qu'il égale à peine la centième partie du placenta ordinaire, comment s'établit alors la fonction glycogénique? On a compris qu'il s'agit ici du développement des acéphales.

On sait que chez ces êtres anormaux qui, par leur fréquence, constituent la plus grande partie des monstruosités par défaut, on sait, disons-nous, qu'ils sont tous privés de foie, de cœur et de tête, et que leur placenta est extrêmement réduit dans ses dimensions. Dans cet état leur existence ne saurait être comprise, si la nature ne suppléait à cette imperfection placentaire. Or, elle y supplée en transformant l'enveloppe tégumentaire de l'acéphale en des vastes poches remplies d'un liquide séro-albumineux, et dont les parois sont recouvertes par un réseau de vaisseaux capillaires artériels et veineux; vaisseaux communiquant par des troncs particuliers avec le système sanguin général du corps. En outre de cette disposition si favorable pour suppléer à l'imperfection de la respiration placentaire, l'intérieur de ces poches est tapissé par une membrane de nature séreuse, au-dessous de laquelle se trouvent des corps jaunâtres arrondis et quelquefois formant de petites plaques par leur réunion: ces corps ne seraient-ils pas des glandes glucogéniques?

Il est inutile d'ajouter qu'avant la communication que nous venons d'entendre, j'ignorais entièrement la nature et l'usage de ces corps.

— M. DE LAMARE lit un mémoire sur la possibilité de la contagion de la phthisie pulmonaire.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen de la commission nommée pour une précédente communication de l'auteur sur l'hémophtysie considérée comme signe de la phthisie pulmonaire, commission qui se compose de MM. Serres, Andral, Rayer.

— M. WANNER adresse une note concernant une méthode de traitement pour l'angine couenneuse, méthode dont il avait déjà, dit-il, constaté l'efficacité lorsqu'il la soumit, il y a environ quatre ans, au jugement de l'Académie de médecine, et dont il a depuis cette époque continué à être satisfait. Revenant sur une communication qu'il avait faite à la précédente séance, il annonce qu'un examen plus attentif des productions développées à la surface d'une fausse membrane détachée de l'arrière-gorge d'un enfant malade, ne sont point, comme il l'avait supposé, de nature végétale. Sa note contient en outre l'indication de ce qu'il a observé récemment en examinant au microscope des plaques de Peyer détachées de l'intestin d'un sujet qui avait succombé à une fièvre typhoïde. (Commissaires, MM. Serres, Montagne.)

— M. LACAZE-DUTHIERS adresse une lettre sur la question des générations spontanées. Il réclame pour Jules Haime une part dans la protestation qui a eu lieu dans la dernière séance contre les générations spontanées.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 décembre 1858. — Présidence de M. PICARD, vice-présid.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. MAGNE fait hommage à la Société de la brochure qu'il a publiée sur le *croup des paupières* ou *diphthérie de la conjonctive*.

Hygiène des nouveau-nés. — M. GUERSANT, à l'occasion du procès-verbal, revient sur la question de la lactation; il insiste sur la nécessité de continuer à donner le sein aux enfants tant qu'ils n'ont pas de dents; les dents indiquent que l'enfant peut prendre des aliments solides. Teter trop souvent est nuisible, parce qu'on ne laisse pas à l'estomac le temps de digérer; l'excès du lait produit les mêmes inconvénients que l'excès de toute autre alimentation.

M. CARON. Je suis heureux de me trouver d'accord avec M. Guersant, qui partage les opinions émises par moi dans la dernière séance. Mon travail était limité, je me suis borné à émettre des vœux, espérant qu'ils ne seront pas stériles. Les mères comme les nourrices ne savent pas nourrir, ce fait est incontestable. Qui doit les diriger, les enseigner? le médecin. Or nous savons tous que rarement le médecin est consulté à ce sujet. La lactation est presque toujours laissée au libre arbitre des parents.

Je reviens à l'accusation qui poursuit l'alimentation artificielle. Le biberon est un moyen dévastateur, dit-on; depuis seize ans, j'ai eu occasion de faire élever sous mes yeux, au biberon, un tiers environ des enfants auxquels j'ai donné des soins, et je ne sais si l'alimentation artificielle bien réglée n'est pas préférable à la mamelle prodiguée avec profusion.

Sans doute l'alimentation artificielle a besoin de grandes précautions; le lait doit être, autant que possible, de la même vache, toujours à la même température, et ce n'est pas à Paris que l'on peut se procurer de bon lait de vache, car ces animaux habitent des étables privées d'air la plupart du temps et ne connaissent pas les pâturages. Mais si vous réunissez les conditions d'un bon lait donné toujours à la même température et à des distances régulières, l'enfant sera dans une situation bien plus favorable que si vous le livrez à une nourrice de campagne qui, souvent, manque de précaution et n'hésite pas à élever deux ou trois enfants à la fois. Je suis certain que c'est à la mauvaise alimentation de la première enfance qu'il faut rapporter la phthisie, les scrofules, le rachitisme.

M. FOUCART. Je vois que MM. Guersant, Caron et moi professons une opinion contraire à celle de M. Mattei, qui se plaît à reconnaître dans les nourrissons de petits animaux remplis d'instinct; il faut régler la lactation, et je pense en outre que le sevrage doit se faire de bonne heure, du dixième au douzième mois par exemple. Je me rappelle avoir été appelé, il y a trois ans, pour soigner d'une pneumonie un enfant de trente-trois mois qui tetait encore. Je trouvai un enfant petit, chétif, rabougri, qui semblait avoir peine à vivre. Je profitai des jours de diète que je dus lui imposer pour supprimer la lactation; dès que la guérison fut obtenue, je modifiai profondément le régime: je prescrivis le sirop d'iodure de fer, l'huile de foie de morue, une alimentation substantielle. En quelques mois, la constitution de l'enfant était changée du tout au tout.

M. BOSSU. Je crois que nous sommes tous à peu près d'accord sur la question de réglementer la lactation; la légère dissidence qui nous sépare consiste dans une confusion de la pathologie avec l'hygiène. Si l'enfant souffre, si le tube digestif est malade, évidemment l'abus du sein peut devenir contraire; mais lorsque l'enfant est dans de bonnes conditions, on peut lui abandonner le sein; une fois rassasié, il s'endormira.

M. VERGNE. Il est bien entendu que même les dissidents partagent cet avis, que la meilleure alimentation consiste dans le lait donné d'une manière réglée par une bonne nourrice bien portante; cependant je n'exclus pas absolument le biberon; d'un autre côté, je ne le considère pas comme un mode avantageux d'alimentation; il offre de graves inconvénients: la falsification du lait notamment me paraît inévitable; mais, tel qu'il est, ce moyen me semble devoir être accepté quand on ne peut faire autrement.

Je ne partage pas l'opinion de quelques-uns de nos collègues sur les inconvénients de la lactation prolongée; je pencherais, au contraire, à croire qu'elle rend moins critique la dentition: aussi je laisse volontiers un enfant teter jusqu'à quinze et dix-huit mois.

M. JOSIAS. Je vis dans un milieu où il m'est permis d'observer une grande quantité de nourrices et d'enfants, et de comparer entre elles les deux espèces de nutrition. Le biberon, pour les enfants en nourrice, est funeste; jamais on ne s'assure de la température du lait. Le sein a bien aussi ses inconvénients, parce que la nourrice, qui n'est pas sous les yeux de la mère, continue toujours à faire teter son propre enfant, et à diminuer ainsi la part de son nourrisson. Il me semble sage de ne pas sevrer les enfants avant que la dentition soit effectuée.

M. MATTEI. Quant à l'allaitement fréquemment répété, M. Bossu et moi paraissons être en désaccord avec nos collègues; je dis paraissons, je m'explique. L'allaitement répété sans mesure, aussi souvent qu'il plaît à la mère, serait nuisible. Mais l'enfant n'en prend qu'à son aise; s'il pleure, s'il est malade, il peut suçoter, mais il ne tette pas. C'est ainsi que nous le comprenons; sans cela, l'allaitement illimité serait déplacé.

Quant à la question de sevrer de bonne heure, je suis, avec M. Guersant, contre M. Foucart; il faut attendre la première poussée des dents.

Un mot du biberon. J'ai vu, à Paris, des femmes nourrir leurs enfants au biberon; j'avais conseillé toutes les précautions nécessaires; pas un de ces enfants n'a vécu. Peut-être à la campagne la nutrition artificielle aurait-elle moins d'inconvénients.

M. FOUCART. Je maintiens mon opinion, et sur la réglementation de la nutrition lactée et sur l'avantage qu'il y a à sevrer l'enfant de bonne heure. L'enfant crie souvent sans être malade, et uniquement pour faire faire sa volonté. Chercher à le calmer avec le sein est une mauvaise méthode; j'ai à ce sujet mon expérience personnelle. Plus on cède à l'enfant, plus il faudra lui céder plus tard. Il est bien préférable de lui faire prendre, immédiatement après sa naissance, de bonnes habitudes; celles, par exemple, de ne teter qu'à des heures réglées, de ne pas boire la nuit, de dormir dans son berceau et non sur les genoux ou sur les bras, etc.; et tout cela est possible, si l'on s'y prend de bonne heure. Pendant les premiers jours, l'enfant crie; puis il voit qu'on ne cède pas à ses caprices, et il se tait. Pour l'époque du sevrage, la dentition est un guide sûr.

Quand les deux ou trois premières dents sont poussées, le moment de sevrer est arrivé. Ce fait est tellement exact, que vous entendez tous les jours des mères se plaindre de ce qu'elles ne peuvent donner le sein sans être mordues; la conclusion alors est toute naturelle: et quand je parle d'alimentation, je ne veux pas dire de la bouillie, ou autre substance analogue; j'entends l'alimentation grasse.

Pour moi, le lait est un aliment qui ne convient qu'aux enfants au-dessous d'un an; une fois cette époque passée, — et déjà j'ai dit que, depuis plusieurs mois, j'avais habitué les enfants à manger du pain ou de la biscotte bouillis dans l'eau; — une fois cette époque passée, dis-je, j'insiste sur une nourriture grasse, du bouillon, des potages, des jus de viande, toutes choses dont je modère la quantité et la force s'il survient des accidents; jusqu'à présent, je n'ai eu qu'à me louer des résultats que j'ai obtenus.

M. PICARD. Les cris de l'enfant ne sont presque jamais les cris de la faim; c'est la voix des caprices, et chacun sait que l'enfant qui pousse des gémissements dans son berceau se trouve calmé comme par enchantement si sa mère le prend dans son lit.

M. MAGNE. Mon expérience est entièrement semblable à celle de M. Foucart, pour ce qui concerne l'alimentation de l'enfant. Une seule difficulté paraît diviser ceux de nos collègues qui ont pris part à la discussion. Doit-on sevrer l'enfant à dix, douze, quinze ou dix-huit mois? telle est la question, qui ne me semble pas convenablement posée. Nous savons comment la nature procède pour l'évolution dentaire. Tel enfant, à huit ou neuf mois, aura huit ou neuf dents, tandis que chez tel autre de douze ou quinze mois, le travail de la dentition commencera à peine. Il n'existe donc réellement pas un âge fixe pour le sevrage; mais, en thèse générale, on peut dire qu'un enfant doit être sevré quand une première série de dents s'est manifestée, à cette époque de repos qui sépare toujours de plusieurs semaines le travail d'une nouvelle évolution dentaire.

M. GUERSANT. Je partage entièrement l'avis de M. Magne; ce n'est pas à tel ou tel âge qu'il convient de sevrer, mais suivant que la dentition est plus ou moins avancée. Je ne vois guère d'inconvénient à ce que la lactation soit longtemps prolongée; quant au biberon, je lui préférerais encore le sein délicat d'une mère délicate, et je pense qu'il y a toujours avantage à donner à l'enfant le lait de sa mère, ne fût-ce que pendant trois ou quatre mois.

M. VERGNE a eu occasion depuis dix-huit mois d'observer environ vingt-cinq enfants élevés avec le biberon, et une trentaine d'autres nourris par le sein de la mère: il n'a pas remarqué qu'il y eût de notables différences entre les effets de la nutrition naturelle et ceux du biberon.

Triple opération de cataracte; deux abaissements. Extraction. Synchisis. Emploi de la glace. — M. MAGNE lit une observation sur ce sujet. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 11 janvier.)

M. COURSSERANT pense que cette observation ne prouve rien ni pour ni contre la glace; elle prouve seulement qu'il faut extraire quand la cataracte est dans la chambre antérieure; c'est l'extraction qui a guéri.

Le malade de M. Magne avait une disposition rhumatismale articulaire; en pareil cas, je suis peu disposé à opérer par abaissement. Je me rappelle un malade du Cantal, qui, dans les mêmes dispositions rhumatismales, me fut adressé porteur de deux cataractes. Je proposai l'extraction; mais ce malade tenait essentiellement à l'abaissement. Trois semaines après, j'appris que cette personne avait été opérée par un autre chirurgien; l'abaissement avait été pratiqué et suivi de la perte des deux yeux.

M. MAGNE. L'observation que je viens de lire prouve d'autant plus en faveur de la glace, qu'aucun accident traumatique n'a eu lieu, bien que le malade fût d'une constitution rhumatismale, que notre collègue considère comme une contre-indication à l'abaissement. Elle s'ajoute d'ailleurs aujourd'hui à plusieurs centaines d'opérations par abaissement, suivies immédiatement de l'application de la glace, comme je la conseille, et dont le succès a dépassé mes espérances.

Elle prouve aussi que, malgré le synchisis du corps vitré qui contre-indique formellement l'extraction, on peut cependant, dans un cas extrême et avec certaines précautions, ouvrir la cornée et obtenir un heureux résultat.

Le secrétaire annuel, Dr AL. MAGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 7 janvier 1859, M. Bourlier, pharmacien aide-major à l'hôpital du Gros-Caillou, a été nommé professeur d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

— Un concours public s'ouvrira, le 14 février prochain, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, pour la présentation des candidats au titre de professeur suppléant des chaires de médecine.

Le registre d'inscriptions, ouvert le 20 janvier chez M. le professeur Panis, secrétaire de l'Ecole, sera clos le 10 février.

— Par arrêté du 6 janvier 1859, sont nommés à l'Ecole préparatoire de médecine et pharmacie de Toulouse:

1° Professeur titulaire de clinique médicale, M. Desbarreaux-Bernard, professeur adjoint du même enseignement, en remplacement de M. Dassier, décédé;

2° Professeur adjoint de clinique interne, M. Noguès, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Desbarreaux Bernard, nommé professeur titulaire;

3° Professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, M. Joly, en remplacement de M. Noguès.

M. le docteur Ballut continuera à être chargé, jusqu'à la fin de la présente année classique, des fonctions de professeur suppléant spécialement attaché à la chaire de clinique externe.

— Sir James Clark a quitté Londres lundi dernier pour se rendre à Berlin, où il doit assister au prochain accouchement de la princesse Frédérick Guillaume. La princesse recevra les soins du médecin prussien qui était présent au dernier accouchement de la reine Victoria.

(*The Med. Times and Gazette.*)

— M. le docteur Ollivier, médecin de l'hôpital de Barcelonnette, vient d'être nommé, par arrêté ministériel, médecin des épidémies et membre du Conseil d'hygiène de l'arrondissement.

— M. le docteur Edouard Rayuaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin distingué de Montauban, vient de mourir dans cette ville à l'âge de 42 ans.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 8. — JEUDI 20 JANVIER 1859. (32e ANNÉE.) N° 8. — JEUDI 20 JANVIER 1859

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 JANVIER 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur le tubage du larynx et la trachéotomie est close. Après une réplique de M. Bouvier, où les faits, les textes et les témoignages ont été accumulés avec une grande habileté, et développés avec verve et talent, contre la dernière argumentation de M. Malgaigne, l'Académie a passé au vote des conclusions. On se rappelle que dans le cours de la discussion, la commission avait déjà modifié profondément ses premières conclusions : celles que l'Académie a adoptées après une discussion animée, modifient encore la seconde rédaction de la commission, bien qu'elles expriment au fond la même pensée et pour le tubage et pour la trachéotomie.

Nous nous abstenons de toute réflexion pour le moment, soit sur ces conclusions, soit sur l'ensemble de la discussion qui vient de se terminer. Les faits que cette discussion a mis en lumière, les enseignements pratiques qui en ressortent, sont trop importants pour que nous ne croyons pas devoir leur consacrer une appréciation réfléchie, pour laquelle le temps et l'espace nous manqueraient également aujourd'hui. Nous y consacrerons une partie du prochain numéro.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Robert.

Sur quelques accidents causés par le développement des dents de sagesse.

Les quatre dernières grosses molaires, que l'on désigne vulgairement sous le nom de *dents de sagesse*, causent souvent, en raison de leur développement tardif, des accidents nombreux et variés que les traités de chirurgie passent presque tous sous silence. Il serait cependant, à mon avis, fort curieux de réunir tous les accidents de ce genre ; cela ferait, j'en suis convaincu, une monographie très-intéressante, et d'autant plus utile, que les praticiens, qui se trouvent souvent en présence d'accidents semblables, y puiseraient un enseignement profitable.

Ces dents de sagesse sont courtes et larges; elles ont des racines courtes et droites; enfin, elles semblent rester en arrière des autres dents sous le double rapport de leurs dimensions et de l'époque de leur apparition. On serait donc autorisé à supposer de prime abord que ces dents, qui ont pour ainsi dire subi un commencement d'atrophie, doivent se faire jour à travers la muqueuse gengivale sans produire d'accidents.

Mais il est une foule de circonstances qui concourent à rendre l'apparition des dents de sagesse difficile et même quelquefois périlleuse. Ainsi, il arrive souvent qu'à l'époque où la grosse molaire est en voie d'évolution, elle se trouve déviée. Comme la sortie de cette dent est toujours plus ou moins tardive, les autres dents, qui sont situées en avant, pressent sur le follicule de la dent de sagesse, déforment son alvéole et la refoulent en arrière, de sorte que quelquefois elle se trouve en travers. Aussi trouve-t-on fréquemment la dernière grosse molaire déviée en avant ou en arrière, en dedans ou en dehors. Cette déviation est même quelquefois si considérable, que l'on a vu l'alvéole de cette dent creusé dans la branche du maxillaire, et la dent a subi un tel mouvement de bascule, que sa couronne vient butter directement contre la couronne de la deuxième grosse molaire.

Dès lors il est facile de comprendre que le mouvement excentrique qu'exécute la dent de sagesse au moment de son évolution devient pour les molaires voisines, pour la mâchoire, la bouche, la gencive, et pour elle-même enfin, la source d'une foule d'accidents plus ou moins graves, tels que ostéite, périostite, nécrose, inflammation des parties molles voisines, etc., qui se comprennent facilement, si l'on songe à la puissance énorme de cette force, dont les effets ne sauraient être mieux comparés qu'à ceux de l'eau que l'on fait filtrer dans les crevasses des rochers, et qui, augmentant de volume par la congélation, écarte violemment les quartiers de roche les uns des autres.

A ces accidents de nature inflammatoire que nous venons d'énumérer, il en faut ajouter un autre qui ne manque presque jamais, et qui souvent même existe seul pendant un temps variable. Je veux parler de ces douleurs qui durent quelquefois des mois et même des années, et ne dépendent uniquement que du développement de la dent de sagesse. Cette douleur persistante est un signe à peu près certain de l'existence d'une inflammation chronique causée par la dernière molaire gênée dans son évolution; mais cette phlegmasie latente peut, après un temps variable, se transformer, sous l'influence d'une cause extérieure légère, parfois même sans cause appréciable, en une inflammation aiguë qui détermine alors des accidents plus ou moins graves du côté de l'os, du périoste ou des parties molles voisines; c'est ainsi que l'on voit survenir des nécroses du maxillaire, des périostites suppurées, des fluxions, des abcès, etc.

Ces abcès peuvent se développer soit à la partie externe de la mâchoire, où il existe peu de parties molles, soit en dedans du maxillaire, vers la face profonde de la bouche, d'où le pus, décollant les muscles et les aponévroses, peut descendre le long du cou et donner naissance à des accidents très-graves. Ainsi, il y a ce fait, qui appartient à Bérard aîné, d'une jeune fille de l'hôpital Saint-Antoine, chez qui il se forma dans la bouche des abcès dont le pus chemina vers la région sous-claviculaire, constituant ainsi de véritables abcès migrateurs auxquels elle succomba.

Quelquefois c'est du côté de la gorge que se manifestent les accidents inflammatoires qui ont pour origine l'évolution des dents de sagesse. C'est ainsi que souvent on est obligé d'exciser les amygdales fluxionnées.

Dans certains cas, c'est sur le voile du palais et la luette que se porte l'inflammation : ainsi j'ai vu un jeune homme chez qui le voile du palais était enflammé, et la luette, hypertrophiée par le fait de la phlegmasie, pendait sur la base de la langue, et causait de l'anorexie, des vomissements, enfin donnait lieu depuis plusieurs mois à un ensemble de symptômes qui pouvaient faire croire à une maladie de l'estomac. Chez ce jeune homme, tous les accidents que je viens d'énumérer étaient dus à l'inflammation provoquée par le développement de la dent de sagesse. Aussi ne saurais-je trop vous recommander, toutes les fois que vous aurez affaire à des phénomènes de ce genre se présentant chez des individus qui sont dans l'âge où les dents de sagesse se développent, de rechercher d'abord s'ils ne dépendent pas de l'évolution dentaire.

Tel est, en résumé, l'ensemble des accidents que peut produire le développement tardif des dents de sagesse ; nous verrons tout à l'heure quels sont les moyens que la chirurgie peut y opposer.

Les réflexions qui précèdent m'ont été suggérées par la présence dans nos salles de trois malades chez qui l'apparition de la dent de sagesse a été le point de départ de divers accidents.

Le premier de ces malades est un jeune homme âgé de vingt-deux ans, couché au n° 23 de la salle Saint-Jean : c'est un garçon de petite taille, lymphatique. Il éprouvait depuis plusieurs semaines des douleurs assez vives dans la bouche ; sa salive était sauguinolente, ses gencives étaient gonflées. Examinant l'intérieur de la bouche, je trouvai dans le sillon placé entre la joue et le bord antérieur de la branche montante gauche du maxillaire, une vaste ulcération recouverte d'un enduit blanchâtre et très-douloureuse; plus bas, la gencive, placée derrière la troisième grosse molaire, dans le point correspondant à l'ulcération de la joue, était également gonflée et douloureuse. Cette ulcération est causée et entretenue par l'irritation de la gencive, qui elle-même est causée par le développement de la dernière grosse molaire.

Quel est le traitement à faire chez ce malade ? Il faut modifier la surface de cette ulcération en la touchant avec de l'acide chlorhydrique fumant ; puis il faut exciser la gencive, afin de rendre plus facile la sortie de la dent, et par conséquent de supprimer la phlegmasie chronique dont la muqueuse gengivale est le siége, inflammation qui est déterminée par la pression de la dent contre la gencive, pression qui suffit pour enflammer les tissus, mais non pour les ulcérer largement et donner passage à la dent. On comprend dès lors que l'ulcération de la joue ne peut se cicatriser tant que cette cause d'irritation subsiste.

Au n° 26 de la salle Saint-Paul est couchée une malade âgée de vingt-deux à vingt-trois ans ; elle est couturière ; elle a une constitution lymphatique. Elle dit que depuis deux ans elle éprouve des douleurs très-vives vis-à-vis de l'angle droit de la mâchoire ; au début, elle a eu des fluxions, des abcès ; pour y remédier, on incisa la gencive qui recouvre la troisième molaire droite ; les accidents se calmèrent momentanément, puis la douleur reparut, et depuis lors elle a toujours persisté. Enfin, les accidents de fluxion se sont reproduits, et la malade est entrée à l'hôpital. Il y avait à l'angle de la mâchoire un gonflement considérable qui empêchait d'ouvrir la bouche ; je fis appliquer des sangsues, je prescrivis des gargarismes émollients, des cataplasmes, des bains de pieds ; enfin, après quelques jours, la malade put ouvrir la bouche, et je vis que la dernière grosse molaire était sortie, mais que sa moitié postérieure était encore recouverte par une portion de gencive gonflée et ulcérée. Cette inflammation de la gencive était due évidemment à la pression continuelle qu'elle subit, mais pression insuffisante pour en amener l'élimination complète, puisque la dent de sagesse ne s'élève pas au même niveau que les autres. J'ai donc excisé la portion de gencive ulcérée, et bientôt les accidents se sont calmés. Dans ces cas, l'incision simple serait insuffisante, ainsi que l'incision cruciale, qu'il faut réserver pour les cas où la dent n'est pas encore sortie ; l'excision du lambeau de gencive ulcérée était la seule chose vraiment efficace.

Ces faits peuvent paraître au premier abord avoir peu d'intérêt; mais j'y insiste parce qu'ils se rencontrent très-souvent dans la pratique.

Le troisième malade est un homme de trente-deux ans, couché au n° 3 de la salle Saint-Jean; il est robuste, se nourrit bien, et dans l'étiologie de sa maladie on ne trouve aucune cause générale appréciable. Depuis plus de deux ans il souffrait dans la bouche, dans le point correspondant à la dernière molaire gauche.

Bientôt un abcès se forma du côté de la bouche, et fut ouvert. Plus tard il s'en produisit un autre sur la joue, mais à 5 ou 6 centimètres en avant de cette dent, au-dessous de la commissure gauche de la bouche; cet abcès resta fistuleux et s'accompagna d'un décollement de la peau. Un chirurgien remédia par une opération à ce décollement cutané; mais la cause continuant à persister, la fistule, après s'être fermée momentanément, n'a pas tardé à se reproduire, et depuis lors elle a toujours donné passage à du pus. Le malade s'adressa alors à un dentiste, qui pendant six semaines fit des injections iodées dans la fistule; celle-ci n'en persista pas moins, et il est assez curieux qu'un dentiste expérimenté n'ait pas songé que ces accidents aient pu être causés par la dent de sagesse; il est vrai que la position de cette fistule, qui est presque sur la région mentonnière, a pu donner le change au dentiste, qui, examinant la bouche, a trouvé toutes les dents parfaitement saines; cette migration du pus à une distance variable du foyer de l'inflammation est, du reste, une cause d'erreur que j'ai constatée bien des fois.

Quoi qu'il en soit, les injections iodées, comme on le comprend fort bien, n'amenèrent aucun résultat. Le malade se rendit alors chez un autre dentiste, à qui il demanda de lui arracher la dernière grosse molaire; mais celui-ci refusa de l'enlever, disant que la dent était barrée; cela est faux, jamais la dent de sagesse n'a de racines fourchues et croisées. Enfin le malade se présenta à un dentiste, sur une place publique. Celui-ci reconnut parfaitement que la dernière molaire, gênée dans son évolution, était la cause de tous ces accidents, et lui proposa d'arracher non pas la dernière molaire, mais celle d'avant, dans le but de faire de la place à la dent de sagesse. Il enleva donc la seconde molaire; mais cela n'a pas suffi, et les choses sont restées comme auparavant.

C'est alors que cet homme vint dans notre service, salle Saint-Jean, n° 3. Au simple aspect du malade, j'ai dit qu'il y avait une fistule dentaire ; ces sortes de fistules sont reconnaissables à certains caractères. En effet, elles sont légèrement déprimées, et autour d'elles la peau est froncée, plissée; enfin, lorsqu'elles reposent sur la mâchoire inférieure, elles sont le plus souvent adhérentes à l'os. Le premier soin, en pareil cas, est d'explorer avec un stylet le trajet fistuleux. Chez notre malade, la fistule était placée vis-à-vis de la première petite molaire ; le stylet s'est dirigé de bas en haut et a abouti derrière la dent de sagesse, où le doigt le sentait aisément soulevant la gencive. Portant ensuite le stylet en dedans vers la mâchoire, nous avons senti quelque chose de dur; est-ce la dent, ou bien le maxillaire ? Le choc du stylet contre un corps dur rend un son plus clair que celui d'un séquestre, ce qui m'a fait conclure que c'était contre la molaire qu'il frappait.

Chez ce malade, l'évolution difficile de la dent de sagesse a donc évidemment produit une inflammation chronique qui a été le point de départ de l'abcès, et par suite de la fistule; peut-être même l'alvéole a-t-il participé à cette phlegmasie. J'ai donc fait arracher la dent de sagesse ; dès le lendemain, il y avait déjà moins de suppuration, et le troisième jour la guérison était complète. Le malade put alors quitter l'hôpital. Quinze jours après, il est revenu nous voir; la guérison ne s'est pas démentie.

OBSERVATION DE FIÈVRE PUERPÉRALE GRAVE,

Par M. le docteur Thibault.

Mme D..., âgée de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une complexion délicate, n'a jamais été malade, si ce n'est

il y a quatre ans, dans un voyage en Amérique, où elle contracta à bord la fièvre jaune. Mère de trois enfants, forts et bien portants, ses accouchements ont toujours été naturels et les suites de couches heureuses.

Devenue enceinte une quatrième fois, elle eut une grossesse beaucoup plus pénible que les autres : dès le sixième mois, elle ressentit de douleurs vagues dans la région lombaire et le ventre, de la lassitude dans les membres et une grande gêne de la respiration.

Une petite saignée amenda tous ces symptômes, mais seulement pour quelques semaines, car ils reprirent tous une intensité nouvelle, qui alla croissant à mesure qu'approchait le moment de l'accouchement.

Cet état de souffrance continuelle avait réagi d'une manière fâcheuse sur le moral de Mme D... Elle s'imagina qu'elle allait faire des couches malheureuses. Cette idée, qui ne la quittait point, malgré tout ce qu'on put lui dire, ne fit que grandir chaque jour, et c'est dans un véritable état de découragement qu'elle fut prise par les premières douleurs de l'enfantement, dans la matinée du 22 mars dernier. L'accouchement ne présenta aucune particularité, et se termina naturellement à cinq heures du soir par la naissance d'un enfant fort et bien portant. Le placenta et les membranes sortirent entièrement par quelques légères tractions sur le cordon, et l'utérus rétracté descendit à deux travers de doigt sous l'ombilic.

L'accouchée, très-fatiguée, reposa bien toute la nuit. A son réveil elle eut une selle abondante et liquide, accompagnée de coliques ; pas de fièvre, ventre insensible à la pression ; matrice dure et rétractée. Une potion gommeuse laudanisée fait disparaître ces symptômes.

Le 24 mars, la sécrétion du lait commence à se faire ; l'enfant prend le sein avec avidité ; le pouls offre une légère fréquence ; la peau est un peu chaude ; toutes les fonctions s'exécutent normalement.

Le 27 mars, Mme D..., qui ne s'est pas encore levée, est prise sans cause connue d'un frisson suivi de chaleur, de soif vive ; pouls fréquent ; la sécrétion du lait a presque cessé, les lochies sont fétides, et le ventre, légèrement ballonné, est très-douloureux à l'hypochondre droit et à l'hypogastre, où l'on sent la matrice qui a augmenté de volume. Je fais appliquer dix sangsues sur le ventre ; je prescris des onctions avec l'onguent napolitain de deux en deux heures, et des cataplasmes émollients fréquemment renouvelés.

Le 28, les douleurs et la fièvre ont beaucoup diminué ; l'utérus, moins sensible au palper, s'est abaissé. — Traitement : 7 sangsues, onctions mercurielles, cataplasmes, et diète absolue.

Le 29, douleurs et fièvre ont disparu. On continue encore les cataplasmes, et je permets l'usage du bouillon.

Le 30, tout était rentré dans l'ordre, la fétidité des lochies avait disparu ; à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pubis et un peu à droite, on sent encore l'utérus dur et à peine sensible à la pression. Il y a peu d'appétit ; le pouls offre de la fréquence. On continue les cataplasmes et le bouillon.

Cet état persiste avec des alternatives de mieux et de plus mal pendant tout le mois d'avril.

Le 2 mai, Mme D..., qui n'a jamais commis aucune imprudence, est prise subitement d'un frisson intense, de soif vive ; le pouls est petit, serré, dur, très-fréquent, la peau chaude ; les traits de la face sont altérés ; le ventre est ballonné, très-douloureux, le moindre contact exaspère les douleurs ; l'utérus monte jusqu'à l'ombilic ; la respiration est courte, très-fréquente ; de temps à autre il y a des vomissements de matières bilieuses.

Un confrère est appelé le matin en consultation, et nous convenons du traitement suivant : 12 sangsues sur le ventre, en faire bien saigner les piqûres ; cataplasmes de farine de lin, onctions mercurielles de deux en deux heures ; à l'intérieur, on donne deux centigrammes et demi de calomel toutes les heures. Le soir, on renouvelle l'application des sangsues.

Le lendemain, à notre visite, tous les symptômes se sont aggravés : la face est jaunâtre, les traits sont décomposés, les yeux égarés et enfoncés dans les orbites ; pouls d'une petitesse et d'une fréquence extrêmes ; peau brûlante, couverte d'une sueur froide, visqueuse ; le ventre est énorme, peu sensible, fluctuant ; il y a du hoquet et du délire. Nous faisons appliquer un énorme vésicatoire recouvrant tout le ventre ; on continue le calomel à doses fractionnées et associé à l'opium, et l'on donne de temps en temps une cuillerée de bouillon de bœuf.

Presque toute espérance de salut paraissant perdue, nous manifestons à la famille nos craintes d'une fin funeste et très-prochaine.

Le jour suivant, nous constatons, non sans surprise, un mieux sensible. Le délire, les vomissements et le hoquet ont diminué, les traits de la face sont moins altérés et le pouls est un peu moins fréquent.

Les gencives sont sensibles, légèrement gonflées, et en se penchant vers la malade, on sent faiblement encore l'odeur spécifique de la stomatite mercurielle.

Traitement. — L'énorme vésicatoire n'ayant produit qu'une vésication partielle, on en applique un nouveau sur la partie du ventre restée intacte, et l'on continue le calomel, les onctions mercurielles et le bouillon.

Le lendemain 5 mai, grande amélioration dans tous les symptômes ; le volume et la sensibilité du ventre ont notablement diminué ; le pouls est moins fréquent ; les traits de la face sont naturels ; tout l'intérieur de la bouche est douloureux et gonflé, mais la salivation est peu abondante. Je donne encore le calomel pendant cinq jours, tout en accordant du bouillon, et je cesse alors tout traitement, la salivation restant stationnaire. Pendant ce temps, l'état de notre malade s'est considérablement modifié, la fièvre a disparu ; le ventre, presque revenu à son état normal, n'est plus dur ni douloureux, et l'utérus est descendu dans le petit bassin.

Les forces physiques de Mme D... revenaient lentement, sous l'influence d'un régime tonique et réparateur. Déjà elle hasardait quelques pas dans son jardin, appuyée sur le bras de son mari, quand elle fut prise d'un nouveau frisson, avec douleur dans le côté gauche du ventre. La palpation fait découvrir, dans la région iliaque gauche, une tumeur ovoïde, rénitente, dure, très-douloureuse, mobile, de la grosseur d'un œuf de dinde, dirigée obliquement et plongeant dans le petit bassin. Il y a de la soif, la peau est chaude et le pouls bat cent fois par minute. — Traitement : 10 sangsues *loco dolenti*, cataplasmes émollients, onctions mercurielles, diète.

Le lendemain, la douleur et le volume de la tumeur sont beaucoup moindres. — Traitement : 6 sangsues, cataplasmes et onctions mercurielles. Comme il n'y a plus eu de garde-robes depuis trois jours, je fais prendre toutes les heures une cuillerée de citrate de magnésie, et l'on continue la diète.

Le 2 juillet, troisième jour de l'invasion de cette nouvelle maladie, la fièvre et toute douleur avaient disparu, et le volume de la tumeur était réduit à celui d'un œuf de pigeon. — Traitement : vésicatoire volant, bouillon, potages.

Le jour suivant, tout était rentré dans l'ordre.

Cette observation offre un double intérêt, et sous le rapport de la diversité et de la gravité des lésions présentées par la malade qui en fait le sujet, et sous le rapport du traitement employé, dont l'efficacité dans cette circonstance ne peut laisser aucun doute.

La première maladie que j'ai eu à combattre était une inflammation de l'utérus, qui a cédé assez promptement à un simple traitement antiphlogistique.

La deuxième affection était la véritable fièvre puerpérale, ou métro-péritonite puerpérale, avec son invasion brusque, sa marche rapide, et tout son cortége de symptômes alarmants. Voilà donc une fièvre puerpérale grave, à la campagne, chez une personne aisée, dans les meilleures conditions hygiéniques possibles, et pendant une constitution médicale excellente. C'est un fait à ajouter à tant d'autres qui prouvent que cette maladie peut se montrer à la campagne comme en ville, chez le riche comme chez le pauvre, pendant une bonne constitution médicale comme en temps d'épidémie.

Certes cette simple observation ne jettera pas un grand jour sur la nature d'une maladie qu'une discussion de trois mois à l'Académie de médecine n'est point parvenue à éclairer ; mais elle fera voir la grande efficacité d'un traitement qui nous a procuré un succès complet dans un cas pour ainsi dire désespéré. Cette médication n'est pas neuve sans doute, mais, comme toutes les autres, elle a été récemment proclamée inefficace en pleine Académie. Or, cette observation témoigne contre l'opinion de la savante Compagnie.

Quant à la dernière affection qui est venue inquiéter Mme D... dans sa convalescence, c'était évidemment une inflammation de l'ovaire gauche, accident assez commun, dont un traitement antiphlogistique a fait promptement justice.

CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LE QUADROXALATE DE POTASSE.

Traitement par le bi-carbonate de soude. — Guérison.

Par M. le docteur JULES WORMS.

J'avais engagé une jeune dame chlorotique que je traitais depuis quelque temps par les préparations de fer, à prendre 15 grammes de crème de tartre.

Le 13 novembre dernier au matin, le mari de cette dame, M. W..., vient me prévenir en toute hâte que, d'après mon conseil, il a fait prendre, il y a quelques instants, à sa femme, la substance prescrite ; mais que très-peu de moments après l'ingestion du médicament, elle a éprouvé des douleurs d'estomac très-vives, et qu'elle fait en ce moment des efforts pénibles pour vomir.

Je dus supposer que cette pauvre dame était la victime de quelque erreur pharmaceutique. Je me rendis chez elle et la trouvai assise dans son lit, la face anxieuse et pâle, couverte d'une sueur froide, les yeux caves, la peau glacée, le pouls misérable, les doigts et les ongles bleus, comme ceux d'un cholérique. Elle souffrait les douleurs les plus vives ; sa voix éteinte indiquait que l'estomac et le ventre la brûlaient. Devant elle se trouvait un vase qui contenait des matières vomies, spumeuses et d'un fond blanc mélangé de quelques plaques brunes.

Je goûtai la substance blanche restée au fond du verre dans lequel on avait délayé le prétendu tartrate de potasse, et je dus supposer que c'était du quadroxalate de potasse (sel d'oseille). Jugeant que ce qui pouvait être expulsé de ce poison l'avait été par des vomissements répétés, je ne songeai qu'à neutraliser ce qui pouvait en rester ; je fis prendre une solution chargée de bi-carbonate de soude. Aussitôt il y eut de nombreuses éructations, une diminution dans la douleur épigastrique ; les efforts de vomir s'apaisèrent.

On continua l'usage de la boisson alcaline combinée avec une infusion aromatique ; la malade resta couchée, et au bout d'une demi-heure j'eus la satisfaction de voir la voix devenir plus claire, la peau se réchauffer et le pouls se développer. Les douleurs épigastriques s'étaient étendues, il est vrai, et la malade se plaignait surtout d'une douleur violente dans les lombes, due peut-être à la distension produite par le gaz acide carbonique.

Je me rendis chez le pharmacien qui avait délivré le médicament. Il me présenta le vase portant l'inscription : Tartrate acide de potasse, et m'assura que c'était là que, selon mon ordonnance, il avait puisé le médicament. Cette substance, que je goûtai, était très-acide, et ne pouvait être du tartrate de potasse.

Une analyse faite immédiatement confirma mes appréhensions, et démontra que tout le contenu du flacon n'était que du quadroxalate de potasse, et que par conséquent ma pauvre malade en avait avalé 15 grammes.

Heureusement les symptômes d'un empoisonnement rapide et fatal diminuaient de plus en plus. Vers le soir, les douleurs stomacales et lombaires étaient encore intenses. Mais la pression exercée sur l'épigastre était peu sensible. Le pouls était encore faible, mais beaucoup moins que le matin. Quelques cuillerées d'un potage féculent furent supportées sans douleur ; il s'ensuivit bientôt une selle normale.

La solution de bi-carbonate de soude avait été administrée le matin, et on la continua le lendemain.

Pendant deux jours, le goût acide du poison subsista avec violence ; on continua l'usage de la boisson alcaline.

La malade était d'une pâleur effrayante et se traînait à peine ; elle souffrait de l'estomac, mais cette douleur n'augmentait pas par l'ingestion des aliments légers qu'elle prenait. De jour en jour son état s'améliorait, les forces revenaient, et au bout d'une semaine cette jeune dame put reprendre les habitudes de sa vie ordinaire.

J'ai recueilli et publié cette observation pour mettre en relief deux points, l'un que je crois utile, l'autre qui l'est sans nul doute.

Je pense qu'il y a un grand avantage à saturer les acides ou sels acides vénéneux introduits dans l'estomac par une base dissoute, au lieu d'employer, comme on le recommande, une base délayée et inégalement suspendue, tels que la craie, le plâtre, la magnésie.

De la craie râpée, par exemple, dont on se sert traditionnellement dans ce cas, va très-inégalement se répandre sur la surface de l'estomac que baigne la liqueur vénéneuse. Il y aura donc tel point où la neutralisation se fera, tel autre où le poison continuera ses ravages.

Un second effet qu'il serait en outre avantageux d'obtenir, serait celui de réaliser par la neutralisation un composé très-soluble, et dont l'absorption ou au moins le passage dans les voies digestives serait sans danger pour l'organisme.

Il est probable qu'une muqueuse stomacale qui vient d'être atteinte par un acide caustique devra se trouver dans de mauvaises conditions de guérison quand elle sera empâtée et incrustée par de l'oxalate de chaux, par exemple, dont l'élimination sera très-difficile et demandera un temps long et des efforts violents.

En administrant la solution de bi-carbonate de soude, on évite ces inconvénients quand on se propose de neutraliser l'acide sulfurique, nitrique, oxalique, etc.

Il est peu de neutralisations qui se fassent aussi rapidement que celle du quadroxalate de potasse par une solution d'un poids égal de bi-carbonate de soude, et on remarquera que cette substance est très-répandue dans les familles depuis qu'elle sert à préparer l'eau gazeuse artificielle.

Je n'ai pas la prétention d'enrichir en quoi que ce soit la liste des antidotes, et je n'ajoute que peu d'importance à ce point de mon récit ; mais l'histoire de la malade que je viens de citer peut servir surtout aux pharmaciens.

Quand on lit les observations d'empoisonnement par l'acide oxalique et l'oxalate de potasse, on est frappé de ce qu'ils sont presque toujours causés parce qu'on a cru délivrer dans les officines du tartrate de potasse. Il y a là certainement une modification importante à apporter dans les habitudes pharmaceutiques ; elle mettra à l'abri la vie des malades et évitera aux médecins les terreurs que causent toujours de pareils accidents.

TRAITEMENT MÉDICAL DES CATARACTES.

Dans une lettre adressée à M. le docteur Caffe, M. le professeur A. Guépin (de Nantes), qui a expérimenté ce traitement avec quelque succès, et dont l'opinion, comme on le sait, fait autorité en pareille matière, s'exprime ainsi :

Je suis loin de croire que l'on puisse guérir médicalement toutes les cataractes ; je suis même loin d'être fixé sur toutes les séries de cataractes qu'il est possible de faire rétrocéder ou d'arrêter en leur développement.

Le traitement dont je vais exposer la formule générale m'a donné souvent de très-bons résultats, surtout dans les cataractes qui appartiennent aux groupes suivants :

Cataractes molles congénitales.

Cataractes traumatiques.

Cataractes liées à un état chlorotique, albuminurique — diabétique, etc.

Cataractes qui avaient débuté par une sorte d'hydropisie entre le cristallin et sa capsule.

Le traitement est interne et externe.

Le traitement interne se compose de résolutifs, de liquéfiants, tels que l'iodure de potassium et le chlorhydrate d'ammoniaque, le nitrate de potasse, etc.

Le traitement externe se compose de ventouses sur le cou, de vésications ammoniacales sur le front et les tempes, sur le cuir chevelu même, et derrière les oreilles, de frictions sur la paupière supérieure, le front et les tempes, avec des pommades excitantes et résolutives ; enfin de pommades entre l'œil et la paupière inférieure.

Cette thérapeutique est basée sur ce principe : que toutes les maladies de l'œil, ou presque toutes, sont dues soit à des vices de la circulation capillaire, soit à des vices d'endosmose, et que par suite les médicaments et les médications qui peuvent rappeler à l'état normal ou presque normal, et la circulation capillaire et l'endosmose, sont en ophthalmologie du plus puissant effet.

Voici nos principales formules de médications :

Mélange ammoniacal vésicant.

Ammoniaque, une partie.

Huile camphrée, deux parties.

Ce mélange, qui s'applique avec de la ouate, produit un ex-

cellent effet en dix ou quinze minutes. Il est plus facile à préparer, plus facile à manier que la pommade de Gondret.

Pommade excitante et résolutive pour frictions :

Axonge.	20 grammes.
Carbonate d'ammoniaque. . . .	2 —
Chlorhydrate id..	2 —
Iodhydrate id..	1 —
Huile camphrée.	5 —

Autre pommade pour le même objet :

Axonge.	10 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque. .	2,50
Iodhydrate d'ammoniaque. . .	2,50

Pommades pour employer entre l'œil et la paupière inférieure :

Axonge..	10 grammes.
Iodhydrate d'ammoniaque. . .	0,25
Chlorhydrate d'ammoniaque.. .	0,25

Solution pour donner à l'intérieur, — soit, par exemple, à une jeune fille chloro-albuminurique :

Eau..	300 grammes.
Tartrate ferrico-potassique. . .	5 —
Iodure de potassium.	8 —
Chlorhydrate d'ammoniaque. . .	4 —
Nitrate de potasse.	30 —

Une cuillerée à café à chaque repas dans la boisson de la malade.

Soit un malade chez lequel un iritis a été la cause première du mal :

Sirop de salsepareille.	1 litre 1000 grammes.
Iodure de potassium.	8 —
Chlorhydrate d'ammoniaque.. . .	4 —
Nitrate de potasse..	50 —

Le malade en prend par jour deux cuillerées à bouche.

Je signale aux praticiens les pommades au chlorhydrate et à l'iodhydrate d'ammoniaque, comme éminemment utiles, en dehors même des maladies oculaires, chaque fois qu'il faut produire une résorption. Je les ai essayées avec succès sur des tumeurs articulaires du genou, sur des loupes graisseuses, et quoique je ne fasse plus, à proprement parler, de médecine générale, j'ai saisi avec empressement quelques occasions favorables pour des expérimentations qui toutes ont réussi.

Ainsi, par exemple, rien d'avantageux, dans les affections chroniques de la moelle épinière, comme les frictions répétées avec des pommades contenant du camphre, de l'iodhydrate et du chlorhydrate d'ammoniaque.

(*Journ. des conn. méd. et pharm.*)

UNE LITHOTOMIE OU LE CALCUL A FAIT DÉFAUT.

Les gouverneurs de l'hôpital de Nottingham ont eu, en octobre 1858, à apprécier la conduite d'un chirurgien de cet établissement, accusé d'impéritie. Voici comment notre confrère lui-même, M. Wright, raconte le fait :

J'avais admis Joseph H..., enfant de huit ans, souffrant de tous les symptômes d'une pierre dans la vessie. Avant l'opération, je constatai, ainsi qu'un de mes collègues, le bruit, un peu obscur mais distinct cependant, de la sonde contre le corps étranger. Le jour même, trois autres chirurgiens tombèrent d'accord sur la présence d'un calcul. Je pratiquai alors l'incision au périnée, suivant le procédé ordinaire. A peine ouverte, la vessie expulsa violemment son contenu, et en même temps il sortit du rectum une grande quantité d'écorce d'orange mâchée, colorée par les matières fécales.

J'introduisis alors un doigt dans la vessie; mais, à notre grande surprise, ni moi ni mes collègues n'y pûmes découvrir de corps étranger. On chercha également avec le plus grand soin parmi les linges et sur le plancher, mais sans plus de résultat. La plaie guérit sans accidents en seize jours. Les phénomènes morbides dont l'enfant se plaignait avant l'opération n'ont pas reparu depuis lors.

Le problème clinique étant ainsi élucidé, le lecteur désire sans doute apprendre comment se dénoua la question administrative. L'issue en a été conforme aux justes espérances de nos confrères. L'arrêt, basé principalement sur ce que l'opération a eu la sanction des médecins qui furent consultés, prononce « qu'elle a été faite avec soin et habileté. » (*The Lancet* et *Gaz. méd. de Lyon.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 janvier 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Lemoine, médecin des épidémies de l'arrondissement de Château-Chinon, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de ce nom en 1858. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. Dimbarre, médecin inspecteur des eaux minérales de Cauterets (Hautes-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1858.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Chevance, médecin à Wassy (H.-M.), sur l'influence de la vaccine sur la variole et sur l'opportunité des vaccinations et des revaccinations pendant l'épidémie variolique. (Commission de vaccine.)

2° Une note de M. Loiseau (de Montmartre), sur le traitement médical et préventif du croup. (Commissaires : MM. Nélaton, Blache, Trousseau.)

3° Une note de M. Pétrequin (de Lyon), sur une méthode particulière pour guérir l'hydrocèle presque extemporanément et sans opération. (Commissaires : MM. Gavarret, Jobert.)

4° Une lettre de M. Pons, de Bez, près le Vigan (Gard), accompagnant l'envoi d'un travail intitulé : *Etudes sur les aphorismes d'Hippocrate.*

5° Une note de M. le docteur Guyot, de Tromarey (H.-S.), qui réclame la priorité à l'égard de l'idée mère de l'anesthésie faradique. Il appuie cette réclamation sur un travail manuscrit qu'il a adressé à l'Académie il y a plus de deux ans, sous ce titre : *Anesthésie cutanée produite par un courant électrique, etc.*

6° Une lettre de M. Panis, professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine de Reims, accompagnant un extrait du registre des délibérations du Conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement de Reims, où sont constatés les efforts qu'a faits M. Panis pour la propagation des vaccinations et des revaccinations dans cet arrondissement. (Commission de vaccine.)

RAPPORT.

Formule de l'extrait alcoolique de quinquina à la chaux. — M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit un rapport officiel en réponse à une lettre du ministre du commerce, qui informe l'Académie que MM. Labarraque et Cie sollicitent la délivrance d'une copie du rapport adopté le 24 février 1857, et portant approbation de la formule de l'extrait alcoolique de quinquina à la chaux.

La commission propose de répondre à M. le ministre que l'Académie est d'avis qu'il n'y a pas lieu de délivrer la copie demandée. (Adopté.)

Fin de la discussion sur le rapport relatif au tubage de la glotte.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le tubage et la trachéotomie.

La parole est à M. Bouvier.

M. BOUVIER. Il y a dans le dernier discours de M. Malgaigne des parties auxquelles, pour toute réponse, j'appliquerai ces paroles de Cicéron : « *Est hominibus facetis et dicacibus difficillimum habere hominum rationem et temporum, et ea quæ occurrunt, quum salsissime dici possint, tenere.* »

J'entre en matière. Je suis heureux d'abord de constater que sur un point, sur le chiffre brut de notre statistique de l'hôpital, le différend est à peu près terminé. M. Malgaigne nous accorde 112 guérisons, juste le chiffre de M. Guersant. J'ai revu depuis ses registres, et j'y ai retrouvé 4 guérisons omises dans son relevé. Cela fait donc 116. MM. Roger et Sée ont adopté le chiffre de 126; ce n'est pas comme moyen terme et sans aucune critique, ainsi que M. Malgaigne l'a prétendu; c'est après un examen approfondi; c'est en mettant à profit un moyen de contrôle qui leur était fourni par les observations de thèses que MM. Roger et Sée ont été conduits à ce chiffre; ils ont 10 guérisons de plus que M. Guersant, parce qu'ils ont cru devoir porter des cas d'opérés guéris du croup et morts d'autres affections. Ecartons ces 10 cas, il restera toujours 116 guérisons, c'est-à-dire 24 ou 25 sur 100 malades, au lieu de 26 à 27, proportion indiquée par MM. Roger et Sée. Cette différence importe peu.

Mais M. Malgaigne a fait à notre statistique un autre reproche. Suivant lui, ce sont des cas de croups opérés sans nécessité, qui grossissent le chiffre de nos guérisons; on n'a pas les mêmes succès en ville, parce qu'on n'y est pas libre d'opérer des croups qui n'en ont pas besoin. Ceci est grave; mais poursuivons. Si nous avons à l'hôpital des Enfants plus de guérisons depuis 1850, cela ne dépend pas, suivant M. Malgaigne, des perfectionnements du traitement consécutif; c'est parce que M. Trousseau nous a apporté une *idée*, l'idée d'opérer sans aucun traitement préalable, dès que l'existence du croup est constatée. M. Trousseau, en dépit des autres chefs de service qui ne partageaient pas son idée, aurait amené les internes à la mettre en pratique.

Ceci est une petite découverte faite par M. Malgaigne, dans les loisirs de l'indisposition passagère, grâce à Dieu, qui l'a un moment éloigné de nous. Ce n'est pas tout. M. Trousseau a quitté notre hôpital à la fin de 1852, et justement nous avons eu moins de guérisons en 1853. Voyez, dit M. Malgaigne, c'est que *l'idée* avait quitté l'hôpital des Enfants. Cependant, elle ne l'avait pas tout à fait quitté, notre collègue en convient, c'est pour cela apparemment que nous avons eu plus de guérisons en 1854 et en 1855 qu'en 1852, que nous en avons eu tout autant en 1856 qu'en 1850. M. Malgaigne admet même que *l'idée* se trouvait encore à notre hôpital en 1858, puisqu'il nous apprend qu'il l'en a bannie, dans les derniers mois de l'année, sans doute à jamais. Est-que cela est sérieux ?

Faut-il répéter ce qui a été dit des statistiques de la ville? Faut-il remettre sous vos yeux les documents produits par M. Trousseau? Vous êtes aujourd'hui convaincus, aussi bien que moi, que toutes conditions égales d'ailleurs, la trachéotomie dans le croup réussit encore mieux en ville qu'à l'hôpital.

Que fait-on à l'hôpital des Enfants dans le cas de croup en 1850, 51, 52, dans ces années qu'a signalées le triomphe de l'idée de M. Trousseau, de cette idée d'opérer tout croup dûment constaté? Vous allez l'apprendre des chefs de service, des internes d'alors, comme vous avez appris des chefs de service, des internes d'hier, ce qu'on y faisait en 1858.

(Ici M. Bouvier donne lecture de quatorze lettres, dont trois de MM. Guersant, Blache et Bouley, et onze de MM. Labric, Beauvais, Sainet, Gondouin, Dufour, Becquet, Caillault, Archambault, Axenfeld, Duchaussoy et Moynier, internes en 1850, 1851 et 1852, en réponse aux questions qu'il leur a adressées); puis il continue en ces termes :

Ces témoignages sont unanimes; tous déposent contre les assertions de M. Malgaigne; tous montrent que la trachéotomie était pratiquée à l'hôpital des Enfants de 1851 à 1852 dans les mêmes circonstances et sur les mêmes indications qu'en 1858. Ces indications sont posées de la même manière et presque dans les mêmes termes par ces lettres individuelles et par la lettre collective des internes de 1858.

Maintenant, qu'importe que M. Trousseau ait imprimé en 1834 qu'il faut opérer le plus tôt possible, dès que le croup membraneux est constaté? M. Malgaigne est-il sûr qu'à quinze ans de date les idées de son collègue ne s'étaient pas modifiées? — A la vérité, Letixerant, en 1852, dit que M. Trousseau pensait alors comme en 1834; mais on a vu tout à l'heure ses collègues s'exprimer un peu différemment.

Ainsi, l'idée dont M. Malgaigne vous a parlé n'existait à l'hôpital des Enfants ni dans la personne de M. Trousseau ni dans l'esprit des internes; elle existait uniquement dans la pensée de l'un d'entre eux, encore n'y était-elle qu'à l'état de théorie sans application pratique.

Ne croyez pas, d'ailleurs, qu'il fût alors aussi facile que M. Malgaigne veut bien le dire, de pratiquer à notre hôpital des trachéotomies *prématurées*. L'administration prévoyante, en permettant aux internes de faire l'opération, avait pris de sages mesures pour en prévenir l'abus. Il était prescrit au directeur d'envoyer chercher M. Guersant toutes les fois que le cas n'était pas urgent. Le directeur se rendait auprès du malade, et ne donnait l'autorisation d'opérer immédiatement que lorsque les internes présents déclaraient qu'il y avait danger pour l'enfant à attendre le chirurgien de l'hôpital. Les familles elles-mêmes étaient consultées toutes les fois que cela se pouvait, etc.

Mais les observations de Letixerant! dit M. Malgaigne. M. Sée n'est-il pas convenu lui-même qu'il y en a jusqu'à quatorze où l'indication d'opérer n'est pas clairement démontrée? N'en trouve-t-on pas 16 dans lesquelles il y avait à peine une légère dyspnée? — L'unique moyen de répondre à une pareille assertion est de passer rapidement en revue ces 16 observations.

Il résulte de l'analyse de 15 de ces observations qu'il n'en est pas une où il n'ait été constaté un commencement d'asphyxie, ou tout au moins une dyspnée plus ou moins intense.

Voilà, continue M. Bouvier, les *dyspnées légères* de M. Malgaigne!

On trouve, vous a dit notre collègue, dans les observations de Letixerant, et aussi dans celles de M. Millard, des trachéotomies faites sans indication suffisante. Il faudrait dire sans indication *suffisamment* détaillée. Les auteurs, en effet, ne s'attendaient guère à ce qui arrive, et ne croyaient nullement avoir besoin de justifier les opérateurs. M. Millard a fourni ailleurs ces suppléments de lumière, qu'on lui reprochait de n'avoir pas donnés. Letixerant n'est plus là pour répondre; mais ses chefs, et ses collègues qui ont opéré les sujets de ses observations, vous ont parlé pour lui.

Quant à la seizième observation (le n° 21 de Letixerant), qui a joué un grand rôle dans l'argumentation de M. Malgaigne, celle qu'il a appelée le *coup d'éclat* de M. Trousseau, et qui aurait, suivant lui, converti les internes à l'idée de l'opération *prématurée*, cette observation, avant d'être publiée par Letixerant, l'avait été par M. Trousseau lui-même en 1851. Or, ni dans l'exposé du fait particulier dont il s'agit, ni dans tout le reste du travail, M. Trousseau ne fait la moindre allusion à l'idée que M. Malgaigne lui prête. Le mémoire où est consigné ce fait contient 28 observations de trachéotomie, dont 16 pratiquées en ville. Trois opérations seulement ont été faites dans la période d'asphyxie commençante, tous les autres enfants ont été opérés dans un état d'asphyxie avancé. Dans les trois cas, M. Trousseau explique sa conduite, la justifie, l'excuse pour ainsi dire, sans chercher le moins du monde à l'ériger en principe.

Ce que M. Trousseau a prêché, ce qu'il a fini par persuader non-seulement aux internes, mais encore aux chefs de service, c'est de ne pas trop attendre; c'est, quand on le peut, d'opérer avant une asphyxie trop avancée, d'opérer aussitôt que les ressources médicales étant épuisées, ou n'ayant plus aucune chance de succès, les symptômes font juger la trachéotomie indispensable.

Voilà où il y a eu quelquefois lutte, où il y a eu des conversions. La dernière de ces conversions n'est pas la moins glorieuse; c'est celle de M. Malgaigne lui-même. « Dès qu'il y a des fausses membranes dans le larynx, tenter d'abord les autres moyens de traitement, et, quand ils sont reconnus impuissants, alors, mais seulement alors, opérer le *plus tôt* possible. » Telle est la règle retracée dans la lettre de M. Malgaigne du 7 décembre. Nous commençons à nous entendre, car de notre côté, nous n'avons jamais dit autre chose; il faut seulement ajouter avec Letixerant, qui cette fois est dans le vrai : « Eviter qu'une trop grande confiance dans les moyens médicaux ne fasse perdre un temps précieux pour la trachéotomie. »

M. Bretonneau, que M. Trousseau, et après lui M. Malgaigne, ont cru partisan de l'opération tardive, a au contraire parfaitement tracé les avantages de la trachéotomie non prématurée, mais hâtive, mais opportune, suivant la juste expression de M. Barth. Déjà, en 1839, M. Velpeau, imbu du principe de l'école de Tours, a dit, dans sa Médecine opératoire, qu'on se décidait trop tard à l'opération, et qu'il y fallait trop de soins consécutifs pour qu'elle réussît à tout le monde comme à MM. Bretonneau et Trousseau. Aujourd'hui tout le monde peut y réussir.

Les thèses de Bataille, de MM. André, Thibaut, Millard, ne renferment pas d'autre doctrine. Tous les efforts de M. Malgaigne ne feront pas voir dans ces thèses l'idée de l'opération appliquée au début du croup, au croup simplement constaté. C'est d'après ces thèses, et notamment d'après les faits publiés par Letixerant et M. Millard, que MM. Roger et Sée ont confirmé, à l'aide de la statistique, les principes de MM. Bretonneau et Trousseau. M. Malgaigne a contesté la signification de cette statistique partielle : elle porte, a-t-il dit, sur des faits trop peu nombreux, et elle comprend des cas de trachéotomie pratiquée trop tôt, inopportunément. Permettez-moi de vous lire une courte réponse de M. Sée aux objections de notre collègue :

(La lettre de M. Sée répond aux observations critiques de M. Malgaigne relatives à la valeur de la statistique générale des trachéotomies de MM. Roger et Sée, et aux reproches formulés à la tribune contre les opérations dites prématurées et le triage des croups à opérer. Sur le premier point M. Sée fait remarquer que la proportion de 26 à 27 p. 100 résultant de cette statistique repose sur des indications rigoureuses, tandis que celle de 25 p. 100, sur laquelle on s'accorde généralement, n'est qu'approximative.

Au sujet des opérations prématurées, M. Sée convient que sur les 39 observations réputées hâtives, il en a récusé 8 cas dont les détails lui ont paru insuffisants pour démontrer l'imminence de l'asphyxie; mais il en reste 31 qui portent toutes l'indication précise des signes de

l'asphyxie commençante, et sur lesquelles 17 guérisons, ce qui établit une proportion de 6 sur 10 pour cette série.

Enfin, relativement au reproche d'éviter les *mauvais* cas pour grossir la colonne des succès, M. Sée fait remarquer que sur 96 enfants qui n'ont pas été trachéotomisés, si l'on s'est abstenu, c'est qu'on les a jugés ou trop bénins ou trop compromis par l'infection générale pour légitimer l'opération. En effet, sur ces 96 cas, il y a eu 49 guérisons. Quant aux 47 autres, la mort n'a pu être attribuée, pour la plupart, qu'à l'intoxication diphthéritique.)

A l'appui des considérations qui terminent la lettre de M. Sée, M. Bouvier place sous les yeux de l'Académie un relevé dressé par son interne, M. Collin, des cas de croup non opérés, reçus dans son service en 1858. On jugera, dit-il, si nous avons mal fait de leur refuser le bénéfice de la trachéotomie ; ces cas sont au nombre de dix-neuf, huit ont guéri ; on nous absoudra, je pense, pour ceux-là.

L'un des onze enfants qui ont succombé était guéri du croup ; il est mort d'accidents consécutifs à la diphthérite générale dont il était atteint. Un autre était agonisant par l'effet de l'empoisonnement d'une diphthérite générale, et non pas par la présence d'un obstacle mécanique produisant l'asphyxie. Un troisième était bien asphyxié par le croup, mais en même temps une diphthérite généralisée l'avait réduit à un tel état de prostration que non-seulement l'opération ne pouvait être utile, mais qu'il était même à craindre qu'elle n'avançât le dernier soupir. Un quatrième n'avait été pris de croup qu'à la fin d'une rougeole maligne qui avait usé tous les ressorts de la vie. Le croup n'était ici qu'un épiphénomène s'ajoutant à un état déjà mortel par lui-même. Six autres enfants étaient affectés d'angine diphthéritique intense, et cinq d'entre eux en même temps de diphthérite nasale. Ils se sont affaiblis graduellement sans présenter d'accès de suffocation ni de symptômes d'asphyxie, quoique le larynx participât à la maladie : on ne pouvait voir là l'indication de la trachéotomie.

Enfin, le onzième malade n'était âgé que de dix-huit mois; le croup avait paru s'amender sous l'influence des vomitifs, quoiqu'il restât de la dyspnée, mais sans accès de suffocation; il en vint un, c'était le premier, ce fut le dernier; il emporta l'enfant avant que l'interne de garde eût le temps d'arriver.

Qui donc oserait dire que c'est pour faire une statistique de cas choisis qu'on n'a pas opéré ces onze enfants? Les exemples que je viens de citer pourront éclairer les doutes que M. Malgaigne conserve au sujet de la diphthérite généralisée.

Le dernier cas me fournit l'occasion d'aborder la question de l'âge, question soulevée dans la lettre des sept internes, de ceux que M. Malgaigne a comparés aux sept sages.

Les internes ont dit qu'ils n'opéraient pas les enfants au-dessous de deux ans, ou plutôt qu'ils ne les opéraient que bien rarement. M. Malgaigne les en a blâmés ; de quel droit ! Il serait difficile de le dire; ce n'est pas, j'imagine, par son expérience personnelle que notre collègue a acquis ce droit. Il existe des exemples de succès au-dessous de l'âge de deux ans, c'est vrai; mais la proportion en est minime par rapport aux revers. Sur une trentaine d'opérations semblables faites à l'hôpital Necker, on ne compte pas un succès. On n'a pas souvenir, à notre hôpital, d'une seule guérison d'enfant au-dessous de deux ans. C'est donc là une détestable condition pour pratiquer la trachéotomie. Pour peu qu'il s'y joigne quelque autre circonstance défavorable, l'opération sera certainement inutile. Pourquoi alors la tenter? Cependant, si toutes les autres conditions sont bonnes, si l'enfant paraît fort pour son âge, si la suffocation est prononcée, si l'obstruction du larynx en est la cause essentielle, on devra opérer, quelque faible que soit la chance de vie de l'enfant. Ces cas sont rares, et cela justifie suffisamment la déclaration de MM. les internes.

Au dire de M. Malgaigne, la discussion engagée devant l'Académie aurait déjà porté ses fruits. La lettre de nos internes de 1858 en serait la preuve. Cette lettre a reçu, à peu de chose près, sa complète approbation : j'en suis charmé. Mais notre collègue la trouve si juste, si vraie, qu'il veut à toute force être pour quelque chose dans sa rédaction. C'est pousser trop loin l'éloge. Non, M. Malgaigne n'est pour rien dans cette œuvre, quel qu'en soit le mérite, car elle résume les principes suivis par nos internes dans toute l'année 1858, et le premier discours de notre collègue, il ne l'a pas oublié, n'est que du 16 novembre dernier.

D'ailleurs cette phrase de la lettre des internes, dans laquelle M. Malgaigne voit une révolution : « Dans la première période du croup, il ne peut pas être question de pratiquer la trachéotomie, » a-t-elle le sens qu'il y attache? S'imagine-t-on que cette première période, où les internes ne veulent pas opérer, est la même que celle où M. Trousseau conseillait d'opérer en 1834, où Leûxerant voulait qu'on opérât en 1852? Détrompez-vous ; M. Malgaigne dans cette circonstance a été induit en erreur une fois de plus par ce mot malencontreux de période, que M. Barth a bien raison de vouloir bannir de cette discussion.

On m'a reproché de changer, au nom de l'hôpital des Enfants, les périodes du croup généralement admises, et d'introduire par là de la confusion dans le langage. M. Malgaigne, qui a reproduit ce reproche, ne s'est pas aperçu qu'il s'appliquait aussi bien à lui qu'à moi. Nous parlons, mon honorable collègue et moi, le même langage quant aux périodes du croup, le langage des internes de l'hôpital des Enfants. M. Malgaigne ne le niera pas, après avoir dit : « Quant il n'y a pas de fausse membrane dans le larynx, il n'y a pas de croup. » Donc la première période du croup commence avec la fausse membrane et non plus tôt.

Cette apparente dissidence au sujet des périodes porte d'ailleurs beaucoup plus sur les mots que sur les choses. Mais qu'en est-il résulté? Que M. Malgaigne ne s'y reconnaissant plus, a confondu la première période de la lettre des internes, la période de croup confirmé, avec ce croup constaté qui indique l'opération, suivant Letixerant et suivant la phrase de M. Trousseau de 1834. Imitons M. Barth; mettons de côté la division par périodes, voyons uniquement les symptômes; il n'y aura plus d'équivoque. Quels sont, d'après la lettre de nos internes, les symptômes du croup confirmé, symptômes qui n'indiquent jamais l'opération? La voix et la toux se voilent, puis s'éteignent, la dyspnée est peu marquée encore, et l'état général assez satisfaisant. Quels sont, d'après le mémoire de M. Trousseau de 1834, les symptômes du croup membraneux constaté, que l'on doit opérer suivant l'auteur? « La toux est insonore, avec suffocation... Il existe des accès de suffocation...» Ainsi, d'un côté, la suffocation; de l'autre, une *dyspnée peu marquée encore.* Voilà ce que M. Malgaigne a cru identique, et c'est en raison de cette prétendue identité qu'il a dit : « Le drapeau de M. Trousseau est déchiré par le premier paragraphe de la lettre des internes ! » Non, il n'y a point eu de drapeau déchiré, et M. Malgaigne ne peut s'attribuer la moindre part d'une victoire, qui n'a de réalité que dans son imagination. Voulez-vous savoir ce qui pourrait déjà être sorti de cette discussion, c'est-à-dire, comme l'entend mon honorable collègue, ce qui pourrait déjà avoir été le fruit de ses paroles? M. Trousseau vous l'a appris.

Veuillez vous rappeler cet enfant mort pendant cette discussion peut-être faute d'être trachéotomisé, parce que les attaques récentes contre l'opération pratiquée en temps opportun avaient fait hésiter un instant un confrère aussi distingué par son savoir que par son coup d'œil médical. M. Malgaigne ne s'associe pas à ces attaques, il nous l'a dit, Mais, en vérité, on peut s'y méprendre, et il me serait facile de rapporter ici d'autres exemples d'une temporisation funeste qu'il est permis d'attribuer à l'interprétation fâcheuse donnée aux paroles de notre collègue.

M. Malgaigne nous a engagés à deux reprises à veiller, à être sur nos gardes, afin de prévenir l'abus de la trachéotomie. L'avis est charitable ; nous en ferons notre profit si nous en avons jamais besoin. Mais, à mon tour, ne serais-je pas plus en droit de dire : Mon cher collègue, prenez garde de vous atteler à reculons au char du progrès ! prenez garde, en arrêtant trop longtemps la main des opérateurs, d'avoir un jour le pénible souvenir des malheurs que vos paroles auraient causés !

Je vote pour les conclusions de la commission.

M. LE PRÉSIDENT, après ce discours, annonce que la liste des orateurs inscrits étant épuisée, il va donner lecture des nouvelles conclusions proposées par la commission.

Il lit la première conclusion, ainsi conçue :

« 1° Le tubage du larynx proposé dans le traitement du croup est un moyen difficile dans son exécution, toujours insuffisant, souvent dangereux dans ses effets. »

M. MALGAIGNE. Je rappellerai à M. le président que j'ai proposé d'autres conclusions, à savoir :

1° De remercier M. Bouchut de sa communication;

2° De l'inviter à faire connaître à l'Académie les résultats de ses recherches ultérieures sur le tubage du larynx.

M. TROUSSEAU. Je m'oppose formellement à ces conclusions. M. Bouchut (je regrette d'être obligé de le dire) a manqué d'une manière grave aux égards qu'il devait à l'Académie. La commission, désirant connaître les résultats des expériences faites par M. Bouchut, lui en a demandé par deux fois la communication. M. Bouchut n'a pas daigné répondre à nos instances. Je crois donc que notre confrère n'a pas mérité les remercîments de l'Académie. Sans cela, j'aurais été le premier à me rallier à la proposition de M. Malgaigne. Aujourd'hui, je la repousse de toutes mes forces.

M. MICHEL LÉVY. Je repousse aussi l'amendement proposé par M. Malgaigne; car ce serait engager la responsabilité de l'Académie dans l'affaire encore très-douteuse du tubage, et lui faire accepter, vis-à-vis de M. Bouchut, une part de solidarité contre laquelle proteste toute cette discussion.

M. CAZEAUX. Je ferai observer à M. Michel Lévy que les remercîments adressés par l'Académie sont une simple formule de politesse qui n'impliquent en aucune manière une approbation.

M. VELPEAU. Je comprends l'embarras de l'Académie en présence de la question du tubage. Ce qui en a été dit à cette tribune est certes peu encourageant. Néanmoins, le moyen est nouveau ; il a été encore peu expérimenté. Tout le monde convient qu'il peut être appliqué pendant quarante-huit heures sans causer d'accidents ; c'est un procédé à mettre à l'étude, et je pense que s'il ne mérite pas encore d'éloges, il ne mérite pas non plus de blâme.

M. TROUSSEAU. Nos conclusions ne renferment aucune parole de blâme; elles signalent les dangers du tubage, et voilà tout. N'étions-nous pas autorisés à considérer cette opération comme dangereuse après les expériences qui ont été faites par nous à Alfort, et dont j'ai fait connaître ici les déplorables résultats?

M. VELPEAU. Je proposerai volontiers un amendement. Voici dans quel sens je voudrais qu'on formulât la première conclusion : « Nous pensons que, tel qu'il a été appliqué jusqu'à présent, le tubage n'est ni assez efficace, ni assez dépourvu de dangers, pour mériter les encouragements de l'Académie. »

M. MICHEL LÉVY demande que cette proposition soit mise aux voix.

M. MALGAIGNE. Je ne m'y oppose pas, à la condition qu'on y ajoutera : *sans rien préjuger de l'avenir.*

M. TROUSSEAU. C'est une superfétation ; et d'ailleurs, il est imprudent d'engager l'Académie pour l'avenir.

M. LONDE. Les expériences de la commission ont été faites sur des animaux, et sur des animaux sains ; elles me paraissent insuffisantes pour légitimer une sentence absolue contre le tubage. Vous ne pouvez formellement conclure de l'état sain à l'état malade. Et si demain, si dans quelques jours, on allait vous prouver que le tubage réussit, n'aurait-on pas beau jeu à se moquer de l'Académie qui l'aurait condamné?

M. BARTH. Messieurs, je crois qu'on ne saurait proscrire absolument le tubage. Je l'ai déjà dit, c'est une ébauche : c'est une question d'avenir. Les essais qui en ont été faits me semblent établir que ce procédé peut avoir quelque utilité non point tel qu'il est aujourd'hui, mais tel qu'il est susceptible de devenir.

La trachéotomie, on ne saurait se le dissimuler, est une opération délicate, difficile, qui inspire des craintes aux familles, et qui fait trembler la main de bien des opérateurs. Quant à moi, je ne m'y résous qu'après bien des hésitations. Le tubage du larynx ne pourrait-il pas devenir, avec quelques progrès ultérieurs, un moyen d'attente qui permettrait, dans les cas urgents, à un médecin pusillanime ou peu exercé, d'envoyer chercher un confrère plus osé, qui eût le courage de pratiquer la trachéotomie? Sans doute je ne pense pas que le tubage puisse devenir jamais un moyen curatif suffisant pour éviter la trachéotomie ; mais, je le répète, ne pourrait-on pas l'adopter à titre de moyen palliatif et transitoire? Si le procédé est encore défectueux, l'*idée* me paraît bonne et digne d'être prise en considération. Je voudrais donc qu'on trouvât une conclusion qui, sans approuver ni rejeter l'idée du tubage, fît pour l'avenir de sages réserves.

M. LARREY. Messieurs, je pense aussi qu'il faut faire des réserves pour l'avenir. L'histoire de la chirurgie est là pour nous prouver combien il est prudent d'adopter ce parti. Ne savez-vous pas quelles oppositions ont été faites, au sein de l'Académie royale de chirurgie, à la désarticulation coxo-fémorale? Et pourtant, c'est une opération dont tout le monde reconnaît et proclame aujourd'hui l'excellence et l'utilité. Avez-vous oublié avec quelle répugnance la trachéotomie pour le croup a été accueillie dans le début? N'a-t-elle pas été d'abord l'objet de la réprobation universelle, cette opération dont vous exaltez aujourd'hui si haut les bienfaits? Qui nous assure que la même fortune n'est pas réservée au tubage? Pour ces raisons, j'appuie l'amendement de M. Velpeau.

M. GIBERT. Pourquoi passionner inutilement le débat? Pourquoi ne pas se contenter d'exprimer, dans une conclusion qui ne compromette pas le présent et n'engage point l'avenir, les choses telles qu'elles sont, les faits tels qu'ils ont été observés, les résultats des expériences tels qu'ils sont connus?

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de la première conclusion amendée par M. Velpeau :

« Le tubage tel qu'il a été... »

UNE VOIX. Dites : Le tubage du larynx.

M. TROUSSEAU. Eh ! parbleu, on sait bien qu'il ne s'agit pas du tubage d'un puits.

M. LE PRÉSIDENT. « *Première conclusion:* Le tubage du larynx, tel qu'il a été appliqué jusqu'à présent, ne nous a paru ni assez utile ni assez exempt de dangers pour mériter les encouragements de l'Académie.

PLUSIEURS VOIX. Au lieu d'encouragements, mettez l'*approbation.*

M. MALGAIGNE. Ajoutez : Sans préjuger de l'avenir.

M. TROUSSEAU. Je m'y oppose, encore une fois, au nom de la commission tout entière.

M. LE PRÉSIDENT lit pour la troisième fois la première conclusion, dans laquelle le mot *approbation* est substitué au mot encouragement.

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée.

La deuxième conclusion est aussi mise aux voix et adoptée sans discussion; elle est ainsi conçue :

« 2° La trachéotomie, dans l'état actuel de la science, est le seul moyen à employer lorsqu'il ne reste plus d'autres chances de salut dans l'emploi des moyens médicaux. »

M. LE PRÉSIDENT déclare close la discussion sur le traitement du croup.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours mixte ouvert à l'Hôtel-Dieu de Toulouse pour deux places, l'une de médecin, l'autre de chirurgien adjoint des hôpitaux, a eu pour résultat la nomination de M. Basset, en qualité de médecin, et celle de M. Resseguet, en qualité de chirurgien.

A la suite du concours pour l'internat des hôpitaux de la même ville, qui a succédé au précédent, ont été nommés par ordre de mérite :

MM. Cabot et Cousinier, internes titulaires ; MM. Burgalat, Cros et Cuson, internes provisoires.

— L'Association médicale de Toulouse, réunie en assemblée générale, a décidé que toute délibération relative à son annexion à l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, demeure ajournée jusqu'à l'année prochaine.

— Nous avons annoncé par erreur que M. le docteur Fremy était passé de l'hospice Sainte-Perrine à la Maison municipale de santé; M. Fremy a remplacé M. Barth à l'hôpital Beaujon.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Traité de l'Hystérie, par BRACHET. Un vol. in-8° de 516 pages. Prix, 3 fr. 50. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine de Paris.

Traité pratique des convulsions dans l'enfance, par le même. 2e édition, revue et augmentée. Un vol. in-8° de 460 pages. Prix, 3 fr. 50. Ouvrage couronné par le Cercle médical de Paris.

Traité pratique de la colique de plomb, par le même. Un vol. in-8° de 295 pages. Prix, 1 fr. 50. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences de Toulouse.

Études physiologiques sur la théorie de l'inflammation, par le même. Un vol. grand in-8°. Prix, 1 fr. 50 c.

Ces ouvrages se trouvent, à Paris, chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Mémoire sur une nouvelle méthode de cautérisation, *dite Cautérisation en flèches*, permettant d'obtenir en une seule séance la destruction des tumeurs les plus volumineuses ; lu à l'Académie des sciences, le 20 septembre 1858, par M. le docteur MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital de la Pitié. In-8°. Prix : 1 fr. 50 cent., *franc de port* pour toute la France et l'Algérie. — A Paris, chez Labé, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, à Paris.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 JANVIER 1859.

LE TUBAGE DU LARYNX ET LA TRACHÉOTOMIE.

Pour nous médecins, il ne doit être, comme dit Montaigne, désir plus naturel que le désir de connaître, « la vérité étant chose si grande que nous ne debvons desdaigner aucune entremise qui nous y conduise. » Poursuivre en toutes choses la découverte de la vérité, étendre par tous les moyens d'investigation possibles le champ de nos connaissances en pathologie et multiplier les ressources de l'art, tel est le but vers lequel tendent tous les efforts collectifs des travailleurs. Ce but peut être atteint quelquefois par des voies très-diverses, et souvent ce qui semble devoir nous en écarter est cela même qui nous y ramène. Rien ne doit donc être dédaigné de tout ce qui peut contribuer même indirectement à nous éclairer, rien, pas même les tentatives infructueuses, parce que si elles ne répondent pas aujourd'hui à l'espoir qu'on avait fondé sur elles, elles peuvent fructifier plus tard ou devenir le germe d'une nouvelle découverte. Il n'est pas jusqu'à l'erreur, quand elle émane d'ailleurs d'un esprit investigateur et capable de remuer les idées, qui ne contribue aussi pour sa part au progrès de la science, en obligeant, pour la réfuter, à une étude plus approfondie du sujet. La contradiction est sous ce point de vue l'un des éléments les plus actifs de notre instruction. C'est ce qui ressort de la plupart des discussions académiques, et en particulier de celle qui s'est terminée mardi à l'Académie de médecine.

Peu de questions, en effet, ont été l'objet d'une enquête contradictoire aussi complète que celle qui a été portée devant l'Académie par M. Bouchut. Nous allons rapidement énumérer les résultats de cette discussion.

LE TUBAGE.

Tout, à l'égard du tubage, a senti un peu la précipitation. Il suffit pour s'en convaincre de rappeler les péripéties par lesquelles il a passé en peu de temps. Présenté par son auteur comme destiné à remplacer la trachéotomie dans le croup, accepté d'abord avec quelques restrictions par le rapporteur, comme susceptible de devenir un moyen curatif dans certaines laryngites aiguës en retardant l'asphyxie, comme permettant d'atermoyer la trachéotomie dans certaines maladies chroniques du larynx, et quelquefois même de guérir la maladie, de retarder l'asphyxie dans le traitement du croup, et de faciliter l'introduction des agents capables de modifier l'inflammation diphthéritique, il est repoussé peu de temps après comme insuffisant, difficile dans son application, et même dangereux dans ses effets.

Pourquoi ces appréciations si diverses à quelques semaines de distance? c'est que de part et d'autre on n'avait jugé que sur des données insuffisantes. Les conclusions de M. Bouchut n'étaient encore que des espérances, puisqu'il n'avait à présenter aucun cas de guérison dû au tubage; mais ce que ces faits paraissaient établir du moins, c'était la possibilité, et même, jusqu'à un certain point, la facilité du tubage, la tolérance du larynx pour la virole, et l'innocuité de ce moyen, au moins pendant un certain laps de temps. Mais les faits laissaient encore à désirer sous ce dernier point de vue, car dans aucun cas la virole n'était restée en place plus de 24, 36 ou 48 heures au maximum.

Or, jusqu'à quelle limite était-il possible de compter sur cette innocuité? Cela était important, si l'on songe que la canule trachéale, qu'on se proposait de remplacer par la virole laryngienne, doit être maintenue en place pendant plusieurs semaines, parfois même pendant plusieurs mois. Des expériences sur des animaux, faites après le rapport, et qui eussent prévenu ces hésitations si elles avaient été faites avant, ont démontré que le séjour du tube dans le larynx ne pouvait être prolongé impunément au delà de 48 heures; que passé ce terme il déterminait des accidents graves, et devenait à son tour une nouvelle cause de danger. Il a donc fallu, en présence du résultat de ces expériences, revenir sur la première appréciation; car non-seulement elles renversaient les espérances de M. Bouchut, mais elles ne permettaient même plus de maintenir dans leur intégrité les indications beaucoup plus restreintes que M. Trousseau avait formulées dans ses premières conclusions.

Mais était-ce une raison pour condamner d'une manière absolue le tubage, comme cela était implicitement proposé, sinon dans les secondes conclusions modifiées du rapport, du moins dans le dernier discours du rapporteur?

L'Académie n'a pas été de cet avis, et en cela nous pensons qu'elle a agi très-sagement. Pénétrée de l'insuffisance des faits apportés à l'appui de l'utilité de cette pratique et des dangers qu'elle peut entraîner; mais d'autre part convaincue par les paroles pleines de prudence et de sagesse de plusieurs de ses membres qui l'ont adjurée de ne pas engager l'avenir à l'égard d'un procédé insuffisant et défectueux sans doute aujourd'hui, mais qui, émanant d'une idée bonne au fond, peut, grâce à des perfectionnements ultérieurs, devenir utile et usuel, l'Académie a adopté un amendement de M. Velpeau qui exprime tout à la fois cette double pensée, en disant : que le tubage, *tel qu'il a été appliqué jusqu'à présent*, ne lui a paru ni assez utile ni assez exempt de dangers pour mériter l'approbation de l'Académie.

En résumé, si le tubage n'a pas répondu aux espérances de son inventeur, il y a là, du moins au point de vue physiologique, un fait nouveau et intéressant qui reste acquis, et au point de vue thérapeutique, une idée, plus même qu'une idée, l'ébauche d'une méthode que des études et une expérimentation nouvelles pourront peut-être perfectionner assez un jour pour l'adapter avec avantage à l'une des plus impérieuses nécessités de la pratique. Alors sans doute l'Académie sera heureuse de décerner à M. Bouchut une approbation et des remerciments dont elle s'est montrée, à notre avis, par trop parcimonieuse.

Mais le tubage n'a été, on le sait, qu'un motif secondaire, nous allions presque dire un prétexte de la discussion. Le sujet principal, ce qui lui a donné surtout son éclat et son utilité, c'est la question de la trachéotomie. Voyons, à son tour, ce qu'elle nous a appris.

LA TRACHÉOTOMIE.

Si la question du tubage s'est réduite pour M. Bouchut en un insuccès dans une tentative louable d'ailleurs, la question de la trachéotomie, nous avons le regret de le dire, a été pour lui l'occasion d'une véritable erreur. Sauf quelques points de détail pour lesquels M. Malgaigne a vérifié l'exactitude des assertions de M. Bouchut, le mémoire sur la mortalité du croup, qui a servi de texte à toute cette partie de la discussion, repose évidemment sur des données fausses ou incomplètes; et les déductions qui en ont été tirées, soit relativement à l'appréciation des résultats de la trachéotomie, soit par rapport à la pratique habituelle des médecins de l'hôpital des Enfants, pèchent en conséquence par leur base même. Nous chercherions en vain à nous le dissimuler, et notre savant ami, nous en sommes convaincu, ne se le dissimule plus lui-même aujourd'hui, la vérité tout entière est du côté de ses adversaires; les griefs articulés contre la trachéotomie se sont évanouis au grand jour de la discussion, et la pratique qu'il s'était cru en droit de condamner est précisément celle qui prévaut sur toute la ligne. Quoi qu'il puisse en coûter à l'amour-propre dans l'aveu d'un échec que notre ami est d'ailleurs si bien à même de réparer, nous devons nous féliciter d'avoir vu, même à ce prix, l'Académie fixer sur l'un des points les plus importants de la pratique les principes qui devront désormais servir de guide aux praticiens.

Les doctrines de l'hôpital des Enfants peuvent, en effet, être considérées dès à présent comme les doctrines de l'Académie; et nous ne saurions mieux terminer cette rapide appréciation de la discussion qui vient de consacrer ce fait, qu'en résumant ici les indications qui en ressortent, soit pour le choix du moment opportun de l'opération, soit pour les règles à suivre dans l'exécution et dans la direction du traitement consécutif.

La trachéotomie doit être pratiquée toutes les fois qu'on le peut, non plus *in extremis*, mais dès le moment où la respiration est sérieusement compromise, et alors que l'on a acquis la conviction de l'inefficacité du traitement médical pour enrayer la marche croissante de la maladie. Les faits empruntés par M. Delafond à la médecine vétérinaire sont venus donner un nouvel appui à cette proposition, qui ne souffre plus aujourd'hui de contradiction.

Quant aux conditions de succès de l'opération, écoutez M. Trousseau, dont l'expérience à cet égard est sans égale; elles consistent :

1° A opérer lentement, afin d'éviter, d'une part, les pertes de sang, et de parvenir, d'autre part, avec sécurité dans la trachée;

2° Dans le choix de la canule, dont le calibre doit dépasser celui de la glotte, canule double, sans laquelle il est presque impossible de maintenir le libre passage de l'air;

3° Dans l'usage d'une cravate épaisse, qui fait respirer le malade autour de ses mâchoires, et non une simple gaze, qui n'em-

---

BIBLIOGRAPHIE.

Zoologie médicale, par Paul GERVAIS, doyen de la Faculté des sciences de Montpellier, et J. VAN BENEDEN, professeur de l'Université de Louvain. Paris, 1859, 2 vol. in-8°, avec figures intercalées dans le texte (1).

Un ouvrage du genre de celui que viennent de publier les deux savants professeurs Gervais et Van Beneden, était devenu nécessaire à la génération médicale actuelle. Il existe, il est vrai, plusieurs traités estimables sur ce même sujet, et qui ne sont même pas fort anciens. Mais il est un fait qui rend depuis plusieurs années la publication d'un pareil livre indispensable. Ce fait est que, depuis dix ans, les études relatives à l'évolution des êtres organisés ont conduit à changer de fond en comble la classification de la plupart des groupes d'animaux invertébrés.

L'embryogénie et le développement postérieur à l'âge embryonnaire ont renouvelé complètement nos idées sur les analogies extérieures, souvent grossières, qui faisaient classer et décrire à côté les uns des autres des animaux en réalité tout à fait différents. Dès la classe des insectes, des changements notables ont été ainsi apportés dans les rapports de ces animaux entre eux et avec ceux des classes voisines. On en voit des exemples remarquables chez des animaux qui précisément doivent être bien connus des médecins et des vétérinaires, tels que les ricins, les tinéides ou teignes, les poux, les puces, etc. Il en est de même pour les arachnides en ce qui concerne le groupe des acarides; pour les crustacés, parmi lesquels un ordre entier, celui des *phyllosomes*, avait été créé uniquement d'après l'examen des jeunes de *langoustes* et de décapodes voisins, ainsi que M. Coste l'a récemment démontré.

On trouve encore des ouvrages classiques dans lesquels des crustacés parasites tels que les *lernées* et les *linguatules*, sont décrits parmi les vers. Des exemples de changements analogues plus frappants encore, mais moins directement importants pour le médecin, pourraient être pris dans les dernières classes des mollusques.

Quant aux *vers* et aux *polypes*, l'étude de leur évolution en a complétement fait changer la classification et le mode de description; elle les a singulièrement simplifiés surtout. Elle a fait reconnaître en particulier qu'on nous faisait étudier trois ou quatre fois le même parasite, pris à des âges différents, sous des noms divers; c'était à la fois non-seulement une complication inutile, mais encore des inexactitudes entassées les unes sur les autres, avec toutes leurs conséquences pratiques. Je vais revenir, du reste, un peu plus loin sur ce sujet, qui nous importe trop pour que je puisse me borner à le signaler.

Tout ce que je voulais faire remarquer en ce moment, c'était l'utilité d'un ouvrage qui offrît, sous un volume restreint, l'exposé de nos connaissances actuelles sur le règne animal, en tenant compte de tous les progrès récents de la science; d'un ouvrage qui nous fît jouir du bénéfice de toutes les simplifications apportées dans l'étude des invertébrés, spécialement par l'anatomie et l'embryogénie modernes; d'un ouvrage qui nous donnât un tableau de l'ensemble du règne animal plus approché de la réalité que celui que nous possédions jusqu'à ce jour. Ces notions, en effet, sont non-seulement indispensables à l'étudiant de qui on les exige, mais encore aux médecins un peu jaloux de la considération qui s'attache à ce titre, et qui doivent avoir au moins une idée exacte de cet ensemble de faits. Or le traité que j'analyse est le seul dans l'état actuel de la science qui embrasse tous ces faits, qui remplisse les conditions que je viens d'énumérer.

Il les remplit avec une supériorité rare, difficile à atteindre même, mais qui n'étonnera pas les lecteurs de ce recueil; car ils n'ignorent pas que les deux auteurs de ce livre comptent parmi les principaux promoteurs des progrès modernes de la zoologie; que leurs travaux sur les vers, les articulés, etc., tiennent rang parmi ceux qui ont suscité les changements auxquels je viens de faire allusion.

Ces changements, je le répète, sont plus importants qu'ils ne semblent d'abord, puisqu'ils portent jusque sur les embranchements du règne animal qui de quatre se trouvent réduits à trois. Du reste, je n'entrerai pas ici dans leur énumération, qui, séparée des détails explicatifs qui les appuient dans l'ouvrage, serait aride et fastidieuse.

(1) Chez J. B. Baillière et fils.

pêche pas l'air froid de pénétrer dans les bronches, d'irriter les poumons et de produire des croûtes semblables à celles du coryza dans les fosses nasales;

4° Dans l'entretien d'une température chaude et d'une humidité convenable de l'air;

5° Dans la cautérisation de la plaie répétée les trois ou quatre premiers jours, et sans laquelle la plaie se couvre de fausses membranes et devient le point de départ de résorption, d'intoxication générale, de gangrène, de phlegmons diffus, d'adénites suppurées, accidents qui appartiennent au croup et non à la trachéotomie, et que l'on voit surtout survenir à la suite des vésicatoires, pratique que M. Trousseau comprend avec les applications de sangsues dans une proscription absolue.

Enfin, un point de la plus grande importance, et sur lequel M. Trousseau insiste avec l'accent d'une énergique conviction, c'est l'alimentation. « Sa valeur est telle, dit-il, qu'il faut, au besoin, recourir à la violence pour la faire accepter, et employer la sonde œsophagienne dans les cas si fréquents où le croup laisse à sa suite une paralysie du voile du palais et du larynx.

» Avec ces mesures, ajoute M. Trousseau, la trachéotomie aura sans doute toujours quelques dangers par elle-même, mais elle comptera d'autant plus de succès, que toutes ces précautions seront mieux comprises et plus strictement observées. »

Que tous les médecins qui ont pratiqué la trachéotomie *in extremis*, comme il arrive le plus souvent dans la pratique civile, et qui, soit inexpérience ou impossibilité de s'entourer immédiatement de toutes les ressources nécessaires, ne se sont qu'imparfaitement conformés à ces préceptes, réfléchissent à ce que nous venons de dire; qu'ils méditent sur l'importance de ces préceptes, sur l'importance surtout de saisir l'indication favorable d'opérer, et nous sommes convaincu que loin de se laisser décourager par les insuccès qu'ils ont eu à déplorer, ils pratiqueront désormais la trachéotomie avec plus de confiance qu'ils ne l'auraient fait avant cette discussion. Tel est le sentiment personnel que nous y avons puisé. C'est assez dire de quelle utilité elle a été à nos yeux.

Mais nous ne saurions trop le répéter, la trachéotomie n'est pas un traitement, elle n'est qu'un moyen dilatoire, et, comme on l'a dit à la tribune, un expédient; elle ne vaut qu'en raison du peu de valeur des moyens médicaux. Combien il serait désirable, maintenant que l'opinion publique est fixée sur la valeur de la trachéotomie et sur le genre de services qu'elle est appelée à rendre, qu'on redoublât d'études et d'efforts, pour chercher des moyens prophylactiques ou curatifs nouveaux, pour mieux apprécier du moins ceux que l'art possède déjà, et surtout pour déterminer avec plus de précision qu'on n'a pu le faire jusqu'ici, — soit en raison de leur nature spéciale, soit en raison des influences épidémiques et constitutionnelles, — les cas qui sont accessibles à l'action des modificateurs thérapeutiques généraux ou locaux, et ceux qui, dès le début, doivent être jugés inévitablement tributaires de la trachéotomie.

Espérons que l'impulsion donnée par ces débats ne s'arrêtera pas aux seuls résultats que nous venons de constater.

RELATION D'UN CAS DE MORT
à la suite d'inhalations de chloroforme.

Rédigée par les internes présents à l'opération, et présentée à la Société de chirurgie.

Le 15 janvier 1859, est entré à l'hôpital Saint-Louis le nommé Royer (Joseph), mécanicien, âgé de quarante-trois ans, pour y être traité d'une luxation de l'épaule gauche. C'est un homme fortement musclé et ayant toutes les apparences d'une bonne santé. Deux fois déjà, au dire du malade, cet accident lui serait arrivé de ce même côté. Dans la journée du 15 janvier, voulant éviter une chute, il saisit une barre de fer placée au-dessus de lui à quelques pieds du sol; dans cette situation, il tourna sur lui-même, et l'extension brusque du bras, jointe à un mouvement de rotation, produisit une luxation qui présente tous les caractères du déplacement sous-coracoïdien, ou luxation sous scapulaire de M. Velpeau.

Dans la matinée du dimanche 16 janvier, après avoir fait constater par une dizaine de personnes, tant du service que des services voisins, les signes de la luxation, M. Richet procède aux manœuvres de la réduction. La méthode du simple refoulement, ou des pressions directes sur la tête humérale placée au fond de l'aisselle, vainement essayée sans le secours du chloroforme, on procède à l'anesthésie du malade.

Une compresse de linge ordinaire, mais déjà usé, est pliée en double et roulée en cornet de manière que sa partie évasée embrasse le nez et la bouche du malade sans cacher le visage, et on y verse quelques gouttes de chloroforme puisé dans un flacon qui n'avait pas encore servi.

Interrogé sur ses habitudes, le malade déclare qu'il boit très-peu de vin d'ordinaire et point d'eau-de-vie; on le fait coucher horizontalement dans son lit, n'ayant d'autre vêtement que sa chemise, et on lui applique alors la compresse. Les premières inhalations se font sans répugnance aucune et sans aucun trouble apparent. Une minute environ s'étant écoulée sans qu'il se produisît d'effet sensible d'anesthésie, on retire la compresse pour verser une nouvelle et très-petite dose de chloroforme. La quantité employée pendant toute la durée de l'opération peut être évaluée à 15 ou 20 grammes, ainsi qu'on a pu le constater plus tard en mesurant ce qui manquait dans le flacon.

La période d'excitation commence quelques secondes seulement après cette nouvelle dose; les muscles se roidissent, le malade prononce quelques paroles incohérentes et cherche à se soustraire à l'action du chloroforme; son visage se colore, les veines du cou se gonflent, les conjonctives s'injectent, et à ce moment M. Richet fait observer aux assistants que si le chloroforme dans la période de résolution est très-favorable à la réduction des fractures et des luxations, il n'en est point de même dans la période d'excitation, où les mouvements désordonnés et involontaires, où des contractions vigoureuses, tendent à augmenter le déplacement des surfaces osseuses ou des extrémités articulaires.

Cette période d'excitation ne dure que quelques secondes. Bientôt le malade, qui jusqu'alors n'avait que fort peu aspiré de chloroforme, fait des inspirations profondes et suivies, auxquelles succèdent l'anesthésie et la résolution musculaire.

Le pouls radial, constamment et attentivement exploré des deux côtés depuis le commencement des inhalations, ne fournit pendant tout ce temps aucune indication particulière. Calme et développé dans la première période, il devient plus serré et plus fréquent au moment de l'excitation; puis quand celle-ci cesse, il redevient de nouveau calme et large comme au début. Il s'est écoulé en tout de trois à cinq minutes depuis le moment où le chloroforme a été appliqué jusqu'à celui où la résolution s'est effectuée.

La respiration se faisant alors avec régularité, on enlève la compresse, et M. Richet tente de nouveau la réduction par les pressions directes sur la tête déplacée; mais, comme la première fois, ce procédé échoue. Alors, saisissant de la main droite l'humérus par son extrémité inférieure, et lui imprimant un léger mouvement de bascule et de rotation sans tractions aucunes, en même temps qu'avec la main gauche il refoule la tête vers la cavité glénoïde, le chirurgien obtient la réduction avec la plus grande facilité.

L'opération terminée, M. Richet faisait remarquer cette facilité de réduction sans tractions, lorsqu'un des élèves qui tenait toujours le pouls radial du membre luxé, et qui ne l'avait point quitté, annonça qu'il ne percevait plus aucun battement. Ce phénomène pouvait être attribué à la pression de la main encore placée dans l'aisselle, mais la même exploration faite aussitôt du côté droit, donna le même résultat négatif. Cependant la respiration continuait calme et profonde, sans aucun stertor ni bruit anormal. C'est alors que l'exploration faite à la région précordiale, ayant révélé une absence totale des battements du cœur, on fit sur-le-champ ouvrir la fenêtre auprès de laquelle était placé le lit du malade, et on lui flagella le visage avec une compresse trempée dans l'eau froide. Les traits n'étaient nullement décomposés; le visage était plutôt coloré que pâle, les lèvres et les conjonctives légèrement rouges. Tout à coup, après cinq ou six inspirations précipitées et profondes, la respiration se suspendit brusquement.

Saisissant alors la langue avec le doigt recourbé en crochet et plongé dans le pharynx, M. Richet l'amena hors de la bouche, où il la fit maintenir, en même temps que, par des pressions sur le ventre et les parois thoraciques, on pratiquait la respiration artificielle. Tout cela fut l'affaire d'un instant; un moment on crut que les fonctions allaient se rétablir, le malade fit de lui-même trois grandes et profondes inspirations à quelques secondes d'intervalle, mais ces phénomènes ne furent que passagers. Les mouvements du cœur effectivement ne purent être rétablis, malgré la respiration artificielle continuée pendant plus d'une demi-heure, et les excitants de toutes sortes appliqués à toute la surface du corps. Bientôt les extrémités se refroidirent; le visage, qui jusqu'alors avait conservé sa coloration normale, pâlit, et toute espérance de ranimer ce cadavre était définitivement perdue.

L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort avec les soins les plus minutieux, donna les résultats suivants :

1° Les téguments, décolorés à la partie antérieure du corps, sont livides dans les parties déclives. La face elle-même, devenue blême après la mort, offre maintenant une coloration bleuâtre. La rigidité cadavérique persiste; les bras résistent fortement à la flexion; nulle part de traces de décomposition, aucune odeur de chloroforme ne s'exhale du cadavre.

2° A l'ouverture des cavités splanchniques, on ne trouve dans les muscles des parois aucune coloration anormale, aucune infiltration sanguine; les deux poumons sont unis dans presque toute leur périphérie aux plèvres costales et diaphragmatiques par des adhérences nombreuses, et qui pourraient remonter à une époque éloignée.

Ces organes présentent à leur surface une teinte rouge uniforme. Le bord antérieur du poumon gauche offre intérieurement quelques bulles d'emphysème sous-pleural qu'on ne retrouve nulle part ailleurs. A la coupe, dans toute leur moitié antérieure, leur tissu, d'une couleur rosée, a tout à fait l'aspect normal, il est élastique et crépitant. On éprouve de très-grandes difficultés à les détacher des adhérences qui les fixent, et enfin, quand, après les avoir extraits de la cage thoracique, on examine leur bord postérieur, on remarque qu'ils offrent une couleur violacée, et que leur tissu, devenu plus friable, a perdu en partie son élasticité; le doigt les déchire avec plus de facilité que dans l'état normal. A la coupe, il s'en écoule un sang noir et épais, et cependant ils surnagent lorsqu'on les jette dans l'eau.

Les bronches, la trachée-artère et le larynx contiennent à peine quelques mucosités écumeuses; nul obstacle ne siége ni dans l'intérieur du larynx ni à son orifice.

3° Point d'épanchement dans le péricarde. Le cœur, flasquement volumineux, n'offre extérieurement aucune particularité digne d'être notée, si ce n'est que le ventricule droit est recouvert d'une épaisse couche de graisse.

A l'ouverture du ventricule gauche, qui offre sa capacité ordinaire, on ne trouve aucun caillot sanguin, et seulement un peu de sang liquide et noir.

Mais il faut observer que le cœur n'a pu être examiné en place, et qu'il n'a été ouvert qu'après avoir été extrait avec les poumons du thorax, en sorte que, les artères et veines qui en partent ayant été ouvertes avant les tractions faites pour l'amener au dehors de la poitrine, tractions que nous avons dit avoir été longues et violentes, le sang, très-liquide, a pu en toute liberté s'en échapper.

Le ventricule droit se présente sous le même aspect : il contient également peu de sang. Les oreillettes droite et gauche contiennent plus de sang que les ventricules; elles sont même un peu distendues.

L'artère aorte, la pulmonaire, les veines pulmonaires, ne contiennent point de caillots, seulement un peu de sang liquide.

Tout l'appareil valvulaire est dans le plus parfait état.

Somme toute, il n'y aurait à signaler pour le cœur rien de particulier, si ce n'est sa flaccidité vraiment toute particulière, et le peu de consistance de ses fibres charnues, qui se laissent déchirer avec une incroyable facilité et par la seule pression du doigt.

Il faut ici noter que l'autopsie a été faite dans une salle sans feu et par un froid de quatre degrés au-dessous de 0.

L'aorte ne présente aucune altération; ses ramifications contiennent un peu de sang noirâtre.

Les veines du thorax, de l'abdomen, des membres, sont remplies d'un sang noir.

Une ponction pratiquée sur la veine iliaque laisse écouler un sang dans lequel on ne peut reconnaître la plus légère bulle de gaz, et qui d'ailleurs ne présente aucune odeur particulière. Nous devons effectivement noter que nous avons recherché partout avec le plus grand soin, mais vainement, la présence de gaz et l'odeur du chloroforme signalée dans le sang dans quelques autopsies.

4° Le foie, assez volumineux, n'est nullement congestionné. Rien de particulier à noter dans les viscères abdominaux.

5° A l'ouverture du crâne, on constate que les sinus de la dure-

---

L'utilité de ce livre étant bien établie, qu'il me soit permis de l'envisager sous un autre point de vue, sous celui que j'aurais adopté en pareille matière, et que j'ai choisi pour mon enseignement à la Faculté de médecine dans les suppléances dont j'ai été chargé.

Cette *Zoologie médicale* est bien un *exposé méthodique du règne animal basé sur l'anatomie, l'embryogénie et la paléontologie*. Elle comprend encore, ainsi que l'indiquent les auteurs, la description des espèces employées en médecine, de celles qui sont venimeuses, de celles qui sont parasites de l'homme et d'autres animaux, et de celles qui nous servent d'aliments. Mais la zoologie, qu'elle soit écrite ou non dans un but d'application, et surtout lorsqu'elle s'adresse à des étudiants, à des hommes jeunes dont l'éducation n'est pas achevée, la zoologie doit être quelque chose de plus qu'une description des embranchements, des classes, des ordres, des genres et des espèces utiles faite dans un ordre bien déterminé. Il importe que celui qui aborde ce sujet, neuf pour lui le plus souvent, sache ce que c'est que la *zoologie* à un point de vue général, quel rang elle tient parmi les divisions de la biologie, quel ordre d'études elle y représente, quel est son sujet, et quel est le but qu'on se propose en l'étudiant.

Aussi n'est-ce pas sans étonnement que je n'ai pas trouvé de définition de la *zoologie* dans ce traité de zoologie, ni de ce qu'on entend par embranchement, classe, ordre, genre, *espèce* et *variété*, mots qui cependant reviennent à chaque pas sous les yeux du lecteur. Rien non plus sur la question de savoir si c'est au hasard qu'on prend les caractères qui servent à établir les groupes divers que je viens de nommer plus haut, ou si l'observation et l'induction n'ont pas appris qu'il y a des règles déterminées à suivre dans le choix de ces caractères; qu'il y en a d'autres qui servent ensuite à coordonner ces groupes. Ces notions sont d'autant plus importantes à exposer, que l'on s'adresse à des étudiants moins experts, parce qu'ils auront à faire application plus tard de ces questions de méthode pendant toute la durée de leurs études anatomiques et physiologiques.

Il n'est pas d'usage, pourra-t-on me dire, de donner ces notions dans les traités de ce genre; la plupart des traités de zoologie les négligent même; mais précisément rien n'est plus fâcheux pour notre éducation scientifique, car elle se ressent toujours de ce manque de méthode, à mesure que nous avançons vers des parties plus complexes de la médecine. Il en résulte, en particulier, que presque tous les médecins sont dans le plus grand embarras lorsqu'il s'agit de décrire un animal quelconque, adulte ou à l'état de larve, trouvé dans les organes ou les excrétions d'un malade, parce que, en effet, aucun livre ne leur trace la marche à suivre pour cela. De là vient en grande partie l'imperfection dont se plaignent les zoologistes, touchant la manière dont sont rédigées les observations de ce genre que les médecins sont appelés parfois à publier. Je regrette d'autant plus de voir que les savants auteurs de cet ouvrage ont suivi ces errements habituels, que son étendue n'est pas assez considérable pour qu'ils n'eussent pu le faire, et qu'ils comptent parmi les rares esprits scientifiques de notre époque qui ne regardent pas ces questions comme oiseuses: ce qu'ils ont prouvé par d'autres travaux.

A l'égard de la manière dont sont traités dans cet ouvrage chacun des embranchements, classes, etc., je ne puis que me rallier, sauf quelques points de détail, à des auteurs aussi compétents, pour ce qui concerne l'enchaînement de la succession des êtres, à partir de ceux dont l'organisation est la plus compliquée jusqu'aux plus simples. Toutefois toujours par suite de cette même absence de méthode, passée en quelque sorte en usage, on est fréquemment obligé de chercher çà et là dans une ou plusieurs pages l'exposé des caractères distinctifs de chacun des groupes, au lieu de trouver dès l'abord ces caractères groupés à la manière linnéenne, sauf à les voir développés et expliqués dans les lignes qui suivent. Ceci ne laisse pas que de rendre difficile à retenir, surtout pour ceux qui étudient pour la première fois, des pages remarquablement écrites, et qu'on lit avec plaisir. Je ne mets pas en doute que si MM. Gervais et Van Beneden eussent adopté la marche logique que je viens de rappeler, ils n'eussent été naturellement conduits à combler une lacune que je ne peux m'empêcher de signaler. S'adressant à des médecins, comme le montrent le titre du livre et le texte, ils n'eussent pas manqué de signaler les applications à faire à l'étude de l'anatomie et de la physiologie de l'homme, des notions anatomiques et physiologiques souvent très-importantes qu'ils donnent en décrivant les groupes en général, ou certaines espèces en particulier. Ils eussent ainsi montré aux étudiants l'importance et l'intérêt tout à la fois que présente pour le médecin l'étude de la zoologie, si souvent considérée par eux comme un savoir de luxe, sinon superflu. Ceci, joint à ce que j'ai dit plus haut, eût été, je crois, un des

mère, et en particulier le sinus longitudinal et les sinus latéraux, ne renferment qu'un peu de sang liquide.

A la surface du cerveau, le système veineux ne contient que peu de sang.

Les circonvolutions et la partie centrale des hémisphères offrent un piqueté qui ne diffère en rien de celui qu'on trouve dans beaucoup de cas.

Les plexus choroïdes sont peu injectés.

Point d'épanchement dans les ventricules.

Les corps striés, les couches optiques, sont parfaitement sains.

Enfin, on ne trouve aucune altération dans la coloration, la texture ou la consistance soit du cervelet, soit de la protubérance, soit du bulbe rachidien, soit de la moelle cervicale.

D'UN SIGNE CARACTÉRISTIQUE TRÈS-IMPORTANT

dans l'histoire médico-légale de l'attentat à la pudeur.

Les tentatives criminelles sur de très-jeunes filles sont devenues d'une extrême fréquence, non-seulement dans les grands centres de population, mais encore dans les campagnes; il suffit, pour s'en convaincre, de jeter parfois les yeux sur un journal judiciaire. En présence des difficultés médico-légales qui fourmillent, pour ainsi dire, sous les pas du praticien, il est de notre devoir d'accueillir et de propager tous les faits nouveaux qui se produisent dans la science, et qui sont réellement susceptibles de guider des experts dans leurs investigations et de répandre une vive lumière sur les résultats de leurs recherches.

C'est à ce titre que nous nous proposons de signaler aujourd'hui à nos lecteurs un indice particulier que l'on observe très-souvent sur les petites filles qui ont été plusieurs fois soumises à des attentats à la pudeur, ou prématurément livrées à des habitudes corruptrices, nous voulons parler de la dépression infundibiliforme de l'orifice vaginal.

Il est facile de se rendre un compte assez exact de cette déformation vulvaire. En effet, les organes génitaux chez les enfants de deux à treize ans sont presque à l'état rudimentaire, et par conséquent ineptes à l'acte copulatif. Toutes les tentatives d'intromission du pénis de la part d'un homme adulte doivent donc échouer complétement dans la très-grande majorité des cas, en vertu de la disproportion physiologique si manifeste qui existe entre l'étroitesse du vagin et le volume du membre viril : il arrive alors que l'extrémité de la verge rigide se borne à exercer des frottements ou des pressions plus ou moins énergiques contre la vulve. Lorsque ce ne sont que de simples frottements, ces manœuvres ne laissent aucune empreinte, car l'éjaculation, promptement sollicitée par la surexcitation vénérienne, ne tarde pas à abréger la durée de cette véritable aberration érotique; mais s'il s'agit de pressions fréquemment renouvelées du gland contre l'intervalle des grandes lèvres et le pourtour de l'orifice vaginal, il s'opère une déformation lente et graduelle des parties sexuelles, et les malheureuses enfants vont désormais porter la trace physique de leur précoce souillure !

Ce fait a été entrevu par l'honorable chirurgien de la prison de Saint-Lazare, M. le docteur Boys de Loury, puis également soupçonné par un médecin légiste d'une grande valeur, M. le docteur Toulmouche, professeur à l'École préparatoire de Rennes, dont nous publierons plus loin une observation à l'appui ; mais c'est à M. Ambroise Tardieu, professeur agrégé de médecine légale à la Faculté de Paris, — à l'examen attentif duquel rien n'échappe, — que revient le mérite d'avoir très-sérieusement étudié tout ce qui a trait à l'histoire médico-légale de l'attentat à la pudeur, et d'avoir principalement décrit le genre de lésion qui nous occupe (1), et dont nous allons maintenant parler d'après lui.

Sur 181 observations de tentatives criminelles sur des filles, M. A. Tardieu a rencontré 60 fois la déformation caractéristique. L'âge des victimes se répartit comme il suit : au-dessous de onze ans, 29 fois ; de onze à quinze ans, 26 fois ; de quinze à vingt ans, 4 fois ; et enfin, par suite d'une circonstance exceptionnelle, 1 fois chez une fille âgée de quarante et un ans. Nous reviendrons sur ce cas fort rare.

Ce qui a tout d'abord frappé M. A. Tardieu, dans ses nombreuses expertises, c'est le développement prématuré des parties sexuelles, et l'excessive anticipation qui contraste d'une manière parfois si singulière avec l'âge, la taille, la force et la constitution générale des petites filles. Il en a vu plusieurs qui, à dix et onze ans, présentaient des signes de nubilité presque achevée. On trouve dans ces cas les grandes lèvres épaissies, écartées à la partie inférieure, la vulve largement ouverte, les petites lèvres allongées parfois au point de dépasser les grandes, et comme si elles avaient subi des tiraillements répétés. Le clitoris, augmenté de volume, peut avoir acquis des dimensions extraordinaires, ainsi que cela arrive souvent sous l'influence des habitudes d'onanisme : il est fréquemment rouge, facile à entrer en érection, et en partie découvert.

Arrivant à la description exacte de la déformation, dont il faudra tenir un si grand compte à l'avenir dans les procès criminels ayant trait aux tentatives de viol, M. A. Tardieu s'exprime ainsi : « L'étroitesse des parties et la résistance de l'arcade osseuse sous-pubienne, s'opposant à l'intromission complète du membre viril et à la destruction de la membrane hymen, ont en même temps pour conséquence, lorsque les essais de rapprochements sexuels se reproduisent, le refoulement de la membrane hymen et de toutes les parties qui composent la vulve. Il en résulte la formation d'une sorte d'infundibulum plus ou moins large, plus ou moins profond, capable de recevoir l'extrémité du pénis, et très-analogue à celui qui a été indiqué comme caractéristique de la pédérastie..... (1).

« La membrane hymen qui occupe le fond de cet infundibulum y forme parfois une sorte de bourrelet saillant percé au centre d'une ouverture à bords frangés. Plus souvent l'hymen est aminci, rétracté, réduit à une sorte d'anneau ou de repli circulaire qui laisse ouvert l'orifice dilaté du vagin. Ce n'est pas le plus ordinairement par suite d'une déchirure que l'hymen se trouve ainsi diminué, bien qu'il présente dans quelques cas sur son bord libre une déchirure incomplète ; mais la membrane a subi une sorte d'usure et d'atrophie résultant des pressions répétées qu'elle a éprouvées et de la résistance dont elle a presque seule supporté l'effort. Les caractères de cette déformation sont d'ailleurs variables suivant l'âge.

» Si on la considère chez des jeunes filles qui approchent de la puberté ou l'ont déjà atteinte, on trouve un évasement parfois très-considérable de la vulve, et l'on voit l'hymen relâché flotter en quelque sorte au-devant du vagin élargi, dont il ne défend plus l'entrée. Aussi peut-il arriver que par suite d'efforts répétés l'intromission ait eu lieu d'une manière complète, qu'elle soit même suivie de grossesse, bien que l'hymen n'ait pas été détruit..... »

Ces données une fois bien établies, nous devons maintenant faire passer sous les yeux des lecteurs quelques pièces à l'appui, c'est-à-dire des observations soigneusement décrites, — et le travail si méthodique et si complet de M. A. Tardieu en renferme un très-grand nombre ; — mais nous nous attacherons principalement à ne reproduire ici que ce qui concerne la structure spéciale des organes génitaux, la lésion locale, si nous pouvons nous exprimer ainsi, supprimant en grande partie les considérations d'un autre ordre.

1° Fait unique cité par M. Toulmouche :

Observation d'Anne Marie G..., âgée de dix ans. — ..... Il n'existait aucune rougeur aux parties sexuelles ; la membrane hymen était intacte, mais son orifice jouissait de plus de laxité qu'on ne le remarque ordinairement à cet âge, en sorte que le petit doigt pouvait y être introduit assez facilement et sans provoquer de douleur.

Je conclus, d'après cela, qu'il n'y avait pas eu d'intromission du membre génital d'un homme, mais qu'il avait pu y avoir refoulement de l'orifice de la membrane hymen et légère introduction de l'extrémité du gland, ayant pu en quelque sorte s'élonger et dilater en partie cette ouverture, ce qu'indiquait d'ailleurs assez la disposition légèrement infundibuliforme de cette partie (1).

2° Faits observés par M. A. Tardieu :

A. *Visite de la jeune C..., âgée de neuf ans.* — Teint flétri, yeux caves, développement précoce, débauche prématurée ; organes sexuels très développés ; vulve large et profonde ; hymen non déchiré, mais refoulé. Infundibulum assez profond pour admettre l'extrémité du pénis ; ni inflammation, ni ulcération, ni écoulement, ni déchirure. Pas de traces de violences sur le reste du corps.

B. *Visite de la jeune Marie D..., âgée de dix ans.* — Enfant peu développée. Se refuse d'abord à l'examen. Bonne constitution. Parties sexuelles bien conformées, développement exagéré. Entrée de la vulve et du vagin notablement élargie, forme une sorte d'entonnoir au fond duquel se voit la membrane hymen refoulée et incomplétement déchirée. La fourchette, déprimée, ne porte aucune cicatrice. Ni inflammation, ni écoulement, ni ulcération.

C. *Visite de la jeune Marie-Aug. L..., âgée de onze ans.* — Petite taille. Teint flétri, yeux cernés. Déformation des organes sexuels. Vulve largement ouverte ; grandes et petites lèvres très-développées, en augmentant la profondeur. Dimensions du clitoris non exagérées. Hymen refoulé au fond d'une sorte d'infundibulum, en partie détruit et réduit à une sorte de repli circulaire qui laisse ouvert l'orifice élargi du vagin. Cette destruction partielle de l'hymen ne consiste pas en une déchirure, mais en une sorte d'usure qui, jointe à la déformation et à la disposition infundibuliforme de la vulve, atteste des tentatives réitérées. Pas d'inflammation.

D. *Visite de la jeune Isabelle, âgée de onze ans.* — Cette enfant est forte ; physionomie étrange, difficultés pour se laisser examiner. Parties sexuelles volumineuses. Grandes lèvres fortes, velues. Ouverture de la vulve dilatée. Hymen non déchiré, mais refoulé et rétracté de telle sorte que l'orifice du vagin est élargi, sans cependant pouvoir admettre un corps aussi volumineux que le membre viril. Fourchette déprimée, mais non déchirée ; muqueuse rouge, sans inflammation, ni ulcération, ni écoulement. Santé générale bonne.

E. *Visite de la jeune Alphonsine G..., âgée de moins de onze ans.* — Cette enfant présente un développement physique et intellectuel fort au-dessus de son âge. Sa physionomie, quoique peu ouverte, est assez heureuse. Elle est seulement fort pâle ; son teint est flétri et ses yeux sont fortement cernés. Avant même que nous nous soyons suffisamment expliqué sur les questions que nous lui adressons relativement aux violences dont elle aurait été l'objet, elle s'empresse de devancer nos interrogations en nous opposant des dénégations obstinées. Elle se prête avec peine à l'examen auquel nous devons la soumettre, et paraît redouter une douleur qui lui serait déjà connue. Nous parvenons cependant à constater les particularités suivantes :

Les parties extérieures de la génération sont remarquables par un développement anticipé et tout à fait extraordinaire. Le pubis est couvert de poils assez abondants et très-longs ; les grandes lèvres, fort développées déjà, en sont également pourvues ; le clitoris est d'un volume très-supérieur à celui qu'il présente d'ordinaire à cet âge ; mais ce qui frappe surtout, c'est l'absence de toute fraîcheur et l'aspect flétri de ces parties. Quand on écarte les petites lèvres, on voit que l'entrée de la vulve est notablement élargie et présente une disposition infundibuliforme très-marquée.

L'hymen, qui se trouve refoulé au fond de cette espèce d'entonnoir, n'est pas complétement détruit ; mais il est réduit à un anneau assez étroit, dont l'orifice central est fort agrandi ; le bord libre de cette membrane est irrégulier, rouge, tuméfié ; à sa base on voit aussi une rougeur très-vive, due à une irritation assez profonde de la membrane muqueuse qui revêt l'entrée du vagin. Une sensibilité exagérée accompagne cette irritation, et le contact de cette partie détermine chez l'enfant quelques douleurs.

F. *Visite de la jeune Mariette F...* — Douze ans et demi. Quoique d'une taille et d'une physionomie non exagérées, développement véritablement extraordinaire des organes sexuels et tous les attributs extérieurs de la nubilité. Vulve largement ouverte. Membrane hymen réduite à un anneau très-lâche ; ne forme qu'un simple repli autour de l'orifice béant du vagin, dont les dimensions sont de nature à permettre l'introduction libre et facile du membre viril le plus volumineux.

G. *Visite de la jeune Adèle H...* — Treize ans et demi. Jeune fille grande, assez développée, quoique non nubile. Organes génitaux surtout présentant un développement presque complet, et des poils assez nombreux recouvrant les grandes lèvres et le pubis. Vulve saillante et très-largement ouverte. Clitoris très-volumineux. Hymen, sans être entièrement détruit, profondément refoulé et en partie déchiré, en partie relâché, de manière à laisser béant et très-élargi l'orifice du vagin, dont la dilatation permet l'introduction facile du doigt. D'ailleurs ni inflammation, ni rougeur, ni écoulement. Santé générale excellente.

H. *Visite de la jeune Élisa R...* — Quatorze ans et demi, formée depuis deux mois ; scrofuleuse ; organes sexuels prématurément développés ; grandes et petites lèvres énormes, allongées, grosses, repliées. En les écartant, elles laissent béant un infundibulum au fond duquel se trouve l'orifice élargi du vagin. La membrane hymen est incomplétement déchirée, mais considérablement relâchée, au point d'admettre sans difficulté l'index. Flueurs blanches très-abondantes. Pas d'affection vénérienne.

Certains vices de conformation des organes sexuels favorisent chez des femmes qui ont depuis longtemps dépassé l'âge de la puberté, une déformation en tout semblable à celle qui vient d'être indiquée comme appartenant surtout à la seconde enfance. En voici un exemple bien frappant.

I. *Visite de Caroline D..., âgée de 41 ans.* — Cette fille prétend n'avoir jamais subi les approches d'un homme, contrairement aux allégations de l'inculpé X..., qui dit avoir été son amant, et explique ainsi les dons qui lui sont imputés comme des vols.

Elle est brune, forte et bien constituée. Le bassin est très-développé.

(1) *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs.* Un vol. Chez J. B. Baillière, 1858.

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 11 février 1858.

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2e série, t. VI.

---

meilleurs moyens pour prémunir les médecins contre les mystifications auxquelles ils sont exposés de la part de certains malades amis du merveilleux, chez qui tromper leur médecin devient une passion obstinée, ou à ne pas se tromper eux-mêmes sur ce sujet.

Tels sont ces cas si fréquents, dans lesquels les malades ont donné pour des animaux sortis d'un abcès, de l'urèthre, rendus par le vomissement, etc., des amas fusiformes de cellules qui composent le parenchyme des oranges ou des graines diverses, des intestins de poulet, de pigeon, de bécasse, des petites bronches du poumon de veau furtivement dérobées à la ration du chat de la maison, et tant d'autres ; tels sont encore les cas dans lesquels des caillots fibrineux minces et allongés, des débris d'artères, des filaments de mucus intestinal naturellement concret ou coagulé, des fragments de parenchyme de citron, etc., m'ont été donnés comme des *vers* à décrire, par ceux qui les avaient recueillis dans des veines, des déjections diverses, etc.

Par suite du plan qu'ils ont suivi, les auteurs ont omis d'indiquer les caractères distinctifs d'un bon nombre d'espèces que le médecin doit connaître ; les phénomènes de la *parthénogénésie* et de l'*arrénotokie*, si importants pour le physiologiste, et oubliés dans tous nos livres classiques, n'y ont pas été décrits avec le même soin que l'est la *digénèse* chez les vers. Or, ces deux premières questions sont aussi importantes que la troisième, dont elles sont une des faces.

Du reste, il est juste de dire que l'histoire de ce qui concerne l'action venimeuse de certains animaux, l'influence vénéneuse ou urticante de divers autres, la vie et l'action parasitaire de beaucoup de larves, d'articulés et des vers, est traitée d'une manière complète, ou tout au moins d'une manière bien supérieure à tout ce qui a été fait jusqu'à présent.

Il faut en dire autant de l'histoire des polypes, des spongiaires, des infusoires, des rhizopodes. Bien que ce sujet offre moins d'applications à la médecine que les précédents, il n'était pas moins indispensable de le voir exposé avec force et d'une manière complètement en rapport avec l'état actuel de la science, parce que les physiologistes ont fréquemment besoin d'y recourir.

J'espérais pouvoir analyser selon toute son importance, ainsi que je l'ai annoncé au commencement de cet article, la partie très-développée de ce livre qui traite des *vers intestinaux* ; mais l'étendue qu'a nécessitée cette analyse, m'oblige à renvoyer ce que j'ai à en dire à l'examen d'un autre ouvrage, que M. Van Beneden a publié récemment sur les *vers intestinaux*, envisagés au point de vue de l'histoire naturelle et de la physiologie.

Je répète seulement que dans l'état actuel de la science, la *Zoologie médicale* de MM. Gervais et Van Beneden est devenue indispensable à quiconque veut savoir à quoi s'en tenir sur la détermination des vers parasites de l'homme et des animaux domestiques, sujet dans lequel a régné longtemps une grande confusion. Cet ouvrage, enfin est remarquablement écrit, d'une lecture attrayante et facile, et d'une belle impression. J'oubliais de noter une table alphabétique des matières qui rend faciles les recherches dans un ouvrage qui renferme tant de noms d'espèces animales.

Ch. Robin.

Les parties extérieures de la génération sont tout à fait normales. Les grandes et les petites lèvres offrent des dimensions un peu exagérées. Elles s'ouvrent largement et laissent voir une sorte de vestibule infundibuliforme profond, à l'extrémité duquel est une sorte de bourrelet saillant formé par la membrane hymen, percée au centre d'une ouverture à bords frangés, dans laquelle on n'admet qu'avec peine l'extrémité du petit doigt. On constate aussi une étroitesse tout à fait anormale du vagin, dont les parois sont contractées, rigides, et ne pourraient dans aucun cas admettre le membre viril le moins volumineux. La membrane muqueuse qui revêt l'intérieur de la vulve, est le siége de quelques petites éraillures, et n'a pas l'aspect et la coloration qu'elle présente le plus ordinairement chez les femmes vierges. La fille D... déclare d'ailleurs que sa santé est régulière, qu'elle n'a jamais éprouvé de trouble dans la menstruation, et qu'elle n'a été atteinte d'aucune affection particulière des organes génitaux.

De l'observation qui précède, M. le docteur A. Tardieu a conclu que la fille Caroline D... présentait un vice de conformation des organes génitaux qui ne lui permettait pas l'accomplissement régulier de l'acte sexuel, mais qui ne s'opposait pas à l'intromission incomplète du membre viril ; que la membrane hymen n'était point détruite, mais qu'elle était refoulée profondément, et que cette circonstance, jointe à la déformation caractéristique des parties extérieures de la génération, indiquait que la fille Caroline D... pouvait, sans avoir été déflorée, avoir néanmoins subi les approches d'un homme.

Tels sont les faits sur lesquels nous nous étions proposé d'insister ; leur importance médico-légale ne nous a pas paru douteuse un seul instant. Peut-être est il permis d'espérer que, grâce à ces nouvelles recherches, des crimes jusqu'alors ignorés ne resteront pas impunis, et que la crainte du châtiment diminuera chaque jour le nombre des coupables.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

TUMEUR POLYPEUSE DE L'UTÉRUS

(extra et intra-utérine.)

Observation recueillie et opération pratiquée par M. le Dr ALLAIRE (d'Héricy).

Femme V..., de Vulances près Fontainebleau, d'une petite stature, d'une faible constitution, au teint chlorotique, âgée de cinquante-deux ans, ayant eu trois enfants, chaque accouchement laborieux ; depuis six mois, écoulement sanguin séparé par des intervalles tantôt plus longs, tantôt plus courts.

Le 2 octobre 1858, perte plus considérable que d'habitude. Je suis appelé en toute hâte. Cette femme ne ressent que de légères douleurs aux régions inguinales ; rien du côté des lombes ; elle se sent épuisée.

Le toucher incontinent exercé me fait constater la présence d'une tumeur dans le vagin que j'estime être du volume d'un gros œuf d'oie, me paraissant plus grosse à sa base qu'à son sommet ; accessible au doigt dans toute son étendue ; à surface lisse, égale, rénitente, insensible, entourée ou plutôt cerclée supérieurement par un *bourrelet*, le col de l'utérus, au delà duquel je présume exister une partie plus rétrécie ; sa position est directe et centrale dans l'orifice utérin. Repos absolu, boissons rafraîchissantes, et trois ou quatre jours après plus d'hémorrhagie.

Pratiquant de nouveau le toucher, je retire mon doigt non teint de sang.

Légers purgatifs pendant plusieurs jours pour combattre un peu de constipation, la malade refusant obstinément de prendre des lavements, et aussi dans le but de provoquer l'abaissement de la tumeur. Le sang reparaît, mais le repos fait bientôt justice de ce nouvel écoulement sanguin.

Le 19 octobre, je puis prendre jour pour l'opération, qui a été acceptée par la femme V... avec défiance et pusillanimité.

La malade est placée sur le bord de son lit, les jambes fléchies et écartées. Disons que la vulve est très-étroite.

Impossible pour nous de saisir convenablement la tumeur avec les pinces de Museux sans l'emploi préalable du spéculum. Alors, par des tractions modérées et mesurées, nous attirâmes hors du vagin la tumeur et le col de l'utérus, sous lequel nous nous attendions toujours à rencontrer un pédicule.

Toutefois, avec la coopération active et intelligente de mon ami le docteur Hubin et les quelques avis de M. Poux, notre excellent voisin, nous ne sommes parvenus à dégager la tumeur qu'en l'énucléant au moyen des doigts promenés entre celle-ci et le col de l'utérus. Continuant notre énucléation avec persévérance, nous pûmes bientôt nous convaincre que nous avions affaire à une tumeur polypeuse *sessile* (1), faisant corps avec le col de l'utérus, sur un point circonscrit du côté gauche de cet orifice. Là le doigt était arrêté par l'effacement du col, et ces deux surfaces, ainsi limitées, se trouvaient entièrement confondues. Bref, l'écraseur linéaire terminant l'énucléation, la tumeur nous resta dans la main.

Pendant les différents temps de l'opération, la patiente perdit peu de sang. Son moral est devenu très bon, et j'ai pu lui faire une dernière visite le 24. Depuis j'ai pu m'assurer que le mieux s'est soutenu, et que la femme V... n'a plus eu la moindre hémorrhagie utérine.

Examen anatomique de la tumeur. — Forme régulièrement oblongue, de la grosseur d'un citron ordinaire. Son enveloppe est mince, d'une couleur rougeâtre. Sur le côté de l'une de ses extrémités, on remarque une empreinte ronde, se détachant en relief par une couleur moins vive, presque blanchâtre, de la largeur d'une pièce d'un franc ; c'est par cette surface circonscrite que la tumeur adhérait plus intimement au col de l'utérus. L'intérieur contient une matière d'un blanc mat, *homogène*, dense, au milieu de laquelle, sur un côté seulement, nous avons découvert deux petites loges longitudinales, ou plutôt deux petites duplicatures à parois lisses et unies, vides de tout liquide. A l'œil nu on n'y aperçoit aucune trace de vaisseaux.

(1) Cette opinion (sessile), émise par moi, n'est pas complétement partagée par mon confrère Hubin, qui n'est pas éloigné de croire que la tumeur a pu être fixée par un col au fond de l'utérus.

Cette tumeur n'aurait-elle pas pu prendre son origine à l'intérieur, au fond de cet organe, en puisant sa nourriture sur une certaine surface de la membrane muqueuse? Et plus tard, le volume de cette tumeur, en s'accroissant, n'aurait-il pas été la cause du séjour et de la contiguïté, par contre, signalés plus haut, alors que cette tumeur devait franchir le col utérin?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 janvier 1859. — Présidence de M. DEGUISE fils.

M. LABORIE demande un congé pour cause de santé. (Accordé.)

— M. le docteur V. Gautier (de Genève), adresse un exemplaire de son mémoire sur le *rhumatisme musculaire de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement.* M. Gautier, sur sa demande, est inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger.

— M. le docteur Voisin, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée *De l'hématocèle rétro-utérine.* M. Voisin se présente comme candidat au prix Duval.

— M. Marc Ebra fait hommage de sa thèse inaugurale intitulée *Du traitement du spina-bifida par les injections iodées.*

NOMINATION.

Le sort devant désigner les membres de deux commissions, M. le président tire de l'urne, pour la commission des comptes, les noms de MM. Jarjavay, Broca, Lenoir, Monod, Forget ; et pour examiner la bibliothèque, les noms de MM. Guersant, Deguise, Cazeaux.

COMMUNICATION.

M. HUGUIER présente un morceau de bois cylindrique qu'il a extrait du rectum d'un individu qui est venu réclamer ses soins. Ce corps étranger a les dimensions suivantes : longueur, 19 centimètres ; diamètre, 2 centimètres. Sa petite extrémité, garnie d'une virole de cuivre, est terminée brusquement par une coupe perpendiculaire à l'axe. Il est percé dans toute sa longueur d'un canal qui annonce qu'il faisait partie d'un long tuyau de pipe. Ce morceau de bois, dont l'extrémité inférieure était à 6 centimètres environ au-dessus de l'anus, était dirigé suivant l'axe du grand bassin, de haut en bas et d'avant en arrière. Son bout inférieur commençait à s'engager dans l'épaisseur de la paroi postérieure du rectum, au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne.

M. Huguier, saisissant le corps étranger avec des pinces à polypes, le poussa en haut pour dégager l'extrémité qui arc-boutait contre la paroi du rectum, et le tirant ensuite vers le coccyx, parvint à en opérer l'extraction.

— A l'occasion de cette présentation, plusieurs membres de la Société rappellent des faits analogues déjà consignés dans les Bulletins de la Société.

M. MOREL-LAVALLÉE se propose de lire, dans une prochaine séance, une observation qui lui paraît très-intéressante, bien qu'elle ait plus d'un rapport avec les faits déjà connus.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. CHASSAIGNAC présente un enfant affecté d'un bec-de-lièvre double compliqué de gueule-de-loup, sans tubercule médian. Il demande l'avis de la Société sur le mode opératoire qu'il conviendrait d'employer. Il a l'intention d'opérer le bec-de-lièvre si la Société le juge convenable.

M. HOUEL. M. Chassaignac se trompe sur le vice de conformation qui nous est présenté. Ce n'est point un bec-de-lièvre double, mais bien un bec-de-lièvre latéral du côté gauche. Dans ce cas, il ne peut pas y avoir de tubercule médian.

M. GUERSANT. Ce malade peut être opéré ; mais il m'est arrivé huit ou dix fois de faire cette opération sur des enfants âgés de moins d'un an, et toujours j'ai échoué. Dans les cas de complication de gueule-de-loup, pour augmenter les chances de succès, il faut attendre un an et appliquer un abaisse-langue, qui pourtant est une espèce de supplice pour le petit opéré. En attendant l'opération, il est bon aussi de faire préparer un appareil avec pelotes destiné à favoriser le rapprochement des maxillaires supérieurs.

M. DEPAUL. Il m'est impossible de partager les craintes de M. Guersant. J'ai opéré le bec-de-lièvre quatre fois dans des cas semblables à celui de M. Chassaignac, et j'ai réussi trois fois. Je crois qu'il est avantageux d'opérer dans la première semaine qui suit la naissance. En suivant cette pratique, on favorise le rapprochement des os maxillaires.

Plusieurs membres demandant la parole, M. le président ajourne la continuation de cette discussion à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. RICHET. La malade dont je parlais dans une des précédentes séances a succombé. L'instrument tranchant dont elle s'était servie dans une intention de suicide, avait divisé la trachée-artère entre le premier et le second cerceaux, et bien qu'il eût coupé le corps tyroïde en travers, il n'y avait pas eu d'hémorrhagie très-abondante. La malade ayant été transportée dans une pharmacie, y reçut des soins peu éclairés : la plaie fut fermée, de manière que le sang, ne pouvant plus s'écouler au dehors, devait nécessairement remplir les voies respiratoires. Lorsque cette femme fut apportée à l'hôpital, l'interne de garde s'empressa d'enlever le pansement qui avait été fait par le pharmacien, et ayant retiré un caillot qui s'était formé dans la trachée, il appliqua la canule dont on se sert pour la trachéotomie. Le lendemain, M. Richet put constater qu'il existait entre les bouts de la trachée un espace de 2 ou 3 centimètres, et il vit que lorsqu'on retirait la canule, le bout inférieur se contractait et produisait ainsi une suffocation extrêmement pénible.

Au bout de vingt jours la malade a succombé. A l'autopsie, on a trouvé une infinité de petits abcès de la grosseur d'une tête d'épingle, disséminés dans les deux poumons. M. Richet s'est demandé d'abord si ce pus ne serait pas dû à l'existence de tubercules pulmonaires, mais il a bien vite reconnu que les bronches étaient remplies d'une matière purulente, indice évident d'une inflammation bronchique, qui s'était propagée jusqu'aux dernières ramifications de l'arbre aérien.

Sur les côtés de l'œsophage et dans la région cervicale, on trouva un abcès contenant une cuillerée de pus, baignant l'artère carotide, qui, bien que mise à nue, n'avait pas été atteinte par l'instrument tranchant.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire, A. GUÉRIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Robiquet, agrégé de la section des sciences physiques (physique) près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, dont le temps d'exercice a expiré le 1er janvier 1859, est maintenu pour trois ans dans ses fonctions à partir du 1er janvier 1859 ;

MM. Figuier et Reveil, agrégés de la section des sciences physiques (chimie et toxicologie) près la même Ecole, dont le temps d'exercice a expiré également le 1er janvier 1859, sont maintenus pour un an dans leurs fonctions.

— Par arrêté du 17 janvier 1859, M. Giraud, pharmacien de première classe, est nommé professeur suppléant, attaché spécialement au cours de pharmacie et de toxicologie, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

— Le 14 février prochain, s'ouvrira à l'administration de l'assistance publique un concours pour les places d'internes en pharmacie. Le registre d'inscription sera clos le samedi 29 janvier.

— On lit dans la *Gazette hebdomadaire* :

« Nous croyons pouvoir assurer que le bruit d'un déplacement de l'Ecole de médecine, que nous avons répété d'après un autre journal, n'est pas fondé. Le projet réel est de reconstruire l'Ecole là où elle est aujourd'hui, mais dans de plus vastes proportions, avec façade monumentale sur le boulevard Saint-Germain prolongé. L'hôpital des Cliniques disparaîtrait et serait remplacé par une Ecole pratique d'anatomie, construite sur le modèle réduit des Halles centrales. »

— Un autre journal, le *Progrès*, entre à ce sujet dans les détails qui suivent :

La Faculté de médecine de Paris vient d'être mise en demeure de se prononcer sur ses futures destinées monumentales.

Une commission, composée de MM. Dubois, président, Denonvilliers, Gavarret, Grisolle, Moquin-Tandon, Nélaton et Wurtz, ne tardera pas à faire son rapport, et voici, si nous sommes bien informé, le sens dans lequel cette pièce sera rédigée :

Les locaux de la Faculté actuelle sont-ils suffisants?

La commission répond : Ils sont manifestement insuffisants par leur étendue, et mal appropriés par leur disposition.

Les amphithéâtres d'anatomie peuvent-ils être séparés de la Faculté?

R. — Cette séparation entraînerait la mort de l'enseignement.

La Faculté perdrait-elle à être transportée du côté du Jardin des Plantes?

R. — Oui, évidemment ; et elle perdrait d'autant plus qu'on la transporterait dans un point plus excentrique. Le niveau auquel est tombé l'enseignement du Muséum d'histoire naturelle et de l'Ecole de pharmacie montre combien il est important de maintenir la Faculté dans une position centrale.

Est-il possible de conserver les amphithéâtres d'anatomie dans le voisinage de la Faculté actuelle, sans soulever les plaintes légitimes de la population, et sans porter atteinte à la salubrité du quartier?

R. — Cela est certainement possible, pourvu que les amphithéâtres soient suffisamment isolés, convenablement installés et bien administrés.

La commission demande donc qu'on laisse la Faculté là où elle est ; mais elle demande, en même temps, qu'on lui accorde les terrains et les bâtiments dont elle a besoin pour remplir dignement la mission de science et d'humanité qui lui est confiée. Il faudrait consacrer à la Faculté :

1° Pour son enseignement, sa bibliothèque et ses services intérieurs, le terrain compris entre la rue des Écoles, la rue Hautefeuille, le boulevard Saint-Germain et la rue Larrey ;

2° Pour ses musées et ses services d'anatomie, le terrain compris entre la rue des Écoles, la rue Racine, la rue Monsieur-le-Prince et la rue Antoine Dubois.

Cet ensemble de dispositions aurait deux excellents résultats :

1° La destruction de l'hôpital des Cliniques, qui a le double défaut d'être insignifiant et insalubre ;

2° La suppression des amphithéâtres de Clamart.

A propos de ce dernier établissement, plusieurs membres de la commission ont montré qu'il constitue une usurpation flagrante de l'administration de l'assistance publique sur les attributions du ministère de l'instruction publique, et qu'en raison de son existence un grand nombre d'élèves sont fatalement retenus pendant toute la durée de leurs études en dehors du cercle où s'exerce l'action de la Faculté.

Nous faisons des vœux pour que le plan proposé par la commission soit accepté par la Faculté et par le gouvernement.

— M. le docteur Sandras commencera son cours sur les maladies nerveuses aujourd'hui samedi, 22 janvier, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, à 11 heures un quart, et le continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure.

Conformément au programme approuvé par M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, ce cours sera public.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 10. — MARDI 25 JANVIER 1859. (32e ANNÉE.) N° 10. — MARDI 25 JANVIER 1859

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 24 JANVIER 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous avons fait connaître dans les précédents numéros les expériences de M. Pouchet relatives aux proto-organismes rencontrés dans l'oxygène et l'air artificiel, les remarques critiques dont elles ont été l'objet de la part de plusieurs membres de l'Académie, et les objections qu'elles ont soulevées contre la théorie de l'hétérogénie. M. Pouchet, ainsi qu'on devait s'y attendre, a répondu aux observations critiques de ses collègues. L'étendue de sa réponse ne nous permet pas de la reproduire ici. Il y a toute apparence d'ailleurs que cette question n'en restera pas là ; soit que de nouvelles expériences confirmatives ou infirmatives de celles de M. Pouchet viennent jeter un jour nouveau sur cet obscur et difficile sujet, soit que la réponse du savant professeur de Rouen provoque encore de nouvelles observations critiques. Cependant, en ajournant l'analyse de ce débat, nous ne devions pas laisser ignorer que M. Pouchet, loin de se rendre aux raisons de ses contradicteurs, reste convaincu que ses expériences sont à l'abri de tout reproche. L'objet de sa nouvelle communication est précisément de les défendre, comme faits, sans rien préjuger par rapport aux hypothèses scientifiques auxquelles elles touchent, hypothèses qu'il se défend d'examiner pour le moment, mais qu'il ne renonce pas à aborder plus tard devant l'Académie.

Par une assez singulière coïncidence, la théorie hétérogénique, que les expériences de M. Pouchet tendent à faire revivre, a reçu dans cette même séance un appui assez inattendu. M. Flourens a donné lecture, au nom de M. Du Petit-Thouars, d'une note contenant quelques observations faites par le savant amiral dans l'archipel des îles Galapagos et sur les îles coralloïdes de la Polynésie. Or ces observations renferment précisément des renseignements d'une grande importance au point de vue de la propagation des espèces végétales et animales. Une partie de ces îles, d'une création volcanique récente, est couverte d'une végétation qui ne paraît avoir aucune identité avec celle du continent américain, le seul avec lequel ces îles auraient pu être mises en rapport par les vents alizés. Il en est de même pour certaines espèces animales qui y ont été constatées, et que M. Du Petit-Thouars dit n'avoir retrouvées nulle part.

M. Milne-Edwards a présenté à cette occasion, sur la distinction géographique des espèces zoologiques, et en particulier sur la faune des îles Galapagos, quelques considérations qu'il a cru de nature à lever les difficultés dont son savant confrère a été frappé au sujet de l'explication de l'origine des êtres vivants dans ce petit archipel.

Suivant M. Milne Edwards, les îles Galapagos n'auraient reçu, en effet, la plupart de leurs espèces zoologiques ni de la côte d'Amérique ni des terres actuellement existantes soit à l'est, soit au sud de cet archipel ; il pense que les Galapagos, au lieu d'être des terres de formation très-récente, comme le suppose M. Du Petit-Thouars, ne sont que des débris d'un continent ou d'un grand archipel qui aurait existé jadis dans ces parages, mais qui aurait été submergé depuis. Dans cette hypothèse, la faune de ces îles ne proviendrait pas d'une création spéciale effectuée de nos jours, mais serait, au contraire, la descendance des restes d'une population zoologique plus ancienne qui, avant les temps historiques, aurait habité cette partie du globe.....

Entre ces deux opinions, ce qui nous paraît le plus sage avant de chercher à résoudre cette grave question, c'est d'attendre, ainsi que l'a dit M. Milne-Edwards, que les voyageurs aient mis nos savants à même de connaître plus complétement l'histoire naturelle de ces régions.

Dans la séance dont nous rendons compte aujourd'hui, il n'y a qu'une seule communication d'une certaine importance à signaler; c'est celle que M. Pétrequin a faite sur un nouveau mode de traitement de l'hydrocèle. A l'aide d'une simple pile de Bunsen, sans ponction ni autre opération préalable, M. Pétrequin annonce avoir obtenu la guérison extemporanée d'une hydrocèle volumineuse et ancienne.

Dr Brochin.

DU DÉTOURNEMENT DES SOURCES MINÉRALES.

Lorsqu'on songe que plus de 150,000 personnes ont fréquenté l'année dernière les nombreuses et si riches stations minérales de la France, on ne doit plus s'étonner de l'intérêt que le public attache à la prospérité et à l'avenir de quelques-unes de nos sources les plus anciennement réputées. Nous nous expliquons dès lors l'émotion qu'a causée la nouvelle d'une agression qui compromettrait très-sérieusement l'existence d'un de nos importants établissements de l'Est.

Les sources d'eaux minérales ont toujours été considérées chez nous comme étant d'intérêt public, et tous les gouvernements ont reconnu la nécessité de leur accorder une législation tutélaire. Seulement, de 1837 à 1847, un projet de loi fut longuement discuté dans les deux chambres, et ne put, après plusieurs votes contradictoires, sortir des vicissitudes parlementaires. Le 8 mars 1848, le gouvernement provisoire improvisa un décret qui accordait à toutes les sources minérales indistinctement un périmètre de protection d'un kilomètre de rayon. Enfin, en 1856, une loi est venue régler les conditions générales de la protection, interdire l'exécution de sondages, de travaux souterrains dans le périmètre, et édicter des peines contre les délinquants. Malheureusement la plupart des propriétaires n'ayant eu qu'un délai insuffisant pour saisir de leurs droits le ministère du commerce, ne sont pas arrivés en temps utile ; de là les difficultés qui se produisent aujourd'hui.

Le *Constitutionnel* du 13 janvier dernier a consacré un article remarquable à cette intéressante question. En voici les principaux passages :

« La plupart des sources n'ont plus le bénéfice du décret de 1848, et elles n'ont pas encore celui de la loi de 1856. Il en résulte qu'elles restent exposées aux entreprises de ces braconniers de race spéciale qu'on rencontre dans les districts thermaux. Nous pourrions citer une de nos principales sources, une de celles qui sont le plus fréquentées et dont les vertus curatives ont le plus de réputation, qui est menacée en ce moment même d'une destruction complète. On a pratiqué un sondage dans un puits voisin, et l'ingénieur des mines envoyé sur les lieux pour constater le dommage, a reconnu que des puisements prolongés dans ce puits font tarir l'ancienne source minérale, qui ne recommence à couler que plusieurs heures après que ces puisements ont cessé. Ainsi, voilà une source des plus importantes qui ne tarderait pas à disparaître à tout jamais si l'on n'arrêtait pas ces tentatives de détournement.

» Il est regrettable que la loi de 1856 n'ait pas reculé l'abrogation du décret de 1848, afin de laisser aux intéressés le temps de se mettre en mesure et d'arriver à l'instruction complète des demandes de déclaration d'utilité publique et à la détermination du périmètre de protection. Mais ce qu'on est fondé à réclamer, c'est que l'on s'attache à atténuer, autant que faire se peut, les inconvénients qui en résultent. Le moyen consiste à apporter la plus grande rapidité dans l'examen des demandes qui sont faites. Il faut que l'administration, à tous les degrés, le conseil général des mines et le conseil d'Etat, y mettent toute la promptitude possible.

» ..... La loi rendue en 1856 témoigne de toute la sollicitude que le gouvernement impérial attache à leur conservation. Il complétera et achèvera sa tâche en accélérant l'instruction complète des demandes qui lui sont adressées, en déjouant de cette manière les coupables tentatives qui ont été pratiquées à la faveur d'une situation transitoire, et en rendant à notre industrie des eaux minérales une sécurité qui est indispensable à son maintien ainsi qu'à son développement. J. BURAT. »

HOPITAL MILITAIRE DE TÉNÈS. — M. SÉRIN.

Observation d'albuminurie compliquée d'amaurose incomplète et d'éclampsie ; ossification entre les deux feuillets de la faux du cerveau.

Observation recueillie par M. ALLAMARGOT, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Ténès (Algérie).

Le sujet de l'observation qui va suivre est mort à l'hôpital militaire de Ténès, le 25 décembre 1857. C'était un homme âgé de trente-huit ans, nommé Alexandre Domainjoux, d'un tempérament sanguin, lymphatique, au système musculaire très-développé. Il était employé en qualité de commis dans un bureau de diligences. Ancien militaire, il avait autrefois abusé des plaisirs bachiques et vénériens ; mais sa constitution était restée très-forte.

Entré à l'hôpital une première fois le 26 octobre 1857, atteint d'une fièvre intermittente et d'un affaiblissement de la vue des deux yeux, lequel datait d'environ six mois, il fut traité seulement par le sulfate de quinine, qui arrêta les accès de fièvre. En même temps la vision s'améliora assez pour que le malade demandât bientôt sa sortie. J'ignore si dès cette époque il existait de l'albuminurie ; toutefois je suis tenté de le croire, car les renseignements que j'ai pu recueillir m'ont appris que depuis longtemps cet homme avait une infiltration des membres inférieurs. Mais cet œdème avait été attribué à des varices considérables qui occupaient les veines des deux jambes ; un ulcère avait même affecté l'une des jambes, et la guérison avait été très-longue à obtenir.

Très-peu de jours après avoir quitté l'hôpital, cet homme y revint (le 10 novembre 1857) affecté d'anasarque et de broncho-pneumonie. L'affaiblissement de la vue persistait. Il existait un mouvement fébrile intense et une grande dyspnée. M. le docteur Sérin, dans le service duquel il fut admis, le traita par le tartre stibié à la dose de 3 et 4 décigrammes. Au bout de quelques jours il y eut une grande amélioration du côté de l'appareil respiratoire, et l'on vit en même temps diminuer considérablement l'anasarque.

Vers le 18, il existait encore de la fièvre le soir ; le sulfate de quinine en fit promptement justice.

Le 22, le malade déclara se trouver très-bien. Quoiqu'il fût déjà au quart, il accusa de l'appétit et demanda plus d'aliments. L'examen de l'urine, fait par moi la veille, y avait fait reconnaître la présence d'une grande quantité d'albumine.

Le 22 au soir, le malade fut pris subitement d'une première attaque épileptiforme.

Le lendemain 23 novembre, il en éprouva plusieurs semblables dont je fus témoin. Leur violence était extrême. Quelquefois le malade poussait un cri au début; puis tout le corps se roidissait, la tête se renversait en arrière, la face tournée à gauche; les mâchoires se rapprochaient avec force, et souvent la langue était mordue cruellement. Bientôt des mouvements saccadés de flexion et d'extension agitaient les avant-bras, des contractions désordonnées des muscles de la face donnaient à la physionomie quelque chose d'effrayant. Cet aspect était encore rendu plus hideux par la coloration violacée de la face, suite de la gêne extrême de la respiration.

Après quelques secondes, le tableau changeait complétement : le malade devenait immobile ; les muscles se détendaient ; une pâleur cadavérique remplaçait la couleur foncée de la face ; la respiration était suspendue, de sorte que l'on aurait cru cet homme mort, si le pouls n'eût continué de battre avec régularité. Cet état durait quelques instants. La respiration se rétablissait; elle était bruyante, stertoreuse, de l'écume sanguinolente s'échappait de la bouche ; puis le malade tombait dans un état comateux, d'où il ne sortait qu'au bout d'un quart d'heure à 20 minutes, fort étonné de se voir l'objet des préoccupations de ceux qui le soignaient, et s'informait de ce qui venait de lui arriver.

A la suite de ces accès il restait de la céphalalgie et une expression de stupeur.

Comme dernier fait propre à caractériser ces accidents nerveux, je mentionnerai l'insensibilité absolue qui les accompagnait.

Les attaques allèrent en se rapprochant et en augmentant de violence jusqu'au 25 au soir, moment où ce malheureux succomba au milieu d'un dernier accès.

L'autopsie fut pratiquée le lendemain, dix-neuf heures environ après le décès, en présence de M. le docteur Rietschel, médecin principal, et de MM. Sérin et Manoha, aides-majors.

Décoloration générale de la peau, roideur cadavérique. L'œdème a presque entièrement disparu ; développement considérable des muscles.

L'estomac, les intestins et le foie ne présentent rien à noter. La rate est volumineuse : son diamètre vertical a environ 12 centimètres, mais son tissu est assez ferme.

Les deux reins, au contraire, offrent un volume moindre qu'à l'état normal ; leur consistance est très-ferme ; leur forme générale n'est pas modifiée, mais les lobules sont plus nettement accusés qu'à l'état sain. A leur surface, on voit sur l'un deux kystes, sur l'autre un seul, du volume d'une petite cerise, logés en partie dans une cavité creusée aux dépens du parenchyme et proéminant un peu à l'extérieur sous la membrane d'enveloppe.

Ils contenaient un liquide citrin. Le rein droit présentait, en outre, un tubercule cru occupant le même siége, et ayant le même volume que les kystes. La membrane d'enveloppe se détache facilement. Au-dessous on voit la substance corticale uniformément pâle, anémiée, et remarquable par l'aspect mamelonné de sa surface. Au lieu d'être lisse et unie, celle-ci est parsemée d'élevures arrondies, inférieures en volume à un pois, et séparées par des sillons peu profonds. Sur une coupe pratiquée du bord convexe à la scissure des reins, on voit :

1° Que les deux substances sont pâles, décolorées, peu vasculaires;

2° Qu'en plusieurs points la substance canaliculaire des pyramides est profondément modifiée, et qu'il n'existe plus dans ces mêmes points qu'un tissu blanc-jaunâtre, ferme et sans stries. Les tuniques du bassinet sont épaissies et offrent un aspect blanc mat.

Les organes thoraciques ne présentent rien de remarquable. Le cœur est sain, les poumons sont un peu engoués à la base et au niveau du bord postérieur.

Le cerveau fut examiné avec le plus grand soin. Il existait une suffusion séreuse sous-arachnoïdienne abondante, et une stase sanguine dans les vaisseaux de la pie-mère et dans les sinus, sans nulle trace d'inflammation ni des méninges ni du cerveau. Il est vrai qu'à la convexité, au niveau des lobes antérieurs, l'arachnoïde avait, dans quelques points circonscrits, perdu de sa transparence; mais sur ces points, comme dans le reste de leur étendue, les méninges se détachaient facilement du cerveau avec les pinces. Partout la couleur et la consistance de la substance grise étaient normales. Les ventricules contenaient à peine de la sérosité. Les plexus choroïdes n'étaient pas injectés. La substance blanche était ferme, peu injectée et sans altération sensible à l'œil. Le cervelet était exempt de toute lésion; son volume, sa consistance, n'offraient rien de pathologique.

C'est à dessein que j'ai réservé pour la fin de mentionner l'existence d'une ossification très-remarquable de la faux du cerveau. Elle était située entre les deux feuillets de cette membrane, à environ 1 centimètre et demi au-dessus de l'apophyse *crista-galli*, son grand diamètre dirigé d'avant en arrière et obliquement de bas en haut. Dégagée de l'enveloppe fibreuse qui lui servait de périoste, elle représentait une lamelle allongée, irrégulièrement quadrilatère, placée de champ entre les deux lobes antérieurs. Son diamètre antéro-postérieur avait environ 4 ou 5 centimètres, le vertical près de 2 centimètres; son épaisseur maximum, d'une face à l'autre, était de 1 centimètre. Sa face droite, concave, presque lisse, présentait en avant une lamelle surajoutée adhérant à la pièce principale par un pédicule central. La face gauche était convexe, inégale, mamelonnée. La circonférence était amincie, irrégulière, dentelée. Sur les deux faces se voyaient un grand nombre de trous vasculaires. Cette production n'était pas une concrétion ossiforme, mais bien un os à l'état parfait. Nulle portion de la périphérie n'était cartilagineuse, nulle trace de vascularisation n'existait aux environs.

Le lobe antérieur du côté gauche présentait une dépression correspondant à la convexité de cette production accidentelle.

Les nerfs optiques, les couches optiques et les corps genouillés étaient sains et exempts de toute compression.

Voilà les faits. Leur interprétation pourrait devenir le sujet d'opinons différentes, et je ne serais point surpris de trouver des opposants parmi ceux qui auront l'occasion de lire cette observation.

Notre malade était atteint d'albuminurie : nul doute à cet égard. L'existence d'une anasarque, l'examen des urines, les altérations anatomiques des reins, en sont des preuves suffisantes. Mais est-il rationnel de rapporter à cette maladie, à titre de complications, toutes les manifestations symptomatiques survenues chez cet homme, ou bien doit-on les rattacher en partie à l'ossification de la dure-mère? Telle est la question qu'il me reste à examiner.

Ces complications sont au nombre de trois : 1° broncho-pneumonie; 2° affaiblissement de la vue; 3° attaques épileptiformes.

1° Rien de plus commun chez les albuminuriques que les inflammations de l'appareil respiratoire. Les accidents observés de ce côté à la deuxième entrée du malade en question, ne sont donc qu'un nouvel exemple d'une complication très-ordinaire de la maladie de Bright.

Aucune difficulté pour ce premier point. Les difficultés ne se présentent qu'à propos de l'amaurose et de l'éclampsie.

2° Chez notre malade, il n'existait pas d'amaurose proprement dite, mais un affaiblissement de la vue des deux yeux, une amblyopie. Il y voyait assez pour se conduire, mais il avait de la peine à écrire et à fixer de petits objets ; la vue se fatiguait facilement. Le soir, après le coucher du soleil, il n'y voyait presque plus (héméralopie). Ce trouble de la vision, qui remontait à six mois environ avant la mort, avait subi des variations d'intensité ; tantôt la vue devenait plus difficile, tantôt un peu d'amélioration survenait et se maintenait un certain temps, jusqu'à ce qu'une recrudescence du mal vînt la remplacer. Plusieurs saignées du bras et des révulsifs avaient été employés contre cette affection, mais cela n'avait procuré qu'un soulagement passager. On sait aujourd'hui que l'amaurose à divers degrés est une complication sinon fréquente, du moins possible de l'albuminurie. Depuis que M. Landouzy a attiré l'attention sur ce point, de nombreux travaux ont mis le fait hors de doute, s'ils n'ont encore suffisamment établi quelle est sa fréquence relative. Personne donc, dans le cas qui nous occupe, ne douterait que l'affaiblissement de la vue ne fût simplement une complication de l'albuminurie, sans l'existence d'une ossification dans la faux du cerveau. Cela posé, je vais m'occuper des accidents d'éclampsie survenus dans les derniers jours de la vie du malade, puis je traiterai en même temps de ces deux complications : amaurose et éclampsie, attendu que les mêmes raisonnements et les mêmes considérations leur conviennent.

3° Bien que l'éclampsie soit beaucoup plus commune chez la femme que dans l'autre sexe, cependant son existence chez l'homme atteint d'albuminurie est établie sur des observations assez nombreuses. Je ne fais pas allusion aux cas d'éclampsie qui surviennent chez les enfants atteints d'albuminurie consécutivement à la scarlatine, parce que la prédisposition aux convulsions, qui est particulière à cet âge, pourrait être invoquée pour atténuer la valeur de tels exemples. Mais aux observations qui ont été publiées et dont des adultes étaient l'objet, je puis ajouter succinctement le récit d'un fait dont je fus témoin, en mars 1857, à l'hôpital militaire de Médéah, dans le service de M. le docteur Goret, major de 1re classe. Un jeune soldat du 56e de ligne vint à l'hôpital militaire, atteint d'une anasarque considérable.

En l'interrogeant sur le début de sa maladie, je fus conduit à penser qu'il avait eu à la caserne une scarlatine peu de temps avant son entrée à l'hôpital. Quoi qu'il en soit, les urines contenaient beaucoup d'albumine. On le traita par des purgatifs répétés. Peu de jours après son arrivée dans le service, il fut pris d'attaques convulsives. Je fus témoin de deux accès et pus m'assurer de leur nature. Le premier jour il y en eut deux, la nuit et le jour suivant ils se répétèrent plusieurs fois. En tout il y en eut cinq ou six. Le coma qui suivait les accès durait fort longtemps. Une saignée fut pratiquée le premier jour par le médecin de garde. Les jours suivants, on administra l'extrait de belladone. Les accidents nerveux cessèrent, l'anasarque se dissipa assez rapidement, et l'examen quotidien des urines me montra la diminution progressive de la proportion de l'albumine, et enfin sa disparition complète.

Le malade séjourna encore une quinzaine de jours à l'hôpital, puis rentra à son corps. Je ne sais ce qu'il est devenu depuis; mais je ne pense pas que les circonstances précédentes permettent à l'esprit le plus prévenu de ne voir là qu'une simple épilepsie. Jamais, en effet, ce jeune homme n'avait eu d'attaques avant l'invasion de l'anasarque; ces accès ne durèrent guère que deux jours, et ils ne se montrèrent plus le reste du temps qu'il passa à l'hôpital. Leur relation avec l'albuminurie aiguë qui existait chez ce malade me semble on ne peut plus certaine. Je répéterai donc, au sujet de l'éclampsie observée chez Domainjoux, ce que j'ai dit de l'amaurose incomplète dont il fut également atteint. Personne, sans doute, ne douterait qu'elle n'ait été subordonnée à l'albuminurie, si la présence d'une tumeur osseuse intra-crânienne ne venait jeter du doute dans l'esprit.

C'est ici qu'il faut se demander le rôle qu'il convient d'assigner à cette tumeur dans la production des manifestations symptomatiques diverses que j'ai indiquées. — Il est vrai que le cerveau avait éprouvé un certain degré de compression, puisqu'une dépression correspondante à la face convexe de la lamelle osseuse se montrait sur le lobe antérieur gauche. Cependant si l'on considère :

1° Que cette ossification devait avoir commencé à se développer depuis un temps fort long;

2° Que l'état d'organisation parfaite où elle était parvenue, et l'absence de toute portion cartilagineuse, indiquent que tout travail d'accroissement y avait cessé depuis une époque éloignée;

3° Que ses progrès avaient été fort lents;

4° Qu'il n'existait aucune paralysie circonscrite ni étendue;

5° Qu'avant les derniers jours de sa vie, ce malade n'avait jamais présenté d'attaques ni de troubles nerveux autres que l'affaiblissement de la vue, on inclinera à penser que la compression mécanique que cette ossification a pu exercer sur le cerveau, n'a été la cause d'aucun trouble fonctionnel, et qu'elle n'a eu, par conséquent, que peu ou point de part à la production ou à la marche des symptômes observés pendant la vie.

Cela admis, on sera autorisé à subordonner simplement à l'albuminerie qui existait chez Domainjoux, à titre d'affections secondaires ou de complications, et l'amaurose et les attaques d'éclampsie qui ont précipité la fin de sa vie.

ESSAI SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOLOGIE de la ménopause.

(Thèse inaugurale de M. H. E. Rocque, ancien interne des hôpitaux.)

Parmi les causes qui ont été de tous temps et par tous les auteurs assignées aux maladies de la femme, il en est peu que l'on ait aussi souvent invoquées que l'âge critique. C'est surtout dans les auteurs anciens que domine cette tendauce à faire de la ménopause une sorte de bouc émissaire de toutes les affections dont la femme est affligée dans la période qui sépare la cessation des règles de la vieillesse proprement dite. Il y a là exagération évidente, tout le monde le reconnaît aujourd'hui.

Etudier avec soin la physiologie de la période climatérique, préciser et limiter son influence dans le cadre nosologique, tel a été le but de notre confrère, M. le docteur Rocque. Sa thèse inaugurale se divise donc naturellement en deux parties. La première est consacrée à l'étude physiologique, à laquelle l'auteur a joint l'exposé de ses recherches sur l'anatomie de l'utérus. La seconde, riche de faits bien observés, a trait à la pathologie de l'âge critique.

Les recherches anatomiques de M. Rocque confirment celles qui ont été consignées dans la thèse inaugurale de notre ancien collègue M. le docteur Guyon (*Etude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité*, 1858). Il résulte des observations de ces deux médecins que chez la femme qui a dépassé l'âge critique, l'utérus est ordinairement plus petit que dans la jeunesse. Le diamètre du corps est toujours plus considérable que celui du col. Les deux cavités sont séparées par un *septum* transversal, ordinairement perforé, souvent complet quand on l'examine chez des femmes avancées en âge. La portion vaginale du col tend à s'effacer de plus en plus, et peut être réduite à un simple bourrelet. Entre le corps et le col existe un rétrécissement de 0m,004 à 0,008 (isthme de M. Guyon).

Quant au volume de l'utérus, il dépend, suivant M. Rocque, de conditions organiques parmi lesquelles figure en première ligne l'état des vaisseaux. Généralement l'utérus est atrophié, et cette atrophie coïncide avec l'incrustation calcaire des artères hypogastriques et utérines, et souvent de la portion lombaire de l'aorte.

Dans d'autres cas plus rares, l'utérus est hypertrophié. Cette hypertrophie est liée à une tendance hémorrhagique caractérisée par l'état variqueux des plexus veineux utéro-ovariques, la vascularisation de toute la muqueuse, l'imbibition des villosités, la coagulation du sang dans les renflements variqueux.

M. Rocque n'a jamais trouvé la cavité de la trompe oblitérée. Son opinion est complétement opposée à celle de Mayer (de Bonn), qui regarde l'oblitération de la trompe comme un fait habituel.

Ces recherches anatomiques, principalement celles qui ont trait à l'état des vaisseaux, jetteront plus tard une vive lumière sur quelques faits pathologiques jusqu'ici mal interprétés.

Abordant ensuite la partie physiologique, l'auteur établit un rapprochement ingénieux entre les phénomènes qui accompagnent l'âge critique et l'instauration menstruelle : « L'aurore et le déclin de la vie génitale. » On ne peut nier, en effet, que ces phénomènes ne présentent une analogie et une sorte de parenté qui accusent l'influence utérine. L'établissement des règles se fait tantôt avec facilité, d'autres fois s'accompagne de dérangements plus ou moins sensibles, bien que ne sortant pas de l'ordre physiologique. Les mêmes phénomènes se reproduisent exactement lors de la cessation des règles. Les douleurs épigastriques et lombaires s'irradiant vers le sacrum et les cuisses, les caprices singuliers, les goûts bizarres, les changements de caractère appartiennent également à ces deux grandes époques de la vie de la femme. La tension, le gonflement de la glande mammaire, qui signalent l'instauration menstruelle, sont remplacés chez la femme qui cesse de voir par un prurit, une excitation toute spéciale, accompagnée, quoique plus rarement, de turgescence.

Ces phénomènes sympathiques se retrouvent dans l'appareil vocal. Chez l'homme, il y a une simultanéité remarquable entre les variations de volume et d'activité du testicule et du larynx. Chez la femme ces changements corrélatifs, peut-être moins apparents et moins brusques, sont cependant réels, et, de même que la voix ne prend son développement et son timbre définitif chez la jeune fille qu'après l'établissement complet des règles, de même elle prend chez la femme qui a dépassé l'âge critique un caractère de rudesse et d'acuité qui la rapproche de celle de l'homme. Dans sept ou huit cas cités par M. Rocque, chez des femmes dont la menstruation offrait des troubles profonds, la voix s'altérait de telle sorte qu'on aurait facilement cru à une laryngite.

« A ces modifications sympathiques, mais toutes locales, qui se font remarquer aux deux grandes époques de la vie de la femme, s'en joignent d'autres qui atteignent toute la constitution.

» Le début, comme la cessation des règles, est caractérisé le plus souvent par un état de langueur qui ne permet pas à l'embonpoint de s'établir; mais dès que l'équilibre est en quelque sorte fixé, il y a comme une recrudescence de santé qui se manifeste tout d'abord par l'égale répartition du tissu graisseux. De là cette fermeté des chairs, ces contours arrondis qui sont le caractère de la beauté chez les jeunes filles. C'est ce qui est encore très-évident chez certaines femmes, dès que l'âge de retour les a débarrassées de ces hémorrhagies irrégulières qui n'étaient plus pour elles qu'une fatigue et un motif d'épuisement, et qui les tourmentaient sans compensation, parce qu'elles n'étaient déjà plus un gage de fécondité. De là ces retours de beauté mûre et puissante, qui annoncent souvent l'envahissement prochain de la polysarcie graisseuse, mais qui n'en sont pas moins le dernier bel âge de la femme. » (P. 27.)

Pour compléter ce parallèle, il résulte des recherches de MM. Andral et Gavarret, que l'expulsion de l'acide carbonique chez la femme suit une marche ascendante jusqu'à la puberté, reste stationnaire pendant toute la période utérine, puis augmente considérablement au moment de l'âge critique, pour entrer ensuite dans une période de déclin définitif.

Enfin, tous les philosophes et tous les médecins n'ont-ils pas signalé chez la jeune fille, ainsi que chez la femme arrivée à la période climatérique, des phénomènes psychologiques portant principalement sur l'affectivité et l'excitation génésique? tendances dont la perversion peut aboutir en dernier terme à la manie érotique.

« Il semble, a dit un philosophe, que l'amour ne soit jamais si

près d'atteindre à la fureur, que quand il commence à naître et quand il est près de finir. »

L'on pourrait avec facilité poursuivre ce parallèle dans le domaine de la pathologie.

Dans la dernière partie de sa thèse, M. Rocque étudie les maladies de l'âge critique, et tout d'abord il établit une distinction profonde entre les affections qui sont le fait de la cessation des règles et celles qui appartiennent à l'âge de quarante à cinquante ans. Il n'attribue à la ménopause que les affections qui, par leur nature ou leur siége, se lient de près ou de loin à la fonction utérine. Ces maladies se rangent sous trois chefs : les affections pléthoriques, les hémorrhagies et les névropathies. L'auteur y joint un petit nombre d'affections groupées dans l'ordre des inflammations, sans chercher aucunement à expliquer la liaison qui existe entre ces inflammations et les fonctions utérines.

Dans le chapitre consacré à la pathologie proprement dite de l'âge critique, l'auteur étudie les affections pléthoriques ou hypérémies, et les hémorrhagies, tantôt bornées dans des limites compatibles avec la santé, hémorrhagies déplétives, tantôt constituant un accident sérieux.

Dans certains cas l'utérus est le siége de ces hémorrhagies ; dans d'autres cas (hémorrhagies supplémentaires), c'est un autre organe qui est le siége du flux sanguin. M. Rocque, s'appuyant de l'autorité de son maître, M. le docteur Cazalis, verrait volontiers dans les congestions pulmonaires de l'âge critique la source et le début des affections catarrhales des voies respiratoires si fréquentes chez les vieillards.

De ces hémorrhagies, les unes doivent être respectées, quand elles servent pour ainsi dire à rétablir l'équilibre compromis par la cessation du flux menstruel. Le médecin les combattra par les toniques et les antihémorrhagiques lorsqu'elles se lient à un état de chloro-anémie; enfin, si elles alternent avec des accidents congestifs pulmonaires ou cérébraux, elles devront être excitées au contraire ; mais en même temps on s'appliquera à modifier la constitution de manière à détruire la tendance hémorrhagique.

L'auteur cite deux cas de métrorrhagie idiopathique survenue chez des femmes de 81 et 87 ans, et qu'il explique par ces lésions de circulation qu'il a signalées dans la partie anatomique de son travail.

Dans le cadre des affections névropathiques, M. Rocque, revenant au parallèle institué au début de sa thèse, dirige principalement ses recherches sur l'hystérie et l'épilepsie. M. Beau, dans un travail publié dans les *Archives* (1836), a montré que l'époque de la première menstruation était celle où ces deux maladies apparaissent en plus grande proportion. C'est là un fait désormais acquis à la science. Reste à savoir l'influence qu'exerce la ménopause sur ces deux affections. Ici les opinions sont partagées ; les uns (Vigarous, MM. Hardy et Béhier) admettent que les femmes perdent en général leurs affections hystériques à la fin de la menstruation ; les autres (Hoffmann, Grisolles) pensent qu'après une période de déclin, ces affections reviennent souvent avec une nouvelle force à l'époque de l'âge critique.

Tous les faits de M. Rocques ont été recueillis à la Salpêtrière, dans la division des épileptiques et des hystériques de M. Lélut. Ces faits le conduisent à conclure :

1° Que l'épilepsie peut débuter à l'époque de la ménopause (6 cas) ;

2° Que l'épilepsie augmente à cette même époque de gravité et d'intensité. Tantôt cette aggravation n'est que momentanée, tantôt elle persiste jusque dans un âge avancé.

Dans un dernier chapitre, M. Rocque résume ainsi les conclusions de son travail :

« Nous avons cherché à établir un parallèle physiologique et pathologique entre l'instauration et la ménopause.

» 1° C'est par la même série de phénomènes physiologiques que l'instauration s'établit et que la menstruation disparaît. Ils se passent en sens inverse, et présentent même dans leurs nuances des analogies marquées.

» 2° C'est après l'instauration que l'utérus acquiert une existence propre, une vie génitale. La ménopause, corollaire de la suppression de la fonction génésique, amène dans l'état anatomique de la matrice, dont le rôle actif est terminé, des modifications anatomiques de deux ordres :

» A. Atrophie par suite d'une lésion de nutrition, résultat d'altérations des artères.

» B. Hypertrophie fausse (hémorrhagique), suite d'altérations dans le système veineux.

» 3° La pathologie de l'âge critique a de nombreuses analogies avec la pathologie de la puberté. Ces analogies sont surtout marquées dans les affections pléthoriques, hémorrhagiques, névropathiques de ces deux âges. »

Dans un appendice qui termine sa thèse, M. Rocques nous donne un relevé de 50 cas de cancers utérins, et de 21 cas de cancers mammaires.

Dans le premier tableau (cancers utérins), 25 cas nous montrent le cancer débutant postérieurement à la ménopause. Dans 18 cas, le début du cancer a été antérieur à cette époque, simultané dans les 7 derniers.

Quant aux cancers mammaires, 14 cas sont postérieurs et 7 cas antérieurs à l'âge critique.

On peut voir par cette analyse, nécessairement très-restreinte, que le travail de M. Rocque sort complétement de la classe des thèses dont le principal mérite réside dans une laborieuse compilation. Les observations qu'on y trouve réunies, les aperçus tout personnels joints à un style toujours facile et souvent élégant, font de ce travail une œuvre sérieuse, et que consulteront avec fruit tous ceux qui aborderont de nouveau l'étude de la ménopause.

P. Blachez.

RAPPORT

sur un travail de M. le Dr Ferrand (de Mer), sur la trachéotomie.

(Lu à la Société de chirurgie par M. Guersant).

Messieurs, chargé avec mes collègues MM. Forget et Desormeaux de vous rendre compte d'un travail de M. le docteur Ferrand (de Mer), travail intitulé : *Opération de trachéotomie pour croup, extraction de la canule trois mois après l'opération ; guérison ; considérations sur le traitement du croup et sur la trachéotomie*, permettez-moi de commencer par vous exposer un résumé succinct de ce travail.

Mirand (Ferdinand), âgé de sept ans, d'une constitution délicate, atteint d'une otite chronique depuis plusieurs années, est pris le 15 janvier 1853 d'une toux enrouée. M. le docteur Bergeron, consulté le 17, ne constate pas de fausse membrane dans la gorge ; la voix est éteinte et la respiration gênée. — Potion émétisée.

Le 18 au soir, l'oppression augmente, il y a menace de suffocation ; M. le docteur Ferrand est appelé pour pratiquer la trachéotomie. Il la pratiqua lentement, comme le conseille M. Trousseau, et attendit pour ouvrir la trachée que l'écoulement du sang fût arrêté ; l'opérateur cautérisa la trachée avec une solution d'azotate d'argent au quart, et donna le conseil aux parents d'instiller quatre fois par heure des gouttes d'eau tiède dans la canule.

Le 19, l'enfant est bien ; M. Ferrand renouvelle la cautérisation. Pas de fausses membranes.

Le 20, pas de fausses membranes ; nouvelle cautérisation.

Le 21, le malade est bien, la plaie est grisâtre. — Cautérisation, bouillon, eau vineuse.

Jusqu'au 25, l'enfant va de mieux en mieux ; on tente d'enlever la canule, nécessité de la remettre.

Le 1er février, nouvelle tentative d'enlever la canule ; impossibilité.

Le 6, nouvel essai encore infructueux ; il faut en revenir à la canule, qui fut difficile à réintroduire ; inflammation de la plaie, qui s'agrandit et se couvrit d'une fausse membrane épaisse. — Cautérisation forte de la plaie.

Jusqu'au 18, rien de nouveau, mais ce jour-là fièvre, accès de toux ; aspect grisâtre de la plaie, qui s'agrandit.

Le 19, fièvre intense, pâleur de la face, assoupissement ; le malade se plaint du bras gauche, où se trouve un vésicatoire ancien qui s'était couvert d'une fausse membrane. — Cautérisation avec le nitrate d'argent sur la surface du vésicatoire.

Le 21, mieux notable.

Le 26, encore de la toux, la plaie et le vésicatoire vont bien ; mais dans la nuit, *plus de cinq semaines après l'opération*, le malade a expulsé par la canule plusieurs lambeaux de couenne, dont un a 15 centimètres de long.

A dater de ce jour, l'enfant va de mieux en mieux. Il garda sa canule jusqu'au 15 avril, époque à laquelle elle fut retirée, après trois mois de séjour dans la trachée.

Réflexions de notre confrère. — Il regarde cette observation comme intéressante parce qu'elle offre un cas de succès après plusieurs complications ; il dit qu'au moment de l'opération les fausses membranes existaient dans les bronches parce qu'on n'en voyait pas sur les amygdales et dans la gorge ; c'était le 17 janvier.

Il faut remarquer la persistance de la diathèse couenneuse, car la plaie se recouvre de fausses membranes le 6 février, puis le 22 des fausses membranes se développent sur le vésicatoire, et le 26 une longue fausse membrane est expulsée par la canule. Notre confrère dit, à cette occasion, que la cautérisation, qui modifie la surface du vésicatoire, montre clairement l'action des caustiques sur les fausses membranes ; puis il ajoute que le traitement qu'on doit employer est la cautérisation, et il blâme les moyens généraux, les alcalins, le chlorate de potasse, de soude, etc., etc. Il dit qu'il est difficile que des hommes éclairés se refusent à l'efficacité de la cautérisation dans le croup.

Il passe à la cause qui a pu déterminer l'obstruction du larynx et la nécessité de laisser la canule trois mois ; il pense que cela dépend, dans le principe, de fausses membranes sur les cordes vocales, et plus tard d'un engorgement chronique du larynx.

L'auteur dit ensuite qu'en qualité d'ancien élève de M. Bretonneau, il est partisan de la trachéotomie, et qu'il a eu occasion de la pratiquer 9 fois *in extremis* ; il a sauvé deux malades qui avaient environ sept ans ; il dit qu'il n'est pas disposé à opérer avant deux ans et qu'il pense qu'il faut attendre que la mort soit imminente pour se décider à l'opération ; car la trachéotomie n'est pas sans inconvénients, et d'ailleurs on voit guérir des croups par les moyens médicaux. En effet, dit-il, j'ai sauvé deux enfants de 2 à 3 ans par des vomitifs, le sulfate de cuivre, le sulfate de zinc et le tartre stibié pris alternativement.

M. Ferrand parle de l'érysipèle consécutif à la trachéotomie ; il n'a pas l'air de l'attribuer à une cause générale, et il propose, pour le prévenir, d'étendre le taffetas gommé qu'on place sous le pavillon de la canule jusqu'au sternum.

Il regarde comme très-utile d'opérer lentement, comme le conseille M. Trousseau.

Il blâme le procédé qui consiste à ouvrir la trachée transversalement ; il pense que la méthode par laquelle on entre d'emblée dans la trachée est une pratique qui n'appartient qu'à des opérateurs imprudents.

Quant à l'époque où il faut enlever la canule, il conseille, avant de la retirer, de refermer la plaie immédiatement pour s'assurer si l'air entre dans le larynx, et il dit qu'il ne faut renoncer à la remettre que si la respiration se fait bien, la plaie étant fermée.

M. le docteur Ferrand termine en disant qu'il désirerait que la Société de chirurgie voulût bien s'occuper, dans l'intérêt des praticiens, de la question de la sonde laryngienne de M. le docteur Loiseau et du tubage de M. Bouchut.

Réflexions du rapporteur. — L'observation que nous adresse notre honorable confrère, M. le docteur Ferrand, a surtout le mérite, selon nous, de prouver que la trachéotomie faite en certains cas de croup, est véritablement le moyen qu'on doit employer avant la dernière période de cette maladie, et que sans cette opération un grand nombre d'enfants viendrait grossir celui des décès. Mais si cette observation est curieuse sous le rapport du succès, elle offre aussi plusieurs points qui prêtent à la critique.

Dans cette observation, où l'opération paraissait indiquée parce que la voix était éteinte et de plus l'étouffement continu, notre confrère dit que, suivant le conseil de M. Trousseau, il opéra lentement et qu'il n'ouvrit la trachée que lorsque le sang était arrêté. Ceci peut se dire et se faire dans quelques cas, mais il ne faut pas toujours attendre que le sang s'arrête pour ouvrir la trachée ; au contraire, ouvrir la trachée est souvent le seul moyen, en faisant respirer le malade, de voir le sang cesser de couler.

Notre confrère ne dit pas s'il se servit d'une canule simple ou double. On sait que la canule double est une condition indispensable pour le succès. Il n'indique pas si, après l'opération, il a fait usage de la cravate au-devant de la canule, moyen auquel nous attachons tous, comme M. Trousseau, la plus grande importance ; il ne dit pas s'il a insisté sur tous les petits soins consécutifs qui font le succès de l'opération.

On peut dire que l'état d'étouffement dans lequel était le malade réclamait la trachéotomie ; mais si l'opération était bien indiquée, on se demande si l'instillation de solution de nitrate d'argent dans la trachée l'était aussi, car on n'a pas dit si, après l'opération, des fausses membranes s'étaient échappées de la trachée : ce n'est réellement que dans cette circonstance qu'on peut se décider aux écouvillonnements et aux instillations, moyens qu'on a déjà abandonnés depuis plusieurs années ; ce n'est même que depuis que ces instillations sont abandonnées dans la plupart des cas, qu'on obtient des succès plus nombreux. Un mémoire déjà ancien de M. Miquel (d'Amboise) a fait connaître les inconvénients des instillations de solution de nitrate d'argent dans la trachée et dans les bronches.

Bien que ce dernier moyen paraisse avoir réussi chez l'enfant que notre confrère a guéri, ne pourrait-on pas dire que son malade aurait peut-être pu se débarrasser plutôt de la canule, si on n'avait pas fait d'une manière aussi répétée les instillations et les cautérisations ? Elles peuvent, en effet, avoir été la cause de la formation des fausses membranes très-longues expulsées *plus de cinq semaines après l'opération*. Quant à la longueur d'une fausse membrane qui aurait 15 centimètres de long, c'est une erreur échappée à l'auteur, qu'il a rectifiée par une lettre adressée à la Société.

Ce qui frappe surtout dans cette observation, c'est que le malade n'a pu être débarrassé de la canule qu'au bout de trois mois ; M. Ferrand pense que cela tient à un engorgement chronique des tissus du larynx. Nous croyons que, dans ces cas, la persistance des fausses membranes peut empêcher le passage de l'air dans le larynx ; nous pensons aussi qu'une inflammation chronique de la muqueuse du larynx pourrait s'opposer à l'introduction de l'air. Enfin, ne pourrait-on pas supposer que dans ces circonstances il y a paralysie des muscles du larynx, paralysie analogue à celle qu'on observe si souvent dans le voile du palais après les affections diphthéritiques de cette région, et alors cette paralysie ne pourrait-elle pas réclamer l'intervention de l'électricité ?

Je regrette que notre confrère, ne pouvant pas retirer la canule à son malade, n'ait pas employé un moyen que j'indique depuis plus de quinze ans dans mes leçons cliniques à l'hôpital des Enfants, moyen qui a été publié dans les journaux ; je veux parler de l'écouvillonnement du larynx de bas en haut. Il consiste, comme je l'ai décrit et comme je l'ai pratiqué, dans l'introduction d'une petite sonde de gomme élastique par le larynx de bas en haut, en l'introduisant par la plaie de la trachée ; cette sonde, dans les yeux de laquelle on a passé un fil, ressort facilement par la bouche, et entraîne avec elle un petit tampon de charpie qui entre de force dans le larynx et détache ainsi par le frottement des fausses membranes qui seraient restées sur les cordes vocales. Ce procédé opératoire, qui m'a réussi, rendrait, je crois, des services dans les cas où on ne sait s'expliquer pourquoi on ne peut retirer la canule, ce qui se rencontre quelquefois, comme dans l'observation que nous adresse notre confrère.

Lorsque la canule n'a pu être retirée dans les quinze ou vingt jours qui suivent l'opération, il faut alors attendre et faire de temps en temps des tentatives, jusqu'à ce qu'on puisse débarrasser définitivement le malade. Elle peut rester quelquefois des mois, des années, et alors c'est presque toujours par suite de lésions chroniques du larynx, contre lesquelles je n'ai rien encore à proposer. Ainsi, j'ai vu un enfant opéré à l'hôpital, qui a été vingt-deux mois sans pouvoir quitter la canule. Il reste aujourd'hui avec une fistule de la trachée qui persiste sans qu'on mette de canule, et qu'on ne peut fermer momentanément sans déterminer de suffocation inquiétante. J'ai présenté à la Société un jeune homme qui porte aujourd'hui encore une canule depuis plus de deux ans, et qui a une carie du cartilage du larynx ; il a été dans le service de M. Chassaignac. Je vois un enfant qui a dans ce moment une canule depuis plus de six mois, et qui ne peut la quitter.

M. Ferrand, à l'occasion de la disparition des fausses membranes, fait remarquer que les cautérisations lui ont réussi, et il est difficile, dit-il, que des hommes éclairés se refusent à l'efficacité des caustiques, et veulent employer encore les alcalins, le chlorate de potasse, qui n'agissent pas par eux-mêmes, mais conjointement avec les caustiques.

Ici, sans récuser l'action des caustiques que nous employons, mais seulement sur les points où les yeux nous permettent de constater des fausses membranes, nous trouvons que notre confrère est trop exclusif. En effet, je puis affirmer que M. Blache et moi avons eu, dans notre service à l'hôpital, des cas de succès par l'emploi du chlorate de potasse sans les cautérisations. M. Isambert en a cité plusieurs observations dans sa thèse. M. Millard, dans sa thèse, en a aussi indiqué. Depuis, j'ai eu de semblables résultats en ville, et je pourrais nommer plusieurs confrères qui ont employé le chlorate de potasse avec succès. Si ce n'est pas un médicament infaillible, c'est un moyen utile et qui rendra des services, surtout quand on le mettra en usage dès le début de l'affection pseudo-membraneuse et à doses assez fortes, 5, 6 et 8 grammes par jour. J'ajouterai que le chlorate de potasse peut, dans

certains cas, faire éviter qu'on en vienne à la trachéotomie, et qu'après l'opération il peut encore être pris avec avantage pour modifier les fausses membranes que la cause générale tend toujours à développer.

Comme l'auteur de l'observation, nous dirons que lorsqu'on se décide à en venir à l'opération, elle ne nous paraît indiquée que lorsqu'on a épuisé tous les moyens médicaux raisonnables, et que le malade est à la fin de la seconde période, lorsque la suffocation est continue; car on ne doit pas oublier que, même dans cette seconde période, on a vu des malades guérir lorsque l'étouffement n'était pas permanent.

Comme M. le docteur Ferrand, nous sommes convaincu qu'on a plus de chances en opérant les enfants au-dessus de deux ans; les succès sont très-rares au-dessous de cet âge.

Quant au manuel opératoire, nous partageons l'opinion de notre confrère, qui conseille d'opérer lentement. Il rejette avec raison le procédé qui consiste à ouvrir la trachée transversalement; il blâme celui par lequel on entre d'emblée dans la trachée, et il lui semble que cette pratique ne doit appartenir qu'à des opérateurs imprudents.

Il me paraît rationnel de conseiller, en général, de pratiquer l'opération lentement, comme le fait M. Trousseau; car il est vrai de dire que les opérateurs qui se sont écartés de ce principe, ont quelquefois eu à s'en repentir. Je dois cependant dire que, sans adopter d'une manière générale le procédé de M. Chassaignac, je l'ai quelquefois employé avec avantage chez des sujets maigres, chez lesquels on reconnaissait facilement au toucher le cartilage cricoïde, au-dessous duquel on doit plonger le ténaculum. J'ajouterai que ce procédé, qui est d'une exécution prompte, a le grand avantage de fixer la trachée-artère, comme l'avait déjà conseillé M. Bretonneau, et que souvent on peut faire perdre moins de sang au malade que par le procédé ordinaire.

A la fin de son travail, notre confrère témoigne le désir que la Société s'occupe de la sonde laryngée de M. le docteur Loiseau et du tubage de M. Bouchut.

L'emploi de la sonde de M. Loiseau peut être utile pour insuffler des poudres dans la trachée, et je ne doute pas que ce moyen puisse être employé avec avantage dans quelques cas. Quant au tubage, comme l'a dit M. Trousseau, c'est un enfant mort en naissant. Après avoir vu les tristes résultats du tubage sur des larynx de chiens, on peut, je crois, ne plus s'en occuper.

A l'occasion de ce que dit notre confrère dans son travail, *qu'il aurait de la peine à se décider à la trachéotomie si la mort n'était pas imminente*, qu'il me soit permis de poser ici les indications et les contre-indications de la trachéotomie dans les cas de croup; ce sujet est, je pense, à l'ordre du jour, et me paraît digne d'être exposé devant vous, qui plus que d'autres êtes à même de le discuter.

Indications de la trachéotomie dans les cas de croup. — Le croup, caractérisé par l'existence de la diphthérite dans le larynx, peut souvent, mais non pas toujours, résister aux moyens médicaux. Ce n'est qu'après avoir employé ces moyens que la chirurgie peut être appelée non à guérir le croup, mais à donner le temps à la maladie de guérir, soit par les seuls efforts de la nature, soit par les moyens médicaux employés consécutivement.

Après les cautérisations, qui peuvent rendre de grands services, après le cathétérisme du larynx, qui peut servir à faire d'utiles insufflations, la trachéotomie est aujourd'hui, quoi qu'on en dise, le seul moyen qu'on puisse employer pour sauver quelquefois le malade.

La trachéotomie devra donc être pratiquée :

1° Toutes les fois qu'il y aura étouffement continu et asphyxie persistante.

En effet, lorsqu'il existe dans le larynx des fausses membranes, l'étouffement et l'asphyxie peuvent être passagers; une fausse membrane, détachée par les efforts de toux ou de vomissement, peut faciliter le passage de l'air dans le larynx, qu'elle avait obstrué momentanément; elle peut aussi se développer de nouveau, et si elle persiste, elle fait office de corps étranger, qui gêne constamment l'introduction de l'air; c'est alors qu'on constate tous les symptômes qui militent en faveur de l'opération; c'est alors qu'on observe l'impossibilité plus ou moins grande de respirer, l'absence presque complète du bruit respiratoire, de l'élévation des côtes, l'abaissement du diaphragme, qui refoule les organes du ventre, la dépression de la région épigastrique, la pâleur des lèvres, la dilatation des narines dans les efforts de respiration, enfin la diminution de force du pouls, et parfois de l'agitation suivie d'un calme très-court. Si nous ajoutons à ces signes la voix éteinte et l'expulsion de fausses membranes rendues par les vomissements, l'opération est indiquée. Lorsque tous ces phénomènes existent, on opère avec d'autant plus de chances de succès qu'on les laisse durer moins de temps; si, au contraire, on attend la période ultime, où tous ces symptômes augmentent d'intensité; si le pouls, de faible qu'il était, devient à peine sensible; si les lèvres deviennent violacées et les yeux cernés et caves; si le refroidissement des extrémités se manifeste; si l'insensibilité de quelques points, qui s'observe parfois sans anesthésie complète, existe, l'insuccès est la règle, et le succès l'exception. On doit cependant encore opérer, car dans quelques cas rares, on a sauvé des malades.

2° La trachéotomie est encore urgente, lorsque les symptômes indiqués existent sans qu'on ait aucune preuve de la présence des fausses membranes; car il peut arriver, comme nous l'avons vu, qu'elles soient uniquement sur les cordes vocales; dans ce cas, la vie est menacée il y a avant tout indication de faire respirer le malade.

Les contre-indications à la trachéotomie sont :

1° Principalement et avant tout la diphthérite généralisée; ce n'est que dans des cas très-rares que la trachéotomie peut réussir.

Cet état grave est caractérisé par une pâleur extrême, une altération profonde des traits, quelquefois des épistaxis, des masses de ganglions cervicaux engorgés, des fausses membranes dans la gorge, dans les fosses nasales, dans les oreilles, à la vulve, aux vésicatoires anciens ou nouveaux. Enfin, on constate une prostration sans agitation notable et sans suffocation, car les malades ne meurent pas étouffés, mais la respiration s'éteint lentement.

On comprend que, dans ces circonstances, la trachéotomie est le plus souvent inutile.

2° La pneumonie double bien constatée est une complication si grave, que l'opération échoue toujours.

3° L'âge tendre au-dessous d'un an, époque à laquelle le succès est une exception, est encore pour nous une contre-indication.

Nous terminons ce travail en priant la Société de vouloir bien remercier notre confrère, M. le docteur Ferrand, de nous avoir adressé une observation intéressante. Nous l'engageons à continuer la pratique de la trachéotomie dans les cas de croup; car lorsqu'on sauve des malades par cette opération, on a la conscience d'avoir fait son devoir, et de les avoir arrachés à une mort certaine dans le plus grand nombre des cas.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 janvier 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Méthode particulière pour guérir l'hydrocèle presque extemporanément et sans opération. — M. PÉTREQUIN adresse sur ce sujet un mémoire dont voici un extrait.

En faisant mes expériences sur le traitement galvanique des anévrysmes, j'avais été frappé de l'action que la pile exerce non-seulement sur l'innervation, mais encore sur la circulation capillaire et les fonctions vitales de nos organes, au premier rang desquelles doivent figurer les fonctions sécrétoires par l'activité propre qu'elles en reçoivent. En réfléchissant depuis aux conséquences thérapeutiques qu'on peut en tirer, j'avais cru entrevoir une série d'applications utiles pour l'art de guérir dans les cas où il existe une perturbation fonctionnelle sans lésions organiques. Il restait à établir cette conception sur une base scientifique et à préparer rigoureusement la réalisation clinique.

Il est démontré que l'électricité exerce sur l'absorption comme sur les sécrétions une modification profonde; et, de fait, ces deux fonctions sont essentiellement corrélatives, et leur équilibre est nécessaire pour l'intégrité de l'état normal; mais si le fluide électrique a la puissance de déterminer une résorption aussi difficile que celle de tumeurs dures et compactes comme les engorgements glandulaires qui se composent de corps solides, *à fortiori* doit-il être capable de faire résoudre de simples tumeurs hydropiques, sans altérations organiques, et uniquement formées d'éléments liquides.

Or, parmi toutes les hydropisies, la plus simple, la plus accessible, celle où l'on a le moins à redouter des accidents quelconques, c'est sans contredit l'hydrocèle qui est extérieure, visible, palpable, et où le pire qui puisse arriver, c'est de laisser le mal dans le même état. Ces pensées me préoccupaient depuis longtemps, et mes occupations et une série d'autres travaux commencés avaient seuls pu m'empêcher de les mettre à exécution, lorsque je fus consulté, en 1857, par un négociant qui portait une hydrocèle volumineuse du côté gauche. La maladie était déjà ancienne, et on ne pouvait lui assigner d'autre cause que le genre même de vie du consultant, qui voyageait beaucoup pour son commerce. C'était un homme d'environ quarante-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, jouissant d'ailleurs d'une assez bonne santé. Il désirait qu'on le guérît sans opération, et ne voulait entendre parler ni de séton, ni d'injection, ni de ponction simple. Il savait que je m'étais beaucoup occupé d'électricité médicale, et nous convînmes qu'il serait soumis à l'emploi de ce moyen, après avoir subi préalablement un traitement interne par des motifs que je développerai plus loin.

Ici se présentaient de sérieuses difficultés d'exécution : et d'abord, devais-je donner la préférence à la machine électrique, à la pile voltaïque, ou aux machines à courants d'induction? Je donnai la préférence à la pile; nous nous servîmes d'une pile de Bunsen que nous avions sous la main.

Restait la question du manuel opératoire : la première idée qui se présentera peut-être à plus d'un lecteur, c'est que je devais procéder comme je l'avais fait en 1845 pour les anévrysmes où j'implantais 2 à 4 aiguilles dans l'intérieur du sac; mais c'eût été une faute de ma part, car ce n'était pas le contenu qu'il fallait avoir spécialement en vue, mais le contenant. Et en effet le fluide électrique aurait alors agi surtout sur le liquide vaginal, et eût pu sans doute le décomposer, mais sans procurer la guérison. C'était l'organe producteur bien plus que le produit de sécrétion qu'il importait de modifier, et l'on avait ici à suivre une marche différente.

L'indication essentielle était de porter l'action électrique sur la tunique vaginale, pour stimuler sa vitalité et rétablir l'équilibre entre l'absorption et la sécrétion, en provoquant la résorption du fluide épanché; c'est ce qu'on obtient par une excitation médiate en agissant sur la peau du scrotum mise en contact avec les pôles de la pile.

C'est ainsi que fut traité mon malade : les deux pôles d'une pile de Bunsen furent appliqués, l'un sur la base, l'autre sur le sommet de l'hydrocèle; la séance dura environ une demi-heure; outre l'impression douloureuse qu'on ne peut guère éviter dans ces cas, notre opéré éprouva la sensation toute particulière d'un mouvement vermiculaire, d'une agitation intime, comme si le liquide se fût mis à couler et à remonter vers le ventre. La tumeur semblait avoir un peu diminué. On le mit au lit, où il demeura jusqu'au lendemain, et alors, à notre grande satisfaction, son hydrocèle avait disparu; on lui appliqua un suspensoir modérément compressif; il continua le traitement interne, et quelques jours après il fut purgé; je le vis encore par intervalles pendant un mois : la guérison ne s'était pas démentie, et je tiens à constater qu'il ne survint d'ailleurs aucun accident. Il arrivera sans doute des cas moins heureux où il faudra une deuxième ou une troisième séance d'électrisation.

Sur la question de l'existence de l'os inter-maxillaire chez l'homme. — M. ROUSSEAU, en réponse à une note récente de M. Larcher, communique sous ce titre les remarques suivantes :

J'avais présenté le 20 décembre à l'Académie des sciences diverses pièces anatomiques de très jeunes embryons humains, à l'appui d'un mémoire qui avait pour objet de constater, preuves en mains, la non-existence de l'os inter-maxillaire chez l'homme à l'état normal. Cependant M. Larcher, dans une communication faite à l'avant-dernière séance, déclare que mon assertion est ruinée d'avance par un fait anormal de *rhinocéphalie* qu'il a présenté le 6 décembre 1858, ajoutant : « Que les os inter-maxillaires existent tout aussi bien chez l'homme que chez les autres mammifères, que ses nombreuses recherches à l'hospice de la Maternité en 1826 et 1827, et celles qu'il a pu faire depuis, ne lui laissent aucun doute à cet égard. »

Suivant M. Larcher, « l'os incisif, comme l'a dit Béclard, se réunit si promptement au reste du maxillaire supérieur, qu'il est rare et difficile de le trouver isolé. » Etait-il donc si difficile de préciser cette époque de réunion?

Autant que personne, je vénère le nom de Béclard, mais j'ai les mêmes sentiments d'admiration pour d'autres anatomistes non moins célèbres qui ont *nié* l'os inter-maxillaire chez l'homme. Mon mémoire, encore pendant devant l'Académie, désigne comme s'étant prononcés pour la négative Camper, Sœmmering, Vicq-d'Azyr, Fischer Gotthelf, G. Cuvier, Bichat, Boyer, Blumenbach, etc. M. Larcher rendrait un éminent service à la science s'il voulait bien consentir à donner à l'un de nos musées anatomiques quelques-uns de ces os incisifs humains (normaux, bien entendu) qu'il a été assez heureux pour rencontrer si fréquemment. Le fait deviendrait constant pour tous, et il n'y aurait plus à nier, comme je m'obstine à le faire une fois de plus ici, après cinquante années de recherches infructueuses pour parvenir à trouver l'os inter-maxillaire chez l'homme, comme je l'ai rencontré dans le jeune âge chez tous les animaux. (Commission nommée.)

— M. NETTER, aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg, adresse une note *sur la sensation de noir*.

Cette note est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Flourens, Becquerel, Pouillet.

Contagion de la phthisie. — M. le docteur DE LAMARE a présenté, dans la précédente séance, un mémoire sur la possibilité de la contagion de la phthisie pulmonaire, dans lequel sont rapportés des exemples de nature à faire penser que cette maladie, qu'en général on ne regarde pas comme contagieuse, peut le devenir dans des circonstances spéciales. Cette opinion que la phthisie est contagieuse est fort répandue en Italie et en Espagne, où on ne consent à louer des appartements aux phthisiques étrangers qui viennent chercher un soulagement à leur mal dans un climat plus doux, qu'à la condition qu'ils payeront d'avance la somme nécessaire au renouvellement des meubles et des tentures intérieures des pièces où ils couchent. Tout en considérant ces appréhensions comme étant probablement fort exagérées, le docteur de Lamare rapporte l'exemple d'une maison qu'il a connue il y a vingt ans, et dans laquelle sont venus mourir successivement trois locataires qui avaient primitivement l'apparence d'hommes vigoureux, n'avaient entre eux aucun lien de parenté, et s'étaient servis successivement des meubles et tentures de lit qui avaient appartenu au précédent locataire phthisique. La maison étant restée inhabitée pendant quelque temps, bien qu'elle fût dans les conditions recherchées pour une habitation saine, on ne consentit à l'occuper qu'après le renouvellement des peintures intérieures, et dès lors personne n'y est devenu phthisique. Il est encore à observer qu'un séjour fort prolongé dans l'atmosphère de la chambre de certains phthisiques, dont la maladie était très-violente, a amené invariablement des nausées et autres symptômes d'empoisonnement miasmatique chez des sujets sains et vigoureux. Enfin M. de Lamare cite l'exemple de Laënnec, qui rapporte s'être inoculé la maladie tuberculeuse par une piqûre faite au doigt à l'amphithéâtre de dissection. — La conclusion pratique de toutes ces recherches est que, sans déclarer la phthisie sûrement contagieuse, il convient de ne pas multiplier les points de contact, tels que le séjour du lit avec les phthisiques, tout en leur donnant les soins assidus qu'ils ont le droit d'attendre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Jusqu'à présent, la tenue des cahiers de visite et les petites opérations de chirurgie dans les hôpitaux militaires ont été attribuées aux médecins aides-majors. L'administration de la guerre vient de prescrire une mesure en vertu de laquelle 50 soldats infirmiers, choisis parmi les plus capables, seront exercés à ces fonctions subalternes, qui leur resteront dévolues dans les hôpitaux si l'expérience commencée au Val-de-Grâce donne des résultats satisfaisants.

Des modifications analogues seront introduites dans le service de la pharmacie.

— Un concours public pour la place de chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André de Bordeaux s'ouvrira dans cette ville le 14 mai 1859.

Les concurrents devront déposer, avant le 29 avril, la note de leurs titres scientifiques et les pièces ordinairement exigées au secrétariat de l'administration des hospices de Bordeaux.

— M. le docteur Durand-Fardel commencera son cours sur les eaux minérales le jeudi 3 février, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

MM. Billod (2e souscription).	10 fr.
Laroche, de Paris.	10
Andant, de Mézos.	2
Alfred Liégard, de Caen.	5
Total.	27 fr.
Total des listes précédentes. .	1066 fr. 50 c.
Total général jusqu'à ce jour. .	1093 fr. 50 c.

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 1, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 40.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 11. — JEUDI 27 JANVIER 1859. (32e ANNÉE.) N° 11. — JEUDI 27 JANVIER 1859

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 JANVIER 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Au mois de juillet 1856, M. Robert lisait un rapport à l'Académie sur une communication de M. le docteur Leprestre (de Caen), relativement à une opération d'anus artificiel pratiquée pour un cas d'imperforation. Bien que le fait rapporté par M. LepresIre fût un succès de plus à mettre sur le compte de la méthode de Littre, il ne parut pas cependant au rapporteur de nature à atténuer les objections qui pèsent sur cette méthode; et à la faveur de quelques modifications qu'il proposait d'introduire dans le procédé opératoire, il se croyait fondé à faire prévaloir la méthode de Callisen sur celle de Littre.

A cette occasion il s'engagea une courte discussion, dans laquelle on émit des doutes sur la persistance des guérisons et sur la longue viabilité des opérés. M. Velpeau déclara pour sa part ne pas connaître un seul cas de guérison durable; sans en contester toutefois la possibilité, et sans donner à ses paroles le caractère d'un défi, il fit alors un appel au souvenir de tous les chirurgiens. Il s'était écoulé à peine un an, que M. le docteur Jules Rochard (de Brest), bien connu de nos lecteurs, communiquait à l'Académie le relevé de cinq opérations d'anus artificiel d'après la méthode de Littre, pratiquées avec succès, et avec un succès durable, dans cette seule ville. C'est cette communication qui a fait le sujet du rapport de M. Robert, et ce sont ces cinq faits, dont quatre au moins démontrent d'une manière péremptoire les heureux résultats de l'opération, qui ont modifié l'opinion du rapporteur; si bien que, après l'analyse de ces faits, il a terminé son rapport comme M. Rochard avait terminé son mémoire, par cette phrase à laquelle il a déclaré s'associer : « Lorsque la chirurgie n'hésite pas à sauver les jours d'un malade au prix des plus effrayantes, des plus hideuses mutilations, je ne comprendrais pas que, en présence d'une mort certaine, elle reculât devant une opération qui ne laisse après elle qu'une infirmité compatible avec tous les devoirs, avec toutes les jouissances de la vie, et qu'il est extrêmement facile de dissimuler. »

Cette phrase se trouve en effet justifiée, même jusque dans ses derniers termes, par les observations consignées dans le mémoire de M. Rochard. On se convertirait pour moins que cela à une opinion qu'on avait cru devoir combattre jusqu'alors, surtout lorsqu'à des faits aussi précis l'opinion adverse n'a à opposer que des succès encore douteux.

Après le rapport de M. Robert et la discussion qui l'a suivi, l'Académie a entendu un rapport de M. Moquin-Tandon sur un mémoire de M. Eug. Fournier, relatif à la composition chimique des mollusques considérée dans ses rapports avec leur emploi médical. Le travail de M. Fournier, appuyé sur des analyses chimiques qui lui ont fait connaître les proportions d'iode, de soufre, de phosphore, renfermées dans les organes des diverses espèces de mollusques, laisse entrevoir les avantages que la thérapeutique pourrait retirer de l'usage alimentaire de ces animaux, dont on pourrait à volonté modifier la richesse en principes actifs, en modifiant la nature et les conditions du milieu où ils vivent. Il y a là une voie ouverte à d'intéressantes expérimentations. Le mémoire de M. Fournier, longtemps avant que de devenir le sujet du rapport de M. Moquin-Tandon, avait déjà fourni le texte de l'un des chapitres d'une très-intéressante thèse que notre collaborateur, M. E. Renaud, a signalée, avec tous les éloges qu'elle mérite, à l'attention de nos lecteurs (Voir le numéro du 23 novembre dernier) : c'est la thèse de M. le docteur Ozenne intitulée : *Essai sur les mollusques considérés comme aliments, médicaments et poisons.*

M. Londe a clos la séance par un rapport sur un mémoire de M. le docteur Petit (de Maurienne), relatif à l'importante question hygiénique de la ventilation. Ce mémoire, au dire de M. le rapporteur, renferme d'excellentes choses, qui n'ont qu'un malheur pour l'auteur, c'est de n'être pas nouvelles.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la rougeole et de ses complications (1).

Lorsque j'ai énuméré les symptômes dont s'accompagne l'éruption, je vous ai dit que la diarrhée apparaissait habituellement dans cette phase de la maladie. Ce phénomène est rarement grave; il y a plus, il semble même constituer une crise favorable, au moment où l'exanthème s'inscrit sur la peau. Indépendamment de l'action exercée sur les muqueuses nasale, oculaire et bronchique, le catarrhe frappe donc également l'intestin, chez les enfants surtout. La diarrhée est parfois très-abondante, et vous pourrez compter jusqu'à dix et quinze selles dans les vingt-quatre heures; mais si cet accident n'offre rien d'alarmant alors que la pyrexie et l'éruption suivent une marche normale, il n'en est plus de même lorsque la manifestation cutanée s'opère mal, que les yeux se creusent et que le flux intestinal acquiert une proportion hors limites. Hâtez-vous alors d'intervenir. L'opium est dans ce cas le remède héroïque : en même temps qu'il arrête la diarrhée, il agit sur la peau et favorise le développement de l'exanthème.

En frappant le gros intestin avec violence, le catarrhe intestinal morbilleux donne lieu à cette *colite* particulière que l'on a décorée si mal à propos du nom de dysenterie et qui est caractérisée par des déjections sanglantes et par du ténesme. Qu'est-ce en effet que la dysenterie? une maladie épidémique, spécifique, contagieuse, à forme spéciale. C'est bien une colite, si vous le voulez, mais une colite aussi différente de la colite morbilleuse que l'exanthème morbilleux est différent de l'exanthème scarlatineux.

Il est essentiel d'établir cette distinction, car la dysenterie est bien autrement périlleuse que la colite dont je parle, et qui guérit le plus souvent d'elle-même. Cependant, lorsqu'elle se prolonge, il importe de prescrire des lavements albumineux, et si l'on veut agir avec plus de rapidité, il est bon de formuler un lavement contenant de 5 à 10 centigrammes de nitrate d'argent dissous dans 100 grammes d'eau distillée.

Vous vous trouverez bien également de recourir à l'emploi de 25 centigrammes de sulfate de cuivre ou de sulfate de zinc pour 100 grammes de véhicule. En somme, vous arrêterez facilement cette diarrhée, qui, au cinquième ou au sixième jour de la rougeole, n'est généralement pas un accident plus grave que l'éruption parfois assez vive qui survient à la lèvre supérieure, sous l'empire d'un coryza intense.

Les convulsions, le faux croup, le catarrhe suffocant, l'épistaxis, l'otite et la diarrhée constituent donc l'ensemble des complications de la période d'invasion de la rougeole. Abordons maintenant l'étude des accidents que l'on peut observer pendant la phase éruptive.

Je dois tout d'abord signaler à votre attention le catarrhe bronchique. Il débute fréquemment dans la première période, et ne fait alors que se continuer dans la seconde; mais, dans un grand nombre de circonstances, il éclate vers le sixième ou le septième jour de la maladie, c'est-à-dire le premier ou le second jour de l'apparition des indices cutanés, et il revêt volontiers les allures du catarrhe suffocant ou de la péripneumonie.

J'ai besoin d'insister encore ici sur le catarrhe capillaire, car c'est la plus dangereuse de toutes les complications, et, pour ma part, je la redoute bien plus que la pneumonie et la pleurésie.

Or, au septième jour d'une rougeole, quand tous les symptômes auront suivi une marche régulière, si vous remarquez que l'éruption prenne une coloration moins vive et que le lendemain la fièvre s'allume avec une ardeur nouvelle, songez de suite à

(1) Fin. — Voir les numéros des 23 décembre 1858 et 11 janvier 1859.

FEUILLETON.

L'antimoine et l'appareil de Marsh. — Deux nouvelles piles. — Un filtre à air. — Les *Essais scientifiques* et l'*Année scientifique*.

Heures charmantes et douces que celles de la jeunesse! On ne sait pas encore se plaindre : on souffre en riant, un mot, un trépignement de pied, un cri discordant, voilà toutes ses protestations. Une communication sur l'appareil de Marsh nous reporte vers ces bonnes années où nous allions sous la pluie, la neige ou le froid glacial, *sub Jove frigido*, faire queue à l'ouverture du cours de chimie. On nous dit qu'il en est toujours ainsi, ce qui parle beaucoup en faveur du progrès et de la réforme. On oublie quand on n'a plus à souffrir. Mais alors un grand professeur nous attirait par son immense réputation. C'était justice : jamais parole plus lucide, plus pénétrante, plus intelligente, n'était tombée d'une chaire. Qui n'a pas entendu Orfila, ne peut connaître ce qu'un vrai professeur doit posséder d'habileté et de connaissance de l'élève, pour plier son intelligence à celle de l'auditeur. La carrière d'Orfila fut longue, ses leçons variaient peu, c'étaient les mêmes divisions, les mêmes gestes, nous allions dire les mêmes paroles, les mêmes expériences; c'était plus encore : la même inflexion de voix et les mêmes points où le professeur s'arrêtait toujours et attirait davantage l'attention. On savait sa chimie à la fin du cours.

A côté de ces belles qualités doctorales, on voyait poindre de temps à autre un mot singulier, une expression presque favorite que l'auteur même n'oubliait pas dans son œuvre écrite. Bien peu lui ont entendu prononcer le nom de l'appareil de Marsh sans ajouter *dit* de Marsh. Ouvrez sa Chimie, vous retrouverez ce mot à chaque occasion, et cette petite.... protestation contre un appareil aux améliorations duquel Marsh était resté étranger prenait dans la bouche d'Orfila une expression toute particulière.

Que dirait-il donc aujourd'hui s'il voyait l'appareil *dit* de Marsh échouer dans les recherches antimoniales!

Tout le monde savait que les sels antimoniaux pouvaient être réduits par l'hydrogène naissant et être transformés en gaz hydrogène antimonié; l'appareil de Marsh devenait alors un puissant moyen de contrôle. Mais voici que, dans plusieurs analyses, M. Lassaigne, M. Gaultier de Claubry et autres constatent que l'appareil de Marsh n'accuse pas les petites quantités antimoniales. Nous enregistrons le fait à cause de son importance, en rappelant qu'il faut alors avoir recours à l'incinération. Il est donc nécessaire de soumettre chaque portion d'organe et de viscère (le foie, le rein, la rate) à une carbonisation par l'action réunie de la chaleur et des acides sulfurique et azotique purs. On place ensuite dans un creuset neuf de porcelaine et on chauffe au rouge cerise des portions du charbon obtenu; puis on traite la cendre par l'acide azotique faible, et ensuite par l'acide chlorhydrique pur. Cette dissolution, étendue d'une solution d'acide tartrique faible, est filtrée, mise en contact avec trois fois son volume d'acide sulfhydrique; un précipité floconneux jaune-orange de sulfure antimonique hydraté accuse la présence du poison. Reste à comparer ce précipité à un autre formé dans une solution libre d'émétique.

Il est donc bon de ne plus se fier aux accusations de l'appareil de Marsh, mais de faire intervenir l'incinération comme moyen propre à déceler les plus petites traces d'antimoine.

— L'ardeur de ceux qui cherchent à donner de nouvelles formes plus commodes ou plus économiques aux piles, est loin de se ralentir. Nous allons reproduire deux nouveaux changements proposés.

Dans un cas, MM. Fournier et Alix demandent qu'on remplace le cylindre de zinc de la pile de Bunsen par un cylindre de plomb, et n'emploient qu'un seul métal. L'effet serait plus énergique et plus constant : l'amalgamation serait supprimée.

Ce dernier résultat est d'une faible importance, car M. Rumkorff proposait récemment encore un liquide fort économique pour amalgamer les zincs trop rongés par l'action chimique.

MM. Fournier et Alix s'engageraient même à acheter le sel de plomb qui se forme, et qu'on emploie dans la fabrication du blanc de céruse.

A côté de cette première pile prend place une pile constante et économique à dégagement de chlore. Ce nouvel instrument a de bien belles propriétés : il fonctionne à un seul liquide, et les substances qu'il consomme sont à bas prix dans le commerce.

MM. Fonvielle et Humbert donnent à cette pile la forme suivante : Dans des vases hermétiquement fermés se trouvent des bocaux de pile voltaïque. Les vases sont munis de deux orifices, l'un situé à la partie inférieure pour l'entrée du gaz, et l'autre, pour sa sortie, à la partie supérieure. Le chlore entre dans les bocaux.

Les piles sont composées de lames de zinc et de plaques de charbon réunies par des conducteurs métalliques. Le chlore circule dans les piles fermées qu'il traverse, en entretenant le liquide excitateur dans un état constant de chloruration concentrée.

Tant de persévérance et de recherches de la part des physiciens amèneront-elles enfin un résultat qui prenne date?

— Les propriétés absorbantes et désinfectantes du charbon sont depuis longtemps acquises à la science, mais leur étude a pris sous

l'imminence d'une complication et appliquez aussitôt votre oreille sur la région thoracique, car c'est presque toujours de ce côté que s'opérera le travail pathologique. Chez l'adulte, c'est quelquefois une pneumonie franche qui est en jeu, ce n'est pas là un fait ordinaire; on a bien plus fréquemment affaire à une broncho-pneumonie. Chez l'enfant, le catarrhe capillaire est pour ainsi dire la règle. Les exceptions sont très-rares, et d'ailleurs, quand elle existe, l'inflammation du parenchyme pulmonaire n'a fait que succéder à une bronchite préexistante. En étant bien fixés sur ce point délicat d'étiologie et sur ce mode particulier de processus pathologique, vous vous rendrez facilement un compte exact de l'extrême gravité de cet accident, qui, dans les deux ou trois premières années de la vie, est presque constamment mortel.

En 1845 et en 1846, à l'hôpital Necker, j'observai une épidémie de rougeole: sur 24 enfants 22 furent frappés de broncho-pneumonie, et 22 succombèrent. Le catarrhe capillaire n'atteignit pas les deux autres. Sans doute les influences nosocomiales entrent bien pour quelque chose dans ce terrible résultat, et le chiffre de la mortalité eût sans doute été moindre dans la pratique de la ville, mais je veux cependant que vous soyez avertis que par certains temps d'épidémie vous pouvez être cruellement éprouvés par cette dangerense complication. Aussi, tel médecin qui jusqu'alors avait considéré la rougeole comme une affection d'une grande bénignité, a dû plus d'une fois revenir sur les illusions de son opinion première.

Il y a trente-deux ou trente-trois ans, quand je débutais dans l'exercice de la médecine, les deux premiers malades que je fus appelé à traiter étaient atteints de rougeole: une petite fille de onze ans et une servante de vingt et un ans. La mort fut amenée, dans le premier cas, par une broncho-pneumonie compliquée de pleurésie, et dans le second, par une broncho-pneumonie sans complication. Il ne m'en fallut certes pas davantage pour apprécier le caractère fort sérieux de la maladie, et depuis cette époque je fus assez heureux pour n'avoir pas à enregistrer de nouveaux décès parmi les adultes ou les enfants; mais survint la désastreuse épidémie dont je parlais il n'y a qu'un instant. En 1858, j'ai encore vu succomber un assez grand nombre de malades au catarrhe morbilleux péripneumonique.

Il est facile de se rendre compte du caractère tenace de cette complication, car, de toutes les affections pulmonaires, le catarrhe a certainement l'allure la plus persistante et en même temps la plus incertaine. Le rhume le plus bénin n'est-il pas ordinairement de plus longue durée que la pneumonie? Avec une bronchite quelque peu opiniâtre, ne tousse-t-on pas des mois entiers? Vienne, au contraire, une péripneumonie franchement inflammatoire, et elle parcourra ses périodes en un espace de temps très-court. Vous comprenez dès lors combien doit persévérer un état morbide de l'appareil respiratoire, dans lequel prédomine l'élément bronchite. D'ailleurs, en dehors de l'influence morbilleuse, c'est quelque chose d'interminable que le catarrhe bronchique chez l'enfant: il cède un jour, reparaît le lendemain, s'apaise de nouveau, se reproduit encore, et suit des oscillations de ce genre jusqu'à quatre et cinq reprises différentes, avant de se terminer par la guérison ou de finir par la mort.

Mais, dans la broncho-pneumonie morbilleuse, indépendamment de l'élément catarrhal qui la constitue, il existe un principe spécifique, contagieux, septique, qui ajoute encore à son caractère tenace, et vous retrouvez les traces de cette ténacité dans d'autres manifestations extérieures de la rougeole, dans l'ophthalmie par exemple. Simple le plus souvent, elle peut parfois demeurer durant plusieurs mois, s'entourer de circonstances graves, donner lieu à des granulations de la conjonctive, à des phlycténules, à des onyx, à des ulcérations de la cornée, et même, d'après un auteur, à une destruction totale de l'œil. Cependant ces accidents sont rares. L'affection consiste habituellement en une rougeur plus ou moins vive de la conjonctive, en de la photophobie, une légère souffrance et de l'épiphora; mais dans les cas où elle persiste longtemps, c'est à la cause spécifique qu'elle le doit.

Ce que je viens de dire s'applique tout aussi bien aux inflammations de la membrane muqueuse du nez. Vous verrez dans le cours de votre carrière médicale beaucoup d'enfants et même d'adultes qui, la rougeole une fois passée, conservent un eczéma chronique des fosses nasales, lequel se propage à la lèvre supérieure, la tuméfie, s'étend quelquefois en arrière jusqu'à la trompe d'Eustache, et y appelle un gonflement que la surdité ne tarde pas à révéler.

Il est des occasions où ces phlegmasies oculaire et nasale peuvent avoir des suites sérieuses. Que la rougeole atteigne un enfant ou un adulte chez lequel la diathèse scrofuleuse est en puissance, et alors même qu'aucun symptôme ne se sera encore annoncé, l'affection morbilleuse — ayant en cela le même pouvoir que l'exanthème scarlatineux — pourra devenir le point d'origine et la circonstauce déterminante d'une évolution diathésique qui retentira d'abord sur ces inflammations des yeux et du nez, puis amènera des engorgements ganglionnaires sur lesquels la scrofule, en cas de suppuration, ne manquera pas d'inscrire ses stigmates cicatriciels indélébiles. Du reste, ce ne sont pas là les seules manifestations diathésiques que la rougeole puisse faire éclore: voyez plutôt, à l'ouverture cadavérique de ces pauvres enfants, comme les ganglions bronchiques sont notablement engorgés? Dans la scarlatine, c'est au cou que siégeaient ces mêmes tuméfactions ganglionnaires que, dans la fièvre putride, vous avez retrouvées dans le mésentère; eh bien, ici et dans la maladie qui nous occupe, ces adénites résultent de la phlegmasie qui s'est emparée des bronches.

Si vous supposez maintenant que cette phlegmasie ait duré un loug temps et qu'elle se soit développée chez un sujet que recommandait une diathèse scrofuleuse, les engorgements ganglionnaires porteront le cachet de ce triste état général, et l'autopsie vous montrera les ganglions convertis en une bouillie tuberculeuse; cela se présente chez l'enfant, cela se voit chez l'adolescent, et cela s'observe chez l'adulte. C'est que la rougeole est pour tous la cause occasionnelle du développement des tubercules, lorsque l'individu est héréditairement prédisposé à cette affection. Cette dernière aura une marche d'autant plus hâtive que la pyrexie exanthématique aura précipité le travail pathologique.

La phthisie revêt alors la forme aiguë, la forme rapide, et par ce mot j'entends la différencier de la phthisie galopante à forme typhoïde.

Il n'est pas rare de voir survenir encore, à la suite de la rougeole, la gangrène de la bouche et de la vulve. A l'hôpital des Enfants Malades, cela s'observe même fréquemment, et les religieuses le savent si bien qu'elles n'attendent pas les recommandations du chef de service pour redoubler de sollicitude et d'attention envers les petites filles qui leur sont confiées. En effet, lorsque les soins les plus minutieux de propreté viennent à être négligés, on voit de légères excoriations se montrer à la vulve: elles sont évidemment inoffensives, mais elles ne s'en produisent pas moins avec facilité, ce qui vous prouve que la muqueuse des parties génitales ne se soustrait pas plus que les autres à l'influence de la maladie. Que dans ces conditions l'enfant se trouve placée au milieu d'un foyer épidémique de diphthérie — ce qui est presque la règle à l'hôpital de la rue de Sèvres —, et l'excoriation vulvaire deviendra le point d'inoculation de cette redoutable affection. Le mal passe d'abord inaperçu; mais bientôt apparaît un gonflement notable des grandes lèvres, puis le pli génito-crural se tuméfie, les téguments se colorent en rouge vif et les tissus sous-jacents s'indurent. Si vous entr'ouvrez la vulve en ce moment, vous apercevez aisément des concrétions blanchâtres, parfois grisâtres, et répandant une odeur assez fétide. Vous savez qu'il n'y a plus alors de temps à perdre, et qu'il vous faut user d'une énergique médication, sous peine de voir, dès le lendemain de l'apparition de la diphthérite, le tissu cellulaire mortifié, la grande lèvre dans toute son épaisseur livrée au sphacèle, le vagin ravagé par la gangrène et la mort s'avancer à grands pas. Les cautérisations avec l'acide chlorhydrique fumant, avec le nitrate d'argent, avec le sulfate de cuivre, sont à peu près les seuls moyens thérapeutiques extrêmement puissants auxquels il vous faille recourir. S'ils échouent, appliquez le feu.

Les mêmes accidents peuvent également se manifester du côté de la bouche; je n'y insiste pas.

J'ai encore à vous parler du *purpura* comme phénomène d'une très-haute gravité dans le cours de la rougeole. Je n'ai eu pour ma part que deux fois l'occasion de l'observer.

Il y a maintenant seize ou dix-sept ans, je fus mandé en consultation par M. le docteur Coqueret, auprès d'une petite fille de cinq ans, chez laquelle la rougeole avait offert les particularités suivantes: stupeur plus accusée que d'habitude; taches exanthématiques ayant présenté une coloration foncée, une teinte hémorrhagique ne s'effaçant pas sous la pression des doigts; un peu de délire le huitième jour, et réapparition des abondantes épistaxis qui avaient marqué la première période. J'arrivai sur ces entrefaites. L'enfant avait perdu beaucoup de sang. Je conseillai des injections dans les fosses nasales avec de la décoction de ratanhia, de l'eau très-chaude, ou bien encore avec une solution de sulfate de zinc ou de sulfate de cuivre. L'épistaxis fut modérée. Au bout de quelques heures, nous eûmes à lutter contre une hématurie, un flux diarrhéique sanglant et des hématémèses. Nous aperçûmes enfin des taches ecchymotiques sur la région dorsale, et la petite fille mourut épuisée par ces hémorrhagies. Il nous fut impossible de faire l'autopsie; mais, s'il m'est permis d'en juger d'après ce que j'ai eu l'occasion de voir sur les cadavres de quelques individus emportés par des accidents analogues, nous aurions très-vraisemblablement trouvé de profondes ecchymoses autour des reins, sur le péritoine, et peut-être sur les enveloppes du cœur et dans d'autres parties profondes.

Souvenez-vous donc que dans certaines conditions, d'ailleurs très-difficiles à définir, la rougeole peut se présenter sous cette forme hémorrhagique si terrible: elle rappelle ce qui se passe quelquefois dans la variole, avec cette importante différence cependant que dans les varioles noires les hémorrhagies ont lieu le plus souvent dans la première période de la maladie, tandis que dans la rougeole elles ne se montrent que dans la dernière.

J'ai dit que les phénomènes nerveux étaient des accidents du début. Cela est incontestablement vrai, mais ils peuvent se reproduire à la phase ultime de l'exanthème morbilleux, et ils se rapportent alors non pas à la rougeole elle-même, mais à certaines de ses complications. Le catarrhe péripneumonique, par exemple, s'accompagne parfois de convulsions et de stupeur, dont la durée peut varier de quelques heures à deux, trois et quatre jours. Leur influence est fatale sur l'issue de la maladie.

Ainsi donc, la rougeole peut finir comme elle a commencé, c'est-à-dire par des crises convulsives. Notez seulement cette circonstance d'un intérêt capital, à savoir que les convulsions initiales sont en général d'une complète innocuité; tandis que les phénomènes nerveux, que l'on signale après le huitième jour, sont d'ordinaire sous la dépendance d'une complication thoracique très-sérieuse, et qu'ils révèlent le plus sombre présage.

Dr Legrand du Saulle.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. Fleury.

Ponction hypogastrique.

Dans une discussion récente qui a eu lieu à la Société de chi-

---

M. Stenhouse une direction que nous voulons signaler à nos lecteurs.

Ce savant a d'abord étudié les puissances relatives d'absorption des charbons de bois, de tourbe et de matières animales. Il a trouvé que le premier est un peu plus efficace que le deuxième pour l'absorption du gaz ammoniac, des acides sulfurique, sulfureux et carbonique; il a, de plus, constaté de nouveau que le charbon animal avait la plus grande puissance de décoloration.

Passant aux propriétés désinfectantes, M. Stenhouse enterra des chiens et des chats morts dans de la poussière de charbon, et les recouvrit d'une couche de cinq centimètres environ de la même poussière. La décomposition fut accélérée, et cela sans dégagement d'émanations perceptibles. Le charbon absorbe les émanations, et comme ses pores sont remplis d'oxygène condensé, il les soumet à une combustion lente, qui change le carbone en acide carbonique et l'hydrogène en eau. Le charbon ne serait donc pas antiseptique.

De là à la création d'un filtre à air il n'y avait qu'un pas, et M. Stenhouse n'hésita pas à chercher un moyen de désinfecter l'air.

Entre deux toiles métalliques on place une couche mince de charbon pulvérisé, et on dispose cet appareil de manière que l'air infecté soit forcé de le traverser. Les salles d'audience de Mansion-House et de Guild-Hall ont reçu ces filtres, et on n'a eu qu'à se féliciter de la manière dont ils fonctionnaient. Il est à peine nécessaire d'indiquer les cas où un essai de ce genre pourrait être institué; la pratique nosocomiale parle assez haut.

— M. Victor Meunier continue tranquillement l'œuvre à laquelle il a voué sa vie. Non content de dispenser, dans l'*Ami des sciences*, les conseils les plus sages aux savants de toutes les classes, de montrer à tous la voie que la science doit maintenant suivre pour remplir sa mission, il trouve encore le temps de réunir dans des volumes remplis d'intérêt, l'essence même de ses désirs et de ses espérances. Dans le premier tome de ses *Essais* il avait pris le ton de celui qui non-seulement croit fermement, mais qui veut faire partager sa croyance. Pour lui, la science n'est pas un simple objet de curiosité, ce n'est pas un banquet offert aux belles intelligences: il y a plus, et aujourd'hui il est nécessaire de l'approprier aux exigences de la vie matérielle et au bien-être des populations.

Aussi, après avoir dit que la science doit se ployer à nos besoins, M. Victor Meunier entreprend-il, dans un second volume intitulé *Reconstitution scientifique de la société*, de tracer à grands traits les éléments de bonheur que la science peut nous dispenser. Ce nous serait un véritable plaisir de détacher ici une de ces pages, pour montrer à nos lecteurs les tendances de l'écrivain; mais nous craindrions de déflorer une œuvre dont chaque partie se relie de la manière la plus rigoureuse et la plus agréable en même temps. La société doit être reconstituée et par l'architecture, et par l'agriculture, et par la navigation. Voici trois points que M. Victor Meunier développe avec un grand talent. Il nous montre dans une première partie les horribles repaires de Lille et des villes ouvrières; ce sont des pages plus qu'éloquentes: elles sortent d'un cœur qui sent la souffrance, et qui veut à tout prix apporter sa consolation et son remède.

L'agriculture, quelle révolution la vapeur ne doit-elle pas porter dans son sein? Et la navigation! les hommes seront-ils toujours entassés dans des bâtiments étroits, malsains? Dispositions, aménagement, forme, marche des bâtiments, tout doit être changé, tout doit se transformer, et là encore M. Meunier a raison d'appeler la science à son aide, pour opérer la révolution que réclament des abus et des conditions désastreuses sous plus d'un rapport.

Nous aimons la science quand on nous la montre sous ses aspects utiles et bienfaisants. La science peut beaucoup dans notre état d'existence; elle nous donnera de grandes et bonnes institutions dignes de notre siècle. Il ne suffit pas de le prédire. Voyons, qu'a-t-elle déjà fait pour nous?

Ce qu'elle a fait? Ouvrez les *Essais scientifiques* de M. Victor Meunier, et à chaque page vous verrez se dérouler le tableau de mille acquisitions merveilleuses.

L'œuvre du rédacteur en chef de l'*Ami des sciences* demande de longues études et de nombreuses recherches; aussi semble-t-il inviter un instant ses lecteurs au repos, en leur offrant les jolies études qu'il réunit dans un troisième volume sous le modeste titre de *Simples feuilletons*. Lisons donc ce troisième volume, qui nous permettra d'attendre les belles pages qu'il nous promet encore.

Les *Essais scientifiques* méritent d'être lus, et tous les hommes qui s'intéressent à l'avenir de la science voudront voir ce que M. Victor Meunier entrevoit, et ce qu'il exprime d'une manière si élégante et souvent si éloquente.

— On nous annonce l'apparition de l'*Année scientifique* de M. Figuier. Il paraît même que l'année 1858 a été si féconde, que notre savant confrère a dû doubler le volume de ce recueil, si riche déjà les années précédentes. A bientôt les détails. Dr E. Renaud.

Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes, par M. L. A. Becquerel, médecin de la Pitié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Deux vol. in-8° avec atlas de 18 planches. — Paris, 1859. Chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-médecine, 17.

rurgie, M. le professeur Fleury a établi, par un certain nombre d'observations, la supériorité de la ponction hypogastrique sur les autres procédés opératoires qui ont pour but de frayer aux urines une voie artificielle.

Le fait que nous livrons à la publicité vient confirmer sa manière de voir.

Si, dans la circonstance actuelle, cette opération ne pouvait pas remédier aux graves désordres qui ont entraîné la mort du malade, elle a servi du moins à calmer ses douleurs, à faciliter le cours de l'urine, et à montrer une fois de plus l'innocuité du procédé opératoire et la facilité avec laquelle la vessie reprend son ancienne position dès que l'on a retiré le corps étranger qui donnait issue au liquide.

Un jeune soldat, âgé de vingt-six ans, est renversé, le 10 novembre 1858, par un éboulement de terrain. Il ne perd point connaissance, mais lorsqu'on l'a dégagé de dessous cet amas de pierres et de sable, il lui est impossible de se tenir debout; il s'aperçoit en même temps que son pantalon est taché de sang, qui s'est écoulé par la verge.

On le transporte de suite à l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Couché sur le ventre, le blessé ne peut se retourner, et ce n'est qu'avec effort, en lui faisant éprouver les douleurs les plus vives, que l'on parvient à le placer sur le dos.

L'abdomen est souple, mais lorsqu'on exerce une pression à l'hypogastre et aux aines, on réveille les douleurs.

En déprimant le pubis, on perçoit de la crépitation et une mobilité anormale qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une fracture du bassin; elle est plus prononcée à gauche qu'à droite, mais elle existe des deux côtés en s'étendant aux branches ascendantes de l'ischion.

Les deux os des îles sont donc fracturés.

La peau de la verge, celle qui recouvre la partie interne des cuisses, est recouverte de stries de sang desséché; le méat urinaire est bouché par un petit caillot sanguin.

Une sonde est introduite dans l'urèthre; elle pénètre facilement jusqu'à la portion membraneuse du canal; mais, arrivée là, elle l'abandonne pour s'engager dans un cul-de-sac situé au niveau et au-devant de la région prostatique. En la retirant, on remarque que ses yeux sont bouchés par des caillots de sang. Le même instrument, introduit avec ou sans mandrin, est toujours arrêté dans le même point.

Le malade accuse un besoin d'uriner assez pressant.

L'état général n'est pas trop mauvais; cependant la soif est vive, le pouls assez fréquent. — 25 sangsues à l'hypogastre, cataplasmes, boissons adoucissantes, potion calmante.

A la visite du lendemain, le chef de service constate les mêmes désordres. Il essaye à son tour de sonder le blessé, mais toutes ses tentatives sont infructueuses. La journée se passe, la miction n'a point lieu; les douleurs augmentent, le besoin d'uriner est incessant; un délai plus prolongé pourrait avoir de graves conséquences. La ponction hypogastrique est pratiquée.

Cette opération, qui a été des plus simples, a donné issue à un demi-litre d'urine. La canule, abandonnée dans la plaie, a été fixée au bassin.

Le blessé a retrouvé du calme; on enlève le bouchon de temps en temps, la vessie est évacuée, mais comme il est impossible au malade de se placer sur le côté, on ne peut éviter qu'il soit mouillé par le liquide.

Le 15, on substitue à la canule en argent une sonde en caoutchouc; elle était restée quatre jours en place. Un plus long séjour aurait pu avoir des inconvénients.

De nouvelles tentatives sont faites pour introduire une sonde par les voies naturelles; elles sont inutiles.

Le 20, le malade urine seul; mais un frisson intense suit cette évacuation spontanée. Le liquide qui s'écoule est teint de sang. Pendant deux jours, la vessie s'est vidée complétement; on peut donc espérer que la sonde sera désormais inutile. Elle est retirée, mais à partir de ce moment, les urines sortent par la fistule hypogastrique.

Un mouvement fébrile, précédé par un frisson, se manifeste d'une manière périodique; la quinine n'aurait aucun effet, cette pyrexie doit être symptomatique d'une infiltration d'urine. L'intermittence disparaît bientôt en effet, mais la fièvre est continue. Le malade s'affaiblit, de la diarrhée survient, et tout nous fait présager une terminaison funeste.

La région ano-périnéale avait souvent éveillé l'attention. Il semblait en effet que l'urine dût se frayer une issue par là, car une déchirure existait bien évidemment à la portion membraneuse de l'urèthre.

Le 7 décembre, pour la première fois, on croit sentir de la fluctuation dans le pli de la fesse droite; un bistouri y est plongé, l'incision donne issue à une assez grande quantité de pus fétide. Une sonde introduite dans l'ouverture pénètre à une grande profondeur. Nul doute qu'elle n'arrive dans le foyer de la fracture. L'urine prend immédiatement cette nouvelle direction, et en même temps la fistule hypogastrique cesse de lui donner passage.

Le blessé, en proie à une fièvre hectique, succombe le 13.

A l'autopsie, nous pouvons constater la justesse du diagnostic qui a été porté au moment de l'accident. Une fracture comminutive existe au pubis et à la branche ascendante de l'ischion du côté droit. A gauche, les désordres sont moins prononcés, mais la branche descendante du pubis est aussi brisée jusqu'au trou ovalaire. La vessie n'adhère pas à la paroi hypogastrique, elle a repris sa position normale dans l'excavation pelvienne. Un conduit dirigé de haut en bas et creusé au milieu d'un tissu cellulaire très-lâche, fait communiquer l'ouverture cutanée pratiquée par le trocart avec l'ouverture du réservoir urinaire. Ce canal accidentel, presque entièrement oblitéré dès l'instant où il n'était plus utile, nous a permis de juger des ressources de la nature lorsque l'art est forcé d'intervenir pour changer la direction des liquides de l'économie.

DOUBLE ANÉVRYSME

successivement développé aux jarrets.

L'observation suivante renferme à elle seule trois enseignements précieux. Elle démontre d'abord, et d'une manière évidente, l'influence que la distension des artères exerce pour en favoriser la dilatation morbide. Elle conduit, en outre, à soupçonner que, dans plusieurs des cas où l'apparition successive de deux tumeurs de ce genre a fait croire à ce qu'on a nommé *diathèse anévrysmale*, l'origine du mal devait, en réalité, être attribuée à l'action de causes locales ayant continué à porter sur l'individu. Enfin elle est un bel exemple de simple et rapide succès dû à la ligature.

M. Snaith fut consulté, en septembre 1845, par un fermier de Horncastle, âgé de 40 ans, atteint depuis longtemps d'un anévrysme poplité de la grosseur du poing. Il lui fit la ligature de l'artère fémorale droite. Au bout de deux mois, la guérison était parfaite, sans qu'il fût survenu durant ce temps le plus léger accident.

En étudiant le genre de vie de cet homme, on présuma que l'anévrysme avait bien pu être produit par une distension de l'artère. Car, dans le district marécageux qu'il habite, les champs sont séparés les uns des autres par des fossés tellement larges qu'on est obligé, pour les franchir, de s'aider d'un long *bâton à sauter*.

D'ailleurs la justesse de cette explication ne devait pas tarder à devenir palpable. Le même individu revint, en effet, auprès de M. Snaith, en juillet 1847, avec un anévrysme à gauche; il raconta qu'après un saut de ce genre, il avait immédiatement senti une vive douleur dans le jarret gauche; qu'il n'avait pu rentrer à son logis qu'en boitant; enfin, que la tumeur poplitée avait pris dans l'espace de huit jours après l'accident un développement considérable.

M. Snaith reconnut un anévrysme, fit la ligature de la fémorale correspondante le 30 août, et eut encore la satisfaction de renvoyer son malade parfaitement guéri. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 janvier 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Plusieurs rapports d'épidémies, communiqués par MM. les docteurs Jobert (de Guyonvelle), Caelleux et Fauvelle (de Montreuil), Kayser (de Bouzonville).

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements du Jura, du Lot, de Maine-et-Loire et de l'Hérault. (Commission des épidémies.)

3° Le rapport supplémentaire de M. le docteur Nivet sur le service médical des eaux minérales de Royat pendant l'année 1856. (Commission des eaux minérales.)

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur de Lignerolles, qui rappelle qu'il a adressé à l'Académie, en décembre 1853, un mémoire sur une nouvelle méthode opératoire de la hernie étranglée, sur lequel il n'a pas été fait encore de rapport. (Commissaires, MM. Malgaigne et Laugier.)

2° Un travail de M. le docteur Jules Lefort, intitulé : *Analyse chimique de l'eau minérale de Saint-Alban* (Loire). (Commissaires, MM. Poggiale, O. Henry et Boudet.)

3° Un mémoire de M. le docteur Godot, aide-major au 9e de ligne, ayant pour titre : *Remarques pratiques sur la revaccination*. (Commission de vaccine.)

4° Une note de M. le docteur Letellier (de Taverny-Saint-Leu), relative à l'emploi du camphre uni au laudanum contre les accidents ataxiques de la fièvre typhoïde, et à l'emploi du perchlorure de fer contre les hémorrhagies intestinales. (Commission des épidémies.)

4° Une lettre de Mme veuve Gensoul, accompagnant l'envoi d'une Notice historique sur feu le docteur Gensoul (de Lyon).

— M. Michel Lévy dépose sur le bureau un mémoire intitulé : *Des suites éloignées du scorbut*, par M. le docteur Rizet, médecin aide-major de la garde impériale. (Commissaires, MM. Gimelle, Larrey et Michel Lévy.)

M. Michel Lévy, à l'occasion de cette présentation, rappelle à l'Académie qu'elle a reçu depuis quelque temps un grand nombre de travaux des médecins militaires; il espère que l'Académie voudra bien s'en souvenir quand elle aura à élire des correspondants.

RAPPORT.

Opération de l'anus artificiel. — M. Robert lit en son nom et au nom de M. Huguier un rapport sur un mémoire de M. le docteur J. Rochard (de Brest), relatif à l'opération de l'anus artificiel.

Lors de la discussion soulevée dans cette enceinte au mois de juillet 1856, au sujet de l'opération de l'anus artificiel pratiquée pour des cas d'imperforation congénitale, quelques-uns des membres présents à la séance émirent des doutes sur la possibilité d'arriver à l'âge adulte après l'avoir subie. M. Velpeau déclara n'avoir jamais été témoin d'un fait pareil, et invita ses collègues à lui signaler ceux qu'ils avaient eu l'occasion de rencontrer: C'est à cet appel qu'a répondu M. Jules Rochard, second chirurgien en chef de la marine au port de Brest, en adressant à l'Académie le mémoire qu'elle m'a chargé d'examiner avec M. Huguier.

Ce travail repose sur cinq observations recueillies par ce chirurgien chez des sujets opérés aussitôt après la naissance et parvenus à un âge plus ou moins avancé. Elles sont revêtues de toute l'authenticité désirable.

Voici le résumé de ces cinq observations :

1° La première est celle de l'enfant opéré par Duret le 20 octobre 1793; c'est le premier exemple de succès. M. Rochard a pu heureusement compléter l'histoire de ce malade, perdu de vue depuis son enfance. Il était venu mourir en 1836 à l'hôpital de la Marine, d'une maladie étrangère à son infirmité.

2° Fouilly en fit l'autopsie; et sa pièce pathologique a été conservée depuis cette époque au musé d'anatomie de l'école de médecine navale. La description encore inédite, et le dessin de cette pièce si intéressante au point de vue historique, sont annexés au travail de notre confrère.

L'anus artificiel est compliqué d'une tumeur considérable due au renversement du bout inférieur de l'intestin, circonstance que l'on peut attribuer à la négligence du sujet, qui n'avait jamais pris soin de la maintenir. La forme de la tumeur est celle d'un cylindre légèrement recourbé : la longueur en est de 10 centimètres. L'orifice du bout supérieur est large, irrégulièrement frangé, disposé en entonnoir : celui du bout inférieur, beaucoup plus petit, plus régulièrement arrondi, occupe le sommet de la tumeur. La portion du tube digestif située au-dessous de l'anus artificiel a 25 centimètres de longueur et se termine en cul-de-sac. Il n'existe pas d'ouverture anale : la peau passe, sans changer de caractère, d'une fesse à l'autre. Une distance de cinq centimètres la sépare du fond du cul-de-sac formé par le rectum. Les parties génitales sont très-bien développées, et régulièrement conformées, à part un léger degré d'hypospadias.

2° La seconde observation est celle d'une femme opérée, le 26 janvier 1813, par Seraud, chirurgien de 2e classe de la marine, prévôt de l'hospice civil. M. Rochard a pu voir et interroger cette femme. Il a exécuté d'après nature le dessin de sa tumeur, et l'a joint à son travail. Elle est en tout semblable à celle que nous venons de décrire, sauf les dimensions, qui en sont beaucoup moindres. Jamais la malade n'a éprouvé de douleur dans la région qui a été le siége de l'opération. Les digestions sont excellentes, les selles solides périodiques et jusqu'à un certain point volontaires. Lorsque le besoin de la défécation se fait sentir, elle en est avertie par un sentiment de gêne, de plénitude dans le flanc gauche. Elle retire alors la compresse et le bandage de corps qui composent tout son appareil, et les replace lorsque le besoin est satisfait. Dans l'intervalle, il ne s'échappe pas de matières stercorales. Il s'opère seulement un suintement muqueux par le bout supérieur. Sous l'influence de la compression, la tumeur diminue de volume, mais elle n'est pas complétement réductible. Elle n'est le siége d'aucune sensation, si ce n'est lorsqu'il survient de la diarrhée, que cette femme semble redouter beaucoup. Lorsque l'indication s'en présente, elle prend des lavements sans difficulté. Robuste et bien constituée, malgré sa petite taille, elle est employée aux plus rudes travaux.

3° Le troisième fait est relatif à une dame opérée, le 18 mai 1816, par Miriel. Depuis cette époque, elle n'a pas cessé d'habiter Brest. Elle a constamment joui de la santé la plus florissante. Pendant sa vie de jeune fille, elle n'a renoncé à aucun des plaisirs que pouvait lui offrir le monde dans lequel elle était née. Dans les réunions, dans les bals, auxquels elle prenait une part active, rien ne pouvait faire soupçonner son vice de conformation. Elle est aujourd'hui veuve et mère de quatre enfants bien conformés qu'elle a nourris elle-même. Ses grossesses, ses couches ont été aussi normales que possibles. Elle n'a jamais éprouvé la moindre douleur dans la région opérée; elle jouit d'un embonpoint en rapport avec son âge et sa constitution robuste. Nous ne pouvons rien dire de la disposition de l'anus artificiel, des motifs de convenance n'ayant pas permis à notre confrère de l'explorer.

4° Le quatrième fait se rapporte à une femme également opérée par Miriel, et morte à l'âge de trente ans, après avoir subi cinq ans auparavant l'amputation de la jambe pour une carie scrofuleuse des os du pied. Cette observation a été communiquée à M. Jules Rochard par le docteur Mollet, médecin en chef de l'hospice civil de Brest.

5° La cinquième observation est celle d'un jeune garçon mort à quatorze ans, à la suite de blessures à la tête reçues dans une rixe. La tumeur, qui n'avait jamais été maintenue, présentait à l'époque de la mort une longueur de 10 centimètres. Elle était réductible. Ces indications ont été également fournies par le docteur Mollet.

Tous ces sujets ont été opérés par la méthode de Littre; chez tous ceux qu'on a pu étudier, il s'est produit à la longue un renversement de l'intestin, variant pour la longueur de 3 à 10 centimètres, et présentant dans tous les cas la même disposition. Nous ferons remarquer que ce renversement a constamment et exclusivement porté sur le bout inférieur. Ce fait anatomo-pathologique, déjà remarquable en lui-même, acquiert un intérêt beaucoup plus grand encore lorsqu'on le rapproche de ce qui a été observé dans les anus artificiels résultant de hernies étranglées ou de plaies de l'abdomen. Dans ces cas, en effet, ainsi que Sabatier l'a observé le premier, lorsqu'il y a procidence de l'intestin, celle-ci est formée par le bout inférieur. D'où il semble résulter que ce mode de renversement, dans les anus contre nature, est un fait intimement lié à cette maladie; fait curieux, mais dont il nous est difficile de donner l'explication.

Les tumeurs sont parfois réductibles, comme dans la cinquième observation, mais en général on ne peut les faire rentrer qu'en partie. Elles sont du reste insensibles au toucher; la membrane muqueuse qui les revêt, malgré le contact de l'air et des pièces d'appareil, ne s'enflamme jamais; elles n'ont, en un mot, donné lieu à aucun accident. Les sujets appartenant presque tous aux classes inférieures de la société, aucune tentative n'a été faite, aucun appareil convenable n'a été employé pour maintenir ces hernies et les empêcher de s'accroître. En s'y prenant de bonne heure, on pourrait probablement prévenir ou du moins pallier cette infirmité.

M. J. Rochard donne de curieux détails sur la manière dont s'opère la défécation... Somme toute, les sujets atteints de cette infirmité n'en ont été que médiocrement incommodés, et chez ceux qui ont succombé à différents âges, la mort a toujours été le résultat de maladies qui y étaient complétement étrangères.

Quant à la méthode opératoire, M. Rochard donne la préférence à celle de Littre sur celle de Callisen, et fait valoir en faveur de son opinion que la région iliaque présentant moins de tissus à diviser que la région lombaire, l'opération y est plus simple, considération importante lorsqu'il s'agit d'enfants nouveau-nés, qui, comme on le sait, supportent mal les opérations laborieuses. Nous ajouterons, enfin, que pour recueillir ou pour contenir les matières, l'aine offre plus de commodité que la région lombaire.

Tels sont les faits principaux contenus dans le mémoire de M. Rochard. Leur nouveauté et leur importance donnent à ce travail une grande valeur, et sont de nature à faire cesser toute hésitation dans l'esprit des chirurgiens, découragés par la rareté des succès. Aussi M. Rochard a-t-il pu terminer son mémoire par la phrase suivante, à laquelle nous nous associons très-volontiers : « Lorsque la chirurgie n'hésite pas à sauver les jours d'un malade au prix des plus effrayantes, des plus hideuses mutilations, je ne comprendrais pas qu'en présence d'une mort certaine elle reculât devant une opération qui ne

laisse après elle qu'une infirmité compatible avec tous les devoirs, avec toutes les jouissances de la vie, et qu'il est extrêmement facile de dissimuler. »

M. le rapporteur, au nom de la commission, propose à l'Académie :

1° D'adresser des remercîments à M. Jules Rochard pour son intéressante communication;

2° D'envoyer son travail au comité de publication.

DISCUSSION.

M. MALGAIGNE. M. Rochard donne la préférence à la méthode de Littre sur celle de Callisen dans l'opération de l'anus artificiel ; je désirerais savoir si M. le rapporteur se range complétement à cet avis.

M. ROBERT. J'avoue que jusqu'à ce jour j'avais préféré la méthode de Callisen à celle de Littre ; mais cette préférence était toute théorique, et en présence des faits rapportés par M. Rochard, je suis très-disposé à partager son opinion.

M. MALGAIGNE. Je rends justice au remarquahle travail de M. Rochard et aux raisons qu'il a fait valoir en faveur de la méthode de Littre; mais pourtant je ne puis m'empêcher de présenter quelques arguments qui me paraissent établir encore la supériorité de celle de Callisen.

Dans l'opération de Littre, vous lésez le péritoine ; vous courez les risques d'une péritonite mortelle. Dans celle de Callisen, vous n'intéressez point la séreuse abdominale ; cela me paraît un immense avantage.

Un des motifs de la préférence de M. Rochard pour l'opération de Littre, c'est qu'elle place l'anus en avant, tandis que celle de Callisen le place presque dans le dos. Mais la véritable position de l'anus est-elle donc par devant, et le Créateur se serait-il mépris, par hasard, en le plaçant là où il l'a mis? M. Rochard parle, dans son mémoire, d'une dame, mère de quatre enfants, qui portait un anus artificiel dans la région inguinale depuis l'époque de sa naissance. Pensez-vous que ce fût là que l'anus eût été pratiqué, si cette dame ou son mari eussent pu en choisir le siége?

Un anus ainsi placé à la partie antérieure et inférieure du ventre, dans le voisinage du pubis, du mont de Vénus et des organes génitaux, doit être une infirmité bien repoussante et qui expose à bien des inconvénients de malpropreté, surtout quand les sujets sont atteints de dévoiement, comme il arrivait souvent à l'un des opérés dont parle M. Rochard.

Enfin, un dernier et un très-grand désavantage de l'anus artificiel dans la région de l'aine, c'est de prédisposer nécessairement aux hernies.

M. ROBERT. Je répète qu'avant de connaître l'intéressant travail de M. Rochard, je partageais pour l'opération de Callisen les sympathies de M. Malgaigne, et l'on n'a peut-être pas oublié que dans le rapport que j'ai eu l'honneur de lire en 1856 devant l'Académie, je développais toutes sortes de raisons théoriques qui me semblaient militer en faveur de cette méthode; mais je ne sache pas qu'il existe dans la science un seul cas de succès qui puisse lui être attribué; tandis que nous apprenons, par la communication de M. Rochard, que la méthode de Littre a procuré un certain nombre de cures radicales. Pouvais-je hésiter, dès lors, à renoncer à mes anciennes préférences et à reconnaître la supériorité de l'opération de Littre, en dépit des considérations théoriques qui lui sont si favorables? .

M. Malgaigne objecte qu'on ne peut s'empêcher de léser le péritoine, et il est effrayé d'un pareil danger. Mais cette séreuse n'est-elle pas intéressée dans les opérations de hernies, et cela a-t-il jamais arrêté la main des chirurgiens?

M. Malgaigne prétend qu'il y a de grands avantages à porter un anus artificiel dans le flanc. Pour moi, je n'y vois que des inconvénients. Lorsque l'anus est dans la région de l'aine, n'est-il pas infiniment plus commode de se panser soi-même, de se donner tous les soins de propreté que réclame une pareille infirmité, sans être forcé de mettre les autres dans la confidence d'une pareille affliction? Voyez la dame dont il est question dans le travail de M. Rochard : elle appartenait à une famille considérable; elle s'est mariée; elle a fréquenté le monde, sans que jamais personne ait soupçonné l'opération qu'elle avait subie, et l'anomalie qui en était résultée.

M. Malgaigne ne contestera pas non plus qu'il soit hien plus facile de porter un appareil destiné à recevoir les matières intestinales par devant que par derrière. Enfin, je défie notre collègue, malgré toute son habileté, de se donner aisément des lavements par le flanc; tandis que rien ne sera plus simple si l'anus est dans l'aine.

M. Malgaigne redoute les hernies à la suite de l'opération de Littre. Mais je lui ferai remarquer que cet accident ne s'est produit chez aucun des malades dont parle M. Rochard. Il est seulement question de la procidence de la muqueuse intestinale; mais c'est là un inconvénient auquel expose tout aussi bien l'opération de Callisen.

M. MOREAU. Je suis vraiment frappé du nombre en quelque sorte prodigieux de sujets atteints d'imperforation de l'anus dans le département du Finistère. Ce vice de conformation est tellement rare à Paris, que je n'ai eu l'occasion de l'observer que trois ou quatre fois durant les quarante-cinq ans que j'ai passés à la Maternité, où il naît annuellement de 3 à 4,000 enfants. Y a-t-il donc dans le climat de la Bretagne quelque chose de particulier qui puisse expliquer un fait de cette nature?

Une autre chose m'étonne encore, c'est le nombre des succès obtenus par la méthode de Littre dans ce pays. Cela me surprend surtout quand je songe aux insuccès de la méthode qui consiste à rétablir l'anus dans sa position normale. Je crois que cette opération même n'a réussi qu'une seule fois entre les mains de M. Amussat, si j'ai bonne mémoire.

M. ROBERT. Je répondrai à M. Moreau qu'il n'est point croyable qu'il y ait dans le Finistère plus d'enfants imperforés qu'en tout autre contrée. Si les chirurgiens de ce pays en ont observé et opéré un plus grand nombre, cela tient vraisemblablement aux succès des premières opérations. Ne savez-vous pas que les malades accourent vers un chirurgien qui a réussi dans une opération où ses confrères échouent?

M. Moreau trouve surprenant aussi que les succès de l'anus artificiel soient plus rares à Paris qu'à Brest : cela ne viendrait-il pas de ce qu'à Brest Duret avait l'habitude de pratiquer d'emblée l'opération de Littre, tandis qu'à Paris ce n'est qu'à la dernière extrémité qu'on a recours à l'anus artificiel, lorsque toutes les tentatives pour rétablir l'anus à sa place ordinaire ont été épuisées? C'est là peut-être une tendance malheureuse et une pratique à rejeter.

M. LARREY. Les faits remarquables rapportés par M. Rochard expliquent bien et légitiment parfaitement la préférence que ce chirurgien accorde maintenant à la méthode de Littre, et je suis tout disposé à accepter cette manière de voir.

M. Moreau vient de nous rappeler une opération faite par Amussat, et qui aurait été suivie de succès. Notre honorable collègue ne connaît que la première partie de l'observation. Le succès ne fut que passager. L'enfant mourut au bout de quelques jours.

M. DEPAUL. On a donné hien des raisons pour établir la supériorité de la méthode de Littre sur celle de Callisen; mais il en est une sur laquelle j'ai déjà insisté en 1856, et que je veux rappeler aujourd'hui, car elle me paraît d'une haute importance, c'est que la méthode de Callisen ne saurait s'appliquer à tous les cas d'imperméabilité du gros intestin. Quelquefois non-seulement le rectum, mais encore une grande partie de l'S iliaque ou du côlon descendant manque ou est oblitérée; comment en pareille circonstance un chirurgien se tirerait-il d'affaire par la méthode de Callisen? Il aurait fait là une opération entièrement inutile, tandis que la méthode de Littre lui permet d'agir sur le cœcum ou le côlon ascendant, qui font rarement défaut, et même sur une anse d'intestin grêle dans le cas où ces portions du gros intestin viendraient à manquer.

M. VELPEAU. Je regrette de ne pas être arrivé assez tôt pour entendre le rapport de M. Robert; mais j'ai une réflexion à faire relativement à une opinion que vient d'exprimer notre honorable collègue. M. Robert a paru condamner la pratique qui consiste à faire des tentatives pour rétablir l'anus à sa place ordinaire, avant de recourir à l'opération de l'anus artificiel. C'est là une opinion qu'il me semblerait dangereux d'adopter d'une manière trop absolue. Car il est certainement des cas où il est très-possible de rendre à l'intestin sa perméabilité par les voies naturelles : ne serait-il pas alors impardonnable à un chirurgien d'avoir ouvert l'intestin dans le flanc ou dans l'aine?

Sans doute la méthode de Littre présente de grands avantages ; mais M. Malgaigne vous a déjà dit qu'elle avait aussi de grands inconvénients. Il en est un très-grave qui a été oublié, et que je vais signaler : c'est qu'elle ouvre l'intestin le plus loin possible de sa terminaison. Voyez-vous les troubles et les dangers qui doivent en résulter pour les phénomènes de la digestion et de la nutrition? N'importe-t-il pas essentiellement à ces deux fonctions que les sujets perdent le moins possible de leur tube intestinal? Cet inconvénient ne se rencontre pas dans la méthode de Callisen, qui ouvre l'intestin dans un point assez voisin de la région anale.

Quant aux dangers qui peuvent résulter de la lésion du péritoine dans l'opération de Littre, et qui ont alarmé M. Malgaigne, je les crois chimériques ; jamais, pour mon compte, je n'ai vu survenir de péritonite mortelle à la suite d'une opération de ce genre.

Je partage l'avis de M. Robert relativement aux avantages et à la commodité qu'offre l'anus placé dans la région de l'aine, quand il s'agit de se donner des soins de propreté et de se panser soi-même.

En résumé, je crois que lorsqu'un chirurgien est en présence d'un enfant imperforé, il doit avant tout chercher à rétablir l'anus dans sa situation normale ; et si ses tentatives sont infructueuses, il aura recours à l'anus artificiel, soit par la méthode de Littre, soit par la méthode de Callisen, mais de préférence par celle de Littre.

M. ROBERT. M. Velpeau a raison en théorie ; mais je crois qu'il ne faut pas, en pratique, adopter son précepte d'une manière trop absolue. Je m'explique. Un enfant nous est présenté avec une imperforation anale. Notre premier devoir, sans doute, est d'explorer la région du périnée. Si nous trouvons là une tumeur molle, fluctuante, qui nous indique la présence du méconium, nous devons inciser et rétablir ainsi l'anus dans son siége ordinaire ; mais si tous ces signes manquent, si rien ne peut nous préciser jusqu'à quelle hauteur remonte l'imperforation, je crois qu'il faut pratiquer d'emblée l'anus artificiel, plutôt que d'épuiser les nouveau-nés par des tentatives ayant pour hut de trouver le bout inférieur du gros intestin, qui le plus souvent nous échappe. Je suis convaincu, je le répète, que c'est là une des raisons pour lesquelles nous avons perdu jusqu'à présent tous nos petits opérés. Duret lui-même, avant d'adopter une autre manière d'agir, a perdu vingt-deux opérés.

M. VELPEAU. Je ne voudrais pas non plus que l'on épuisât les malades et que l'on compromît ainsi le succès de l'opération ; mais je ne trouve pas rationnel de se hâter de pratiquer un anus artificiel dans le flanc ou dans la région inguinale, avant de s'assurer s'il n'est pas possible de le rétablir dans la région ano périnéale. M. Robert veut qu'on n'ait recours à cette première opération que lorsqu'il y a des signes certains qui annoncent que le rectum se prolonge jusqu'au périnée. Mais les signes que notre collègue a donnés peuvent manquer. Ainsi, je me souviens d'avoir opéré un enfant nouveau-né dans ces conditions. J'ai longtemps cherché le rectum dans sa position ordinaire ; ne réussissant pas à le trouver, j'ai eu recours successivement à l'entérotomie lombaire et à l'entérotomie inguinale. L'enfant succomba. A l'autopsie, je trouvai le rectum complet, mais vide et dévié à droite.

Dans les cas de ce genre, il serait utile de suivre un conseil qui a été donné, mais qui n'a jamais été appliqué, que je sache : ce serait, après avoir ouvert l'intestin au niveau des lombes ou de l'aine, d'introduire une sonde de has en haut dans le côlon pour apprécier le siége et l'étendue de l'atrésie d'une part, et, d'autre part, pour servir de guide à l'instrument tranchant, dans le cas où, le rectum se prolongeant jusqu'au périnée, on jugerait à propos de restituer l'anus à sa place habituelle.

M. ROBERT. Je ne crois pas qu'il existe dans la science un cas de guérison radicale à la suite des tentatives dont parle M. Velpeau; je les considère donc comme très-dangereuses. Supposons même qu'on ait réussi à découvrir, à une certaine hauteur dans le bassin, l'ampoule rectale, est-il permis d'espérer qu'il ne résultera aucun accident grave de ce passage des matières fécales à travers une portion plus ou moins longue de l'excavation pelvienne?

M. HUGUIER. Quand l'atrésie du rectum ne remonte pas très-haut, quand elle ne dépasse pas un ou deux centimètres, je crois qu'on peut sans inconvénients tenter de rétablir l'ouverture anale par la voie naturelle.

Mais quand cette opération n'est pas possible, et qu'il faut recourir à l'entérotomie, j'estime que la méthode de Littre est préférable à celle de Callisen. Quant au choix du procédé, je crois qu'il vaut mieux pratiquer l'opération de Littre dans la région inguinale droite que dans la région inguinale gauche. En effet, l'S iliaque est très-longue chez le fœtus et chez l'enfant nouveau-né, et elle se dirige transversalement dans la fosse iliaque droite, pour de là se replier de nouveau et plonger de droite à gauche dans l'excavation pelvienne. Grâce à cette disposition dont j'ai signalé le premier la constance, je suis d'avis qu'on trouvera plus aisément la terminaison du côlon à droite qu'à gauche. La disposition dont je parle ici s'observe, chez les enfants, jusqu'à l'âge de dix-huit mois à deux ans.

M. Huguier rappelle, à l'appui de cette assertion, l'opération d'entérotomie qu'il a eu l'occasion de pratiquer avec M. Robert.

M. ROBERT. Je ne pense pas que pour assurer le succès de la méthode de Littre il soit nécessaire d'opérer à droite, comme le veut M. Huguier. On peut pratiquer l'incision à gauche, mais il faut la faire un peu haut, au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, comme le voulait Duret.

M. DEPAUL. Je ne crois pas que par l'incision périnéale il soit aussi difficile de trouver l'ampoule rectale que le pense M. Robert. Quant à moi, j'y suis parvenu deux fois, lorsque rien ne révélait au dehors la présence du rectum, et les enfants ont vécu plus de deux mois, à ma connaissance; depuis lors, je les ai perdus de vue.

M. LARREY demande que le nom de M. Rochard soit inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant.

M. LE PRÉSIDENT fait observer que le désir exprimé par M. Larrey est réalisé depuis longtemps.

Les conclusions du rapport de M. Robert sont mises aux voix et adoptées.

RAPPORTS.

Composition chimique des mollusques. — M. MOQUIN-TANDON lit, en son nom et au nom de M. Chatin, un rapport sur un mémoire de M. Eug. Fournier, pharmacien, relatif à la composition chimique des mollusques considérée dans ses rapports avec leur emploi médical.

M. Eug. Fournier a étudié dans ce travail :

1° Quelles sont dans les mollusques usités les matières auxquelles ils doivent leur valeur thérapeutique;

2° Si les principes médicamenteux existent dans les diverses espèces en proportions constantes ou variables;

3° Si la composition chimique des mollusques peut être modifiée par les milieux naturels ou artificiels au sein desquels ils sont placés.

Avec beaucoup de chimistes et de médecins, l'auteur admet dans les mollusques quatre matières qui peuvent agir thérapeutiquement; ce sont :

1° Le mucilage;
2° L'iode;
3° Le soufre;
4° Le phosphore.

Il en a déterminé les proportions dans les diverses régions et organes de ces animaux.

Au point de vue de l'influence des milieux et de l'alimentation des mollusques, M. Fournier a signalé des faits qui ont un intérêt réel pour la thérapeutique. C'est ainsi qu'il a reconnu, en comparant des *Limnées* prises dans les étangs de Ville-d'Avray et des *Limnées* recueillies dans un fossé entretenu par une source riche en fer et en iode, que les proportions d'iode des premiers était à peu près quatre fois moins considérables que celles des seconds. Il a constaté aussi, quant au soufre, que ce corps est beaucoup plus abondant dans les *Limnées* et les *Paludinées* que dans les mêmes espèces d'une pièce d'eau voisine non sulfurée.

Ces observations ont conduit M. Fournier à prévoir tout l'avantage que la thérapeutique pourrait retirer d'un milieu artificiel dont on varierait à volonté la nature et les conditions. L'alimentation des mollusques influant sur les principes qu'ils contiennent, il devient possible d'augmenter la quantité de ces derdiers, et même d'introduire, dans le parenchyme de l'animal, des substances qui ne s'y rencontrent pas habituellement. Ainsi, M. Fournier se propose, d'une part, de rendre les *escargots* plus iodés, plus sulfurés, plus phosphorés... et d'une autre, de leur faire assimiler des doses d'opium, de belladone, de digitale, d'arsenic. On sait que les mollusques peuvent manger, sans inconvénient, diverses substances qui exercent une action plus ou moins prononcée sur nos organes. Cette influence de l'alimentation sur la chair des mollusques est du reste connue depuis longtemps.

Les anciens nourrissaient les escargots élevés par eux dans des parcs ou escargotières (*cochlearia*), avec du son bouilli mêlé à des végétaux aromatiques, ou hien avec des feuilles de laurier trempées dans un peu de vin; mais l'idée de faire servir cette connaissance à la thérapeutique nous paraît appartenir à M. Fournier : nous nous empressons de le reconnaître. Cette idée mériterait d'être suivie.

La commission conclut en proposant d'adresser des remercîments M. Eugène Fournier, et à l'engager à continuer ses recherches, déjà très-intéressantes. (Adopté.)

— La séance est levée avant cinq heures.

Les membres de l'Association des médecins du département de la Seine sont convoqués en assemblée générale le dimanche 30 janvier prochain à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Cette réunion a pour objet : 1° le tirage au sort de la moitié de la commission générale ; 2° le compte rendu de l'année 1858 ; 3° l'élection des membres du bureau.

— Un concours pour trois places de médecin au Bureau central s'ouvrira le 24 février, à l'administration de l'Assistance publique. Le registre d'inscription sera ouvert aujourd'hui 27 janvier et clos le 14 février.

— M. le docteur Lhéritier vient d'être attaché au service de la maison de l'Empereur avec le titre de médecin consultant.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De l'anesthésie cutanée hystérique. — Hypertrophie mammaire énorme chez une jeune fille de dix-sept ans. — Emploi des injections de chlorure de zinc dans le traitement des uréthrites. — Le tamponnement du vagin peut-il, en thérapeutique, être admis comme moyen rationnel ? — Bons effets de l'emploi topique du chlorate de potasse dans quelques affections chirurgicales, etc. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 19 janvier. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'anesthésie cutanée hystérique.

L'anesthésie cutanée des hystériques, très-probablement aperçue par les anciens, mais très-incomplétement décrite dans les auteurs, n'a été étudiée avec quelque soin que dans ces dernières années seulement. C'est surtout dans le service de M. Briquet à la Charité, où depuis quelques années sont dirigées la plupart des hystériques, que ce phénomène pathologique a été observé sur une assez grande échelle pour permettre d'en tracer une histoire clinique assez complète.

M. le docteur Auguste Voisin s'est particulièrement attaché à cette étude, et, dans un mémoire qu'il a lu récemment à la Société de médecine du département de la Seine, il a exposé les résultats de ses recherches, qu'il a fait porter principalement sur les points suivants : rapports qui peuvent exister entre l'anesthésie cutanée et les accès d'hystérie ; tendance de l'anesthésie à se localiser dans une moitié du corps ; coexistence dans cette moitié du corps de l'anesthésie et de l'hyperesthésie ; pathologie des sensations tactiles, et enfin traitement propre à ce groupe de symptômes.

Dix-neuf observations recueillies tant à l'hôpital de la Charité, sous la direction de M. Briquet, que dans le service de M. Tardieu à l'hôpital Lariboisière, pendant son internat dans ces deux hôpitaux, servent de base aux diverses propositions que M. Voisin a cherché à établir dans ce travail. Nous allons essayer de les résumer dans ce qu'elles ont de plus général et de plus essentiel à la fois.

L'anesthésie cutanée, dit M. Voisin, est un symptôme assez fréquent dans l'hystérie pour qu'on puisse, avec M. Gendrin, la considérer comme un des bons signes de cette maladie. Le plus souvent, après une attaque hystérique franche, on constate une diminution plus ou moins grande et quelquefois l'absence de la sensibilité cutanée.

La durée de cette paralysie est presque toujours éphémère, tantôt ne se prolongeant pas au delà de quelques minutes, le plus souvent plusieurs heures, et enfin, dans les cas de maladie invétérée, persistant des mois et des années.

La rapidité avec laquelle disparaît souvent l'anesthésie, explique, suivant M. Voisin, comment Sandras a cru pouvoir en nier l'existence comme phénomène appartenant à l'hystérie. (Sandras, dans son *Traité des maladies nerveuses*, ne considère ce symptôme que comme tout à fait exceptionnel.) Ce qui, aux yeux de M. Voisin, imprime à cette forme de paralysie un cachet tout spécial, c'est sa fugacité même, sa mobilité, et la bizarrerie de ses formes.

Toutefois, M. Voisin croit devoir faire une restriction à la formule qu'a posée M. Gendrin, à savoir : que l'anesthésie cutanée est un symptôme constant de l'hystérie. On sait, en effet, que M. Briquet ne considère pas l'attaque comme nécessaire dans cette maladie ; pour lui, l'hystérie peut ne se manifester que par la constriction à la gorge, les douleurs sous-mammaire et dorsale gauches, les rires et les pleurs alternatifs. Or l'anesthésie cutanée est très-rare dans cette forme de la maladie, aussi bien que dans l'hystérie convulsive sans perte de connaissance ; l'anesthésie ne s'observe en général que dans la forme d'hystérie dont les accès s'accompagnent de perte de connaissance. Ce n'est que dans de rares exceptions que les accès simplement convulsifs sont suivis de paralysie. M. Voisin n'a observé qu'un seul fait où la paralysie se déclara après une attaque sans perte de connaissance. Parmi les hystériques qu'il a examinées, quatorze perdaient connaissance pendant les attaques. Dix ont offert une anesthésie plus ou moins complète ; chez quatre ce signe manquait. Ces quatre malades, il est vrai, étaient atteintes d'hystérie à forme légère : l'une n'avait eu jusque-là que deux attaques, la dernière ayant eu lieu vingt-quatre heures avant son entrée à l'hôpital ; une seconde n'était venue se faire traiter que quelques jours après sa dernière attaque, et les deux autres un mois après le dernier accès. On pouvait admettre, par conséquent, que l'anesthésie avait disparu au moment où ces malades ont été observées.

En résumé, dans quinze cas où la perte de connaissance accompagnait les attaques hystériques, l'anesthésie cutanée n'a fait défaut que quatre fois. M. Voisin se croit donc fondé à tirer de ces faits cette conclusion : que, sauf quelques exceptions, « l'anesthésie cutanée, considérée dans l'hystérie, suppose une attaque avec perte de connaissance. »

Il semblerait donc exister une relation de cause à effet entre la perte de connaissance et l'anesthésie. C'est en effet ce que pense M. Voisin, et ce qu'il cherche à démontrer.

« La perte de connaissance, dit-il, s'accompagne de suspension de l'influx nerveux, d'un trouble complet de la sensibilité aussi bien que de l'intelligence. Le plus souvent tout rentre dans l'ordre après peu de temps, et l'anesthésie disparaît ; mais que ces secousses se reproduisent à de fréquents intervalles, qu'elles agissent sur une constitution déjà affaiblie, et les phénomènes persisteront. »

Cette opinion, du reste, se rapproche de celle que M. le docteur Félix Voisin (grand-père de l'auteur) a soutenue dans son *Etude sur les causes des maladies nerveuses*, à savoir : que la cause intime de l'hystérie siége dans le cerveau....

Mais nous touchons ici à la théorie pure. Pour compléter l'énoncé des résultats cliniques constatés par M. Auguste Voisin, il nous resterait à parler du siége de l'anesthésie, de ses formes et de ses caractères divers, enfin de son diagnostic et de son traitement. C'est ce que nous ferons dans une prochaine *Revue*.

Hypertrophie mammaire énorme chez une jeune fille de dix-sept ans.

Un grand nombre de médecins et d'élèves en médecine, particulièrement ceux qui fréquentent l'hôpital de la Charité, ont pu voir dans le service de M. Manec une jeune fille qui présentait une hypertrophie des deux mamelles telle que nous ne pensons pas qu'il y en ait beaucoup d'exemples connus dans les annales de la science. A peine en cite-t-on deux ou trois semblables.

Voici, d'après les renseignements recueillis auprès de cette jeune fille et de ses parents, et d'après l'examen qui en a été fait et les mesures qui ont été prises en notre présence par M. Manec, quel a été le début de cette affection, sa marche progressive, et quel était l'état de la malade lors de son entrée à la Charité.

Cette jeune fille, âgée aujourd'hui de dix-sept ans, d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, d'une constitution délicate et d'une physionomie agréable, paraît avoir joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de quinze ans, époque où elle s'est aperçue pour la première fois que ses seins prenaient un développement considérable. Elle n'était pas encore réglée à cette époque. Ce n'est qu'un peu plus tard, à seize ans, qu'a eu lieu la première éruption menstruelle. Depuis ce moment ses seins n'ont cessé de s'accroître, au point d'avoir acquis en deux ans les proportions énormes qu'ils présentent aujourd'hui.

Les mamelles de cette jeune fille représentaient deux énormes appendices pédiculés tombant sur la poitrine et le ventre, qu'ils recouvrent presque en totalité jusqu'au pubis. Mesurées dans la partie qui présente le plus grand développement, elles avaient une circonférence de 75 centimètres à gauche et de 72 centimètres à droite. La circonférence de leur pédicule était de 50 centimètres environ ; leur poids, autant qu'il a été possible de l'apprécier, de 6 kilogrammes 1/2 pour la droite, et de 7 pour la gauche, qui paraissait un peu plus développée. La peau, qui recouvre ces immenses glandes mammaires (car, comme on le verra tout à l'heure, il ne s'agit là ni de cancers, ni de tumeurs adénoïdes, ni de lipomes, mais bien d'une simple hypertrophie du tissu glandulaire, ainsi que de tous les éléments anatomiques,

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Exposition et histoire des principales découvertes scientifiques modernes (tome IVe), *la machine électrique, la bouteille de Leyde, le paratonnerre, la pile de Volta;* par le docteur L. FIGUIER (1).

Etudes sur les corps à l'état sphéroïdal, nouvelle branche de physique; par M. BOUTIGNY (d'Evreux) (2).

Voici deux livres avec lesquels nous sommes bien en retard, et nous avons été plus d'une fois tenté, pour tâcher de dissimuler notre négligence, de supprimer tout doucement les articles que nous avions pris, vis-à-vis des auteurs, l'engagement de faire dans ce journal. Et cependant, toutes réflexions faites, nous avons préféré suivre l'adage : *Mieux vaut tard que jamais*. Les deux auteurs sont des hommes de trop haute valeur pour être accessibles aux petites rancunes des esprits vulgaires, et sont aussi trop de nos amis pour nous en vouloir après l'aveu sincère que nous venons de faire ici. Nous n'aurons d'ailleurs qu'un bien petit changement à faire dans la formule de nos appréciations. Au lieu de leur prédire, ce que nous aurions fait, il est vrai, sans beaucoup nous compromettre, un succès complet et éclatant, nous le constaterons, et nous serons heureux de joindre aux éloges dont leurs ouvrages ont été unanimement l'objet, notre humble et modeste tribut de louanges, dont le plus grand tort sera d'arriver le dernier.

L'histoire de l'électricité n'a pas encore été faite en France, et n'a été jusqu'ici l'objet d'aucune publication spéciale. Les traités généraux de physique contiennent bien tous une section dans laquelle on traite *in extenso* cette branche importante de la science. Mais de là à une histoire complète, détaillée, et surtout impartiale de l'électricité, de ses applications, histoire comprenant tous les développements que comporte le sujet, il y a loin, et c'est là le but du travail qu'a entrepris M. Figuier, non sans hésitation, nous dit-il, et sans avoir été longtemps arrêté par le peu de documents précis que l'on possède sur cette matière, par le nombre immense de faits à vérifier, et la longueur de la période historique embrassée par ces récits.

Nous avons dit *impartiale*, et dans une question de ce genre, le mot a quelque lieu d'étonner. Cependant il a sa raison de se rencontrer sous notre plume. M. Figuier, en effet, n'a pas voulu faire une simple narration des faits observés, en acceptant sans examen toutes les traditions généralement reçues. Il lui a semblé, après être remonté à la source de quelques découvertes, que justice n'avait pas toujours été faite d'une manière bien exacte, et il a prétendu, autant qu'il était en lui, essayer, après avoir étudié scrupuleusement les pièces de ces divers procès, de faire revenir sur certains arrêts un peu trop légèrement rendus par l'opinion publique. Dans cette œuvre méritoire et bien désintéressée de sa part, M. Figuier a souvent réussi à redresser un certain nombre d'erreurs d'autant plus graves qu'elles touchent quelquefois aux événements les plus considérables de la science.

Une partie des recherches de M. Figuier a eu pour but et pour résultat de restituer aux savants de notre pays la part de gloire qui leur revient dans l'étude et la découverte de bien des phénomènes électriques, et particulièrement de ceux qui se rattachent à l'électricité météorique. On a été assez universellement d'accord jusqu'à ce jour, et d'après des documents inexacts, pour attribuer au physicien de Philadelphie l'honneur de toutes les observations faites dans le dix-huitième siècle sur l'électricité atmosphérique.

Parce qu'il a inventé le paratonnerre, une des plus belles applications pratiques du génie humain, on a rapporté à Francklin toutes les expériences et les recherches qui ont mis en évidence la présence de l'électricité dans l'atmosphère au milieu de laquelle nous vivons. Or ceci est loin d'être la vérité. Buffon, Dalibard, Lemonnier, Romas, méritent qu'on leur rende enfin sous ce rapport une justice qui semblera bien tardive, et qui peut-être, sans le dévouement dont a fait preuve en cette circonstance M. Figuier, se serait fait attendre encore longtemps. C'est en particulier à Romas (de Nérac), habile physicien du dix-huitième siècle, dont le nom à peine connu aujourd'hui a été absorbé par la grande gloire de Franklin, que sont dues la première idée du cerf-volant électrique, comme aussi la première expérience qui en fut faite le 7 juin 1753, et non en 1756, comme l'a par erreur écrit M. Becquerel.

Ici M. Figuier a trouvé une preuve de plus d'une vérité que dans ses premiers volumes, à l'occasion de la machine à vapeur, de la poudre, il s'était efforcé de démontrer, à savoir : « Qu'il est impossible d'attribuer à un seul homme l'honneur d'une grande invention scientifique, et que les découvertes importantes naissent presque toujours non des efforts isolés d'un homme de génie, mais d'un concours lent et successif de travaux dirigés vers un but commun. La science et le temps préparent les éléments divers de grandes découvertes ; il arrive dès lors un moment où la même idée se présente à la fois à un grand nombre d'esprits, parce qu'elle est la conséquence d'une foule de travaux antérieurement accomplis. » C'est ce qui est, en effet, arrivé pour l'électricité ; aussi convient-il de rendre à chacun ce qui lui appartient, et devons-nous dire hautement que M. Figuier a bien mérité de la science française, en signalant la part qu'ont prise au progrès universel ses plus modestes comme ses plus illustres représentants.

C'est guidé par le même esprit de justice, que dans une autre section de son livre, consacrée à l'histoire de la pile, l'auteur, sans chercher à diminuer la gloire de Volta, l'inventeur de ce merveilleux appareil, remet en lumière les travaux trop oubliés de Galvani, et fait valoir les titres de ce grand anatomiste à la reconnaissance de la pos-

(1) Un vol. in-18 avec fig. Victor Masson.
(2) 3e édit. Un vol. in-8°. Victor Masson.

tissu cellulo-graisseux, peau, etc., qui entrent dans la constitution anormale du sein), la peau, disons-nous, ne paraissait en aucun point avoir subi aucune altération, aucune modification dans sa texture; elle était blanche, douce au toucher, souple, mobile sur les parties sous-jacentes; elle offrait, en un mot, tous les caractères du tégument normal du sein; elle avait acquis un développement graduel et proportionnel à celui de la glande et des autres parties du sein; aussi n'est-elle ni épaissie et hypertrophiée comme dans l'éléphantiasis, par exemple, ni éraillée, et amincie comme le sont habituellement les téguments qui ont subi une distension considérable et rapide. Elle n'était tiraillée seulement qu'à la naissance des seins, aux pédicules, là où elle supportait tout le poids du sein dans la station. Le mamelon n'existait pas ou du moins il était aplati, presque entièrement effacé, mais sa place était parfaitement indiquée par l'aréole, d'une teinte légèrement brunâtre et extrêmement large.

On remarquait vers la racine des deux seins et sur le petit espace de la paroi thoracique qui les sépare, un développement exagéré du système veineux sous-cutané.

Enfin, en explorant avec soin les divers points de ces deux mamelles, on sentait partout à travers la peau la consistance et la sensation que donne au doigt le tissu lobulé de la glande mammaire.

Ajoutons que ces seins n'ont jamais été le siége d'aucune douleur, ni même d'aucune sensibilité anormale, et que la pression et la palpation n'y étaient nullement pénibles. Mais ils étaient, on le comprendra aisément, pour cette jeune fille, plus qu'une infirmité pénible, c'était pour elle une cause de gêne extrême et continue, qui l'a engagée à venir demander un remède aux chirurgiens de la capitale. On comprend d'ailleurs aussi qu'un semblable travail de nutrition anormale n'a pu s'opérer depuis deux ans sans préjudicier d'une manière sensible à la santé générale, et sans menacer surtout l'avenir. Aussi cette jeune fille avait-elle sensiblement maigri. Mais la fonction qui avait le plus notablement souffert de cet état, c'était la fonction menstruelle; la malade a à peine vu ses règles cinq ou six fois et d'une manière très-irrégulière depuis deux ans. On a soumis cette malade dans son pays à plusieurs médications, mais sans aucun effet. Entre autres moyens, elle a été mise à l'usage de l'iodure de potassium. Mais le seul résultat de cette médication a été de produire un amaigrissement général; tandis que les mamelles, loin de s'atrophier, ne faisaient que se développer de plus belle.

Bref, après mûr examen et après avoir recueilli l'avis de son collègue de la Charité, M. Velpeau, et ceux de plusieurs chirurgiens et médecins qui sont venus voir la malade, avis tous unanimes et tous conformes au sien propre, savoir : qu'il n'y avait qu'un seul moyen à opposer à cette énorme hypertrophie, l'amputation, M. Manec se décida à pratiquer cette opération, désirée vivement d'ailleurs par la malade elle-même. Il fut décidé, bien entendu, vu l'énorme perte de substance qui devait résulter d'une semblable opération, qu'elle serait faite en deux fois.

Cette première opération fut faite le 24 novembre. C'est le sein gauche, le plus volumineux, qui a été enlevé le premier.

Nous n'insisterons pas ici sur les détails de l'opération, cette observation devant faire plus tard l'objet d'une publication dans laquelle toutes les particularités anatomiques, physiologiques et opératoires qui peuvent offrir de l'intérêt, seront rapportées avec tous les détails qu'elles comportent; nous signalerons seulement une circonstance qui a contribué à rendre cette opération extrêmement longue et laborieuse. C'est, indépendamment des difficultés même de la dissection, le développement excessif du système vasculaire qui a nécessité un grand nombre de ligatures. On n'était même pas sans préoccupation sur le danger que pourrait avoir la section des veines volumineuses qui rampaient à la surface et surtout vers la racine de la mamelle.

L'opération terminée, la mamelle fut mise dans une balance, elle pesait exactement 7 kilogr. et demi (15 livres). Il est bon de noter qu'il avait été perdu une grande quantité de sang qui avait dû nécessairement en diminuer un peu le poids.

Les suites ont été des plus heureuses, sauf toutefois un léger accident survenu dans la nuit du 3[me] au 4[me] jour de l'opération, une légère hémorrhagie qui a fait craindre un instant une congestion pulmonaire, ce qui n'a heureusement pas eu lieu. La plaie, réunie par un grand nombre de points de suture et recouverte pour tout pansement de gâteaux de charpie mouillée, a marché rapidement vers la cicatrisation, qui était complète vers le 10 décembre.

Le 14 décembre, comme M. Manec se disposait à pratiquer la deuxième opération, une éruption menstruelle abondante, qui n'avait pas eu lieu depuis plusieurs mois, obligea à l'ajourner. Celle-ci fut faite le 26 décembre. Elle n'a présenté rien de particulier à signaler en ce moment. Il importe de noter ici que dans le court intervalle d'un mois écoulé entre ces deux opérations, la mamelle restante (la droite) avait subi un surcroît d'accroissement tel, qu'elle avait dépassé le poids et le volume du sein gauche. Du poids de 6 kilogrammes et demi qu'elle avait lors du premier examen, au mois d'octobre, elle en était venue à peser 8 kilogrammes lors de la deuxième opération, c'est-à-dire une livre de plus que la mamelle gauche. Elle avait ainsi gagné en moins de deux mois, et surtout pendant le dernier mois, un kilogramme et demi (trois livres).

Les suites de cette seconde opération ont été encore plus simples que celles de la première. Du troisième au quatrième jour, elle a eu seulement un peu de mal de tête, mais sans toux, ni oppression, ni hémoptysie.

Le quatorzième jour, il est survenu de nouveau de la céphalalgie, cette fois avec un peu d'oppression, de mal de cœur, et quelques épistaxis. M. Manec se disposait à appliquer quelques sangsues aux cuisses pour provoquer les règles, lorsqu'elles sont venues spontanément. Dès ce moment tout s'est calmé. La plaie était complétement cicatrisée du 15 au 20 janvier. Cette jeune fille, dont l'état est très-satisfaisant maintenant, et qui n'est seulement qu'un peu anémiée, a dû quitter l'hôpital hier, heureuse d'être débarrassée de ses deux monstrueuses mamelles.

Elle devra revenir sous peu à Paris. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui sera survenu d'ici là.

Emploi des injections de chlorure de zinc dans le traitement des uréthrites.

M. le docteur Legouest, chirurgien et professeur du Val-de-Grâce, fut chargé, il y a deux ans, dirigeant alors un service de vénériens, d'expérimenter, dans le traitement des uréthrites, une médication nouvelle proposée par un de ses confrères de l'armée. Cette médication, consistant en injections de chlorure de zinc en solution à 1/1000[e] pour les uréthrites simples et aiguës, et à 1/500[e] pour les uréthrites chroniques et rebelles, était donnée comme applicable à tous les cas et à toutes les périodes de la maladie; elle n'amenait jamais d'accidents, suivant son auteur, comme les injections au nitrate d'argent, et réussissait toujours dans un temps fort limité.

Les uréthrites, assez nombreuses dans l'armée, y font, aussi bien que dans la vie civile, le désespoir des malades et des médecins; leur traitement par un moyen aussi sûr que rapide devait nécessairement mériter toute l'attention des chefs de service. Néanmoins, M. Legouest avait à peu près oublié les observations qu'il avait faites sur ce sujet, lorsqu'elles furent rappelées à sa mémoire à l'occasion de deux cas d'écoulement fort ancien, datant l'un de deux, l'autre de trois ans et demi, qui s'étant présentés à lui, furent traités et disparurent, le premier en cinq et le second en huit jours, au moyen des injections de chlorure de zinc.

Nous devons à l'obligeance de notre savant confrère la communication du résumé suivant des notes prises à l'époque où il a expérimenté ce traitement. Rappelons d'abord en quoi il consiste :

Ce traitement consiste à faire journellement une seule injection d'une solution de chlorure de zinc au 1/1000[e], sans se préoccuper en aucune façon du régime du malade, et jusqu'à cessation complète de l'écoulement uréthral; la solution au 1/500[e] ne s'emploie que pour les uréthrites anciennes ou rebelles, et spécialement contre les écoulements opiniâtres auxquels on a donné le nom de goutte militaire.

50 malades ont été soumis à ce traitement, à l'exclusion de tout autre. Parmi eux, 21 étaient atteints d'uréthrites simples; 12 d'uréthrites aiguës; 17 d'uréthrites chroniques. Sous le nom d'uréthrites simples, M. Legouest a entendu parler d'affections datant de 2 à 15 jours, ne donnant lieu à aucuns phénomènes généraux, sans douleurs locales, et dont l'écoulement séro-purulent, plus ou moins considérable, constituait le seul caractère. Les uréthrites aiguës comptaient de 4 à 12 jours d'invasion, étaient quelquefois accompagnées d'un mouvement fébrile, donnaient lieu à des douleurs plus ou moins vives pendant la miction et surtout pendant l'érection, à une légère intumescence du pénis et du méat, à un écoulement épais et franchement purulent. L'invasion des uréthrites chroniques remontait à différentes époques : 6 à 1 mois, 4 à 6 semaines, 3 à 2 mois, 2 à 1 an.

Ces affections ne donnaient lieu à aucuns phénomènes généraux, à aucune douleur locale, et se traduisaient par un léger écoulement de couleur opaline ou par une goutte militaire.

—Des 21 uréthrites simples traitées par M. Legouest, 3 l'avaient été antérieurement à l'infirmerie régimentaire, par le copahu et les injections de sulfate de zinc, restés sans succès. Les 18 autres étaient vierges de tout traitement.

Une seule injection par jour avec une solution de chlorure de zinc au 1/1000[e] fut faite tous les matins, soit par M. Legouest lui-même, soit en sa présence, chez tous les malades, et conservée de 3 à 5 minutes dans le canal de l'urèthre. Ces injections furent continuées jusqu'à cessation complète de l'écoulement, et les malades furent gardés en observation à l'hôpital six et huit jours après la disparition de l'uréthrite. Elles ne provoquèrent, en général, aucune douleur. Chez 3 malades seulement sur *21*, elles donnèrent lieu à de légères douleurs qui disparurent dans une période de 3 à 9 jours, et permirent de continuer ensuite le même traitement.

Une seule épididymite survint; elle se montra après la cinquième injection, chez un des malades traités précédemment à l'infirmerie régimentaire, par le copahu : l'écoulement, dans ce cas, datait de douze jours.

Il est à remarquer que les trois hommes déjà médicamentés à leur régiment firent usage d'injections au chlorure de zinc, le premier cinq jours (épididymite, traitement interrompu), le second dix-huit, et le dernier vingt-deux jours, avant d'être guéris.

Le minimum des journées de traitement fut de 6 jours, le maximum de 35, et la moyenne de 16,5.

— Les uréthrites aiguës, au nombre de 12, furent soumises au même traitement que les premières, c'est-à-dire à une seule

---

térité. Il estime que les circonstances qui ont présidé à la découverte de la pile par Volta n'ont pas été soumises à un examen assez sérieux, et pense que lorsqu'on les étudie de près, on reconnaît que le physicien de Padoue a peut-être déployé moins de génie qu'on ne l'admet généralement dans la construction et surtout dans l'étude de cet instrument.

Pour faciliter la lecture et l'intelligence de l'histoire de l'électricité, M. Figuier l'a divisée en quatre grandes sections comprenant chacune la description d'un grand appareil : la machine électrique, la bouteille de Leyde, le paratonnerre et la pile de Volta. Dans chacune de ces divisions sont compris tous les points qui se rattachent à l'histoire de l'appareil dont il est question, tant sous le rapport historique qu'au point de vue des théories qu'il est nécessaire d'admettre pour se rendre compte de son action, et au point de vue des applications dont il est susceptible.

Pour résumer l'opinion qui s'est faite dans le public sur ce livre, nous dirons qu'on l'a jugé digne de ses aînés, et qu'il complète avec bonheur l'exposition entreprise par M. Figuier des découvertes scientifiques modernes les plus importantes.

Il y a dix ans, nous rendions compte dans ce journal de la seconde édition d'un travail qui, à cette époque, et malgré cinq années d'expériences publiques, causait encore un certain *scandale* scientifique : nous voulons parler du livre de M. Boutigny sur l'état *sphéroïdal* des corps. Les corps savants, qui ne se montrent pas en général très-favorables aux innovations quelles qu'elles soient, fulminaient encore sourdement leur anathème sur la nouvelle doctrine... Et aujourd'hui, la chose et le mot, tout a passé dans la science; il n'est pas un cours de physique où l'on ne répète les expériences de M. Boutigny; il n'est pas un traité qui ne renferme un chapitre intitulé : *De l'état sphéroïdal.*

Nous ne ferons pas à nos lecteurs l'injure de supposer qu'ils aient oublié déjà, ou qu'ils n'aient jamais su ni le phénomène ni les raisonnements à l'aide desquels l'auteur de la découverte a tenté de l'expliquer. Ils savent, pour en prendre l'expression la plus simple, que quelques gouttes d'eau projetées dans un creuset ou sur une plaque métalliques parfaitement polis et chauffés à plus de 200°, au lieu de se mettre à bouillir et de s'évaporer rapidement, s'arrondissent en boule, en sphère, laquelle conserve une température moindre que celle du milieu dans lequel elle se trouve, et s'évapore avec une lenteur remarquable en tournant sur elle-même; en un mot, que *l'équilibre de température ne s'établit jamais, et ne peut s'établir entre les corps à l'état sphéroïdal et les vases qui les contiennent.*

S'il en était resté là, M. Boutigny eût certainement fait une découverte curieuse; mais, dans les sciences, ce n'est pas tout que de signaler un fait nouveau et en dehors des idées généralement reçues. Il faut en tirer des conséquences pratiques, en faire des applications utiles, ou le faire servir à l'interprétation de faits anormaux, et dont jusqu'alors on n'avait pu se rendre compte d'une manière satisfaisante. C'est là qu'en est arrivé aujourd'hui M. Boutigny, et désormais les expériences qu'il a instituées n'ont plus un simple intérêt de curiosité.

A l'aide de sa théorie, on comprend facilement ces explosions de chaudières à vapeur restées si longtemps sans explication possible, et qui faisaient le désespoir des physiciens les plus habiles, comme elles étaient celui des chauffeurs et des mécaniciens vulgaires. C'est encore elle qui a conduit l'intelligent auteur à l'invention de sa chaudière, de son générateur de vapeur à diaphragmes, applicable avec une énorme économie d'espace et de combustible aux plus grandes comme aux plus petites forces.

C'est l'exposé des nouvelles expériences auxquelles l'ont conduit dix années d'études toujours dirigées dans le même sens, des conséquences, nouvelles aussi, déduites des expériences anciennes; une méthode plus sévère, une disposition des matières mieux raisonnée, une liberté plus grande dans les théories, qui font de cette troisième édition un travail entièrement original, une œuvre essentiellement neuve, et qui n'a en quelque sorte rien de commun avec celles qui l'ont précédée.

Les géologues y trouveront sur l'origine de la houille, cette grande richesse des temps modernes, des vues qui diffèrent radicalement de celles le plus généralement adoptées; il n'est pas jusqu'aux physiologistes qui n'aient à y apprendre quelque chose sur le mécanisme de l'éthérisation, à laquelle l'auteur donne le nom d'*asphyxie par substitution.*

Quant à l'ouvrage, il a conservé son ancien plan; il est divisé en trois parties principales : dans la première, l'état sphéroïdal est envisagé dans ses rapports avec la physique; dans la deuxième, l'auteur le considère au point de vue chimique; enfin, dans la troisième, qui est véritablement la partie philosophique, il cherche à grouper les faits autour d'un centre commun par une théorie générale.

M. Boutigny est un de ces esprits *chercheurs* et par suite *trouveurs*, qu'on me passe l'expression, qui n'assistent pas toujours de leur vivant au triomphe de toutes leurs idées; mais l'exemple des temps passés console facilement ces intelligences d'élite. Ils ont la conscience du service rendu, et peuvent se dire avec le philosophe romain : *Mihi meæ pluris est conscientiæ testimonium quam hominum sermo.*

D[r] A. FOUCART.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année qui vient de finir ou des années antérieures, sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de ces numéros est de 10 centimes.

A ceux de nos confrères qui n'ont commencé leur abonnement que dans le courant de 1858, nous pourrons fournir les mois qui leur manquent à raison de UN FRANC par mois.

Ceux qui désirent faire relier leur collection de l'année peuvent envoyer leurs numéros au bureau. Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

Conformément à notre usage, nous continuons l'envoi du journal à ceux de nos confrères dont l'abonnement est expiré, et quoiqu'ils n'aient pas encore envoyé leur renouvellement. Ceux qui ne voudraient pas continuer leur souscription sont priés de nous en donner avis, ou tout au moins de rendre au facteur les numéros en inscrivant sur la bande le mot : REFUSÉ.

injection par jour avec la solution au 1/1000e. Deux avaient été traitées pendant quelques jours à l'infirmerie régimentaire par le cubèbe et l'eau blanche ; elles dataient, l'une de 8, l'autre de 12 jours, et exigèrent l'une 5, l'autre 22 injections de chlorure de zinc avant de disparaître.

En général, l'injection calmait les douleurs existantes, et ne donnait lieu qu'à un léger prurit ; une seule fois on a été obligé de suspendre les injections, en raison du développement de douleurs assez vives.

Quatre fois l'écoulement ne s'étant pas modifié après 18, 20, 27 et 41 jours de traitement, on fit usage d'une solution à 1/500e, et l'écoulement disparut en 5, 8, 9 et 13 jours.

Le minimum des journées de traitement fut de 4 jours, le maximum de 41, et la moyenne de 13,5.

— Quatorze uréthrites chroniques avaient été traitées antérieurement, soit dans les infirmeries, soit dans les hôpitaux, par tous les moyens habituellement mis en usage ; trois n'avaient jamais subi aucune espèce de traitement.

M. Legouest employa, comme pour les cas rebelles cités précédemment, une injection par jour avec la solution au 1/500e.

Aucun accident ne survint, et on put continuer les injections sans interruption.

Le minimum des journées de traitement fut de 4 jours, le maximum de 20, et la moyenne de 8,06.

Les affections antérieurement traitées entrèrent dans la moyenne pour 9,28 ; celles qui ne l'avaient jamais été, pour 5,6.

Les 50 malades observés ont donné 65 journées d'hôpital, et la moyenne de séjour à l'hôpital a été de 13 1/50e par homme.

Les injections de chlorure de zinc en solution, à la dose de 1/1000e et 1/500e, ne sont pas en général douloureuses ; elles déterminent rarement des accidents.

Elles modifient très-rapidement l'écoulement ; dans le plus grand nombre des uréthrites aiguës, elles calment l'inflammation et la douleur.

Elles réussissent moins bien dans les écoulements simples et bénins, que dans les uréthrites franchement aiguës ou chroniques.

M. Legouest se croit, en résumé, en droit de conclure que ce traitement est généralement sans danger ; qu'il est facile à diriger ; qu'il ne guérit ni mieux ni plus vite les uréthrites simples et les uréthrites aiguës que les moyens employés ordinairement ; qu'il est doué d'une efficacité remarquable dans les cas d'uréthrites chroniques très-anciennes ; enfin qu'il mérite d'être pris en considération, en raison de sa simplicité et de la modicité de son prix.

Nous nous joignons au savant chirurgien du Val-de-Grâce pour appeler l'expérimentation sur ce moyen.

LE TAMPONNEMENT DU VAGIN

peut-il, en thérapeutique, être admis comme moyen rationnel ?

Par M. Clément OLLIVIER.

Si la métrorrhagie pouvait être admise dans le cadre nosologique comme une entité, peut-être pourrait-on lui opposer le tamponnement conseillé par M. le Dr Montanier ; mais il en est aujourd'hui de certaines entités médicales comme des éléments admis par les anciens, qui tous se trouvent composés de substances multiples ; beaucoup aussi sont reconnues comme symptomatiques d'affections diverses, et ne peuvent plus être regardées comme affections essentielles. Dans ce nombre, on doit assurément admettre la métrorrhagie, que tant de causes peuvent faire naître.

Examinons donc si le tamponnement inventé par M. Montanier peut guérir toutes les affections qui donnent lieu à ce genre de symptômes.

La métrorrhagie peut être divisée en passive et en active.

La métrorrhagie passive comprend toute cause anesthésique, et renferme dans sa catégorie la métrorrhagie puerpérale, scorbutique, et celles dépendant de tumeurs polypeuses.

La métrorrhagie active peut être le résultat d'une affection utérine à type inflammatoire, d'un ulcère du col, d'une ulcération de cette même partie et de la membrane utérine, ou de fongosités de cette membrane. En dehors de toutes ces causes, personne assurément ne pourra tracer l'étiologie de la métrorrhagie. Or il reste à examiner s'il n'est pas de moyens plus sûrs que le tamponnement, de guérir les affections primitives donnant lieu à cet accident symptomatique.

Métrorrhagie puerpérale. — Quatre causes peuvent y donner lieu :

1° Implantation du placenta sur le col utérin pendant ou avant le travail de l'accouchement.

2° Inertie des parois utérines après l'accouchement, et accumulation de caillots dans leur cavité.

3° Présence d'une portion ou de la totalité placentaire dans la cavité utérine.

4° Séjour dans la cavité utérine de l'œuf, au moment d'une fausse couche.

Indiquer ces causes de la métrorrhagie puerpérale, c'est indiquer aussi les moyens d'y remédier. Or est-il un praticien tant soit peu expérimenté qui aura recours au tamponnement dans les quatre cas sus-indiqués?.....

Toutefois il en est encore, et qui ne manquent pas d'une certaine réputation, qui dans le cas d'avortement, oubliant la cause de la métrorrhagie, emploient le tamponnement au lieu de débarrasser l'utérus du produit de la conception, ou de la portion placentaire, devenus corps étrangers dans l'organe. Cette manœuvre imprudente donne lieu à l'engorgement de l'utérus et de ses annexes ; car si le sang ne coule pas à l'extérieur, il refluera certainement vers les tissus de l'utérus et de ses annexes, si éminemment perméables.

Les polypes utérins, les affections scorbutiques donnant lieu à la métrorrhagie, indiquent suffisamment le traitement à suivre.

Cependant il peut arriver qu'avant l'accomplissement d'un traitement rationnel on se trouve en présence d'une hémorrhagie passive inquiétante, qui cédera toujours aux injections plus ou moins concentrées du perchlorure de fer, devenu si précieux aujourd'hui ; tandis que le tamponnement pourrait amener un engorgement énorme de tous les tissus contenus dans le bassin.

Il en serait de même pour les polypes intra-utérins et hors de la portée des moyens d'extraction. Le tamponnement, dans ce dernier cas, ne pourrait assurément que causer une métrite, ou tout au moins des accidents graves d'infection purulente, par la putréfaction des matières retenues soit dans la cavité utérine, soit dans le bassin.

Quant aux affections de la seconde catégorie, s'il s'agit d'une métrite chronique qui, aux époques menstruelles ou en dehors de ces époques, donne lieu à la métrorrhagie, jamais cet accident ne sera assez persistant pour compromettre les jours de la malade, si on a soin de recourir dans ce cas à une thérapeutique rationnelle.

Et, en tout cas, vaudrait-il encore mieux recourir, si le danger était imminent, soit aux injections faites méthodiquement avec une solution étendue de perchlorure de fer, soit aux réfrigérants persistants, comme je l'ai fait chez une malade soignée par moi et le docteur Duparcqué. (*Supériorité des émissions sanguines directes*, 1 vol. in-8°, 1847, 2e observation.)

La cause la plus fréquente d'hémorrhagie dans cette seconde catégorie, c'est assurément l'état ulcéreux du col utérin ou de la membrane utérine, et son état fongueux.

On a beaucoup vanté, et dernièrement encore dans ses leçons M. le professeur Nélaton, l'abrasion de la muqueuse. Cependant, quand bien même vous détruiriez par le raclage toute la muqueuse utérine, en supposant que ce raclage ne parviendrait pas à provoquer la contraction des fibres organiques, pensez-vous que votre résultat serait obtenu ? Non assurément, car vous n'en laisseriez pas moins béantes les bouches exhalantes des vaisseaux utérins.

Le moyen rationnel, en pareil cas, est donc de provoquer la contraction des fibres utérines avec assez de violence pour détruire les fongosités de la membrane utérine. Et à cet effet on a comme médicament précieux le seigle ergoté ; il ne faut redouter ni le ténesme utérin ni l'hémorrhagie concomitante. L'effet du médicament sera toujours alors supérieur au raclage interne de l'utérus. C'est ce que l'expérience m'a suffisamment appris, et ce que je viens d'observer sur une jeune malade en ce moment à ma maison de santé d'Ingrandes, qui depuis trois années perdait tout son sang, ayant l'utérus développé comme au cinquième mois de la grossesse, ainsi que l'ont constaté MM. les docteurs Bonami, Ecochard, etc., de Nantes, dont elle a reçu les soins.

Au résumé la métrorrhagie n'étant qu'un symptôme d'autres affections, c'est contre ces affections que devront être dirigés les traitements qui leur sont applicables. Or en est-il une seule qui, pour obtenir guérison, doive, au préalable, être soustraite par le tamponnement à toute médication directe ?

Quant à la vaginite dont parle en second lieu M. le docteur Montanier, je recommande instamment les injections au perchlorure de fer, bien moins douloureuses que les cautérisations et bien plus efficaces que le tamponnement ; toutefois, après avoir employé préalablement, contre l'état phlegmasique aigu, la poudre d'amidon, qui est bien le plus inoffensif de tous les tampons.

BONS EFFETS DE L'EMPLOI TOPIQUE DU CHLORATE DE POTASSE

dans quelques affections chirurgicales, en particulier dans les ulcères variqueux et la pourriture d'hôpital.

M. Milon a été conduit par le résultat de ses expériences à considérer le chlorate de potasse comme le *sel cicatrisant* par excellence. Il modifie merveilleusement les plaies en les détergeant, en diminuant la suppuration, et en faisant disparaître la fétidité qu'elles exhalent. Dans les ulcères variqueux, par exemple, dit M. Milon, sous l'influence de ces applications, la cicatrisation se fait à la fois par les bords de l'ulcère et par son centre, où l'on voit apparaître un tissu cicatriciel qui grandit chaque jour et finit par rejoindre la circonférence.

Dès les premiers jours, la partie cicatrisée présente une consistance spéciale qui promet une guérison durable. C'est ainsi qu'il assure avoir guéri en trente-deux jours, chez un homme de cinquante-six ans, un ulcère de la jambe datant de vingt ans, et dont on n'avait jamais pu obtenir la cicatrisation complète. Dans deux cas de pourriture d'hôpital, l'action du chlorate a été excessivement prompte.

Dès les premiers jours, la fétidité avait disparu, et les plaies étaient détergées ; le travail de cicatrisation a marché avec une très-grande rapidité, bien que chez un des malades il y eût des séquestres. Mais de tous les résultats, le plus extraordinaire (aussi ne le donnons-nous qu'avec réserve) a été la guérison d'un cancroïde chez un homme âgé de soixante-treize ans et atteint de cette affection depuis vingt sept ans.

Considérée comme telle par M. Velpeau et par M. Richet, cette affection, qui avait débuté par une petite verrue non douloureuse, mais causant de légers chatouillements, avait fini par donner lieu à une ulcération, tantôt diminuant d'étendue, tantôt s'agrandissant, et cette affection s'est terminée par la guérison à l'aide des applications topiques du chlorate.

Les pansements ont toujours été faits avec la solution saturée à température ambiante. Le mode de pansement consiste tout simplement à appliquer sur la plaie un gâteau de charpie trempé dans cette solution. Seulement, pour éviter le dessèchement du tampon et son adhérence à la plaie, M. Milon a soin de maintenir celle-ci dans un état constant d'humidité, en l'arrosant à plusieurs reprises dans les 24 heures et en recouvrant le pansement d'un morceau de diachylon ou de toile gommée. Un pansement chaque jour est suffisant ; on n'en fait un second que dans les cas où la suppuration est très-abondante. Lorsque celle-ci est très-diminuée, il y a avantage à ne faire le pansement que tous les deux jours. Enfin, il est utile qu'on sache que ces applications sont quelquefois assez douloureuses. Ces douleurs ont leur plus grande acuité au moment de l'application, puis elles diminuent insensiblement et cessent après 15, 20 ou 30 minutes.

L'expérience de ce mode de pansement est si facile, qu'on ne peut manquer d'être fixé en peu de temps sur sa valeur réelle.

(*Bulletin de thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 janvier 1859. — Présidence de M. DEGUISE fils.

M. DESORMEAUX. Messieurs, lorsque dans la dernière séance M. Chassaignac a consulté la Société sur l'opportunité de l'opération qu'il voulait pratiquer à un enfant nouveau-né affecté de bec-de-lièvre compliqué, j'ai pensé que la majorité de mes collègues, se rangeant à l'avis déjà émis par la Société, repousserait l'opération immédiate. C'est pour cela précisément que j'ai cru devoir demander la parole, afin de soutenir l'opinion contraire, qui me paraît préférable, et d'apporter à notre collègue les observations de deux enfants que j'ai opérés peu de temps après leur naissance, et sur qui l'opération a complétement réussi. Ces deux enfants, les seuls que j'ai opérés de si bonne heure, avaient, comme le malade de M. Chassaignac, des becs-de-lièvre compliqués de division du palais.

Le premier de mes opérés me fut présenté le jour même de sa naissance, le 10 novembre 1857. Il présentait du côté droit un bec-de-lièvre qui divisait la lèvre dans toute sa hauteur, jusqu'à la narine correspondante. La voûte et le voile du palais étaient largement divisés, et laissaient apercevoir l'intérieur des fosses nasales par une fente dans laquelle pouvait se loger l'extrémité de l'index. L'os incisif, séparé par cette fente du maxillaire supérieur droit, se trouvait sur un plan plus antérieur, de façon qu'il formait une saillie de plus d'un centimètre. Il était uni au maxillaire gauche, mais évidemment mobile sur lui. Une particularité curieuse, c'est que du côté gauche, dans le point où se serait trouvée la seconde division d'un bec-de-lièvre double, la lèvre supérieure présentait une épaisseur moins grande, et une apparence de cicatrice qui aurait fait croire à une opération antérieure si l'on eût ignoré l'histoire du malade.

Après avoir pesé les raisons sur lesquelles je reviendrai plus tard, je conseillai l'opération immédiate ; les parents me dirent qu'ils y réfléchiraient, et je n'en entendis plus parler pendant quelques jours. Ils avaient appelé un autre chirurgien, qui avait opéré par l'ancien procédé, et la réunion avait manqué, excepté à la partie supérieure, dans une hauteur de 2mm environ. C'était une opération à recommencer ; l'enfant se portait bien, offrait d'excellentes conditions ; les motifs étaient les mêmes pour l'opéré, et je n'attendis quelques jours que pour laisser le temps aux parties de se consolider et de reprendre leur état naturel.

A la fin de décembre, l'enfant ayant alors six semaines, j'opérai son bec-de-lièvre par la méthode de M. Mirault ; le lambeau fut taillé sur le bord interne de la division ; je réunis l'incision verticale au moyen de deux points de suture entortillée, et le lambeau au moyen d'un point de suture simple. Le soir tout allait bien ; le lendemain, le lambeau était réuni, mais son point de suture l'avait divisé vers la pointe, ce qui, du reste, n'eut aucune conséquence. Le troisième jour au matin, j'enlevai les épingles, qui commençaient à couper les tissus ; la division verticale était cicatrisée ; les fils tombèrent, et je les remplaçai par des bandelettes de taffetas d'Angleterre pour soutenir la cicatrice. Ces bandelettes tombèrent d'elles-mêmes au bout de quatre ou cinq jours.

La suture et plus tard les bandelettes furent le seul moyen d'union. Il n'y eut aucun bandage auxiliaire, ou pour mieux dire, il y eut le meilleur de tous les bandages, les doigts d'une aide intelligente et attentive, qui rapprochait les joues aussitôt que le besoin menaçait de s'en faire sentir. Une des meilleures élèves de la Maternité, Mlle Porcherot, chargée de soigner l'enfant, s'en acquitta à merveille. Je lui avais donné pour instruction de l'empêcher de crier, et pour cela de lui donner à boire avant même qu'il en manifestât le besoin : lorsqu'il paraîtrait près de crier, sans avoir soif, de le promener et de le distraire ; puis, enfin, si ces moyens ne réussissaient pas, de lui serrer les joues dès qu'il ferait la grimace et avant le premier cri. Tout cela fut fait exactement, et je suis convaincu que ces soins assidus ont beaucoup concouru à la réussite.

Huit jours après l'opération, la largeur de la fente palatine avait diminué sensiblement, et la saillie intérieure de l'os incisif était presque moitié moins forte. Au bout de douze jours cette saillie était presque nulle, et les deux bouts de la division de la gencive étaient en contact. L'enfant fut envoyé à la campagne pour y être élevé au biberon.

J'ai revu cet enfant il y a quelques jours ; il a maintenant treize

mois et demi, il vient de faire sa quatrième dent; il a eu, quelques jours avant, quelques convulsions, mais il se porte bien à présent, quoique d'apparence un peu chétive; il est à remarquer, du reste, que ses deux frères n'avaient pas dans leur enfance meilleure mine que lui. Le bord libre de la lèvre ne présente aucune dépression, il faut la regarder de près pour voir les traces de l'opération. Les deux portions du bord gengival paraissent réunies, bien que la séparation soit encore accusée par un léger sillon; on n'y trouve plus de mobilité. La saillie de l'os incisif, qui avait disparu, semble s'être reproduite par suite du développement de l'incisive moyenne droite, qui a augmenté dans ce point l'épaisseur de la gencive; mais il paraît bien évident que ce défaut d'irrégularité disparaîtra par suite du développement de la deuxième incisive droite sur l'autre côté de la fente. Le doigt ne peut plus pénétrer dans la divison palatine.

Mon second malade était un enfant du sexe masculin, né le 2 novembre dernier à la Maternité. Il présentait un bec-de-lièvre simple du côté droit, avec division complète de la voûte palatine, et saillie de l'os incisif en avant du maxillaire droit. L'enfant ne pouvait pas teter; sa nourrice lui faisait jaillir dans la bouche du lait qu'il rendait en partie.

L'opération fut pratiquée le 5 novembre. En avivant le côté droit du bec-de-lièvre, je laissai le lambeau adhérent au bord libre de la lèvre du côté gauche, j'avivai le bord libre de la lèvre dans une petite étendue, en même temps que le bord vertical de la division anormale; puis je détachai des deux côtés la lèvre des os sous-jacents par de petites incisions. La portion verticale de la plaie fut réunie à l'aide de deux points de suture simple, suivant le procédé de M. Mirault (d'Angers); le lambeau adhérent à l'angle droit de la division fut fixé par un seul point sur la partie avivée du bord libre de la lèvre.

Les soins furent les mêmes que pour le premier enfant; il fut confié à des élèves qui le gardaient constamment sur leurs genoux ou dans les bras. On lui donnait le biberon dès qu'il s'éveillait; enfin, dès qu'il criait, on lui saisissait les joues pour les rapprocher, et empêcher les tiraillements de la lèvre. Il dormit très-bien, il but souvent au biberon sans rejeter le lait.

Le 6 novembre au soir, les bords de la plaie étaient réunis, les fils furent retirés et remplacés par une bande de taffetas d'Angleterre. Les soins furent continués comme avant. On lui donna une nourrice qu'il teta assez bien; mais comme il ne pouvait teter assez pour se nourrir, on continua le biberon.

Le 13 novembre, cet enfant sortit en très-bon état. La mère, qui ne pouvait le garder avec elle, le plaça chez une nourrice à la campagne, pour le faire élever au biberon. Il paraît qu'il n'était pas bien chez cette première nourrice, car on l'en changea, et il succomba le 26 décembre à une entérite.

Beaucoup de chirurgiens ne veulent pas pratiquer d'aussi bonne heure l'opération du bec-de-lièvre, surtout dans les cas compliqués. Les objections qu'ils lui opposent sont:

1° La sensibilité excessive des enfants nouveau-nés.

2° Le danger de tenir un enfant de cet âge à la diète pendant quatre ou cinq jours.

3° La crainte que pendant ce temps il ne perde l'habitude de teter.

Ces objections sont plus spécieuses que réelles, et il est facile de les réduire à néant. Pour ce qui est de la sensibilité des enfants nouveau-nés, bien loin d'être excessive, elle me paraît moins développée qu'à un âge plus avancé. J'ai fréquemment pratiqué sur eux des opérations ou des incisions, et j'ai vu constamment qu'à peine l'opération terminée, il suffit de les promener ou de les bercer dans les bras pour apaiser leurs cris, à un moment où des sujets plus âgés accuseraient encore des douleurs cuisantes. Quant à la diète, ce n'est pas quatre ou cinq jours qu'elle peut durer, mais bien vingt-quatre à quarante-huit heures, puisque ce temps est suffisant pour la réunion. D'ailleurs, ce qu'on aura de mieux à faire, ce sera de ne pas interrompre l'alimentation.

Je regarde même comme un précepte très-important de faire boire l'enfant fréquemment, comme moyen de favoriser la réussite de l'opération en entretenant la santé de l'opéré, et surtout en évitant les cris dans lesquels les lèvres sont distendues et la plaie tiraillée.

Enfin l'allaitement ne peut souffrir sérieusement. Si le palais était intact, je n'hésiterais pas à laisser teter, pourvu que la nourrice fût bonne et que son lait vînt facilement. Alors même qu'on attendrait la cicatrisation pour donner le sein, l'habitude de teter ne se perdrait pas, car on voit chaque jour les enfants la reprendre avec empressement, après en avoir été privés pendant un plus long temps. Cette dernière crainte, du reste, est encore moins fondée dans les cas de *gueule-de-loup*, puisqu'alors les enfants, privés de tous les moyens de succion, sont encore moins aptes à teter avant l'opération qu'après. Nous avons vu, en effet, que notre second malade, qui ne pouvait, avant d'être opéré, prendre le sein de sa nourrice, avait pu le second jour teter, imparfaitement il est vrai.

A côté de ces dangers illusoires nous voyons des avantages réels. D'abord la réparation plus complète de la difformité, en s'y prenant d'aussi bonne heure, avant que le développement soit avancé; ensuite le rapprochement plus facile des bords de la division osseuse, par suite de la pression exercée par la lèvre, à une époque où les connexions des os ne sont pas encore solides. Notre premier malade nous en a offert un exemple.

Nous pensons donc que l'on doit poser en précepte l'opération du bec-de-lièvre aussitôt après la naissance, et que ce précepte est surtout important dans les cas de division de la voûte palatine.

M. GIRALDÈS fait observer que, l'année dernière, M. Lenoir a rappelé qu'une discussion analogue avait déjà eu lieu il y a environ trois ans au sein de la Société, et qu'à cette époque ce praticien distingué avait démontré l'utilité qu'il y avait d'opérer de bonne heure. M. Giraldès se range à cet avis, s'appuyant à la fois sur la pratique des autres et sur la sienne; remplaçant temporairement M. Lenoir, il a opéré à la naissance un bec-de-lièvre simple avec succès, et il sait que des opérations de cas analogues et plus compliqués que celui présenté dans la dernière séance, ont parfaitement réussi.

M. Giraldès fait en outre observer que dans la précédente discussion on s'était trop effrayé de la grande mortalité obtenue; il regrette que l'on n'ait point tenu compte de ce fait important, à savoir: qu'un dixième des enfants nouveau-nés meurent dans le premier mois aussi bien en ville qu'à l'hôpital, tout en reconnaissant que cette mortalité est encore sensiblement accrue dans les hôpitaux.

M. Giraldès conclut donc que l'opinion émise par M. Depaul reçoit des observations publiées une pleine confirmation.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de la liste de présentation de la commission pour la nomination d'une place vacante de membre titulaire de la Société. (Commissaires, MM. Gosselin, Richet, Cullerier, rapporteur.)

En première ligne, M. Legouest;

En seconde ligne, *ex æquo*, MM. Foucher et Bauchet.

En troisième ligne, *ex æquo*, MM. Béraud et Fano.

Le scrutin est ensuite ouvert, il donne le résultat suivant: 24 votants.

M. Legouest obtient. . . .	21	voix.
M. Bauchet.	2	
M. Béraud.	1	

En conséquence M. Legouest est proclamé membre de la Société de chirurgie.

M. ROCHARD, deuxième chirurgien en chef de la marine, lit un mémoire sur les hématocèles de la tunique vaginale qui remontent dans la cavité abdominale à travers le canal inguinal. Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée.

M. Rochard dépose en outre sur le bureau un mémoire ayant pour titre: *Des résultats définitifs de l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Littre.*

M. RICHET donne lecture d'une observation relative à un cas de mort par le chloroforme. (Voir le numéro du 22 janvier.)

M. Richet, après la lecture de son travail, communique à la Société les réflexions suivantes:

Il constate d'abord que cette observation a été rédigée de suite par tous les internes et par lui-même, ce qui est une garantie d'exactitude. En présence de ce fait malheureux, la première chose qu'il y a à se demander, dit M. Richet, c'est de savoir si toutes les précautions recommandées dans l'emploi du chloroforme ont été prises, si aucune n'a été négligée. Or il croit que jamais inhalation de chloroforme n'a été plus simple, plus facile, plus régulière; il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler en peu de mots les faits relatifs à cette observation.

Le malade était un homme fort, vigoureux; rien dans ses antécédents ne contre-indiquait l'emploi du chloroforme; il était horizontalement couché dans son lit, par conséquent dépouillé de ses vêtements: rien ne pouvait donc gêner la respiration. On verse du chloroforme sur une compresse de linge usé, par conséquent très-perméable à l'air, pliée en double et roulée en cornet. Il est en tout employé de 15 à 20 grammes du liquide anesthésique.

La chloroformisation suit sa marche régulière, *excitation*, puis *résolution*; le pouls se maintient calme, ainsi que la respiration; le visage ne s'altère point, rien ne peut permettre de présager un pareil malheur. La résolution obtenue, M. Richet procède à la réduction, ayant fait éloigner le chloroforme du malade. Tout à coup, cette réduction faite, le pouls se supprime des deux côtés, et l'on constate qu'il n'y a plus de battements précordiaux; mais la respiration continue. Plus tard elle se supprime à son tour; alors on attire la langue, et M. Richet fait pratiquer la respiration artificielle. On obtint trois inspirations, mais, vains efforts, le malade succomba sans que l'on ait pu réveiller les battements du cœur.

M. Richet se demande quelle peut être la cause de la mort; est-elle due à une asphyxie ou à une syncope, à une sidération générale du système nerveux, à une paralysie du cœur et du tissu pulmonaire?

Dans l'asphyxie, la mort arrive par suppression de la respiration, mais le cœur continue à battre; les expériences de Legallois, celles si célèbres de Bichat, ont établi ce fait d'une manière irrécusable. M. Richet a eu deux fois, dans l'espace d'un mois, l'occasion de vérifier l'exactitude de la théorie de Bichat. Dans un premier cas, il fit la trachéotomie parce qu'il y avait cessation complète de respiration, tandis que le cœur battait encore; dans un second cas de mort par asphyxie, M. Richet constata pendant plus d'un quart d'heure les battements du cœur après la cessation de la respiration.

Dans l'observation lue à la Société, c'est l'inverse qui s'est passé; le cœur au contraire cesse de battre, et la respiration continue. D'ailleurs, dit M. Richet, comment serait-il possible de songer à l'asphyxie, en présence des détails relatés dans l'observation? A l'autopsie on a bien trouvé du sang dans les poumons, mais cela se rencontre dans tous les cas de mort subite; d'ailleurs ce sang n'existait qu'en arrière, dans les parties déclives, et les poumons étaient crépitants et surnageaient. Ce malade n'est donc pas mort d'asphyxie, dans l'acception que l'on donne à ce mot.

A-t-il succombé à une syncope, c'est-à-dire à un affaiblissement momentané des battements du cœur? M. Richet ne le pense pas, car la syncope commence toujours par une pâleur du visage; ici rien de semblable, le visage était resté coloré. Ce chirurgien incline plutôt à croire qu'il a eu affaire, soit à ce que MM. J. Guérin et Robert ont appelé une sidération du système nerveux central, ayant déterminé un brusque arrêt de la circulation; soit à une paralysie locale du cœur et du poumon par une action directe du chloroforme sur le tissu de ces organes, comme dans les expériences de MM. Coze et Gosselin. Ce qui ferait pencher M. Richet vers cette dernière manière de voir, c'est que le tissu du cœur, comme celui du poumon, semblaient avoir perdu leur cohésion.

Quoi qu'il en soit de ces explications théoriques, dit M. Richet, ce qu'il ne faut pas perdre de vue c'est cet arrêt brusque des mouvements du cœur, presque aussitôt suivi de la suspension des mouvements respiratoires. Aussi n'hésite-t-il pas à dire, comme il l'a déjà écrit dans d'autres circonstances, lorsqu'il ne pouvait prévoir le terrible accident qui lui est arrivé, « que, dans quelques-unes des observations de mort par le chloroforme publiées jusqu'à ce jour, il semble » que son action s'est portée à la fois simultanément sur les muscles » volontaires et involontaires, et les malades ont été comme sidérés. »

Comme la discussion de ce fait intéressant est remise à la prochaine séance, plusieurs membres demandent à l'auteur quelques renseignements.

M. CAZEAUX demande à M. Richet combien il s'est écoulé de temps entre la cessation des battements du cœur et la cessation des mouvements respiratoires? Il lui est répondu: Sept ou huit inspirations.

M. HUGUIER désirerait savoir si le malade était habituellement exposé aux syncopes, s'il avait des contrariétés habituelles. M. Richet n'a point songé à ces questions; il s'est seulement informé si le malade avait l'habitude de boire, et il lui a été répondu que non. M. Huguier engage M. Richet à prendre ces informations auprès de la famille, si cela lui est possible. Dans les cas de prédisposition à la syncope, M. Huguier se dispense de l'emploi du chloroforme.

M. CHASSAIGNAC demande si, dans les tentatives de respiration artificielle, on a fait l'insufflation bouche à bouche, et s'il existait des polypes dans le nez; il est répondu négativement à la première question.

M. LARREY demande si on a noté dans quelle disposition morale était le malade: acceptait-il le chloroforme sans appréhension?

M. RICHET dit que le malade n'avait point fait d'objection à l'emploi de l'agent anesthésique, et qu'il s'y est prêté de bonne grâce.

M. MARJOLIN désire savoir si, au moment où le pouls a manqué, on a renversé le tronc en bas; il a obtenu ainsi de bons résultats à l'hôpital Sainte-Eugénie.

M. RICHET répond que, le visage étant normal et n'y ayant point de syncope, il n'a point cru devoir le faire d'abord; ce n'est que plus tard que ce moyen a été employé.

Arrêté relatif au baccalauréat ès sciences restreint, exigé des aspirants au grade de docteur en médecine.

Il résulte d'un arrêté rendu par M. le ministre de l'instruction publique et des cultes:

1° Que les jeunes gens qui aspirent au grade de docteur en médecine doivent produire les diplômes du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique.

2° Ce dernier diplôme pourra être acquis aux sessions de novembre, avril et juillet; mais il faudra, pour être admis à la session d'avril, être déjà bachelier ès lettres.

3° Le diplôme du baccalauréat spécial à la médecine ne sera délivré qu'après avoir justifié de deux inscriptions en médecine.

4° Les jeunes gens déjà bacheliers ès lettres qui ont pris en novembre 1858 leur première inscription, sont autorisés à prendre leur troisième en avril et leur quatrième en juillet. Mais ils devront, en prenant la cinquième en novembre prochain, justifier du diplôme du baccalauréat ès sciences spécial à la médecine.

Deux épreuves, une écrite et une orale, sont nécessaires pour l'obtention du grade.

L'épreuve écrite comprend: une composition de physique et une composition d'histoire naturelle.

L'épreuve orale roule sur les matières suivantes, divisées en trois séries:

PREMIÈRE SÉRIE.

Mathématiques. — 9 numéros au lieu de 13, comprenant: Arithmétique, algèbre, géométrie.

L'arithmétique, comme au programme complet, moins les logarithmes.

L'algèbre jusqu'aux équations du 2e degré inclusivement.

La géométrie plane seulement (4 livres).

DEUXIÈME SÉRIE. — SCIENCES PHYSIQUES.

1° *Physique.* — 14 numéros, comme au programme complet, moins, au n° 10, la soustraction suivante: « Galvanoplastie, dorure, argenture. »

2° *Chimie.* — 14 numéros, comme au programme complet, moins, au n° 12, les soustractions suivantes: « Poudre, chaux grasse et hydraulique, mortier. »

3° *Mécanique.* — 9 numéros, comme au programme complet, moins, au n° 8, les soustractions suivantes: « Roues hydrauliques. »

4° *Cosmographie.* — 5 numéros, comme au programme complet, moins, au n° 10, le changement suivant. Au lieu de: « Projections stéréo et orthographiques, idée des projections stéréo et orthographiques. » Et au même numéro les soustractions suivantes: « Système de développement en usage dans la construction de la carte de France. »

TROISIÈME SÉRIE. — SCIENCES NATURELLES.

Zoologie, botanique, géologie, 8 numéros, comme au programme complet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le ministre de l'instruction publique vient de prendre une décision en vertu de laquelle une commission permanente est instituée près de chaque Faculté de médecine, à l'effet d'adresser, à la fin de chaque année scolaire, un rapport sur la valeur des thèses soutenues. Cette mesure, qui avait été adoptée spontanément par la Faculté de Strasbourg, a été jugée utile par le ministre, et il l'a généralisée. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— La population de la Faculté de médecine de Strasbourg au 15 janvier se répartissait ainsi: élèves civils en cours d'inscriptions, 140; en cours d'examens, 47; élèves militaires en cours d'inscriptions, 51; en cours d'examens, 54; aspirants au titre d'officier de santé, 8; auditeurs bénévoles, 39, total général, 309.

— Le 14 février prochain s'ouvrira à la Faculté de Strasbourg un concours: 1° pour deux places d'internes civils; 2° pour une place d'interne militaire.

Le 18 aura lieu un concours pour cinq places d'externes.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 13. — MARDI 1er FÉVRIER 1859. (32e ANNÉE.) N° 13. — MARDI 1er FÉVRIER 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 31 JANVIER 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a reçu une nouvelle lettre de M. Pouchet, relative à la question des générations spontanées ou des proto-organismes. Cette lettre renferme l'énoncé d'un fait que M. Pouchet considère comme venant à l'appui des faits exposés dans sa précédente communication. Nous continuerons, jusqu'à ce qu'il soit sorti de cette discussion quelque éclaircissement nouveau, à enregistrer purement et simplement les faits et les arguments produits de part et d'autre pour ou contre la théorie de l'hétérogénie.

Comme sujet collatéral de la question des générations spontanées, nous devons mentionner ici les nouvelles explications qui ont été données par M. Du Petit-Thouars sur les îles *Galapagos*, en réponse aux observations dont sa communication avait été l'objet de la part de M. Milne-Edwards. On se souvient que, à l'opinion exprimée par M. Du Petit-Thouars, relativement à l'origine récente du groupe d'îles de l'océan Pacifique, désigné sous ce nom, M. Milne-Edwards avait opposé une opinion toute différente, d'après laquelle ces îles ne seraient que les débris d'un ancien continent disparu. M. Du Petit-Thouars, dans la nouvelle note qu'il a lue à l'Académie, ne se borne pas à maintenir son premier dire; il l'appuie sur des observations qui lui ont démontré l'état de progression et de développement graduel de ces îles; preuve irrécusable à ses yeux de leur formation récente. — En historien fidèle, nous devons ajouter que M. Milne-Edwards ne s'est pas rendu à ces raisons. *Adhuc sub judice lis est.*

MM. Martin-Magron et Buisson ont envoyé, il y a quelques semaines, à l'Académie, un pli cacheté dont ils ont demandé l'ouverture dans la dernière séance. Ce pli renferme une note sur l'antagonisme signalé entre l'action physiologique du curare et celle de la strychnine. Elle a pour objet de démontrer que cet antagonisme n'existe pas, et que ces poisons ne diffèrent l'un de l'autre que par des nuances qui disparaissent avec les doses et le mode d'administration. On trouvera dans le compte rendu de la séance les preuves à l'appui.

Les autres communications que l'Académie a reçues dans cette même séance sur divers points de pathologie ou de physiologie ne sont que des compléments de communications précédentes ou de simples indications. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Métrite chronique.

La métrite chronique est une des maladies les plus fréquentes qu'il soit donné au médecin d'observer. Son histoire, chaque jour même, subit des modifications si grandes que je suis obligé de revenir un peu sur ce qui a déjà été fait.

Avant les progrès récents de l'anatomie pathologique, on confondait sous le nom de métrite chronique les lésions les plus diverses, telles que des congestions sanguines, des tumeurs fibreuses enclavées dans le tissu utérin; de même que l'on prenait pour des cancers de simples inflammations chroniques du corps ou du col de la matrice.

N'est-ce pas grâce à ces confusions que l'on a souvent pensé avoir guéri des cancers de cet organe, tandis qu'on n'avait eu à traiter que de simples phlegmasies chroniques?

L'honneur d'avoir bien étudié la métrite chronique doit revenir à la France. Tous les médecins de nos hôpitaux y ont coopéré; il serait en quelque sorte injuste de citer des noms.

M. Bennett n'a fait que recueillir toutes ces traditions. Son chapitre sur l'inflammation chronique de l'utérus est certainement très-remarquable, mais il ne lui appartient pas comme original; il n'est encore ici que le reflet des idées françaises.

Les recherches les plus récentes ont démontré que les dénominations anciennes d'hypertrophie, d'engorgements, de catarrhe, de granulations, d'ulcérations de la matrice, ne sont pas des maladies spéciales, et que ces lésions, si différentes en apparence, ne sont que le mode de traduction d'un même état pathologique, l'inflammation chronique.

C'est cette idée que je vais chercher surtout à faire prévaloir dans ces leçons.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la métrite chronique se rapportent à quatre chefs principaux, qui sont :

1° Les altérations du tissu propre de l'utérus;

2° Les altérations de la muqueuse;

3° Les modifications dans la capacité de l'utérus;

4° Les liquides sécrétés par la muqueuse.

Pour les altérations du tissu propre de l'utérus, nous avons à considérer le siége et la nature de l'altération. Relativement au *siége*, l'utérus peut être malade dans toute son étendue; ce qui est cependant plus rare que l'inflammation chronique isolée du corps et surtout du col. J'ajouterai que l'inflammation partielle des parois postérieures et antérieures du corps a une influence facile à comprendre dans la pathogénie des rétroflexions et des antéflexions. Il est inutile d'insister sur ces faits que vous connaissez déjà, et sur lesquels on est généralement d'accord. On a bien cherché dans ces derniers temps à mettre en doute l'existence de ces inflammations partielles de l'utérus; il est cependant positif que ces inflammations isolées sont réelles.

L'inflammation chronique du col, comme celle du corps, est générale ou partielle. En effet, nous avons ici tous les jours occasion de voir sur le museau de tanche l'une ou l'autre des deux lèvres affectée, ou même les deux à la fois.

Quelle est maintenant la nature de l'altération qui fait l'objet de notre étude?

Faisant abstraction du siége de la lésion, on trouve trois variétés de métrite chronique :

1° Métrite chronique avec induration;

2° Métrite chronique avec ramollissement;

3° Hypertrophie inflammatoire.

1° Dans l'inflammation avec induration, le tissu de la matrice est plus dur, plus dense et plus volumineux qu'à l'état normal, et néanmoins il est plus friable, d'une coloration rougeâtre, uni à la section, n'offrant jamais ou presque jamais de pus. Le microscope démontre une ampliation variable des capillaires préexistants, et le développement de vaisseaux de formation nouvelle, avec accumulation et stase de sang dans ces deux espèces de capillaires, infiltration interstitielle d'une substance albumino-fibrineuse, dont l'organisation ne dépasse jamais le tissu fibroïde; encore faut-il pour cela que l'organisation hypertrophique ait commencé.

2° L'inflammation chronique avec ramollissement ou état fongueux, est la variété qui a été surtout confondue avec le cancer. Dans cette variété, le tissu de l'utérus est plus volumineux que dans l'induration. La tuméfaction est aussi plus considérable et la densité moindre. Au toucher on le sent plus ramolli, le doigt le détruit facilement; et lorsqu'on le presse, il donne une crépitation particulière, signe indicatif des déchirures faciles du parenchyme utérin modifié. Ces déchirures sont accompagnées d'un écoulement sanguin quelquefois très-fort. Sa section laisse échapper une sérosité sanguinolente d'une couleur rouge noirâtre. Au microscope on peut voir que les vaisseaux préexistants sont non-seulement plus dilatés, mais qu'un certain nombre de capillaires de formation nouvelle sont venus s'ajouter aux premiers. Le sang est dans une stagnation complète; tout autour des éléments organiques se rencontre une exsudation fibrineuse et de la sérosité sanguinolente. On ne trouve la cellule de pus que lorsqu'il y a des ulcérations. Il semble que cette variété d'inflammation chronique soit la conséquence de l'infiltration interstitielle d'une exsudation sanguinolente, dépourvue de fibrine; tandis que la présence et la prédominance de la fibrine sont les caractères fondamentaux de l'inflammation chronique avec induration.

3° L'inflammation avec hypertrophie diffère des deux variétés qui précèdent, par le développement d'un tissu fibreux de nouvelle formation, et plus tard par la création de fibres musculaires nouvelles. C'est moins une lésion caractéristique de l'inflammation chronique de l'utérus, que le résultat de l'hypertrophie des éléments fibroïdes, musculaires et vasculaires, qui caractérise les autres variétés.

Les altérations de la muqueuse utérine peuvent être rapportées à trois variétés principales qui sont :

1° Les modifications de l'état normal, portant sur l'épaisseur, la consistance et les adhérences de cette membrane au tissu sous-jacent;

2° Les granulations;

3° Les excorations et les ulcérations.

1° *Lésions d'épaisseur et de consistance.* — Ces lésions ont été peu étudiées sur la membrane de la cavité du corps; celles de la muqueuse de la cavité du col ont été plus souvent l'objet de l'attention des observateurs. Quel que soit le siége de l'altération, cette membrane enflammée est rouge, plus épaisse, plus friable. On remarque à sa surface libre des plaques faisant saillie sur les points où règne l'inflammation chronique. Ces plaques saillantes ne manquent jamais dans cette affection, et on peut constater leur existence jusque sur la muqueuse vaginale.

2° Les granulations ne sont pas autre chose que l'inflammation isolée des glandes muqueuses. M. Chomel les a particulièrement décrites, et leur a appliqué le premier le mot de granulations. Depuis, leur histoire a été éclairée surtout par les travaux de MM. Huguier, Robert, Gosselin, etc.

Le siége des granulations a été le sujet de nombreuses controverses. Ainsi, quelques auteurs nient leur existence sur la muqueuse de la cavité du corps de l'utérus. En effet, on les rencontre le plus souvent sur la muqueuse externe du col et le pourtour de l'orifice du museau de tanche. Elles sont plus rares sur la membrane muqueuse de la cavité du col.

Les granulations vaginales décrites par M. Deville ont une autre valeur; elles constituent la variété de vaginite dite granuleuse, qui s'étend quelquefois jusque sur la muqueuse du col. Cependant je ne crois pas que l'organisation et la nature de ces dernières diffèrent de celles que l'on observe sur la membrane muqueuse du col, dont l'organisation est la même.

Que penser des prétendues fongosités de la surface interne du corps de l'utérus? Récamier les regardait comme de simples granulations plus volumineuses seulement que celles que l'on observe à la surface du col. Il les considérait comme susceptibles d'amener souvent des métrorrhagies.

L'existence de ces fongosités ou de ces prétendues granulations est encore admise par un certain nombre de médecins. Cependant il en est d'autres, et je suis un des plus zélés partisans de cette opinion, qui nient formellement, 1° l'existence de ces granulations; 2° leur influence comme cause de métrorrhagie.

Le principal argument des partisans des fongosités, c'est l'influence prétendue heureuse de leur abrasion avec une curette pour arrêter les hémorrhagies qu'elles ont causées. Or, cet argument a peu de valeur, et voici pourquoi : d'abord, on ne possède pas un seul fait anatomique, une seule pièce pathologique, recueillie sur le cadavre, qui démontre l'existence de ces granulations. Dans quelques cas d'abrasion dont j'ai été témoin, et dans deux que j'ai pratiqués il y a huit ans, je n'ai trouvé, dans les produits de cette abrasion, que des fragments de la membrane muqueuse, et, malgré l'opinion contraire de M. Robin, je persiste à nier formellement l'existence de ces prétendues fongosités comme productions ayant une organisation spéciale.

Les follicules enflammés qui constitueraient une semblable lésion, ne se caractériseraient point par des métrorrhagies, mais par des produits de sécrétion muco-purulente.

La suppression des hémorrhagies à la suite de l'application de la curette sur la muqueuse des corps de l'utérus ne prouve rien. Cette suppression, si elle se produit, est probablement le résultat d'un certain degré de phlegmasie aiguë qu'on détermine à la surface de cette muqueuse, inflammation qui peut se propager au tissu utérin lui-même. Admettre que les granulations produisent des hémorrhagies, c'est se mettre en opposition avec toutes les lois de la pathologie utérine; ce sont les ramollissements qui déterminent ces pertes sanguines, et si le grattage les arrête, ce n'est pas en détruisant la cause, mais, ainsi que je le disais, en faisant passer une inflammation chronique à l'état aigu.

Devons-nous enfin ajouter que le fait de l'inflammation par cette opération de l'abrasion est tellement réel, que dans quelques cas elle dépasse les bornes qu'on désirait lui voir conserver, et qu'on a été conduit à produire des métrites aiguës plus ou moins graves et des métro-péritonites : il y a même des cas de ces phlegmasies qui ont été mortels.

L'excoriation est un soulèvement, une desquamation de l'épi-

thélium muqueux. On la rencontre fréquemment liée aux granulations ; je n'ai rien de particulier à en dire.

L'histoire des ulcérations non spécifiques a subi des variations nombreuses. Ainsi, on a eu l'idée malheureuse de les considérer comme quelque chose de tout à fait à part, tandis qu'elles ne sont évidemment que le résultat d'une inflammation chronique, un mode de traduction de la métrite chronique ; ce n'est donc pas une maladie essentielle et isolée.

Ces ulcérations varient aussi sous le rapport de la forme ; elles sont tantôt régulières, tantôt irrégulières, profondes ou superficielles. Ces dernières forment la transition de l'excoriation et de l'ulcération proprement dite. L'aspect de ces lésions est très-variable ; leur fond peut être rouge foncé, avoir l'apparence de bourgeons charnus, ou bien recouvert soit d'une couche de mucus, soit d'une fausse membrane (ulcérations diphthéritiques).

En général les ulcérations siégent à la surface externe du col et au pourtour des orifices. On n'a pas suffisamment démontré leur existence dans les cavités du col et du corps.

Les ulcérations syphilitiques de la matrice, encore peu connues, ont été bien étudiées par M. Bernutz. Il est à regretter que son travail sur cette matière ne soit pas imprimé. D'après cet observateur, les manifestations syphilitiques qui se font sur le col peuvent être divisées en trois espèces :

1° Les accidents primitifs, qui sont la balanite chancreuse, les diverses variétés de chancres, telles que le chancre simple, le chancre induré, le chancre phagédénique. Toutes ces ulcérations s'accompagnent d'une inflammation du col, avec sécrétion d'un muco-pus toujours inoculable : donc on aurait tort de faire des ulcérations spécifiques une classe à part au point de vue de l'anatomie pathologique, puisqu'elles ne sont aussi, en définitive, que le résultat d'une inflammation.

2° Les accidents secondaires sont les plaques muqueuses, les végétations, les érosions, toutes les variétés de syphilides en un mot.

3° Les accidents tertiaires comprennent les tubercules et les tumeurs gommeuses, en tout semblables aux lésions analogues de la syphilis constitutionnelle.

Je ne puis entrer ici dans de plus longs détails ; je ferai seulement remarquer qu'il faut soupçonner la nature spécifique de la lésion chez les femmes qu'on a longtemps traitées sans résultat par les moyens ordinaires. Il m'est souvent arrivé de voir des ulcérations du col, qui avaient résisté à tout, guérir rapidement par la liqueur de Van Swiéten et l'iodure de potassium combinés.

Nous arrivons aux modifications dans la capacité de la cavité et des orifices utérins.

Règle générale, dans l'inflammation chronique parenchymateuse, les cavités de l'utérus s'agrandissent comme celles du cœur dans l'hypertrophie ; les orifices sont en même temps plus dilatés. Il y a cependant une restriction à faire : l'inflammation, isolée de la muqueuse de la cavité du col, semble n'exercer aucune influence sur le diamètre de l'orifice interne cervical ; tandis que l'externe ou vaginal est dilaté dans toutes les circonstances, mais pas toujours entr'ouvert, de telle sorte qu'on est souvent obligé d'écarter mécaniquement les deux lèvres pour constater la dilatation.

Les liquides sécrétés par la muqueuse sont très-importants à connaître, puisque leur examen peut quelquefois suffire au diagnostic.

Lorsque la muqueuse et ses dépendances ne sont pas malades, et que le tissu sous-jacent est seul enflammé, la sécrétion normale est seulement augmentée de quantité. C'est un mucus clair, transparent, avec quelques cellules rares et disséminées d'épithélium.

Si la desquamation épithéliale est plus abondante, le mucus, au lieu d'être clair, devient opalin, légèrement lactescent.

Lorsque la muqueuse est au contraire enflammée, deux cas peuvent se présenter : cette membrane n'est pas ulcérée, ou bien elle est ulcérée.

Dans le premier cas, c'est du muco-pus qui est sécrété. Ce liquide est épais, visqueux, le plus souvent opaque ; mais il peut être blanc, jaunâtre, quelquefois verdâtre. Le microscope y décèle des produits divers, tels que des cellules épithéliales, des globules de graisse en nombre considérable, et des fragments albuminoïdes amorphes.

Le muco-pus, agité avec de l'eau et filtré, donne un liquide qui ne contient que très-peu et souvent même point d'albumine. Cette réaction est très-importante à noter, attendu qu'elle sert à différencier le muco-pus et le mucus purulent. Ce dernier liquide, en effet, traité comme le précédent, fournit toujours une quantité notable d'albumine, ce qui indique l'existence du pus proprement dit, par conséquent d'ulcérations.

Le mucus purulent provient d'une *muqueuse ulcérée*, ou ayant au moins des excoriations. Ce liquide pathologique est moins consistant, moins visqueux que le muco-pus ; sa couleur est jaunâtre ou verdâtre, c'est un mélange de muco-pus et de pus véritable. Au microscope, il présente les mêmes éléments que le muco-pus, c'est-à-dire des globules de pus, des cellules épithéliales, des granules albuminoïdes et des globules de graisse. Nous avons déjà dit que l'albumine s'y trouve en quantité assez considérable.

Aux lésions que nous venons de passer en revue, nous devons ajouter certaines lésions concomitantes. En effet, les affections utérines restent rarement isolées ; elles se compliquent souvent de phlegmasies des parties voisines du tissu cellulaire péri-utérin, des ovaires, des trompes, du rectum, de la vessie, et surtout du vagin.

Les déviations sont fréquemment la conséquence de quelques inflammations de l'utérus. Ainsi, l'inflammation partielle de la paroi antérieure du corps produit l'antéversion ; le même état morbide siégeant à la paroi postérieure tend à produire la rétroversion, etc.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. — M. LETENNEUR, professeur à l'École de médecine de Nantes.

Deux observations de kystes abdominaux tubaires.

Nos lecteurs se rappellent les recherches intéressantes de M. le docteur Ad. Richard sur les kystes tubo-ovariques. A l'époque où ce chirurgien communiqua son premier travail sur ce sujet à la Société de chirurgie, en 1852, il manifestait l'espoir que les observateurs tourneraient à l'avenir leur attention vers ce genre de maladie, dont l'étude avait été très-négligée jusque-là. Quelques années plus tard, en 1857, M. Richard communiqua deux nouveaux faits semblables à l'Académie de médecine, apportant ainsi de nouvelles preuves à l'appui des idées qu'il avait émises dans son premier travail sur l'origine et le mode de formation de ces kystes.

On sait que M. Richard attribue le développement de ces kystes à la non-oblitération de la vésicule de Graaf, après l'expulsion de l'ovule, à des adhérences qui se produisent alors entre les bords déchirés de la vésicule et le pavillon de la trompe, et enfin à la sécrétion par les parois de la vésicule d'un liquide qui s'accumule peu à peu et distend bientôt les parties qui le contiennent. La trompe, en communication avec l'intérieur du kyste, offre au liquide contenu dans celui-ci une voie plus ou moins facile pour s'écouler dans la cavité utérine, et de là dans les parties génitales externes.

Mais on comprend que des kystes développés dans la trompe et complétement indépendants de l'ovaire puissent fournir un écoulement analogue ; on comprend également que la trompe puisse donner passage à des liquides de diverse nature, au milieu desquels son pavillon plonge librement, liquides contenus dans des kystes à la formation desquels l'ovaire n'a pris aucune part, ou n'a pris qu'une part indirecte.

De sorte que les kystes tubo-ovariques ou les kystes tubaires ne seraient que des variétés dans l'histoire plus générale des kystes abdomino-tubaires caractérisés par la libre communication de l'intérieur du kyste avec la cavité utérine par l'intermédiaire de la trompe.

En envisageant ainsi la question, on élargit le champ de l'observation, et on peut faire rentrer sous un titre commun des faits qui, au point de vue de la pathogénie, ne sont pas entièrement conformes à ceux qui ont fourni à M. Richard la base de son excellent mémoire.

Ainsi, on trouve dans les *Mémoires de l'Académie des sciences*, en 1700, observation cinquième, l'histoire d'une religieuse chez laquelle un abcès, développé dans un kyste stéatomateux, se vidait par la trompe utérine. Le fait a été constaté par l'autopsie. Peut-être s'agissait-il de tubercules suppurés de la trompe, ainsi que j'ai eu occasion d'en rencontrer deux fois en ouvrant le cadavre de femmes chez lesquelles on n'avait pas soupçonné pendant la vie l'existence de cette maladie ?

On pourrait rapprocher de ce fait deux observations citées par Chambon (*Traité des maladies des femmes*) : il s'agit dans ces deux cas d'ovarites terminées par suppuration avec écoulement de pus par le vagin ; mais rien ne prouve que le pus se soit fait jour par les trompes plutôt qu'en perforant les parois du vagin.

Les deux observations suivantes ont une tout autre valeur, et je les crois encore sans exemple dans la science.

Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un kyste développé avec tant de rapidité qu'il me paraît impossible de le ranger parmi les kystes tubo-ovariques de M. Richard ; aussi j'ai cru devoir lui assigner une autre origine.

L'autre observation est relative à une collection sanguine se vidant par la trompe, et montre sous un aspect nouveau cette maladie si curieuse désignée sous le nom d'hématocèle rétro-utérine, et dans l'histoire de laquelle il y a encore bien des obscurités.

OBS. I. — *Ascite aiguë consécutive à un accouchement ; ponction. — Développement dans la fosse iliaque droite d'un kyste donnant lieu à l'écoulement par le vagin d'un liquide semblable à celui contenu dans la tumeur.*

Mme N..., âgée de vingt et un ans, bien constituée, d'une bonne santé habituelle, d'une intelligence distinguée, mariée depuis un an, accoucha naturellement le 28 juillet 1854, après avoir eu pendant les derniers mois de sa grossesse des fatigues excessives et de sérieuses préoccupations morales.

Six jours après l'accouchement, elle fut prise, à la suite d'une vive contrariété, d'une douleur profonde dans le côté droit de l'hypogastre et d'une fièvre assez intense ; la douleur augmenta rapidement, et s'exaspérait à la plus légère pression. Cependant la sécrétion du lait s'opérait régulièrement, et les lochies n'étaient point supprimées.

Le docteur Lequerré, qui donnait ses soins à la malade, et qui me pria, quelques jours après, de me réunir à lui, prescrivit une application de quinze sangsues sur le point douloureux, des cataplasmes émollients, et, le lendemain, des frictions avec une pommade composée d'onguent napolitain et d'extrait de belladone.

Sous l'influence de ce traitement, il y eut un mieux momentané ; mais la fièvre continua, et nous reconnûmes bientôt qu'il se formait un épanchement dans le péritoine ; tout le ventre devint légèrement douloureux, et la pression vers la fosse iliaque droite réveillait la douleur du début ; l'appétit disparut, la soif devint vive, les urines rares, et il se manifesta des nausées.

Cependant les lochies continuaient à couler, et ne se supprimèrent qu'au bout de douze jours.

La malade, dont les forces diminuaient rapidement, fut obligée de cesser d'allaiter son enfant ; les seins, d'ailleurs, ne donnaient presque plus de lait.

Quinze jours après le début de la maladie, c'est-à-dire trois semaines après l'accouchement, le ventre était déjà très-distendu par le liquide ; la respiration était accélérée et difficile, le pouls, petit, devenait de plus en plus fréquent, et donnait 140 pulsations par minute. La constipation avait été combattue par de doux laxatifs.

Il n'existait point d'œdème aux membres inférieurs.

Avant de pratiquer la paracentèse, nous essayâmes divers moyens, et entre autres la diète lactée, les diurétiques, le calomel à titre de purgatif, et, enfin, deux vésicatoires volants sur l'abdomen.

Ce traitement n'eut aucune influence sur la marche de l'épanchement, qui augmentait toujours et donnait lieu à une dypsnée extrême ; enfin, le 27 août, quatre semaines après l'accouchement, la ponction fut faite et donna issue à treize litres et demi de liquide citrin, transparent, dans lequel, par le refroidissement, il parut une énorme quantité d'albumine coagulée.

Cette opération produisit une amélioration des plus notables : la respiration devint facile, les mouvements moins pénibles, et le pouls diminua un peu de fréquence ; mais le ventre resta endolori, et les viscères paraissaient former une masse qui offrait au toucher une certaine résistance, et qui ne permettait pas de se rendre compte de la forme et de la situation des organes.

Cependant, en pressant un peu fortement, on sentait le fond de l'utérus qui dépassait de deux travers de doigt le pubis, et, dans la fosse iliaque droite, on trouvait un empâtement général, une sorte de tumeur mal circonscrite, non mobile, douloureuse à la pression.

Ce même jour, après l'examen dont je viens de donner le résultat, il *s'écoula par le vagin un liquide qui tacha une serviette*, et que nous considérâmes comme un retour des lochies ; cet écoulement ne se renouvela pas les jours suivants.

Quelques jours après, l'état général s'aggrava de nouveau, l'épanchement abdominal se reproduisit à un certain degré ; il y eut des défaillances, des étouffements, et nous constatâmes l'existence d'un épanchement, occupant la moitié inférieure de la cavité des deux plèvres.

Rien d'appréciable du côté du péricarde.

Quelques sangsues furent appliquées sur la fosse iliaque, et nous eûmes recours aux pilules de Dupuy contre l'hydrothorax. Il y eut une diurèse assez considérable, la poitrine se dégagea, mais l'abdomen resta volumineux.

Frictions sur les côtés du ventre avec de la poudre de digitale délayée dans de l'eau ; diminution du ventre sous l'influence de ce moyen.

Mais alors la tumeur de la fosse iliaque devint de plus en plus évidente : elle était douloureuse ; le gonflement remontait dans la direction du côlon ascendant, où on sentait comme un gros cordon dur et noueux. La tumeur se prolongeait en bas jusque vers l'utérus.

Il survint des frissons irréguliers qui nous firent craindre la formation d'un abcès ; d'un autre côté, les mouvements de la cuisse étaient faciles.

Bientôt la fluctuation devint évidente dans la tumeur, qui soulevait les parois abdominales et paraissait y adhérer.

Le 25 septembre, deux mois après l'accouchement, la fluctuation devint très-superficielle en avant de l'épine iliaque ; dans ce point, la douleur était vive au toucher.

Le lendemain 26, il survint de l'œdème autour du point fluctuant, et même à la partie supérieure de la cuisse.

Depuis six jours, il se produisait un phénomène singulier : la malade sentait couler par le vagin un liquide assez abondant, sans odeur, à peu près transparent, sans trace de pus, qui, en se desséchant, empesait le linge et formait de larges taches jaunâtres. Ces taches ressemblaient à celles observées le jour de la paracentèse, et que nous avions attribuées au retour des lochies.

Quelle était la nature de ce liquide, et d'où venait-il ? Le toucher pratiqué avec soin ne révéla rien d'anormal dans le vagin. Dans le cul-de-sac antérieur comme dans le postérieur, les tissus sont souples, indolents, sans traces d'induration.

Le col était mou, revenu sur lui-même, et révélait à peine la trace d'un accouchement récent.

L'utérus était mobile, moins peut-être qu'à l'état normal ; en pressant fortement sur le col on causait de la douleur dans la tumeur, mais non dans l'utérus lui-même.

Nous pensons que cet écoulement vient de la cavité utérine, sans pouvoir deviner s'il est exhalé dans cette cavité, ou s'il vient de plus loin.

Quoi qu'il en soit, notre principale attention se portait vers la tumeur iliaque, qui offrait la plupart des caractères d'un abcès ; cependant quelque doute existait dans notre esprit ; et pour donner issue au liquide, nous nous décidâmes à faire à la paroi abdominale une incision de trois centimètres, et à plonger ensuite la pointe du bistouri dans la tumeur ; je me proposais, si je trouvais du pus, d'agrandir immédiatement l'ouverture.

Le liquide qui s'écoula était transparent, épais, sirupeux, ayant même par moments la consistance d'une gelée. Nous en obtînmes environ un demi-litre.

Il fut possible ensuite de sentir le kyste affaissé à son centre, mais offrant autour de cette dépression une certaine dureté.

Le 27, il existe autour de l'incision une douleur vive, qui nécessite une application de huit sangsues : on les laisse peu saigner en raison

de la faiblesse extrême de la malade, qui éprouve des nausées à chaque mouvement qu'elle fait.

L'ouverture donne lieu à un écoulement continu du liquide contenu dans le kyste; il faut à chaque instant renouveler les serviettes qui recouvrent la plaie.

Les serviettes placées sur la vulve sont tachées exactement de la même manière, mais il sort de ce côté une quantité moins considérable de liquide qu'avant l'opération.

Pendant les jours suivants, le ventre diminue encore de volume, et toute trace d'ascite a disparu, de sorte qu'on sent parfaitement la tumeur, qui semble adhérer au côté droit de l'utérus.

Nous eûmes la pensée de faire des injections dans le kyste, mais la faiblesse toujours croissante de la malade, l'état misérable du pouls, la décoloration des téguments, nous annonçaient d'une manière trop certaine que la mort était proche. Elle eut lieu le 2 octobre, sans agonie, après une nuit très-calme, qui avait fait croire à une amélioration dans la situation de la malade.

L'autopsie n'a pu être faite.

La communication du kyste avec la cavité utérine, par l'intermédiaire de la trompe, me paraît ici parfaitement démontrée; mais il eût été curieux de rechercher en quoi consistait ce kyste; s'il s'était développé dans l'ovaire, ou bien, ce qui est infiniment plus probable, s'il n'était pas simplement formé par une petite partie de la cavité du péritoine, circonscrite et isolée par des adhérences.

Cette première péritonite locale remonterait au sixième jour après l'accouchement, et aurait été suivie bientôt d'une péritonite générale subaiguë qui, à son tour, a produit l'ascite. Cependant, la consistance du liquide contenu dans la tumeur, permet de douter qu'il ait été réellement fourni par la séreuse abdominale.

Ne serait-ce pas le cas d'admettre que la maladie aurait eu son point de départ dans l'ovaire, et que le kyste aurait été formé par le péritoine, englobant, dans une cavité commune, l'ovaire malade et la trompe restée libre au milieu du liquide?

Dans tous les cas, il me paraît impossible de croire qu'un kyste développé sous les yeux des observateurs, et ayant acquis un volume aussi considérable dans l'espace de deux mois, se soit formé seulement dans une vésicule de Graaf.

Obs. II. — *Hématocèle péri-utérine; communication de la collection sanguine avec la cavité utérine par l'intermédiaire de la trompe; guérison lente, et formation, dans le bas-fond utéro-rectal, d'un noyau résistant, ayant l'apparence d'un phlegmon induré.*

Au mois de mai 1855, je reçus d'un de mes excellents confrères d'un département voisin, une lettre dans laquelle il me demandait mon avis sur l'état d'une jeune dame de sa clientèle qui depuis six mois éprouvait des accidents sur la nature desquels il hésitait à se prononcer.

Voici les détails qu'il me transmettait sur cette maladie :

« Mme A..., âgée de trente ans, mariée depuis plusieurs années, sans enfants, a toujours été parfaitement réglée. La dernière époque avant les accidents, dont nous allons parler, avait eu lieu le 7 décembre 1854.

» Le 17 janvier 1855, après un retard de dix jours, il survint tout à coup, dans le bas-ventre, des douleurs vives suivies d'une syncope; mais les règles ne parurent pas.

» Le 5 février, mêmes douleurs, suivies également d'une syncope, phénomènes qui se reproduisirent plusieurs fois dans l'espace de quelques jours, et qui laissèrent à leur suite de la faiblesse et de la pâleur.

» L'utérus n'avait point pris de développement anormal pouvant faire supposer la rétention du sang menstruel dans la cavité. Cependant, il commença bientôt à s'écouler, par le vagin, du sang noirâtre, grumeleux, décomposé, comme celui qui a séjourné longtemps dans une cavité close. (Cet écoulement, comme nous le verrons plus tard, s'est prolongé pendant près de six mois.)

» Pendant les premiers temps de la maladie, il y a eu des dégoûts, des besoins fréquents de manger, des envies de vomir, et un amaigrissement très-considérable. On crut même à un commencement de grossesse. Aussi, à la première apparition de l'écoulement sanguin, on eut la pensée d'une fausse-couche, et on rechercha s'il n'existait pas, au milieu du liquide, quelques débris membraneux : malgré la plus grande attention, on ne trouva rien de caractéristique.

» Le bas-ventre, surtout du côté droit, était le siége de douleurs profondes et quelquefois très-vives, s'irradiant dans l'aine. Ces douleurs parurent se calmer un peu à mesure que le liquide sanguinolent s'écoulait au dehors; cependant elles étaient assez fortes pour rendre la marche impossible; le moindre mouvement brusque les augmentait ainsi que la pression sur le ventre. Une application de sangsues produisit un soulagement momentané.

» A part un certain empâtement mal défini, on ne découvrait dans le bas-ventre aucune lésion appréciable à la palpation.

» Le toucher vaginal a été pratiqué : l'utérus est sain, le corps est peut-être un peu plus volumineux qu'à l'état normal; le col est entr'ouvert et laisse pénétrer l'extrémité du doigt.

» Le 14 avril, l'écoulement brunâtre, formé par du sang altéré, fait place pendant quelques jours à du sang vermeil, ce qu'on attribue au retour des règles.

» Les règles reparaissent le 11 mai, et dans l'intervalle de ces deux époques, comme après le 11 mai, l'écoulement décrit plus haut a continué avec les mêmes caractères que dans les mois précédents. »

Dans la réponse que je fis à la lettre de mon confrère, je déclarai que la maladie de Mme A... me paraissait être une *hématocèle péri-utérine*, et je développai ainsi mon opinion :

« La ponte spontanée qui correspond le plus souvent, mais non toujours, avec les époques menstruelles, s'accompagne d'un état congestif plus ou moins considérable, et, au moment de la rupture de la vésicule de Graaf, lorsque l'ovule va être saisi par le pavillon de la trompe, il peut y avoir un écoulement de sang qui, dans des cas exceptionnels, constitue une véritable hémorrhagie. Le sang tombe alors dans le péritoine, où il cause une inflammation légère et la production de fausses membranes qui s'organisent et enveloppent la collection sanguine dans une sorte de kyste. Telle est probablement la manière dont se produisent souvent les hématocèles péri-utérines.

» Chez Mme A..., la trompe s'est trouvée englobée dans le kyste, et est restée libre au milieu de sa cavité : c'est ce qui a permis au sang de s'échapper, par la voie qui lui était offerte, du côté de la cavité utérine.

» Cette dernière circonstance, en fournissant un élément précieux pour le diagnostic, a modifié les caractères habituels de la maladie : c'est ainsi qu'il est facile de comprendre comment on n'a pas trouvé de tumeur bien circonscrite dans l'abdomen. Peut-être, si, au début de la maladie, on avait exploré avec le doigt le cul-de-sac postérieur du vagin, on y aurait reconnu l'existence d'une collection liquide; mais cet examen n'a pas été fait.

» Quoi qu'il en soit, l'écoulement qui a lieu par le vagin est une chose favorable, puisque, le kyste se vidant peu à peu, ses parois se rapprocheront et finiront par contracter des adhérences entre elles, si de nouvelles hémorrhagies ne viennent pas empêcher ce travail réparateur.

» Enfin, je conseillai le traitement suivant :

» Eviter toutes les causes qui pourraient directement ou indirectement stimuler l'appareil utérin;

» Garder un repos aussi complet que possible;

» Ne rien faire pour arrêter l'écoulement, se borner à des injections de propreté, qu'on pourrait rendre calmantes si les douleurs étaient vives;

» Faire des frictions résolutives et calmantes sur l'hypogastre et dans le pli de l'aine;

» Entretenir la liberté du ventre et soutenir les forces par un bon régime. »

Le traitement fut établi sur les bases que je proposais.

Le retour des règles en avril et en mai avait produit un bon effet sur l'état général, et, malgré sa faiblesse, Mme A... voulut, à la fin de mai, faire le voyage de Nantes, où elle resta un mois confiée à mes soins.

Ce voyage (plus de 20 lieues), fait en voiture, réveilla de vives souffrances, qui ne disparurent qu'après un repos de plusieurs jours.

L'examen de la malade me donna les mêmes résultats que ceux contenus dans la lettre qui m'avait été adressée quelque temps auparavant.

En portant avec attention, et aussi haut que possible, le doigt derrière le col utérin, j'éveillai de la douleur, mais je ne pus sentir aucune tuméfaction.

Du côté du bas-ventre, je ne trouvai aussi rien autre chose qu'un certain empâtement diffus, ne permettant pas à la main de déprimer aussi facilement les parois abdominales à droite qu'à gauche.

L'écoulement du sang altéré continuait toujours, quoique moins abondant que par le passé.

Le 10 juin, les règles vinrent de nouveau et furent suivies de l'écoulement ordinaire. Je pus constater moi-même la différence de nature du sang menstruel et de l'autre liquide.

Enfin, l'écoulement pathologique disparut complétement quelque temps après les règles de juillet; il avait duré près de sept mois.

Malgré ce changement, malgré des progrès notables vers le retour de l'embonpoint et des forces, la moindre marche, surtout sur le pavé, causait dans le ventre et dans l'aine des douleurs insupportables.

Au mois de septembre, je conseillai à la malade d'aller à Paris, où elle consulta MM. Danyau et Nélaton. Ces savants confrères partagèrent ma manière de voir, et trouvèrent, ainsi que je le constatai moi-même au retour, une tumeur grosse comme un petit œuf, placée au-dessus du cul-de-sac rétro-vaginal. Cette tumeur, qui avait probablement commencé à se former depuis la cessation de l'écoulement, offrait si bien les caractères du phlegmon induré, que, sans les antécédents exposés précédemment, on aurait pu douter de l'existence antérieure d'une hématocèle.

Du reste, je dois ajouter que cette tumeur était placée assez haut pour qu'il fût impossible d'atteindre au delà de son segment inférieur, et de s'assurer si elle contenait encore une certaine quantité de liquide, ou si elle était uniquement constituée par les parois indurées du kyste sanguin.

D'après le conseil de MM. Danyau et Nélaton, Mme A... appliqua sur le bas-ventre et la région inguinale quelques vésicatoires volants, qui produisirent une douleur si vive qu'on dut renoncer à ce moyen.

Elle fit usage de bains et d'injections alcalines, et l'été suivant nous l'engageâmes à passer une saison à Vichy, où elle retourna encore en 1857.

Dans l'intervalle de ces deux voyages, les bains alcalins ont été continués.

Grâce à ces moyens, grâce aussi, sans aucun doute, au temps qui s'est écoulé depuis le début de la maladie, le volume de la tumeur et les douleurs abdominales diminuent d'une manière régulière, ce qui donne l'espérance fondée d'une guérison complète dans un avenir prochain.

Cette observation, qui, sous plusieurs rapports, peut être rapprochée de la plupart des cas d'hématocèle péri-utérine publiés en grand nombre depuis quelques années, s'en distingue par une circonstance toute particulière : c'est le passage, par la trompe, du liquide contenu dans le kyste. En publiant cette observation, j'apporte donc des matériaux nouveaux pour servir à l'histoire encore bien incomplète de cette curieuse maladie.

En attribuant la cause des accidents, chez ma malade, à la rupture des vaisseaux ovariques, j'ai cru interpréter de la manière la plus vraisemblable, les faits qui étaient soumis à mon appréciation, car il me paraît impossible, en présence des symptômes exposés plus haut, qu'il y ait eu reflux du sang menstruel de l'utérus dans le péritoine à travers la cavité de la trompe.

Du reste, ces deux genres de causes, révélés tous deux par l'autopsie, ne sont plus contestés par personne; mais il est le plus souvent impossible pendant la vie de reconnaître quelle est la véritable source de l'hémorrhagie.

FRACTURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR,

suite d'une avulsion de dents.

Par M. Forget.

Une dame d'une quarantaine d'années, très-nerveuse, souffrait depuis quelque temps de maux de dents affreux, occasionnés par une dent de sagesse cariée à la mâchoire inférieure. Il y a sept ou huit mois, ne pouvant se résoudre à se confier aux mains d'un dentiste expérimenté, cette dame se mit entre les mains d'une femme faisant métier d'arracher les dents. Celle-ci, reconnaissant la nécessité d'enlever la dent de sagesse, applique un clavier sur le côté externe de la mâchoire, et presse fortement pour effectuer le renversement : la dent résiste, l'opérateur redouble ses pressions. Tout à coup la malade entend un craquement violent et ressent une douleur si atroce, qu'elle tombe sans connaissance : l'opérateur abandonne la partie, et, sans autre examen, renvoie la patiente chez elle. Bientôt se déclarèrent des symptômes de vive inflammation; des douleurs atroces et une crépitation manifeste accompagnaient chaque mouvement de la mâchoire; il y eut même pendant huit jours des accidents tétaniques assez inquiétants, puis survint un écoulement purulent abondant par la bouche. C'est alors que je vis la malade pour la première fois; je la trouvai dans de mauvaises conditions générales, maigre, affaiblie par une abstinence forcée, en proie à une fièvre vive. A l'extérieur existe un gonflement, un empâtement énorme de toute la région latérale du cou et de la joue.

A ma première visite, il me fut impossible d'écarter les mâchoires. Au moyen d'un coin en bois, je parvins peu à peu à ouvrir assez la bouche pour pouvoir y introduire le doigt : je constatai alors un retrait de l'arcade dentaire en arrière; l'angle inférieur de la mâchoire se trouve sur un plan plus bas que celui du côté opposé; je trouvai en outre le tissu gingival très-développé, boursouflé, formant de nombreuses anfractuosités; en suivant avec le doigt ces anfractuosités, j'arrivai à un corps dur, assez mobile, que je pus extraire sans grands efforts; c'était la dent de sagesse.

Cette extraction n'amena pas de soulagement; les douleurs persistèrent. Bientôt de nouveaux abcès se formèrent, que j'ouvris par une incision sur le bord alvéolaire; je pus ainsi extraire, et cela à plusieurs reprises, de nombreuses esquilles, dont quelques-unes très-volumineuses, et provenant toutes de la fracture du maxillaire. Quand toutes les esquilles furent extraites, et grâce à des cataplasmes, à des gargarismes répétés, les accidents inflammatoires se calmèrent. Le traitement dura au moins deux mois; mais aujourd'hui encore la malade ressent dans cette région des douleurs nerveuses quelquefois atroces que j'attribue à la compression ou au tiraillement de quelque branche nerveuse. J'ai épuisé tous les moyens imaginables, et je désespère de soulager ma malade. (*Soc. de méd. du département de la Seine.*)

DE L'EMPLOI DE L'ACIDE CHROMIQUE

dans certains cas déterminés de l'ophthalmie granuleuse.

Par M. Hairion.

L'acide chromique, employé avec avantage pour détruire les végétations des organes génitaux de la femme, a rendu également des services remarquables à M. Hairion dans le traitement de ces affections, et son action rapide, accompagnée de fort peu de douleur et de réaction, lui a paru être de nature à modifier avantageusement certaines formes de blépharites consécutives à l'ophthalmie militaire. Ce sont celles où le tissu inodulaire qui remplace les pertes de substance de la conjonctive est inégal et irrégulier (*granulation inodulaire*), et celles où des traînées cicatricielles saillantes ou des bourgeons charnus abondants, sarcomateux, exercent une action désastreuse sur les tissus contigus, et principalement sur la cornée.

M. Hairion a employé l'acide chromique en solution concentrée, à parties égales, dans l'eau distillée. Il l'applique sur la conjonctive au moyen d'un pinceau, suivant le procédé employé pour la cautérisation par la solution concentrée de nitrate d'argent. Cette application est peu douloureuse, et ne produit pas une réaction bien vive.

Le nombre des malades soumis, dans les conditions déterminées plus haut, à ces instillations a été de 14. Sur 11 d'entre eux on vit les rugosités inodulaires de la face interne des paupières faire place à un tissu d'aspect membraneux lisse et poli; chez les 3 autres, les rugosités inodulaires ont persisté, mais à un moindre degré. Les cautérisations ont été faites à plusieurs jours d'intervalle, quatre, six et huit jours. Le nombre des cautérisations a varié de 2 à 14, et la durée du traitement a été de quatre semaines chez 2 malades, et de deux à quatre mois chez les autres.

Dans tous les cas, pour compter sur un résultat favorable, il ne faut agir que sur les granulations réduites à l'état de lésion locale, après avoir éloigné toutes les complications locales et générales.

M. Hairion a voulu étendre l'application de l'acide chromique à d'autres cas d'ophthalmie granuleuse. La conséquence qu'il a tirée de ces essais, c'est que, si l'acide chromique guérit, et guérit même souvent plus vite qu'aucun autre agent, il ne produit ce résultat qu'en détruisant profondément les tissus, et que son emploi, entouré de plus de dangers qu'aucun des moyens en usage aujourd'hui, exige une extrême prudence. C'est donc aux cas particuliers qui ont été spécifiés qu'il convient d'en limiter l'application. Exclusivement employé contre ce genre d'altérations, il paraît appelé à rendre des services réels.

(*Archives belges de médecine militaire* et *Gaz. hebdomad.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 janvier 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

M. FLOURENS communique une nouvelle lettre de M. Pouchet, relative à la question des générations spontanées. Elle a pour objet de faire connaître à l'Académie le fait suivant :

Un fragment de pain retiré du four dans l'atmosphère qui l'environnait, et isolé, s'est couvert de *penicillum* seulement sur sa croûte, c'est-à-dire là où la température extrêmement élevée a dû nécessairement tuer les germes ; la mie, au contraire, n'a point été envahie par ce champignon, à l'exception des portions qui ont débordé la croûte. Or, fait remarquer M. Pouchet, l'opposé se serait produit, si les spores étaient réellement tombées sur ce pain en expérience.

Sur l'antagonisme prétendu entre l'action physiologique du curare et celle de la strychnine. — MM. MARTIN-MAGROW et BUISSON demandent l'ouverture d'un paquet cacheté dont l'Académie a accepté le dépôt dans la séance du 20 décembre 1858.

Ce paquet ouvert en séance renferme la note suivante :

L'antagonisme qu'on a signalé entre l'action physiologique du *curare* et de la *strychnine* ne nous paraît pas exister. Ces poisons ne diffèrent que par des nuances qui disparaissent avec les doses et le mode d'administration. Nous sommes arrivés à cette conclusion à la suite d'expériences entreprises depuis deux ans sur l'action des poisons.

1° Le curare et la strychnine produisent leur effet sans qu'il soit nécessaire qu'ils arrivent aux organes par la circulation. Entre un grand nombre d'expériences faites à ce sujet, nous indiquons la suivante : on coupe la tête à une grenouille ; on enlève les parois abdominales et thoraciques, avec les organes qu'elles renferment, de manière à ne laisser que la colonne vertébrale unie au train postérieur ; on introduit dans la moelle soit du curare, soit de l'extrait de noix vomique, et dans les deux cas l'animal, sous l'influence d'excitations extérieures, est pris de convulsions qui durent quelquefois très-longtemps.

2° Le curare, comme la strychnine, détermine des convulsions en rendant la moelle plus excitable, et ne l'excite pas directement.

3° La strychnine, comme le curare, paralyse les extrémités des nerfs moteurs, ou mieux empêche l'action que l'excitation de ces nerfs produit sur les muscles dans l'état normal. Nous avons fait avec la strychnine les expériences bien connues qui ont été faites avec le curare, et nous avons obtenu les mêmes résultats.

4° Dans l'empoisonnement par le curare, comme dans l'empoisonnement par la strychnine, on a ou l'on n'a pas de convulsions, suivant que la moelle a été empoisonnée avant les extrémités ou que les extrémités ont été empoisonnées avant la moelle.

5° La paralysie des nerfs moteurs est, dans les limites que nous avons déterminées, indépendante des convulsions et du tétanos. Le sciatique de la cuisse droite est coupé ; l'animal est empoisonné par l'extrait de noix vomique, et, après un certain temps, bien qu'il n'y ait eu dans ce membre aucune convulsion, le sciatique n'est point excitable par la pile de Breton. Il nous est arrivé plusieurs fois de déterminer la paralysie de tous les nerfs moteurs sans qu'il y ait eu préalablement aucun mouvement convulsif.

6° La strychnine n'agit pas autrement que le curare sur les nerfs sensitifs. Préparez un membre postérieur de manière que la circulation y soit interrompue en laissant le nerf sciatique intact ; empoisonnez l'animal avec une dose convenable de strychnine : il y aura des convulsions dans la patte préparée aussi bien que dans les autres ; mais il arrivera un temps où ces convulsions n'existeront que dans la première, et pour les produire il suffira de passer sur celle non préparée une barbe de plume. Les nerfs moteurs dans celle-ci seront paralysés.

7° Le cœur continue à battre après l'empoisonnement par une certaine dose de strychnine comme après l'empoisonnement par une certaine dose de curare. Nous avons déterminé les conditions dans lesquelles le cœur peut être arrêté.

8° Après l'empoisonnement par la strychnine, les muscles conservent leur excitabilité, bien que les nerfs moteurs soient paralysés.

9° L'action que la strychnine exerce sur le pneumo-gastrique au point de vue des battements du cœur ne nous paraît pas différer de celle exercée par le curare ; cependant nous n'avons pas de certitude à ce sujet.

Nous nous sommes souvent servis des mots *certaine dose*, *strychnine* et *curare* ; c'est qu'en effet les phénomènes résultant de l'empoisonnement par ces substances ne varient pas seulement avec la dose et le mode d'administration, ainsi que nous l'avons déjà dit, mais encore avec la saison, la température, l'état de l'atmosphère, l'âge, la vitalité de l'animal et surtout l'état de la circulation.

Cette note est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Flourens, Pelouze et Cl. Bernard.

Cas rare de spina bifida. — M. T. ANCELET soumet à l'examen de l'Académie une observation qu'il juge digne de fixer son attention. Il s'agit d'un hydro-rachis, avec épine bifide que le rapprochement graduel des lames vertébrales, et, par suite, l'oblitération du pédicule, ont, à une époque assez avancée de la vie, réduit à l'état d'un kyste simple, lequel a pu être opéré alors rationnellement et sans danger. (Commissaires : MM. Andral, Velpeau et J. Cloquet.)

— M. Fonssagrives adresse, pour être jointe à sa *Note sur un monstre sycéphale et synotique*, une figure de cas tératologique. (Renvoi à l'examen des commissaires nommés : MM. Serres et Geoffroy Saint-Hilaire.)

— M. Millon adresse, comme pièces à l'appui de son mémoire intitulé : *Considérations sur les ouvriers en cuivre*, des os colorés en vert provenant de l'ancien cimetière de Durfort, des fragments d'os non colorés extraits du nouveau cimetière, et autres pièces analogues. Ces pièces sont renvoyées, comme l'avait été la première communication, à la commission des prix de médecine et de chirurgie.

— M. Kœnig soumet au jugement de l'Académie la figure et la description d'appareils qu'il désigne sous le nom de cathéters pneumatiques, aspirateurs, etc. (Commissaires : MM. Velpeau, Jobert (de Lamballe) et Civiale.)

— M. DUVIGNAC prie l'Académie de vouloir bien faire examiner par une commission la description et le modèle d'un appareil qu'il a imaginé pour son propre usage, et dont il désirerait, s'il était trouvé utile, faire profiter les personnes qui, atteintes comme lui de cécité, éprouvent le besoin d'écrire sans mettre un tiers dans la confidence de leurs pensées.

La lettre et l'appareil sont renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Andral et Combes.

— M. A. VINSON, médecin à l'île de la Réunion, envoie un mémoire sur le *seringos*, ou dyssenterie purulente des Caffres. Cette maladie, suivant l'auteur, n'attaque, parmi les différentes classes de travailleurs amenés dans l'île, que les indigènes du continent africain, tandis que les autres, Indiens et Malgaches, n'y sont point sujets, quoique plusieurs n'échappent pas à la dyssenterie ordinaire ou flux de sang. (Commissaires : MM. Andral, Rayer, Jobert (de Lamballe.)

— M. CRAMPEL soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Etudes physiologiques sur l'organe de la vue dans ses rapports avec la faculté de la mémoire.* (Renvoi à l'examen de M. Serres.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 19 janvier 1859. — Présidence de M. DEGUISE fils.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. FOLLIN présente un malade atteint de rétrécissement à l'anus à la suite d'une opération d'hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire.

Voici le fait :

P... (Louis-Pascal), âgé de cinquante et un ans, menuisier, occupe, depuis le 14 janvier, le n° 38 de la salle Saint-Pierre, à l'hôpital Necker.

C'est un homme d'une constitution assez vigoureuse, quoique de figure pâle et un peu bouffie. Il est venu dans le service pour des tumeurs hémorrhoïdales rouges, turgescentes, douloureuses et irréductibles, symptômes qu'il n'avait pas encore éprouvés, bien qu'il eût ses hémorrhoïdes depuis longtemps. Après quelques jours de repos, qui diminuèrent le gonflement et rendirent l'intervention chirurgicale possible, M. Follin se détermina à lui enlever ses tumeurs au moyen de l'écraseur.

L'opération et ses suites se firent d'une façon régulière. Il sortit quinze jours après pour aller à Vincennes. Dans le trajet, et sous l'influence peut-être des cahotements de la voiture, il eut une hémorrhagie légère qui s'arrêta d'elle-même. C'est à sa sortie de Vincennes qu'il revint à la consultation, se plaignant de n'aller à la garde-robe que très-difficilement, ce qui devient pour lui un sujet de gêne continue. L'ouverture de l'anus est en effet considérablement rétrécie ; l'extrémité du petit doigt y pénètre à peine, et l'on ne peut franchir le rétrécissement.

Le malade raconte que pour aller à la selle il est obligé de comprimer le périnée soulevé par le bol fécal, et d'exprimer ainsi ce dernier, qui traverse l'anus comme par une filière.

Du reste, pas de fissure ni de fistule, et la santé générale n'a subi encore aucune atteinte de l'affection qui l'a fait revenir à l'hôpital.

M. MOREL-LAVALLÉE désirerait savoir de M. Follin si pendant l'opération la chaîne n'a point été appliquée au delà des limites de la tumeur, et n'a point emporté une partie de muqueuse et de peau saine.

M. FOLLIN dit que c'est aux limites mêmes de la lésion que la chaîne a été appliquée.

M. CHASSAIGNAC constate d'abord que le malade n'est opéré que depuis deux mois, qu'il a pu introduire le petit doigt, et que le rétrécissement est formé par un cercle cutané peu étendu, facile à franchir ; il pense, comme M. Morel, qu'il y a eu un peu de peau emportée pendant l'opération. En outre, le malade va à la selle avec des efforts et quelques difficultés. Mais M. Chassaignac pense que, quel que soit le procédé employé pour enlever ces tumeurs, il y a toujours une légère constriction de l'anus pendant quelque temps. Il n'a jamais vu un rétrécissement durable à la suite d'une opération faite avec la chaîne. Quant à celui présenté par M. Follin, il l'a constaté quelquefois, il l'a même décrit dans son ouvrage. M. Chassaignac prie plusieurs membres présents d'examiner ce malade, qui pourra devenir plus tard le point de départ d'une discussion sérieuse.

M. FOLLIN insiste pour dire que M. Chassaignac n'a point complété son interrogatoire du malade ; il va, en effet, à la garde-robe, mais seulement avec diarrhée ; pour M. Follin, ce malade est atteint d'un rétrécissement fibreux très-resserré.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. VERNEUIL présente une pièce relative à une amputation du col utérin par l'écraseur. Il fait remarquer qu'il y a quelque temps, dans une présentation faite par M. Robert, ce chirurgien avait pensé que la chaîne coupe en faisant un cône creux, dont la concavité est située sur la partie séparée. M. Verneuil, dans l'opération qu'il a pratiquée, a pu constater que ce cône creux est double, qu'il existe à la fois sur la partie amputée et sur la portion du col adhérente à l'utérus, et il cherche à en donner une explication d'après le mode d'action de l'instrument.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. MARJOLIN présente un instrument destiné à fixer et à dilater la trachée dans l'opération de la trachéotomie. Il n'est pas, dit-il, toujours aussi facile qu'on le pense généralement, même en se conformant à tous les préceptes donnés dans les cours de médecine opératoire, d'introduire ou de replacer la canule. Cette difficulté provient de ce que le dilatateur que l'on emploie le plus habituellement ne peut fixer en même temps d'une manière convenable la trachée et dilater les bords de l'incision ; il s'ensuit qu'au moindre mouvement souvent il abandonne la plaie, et qu'il faut faire de nouvelles tentatives pour le replacer.

Un autre désavantage de cet instrument, qui est toujours introduit avec la main droite, c'est que par sa forme il gêne beaucoup les manœuvres nécessaires pour l'extraction des fausses membranes ou de tout autre corps étranger existant dans l'intérieur de la trachée.

C'est pour remédier à ces divers inconvénients, et pour faciliter le manuel opératoire, que M. Marjolin a fait construire par M. Lüer un instrument dont la forme est la même que celle de l'aiguille courbe à manche de Deschamps.

A la face convexe des deux crochets mousses qui terminent l'instrument, il existe dans leur intervalle une rainure qui permet, dès que la trachée est ouverte, d'introduire à volonté l'instrument à l'aide de la main gauche, sur la lame même du bistouri. Si on préfère laisser le doigt indicateur gauche sur l'incision, on se sert alors de l'instrument fait pour la main droite. Quelle que soit, du reste, la main dont on se serve pour introduire le dilatateur, il suffit, dès qu'il est placé, d'appuyer légèrement avec le pouce sur le petit aileron de la branche mâle pour que les deux branches de l'instrument s'écartent. L'introduction de la canule ou de tout autre instrument devient alors d'autant plus facile que les abords de la plaie sont libres, ou n'est plus gênée comme avec le dilatateur habituel, par la main qui le tenait. De plus, l'instrument une fois placé, l'enfant a beau faire des mouvements, on est maître de la trachée ; l'ouverture reste béante, et on est libre, suivant le besoin, d'attendre ou de terminer de suite l'opération. Ce dilatateur, qui est fort simple, d'un maniement très-facile, après avoir été essayé sur le cadavre, a été deux fois employé dans le service de M. Barthez, et dans ces cas il a semblé simplifier beaucoup les derniers temps de l'opération.

M. GIRALDÈS conteste la nécessité du but que M. Marjolin s'est proposé d'atteindre ; il ne croit pas qu'il y ait une grande nécessité d'employer un instrument pour dilater la plaie de la trachée. Il va plus loin, le dilatateur lui paraît inutile ; il préfère employer une canule armée d'un bout en caoutchouc que son ongle lui sert avec avantage à diriger. Il croit que ces instruments compliquent la trachéotomie.

— M. CHASSAIGNAC présente une tumeur volumineuse du poids de 1,200 grammes, composée de tissu fibro-plastique, et qui est survenue en récidive après une première opération faite à la malade, il y a trois ans, par M. Robert.

La tumeur siégeait à la partie inférieure et médiane de l'abdomen ; elle n'avait aucune communication avec les viscères abdominaux ; sa forme était globuleuse.

Elle a été enlevée par la méthode de l'écrasement linéaire, au moyen du procédé suivant :

Un trocart droit à canule fendue sur toute sa longueur a été introduit au-dessous de la tumeur, de manière à perforer la base de la tumeur en divisant cette base en deux moitiés. Le poinçon étant retiré, on a introduit dans la canule la chaîne d'un écraseur dont le côté mince répondait à la fente de la canule.

Une fois l'instrument mis en jeu, une des moitiés de la base de la tumeur s'est trouvée pédiculisée par la chaîne.

La canule du trocart a été tournée en sens inverse, et regardant par sa fente l'autre moitié de la base qui a été pédiculisée de la même manière au moyen d'un second écraseur.

La canule étant retirée, les deux instruments ont marché simultanément, et ont effectué l'ablation totale dans un espace de sept ou huit minutes et sans effusion de sang.

Malgré la vaste surface traumatique produite par la plaie d'écrasement, la malade, arrivée au dixième jour, n'a éprouvé aucun accident ; elle est en pleine voie de guérison.

Ce procédé, que M. Chassaignac emploie pour l'ablation des tumeurs du sein quand leur base n'est pas trop volumineuse, a donné jusqu'ici les meilleurs résultats. Lorsque la peau, condensée par la chaîne de l'écraseur, offre une trop grande résistance, le bistouri porté à plat au niveau de la chaîne lève toute difficulté opposée à la marche de l'instrument.

Le secrétaire, HOUEL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Association des médecins du département de la Seine a tenu hier dimanche sa séance annuelle dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, sous la présidence de M. P. Dubois.

Conformément au programme de la séance, on a entendu d'abord la lecture du compte rendu annuel de l'honorable secrétaire général M. Cabanellas.

Après cette lecture, qui a été accueillie par les applaudissements unanimes de l'assemblée, M. le président a proposé de voter des remercîments à M. Cabanellas, dont les fonctions sont expirées, et qui a déclaré qu'il déclinait l'honneur d'une réélection. L'assemblée les a votés par acclamation.

L'assemblée a procédé ensuite à l'élection du président, de deux vice-présidents et d'un secrétaire général.

M. P. Dubois a été réélu président. Ont été élus vice-présidents, M. Adelon et M. Barth (en remplacement de M. Bérard, décédé). M. Louis Orfila a été élu secrétaire général. Ces nominations ont eu lieu à l'unanimité.

Nous sommes heureux d'avoir à porter à la connaissance du corps médical un acte de munificence rare, et qui fait le plus grand honneur à son auteur. M. le président a annoncé à l'assemblée que M. le docteur Moulin, chirurgien depuis quarante ans du lycée Saint-Louis, à Paris, vient de faire don à l'Association d'une rente perpétuelle de 1,500 fr., destinée à faire les frais de pension à ce lycée, en faveur du fils d'un médecin décédé ou d'un médecin malheureux ayant appartenu ou non à l'Association.

— La Société médicale du 6e arrondissement a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau pour 1859.

Ont été élus :

MM. Gaide, président ; Escoffier, vice-président ; Remoneau, secrétaire général ; Alex. Mayer, secrétaire annuel ; Vauthier, trésorier.

— M. Della Sudda, pharmacien à Constantinople, vient d'être nommé directeur de la pharmacie centrale des armées de l'Empire ottoman, et élevé, sous le nom de Faïk-Pacha, à la dignité de liva-pacha, ce qui correspond chez nous au titre de général de brigade.

M. Della Sudda est catholique : le décret qui lui confère une dignité réservée jusqu'ici aux sujets musulmans est donc un fait d'une haute importance, et qui n'honore pas moins le gouvernement de l'empereur Abdul-Medjid que le corps des pharmaciens de la Turquie.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 14. — JEUDI 3 FÉVRIER 1859 (32e ANNÉE.) N° 14. — JEUDI 3 FÉVRIER 1859

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 FÉVRIER 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Lors de la lecture du rapport de M. Robert, dans la séance précédente, sur le mémoire de M. Rochard (de Brest), relatif à l'entérotomie dans les cas d'imperforation anale, M. Huguier avait émis l'opinion que l'opération de Littre, à laquelle il donnait la préférence sur celle de Callisen, — d'accord en cela avec le rapporteur et la plupart de ses collègues, — devait être pratiquée dans la région inguinale droite, et non pas à gauche, comme on a coutume de le faire. La raison qu'il en donnait, c'est que l'S iliaque du côlon chez le fœtus et le nouveau-né se trouve à droite et non à gauche. M. Huguier, qui a paru craindre de n'avoir pas été compris, est venu aujourd'hui, à l'occasion du procès-verbal, développer les motifs de cette opinion. Il a expliqué comment chez le nouveau-né, l'S iliaque du côlon, trop à l'étroit dans la fosse iliaque gauche, par suite du développement considérable du gros intestin relativement aux autres parties du tube digestif, passe au-dessus du détroit supérieur jusque dans la fosse iliaque droite, pour plonger ensuite de là dans le bassin.

La démonstration de cette particularité anatomique, appuyée de l'exhibition de planches dessinées d'après nature et de l'ouverture du cadavre d'un enfant de quelques jours, faite sous les yeux de l'Académie, a paru convaincante.

Or il découlerait de ce fait des conséquences pratiques importantes, et qu'il importerait désormais de ne pas perdre de vue, soit qu'il s'agisse de rétablir l'anus dans la région normale, ou que l'on se trouve dans la nécessité de pratiquer un anus contre nature.

Dans le premier cas, en effet, au lieu de chercher l'ampoule rectale en arrière et à gauche, comme on le fait généralement, ce serait en avant et à droite qu'il faudrait diriger les recherches.

Et pour pratiquer l'opération de Littre, ce ne serait pas à gauche, mais bien à droite qu'il faudrait chercher l'S iliaque.

MM. Robert et Laugier n'ont pas paru adopter pleinement ces conséquences. Il serait trop long de reproduire ici les motifs de leur réserve à cet égard. On les trouvera d'ailleurs exposés dans le compte rendu de la séance. Mais de quelque valeur que soient ces motifs, il nous semble que le fait signalé par M. Huguier est d'une importance capitale, et qu'il y a lieu d'en tenir grand compte à l'avenir.

Un rapport de M. Boudet sur un mémoire de M. Buignet, relatif à un nouveau procédé pour le dosage de l'acide cyanhydrique, a clos la séance, qui a été terminée avant l'heure ordinaire, les membres inscrits pour des rapports ou des lectures n'ayant point répondu à l'appel de leur nom.

Dr Brochin.

MALADIES
auxquelles, dans l'état actuel de la science, on peut opposer la médication électrique.

L'administration de la guerre vient de donner une éclatante consécration aux importants progrès qu'a faits l'électrothérapie en France dans ces dernières années.

Le ministre de la guerre, désireux d'assurer aux malades de l'armée les précieuses ressources de la médication électrique, a décidé la création d'un service spécial dans les principaux hôpitaux militaires. Il a chargé à cet effet le conseil de santé de rédiger une instruction qui devra servir de guide aux médecins militaires dans les applications qu'ils auront à faire de cette médication.

Cette instruction, dont la rédaction a été confiée à l'honorable ex-président du conseil de santé, M. Bégin, vient d'être publiée dans l'un des derniers cahiers du *Bulletin de thérapeutique*, dont elle n'occupe pas moins d'une vingtaine de pages. Son étendue ne nous permettant pas de la reproduire intégralement, nous nous bornerons pour le moment à en extraire un des principaux chapitres, celui qui a trait à l'indication des maladies auxquelles on peut appliquer avec le plus d'avantages la médication dont il s'agit.

Les affections susceptibles d'être soumises à l'action de l'électricité forment les catégories suivantes : *lésions de la motilité, lésions de la sensibilité*, et *altération de la nutrition*.

En outre de ces lésions, l'électricité a encore été employée comme moyen chirurgical.

I. *Lésions de la motilité ou des mouvements.* — Les paralysies qui constituent cet ordre de lésions peuvent dépendre : A. de tumeurs développées, soit sur le trajet des nerfs, soit dans le crâne ou le rachis ; — B. de l'hémorrhagie cérébrale ; — C. du ramollissement du cerveau ; — D. de lésions de la moelle épinière ; — E. de lésions traumatiques des nerfs.

Dans le premier cas, l'électricité ne conviendra pas et produira même des effets nuisibles, aussi longtemps que les tumeurs ne seront pas enlevées, ce qui est quelquefois possible lorsqu'elles ont leur siége à l'extérieur. Si, après l'ablation ou la guérison de ces tumeurs, des engourdissements ou de l'affaiblissement dans la motilité persistent, l'électricité pourra intervenir comme dans les autres cas de lésions traumatiques des nerfs.

Dans les paralysies de la seconde catégorie, celles qui sont produites par les hémorrhagies cérébrales, et qui sont les plus nombreuses de toutes, l'électricité employée dans les premiers mois qui suivent l'accident, ne produira que des effets défavorables et quelquefois désastreux. Il faut absolument attendre que le foyer sanguin soit cicatrisé, c'est-à-dire de six à huit mois, et même une année, selon la gravité du cas. Une complète liberté de l'intelligence et de la parole, l'absence d'engourdissement, de fourmillements et surtout de contractures plus ou moins douloureuses, sont des conditions indispensables de l'opportunité de l'excitation électrique.

Lorsque l'époque d'agir est arrivée, si les muscles paralysés ne se contractent pas sous l'influence d'un courant discontinu énergique, il est inutile d'insister : le mal est incurable.

S'ils se contractent, s'ils ont conservé la sensibilité électro-musculaire, on peut espérer du succès ; mais il faut agir très-graduellement, et éviter avec le plus grand soin les courants réflexes. Chaque muscle sera électrisé isolément, et seulement pendant une ou deux minutes ; les réophores seront maintenus toujours très-rapprochés ; les séances seront d'abord de cinq minutes, elles pourront devenir successivement plus longues, mais ne dépasseront jamais quinze minutes ; enfin, à la moindre apparition de phénomènes généraux de contracture, on interrompra le traitement.

Le danger immédiat qui existe alors consiste dans le renouvellement de l'hémorrhagie cérébrale, ou l'invasion d'une phlegmasie autour des restes du foyer, accidents auxquels des malades ont succombé. Il importe donc de les avoir toujours présents à l'esprit et de prendre les plus grandes précautions pour les éviter.

Ces considérations s'appliquent surtout aux paralysies déterminées par le ramollissement cérébral. Des médecins d'une grande autorité ont même établi que l'électricité ne leur est jamais applicable, tant le danger de réveiller l'inflammation est imminent, et le Conseil de santé partage leur avis.

Dans les paralysies résultant de lésions de la moelle épinière, les règles générales de l'application de l'électricité sont les mêmes que dans les cas précédents. On n'y aura recours que si tous les symptômes d'inflammation ayant disparu du côté du rachis, les muscles ont conservé, en partie au moins, la contractilité électro-musculaire. Dans certaines paraplégies, celles de nature rhumatismale ou résultant d'excès vénériens, par exemple, on peut essayer l'action des courants réflexes au moyen des pédiluves électriques ; mais cette action doit être d'abord très-faible, surveillée très-attentivement et interrompue à la moindre apparence de contracture. Elle serait accompagnée de graves dangers, dans les cas de myélite chronique persistante, à quelque degré que ce soit.

Enfin, à la suite des lésions traumatiques des nerfs, deux cas différents peuvent se présenter :

Si la paralysie est complète, soit pour tous les muscles animés par le nerf blessé, soit pour quelques-uns d'entre eux seulement, c'est-à-dire s'ils ont perdu tout à la fois le mouvement volontaire et la contractilité électro-musculaire, le traitement par l'électricité n'a que peu de chances de réussir. Il faut attendre, pour l'essayer, la guérison complète du nerf, et l'appliquer alors avec d'autant plus de confiance qu'il n'y a rien à perdre, et qu'il n'est pas très-rare de voir, sous l'influence des courants, la cicatrice devenir perméable, et les fonctions se rétablir.

Si la paralysie est incomplète, c'est-à-dire si le mouvement volontaire étant perdu, la contractilité électro-musculaire, ou tout au moins la sensibilité ordinaire subsiste, c'est une preuve que le nerf, ou la partie du nerf qui se rend aux muscles devenus inactifs, n'a pas été désorganisé. Il faut agir alors sur ces muscles le plus tôt possible, au moyen de l'électricité localisée, afin de prévenir leur atrophie. Par cette expression, *le plus tôt possible*, il faut entendre l'époque où le courant électrique ne surexcite pas la sensibilité. Il convient de s'abstenir aussi longtemps que cet effet a lieu, et même de suspendre le traitement dès qu'il se produit.

La science n'a pas encore prononcé sur le degré d'utilité de l'électricité contre la paralysie atrophique progressive. Comme, dans cette maladie, les fibres charnues non transformées conservent leur contractilité électro-musculaire, on a pensé que l'action électrique pourrait les préserver de la désorganisation, au moins lorsque la cause de la lésion paraît locale, telle qu'un travail forcé continu, par exemple. On peut d'autant mieux alors essayer de l'électricité, qu'il n'y a rien à compromettre ; les séances devront être courtes, et les courants, toujours localisés, très-énergiques.

Il existe encore un certain nombre de paralysies spéciales, auxquelles l'électricité a été appliquée avec succès. Quoique rares dans l'armée, quelques-unes s'y montrent cependant, et les médecins militaires peuvent avoir occasion de les observer toutes. Ce sont les paralysies développées sous l'influence de l'hystérie, de la chlorose, des fièvres graves ; celles qui résultent de l'action de certains toxiques, telles que les paralysies saturnines ; celles qui sont consécutives aux rhumatismes ; celle qui a reçu le nom de *crampe des écrivains*, lorsque, toutefois, elle n'est pas symptomatique d'une lésion cérébrale.

Dans tous ces cas, l'électricité sera localisée et appliquée directement au moyen des réophores humides, ou indirectement sur les cordons nerveux, de manière à stimuler les muscles paralysés et les nerfs qui les animent.

En opposition avec les paralysies, on peut placer les contractures, ordinairement rhumatismales, qui sont parfois traitées avec succès par l'électricité sous forme de courants, et plus particulièrement par le pinceau électrique. Dans ce dernier cas, on exerce sur la peau une dérivation qui a suffi, dit-on, pour faire disparaître quelquefois, en une ou deux séances, la contracture et la douleur qui l'accompagne ordinairement. Dans certaines contractures chroniques, et notamment dans le torticolis, on a proposé d'électriser les muscles antagonistes. Ce mode d'application de l'électricité orthopédique est sans inconvénient sérieux ; mais on ne peut guère compter sur ses effets.

En résumé, les règles essentielles et générales du traitement des paralysies du mouvement par l'électricité sont les suivantes :

1° S'assurer, avant tout, que les centres nerveux ne sont pas ou ne sont plus le siége d'aucun travail morbide.

2° A cet effet, interroger attentivement tous les symptômes, et explorer avec le plus grand soin la sensibilité électro-musculaire, en n'employant d'abord que des courants très-faibles, transmis à l'aide de réophores humides ; ajourner le traitement si cette sensibilité est exagérée, le poursuivre immédiatement avec vigueur si elle n'est qu'affaiblie, et l'interrompre si elle s'exaspère.

3° Agir de préférence, autant que les cas le comportent, au moyen de l'électricité localisée, et éviter, à moins d'indications positives contraires, les courants réflexes.

Il est à remarquer que, dans les muscles qui ont conservé la contractilité électro-musculaire, les mouvements volontaires reviennent directement en cas de succès ; tandis que dans les autres, ce n'est qu'après la cessation de l'atrophie, qui existe presque toujours, et le rétablissement de la nutrition, que se réveillent les mouvements volontaires.

L'électricité appliquée à la chorée générale ou partielle a paru, dans certains cas, régulariser les mouvements. Ici les courants réflexes obtenus par l'action exercée sur les deux pieds, les deux mains, ou sur une main et un pied du même côté, peuvent être nécessaires. Quoique le petit nombre de faits observés ne soient pas très-concluants, en l'absence de troubles généraux, il est

permis de tenter ce moyen, mais avec toute la prudence qu'impose l'état peu avancé de la science sur les résultats qu'on en peut obtenir.

II. *Lésions de la sensibilité.* — A. *Anesthésie.* — Dans plusieurs cas où l'anesthésie produite par le chloroforme ou l'éther menaçait d'entraîner la mort, on a pu rappeler les malades à la vie en faisant passer un courant électrique discontinu, soit de la bouche à l'anus, soit d'un des nerfs phréniques à l'autre.

Des expériences sur les animaux vivants seraient utiles pour éclairer les médecins sur l'efficacité de ce moyen et son meilleur mode d'application contre un accident aussi fatal.

Ces expériences ne seraient pas moins utiles pour déterminer exactement l'action de l'électricité dans les différentes asphyxies, celle par submersion particulièrement, où elle a déjà été employée.

A l'anesthésie cutanée doivent être opposées les frictions électriques sur la peau séchée, pour plus de sûreté, avec de la poudre de riz ou d'amidon. Ces frictions sont faites au moyen :

1° De la main électrique à la face;

2° Du cylindre creux ou de l'extrémité du pinceau électrique promené sur les autres parties du corps.

Contre l'anesthésie musculaire, maladie dans laquelle le sujet a perdu la conscience du mouvement qu'il produit, il faut employer les réophores humides promenés tous deux sur les muscles affectés.

Dans tous les cas d'anesthésie, les intermittences doivent être rapides et les courants énergiques.

Parmi les anesthésies des organes des sens, l'amaurose et la surdité ont fixé l'attention des praticiens.

Contre l'amaurose dite *essentielle*, produite par la paralysie de la rétine ou de la première branche de la cinquième paire, Magendie a fait passer directement, au moyen de l'électro-puncture, un courant continu dans le nerf optique ; mais un procédé moins douloureux et moins compromettant, qui a donné des succès, consiste à se servir des conducteurs humides : un des réophores est alors placé tout près de l'œil ou contre la paupière supérieure, et l'autre sur des ramifications de la cinquième paire, à la membrane muqueuse buccale, par exemple. Ce sont ici des courants continus très-faibles qui doivent être d'abord préférés. Il faut donc supprimer l'appareil à induction, et attacher directement les réophores aux fils conducteurs de la pile. On recommande d'appliquer près de l'œil le réophore positif lorsque la rétine est insensible, et le réophore négatif, au contraire, quand il y a encore de la douleur; mais il n'y a rien d'absolu à cet égard, et l'on peut sans inconvénient varier la direction des courants.

La surdité résiste beaucoup plus que l'amaurose à l'action de l'électricité, ce qui dépend sans doute de ce que les lésions qui la produisent sont plus variées, plus profondes, et plus souvent mécaniques. Cependant, quoique les tentatives qu'on a faites de ce moyen aient été jusqu'à présent presque toutes infructueuses, en l'absence de médication plus certaine, il paraît rationnel d'en essayer.

A cet effet, la tête du malade étant inclinée du côté opposé, de manière à rendre le conduit auditif externe vertical, on verse dans ce conduit assez d'eau pour le remplir à moitié et l'on y introduit l'extrémité d'un des électrodes de l'appareil d'induction, de manière qu'il ne touche ni les parois du conduit ni la membrane du tympan ; l'autre électrode, garni du réophore humide, est appliqué à la nuque. On doit donc employer un courant induit très-énergique.

B. *Hyperesthésie.* — Des douleurs, soit cutanées, soit musculaires, consécutives à l'hystérie ou au rhumatisme, ont été traitées fréquemment, assure-t-on, avec un succès rapide : les premières par les courants continus, les secondes par l'emploi du pinceau électrique. Selon plusieurs médecins, il ne serait pas rare de voir un lumbago, ou toute autre douleur rhumatismale chronique, disparaître par ce moyen en deux ou trois séances. On est porté à penser que la fustigation électrique pratiquée avec énergie sur la partie antérieure et supérieure du thorax produirait d'excellents effets dans l'angine de poitrine. M. Duchenne a obtenu par ce moyen, et par la douleur atroce résultant de l'application simultanée des deux électrodes sur le mamelon, la cessation subite d'un accès de cette cruelle maladie, et graduellement l'éloignement et enfin la cessation des accès. L'électricité appliquée par le même procédé conviendrait encore dans l'asthme nerveux. Elle serait non moins bien indiquée dans certains rhumatismes fixés sur les parois de la poitrine ou le diaphragme, et menaçant les malades d'une mort imminente, qui a eu lieu quelquefois, par asphyxie.

Les névralgies sont les maladies le plus anciennement traitées par l'électricité. Les courants continus obtenus en supprimant l'appareil à induction, sont le mode d'application qui réussit le mieux contre elles; les réophores à capsules seront munis d'éponges mouillées, le réophore négatif sera appliqué à la racine du nerf, et l'autre promené sur les ramifications douloureuses.

On a conseillé, sous le nom de *méthode hyposthénisante*, dans le traitement des névralgies, de faire circuler des courants continus ou discontinus dans les ramifications douloureuses des nerfs. Les premiers de ces courants doivent être préférés. Le réophore correspondant au pôle positif est placé dans ce cas sur le point du tronc nerveux le plus rapproché du centre, et le réophore du pôle négatif à quelque distance plus bas, ou promené sur les ramifications douloureuses. Magendie employait les aiguilles, et en a obtenu de bons résultats. Les courants continus en sens inverse, c'est-à-dire le pôle négatif correspondant à la racine du membre et le positif aux ramifications, déterminent des douleurs plus vives, mais ne sont pas, dit-on, moins efficaces. Quant aux courants discontinus, par cette considération qu'ils sont alternes, la position relative des deux réophores perd son importance.

Il a déjà été dit que ce mode d'électrisation n'a pas donné de résultats favorables à M. Duchenne. D'autres médecins se louent cependant de son emploi. Des faits bien observés décideront seuls la question. On doit tenir compte toutefois de cette remarque, que l'électricité ne calme les douleurs qu'après avoir épuisé la sensibilité nerveuse en la surexcitant. C'est donc un quitte ou double, qui ne doit être employé qu'avec une grande circonspection.

III. *Altération de la nutrition.* — Les faits relatifs à l'emploi de la médication électrique, dans les cas de tumeurs ou de productions organiques anormales, sont encore trop peu nombreux pour qu'il soit possible d'en déduire des règles précises sur la nature des altérations auxquelles on peut l'opposer.

Toutefois, on y a eu recours dans les cas d'adénites cervicales chroniques et indolentes, de goîtres mous ou solides, non douloureux, et de quelques autres affections analogues. L'électro-puncture a été presque toujours employée de préférence comme exerçant une action plus énergique et plus directe sur les tissus profonds. On peut introduire plusieurs aiguilles jusque dans la substance de la tumeur, et mettre successivement les électrodes en rapport avec elles. On peut encore ne faire agir qu'un électrode sur les aiguilles et promener le réophore humide de l'autre pôle sur les différents points de la tumeur. D'autres procédés ont été préconisés encore, mais ils sont compliqués et n'ont pas l'efficacité de l'électro-puncture. Les courants continus énergiques conviennent mieux alors que les courants discontinus. Quelques bons résultats paraissent avoir été obtenus par cette médication, qui ne présente d'ailleurs aucun danger.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. Legroux.

Deux cas de varioloïde communiquée aux nourrissons par leur mère pendant l'allaitement. — Vaccination pendant la période d'incubation. — Mort des deux enfants.

(Observations recueillies par M. Dupuis, élève du service.)

Obs. I. — Une jeune fille, âgée de dix-huit ans, bien constituée, et n'ayant jamais été malade, entre le 16 août 1858 dans la salle Saint-Pierre, n° 21 (service des nourrices), au septième mois de sa grossesse, et accouche le 18 octobre suivant. Elle porte aux deux bras trois belles cicatrices de vaccine.

Le 20 octobre, elle éprouve un frisson violent, de la céphalalgie, du brisement des membres, des douleurs vives dans la région lombaire, et de la cuisson dans le fond de la gorge.

Le 21 au matin, sur la figure et le ventre apparaissent de petits points rouges; fièvre et soif vive.

Le 22, ces points sont plus apparents et se transforment en papules étroites; la fièvre est tombée.

Le 23, les boutons ont pris de l'accroissement et se sont acuminés. L'éruption s'est montrée successivement aux bras, au dos, aux jambes; elle est d'ailleurs discrète et suit régulièrement son évolution; point de symptômes généraux ni de réaction.

Le 24, troisième jour de l'éruption, les pustules apparues les premières commencent à blanchir; quelques-unes seulement sont ombiliquées.

Le 26, la dessiccation commence sur quelques points, au nez et au menton.

Cette malade n'a jamais présenté aucun symptôme de réaction, et la fièvre de suppuration a complétement manqué; elle n'a ressenti que le malaise occasionné par la présence des pustules, de la soif et du mal de gorge, encore ce dernier symptôme n'a-t-il duré que trois jours.

Elle a donc eu une varioloïde bénigne, qui a rapidement suivi ses phases, et que n'est venu compliquer aucun accident.

Pendant la convalescence, quelques furoncles, dont l'un assez volumineux à la nuque, se sont montrés sur divers points du corps et ont retardé de quelques jours sa sortie, qui n'a eu lieu que le 15 novembre.

L'enfant de cette femme, né le 18 octobre, est bien portant et *tette sa mère* jusqu'au 25 octobre, jour où il est vacciné. (La mère atteignait alors le cinquième jour de son éruption.)

On fait une inoculation à chaque bras. Les pustules vaccinales se développent régulièrement et deviennent très-belles.

Le 4 novembre, dixième jour de la vaccination, au moment où la mère était en pleine convalescence, l'enfant, qui avait continué de teter et de se bien porter, est pris de fièvre, il a la peau sèche et chaude, il tousse, refuse le sein, et fait des selles vertes et diarrhéiques.

Le 6, douzième jour de la vaccination, les pustules vaccinales étant remplacées par une large croûte, une éruption générale apparaît sous la forme d'une multitude de petits points acuminés, d'un rouge vif, isolés par des espaces blancs de peau saine ; le fond de la gorge et le palais en sont couverts. L'enfant bave beaucoup et avale difficilement ; l'administration de 15 grammes de sirop d'ipécacuanha n'est point suivie de vomissements, mais de selles abondantes et vertes.

Le 7, les boutons s'aplatissent; ils ont grossi rapidement et pris un aspect vésiculeux ; leur grosseur égale celle d'un grain de millet. L'éruption est extrêmement confluente aux fesses, à l'intérieur des cuisses et des jambes, à la plante des pieds, partout où la peau est en contact avec les excréments de l'enfant ; sur tous les autres points du corps, les boutons, quoique nombreux, sont moins pressés.

Le 8 décembre, les pustules sont plus développées au menton, au nez et au front et sur le devant de la poitrine que dans le dos ; elles commencent à blanchir. Sur les fesses, la face postérieure et interne des membres abdominaux, elles sont tellement rapprochées, qu'elles forment de larges plaques blanches gaufrées, reposant sur un fond d'un rouge vif, dont la coloration tranche brusquement sur la ligne médiane et antérieure du membre avec la pâleur mate de la peau voisine ; l'enfant languit et se plaint continuellement. On ne le soutient qu'en lui donnant du lait à la cuiller.

Le 9, quatrième jour, les pustules s'affaissent et la peau prend une teinte bleuâtre et livide, l'enfant a considérablement maigri et ne veut rien prendre.

Le 10, cinquième jour, il meurt.

Obs. II. — Dans la même salle de nourrices de l'Hôtel-Dieu, à la même époque et dans des conditions un peu analogues, le fait suivant, encore plus digne d'intérêt, se passait.

La nommée Aménaïde B..., primipare, âgée de vingt-cinq ans, de bonne constitution, n'a jamais été malade ; elle porte à chaque bras trois belles cicatrices de vaccine ; elle entre le 23 octobre 1858, deuxième jour de l'éruption de la précédente. Elle venait d'accoucher, pendant qu'elle se rendait à l'Hôtel-Dieu, d'une petite fille bien constituée. Quelques jours plus tard, la malade du n° 21, qui est en pleine convalescence, vient voir Aménaïde à son lit plusieurs fois par jour.

Le 1er novembre, on vaccine la petite fille ; une piqûre est faite à chaque bras, et les pustules se développent si bien, qu'au huitième jour, le 8 novembre, elles servent à fournir le vaccin avec lequel on inocule les enfants nouveau-nés de la salle.

Depuis son accouchement, Aménaïde *a constamment allaité sa petite fille*, et le 6 novembre la mère et l'enfant étaient encore si bien portants, qu'ils devaient quitter l'Hôtel-Dieu immédiatement, s'ils n'eussent dû attendre jusqu'au 8 novembre pour obtenir le certificat de vaccine de l'enfant.

Le 7, la mère se plaint de courbature, de frissons violents, de douleurs sourdes dans les membres, dans les bras surtout, et d'une céphalalgie très-vive. A la visite du soir, prenant ces accidents pour les symptômes initiaux d'une affection puerpérale, on la fait vomir avec : Poudre d'ipéca, 2 grammes; sirop d'ipéca, 30 grammes ; et comme elle n'a pas eu de selles depuis deux jours, elle prend un lavement purgatif.

Le 8 au matin, les symptômes de la veille persistent avec une chaleur vive de la peau et des sueurs abondantes ; on la fait vomir de nouveau.

Le 9, la fièvre est tombée ; elle se trouve relativement soulagée, et voit apparaître d'abord sur les bras des taches rouges, qui deviennent promptement acuminées ; puis sur les cuisses, les jambes, la plante des pieds, le visage, le dos, apparaît successivement une éruption très-discrète.

L'éruption suit régulièrement sa marche, et le 13, les boutons parus les premiers sont devenus plats et d'une teinte nacrée ; quelques pustules sont ombiliquées, la plupart ne le sont pas.

Le 14, cinquième jour de l'éruption, fièvre légère ; les pustules sont en pleine suppuration au menton ; le nez seulement est rouge, gonflé, et comme érysipélateux ; nouvelle poussée de boutons au front ; puis les bras, la paume des mains, se couvrent successivement d'une multitude de petits boutons rouges, presque confluents ; la plante des pieds en est criblée, elle prend une couleur rouge-sombre, et un aspect chagriné. En même temps, de grandes plaques érythémateuses se montrent au dos et aux fesses ; rien sur les seins ni sur le ventre ; soif, chaleur à la peau.

Le 15, sixième jour, tous les points où siégent les pustules sont couverts de larges plaques érythémateuses, d'un rouge érysipélateux ; sur ce fond se développent de larges bulles de pemphigus, remplies de sérosité citrine, qui font éprouver à la malade des douleurs cuisantes. Soif vive, pouls à 128, langue bonne, rien à la gorge.

Le 16, septième jour, gonflement général de la face et des paupières, point de salivation ; les plaques d'érythème sont plus saillantes, les bulles se sont élargies et développées. La paume des mains, les avant-bras, le bas des jambes en sont couverts ; on perce les bulles de pemphigus pour en faire écouler la sérosité, on répand sur les bras et la surface du corps de la poudre d'amidon, et l'on prescrit l'émétique suivant :

Poudre d'ipéca.	2 grammes.
Sirop d'ipéca.	30 —

en quatre fois, à un quart d'heure d'intervalle.

Le 17, huitième jour de l'éruption, la dessiccation commencée la veille se poursuit ; l'évacuation de la sérosité des bulles a procuré du soulagement. — On saupoudre toujours d'amidon ; bain simple.

Le 18, neuvième jour, la dessiccation est générale ; une nouvelle poussée de bulles grosses comme des haricots apparaît sur le ventre; les bulles n'ont jamais contenu que de la sérosité. Langue bonne. Pas de fièvre.

Il est survenu depuis deux jours de la dysurie, occasionnée par une inflammation avec gonflement et très-vive sensibilité des grandes lèvres, au travers desquelles se fait l'écoulement lochial roussâtre et fétide. — On sonde la malade matin et soir.

Le 19, dixième jour, état général assez bon ; la dessiccation se poursuit. On ajoute aux prescriptions antérieures 100 grammes de vin de quinquina et de vin de Bordeaux. Le soir, le pouls s'accélère, et la fièvre dure toute la nuit.

Le 21, la peau est redevenue très-sensible en quelques endroits, à la paume des mains surtout et aux avant-bras, où le derme est presque à nu par suite de la chute de larges lambeaux d'épiderme. Sur ces points spécialement et sur quelques autres apparaît une troisième éruption ; cette fois ce sont de très-petits boutons rouges et pointus qui se transforment rapidement, et le même jour, en pustules rondes, légèrement bombées et de couleur blanc sale, entourées d'une aréole rouge ; elles sont presque confluentes aux endroits où la peau est le plus dénudée ; leur grosseur varie du volume d'un grain de chènevis à celui d'une lentille. — On supprime les toniques, et on donne 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Les 22, 23 et 24, les pustules d'ecthyma sont restées stationnaires, quelques-unes cependant se sont desséchées ; il en sort de nouvelles,

surtout dans les différents points où siégeaient les bulles de pemphigus, et qui sont restés rouges, gonflés et douloureux à la plus légère pression. — Bain; sulfate de quinine.

Le 25, état général assez bon; les pustules d'ecthyma se dessèchent. Le soir, fièvre.

Le 26, survient aux avant-bras et à la face palmaire des mains une deuxième éruption d'ecthyma commençant par des boutons rouges, qui se transforment rapidement en pustules plates, entourées d'une aréole; elles suivent la même marche que les précédentes. — On continue de donner le sulfate de quinine.

Le 27, troisième éruption d'ecthyma, semblable aux deux premières, à la face antérieure des jambes. L'état général reste satisfaisant néanmoins. — Bain et sulfate de quinine.

Le 28, le bain a produit un soulagement remarquable. Les premières pustules d'ecthyma sont entièrement desséchées et remplacées par des points papuleux d'un rouge sombre. La malade mange une portion.

Le 9 décembre, elle est toujours en bon état, quoique chaque jour on voie de nouvelles pustules se développer discrètement sur divers points du corps, au dos principalement.

Aujourd'hui 28 décembre, Amenaïde ne conserve plus comme trace de sa maladie qu'une plaie siégeant au dos et qui a succédé à la chute d'une eschare de la largeur d'une pièce de 5 francs, laquelle occupait la place de plusieurs bulles de pemphigus et pustules d'ecthyma qui étaient confluentes en ce point.

— L'enfant de cette femme, né le 23 octobre, *teta constamment sa mère* et jouit d'une bonne santé jusqu'au 1er novembre, jour où elle fut vaccinée. Une piqûre fut faite à chaque bras, et les pustules se développèrent si bien, qu'au huitième jour (le 8 novembre) l'une d'elles servit à fournir un virus dont l'inoculation développa, chez douze nouveau-nés, des boutons de vaccine légitime.

Le 9 novembre, deuxième jour de l'invasion chez la mère, et le 10, l'enfant éprouve du malaise; il continue cependant à teter, mais en criant sans cesse.

Le 11 novembre, la poitrine, l'intérieur des cuisses et des jambes, en contact avec les déjections, se criblent d'emblée d'un pointillé très-fin, rouge. Ces taches sont confluentes, et ressemblent à des piqûres de puces.

Le 12 novembre, la figure a commencé à se couvrir hier au soir de taches semblables, et l'intérieur des jambes, des cuisses et des fesses, présente de larges plaques d'un rouge érysipélateux. Dans la journée, les pustules s'accumulent sur ces points seulement.

Le 13, troisième jour de l'éruption, quelques grosses pustules commencent déjà à blanchir à la face et à l'intérieur des membres abdominaux.

Le 14, quatrième jour, l'enfant tette toujours; les pustules du visage et des cuisses sont plus développées; celles de la poitrine ne changent pas.

Le 15, cinquième jour, toutes les pustules de la face et des cuisses sont en pleine suppuration; partout ailleurs elles se développent lentement.

Le 17, la dessiccation commence; l'enfant devient languissant.

Le 18, huitième jour, il tette encore, mais il a maigri et pâli considérablement; les pustules pour lesquelles la dessiccation n'est point encore arrivée s'affaissent.

Le 19 et le 20, une eschare se montre au siége; l'enfant tette encore; on saupoudre le sacrum avec un mélange de poudres de quinquina et de charbon.

Les 21, 22, 23, l'enfant refuse le sein; il va toujours en s'affaiblissant, et s'éteint doucement le 25 novembre, au quinzième jour de l'éruption.

Réflexions. — *Origine présumée de la maladie.* — Il est à noter d'abord que la première de ces femmes avait passé deux mois à l'hôpital avant d'accoucher, allant et venant comme les filles de service, et qu'elle aura probablement contracté sa maladie dans une salle étrangère, car il n'y avait point de variole à la salle Saint Pierre à cette époque.

Durée de l'incubation chez chacun des deux enfants. — Chez le premier enfant, qui avait sucé depuis sa naissance le lait d'une mère atteinte de varioloïde, l'incubation était antérieure à l'inoculation vaccinale, puisque celle-ci a été impuissante à la prévenir; elle est de dix jours au moins, puisque l'invasion n'est survenue que le dixième jour de la vaccination; elle serait de quinze jours si l'on veut la faire remonter au premier malaise éprouvé par la mère (18 octobre).

Dans le deuxième cas, la mère a aussi donné le sein à son enfant dès le jour de sa naissance (23 octobre): elle a été prise de frissons, malaise, etc., le 7 novembre, deux jours seulement avant l'enfant; celui-ci, d'un autre côté, ayant été vacciné le 1er novembre, son incubation remonte aussi à une époque antérieure à cette date; il en résulte que la mère aurait communiqué le germe de la maladie à l'enfant, alors qu'elle-même n'était encore que dans la période d'incubation: Il est permis de faire remonter celle-ci au jour même de son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire au 23 octobre, date correspondant au deuxième jour de l'éruption de la première malade; sa durée serait alors de quatorze jours.

Influence du vaccin sur la varioloïde. — Le vaccin s'est développé régulièrement chez ces deux enfants, bien qu'ils fussent déjà dans la période d'incubation au moment où l'inoculation a été pratiquée. Les deux éruptions, vaccine et varioloïde, ont marché chacune de leur propre allure et d'une façon tout à fait indépendante, suivant chacune leurs phases sans s'influencer réciproquement; d'un autre côté, ces enfants ayant sucé littéralement avec le lait la varioloïde de leur mère avant d'être vaccinés, la vaccine ne pouvait modifier en rien cette affection. En effet, s'il est vrai que la vaccine préserve de la variole, les faits cités plus haut laissent irrésolue la question de savoir si elle aurait agi d'une manière aussi propbylactique dans la varioloïde survenant d'emblée et sans variole préalable; toutefois, la varioloïde n'étant elle-même qu'une variole modifiée par la vaccine, il semblerait que celle-ci dût agir sur elle comme sur la variole: mais, dira-t-on, de même que la variole ne garantit pas de la varioloïde, la vaccine, qui est une sorte de variole développée artificiellement, ne doit point agir plus efficacement en ce sens. Cela est vrai pour la varioloïde succédant à une variole; mais pour la varioloïde survenant d'emblée et inoculée pour ainsi dire par l'alimentation que donne au nourrisson une mère qui en est atteinte, elle peut être considérée comme une variole, et à ce point de vue la vaccine doit être, comme pour la variole, le moyen prophylactique par excellence.

Quoi qu'il en soit, le vaccin de ces enfants, bien que n'ayant point prévenu l'éruption, peut être considéré comme ayant été parfaitement bon, puisqu'il a développé sur eux les pustules caractéristiques, qui ont été jugées assez belles chez le deuxième pour fournir le virus prophylactique, et que les enfants vaccinés avec ce virus ont présenté à leur tour des pustules de vaccine légitime. On ne peut donc, et c'est là un point digne d'intérêt, opposer que ces enfants n'ont eu qu'une fausse vaccine; d'ailleurs on a vu qu'ils avaient succombé à une varioloïde et non point à une vraie variole. Il faut seulement conclure que l'incubation ayant déjà commencé au moment de l'inoculation vaccinale, celle-ci, qui pouvait, on peut bien l'admettre, prévenir une varioloïde survenue d'emblée sans variole antécédente, si elle eût été appliquée en temps opportun, est arrivée trop tard pour conjurer le danger, ou même pour modifier la nature du mal.

Dans la première observation, il existe un intervalle de quatorze jours entre la période d'invasion chez la mère et la même période chez l'enfant; tandis que dans le deuxième cas, cet intervalle n'est que de deux jours, et quoique les deux enfants aient succombé tous deux, le premier, celui chez qui les phénomènes de l'invasion ont le plus tardé à se manifester, est aussi celui qui a résisté le moins longtemps, puisqu'il mourut au cinquième jour; tandis que chez le second, qui fut pris deux jours seulement après la mère, les accidents offraient bien moins de gravité, à tel point qu'il n'a succombé qu'au quinzième jour, bien que dans des conditions hygiéniques plus mauvaises, puisqu'il prit toujours le lait d'une mère aussi malade que lui.

Faut-il voir entre ces deux faits une relation ou une simple coïncidence?

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Cas remarquable de névrose.

Par M. le docteur E. Sonrier, médecin-major.

Mystérieuses dans leurs causes, étranges dans leurs évolutions morbides, le plus souvent réfractaires à toute sorte de traitement, les névroses, si bien décrites par les auteurs, toujours si obstinées à se dégager de moins en moins de l'inconnu, se présentent parfois sous des formes tellement bizarres, que nous avons cru devoir transcrire une observation curieuse recueillie en province.

Mlle Marie R..., de Mirecourt, quatorze ans et demi, frêle et délicate, chloro-anémique, tempérament nerveux, intelligence très-développée, physionomie spirituelle, nous est amenée par ses parents, le 8 juillet dernier, pour une affection dont elle est atteinte depuis quinze jours. Jusqu'alors elle a joui d'une santé assez bonne; un de ses cousins est atteint d'épilepsie.

Après avoir éprouvé quelques malaises épigastriques (étouffements remontant de l'hypogastre), elle est tout à coup prise d'accidents épileptiformes, qui se renouvellent plusieurs fois par jour, et dont voici les principaux caractères: contractions toniques des membres avec incurvation du torse en avant; expression douloureuse de la face, un peu de trismus sans écume à la bouche, intelligence lucide, facultés sensoriales intactes, yeux entr'ouverts, pupilles modérément dilatées, face à peine vultueuse, défaut de coordination des mouvements des bras, qui restent déployés et contractés pendant huit ou dix secondes (catalepsie), ou bien s'agitent follement. Abdomen tuméfié avec ballonnement; mouvements antéro-postérieurs du bassin comme dans un coït imaginaire, avec une physionomie exprimant une satisfaction intérieure (hystérie).

Si lorsqu'elle est dans cet état vous lui touchez les mains, la robe même, vous déterminez chez elle des commotions douloureuses électriques, qui lui font jeter des cris aigus; elle éprouve alors, dit-elle, des battements dans la tête et des tiraillements à la nuque et le long de l'épine dorsale. Lorsqu'une crise ne vient pas mettre fin à cette série de phénomènes convulsifs, il suffit de frotter légèrement l'avant-bras en étendant les doigts comme pour écouler le fluide, et briser cette contracture musculaire.

Enfin, une dernière manifestation de cette affection complexe, c'est le passage d'accidents purement convulsifs à une phase de phénomènes de somnambulisme.

La jeune malade s'infléchit et tombe sous la douleur d'une contraction, se relève aussitôt comme pour se dégager de cette étreinte, s'agite, court, veut sortir par la fenêtre (premier étage), parle avec une volubilité étonnante et tient une conversation incohérente, mais qu'on peut diriger dans une voie assez rationnelle; vous racontez une petite histoire sur les excentricités de la crinoline; veut à toute force laver les parquets; prend un bâton et vous frappe doucement, puis saisit une lanterne allumée en plein midi pour chercher quelque chose (les yeux sont clos à demi, les pupilles nullement dilatées, les attouchements n'ont plus rien d'électrique); montre sur le mur un objet imaginaire, hideux, recule d'effroi, et cache son regard dans ses mains; repousse ses parents comme des étrangers qu'elle ne connaît pas; sa tête est brûlante et les extrémités des membres glacées; la pâleur de la face et les lèvres livides annoncent la fin de l'accès, et bientôt, sous sa dernière grimace, on voit poindre son premier sourire qui est pour sa mère.

Outre l'aberration des facultés intellectuelles, car elle ne se rappelle rien, quoiqu'elle reconnaisse les objets, qu'elle chante avec justesse, qu'elle écrive ce qu'elle ressent, il faut aussi noter les hallucinations des facultés sensoriales. Ainsi la couleur rouge lui paraît grise; la grise, verte; la noire seule lui apparaît sous sa véritable couleur. Tout l'irrite et l'agace: le violon, la plume sur le papier; elle n'est en repos nulle part, et s'étend immobile sur le parquet.

Au début, les crises duraient de quatre à six minutes; plus tard, une demi-heure; la plus longue fut du 2 au 14 août. Nous avons assisté le 14 octobre à une crise qui dura quatre heures et demie.

Nous arrivons au traitement, pour vous dire de suite que cette névrose partage avec beaucoup d'autres affections le triste privilége d'être l'opprobre de l'art. Cette pauvre enfant, après plusieurs consultations à Mirecourt, à Nancy, a tout essayé, antispasmodiques, valériane, assa-fœtida, éther, chloroforme, belladone, bains de Baréges, etc., tout, *intus et extra*, sans voir aujourd'hui (décembre) une grande amélioration à son état.

Un médecin lui a prescrit des sangsues bien intempestives à l'anus; cette médication n'a fait qu'aggraver les accidents.

A notre première visite, remarquant que chez elle il y avait un peu de chloro-anémie, confirmée par le stéthoscope, nous avons pensé que la première indication à remplir était de diriger les forces de l'organisme vers l'établissement d'une fonction importante qui devait, en enchaînant les actes du système nerveux, amener une solution favorable.

Pour atteindre ce but, en même temps que nos efforts tendirent à hâter l'apparition du flux cataménial par les préparations ferrugineuses les plus actives (fer réduit par l'hydrogène, eaux de Vittel), nous avons recommandé l'exercice et le travail manuel avec une sobre dispensation d'air et de lumière, afin d'établir une dérivation sur le système nerveux et de corriger ses turbulentes aberrations. Régime tonique composé de viandes rôties; bains tempérés dans la rivière du Madon; défense de tout travail intellectuel. Tisane d'armoise, cataplasme sinapisé aux cuisses. Injections tièdes et froides alternées aux parties génitales.

Cette médication, en octobre, n'a produit que des résultats insignifiants; les troubles du système nerveux existent toujours; ils durent même plus longtemps, mais sont moins fréquents. La malade mange avec appétit, dort très-bien, et accuse moins de souffrance pendant les accès.

En désespoir de guérison, nous avons prescrit le sirop de sulfate de strychnine à la dose de 5 milligrammes dans les vingt-quatre heures.

Les nouvelles que nous venons de recevoir de notre intéressante malade sont plus rassurantes; elle a grandi, prend de l'embonpoint, et tout semble présager une prochaine guérison.

Nous pensons que cette observation originale, 1° par sa nature électrique, 2° par ses symptômes nerveux mêlés de somnambulisme, 3° par ses phénomènes complexes, 4° par la localisation du mal dans le cervelet et la moelle épinière, devait être livrée à la publicité.

MORTALITÉ DES NOUVEAU-NÉS due à l'allaitement artificiel.

Cette cause de mortalité est-elle aussi active qu'on le dit partout? La seule substitution du lait d'une nourrice à celui de la mère augmente-t-elle, comme M. Benoiston de Châteauneuf l'a observé, la mortalité de 10/64 par 100? M. Routh, dans un mémoire lu devant la Société médicale de Londres, affirme que cette influence a été exagérée. Ainsi que M. Hervieux, il attribue une grande part de la mortalité au défaut d'exercice, à la situation horizontale où on laisse les nourrissons dans les hospices d'enfants trouvés.

D'après ses recherches, basées sur une statistique étendue et soigneuse, le nombre des décès au-dessous de cinq ans est du double plus considérable dans les villes qu'à la campagne. Et, en outre, cette différence entre la ville et la campagne est sept fois plus considérable quand les enfants sur lesquels le calcul porte sont des enfants trouvés.

Néanmoins, en Irlande, la différence entre la mortalité de la ville et celle de la campagne n'est que de 30 pour 100 à 22 pour 100.

D'après les tables de M. Wakefield, le *transport* des enfants d'un lieu à un autre aggrave les chances de mort qui les attendent. Selon cet observateur, si la distance dépasse 60 kilomètres, la mortalité ordinaire, qui est de 48 pour 100, s'élève à 57 pour 100. Mais M. Routh établit que le transport *pendant la saison chaude* n'est point préjudiciable.

En somme, l'absence d'allaitement naturel n'élève la mortalité que de 3/4 d'unité pour 100. C'est aux autres causes (défaut d'exercice et abus de l'attitude couchée) qu'on doit surtout rapporter les nombreux décès constatés parmi les enfants des hospices. L'atmosphère elle-même de l'hôpital, ainsi que l'influence des maladies contagieuses qui y règnent, viennent s'ajouter aux autres causes; de sorte que l'auteur propose finalement:

1° De construire les hôpitaux d'enfants trouvés dans la campagne;

2° D'y substituer aux grandes salles des chambres séparées de trois ou quatre lits au plus, avec une nourrice attachée à chaque chambre. (*Med. Society of London* et *Gaz. méd. de Lyon.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er février 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Un rapport de M. le docteur Barrera sur une épidémie de fièvres

bilieuses qui a régné dans la commune de Nohèdes (Pyrénées-Orientales), en 1858. (Commission des épidémies.)

2° Un travail manuscrit de M. le docteur Alibert, médecin inspecteur des eaux minérales d'Ax, intitulé : *Traité des eaux d'Ussat et d'Audinac.* (Commission des eaux minérales.)

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre par laquelle M. le docteur Liégard sollicite le titre de correspondant. (Commission des correspondants.)

2° Une note sur le traitement de l'angine diphthéritique par M. le docteur Limousin (de Bergerac).

3° Une lettre de M. le docteur Pons (de Bez), près le Vigan, contenant quelques appréciations à propos du tubage et de la trachéotomie.

Nouveau sécateur de l'urèthre. — M. le docteur Favrot soumet à l'appréciation de l'Académie un nouveau sécateur trilame perfectionné de l'urèthre.

Il diffère de celui qu'il a présenté déjà dans la séance du 18 octobre 1853 :

1° Par son mécanisme extrêmement simple, qui permet au chirurgien de le démonter lui-même ;

2° Par la précision exacte qu'on peut obtenir à l'aide d'un curseur, sorte d'anneau métallique fixé par une vis, qui permet, lorsque le point du rétrécissement a été établi au moyen d'une bougie exploratrice de même calibre, de porter sur la tige en métal la mesure exacte du point rétréci ;

3° Enfin, parce que les lames sortantes, si elles viennent à rencontrer une résistance très grande, ne sont pas susceptibles de se replier sur elles-mêmes. Cette condition a été obtenue en substituant au ressort qui les faisait écarter précédemment, une tige métallique en forme de coin, qui, par suite de la traction opérée sur elle-même, les force à s'écarter et les maintient fixement au degré de sortie qu'on veut leur donner.

Sonde rugine pour les résections sous-périostées. — M. L. MATHIEU présente à l'Académie une sonde-rugine qu'il a exécutée d'après les indications de M. le docteur Ollier.

Cet instrument est destiné à détacher le périoste de l'os dans les résections et à protéger cette membrane contre l'action de la scie.

Il se compose essentiellement d'une tige d'acier recourbé de 15 à 16 centimètres, profondément cannelée le long de sa concavité. Cette tige est fixée sur un manche de bois et se termine par une extrémité libre, aplatie, semi-tranchante, et large de 7 millimètres. Cette extrémité est destinée à détacher le périoste et à ruginer l'os là où son enveloppe fibreuse est trop adhérente. Une fois la dénudation opérée sur toute la circonférence du cylindre osseux, on passe la sonde entre le périoste et l'os. La convexité est du côté du périoste et la concavité du côté de l'os. On introduit alors une scie à chaîne le long de la cannelure, et la sonde, restant en place, protége le périoste sans gêner les mouvements de la scie.

L'instrument est recourbé près de son extrémité libre pour s'accommoder à la conformation des diverses régions. L'extrémité libre est percée d'un chas de navette destiné à accrocher préalablement une anse de fil qui servira à conduire la scie à chaîne. Mais cette ouverture n'est pas indispensable, puisque avec une aiguille courbe on arrive au même résultat.

La longueur de la sonde telle qu'elle vient d'être indiquée ayant des inconvénients en certains cas, à cause de l'éloignement du point d'appui, on a rendu la partie cannelée mobile dans le manche. On peut la diminuer de plus de la moitié : une vis la fixe solidement dans la position voulue.

A l'aide de cet instrument, les résections sous-périostées deviennent praticables, même dans les cas en apparence les plus défavorables.

— M. VELPEAU présente au nom de M. le docteur Picard la traduction française du *Précis théorique et pratique de l'art des accouchements* de M. le professeur Scanzoni.

— M. CHATIN dépose sur le bureau un travail de M. Eug. Caventou sur les fébrifuges des diverses contrées.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Nicolas-Claude Laroche, membre correspondant à Angers.

M. HUGUIER demande la parole à propos du procès-verbal.

Messieurs, dit-il, j'ai avancé dans la dernière séance des faits qui ont pu paraître extraordinaires à ceux qui les entendaient énoncer pour la première fois. Je viens aujourd'hui fournir des preuves à l'appui de mes assertions.

Je rappellerai d'abord que, pendant la vie intra-utérine, l'estomac et l'intestin grêle sont des organes d'attente, pour ainsi dire, et qui ne jouent encore qu'un rôle très-secondaire, étant seulement destinés à digérer, à élaborer les sucs qui s'exhalent à leur surface muqueuse ; aussi ces différents départements du tube digestif ont-ils des dimensions relativement très-exiguës. Il n'en est pas de même du gros intestin, et surtout de ses dernières portions : celles-ci, servant de réservoir aux résidus digestifs, au méconium, acquièrent des proportions assez considérables en longueur et en volume. De là ce développement énorme de l'S iliaque, qui, se trouvant à l'étroit dans la fosse iliaque gauche, passe au-dessus du détroit supérieur jusque dans la fosse iliaque droite, et de là plonge dans le bassin pour se continuer avec le rectum, comme je l'ai déjà exposé.

Ces jours derniers encore, j'ai pu constater cette disposition sur un certain nombre de fœtus ou d'enfants nouveau-nés dans les pavillons de l'Ecole pratique. M. Broca m'ayant objecté que cette particularité anatomique ne se rencontrait peut-être point chez les enfants imperforés, je lui ai montré des planches dessinées d'après nature, et qui démontrent la constance du fait dont il s'agit. Voici ces planches ; je prie l'Académie de vouloir bien vérifier l'exactitude de ce que j'avance.

Maintenant, pour lever tous les doutes, je vais ouvrir en votre présence ce cadavre d'un enfant de trois ou quatre jours. Veuillez vous assurer par vous-mêmes, Messieurs, de la position et de la direction de l'S iliaque sur ce sujet.

Je crois donc que c'est là une vérité désormais bien établie. Quelles conséquences pratiques devons-nous en tirer ?

1° Quand on voudra rétablir l'anus dans la région ordinaire ou ano-périnéale chez les enfants imperforés, on devra diriger les recherches non point en arrière et à gauche, comme on le fait généralement, mais en avant et à droite.

2° Si l'anus ne peut pas être refait dans sa position normale, et qu'il soit nécessaire de recourir à un anus contre nature suivant la méthode de Littre, il y aura de grands inconvénients à opérer à gauche par le procédé ordinaire, tandis qu'il y aura les plus grands avantages à opérer à droite, comme je l'ai déjà dit dans la dernière séance.

Si l'on opère à gauche, on ne rencontre plus l'S iliaque ; mais on tombe, le plus souvent, sur une anse d'intestin grêle ; de là une très-longue portion du tube digestif perdue pour l'avenir. Enfin, si l'on veut suivre le conseil donné par M. Velpeau, c'est-à-dire rechercher l'ampoule rectale à l'aide d'une sonde dirigée de haut en bas dans l'intestin divisé, on éprouve des difficultés excessives, quelquefois même on n'y peut réussir, à cause de l'extrême longueur de l'S iliaque, qu'il faut parcourir tout entière.

En opérant à droite, on évite tous ces inconvénients.

La méthode de Littre, telle qu'elle est généralement connue et suivie, expose incontestablement à l'épanchement des matières fécales dans le péritoine. C'est un immense danger qu'on pourrait éviter, ce me semble, en adoptant la modification que je propose, et qui consiste, lorsque la paroi abdominale a été incisée à droite, à ouvrir l'intestin non plus avec le bistouri, mais avec un trocart, que l'on conduit ensuite de haut en bas, suivant la direction du gros intestin, de manière à le porter jusqu'à la région anale, où il devient ainsi très-facile de rétablir l'ouverture terminale du tube digestif. Il suffit, pour prévenir tout accident d'épanchement dans le péritoine, de fermer la petite plaie résultant de la ponction de l'intestin avec un point de suture.

Dernièrement j'ai perdu, à l'hôpital Beaujon, une jeune fille de 19 à 20 ans, à laquelle j'ai pratiqué une opération d'entérotomie inguinale gauche pour remédier à des accidents d'étranglement interne qui menaçaient ses jours. A l'autopsie, j'ai constaté qu'il y avait deux mètres et demi de gros intestin au-dessous du point où j'avais opéré. Je suis presque sûr que j'aurais pu sauver la vie à cette malade, si j'avais opéré à droite.

Je crois donc qu'il y aurait avantage, même chez l'adulte, à pratiquer l'entérotomie dans la fosse iliaque droite.

M. VELPEAU. Les comptes rendus de la dernière séance, dans l'analyse qu'ils ont donnée du rapport de M. Robert, m'ont fait dire des choses que je n'ai jamais articulées.

Ainsi, je n'ai jamais prétendu qu'il fût impossible d'obtenir des cures radicales chez les enfants imperforés. J'ai dit, il y a deux ans, que je ne connaissais point d'exemple de guérison définitive, et j'ai exprimé le désir que ceux de nos confrères qui possédaient quelque fait de ce genre le fissent connaître à l'Académie.

En second lieu, on m'a montré comme un partisan de la méthode de Callisen ; c'est tout le contraire, j'ai déclaré que je préférais celle de Littre.

Je prie donc M. le secrétaire annuel de vouloir bien tenir compte de cette rectification pour la rédaction du *Bulletin*.

M. ROBERT. Tout ce qu'a dit M. Huguier ne tendrait à rien moins qu'à modifier l'état de la science en matière d'entérotomie. Ceci mérite un sérieux examen, et ne peut être accepté sans discussion.

Le fait anatomique annoncé par notre collègue est exact ; l'S iliaque se trouve à droite chez l'enfant nouveau-né. Mais ce que je conteste, c'est la question pathologique telle qu'il l'a posée.

Ainsi je prétends qu'on peut très-bien rencontrer le côlon descendant à gauche, si l'on a soin de pratiquer l'opération comme le recommande Duret, un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Les opérations de Duret, deux tentatives que j'ai faites moi-même suivant ce procédé, ne laissent aucun doute à cet égard. Je ne pense donc pas que la disposition anatomique signalée par M. Huguier chez le fœtus, soit de nature à faire rejeter l'opération de Littre modifiée par Duret.

Chez l'adulte, c'est bien différent. Je suis d'avis d'opérer à droite dans les cas d'occlusion intestinale. Car, comme on ne peut guère, dans la majorité des cas, déterminer le siége précis de l'obstruction, il y aura toujours avantage à pratiquer l'entérotomie sur le cœcum. Or rien n'est plus facile que de découvrir cette portion de l'intestin, ainsi que j'ai pu m'en assurer dernièrement sur un malade atteint d'étranglement interne, et que j'ai opéré dans le service de M. Legroux. Ce malade a succombé ; mais je crois qu'on eût pu le sauver, si l'opération eût été pratiquée plus tôt. Je suis convaincu, en effet, que beaucoup d'insuccès de gastrotomie résultent d'une trop longue temporisation. C'est encore à cette circonstance que j'attribue la mort d'une malade que j'ai opérée à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Barth.

M. VELPEAU. Il semblerait plus rationnel, *à priori*, de pratiquer l'opération de Littre à gauche pour aller à la recherche de l'S iliaque ; mais M. Huguier a si bien établi que cette portion de l'intestin occupe le côté droit chez les enfants nouveau-nés, qu'il est, je crois, préférable d'opérer dans la région inguinale droite. D'ailleurs, je voudrais que le précepte fût posé d'une manière plus générale, et qu'on dît, par exemple, que l'anus artificiel doit être placé sur le côlon descendant et le plus bas possible. Maintenant resterait à déterminer par quels signes certains on pourrait parvenir à s'assurer au préalable de la position exacte du côlon descendant.

Quant à l'opération de l'anus artificiel chez l'adulte, c'est une question tout à fait à part. Seulement je ferai observer qu'elle est rarement d'une utilité parfaitement démontrée. En effet, les obstructions intestinales pour lesquelles on la pratique viennent de deux causes principales, ou d'un simple arrêt des matières stercorales, qui finit par disparaître spontanément, et pour lequel l'intervention chirurgicale est superflue, ou d'une lésion organique grave, d'une affection cancéreuse, par exemple, qui tuera tôt ou tard le malade, ou l'exposera sans cesse à de nouveaux accidents : ici encore l'opération est inutile. Cependant je conviens qu'il y a lieu quelquefois d'opérer ; dans ce cas, je suis peu partisan de la méthode de Callisen, et j'adopte volontiers le conseil de M. Robert, qui veut qu'on pratique l'opération de Littre à droite pour aller à la recherche du cœcum. D'ailleurs, le procédé n'est pas nouveau ; je l'ai indiqué depuis longtemps dans ma *Médecine opératoire*.

M. HUGUIER insiste sur les avantages qu'il y a dans tous les cas, surtout chez le fœtus, à pratiquer l'opération de Littre dans la région iliaque droite. Indépendamment des raisons qu'il a déjà données, il croit devoir ajouter, sous toute réserve pourtant, que si l'opération est faite à droite, les sujets sont moins exposés à la procidence de la muqueuse intestinale, à cause du retrait qu'éprouve l'S iliaque du côlon à mesure que l'enfant grandit.

M. LAUGIER. La discussion me semble porter sur des points tout à fait différents, et qu'il est cependant nécessaire, à mon avis, de ne point confondre ; je veux parler de l'entérotomie chez les enfants nouveau-nés et chez l'adulte. L'opération se pratique dans des cas si différents, pour des lésions si dissemblables chez les uns et chez les autres, que les indications ne sont aucunement les mêmes, et qu'on ne saurait, sans une confusion regrettable, donner les mêmes préceptes pour les deux cas. Je laisserai donc de côté l'entérotomie qui se pratique chez les adultes, et revenant à l'objet unique du rapport de M. Robert, qui a été le point de départ de cette discussion, je dirai que depuis longtemps j'ai démontré combien il était difficile d'atteindre le côlon descendant par la méthode de Callisen, et si dès lors j'avais de bonnes raisons pour préférer la méthode de Littre, à plus forte raison mes préférences sont-elles justifiées aujourd'hui, depuis que M. Rochard nous a communiqué des faits qui militent si bien en faveur de cette méthode.

Quant aux modifications proposées par M. Huguier, elles sont ingénieuses ; mais elles me semblent appartenir encore à la chirurgie improvisée ; il leur manque la sanction de l'expérience pour pouvoir passer dans le domaine de la chirurgie courante.

M. HUGUIER. J'ai dit et je répète que l'espèce d'opération mixte que j'ai proposée plus haut, et qui consiste à faire un anus dans sa position normale après avoir ouvert l'intestin par la région iliaque droite, ne doit être tentée que lorsque l'oblitération du rectum ne remonte pas au delà de 2 à 2 centimètres et demi. Dans les autres cas, je suis d'avis qu'on ait recours à la méthode de Littre pure et simple, mais, j'y insiste une dernière fois, en pratiquant de préférence l'opération à droite.

M. LE PRÉSIDENT. Personne ne réclamant la parole, l'ordre du jour appelle M. Boudet à la tribune pour la lecture d'un rapport.

Procédé pour le dosage de l'acide cyanhydrique. — M. BOUDET, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Poggiale et Chatin, lit un rapport sur un mémoire de M. Buignet, relatif au cyanure double de potassium et de cuivre, et à un procédé nouveau pour le dosage de l'acide cyanhydrique et les liquides qui en contiennent.

Avant les recherches de M. Buignet, dit M. le rapporteur, on connaissait, il est vrai, deux procédés pour le dosage de l'acide cyanhydrique et des cyanures par liqueurs titrées ; l'un, qui est dû à M. Liebig, donne la mesure du cyanogène par la proportion d'une solution d'azotate d'argent titré, qu'il faut employer avant d'obtenir un trouble permanent dans la liqueur soumise à l'expérience ; le second, qui appartient à MM. Fordos et Gélis, et fondé sur la décoloration de la teinture d'iode par le cyanure de potassium. Ces deux procédés sont très-précieux assurément, mais celui de M. Buignet a sur le premier l'avantage d'être basé sur un phénomène de décoloration instantanée qui est plus facile à constater que celui de la précipitation, et il est plus simple dans son exécution.

M. Buignet a en outre enrichi la science d'un sel nouveau, le cyanure double de potassium et de cuivre, dont il a décrit les caractères remarquables.

La commission propose, en conséquence, de remercier M. Buignet de sa communication, et de renvoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

— Plusieurs personnes inscrites pour des lectures ne répondant pas à l'appel de leur nom, la séance est levée avant cinq heures.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS.

Le lundi 28 février 1859, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, avenue Victoria, n° 3, pour la nomination à trois places de médecins au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au sécrétariat général de l'administration.

Les inscriptions seront reçues depuis le jeudi 27 janvier 1859, jusqu'au samedi 12 février suivant, de midi à quatre heures de relevée.

Le secrétaire général, signé L. DUBOST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur N. Laroche, membre correspondant de l'Académie de médecine, plusieurs fois président de la Société de médecine et de l'Association médicale d'Angers, qui pendant une grande partie de sa vie a rempli des fonctions municipales dans cette ville, vient d'y terminer à 90 ans sa longue et honorable carrière. Ses obsèques ont été célébrées au milieu d'un concours immense. Ses collègues, MM. les docteurs Daviers et Lachèse, ainsi que M. Duboys, maire de la ville, ont payé un juste tribut d'éloges à la mémoire de cet homme de bien, dont la vie entière fut consacrée au soulagement de l'humanité. M. Laroche laisse deux fils, professeurs l'un et l'autre à l'Ecole secondaire d'Angers.

— M. le docteur Allain-Dupré, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine de Tours, médecin en chef du quartier d'aliénés d'Indre-et-Loire, vient de succomber, dans les environs de Paris, aux suites d'une cruelle maladie qui le retenait éloigné de la pratique médicale depuis près d'un an. Notre honorable confrère était à peine âgé de cinquante-deux ans.

M. le docteur Danner a été nommé médecin en chef du quartier d'aliénés d'Indre-et-Loire, en remplacement de M. Allain-Dupré.

Toutes les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises pour être reliées sont maintenant prêtes. Nos confrères peuvent donc les faire prendre dès à présent dans nos bureaux.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'anesthésie cutanée hystérique (1).

M. Briquet et la plupart des auteurs qui ont écrit dans ces derniers temps sur l'hystérie, ont noté ce fait, que l'anesthésie siége presque toujours dans le côté gauche du corps. M. Voisin a pu vérifier l'exactitude de cette assertion. Sur dix malades, il en a trouvé un seul qui, par exception, présentait la paralysie à droite.

L'anesthésie coexiste quelquefois dans une même région avec l'hyperesthésie. Mais il faut s'entendre ici sur la valeur respective de ces deux termes, qui semblent, au premier abord, impliquer une contradiction. M. Briquet a constaté par ses persévérantes études que ce que l'on désigne sous le nom d'hyperesthésie hystérique n'est point le phénomène opposé à l'anesthésie, c'est-à-dire une exaltation de la sensibilité cutanée, mais bien une douleur musculaire. On comprend dès lors que ces deux états, parfaitement indépendants l'un de l'autre et siégeant dans des organes différents, puissent exister simultanément dans la même région. Cette différence de siége anatomique explique aussi comment M. Briquet peut galvaniser les régions hyperesthésiées sans provoquer de vives douleurs.

M. Voisin admet deux formes d'anesthésie cutanée :

1° Une forme légère, qui suit les premières attaques : elle n'est que passagère et d'une durée de quelques heures au plus;

2° Une forme grave succédant à des attaques réitérées, symptomatique de l'hystérie confirmée, et qui peut persister pendant plusieurs annése.

L'étude symptomatologique de l'anesthésie a révélé des faits intéressants. Voici ce que M. Voisin a constaté d'abord par l'analyse des phénomènes du tact passif, c'est-à-dire des sensations perçues sans l'intervention de la volonté, et ayant leur siége sur toute la surface de la peau, ce qui comprend la sensation de douleur, celle de contact et de température.

La diminution ou l'absence de la sensation de douleur, ou l'analgésie, est le premier phénomène paralytique de l'hystérie. Il apparaît toujours, suivant M. Beau, avant la paralysie de la sensation de contact. Cette assertion a été vérifiée dans tous les cas qui se sont offerts à l'observation de M. Voisin.

L'analgésie est complète ou incomplète. — Tout d'abord incomplète après les premières attaques, elle ne devient absolue que lorsque la maladie est déjà ancienne.

Certaines malades atteintes d'analgésie incomplète présentent ceci de particulier quand on les pince : pendant quelques secondes, aucune douleur; la douleur ne se manifeste que si l'on pince très-fort, c'est-à-dire au summum de pression. D'autres fois, la malade n'éprouve la douleur que quelques secondes après qu'on a cessé de pincer.

Chez certaines hystériques, l'analgésie est localisée dans certains points du corps très-limités. Chez l'une, c'était la conjonctive oculaire gauche; chez une autre, un point limité de la face externe du bras gauche; chez la plupart, l'analgésie occupe toute la moitié gauche du corps.

Les malades sont plus ou moins insensibles aux piqûres, à l'application du pinceau électrique. On arrive, par ce dernier moyen, à rougir la peau sans qu'elles en éprouvent la moindre sensation douloureuse.

L'analgésie existe aussi bien dans les muqueuses qui tapissent les ouvertures naturelles. Chez la plupart des malades observées par M. Voisin, la muqueuse de la narine gauche était insensible aux piqûres.

L'insensibilité du contact est regardée par M. Beau comme ayant une valeur symptomatique plus grave que l'analgésie. M. Voisin a constaté aussi que la sensation de douleur disparaît plutôt que la sensation de contact. De même que l'analgésie, la paralysie de la sensation de contact est ordinairement bornée au côté gauche, quelquefois en des points limités; plus rarement elle s'étend à toute la surface de la peau.

La sensation de température absolue disparaît à un degré plus avancé de l'hystérie que celui où disparaît l'analgésie. Les malades sont également insensibles au froid et au chaud. La perte de cette sensation peut aussi n'affecter qu'une moitié du corps. On peut promener sur les parties anesthésiées des corps très-chauds sans provoquer aucune sensation; la peau rougit sans que les malades en aient la moindre conscience. Sans être diminuée ou abolie, la sensation de température peut être pervertie. Ainsi, chez une malade observée par M. Landry, l'approche d'un corps modérément chaud donnait l'idée de brûlure. Chez une autre, une compresse mouillée d'eau à une température supérieure à zéro, donnait la sensation de la glace, et l'eau tiède paraissait bouillante.

Le toucher proprement dit s'altère également. Les malades qui présentent cette altération arrivent à ne plus prendre part aux impressions extérieures qu'en se servant du sens de la vue. Elles peuvent, en effet, en s'aidant de la vue, se servir de leurs mains et acquérir ainsi les notions que fournit le toucher; mais si on leur bande les yeux le toucher est aussitôt très-imparfait, sinon aboli; elles ne savent plus guider leurs mains à les adapter aux objets extérieurs. Nous avons rapporté il y a quelques années quelques faits de ce genre, que M. le docteur Duchenne (de Boulogne) avait signalés à notre attention.

M. Voisin distingue, sous ce point de vue, les altérations du toucher, suivant que l'activité musculaire n'est qu'affaiblie ou qu'elle est complétement abolie.

Dans le premier cas, la malade peut, alors même qu'elle a les yeux bandés, avoir une des notions que fournit le toucher; mais cette notion est imparfaite ou fausse; ainsi, un corps très-léger semble lourd; la température relative et la forme des objets sont mal appréciées.

Dans le second cas, la malade n'a plus aucune notion des corps qu'on lui met dans la main, de leur température relative, de leur forme, de leurs dimensions, de leur poids relatif. Si, au contraire, on lui laisse l'usage de la vue, elle a une notion très-nette des objets. Le sens de la vue remplace pour ainsi dire le toucher.

Le diagnostic de l'anesthésie cutanée hystérique est le plus souvent facile. Il se fonde sur les antécédents, la marche des accidents, l'absence de paralysie, de la motilité le plus ordinairement, et la mobilité des symptômes.

Nous n'avons pas besoin d'insister ici sur les caractères connus de la paralysie symptomatique d'une affection organique des centres nerveux, que tous les praticiens sauront certainement distinguer des caractères qui précèdent. Disons seulement que dans le cas d'altération organique, la paralysie de la motilité précède toujours l'anesthésie cutanée.

Mais si la distinction est facile entre ces deux ordres d'affections, il n'en est pas de même entre la paralysie hystérique et la paralysie chlorotique. La distinction ici est d'autant plus difficile que la chlorose accompagne le plus ordinairement l'hystérie.

La thérapeutique de l'anesthésie hystérique repose sur deux chefs principaux : le traitement de l'anesthésie et celui de l'hystérie elle-même. Le traitement de l'anesthésie consiste principalement dans l'usage des frictions irritantes, de l'hydrothérapie, du massage, de la strychnine, de la brucine, etc. M. Voisin a souvent été témoin, dans le service de M. Briquet, de l'application de l'électrisation localisée d'après la méthode de M. Duchenne (de Boulogne), et il l'a vue réussir maintes fois. Mais il l'a vue échouer aussi dans les paralysies très-anciennes de la sensibilité qui résistent également à tous les autres moyens.

Les faits observés à cet égard par M. Voisin ne font que confirmer ceux que nous avons été à même de constater nous-mêmes et de signaler plusieurs fois ici à nos lecteurs.

Épanchement de sang dans le sinus caverneux du côté gauche diagnostiqué pendant la vie.

M. le docteur Ludovic Hirschfeld a présenté à la Société de biologie les pièces pathologiques d'une femme qui a succombé à un épanchement dans le sinus caverneux gauche, et qui a donné lieu pendant la vie à une question de diagnostic d'un grand intérêt.

(1) Voir le numéro du 29 janvier.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes, par M. L. A. BECQUEREL, médecin de l'hôpital de la Pitié, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. (1).

La science est depuis longtemps fixée sur le degré de fréquence des affections utérines. Hippocrate pouvait déjà dire : *Morborum omnium qui muliebris vocantur uteri in causa sunt.* Les nombreux livres qu'on a écrits depuis prouvent bien que tous les âges ont été témoins des souffrances de l'utérus, et que les médecins de tous les temps ont songé à le guérir.

De nos jours le mal est à tel point général, que des hommes étrangers à l'art de guérir s'en préoccupent. « Ce siècle, dit M. Michelet, dans son dernier ouvrage intitulé l'*Amour*, sera nommé celui des maladies de la matrice. » Et le célèbre écrivain de gémir sur cette plaie qui ronge la noble compagne de l'homme, tout en poussant l'espèce humaine vers la dégénérescence.

Que les maladies de l'utérus soient actuellement plus fréquentes que jamais, ce fait ne nous paraît acquis à la vérité, mais nous avons la confiance qu'on pourra dire un jour que ce fut vers le milieu du dix-neuvième siècle que furent débrouillés les points obscurs de l'histoire des maladies de l'utérus, et qu'on posa les règles d'une thérapeutique véritablement rationnelle.

L'un des ouvrages qui contribuent le plus à opérer cette révolution si désirable, est certainement le *Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, par M. Becquerel.

On verra, par l'indication rapide des grandes divisions de ce traité, qu'il est non-seulement digne de l'intérêt de la généralité des praticiens, par l'exactitude avec laquelle y sont décrits tous les détails relatifs aux maladies de l'utérus, mais encore qu'il devra devenir le guide indispensable de tous ceux qui désirent suivre les progrès de cet ordre d'études. En effet, les points litigieux relatifs à la pathologie et à la thérapeutique, ont été élucidés par des faits nouveaux tirés d'une longue et sérieuse expérimentation; car pour apporter un peu de lumière dans ce chaos d'affections souvent confondues entre elles, ou méconnues soit dans leur nature, soit dans leurs formes, l'auteur a consacré près de dix années à des recherches spéciales faites en ville, et surtout dans les hôpitaux de Lourcine et de la Pitié.

Pour donner une idée du soin avec lequel s'y trouve rempli tout le cadre nosologique des affections utérines, je vais parcourir rapidement l'ouvrage entier, tout en indiquant quelques-unes des principales modifications originales.

L'ouvrage est divisé en trois grandes parties, aussi naturelles que le comporte le sujet, et en un appendice statistique qui a aussi, comme on le verra, son originalité. Cet appendice est relatif d'un côté à l'état anatomique et pathologique de 100 utérus recueillis sur des femmes mortes de maladies diverses, et de l'autre à l'inventaire des maladies utérines traitées par l'auteur à la Pitié, dans le courant de l'année 1858.

Revenant sur chacune des trois grandes divisions, nous trouvons en tête de la première partie un historique où se trouvent enregistrés les travaux les plus importants qui ont été faits depuis Hippocrate jusqu'à la mémorable discussion académique de 1849, où les principales théories et les idées pratiques qui ont successivement régné dans la science, y sont soumises à une judicieuse critique. Après la lecture de cette savante bibliographie, on est préparé à suivre l'auteur vers des recherches nouvelles, et en quelque sorte tout désireux d'apprendre de lui les résultats définitifs de ses efforts unis à ceux de ses devanciers et de ses contemporains.

Les deux chapitres suivants, consacrés à l'anatomie, à la physiologie et aux vices de conformation des organes génitaux de la femme, manquent dans la plupart des publications analogues. Un semblable ouvrage cependant ne peut être complet qu'à la condition de comprendre les éléments de comparaison entre l'état normal et l'état morbide proprement dit. L'étude anatomo-pathologique détaillée de chacune des lésions de l'utérus et de ses annexes, faite à l'œil nu et au microscope, demandait à être précédée au moins d'un résumé des connaissances nouvellement acquises sur l'anatomie et la physiologie de ces organes. Ce travail, qui sortait un peu des attributions du médecin-praticien, a été rédigé d'après les conseils et les données de M. le docteur Béraud, ex-prosecteur de Clamart.

Enfin, le dernier chapitre de cette première partie traite de la pathologie générale de l'utérus et de ses annexes.

Cette étude ayant surtout pour but de montrer les rapports nombreux qui unissent entre elles les maladies utérines, apporte une clarté remarquable dans les différentes parties de leur histoire; elle nous montre, par exemple, comment une lésion peut être le résultat de l'extension d'une autre lésion, ainsi qu'on l'observe pour les inflammations partielles qui se généralisent. Les doctrines controversées y sont exposées avec tous leurs droits à la discussion; les noms propres abondent, la plus grande justice est rendue à chacun. En outre, la

(1) 2 vol. in-8° avec atlas. Chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Voici l'histoire de ce fait, que nous empruntons au dernier compte rendu de cette Société.

Une femme de soixante-douze ans, bien constituée et de forte corpulence, entre le 7 janvier à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Antoine), dans le service de M. le professeur Rostan. Elle raconte qu'il y a deux mois environ, ses jambes s'étant embarrassées dans le brancard d'une voiture, elle tomba sur le pavé et se fit à la racine du nez une large ouverture par laquelle elle perdit une assez grande quantité de sang. La plaie se cicatrisa. Mais un mois plus tard, sans aucun phénomène précurseur, sans étourdissements, sans éblouissements, sans douleurs de tête, elle ne put relever la paupière supérieure abaissée, et le globe de l'œil resta complétement immobile et porté un peu en avant. Il y eut en outre anesthésie de la peau de la paupière, de l'aile du nez et du front.

C'est dans cet état que la trouva le lendemain de son entrée à l'hôpital M. Ludovic Hirschfeld, chargé alors du service en l'absence de M. Rostan. La malade, du reste, jouissait de toute son intelligence, et donnait avec facilité tous les renseignements qu'on lui demandait.

Où siégeait la lésion cause de ces troubles fonctionnels ? quelle en était la nature ?

La question de l'hémorrhagie cérébrale fut de prime abord écartée, les symptômes précurseurs manquaient ; et la paralysie étant très-limitée, il aurait fallu admettre une hémorrhagie cérébrale assez circonscrite pour n'intéresser que les nerfs se rendant dans l'orbite (le nerf optique excepté).

Le diagnostic porté fut celui-ci : tumeur peu étendue comprimant les nerfs de l'œil avant leur entrée dans l'orbite, c'est-à-dire au niveau de la fente sphénoïdale ; ou bien tumeur située dans le fond de l'orbite comprimant les nerfs de l'œil, et expliquant par sa présence la procidence du globe de l'œil.

De ces deux hypothèses, dit M. Hirschfeld, la première parut la plus probable ; car dans la seconde, le nerf optique aurait dû être comprimé lui-même, et, par suite, le trouble de la vision beaucoup plus considérable que celui que l'on observait.

Pour déterminer la nature de la tumeur, il fut fait aussi deux hypothèses : ou bien c'était une tumeur formée par un épanchement de sang, ou bien une tumeur encéphaloïde. La marche rapide des accidents fit pencher pour la première hypothèse. Ainsi le diagnostic définitif fut celui-ci : *Epanchement de sang comprimant les nerfs moteurs de l'œil avant leur entrée dans l'orbite.*

La marche de la maladie fut la suivante :

Le 9 janvier, surlendemain de l'entrée de la malade, application d'un petit vésicatoire volant sur la tempe du côté gauche.

Le 10, il se déclare un érysipèle de la face ; l'érysipèle fait de rapides progrès, envahit le cuir chevelu ; fièvre intense, coma, et la malade succombe le 17 janvier à neuf heures du soir.

Voici ce que la nécropsie a présenté : Les téguments du crâne sont dans presque toute leur étendue œdématiés, et tel est leur décollement que les os du crâne, entièrement à nu, baignent dans une sérosité claire et limpide à droite, purulente à gauche, là où l'érysipèle a pris son point de départ.

La cavité encéphalique ouverte laisse voir un cerveau intact, la dure-mère est dans son état normal, un peu adhérente au crâne, ce qui est dû aux progrès de l'âge.

Au niveau de la fente sphénoïdale gauche, et pénétrant dans le sinus caverneux, apparaît un très-léger soulèvement de la dure-mère qui, si ce n'eût été la présomption de siége donnée par le diagnostic, aurait certainement échappé à l'observation.

La paroi externe du sinus caverneux étant enlevée, on découvre une petite tumeur aplatie, du volume d'une grosse amande, de consistance molle, de couleur lie-de-vin, semblant être le résultat d'un épanchement de sang très-peu considérable, ce que d'ailleurs le microscope a complétement confirmé. Placée entre la dure-mère et la tumeur, la branche ophthalmique de Willis éprouvait une compression qui rend compte de l'anesthésie observée sur la peau du front et celle du nez là où se terminent deux de ses branches, le nerf frontal et le nerf nasal.

Quant aux nerfs moteurs de l'orbite, enveloppés par l'épanchement qu'ils traversent, leur paralysie trouve dans cette disposition même son explication toute naturelle.

Le nerf optique est resté en dehors de toute lésion.

Dans l'orbite se trouve un peu de pus provenant du phlegmon de la paupière supérieure.

En renversant la tumeur en dehors, on aperçoit sur l'artère carotide interne, vers le milieu de son trajet dans le sinus caverneux, une petite ouverture circulaire, comme faite à l'emporte-pièce, et qui est traversée par un cordon d'un blanc rougeâtre, long de 7 à 8 centimètres environ et du volume d'un gros fil : l'une de ses extrémités plonge dans la tumeur, l'autre se termine dans l'artère. Ce cordon semble n'être autre chose qu'un caillot fibrineux.

Sur le mode d'administration de l'opium dans la manie.

Nous avons plusieurs fois déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur la médication opiacée dans le traitement de l'aliénation mentale, médication beaucoup trop négligée en France jusqu'à l'époque où MM. Baillarger et Michéa ont contribué par leur exemple et par leurs publications à la remettre en usage. Notre collaborateur, M. le docteur Legrand du Saulle, qui a eu l'occasion, pendant son séjour dans plusieurs asiles d'aliénés, d'expérimenter la méthode stupéfiante, vent d'exposer dans un mémoire que nous avons sous les yeux les résultats de ses recherches cliniques sur ce point important de pratique spéciale. Nos lecteurs nous sauront gré de leur faire connaître le mode d'administration auquel il a été conduit par son expérience à donner la préférence et les résultats qu'il en a obtenus.

Disons d'abord avant de faire cet exposé, que M. Legrand du Saulle pose préalablement ce principe, à savoir que pour lui le *manomètre* de la médication réside dans le surcroît d'agitation et dans l'exaspération de tous les symptômes maniaques, sous l'influence de l'agent narcotique : « C'est à ce point, dit-il, que je n'ai jamais vu rester incurable un malade qui, placé sous l'empire de l'agent stupéfiant, ait présenté une sensible exagération de tous les phénomènes pathologiques précédemment observés ; tandis que je n'ai jamais vu guérir un individu chez lequel l'opium ait déterminé de la dépression dès les premiers jours.

En deux mots, lorsqu'un malade subit l'entraînement opiacé, s'il s'agite en raison directe de la dose du médicament, il guérit ; s'il s'affaisse, au contraire, dès le début, il faut abandonner sur-le-champ cette médication, sous peine de voir apparaître bientôt des accidents. La persévérance en pareil cas est plus nuisible qu'utile, et c'est à d'autres moyens qu'il faut désormais s'adresser pour arriver à une heureuse solution. »

Nous épargnerons à nos lecteurs les détails des essais et des tâtonnements par lesquels notre confrère a dû passer avant d'arriver à la méthode à laquelle il s'est arrêté. Voici cette méthode telle que l'expérience lui a appris à la mettre en œuvre ; nous le laissons parler lui-même.

« Un maniaque vient-il se présenter à mon observation, je l'interroge, me rends bien compte de son état, note avec soin tous les renseignements qui peuvent m'être donnés sur son compte, puis je l'envoie au bain. Le lendemain, je prescris un purgatif, et après l'emploi de ces deux moyens préparatoires dont le temps m'a démontré toute l'opportunité, je formule une potion de 120 grammes avec 2 centigrammes et demi ou 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, à prendre dans les vingt-quatre heures. Tous les deux jours j'augmente la quantité du médicament de 2 centigrammes et demi, si bien qu'en peu de temps j'arrive ainsi à la dose de 20, 30, 40 et 50 centigrammes. C'est, du reste, extrêmement variable, puisque l'élévation progressive de l'opium dépend pour moi du degré d'excitation du malade. Lorsque je juge que l'accès maniaque est arrivé à sa plus haute puissance, je supprime brusquement la médication et ne fais plus que de l'expectation. En général, à partir de ce moment, tous les phénomènes pathologiques vont en s'amendant notablement, et dans un espace de temps qui varie entre huit et trente-cinq jours, l'aliéné entre en convalescence.

» Toutes les fois que j'ai fait entrer dans les potions le laudanum liquide de Sydenham, mes prescriptions ont oscillé, comme limites extrêmes, entre trente et quatre-vingts gouttes, après avoir débuté seulement par six gouttes. Cette préparation serait très-bonne, si elle n'était pas d'une aussi grande amertume, et si elle n'inspirait pas autant de répugnance aux malades. J'ai souvent été, pour cette cause, obligé d'y renoncer.

» Les pilules sont très-mal prises par les aliénés, et le médecin n'est jamais sûr que le médicament administré sous cette forme soit porté jusque dans l'estomac ; aussi ne les ai-je à peu près jamais employées.

» Les sels de morphine sont de précieux agents thérapeutiques, et toutes les fois qu'il était nécessaire de laisser ignorer aux malades les soins dont ils étaient l'objet, c'est à eux que j'avais recours, plaçant moi-même le médicament dans de la tisane, de l'eau ou du vin, et le faisant prendre sous mes yeux. »

M. Legrand du Saulle est pénétré de cette idée, que l'opium prescrit à doses progressives, puis brusquement supprimé, est de la plus grande efficacité dans le traitement de la manie. Quant à l'assoupissement prolongé, aux nausées, aux vomissements, à la céphalalgie, aux vertiges et à la sécheresse au gosier, il ne les a en général constatés que chez les malades réfractaires à l'action de l'opium, et chez lesquels on abandonnait bientôt l'expérimentation. La constipation a été opiniâtre chez presque tous les aliénés ainsi entraînés, mais on s'est toujours efforcé de la prévenir et de la combattre.

La proportion des guérisons a été de trois et demi sur cinq pour les cas de manie aiguë dont le début était récent, et de un et demi sur dix pour les cas de manie chronique dont l'invasion remontait à un, deux, trois, cinq ou six ans.

Nous voudrions pouvoir citer les observations intéressantes qui attestent l'efficacité de cette méthode. Dans l'impossibilité de les rapporter toutes, nous nous bornerons à résumer l'exemple suivant, pris dans la série des cas de manie chronique.

La femme Catherine L..., âgée de soixante-six ans, livrée à des habitudes d'ivrognerie et à toutes les influences de la misère, finit par perdre la raison. Admise à l'asile de Dijon, cette femme n'a jamais quitté le quartier des agitées. Toujours en proie à une violente excitation, ses jours étaient sans repos et ses nuits sans sommeil. Tous les secours de l'art ayant successivement échoué, Catherine a été regardée comme atteinte de manie chronique, taxée d'incurabilité, entourée seulement des soins hygiéniques nécessaires, et mise au régime commun des malades.

Le 1er septembre 1851, elle fut mise à l'usage d'une potion avec cinq gouttes de laudanum liquide de Sydenham ; chaque jour la dose fut élevée d'une goutte, et lorsque la potion fut supprimée, le 4 novembre suivant, la malade était progressivement arrivée à prendre soixante-cinq gouttes de laudanum dans la journée.

Jamais à aucune époque de sa maladie Catherine ne présenta une plus grande agitation que pendant les deux mois qu'elle prit sa potion. Sans cesse camisolée, tant elle devint violente, elle se livra sans frein à tous les emportements de la fureur. Elle mangeait peu, ne dormait point, et poussait jour et nuit des cris entremêlés d'injures, d'imprécations, de blasphèmes, de propos orduriers, etc. Rien n'égalait alors sa volubilité, et chaque flot

---

valeur de quelques termes équivoques, relatifs surtout aux versions et aux flexions, s'y trouve définitivement arrêtée.

Au nombre des passages nouveaux contenus dans ce chapitre, on remarquera l'analyse d'un travail inédit de M. Bernutz sur les ulcérations syphilitiques du col, et l'étude si importante des sécrétions morbides des différentes parties de la muqueuse utérine, étude sur laquelle M. Becquerel avait déjà fixé l'attention des médecins dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux.

Dans plusieurs passages de son livre, M. Becquerel a clairement démontré qu'il est possible et facile de reconnaître la nature des lésions *inflammatoires* de l'utérus, par la considération seule des liquides sécrétés et recueillis soit directement, soit sur le linge de la malade ou de la charpie disposée pour cet effet. Les praticiens qui ont affaire à des clientes dont la pudeur exagérée fait repousser l'examen direct, apprécieront l'importance de ces secours de la chimie médicale et du microscope, qui, tout en faisant connaître la nature de la lésion, permettent de mieux diriger le traitement et fixent les idées sur la durée de la maladie. Il est, du reste, des cas où ce genre d'investigation doit être seul employé ; ce sont les cas d'inflammation du col chez les personnes non déflorées. M. Becquerel, contrairement à l'opinion de MM. Bennett et Aran, s'est fortement prononcé contre l'emploi d'un spéculum quelconque et contre l'incision de la membrane hymen dans l'inflammation du col chez les jeunes filles encore vierges. Il prétend, en effet, et il cite à l'appui de sa manière de voir les résultats assez nombreux de sa pratique, que la nature de ces lésions peut être reconnue sans l'introduction du spéculum, et la guérison obtenue par des moyens bien simples qui respectent l'intégrité de la membrane hymen. Je n'ai pas besoin d'insister sur le côté moral de cette pratique, chacun saura justement l'apprécier.

La deuxième partie est réservée à la pathologie spéciale. Elle comprend cinq chapitres, qui traitent des congestions sanguines de l'utérus, des phlegmasies de l'utérus et de ses annexes, des flux et des hydropisies, des productions organiques.

Les congestions utérines, niées par les uns, exagérées par les autres, nous paraissent ici ramenées à leur véritable degré de fréquence.

L'étendue du sujet a fait diviser les inflammations de l'utérus et de ses annexes en cinq sections principales : Inflammation du col ; inflammation du corps ; inflammation du tissu cellulaire péri-utérin ; inflammation des ovaires et inflammation de la muqueuse du vagin.

Dans l'exposé de cette classe d'affections, qui occupe la moitié du premier volume, l'auteur s'est surtout attaché à bien établir les formes diverses des inflammations et à faciliter leur diagnostic différentiel en dressant des tableaux synoptiques, suivant la méthode adoptée par Valleix dans le *Guide du Médecin-Praticien.* La distinction des formes des inflammations de l'utérus est capitale dans le choix des moyens curatifs. Ainsi l'inflammation chronique avec ramollissement, par exemple, diffère tellement, au point de vue de la lésion surtout, de l'inflammation avec hypertrophie, que l'on conçoit *à priori* que la médication qui suffit pour l'une soit insuffisante pour l'autre.

Les médecins encore peu versés dans la pratique des maladies utérines, trouveront dans cette étude comparée des *formes* des renseignements précieux qui leur permettront d'obtenir des succès avec les mêmes agents qu'ils voient échouer tous les jours, à cause de l'inopportunité de leur application.

Cependant, comme nos impressions bonnes et mauvaises doivent être mises dans la même balance quand il s'agit de juger avec impartialité, je reprocherai à M. Becquerel d'avoir trop isolé l'histoire de l'inflammation chronique du col de l'utérus de celle du corps de ce même organe. Cet abus des divisions et des subdivisions l'a conduit ici à des répétitions qu'il aurait pu facilement éviter sans cesser d'être clair. L'auteur a reconnu lui-même ce vice de description, puisque dans ses dernières leçons cliniques sur les inflammations de l'utérus (actuellement en cours de publication), il n'a fait que des variétés des inflammations du corps et du col, au lieu de les décrire dans des sections à part, comme dans son *Traité.*

Dans le chapitre des hémorrhagies, nous avons lu avec un intérêt particulier la section des hématocèles ou hémorrhagies péri-utérines. Par une étude complète des dissidences qui règnent sur ce sujet, M. Becquerel est arrivé à établir plusieurs variétés bien distinctes d'hématocèle péri utérine, et il s'est trouvé que presque toutes les théories avaient un peu raison. Toutes ces théories, en effet, étant basées sur des faits isolés d'anatomie pathologique, devaient rentrer dans le cadre des lésions qui caractérisent l'hématocèle.

Dans les flux et les hydropisies sont comprises la leucorrhée, l'hydrométrie et la physométrie. Dans l'histoire de l'hydrométrie, l'auteur a fait justice d'une foule de faits absurdes que l'on ne cessait d'imprimer depuis un temps immémorial, en dépit des contradictions journalières de l'observation.

Sous le titre de productions organiques de l'utérus, nous trouvons l'hypertrophie du col, les tumeurs fibreuses, le cancer, les kystes de l'ovaire, les tumeurs solides des ovaires, quelques maladies des trompes.

L'espace nous manque pour nous arrêter sur chacune de ces sections ; je ne ferai que signaler en passant quelques particularités de l'anatomie pathologique du cancer.

Après avoir donné une histoire complète du cancer selon les idées classiques, M. Becquerel, s'appuyant sur les recherches de M. Mandl,

de paroles était accompagné d'un ptyalisme tout particulier.

Aussitôt que le laudanum fut supprimé, la malade commença à devenir moins agitée, puis elle se calma progressivement.

A cette crise, qui fut longue et terrible, à ce surcroît si manifeste d'excitation provoquée par la médication narcotique, on vit succéder la perte presque complète de la voix, phénomène commun qui s'observe fréquemment chez les aliénés, mais qui peut-être ici a été causé par l'ingestion prolongée du laudanum.

Quoi qu'il en soit, cette femme, après avoir entièrement recouvré la voix, l'intelligence et la raison, quitta l'asile dans l'état physique et mental le plus satisfaisant.

M. Legrand du Saulle a expérimenté l'opium dans la lypémanie, mais sans succès; il a toujours échoué. Cependant l'observation publiée par M. le docteur Marcé dans ce journal, et dans laquelle l'opium a eu le plus heureux résultat, nous paraît, ainsi qu'à notre collaborateur, de nature à encourager de nouvelles tentatives dans cette voie.

DOUBLE TUMEUR SANGUINE DU PAVILLON DE L'OREILLE chez un aliéné mélancolique. — Tumeur de même nature à la paupière supérieure,

Par M. le docteur L. V. Marcé.

M. F..., âgé de cinquante ans, fonctionnaire public, est depuis trois mois tourmenté par des idées de persécution. Il se croit compromis par des actes émanés de son administration, il quitte la localité qu'il habite, et vient à Paris pour détourner l'influence des ennemis qui le poursuivent. Peu à peu ce délire se généralise et se complique de dépression mélancolique : le malade refuse de manger, de s'habiller, et répond à tout ce qu'on lui demande par une dénégation uniforme et générale.

Peu de jours après le moment où j'ai commencé à lui donner des soins (29 juillet 1857), l'alimentation était tellement insuffisante et l'amaigrissement si marqué, qu'on fut obligé de passer la sonde œsophagienne; le délire était aussi complet et aussi étendu que possible; à toutes les questions qu'on lui adresse, le malade répond : « *Ce n'est pas, c'est impossible;* » il nie son existence, il nie les actions qu'il voit faire devant lui, il fait une résistance énergique lorsqu'on l'engage à se lever, à s'habiller, à se promener, à faire un mouvement quelconque; il répète les derniers mots des phrases qui sont prononcées devant lui, en ajoutant : « *Laissez-moi... que voulez-vous faire de moi?... C'est impossible...* » Lorsqu'on lui passe la sonde, et qu'on introduit les aliments, il résiste d'abord, puis se résigne en niant que les aliments puissent jamais pénétrer.

Vers le milieu d'août, alors que depuis trois jours déjà le malade était nourri trois fois par jour à l'aide de la sonde, l'oreille gauche d'abord, puis l'oreille droite, commencent à se tuméfier, et acquièrent en quelques jours un développement énorme; le conduit auditif est oblitéré de chaque côté, et les deux tumeurs, grosses comme la moitié d'un œuf de poule, donnent à la figure, lorsqu'on la regarde de face, un aspect tout spécial.

Le 20 août, une ponction est faite à gauche sur la peau tendue et luisante. Elle donne issue à du sang pur, qui, examiné au microscope par M. Robin, ne présente aucune altération des globules sanguins. On constate à l'aide d'un stylet que le décollement cutané s'étend à toute la hauteur de la face externe du pavillon.

Le lendemain, l'ouverture faite avec le bistouri était presque refermée, et la tumeur avait doublé de volume, malgré un suintement séreux assez abondant.

On laisse intacte la tumeur de l'oreille droite.

Pendant la fin du mois d'août et les premiers jours de septembre, l'état général du malade s'améliore un peu; il supporte fort bien l'alimentation avec la sonde faite régulièrement trois fois par jour; il prend des forces et de l'embonpoint, bien que le délire soit toujours aussi intense et aussi monotone.

Vers la fin de septembre, on constate un peu d'œdème partiel de la main droite; il n'y a du reste ni phlébite ni aucune autre lésion, et cet œdème me paraît s'expliquer par la compression veineuse qui résulte de la flexion obstinée de l'avant-bras sur le bras.

Du 8 au 15 octobre, œdème du pied gauche, qui disparaît peu à peu.

Le 17 octobre, on trouve la paupière supérieure gauche déformée par un œdème séreux assez considérable, qui le lendemain s'étend à la racine du nez, au front et à la partie voisine du cuir chevelu. L'œil gauche est complétement caché.

Le 18, la peau œdémateuse perd de sa transparence et revêt, au niveau de la paupière, une teinte jaunâtre ecchymotique; on perçoit nettement de la fluctuation.

Le 19, on pratique deux ponctions aux deux extrémités de la tumeur; il sort une assez grande quantité de sang liquide, mais la paupière reste toujours dure, volumineuse, et l'occlusion de l'œil est complète.

Le 21, les ponctions sont complétement cicatrisées, la paupière diminue un peu de volume, mais elle s'indure et devient plus consistante: œdème du front et de la racine du nez. — Chaque jour on passe la sonde trois fois, les fonctions digestives se maintiennent, mais le délire ne diminue pas et se présente toujours avec les mêmes caractères.

Le 26, la tumeur de la paupière se ramollit et devient fluctuante par son extrémité interne; on fait encore deux ponctions qui donnent issue à du pus bien lié; la peau incisée est noire et ecchymosée, au fond, se voit du tissu cellulaire mortifié.

Pendant cinq ou six jours, la suppuration fut assez abondante; peu à peu cependant la plaie se déterge et arriva à cicatrisation, et quinze jours après, vers le milieu de novembre, la paupière reprenait sa souplesse. Les tumeurs sanguines des oreilles étaient toujours fort dures, et leur volume ne diminuait que fort lentement.

Vers la fin de novembre, le malade était très-fort et très-vigoureux, et sous l'influence d'affusions froides, répétées chaque jour, il s'était produit, dans son état mental, une certaine amélioration; il cessait de laisser aller au hasard son urine et les matières fécales; il était plus calme et faisait moins de résistance pour se lever et s'habiller; néanmoins, il ne répondait pas et ne reconnaissait personne.

Vers le 10 décembre, il se mit à manger seul pendant trois ou quatre jours, puis tout à coup on le vit refuser toute nourriture et s'affaisser subitement, sans que l'examen de la poitrine, de l'abdomen ou d'aucun autre organe, ait fait découvrir de lésion organique. L'autopsie ne put être faite.

Au moment de la mort, la paupière avait à peu près repris son aspect normal, mais les deux tumeurs de l'oreille avaient encore le volume d'une petite noix.

Un seul point, dans le fait qui précède, attirera notre attention; je veux parler de cette tumeur sanguine de la paupière, qui a coïncidé avec une double tumeur sanguine du pavillon de l'oreille. Dans les publications de M. Ferrus, dans la thèse de M. Merland (Paris, 1853), je n'ai rencontré aucune observation analogue, et cependant il est impossible d'admettre ici une simple coïncidence pour expliquer ces trois épanchements sanguins. Dans ce double foyer hémorrhagique, qui a décollé la peau du pavillon de l'oreille, dans cet œdème qui, après avoir occupé diverses régions sans oblitération veineuse appréciable, a fini par se localiser au front et à la paupière, puis s'est accompagné à son tour d'un épanchement sanguin considérable, je ne puis m'empêcher de voir l'action de causes générales identiques; d'un côté une altération probable du sang, consécutive à une alimentation insuffisante, et prédisposant aux hémorrhagies, de l'autre un mouvement congestif vers la tête, mouvement congestif à l'aide duquel on a expliqué, surtout chez les paralytiques, la production des tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille, mais qui de plus s'est ici révélé par un symptôme inaccoutumé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 janvier 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

M. Legouest remplit les fonctions de secrétaire à la place de M. Alp. Guérin, indisposé.

M. CHASSAIGNAC, à propos du procès-verbal de la dernière séance, demande à faire quelques observations.

Je crois, dit M. Chassaignac, devoir donner à la Société quelques explications sur les résultats de l'opération des tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire, qui, chez le malade présenté à la Société il y a huit jours par M. Follin, a provoqué un rétrécissement de l'anus.

Le rétrécissement de cet orifice m'a beaucoup préoccupé comme suite possible de l'écrasement linéaire, et je crois pouvoir affirmer que lorsque cet accident survient, ce n'est pas la méthode qu'il faut en accuser, mais le procédé suivant lequel elle a été employée. L'écrasement linéaire peut être, en effet, appliqué de deux manières aux hémorrhoïdes :

1° En comprimant circulairement dans la chaîne de l'instrument tout le pourtour de l'anus, de façon à enlever un anneau complet plus ou moins large, dont la limite inférieure est constituée par la section de la peau, et la supérieure, plus ou moins profondément située, par la section de la muqueuse rectale;

2° En n'enlevant qu'une partie du pourtour de l'anus, sur l'un des côtés duquel le paquet hémorrhoïdal s'est développé.

La méthode de l'écrasement linéaire comprend donc deux procédés, l'un circulaire ou annulaire, l'autre latéral.

Le procédé annulaire peut être suivi de rétrécissement de l'anus; le procédé latéral ne donne pas lieu à ces inconvénients. Mais le rétrécissement qui suit le procédé annulaire n'est pas très-notable, et j'ai pu m'en assurer dans cinquante-sept observations où les opérés allaient facilement à la garde-robe et n'éprouvaient aucune incommodité de leur légère coarctation anale. J'ai voulu voir comparativement les résultats du procédé latéral, et l'expérience m'a démontré que si ce procédé est plus rarement suivi de rétrécissement que le premier, les opérés, néanmoins, après un certain laps de temps, se trouvent dans les mêmes conditions, la coarctation consécutive au procédé annulaire étant facile à dilater par l'introduction de mèches dans l'anus, et la dilatation étant obtenue d'elle-même par les fonctions de l'extrémité inférieure du tube digestif.

Je serais le premier à provoquer l'abandon du procédé circulaire, si une expérience plus étendue venait infirmer mes observations sur le peu d'importance et le caractère passager des rétrécissements qui lui sont reprochés. Les plaies résultant de l'écrasement linéaire ont, à mon avis, un mode de cicatrisation qui met leurs cicatrices à l'abri de la rétraction ultérieure; aussi pensé-je que le procédé annulaire doit être conservé jusqu'à ce que l'évidence en soit venue péremptoirement démontrer les inconvénients.

Le rétrécissement dont est atteint le malade de M. Follin ne date que de deux mois; il est peu considérable, n'occasionne aucun trouble, et les faits précédemment signalés font supposer qu'il pourra se dilater et ne persistera pas longtemps.

M. VERNEUIL. J'ai eu l'occasion d'opérer des hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire, sur un malade qui présentait un certain nombre de tumeurs : deux de ces tumeurs, l'une en avant de la marge de l'anus, l'autre en arrière vers le coccyx, étaient de petit volume; deux autres, situées latéralement de chaque côté de l'anus, étaient considérables. J'ai cru devoir profiter des incisures qui séparent les lobes hémorrhoïdaux pour ne saisir dans la chaîne de l'écraseur, que les deux grosses tumeurs, en respectant les petites, et en conservant ainsi plusieurs points muqueux pour interrompre la continuité de l'anneau cicatriciel. Le malade a guéri sans accidents ultérieurs.

Je suis d'autant plus enclin à préférer le procédé latéral au procédé annulaire, que les hémorrhoïdes sont quelquefois tellement développées, qu'on se trouve dans l'alternative, ou de couper dans le tissu variqueux même, ce qui peut compromettre le succès de l'opération, ou de remonter très-haut dans l'anus, afin de faire porter la suture sur un tissu sain; dans ce dernier cas, la perte de substance annulaire qu'on fait éprouver au pourtour de l'anus, n'a pas moins de 2 ou 3 centimètres de hauteur, et ne peut se cicatriser sans provoquer un notable resserrement de l'orifice.

Je ne partage pas l'opinion de M. Chassaignac sur le malade de M. Follin; il existe manifestement chez cet homme un rétrécissement qui, si minime qu'il soit, peut amener des accidents graves à la moindre apparition d'inflammation.

M. FOLLIN. Je considère le rétrécissement de mon malade comme très-resserré, très-solide et très-résistant, car les moyens dont je me suis servi pour le dilater, et en particulier l'introduction dans l'anus de

---

de M. Luys et les siennes, incline à penser que la cellule cancéreuse n'existe pas, et que ce que l'on a considéré comme tel n'est qu'une cellule épithéliale. Les éléments histologiques du cancer, en un mot, ne seraient autres que les éléments histologiques normaux, quelquefois sains, mais le plus souvent modifiés. Cette nouvelle manière d'envisager les éléments cancéreux aura-t-elle des résultats pratiques meilleurs que l'ancienne théorie de l'*hétéromorphisme?* L'avenir seul pourra le dire.

Dans cette description du cancer, fort remarquable du reste, je n'ai pu me faire une idée bien nette de l'opinion de l'auteur. Les deux courants des idées anciennes et nouvelles paraissent l'entraîner également. On peut bien pardonner un peu d'indécision lorsqu'il s'agit de sacrifier des opinions généralement reçues à des doctrines nouvelles qui n'ont pu jusqu'ici être appréciées que par un petit nombre d'observateurs.

Dans la *troisième partie* sont groupées des maladies qui paraissent n'avoir entre elles aucun rapport, et qui ne sont accompagnées primitivement d'aucune altération anatomique de tissu appréciable à l'œil nu. Ces maladies, décrites dans autant de chapitres séparés, sont les changements de position de l'utérus, l'aménorrhée et la dysménorrhée, les névralgies utérines; une étude complète et pratique de la stérilité, et, comme appendice, un résumé des connaissances que la science a acquises sur l'influence qu'ont sur les maladies de l'utérus les diathèses herpétique, syphilitique, scrofuleuse, rhumatismale et tuberculeuse. Disons en passant que M. Becquerel n'accorde pas à certaines de ces diathèses la même influence que plusieurs de ses confrères.

D'importantes modifications sont apportées à l'histoire des déviations. C'est ainsi qu'une médication plus rationnelle et plus efficace, comme l'hydrothérapie, est substituée, dans la plupart des cas, à des moyens qu'une sage observation ne permet plus de conserver dans la pratique, comme les redresseurs en général.

Enfin, le dernier chapitre de cet appendice est réservé à l'anémie et à la chlorose.

On ne s'étonnera pas de trouver ici, dans tous ces détails, l'histoire et la comparaison de ces deux derniers états morbides, à cause du rôle si important que joue l'anémie dans la plupart des maladies de l'utérus, et de l'influence qu'exerce la chlorose sur la production de l'aménorrhée et de la dysménorrhée. Leur étude était le complément nécessaire de celle des affections utérines. De plus, l'auteur a répondu à un *desideratum* du monde savant, en publiant lui-même pour la première fois l'*ensemble* de ses travaux sur ces deux maladies.

Pour nous résumer, nous dirons que le *Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes* est un travail plein d'originalité. Beaucoup de questions dissidentes y sont exposées sous un nouveau jour, et ont reçu des solutions nouvelles.

L'auteur, mettant à profit les recherches de ses devanciers, n'a admis comme démontrés que les faits qu'il a pu soumettre au contrôle de ses propres observations.

La partie thérapeutique surtout est entièrement inspirée par l'observation personnelle; aussi verra-t-on les nombreuses méthodes de traitement généralement employées réduites à un petit nombre et soumises encore à des lois spéciales que personne n'avait publiées avant la rédaction du livre.

La méthode hydrothérapique, dont M. Becquerel se montre depuis longtemps l'un des plus zélés propagateurs, a rendu des services qu'il n'est plus permis de contester, dans le traitement d'un grand nombre d'affections de l'utérus. Nous ne doutons pas que toutes ces nouveautés ne soient accueillies avec reconnaissance par les praticiens.

L'éditeur, de son côté, a fait son possible pour favoriser le succès du livre. L'impression est belle, et aux deux volumes in-8° est annexé un atlas de 18 planches, représentant 44 figures coloriées et noires. Des figures sont intercalées dans le texte toutes les fois que l'intelligence du sujet l'exige.

P. Chaluez.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Annuaire des Vétérinaires pour 1859 (2e année). Cet annuaire comprend outre un grand nombre de renseignements utiles : 1° Un Agenda ou Calendrier; 2° la Liste de tous les vétérinaires civils et militaires; 3° un Aide-Mémoire de pharmacie et de matière médicale très-détaillé (plus de 500 formules), suivi d'une revue thérapeutique par M. Clément, etc., Publié par M. Vincent Mazurkiewicz, secrétaire du régisseur à l'École vétérinaire d'Alfort. En vente : à Paris, chez Labé, libraire; à Alfort, chez l'auteur.

De l'enseignement clinique dans les hôpitaux, par M. Delasiauve, médecin de l'hospice de Bicêtre, 1858. Brochure in-8°. Paris, chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes, par M. le docteur F. A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, recueillies par M. le docteur A. Gauchet et revues par l'auteur. 2e partie. Paris, 1858. Chez Labé, place de l'École-de-Médecine.

mèches et de morceaux d'éponge préparée, conseillés par M. Chassaignac, n'ont eu sur lui aucune action.

Ayant suivi pour opérer mon malade le procédé annulaire, je pense que, en raison de l'infirmité qu'il a provoquée, ce procédé doit être abandonné; le fait que j'ai produit n'est point un fait isolé et exceptionnel, et M. Laborie, mieux placé que personne pour constater les résultats définitifs des opérations pratiquées dans les hôpitaux, a vu plusieurs cas analogues à l'Asile impérial de Vincennes. Voici, du reste, une nouvelle observation à l'appui de mon opinion :

Dumoulins (Marie-Georges), âgé de quarante-cinq ans, serrurier, demeurant rue Jolivet, n° 7, à Montrouge, né à Paris, est entré, dans le courant de l'année 1858, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean, service de M. Manec, pour se faire traiter d'un rétrécissement anal, compliqué d'une fistule.

Voici dans quelles circonstances ce rétrécissement est survenu :

Au dire du malade, il serait entré une première fois à l'hôpital Lariboisière le 22 septembre 1855, et en serait sorti le 4 décembre de la même année. Dans cet intervalle il a été opéré le 1[er] octobre d'un polype anal, dont l'ablation fut faite à l'aide du bistouri, et trois semaines après d'une tumeur hémorrhoïdale, à l'aide de l'écraseur.

Au moment de sa sortie, dont l'époque a été indiquée, il éprouvait déjà de grandes difficultés pour aller à la selle, et cette difficulté s'exagérant, il se décida à rentrer de nouveau à Lariboisière le 22 janvier 1856.

Le rétrécissement était assez développé pour que le toucher rectal fût extrêmement pénible et toujours suivi d'une légère perte de sang; pénible même à ce point, que le malade, à son dire, préféra garder son infirmité plutôt que de se soumettre à de nouvelles explorations. Il sortit de son plein gré quatre jours après sa rentrée.

Il vécut ainsi souffrant sans cesse, et cherchant de temps à autre, dans les hôpitaux, à la Pitié en 1857, à la Charité en 1858, époque à laquelle nous le voyons, une guérison à sa maladie.

Le rétrécissement est formé par la cicatrice linéaire consécutive à l'opération.

L'introduction du petit doigt ne peut se faire sans éveiller une vive douleur. — Au-dessus du rétrécissement, il existe une dilatation ampuliforme du rectum que le malade indique lui-même par la sensation que lui fait éprouver le bol fécal.

A gauche de la marge de l'anus se trouve une ouverture fistuleuse que le stylet parcourt en accusant un décollement considérable du rectum. — Le malade est tuberculeux.

Ainsi donc, des rétrécissements de l'anus peuvent succéder à l'opération des tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire employé circulairement, et ces rétrécissements, loin d'être aussi légers et de disparaître aussi facilement qu'on est porté à le croire, sont quelquefois très-notables, opiniâtres, fibreux et très-résistants; c'est pourquoi je m'étonne que l'on persiste à mettre en usage le procédé annulaire, dont j'admets volontiers les modifications que vient de rappeler M. Chassaignac, et j'engage mes collègues à faire connaître le résultat de leurs observations sur ce sujet.

M. RICHARD. Je pense qu'un rétrécissement de l'anus qui n'admet que le petit doigt, comme celui du malade de M. Follin, est une affection sérieuse : j'ai fait onze fois l'ablation de tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire que je considère comme une excellente méthode opératoire; j'ai toujours employé le procédé annulaire, et, une fois seulement, j'ai vu survenir un rétrécissement de l'anus chez une malade atteinte d'hémorrhoïdes considérables, très-difficiles à limiter et à circonscrire par l'anse de fil destinée à les pédiculiser.

Je fus dans ce cas obligé de sacrifier une partie de la peau de la marge de l'anus. Des inconvénients, dus à un rétrécissement, survinrent avant la fin de la cicatrisation; ils augmentèrent graduellement et obligèrent la malade à rentrer à l'hôpital. Je fendis le rectum depuis la limite supérieure du rétrécissement jusqu'au coccyx; néanmoins les accidents se reproduisirent, et la malade sortit du service avec son infirmité. Je me propose, si l'occasion s'en présente, d'appliquer l'autoplastie à ce rétrécissement de l'anus, que je considère comme incurable par tout autre moyen.

J'attribue à la nécessité dans laquelle je me suis trouvé de comprendre la peau dans la chaîne de l'écraseur, l'accident survenu chez cette femme, accident dont je m'étonnerais si je n'avais agi que sur la membrane muqueuse.

M. HOUEL. J'ai par devers moi une observation tout en faveur de la manière de voir de M. Chassaignac, qui a certainement rendu un très-grand service à la thérapeutique chirurgicale des hémorrhoïdes, en appliquant l'écrasement linéaire à cette affection. Je connais un malade qu'opéra M. Chassaignac lui-même par le procédé annulaire, avec ablation d'une grande étendue de la muqueuse; il eut, il faut bien le dire, une hémorrhagie assez abondante en allant à la selle pour la première fois; la suppuration fut de longue durée et la cicatrisation fut suivie d'un rétrécissement passager, qui ne persista que deux mois environ. Ce malade fut traité par une dilatation modérée; il est aujourd'hui très-bien rétabli, et depuis cinq ans sa guérison ne s'est point démentie.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai trouvé dans le service de M. Lenoir, dont je suis momentanément chargé, un malade opéré d'hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire, et qui est atteint consécutivement d'un rétrécissement fibreux pouvant admettre à peine une sonde de femme; j'avoue que cette affection est pour moi une chose des plus épineuses.

La section partielle des tumeurs hémorrhoïdales, ou, si l'on veut, le procédé latéral, ne me paraît pas devoir s'opposer aux rétrécissements de l'anus; car les rétrécissements de l'urèthre, dans lesquels les parois du canal ne sont pas tout entières altérées circulairement, et conservent souvent des ponts de muqueuse sains, n'en sont pas moins des rétrécissements avec tout leur menaçant cortége.

J'aurais plus de confiance dans la précaution qui consisterait à assigner les limites les plus étendues que possible à la surface suppurante; ce but peut être atteint en introduisant dans l'anus une mèche assez volumineuse pour amener la dilatation complète de son orifice, et en la maintenant en place jusqu'à parfaite cicatrisation.

J'ai employé cette méthode sur trois malades; deux sont complétement guéris et le troisième est encore en traitement. Mes malades étaient exsangues, considérablement affaiblis, et il m'eût été impossible de les opérer par toute autre méthode que l'écrasement linéaire; aussi, malgré les inconvénients qui lui sont reprochés, je la considère comme une ressource précieuse dans les cas analogues à ceux que je viens de signaler.

M. LE PRÉSIDENT rappelle à la Société qu'elle doit se constituer en comité secret, et lui propose de remettre la continuation de la discussion à la prochaine séance, en conservant aux orateurs inscrits l'ordre dans lequel ils ont demandé la parole.

La proposition de M. le président est adoptée.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la correspondance :

M. Alph. Guérin, secrétaire annuel, n'étant pas encore rétabli, demande une prolongation de congé.

— M[me] veuve Gensoul adresse à la Société une notice sur la vie scientifique de feu M. le professeur Gensoul (de Lyon).

— M. Verneuil fait hommage à la Société de son mémoire intitulé *Etudes de physiologie pathologique ; Examen d'un point de l'étiologie des fistules permanentes.* Paris, 1859; in-8°.

L. Ollier, *Des moyens chirurgicaux de favoriser la reproduction des os après les résections.* Paris, 1858, in-8°.

J. P. Gama, *Lettre sur le service de santé militaire.* Vaugirard, 1859, in-8°.

Normond Dufié, *Essai sur l'anesthésie provoquée appliquée aux opérations chirurgicales et aux accouchements.* Paris, 1858, in-8°.

— M. Dolbeau envoie à la Société les deux ouvrages suivants, dont il est l'auteur :

1° *Mémoire sur les tumeurs cartilagineuses des doigts et des métacarpiens.* Paris, 1858; in-8°.

2° *Des tumeurs cartilagineuses de la prostate et de la région parotidienne.* Paris, 1858; in-8°.

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Morin, un mémoire de ce dernier intitulé *Le Camp de Châlons en 1858, au point de vue hygiénique et médical.* Paris, 1858; in-8°.

— M. Giraldès transmet à la Société, de la part du conseil de la Société médico-chirurgicale de Londres, le 33[e] volume de la 2[e] série des *Medico-chirurgical Transactions London*, 1858, in-8°, et les deux premiers fascicules des *Proceedings of the royal medical and chirurgical Society of London.*

— MM. les rédacteurs de la *Clinique européenne* adressent les numéros de leur journal du mois de janvier 1859.

M. DANYAU rappelle que M. Letenneur a adressé à la Société de chirurgie un mémoire sur l'anévrysme cirsoïde, qu'il croit assez intéressant pour en demander la lecture.

M. BROCA. L'observation de M. Letenneur a été envoyée à la Société au moment où un assez grand nombre de mémoires n'ayant pu, faute de place, être insérés dans les *Bulletins*, ont été remis au comité de publication pour statuer sur leur future destination. J'appuie la proposition de M. Danyau, et je communiquerai dans la séance prochaine, à la Société, l'observation très-intéressante de M. Letenneur.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. BOUVIER présente un malade qu'il a opéré de deux pieds-bots il y a dix-huit ans.

Ce jeune homme est né le 15 juillet 1839 avec deux pieds-bots *varus* très-prononcés; le moule du pied gauche, que voici, pris à l'âge d'un an, montre quelle était la difformité. Je fis la section des tendons d'Achille le 15 août 1840, et appliquai un appareil mécanique. Le redressement fut complet à la fin de la même année, et le second moule du pied gauche pris dans le courant de l'année suivante fait voir le résultat obtenu. L'enfant a marché seul à la fin de 1841, ayant alors un peu plus de deux ans. On lui mit des brodequins ordinaires, et on appliqua encore les petits appareils mécaniques, la nuit seulement, pendant un an environ. Je cessai de le voir pendant douze ans, de 1843 à 1855.

Aujourd'hui le jeune homme, qui a près de vingt ans, est dans l'état suivant :

Les jambes sont grêles, les muscles peu développés, quoique tous se contractent avec énergie sous l'influence de la volonté. A en juger par la conformation extérieure, on ne se douterait pas qu'il a existé une torsion des pieds; la concavité plantaire est seulement peu marquée. Cependant les mouvements et les fonctions du pied sont loin d'être à l'état normal.

L'articulation tibio-tarsienne ne jouit que d'une mobilité assez bornée; la flexion, quoiqu'un peu plus limitée que dans l'état physiologique, surtout au pied gauche, est plus libre que l'extension, qui dépasse peu l'angle droit. L'articulation astragalo-calcanéenne a subi l'influence de cette plus grande tendance du pied à la flexion, et comme, suivant la juste remarque de M. Duchenne (de Boulogne), l'obliquité des facettes correspondantes de l'astragale et du calcanéum ne permet à ce dernier os de se fléchir sur le premier qu'en se relevant en dehors, on observe un léger commencement d'abduction permanente du pied; une disposition légère au *valgus*, principalement au pied gauche, où la résistance de l'articulation tibio-tarsienne était plus grande. Le talon gauche est, à la vérité, aussi droit que l'autre, et ne se renverse pas sensiblement au dehors; il existe une dépression marquée au cou-de-pied, près de la malléole externe, et le côté interne de l'articulation scaphoïdo-astragalienne est un peu plus saillant qu'à l'ordinaire.

Ce jeune homme ne peut faire de longues marches sans souffrir dans le voisinage de la malléole externe; il ne peut se chausser qu'avec des brodequins, qui soutiennent mieux que des souliers les articulations du tarse.

Cet état ne paraît s'être développé que depuis peu d'années, et la marche était autrefois exempte de douleurs.

Ce fait m'a paru offrir de l'intérêt en raison du long espace de temps écoulé depuis le traitement. Il fait voir la nécessité de suivre les enfants, en pareil cas, jusqu'à la fin de l'accroissement, et il montre aussi combien il importe d'amener un juste équilibre entre la flexion et l'extension; car si celle-ci prédomine, elle peut reproduire une partie de la difformité; et si c'est la flexion, il peut en résulter une déformation opposée.

M. LARREY. Je trouve le résultat obtenu par M. Bouvier très-satisfaisant, et je n'ai vu aucun cas analogue chez les nombreux conscrits que j'ai été appelé à visiter. Malgré la bonne conformation de ses membres, ce jeune homme est impropre au service militaire.

M. GUERSANT. Je désirerais savoir de M. Larrey, si précisément en raison de toute absence de difformité, ce jeune homme ne pourrait pas être reconnu propre au service par un conseil de révision.

M. LARREY. Je ne pense pas qu'aucun de mes confrères de l'armée bornerait son examen à la forme des membres, sans s'assurer de l'intégrité des fonctions physiologiques qui lui sont dévolues. Eclairé par l'avis motivé du médecin, le conseil de révision n'admettrait pas ce jeune homme dans les rangs de l'armée.

M. RICHARD demande si le résultat atteint sur ce jeune homme est le résultat communément obtenu; s'il en est de moins bons, s'il en est au contraire de plus satisfaisants, et si M. Bouvier pourrait donner une statistique de ceux qu'il connaît.

M. BOUVIER considère ce résultat comme un résultat intermédiaire aux bons et aux mauvais, dont il n'a pas, du reste, de statistique.

M. DEMARQUAY a vu une dame opérée d'un pied-bot *varus* à l'âge de vingt ans; dix ans après, elle éprouvait des difficultés dans la marche, et le pied se tournait un peu en dehors : elle va bien néanmoins aujourd'hui, grâce à l'emploi d'un tuteur mécanique, et de l'usage répété des eaux de Bourbonne.

— La Société se constitue en comité secret à cinq heures moins un quart.

Le secrétaire, LEGOUEST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'assemblée générale des médecins du département de la Gironde a eu lieu le 30 janvier dernier, sous la présidence de M. le docteur Bertet, doyen d'âge.

Après un exposé fait par M. le docteur Jeannel, le projet de statuts des sociétés locales proposé par la commission fondatrice, a été mis en discussion et adopté avec de très-légères modifications; puis on a procédé aux élections.

L'assemblée a désigné trois candidats pour la présidence : MM. Arthaud, — Mabit — et Froin.

M. Jeannel a été élu secrétaire; — M. Costes, trésorier.

Ont été élus membres de la commission administrative :

Arrondissement de Bordeaux..	MM	Lalesque, Abadie.
—	de Blaye. . .	Bax, Puyo.
—	de La Réole.	Lac de Boisredon, da Sylva.
—	de Bazas.. .	Thery, Ardusset.
—	de Lesparre. .	Monneins, Piffon.
—	de Libourne..	Héricé.

— Voici d'autres nouvelles relatives à l'Association générale. Nous lisons dans l'*Union médicale* : « Les médecins du Doubs, du Jura et de la Haute-Saône sont en instance auprès du ministre de l'intérieur, pour obtenir l'approbation des statuts d'une *Société locale*, agrégée à l'Association générale et dont le siége serait à Besançon.

» L'Association des médecins du département de l'Indre, après avoir mis ses statuts en harmonie avec ceux de l'Association générale, a voté son agrégation à l'Association générale.

» Les Associations des médecins des arrondissements de Melun et de Provins ont également voté leur agrégation à l'Association générale.

» Une *Société locale*, agrégée à l'Association générale et dont le siége est à Saint-Etienne, vient de se former entre les médecins du département de la Loire.

» L'Association des médecins de Toulouse a renvoyé à l'année prochaine la décision à prendre sur son agrégation à l'Association générale. »

— Le *Progrès* annonce que les deux questions suivantes viennent d'être posées à la Faculté de médecine par M. le ministre de l'instruction publique :

1° Y a-t-il lieu de conserver la chaire de pharmacie telle qu'elle est, ou d'en modifier le titre ?

2° Y a-t-il lieu d'introduire des chaires nouvelles dans la Faculté?

Ces questions ont été renvoyées à l'examen d'une commission composée de MM. P. Dubois, Bouillaud, Bouchardat, Nélaton, Wurtz, Grisolle et Laugier.

— La *Gazette médicale de Lyon* publie le relevé des souscriptions recueillies pour élever un monument à la mémoire du grand chirurgien lyonnais Bonnet. Elles s'élèvent en ce moment à 20,151 francs.

— A voir la profusion des saignées qu'ordonnent nos frères de la Péninsule, on ne s'étonnera pas que l'exercice de cette opération ait donné naissance à une profession spéciale. Dans beaucoup de villages et de petites villes même, il existe des *phlébotomistes* qui, moyennant un prix annuel d'abonnement, s'engagent à faire la barbe et à pratiquer toutes les saignées qui se présenteront. C'est donc le phlébotomiste qui est le premier appelé lorsqu'un de ses abonnés tombe malade. Et, pour ne paraître inférieur en rien au médecin, il débute par exécuter plusieurs saignées, accompagnées d'autres prescriptions.

Que le médecin, mandé ensuite, quand tout va de mal en pis, apprenne cependant à ménager *ce confrère;* car, s'il le blesse par ses reproches ou par quelques critiques, celui-ci, au lieu de l'appeler tard, ne l'appellera plus jamais.

Qu'on juge de l'étendue du mal par le fait suivant : Un médecin, exerçant seul dans un gros bourg, fut promu aux fonctions de vice-syndic. En cette qualité il put examiner la liste des décès : Le nombre total des décès depuis trois mois était de 15; or, sur ces quinze individus, il n'avait pas été appelé auprès d'un seul pour lui donner des *soins* durant sa dernière maladie.

Toutes les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises pour être reliées sont maintenant prêtes. Nos confrères peuvent donc les faire prendre dès à présent dans nos bureaux.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 16. — MARDI 8 FÉVRIER 1859 (32e ANNÉE.) N° 16. — MARDI 8 FÉVRIER 1859

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 7 février 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Il y a eu dans cette séance deux lectures médicales, l'une de M. le docteur A. Legrand, sur l'application de la cautérisation linéaire à l'ablation des lipomes, — nous publierons un extrait de ce travail dans un prochain numéro, — et la seconde de M. le docteur Halma-Grand, faite en son nom et au nom de MM. Duhalde et Gaucheron, sur les conditions physiques et chimiques qui doivent présider à la composition de tout fébrifuge succédané du sulfate de quinine. Ces conditions, suivant les auteurs, les principales du moins, sont l'amerlume, attribut ordinaire de la tonicité, et la composition azotée qui implique l'absorption facile du médicament.

A ce compte, le cyanoferrure de sodium et de salicine, qui réunit ces conditions, serait théoriquement le meilleur fébrifuge après le sulfate de quinine. L'expérience pratique a justifié ces données de la théorie, d'après les auteurs qui ont traduit en chiffres les proportions des guérisons obtenues à l'aide de ce médicament dans quelques-unes des contrées réputées les plus marécageuses. Nous regrettons que l'extrême laconisme des *Comptes rendus* ne nous permette pas de faire connaître avec plus de précision les résultats de leur expérience à cet égard.

Parmi les mémoires présentés, nous avons à signaler une nouvelle note de M. le Dr Larcher, sur l'existence de l'os intermaxillaire dans l'espèce humaine ; une note de M. le Dr Favrot, sur le nouveau sécateur uréthral de son invention, dont nous avons donné la description dans le dernier compte rendu de l'Académie de médecine ; et un extrait d'un mémoire imprimé de M. Mantegazza sur la génération des infusoires, — ouvrage publié en 1852, mais dont les passages cités devant l'Académie par M. Flourens ont un grand intérêt d'actualité par rapport à la question des générations spontanées. Les expériences qui y sont rapportées donnent, en effet, un nouvel appui aux faits de M. Pouchet. — Dr Brochin.

MALADIES
auxquelles, dans l'état actuel de la science, on peut opposer la médication électrique (1).

IV. *Applications à la chirurgie.* — A. Les anévrismes sont les maladies chirurgicales pour le traitement desquelles l'électricité a été appliquée le plus souvent et avec le plus de succès. Le nombre de guérisons obtenues par ce moyen était, en 1845, de onze sur dix-huit cas ; depuis, on a compté sur neuf opérations, huit guérisons et un insuccès, pas de mort. L'électricité a surtout réussi dans les anévrysmes du pli du coude succédant à des saignées malheureuses. Rien ne s'oppose à ce qu'on y ait recours non-seulement dans ces cas, mais toutes les fois que la tumeur ne peut être soumise à la compression ou à la ligature.

Le procédé qui réunit le plus de chances de succès consiste à introduire aussi haut que possible une aiguille jusqu'au centre de la tumeur, et à appliquer sur la partie inférieure de celle-ci une plaque reposant sur un disque en flanelle de même étendue, et imbibée d'eau salée ou légèrement acidulée. L'aiguille doit être mise en rapport avec le pôle positif de la pile, et la plaque avec le pôle négatif. Cette prescription est essentielle, car l'interversion des pôles aurait pour résultat, d'après des observations qui paraissent exactes, d'empêcher la formation du caillot dans le sac anévrysmal. Le courant devra être continu et médiocrement énergique. La séance aura une durée de dix à quinze minutes, selon les sensations du malade et les effets produits.

Avant l'opération, le cours du sang devra être suspendu dans la tumeur par une compression suffisante exercée au-dessus et au-dessous d'elle. On s'en tiendra à l'une ou à l'autre, s'il n'est pas possible de les exercer toutes deux ; dans ce dernier cas, on commencera toujours par la première.

Soit parce qu'elles s'échauffent sous l'influence des courants, soit qu'elles transmettent l'électricité aux parties qu'elles traversent, les aiguilles déterminent souvent la formation de petites eschares dans ces parties. On prévient cet inconvénient assez sérieux en les recouvrant jusque près de la pointe avec la gomme laque ou tout autre vernis isolant. La plaque peut être remplacée par une seconde aiguille introduite inférieurement au voisinage de la tumeur sans y pénétrer, mais de manière à la faire traverser par le courant.

On peut encore introduire dans la tumeur quatre ou six aiguilles réunies par moitié au moyen de deux fils de laiton qui communiquent avec chacun des conducteurs de la pile. On obtient ainsi un courant divisé moins énergique pour chaque aiguille, mais plus disséminé dans la tumeur.

Après l'opération, les aiguilles retirées, la compression supérieure exercée sur l'artère est maintenue à un degré modéré ; l'inférieure est immédiatement enlevée.

Si la tumeur a acquis de la consistance, et mieux encore si elle est devenue solide, on soutiendra les caillots au moyen d'une compression directe médiocre, à laquelle on associera les réfrigérants ou les résolutifs.

Ce moyen peut être efficace lors même que la tumeur n'a éprouvé que peu ou pas de changement, car on a observé des guérisons consécutives après huit ou dix jours.

Lorsqu'une première séance a été complétement infructueuse, on peut y revenir, à huit ou dix jours d'intervalle, une seconde, une troisième et une quatrième fois, si aucun accident ne se manifeste.

B. Des tumeurs érectiles ont été traversées avec succès, en divers sens, par de longues aiguilles qui ne doivent pas se toucher, et sur lesquelles on a fait agir successivement les conducteurs de la pile. D'après les observations citées précédemment, il serait peut-être préférable de n'agir sur ces aiguilles qu'au moyen des conducteurs du pôle positif, et de promener sur différents points de la tumeur soit le godet garni de l'éponge mouillée, soit le bouton électrique recouvert de peau également mouillée, communiquant avec le pôle négatif.

L'action des aiguilles portée jusqu'à la cautérisation détermine des douleurs vives et des désordres profonds qui ne sont pas nécessaires, la solidification du sang dans la trame de la tumeur suffisant généralement à la guérison.

C. Introduite depuis quelques années seulement dans la science, la galvano-caustique n'y a pas encore acquis le droit de domicile. On comprend que, dans quelques cas spéciaux où la cautérisation est reconnue nécessaire, il puisse paraître préférable de l'opérer par l'électricité plutôt que par un autre moyen. Le bouton électrique, convenablement préparé, peut en effet être porté froid et appliqué à loisir contre la partie qu'il s'agit de cautériser, et qui l'est effectivement avec autant de rapidité que de sûreté par l'action instantanée d'une pile suffisamment puissante.

On a pu détruire, par ce procédé, des tumeurs et des ulcérations du col de l'utérus, de l'intérieur du rectum et d'autres cavités accessibles aux instruments.

Les mêmes raisons ne sauraient être invoquées en faveur de la cautérisation électrique employée pour l'ablation de tumeurs externes, cancéreuses et autres, celle de polypes, la cautérisation des vaisseaux dans les cas d'hémorrhagie, la résection de la luette, celle des amygdales, les amputations des membres, etc.

Cette extension du procédé électrique à presque toute la chirurgie opératoire ne saurait soutenir un examen sérieux ; et dans les cas mêmes d'une application plus rationnelle, dont il a été d'abord question, les faits sont encore trop peu démontrés pour inspirer une grande confiance. Les autres moyens ne manquent pas d'ailleurs pour obtenir les mêmes résultats, et, en les employant selon les règles établies, ils satisfont aux besoins. Ce ne serait pas sans de graves inconvénients que les chirurgiens militaires se déshabitueraient de s'en servir, pour y substituer l'action des machines spéciales compliquées et d'une grande puissance, qui ne pourront être que très-rarement à leur disposition.

Telles sont les principales applications, autorisées jusqu'à présent, de l'électricité à la médecine.

Le Conseil de santé doit rappeler, en terminant cette énumération, qu'il s'agit, dans son emploi médical, d'un agent excitateur d'une grande puissance, pouvant donner lieu à des accidents très-graves, tels que des ébranlements nerveux profonds, des contractions tétaniques dangereuses, des congestions encéphaliques mortelles, ou qui, employé intempestivement, peut reproduire des hémorrhagies cérébrales en voie de guérison, des névralgies presque disparues, ou aggraver des affections chroniques, telles que les douleurs rhumatismales, les paralysies, les mouvements convulsifs, etc.

Le Conseil de santé ne saurait donc recommander trop de circonspection et de prudence aux médecins militaires qui auront à l'appliquer.

Le diagnostic est ici le point essentiel, car des contre-indications à l'usage de l'électricité existent, jusqu'à un certain point, dans la plupart des cas, et doivent être prises en grande considération. Elles tiennent, soit à la constitution des sujets, qui peut être plus ou moins nerveuse et excitable, soit à des lésions antérieures susceptibles d'être réveillées, soit à l'existence actuelle d'affections chroniques dans des organes importants, comme le cœur, le poumon, l'estomac, etc., que l'électricité peut exaspérer, soit enfin à la persistance des lésions mêmes dont il s'agit de combattre les effets.

Enfin, le Conseil de santé appelle l'attention de ses collaborateurs sur ce point essentiel, à savoir que, lorsque l'électricité sera jugée applicable, ils l'emploient seule, dégagée de toute médication active, susceptible de masquer ou de compliquer ses effets, ou de se substituer à elle. La règle sera :

1° D'employer d'abord, contre les maladies qui se présenteront, les moyens que fournit la thérapeutique générale, et de ne recourir à l'électricité que lorsque ces moyens auront été insuffisants;

2° De ne se servir, lorsque la médication électrique sera jugée opportune, que de l'électricité seule, sauf le cas où elle déterminerait des phénomènes passagers qu'il faudrait combattre.

Plus tard, peut-être, l'expérience indiquera-t-elle des médications ou des traitements complexes, dans lesquels l'électricité entrera pour une part quelconque, mais il faut attendre qu'elle ait parlé ; quant à présent, ce qui importe, c'est d'étudier les effets de l'agent mis à l'étude, et de se fixer sur ce qu'on peut attendre, en bien ou en mal, de son application dans des cas aussi rigoureusement déterminés que le comporte l'état de la science.

Ce travail se termine par l'indication des points sur lesquels devront porter les détails des observations spéciales aux malades soumis aux applications thérapeutiques de l'électricité. Tous les faits recueillis dans les divers hôpitaux militaires, après avoir été contrôlés par les médecins inspecteurs, seront adressés au Conseil de santé qui, chaque année, rédigera un rapport général. D'après les résultats obtenus, le Conseil proposera au ministre les améliorations que l'expérience aura démontrées nécessaires, soit dans les indications de l'emploi de la méthode, soit dans les procédés d'électrisation, soit dans la construction des appareils.

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 février.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Deux cas d'anévrysmes traités par l'iodure de potassium; disparition à peu près complète de l'un ; amélioration sensible de l'autre.

Au n° 16 de la salle Sainte-Madeleine (femmes), et au n° 10 de la salle Saint-Jean-de-Dieu (hommes) sont couchés deux malades affectés de tumeurs anévrysmales.

La malade du n° 16 de la salle Sainte-Madeleine, à l'époque où elle est entrée dans le service, portait, sur le trajet de l'artère carotide primitive gauche, à peu près à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule, une tumeur pulsatile du volume d'un œuf de perdrix au moins; sa forme était arrondie et un peu allongée. Elle formait une saillie facile à mesurer. En plaçant un stéthoscope sur la tumeur sans exercer de pression, on entendait un bruit de souffle caractéristique. Les parois étaient dures et épaissies. Rien de notable du côté opposé, si ce n'est des battements très-prononcés, ce qui a lieu du reste dans toutes les artères chez cette malade. La présence de cette tumeur n'a jamais déterminé de phénomènes de compression dans les organes voisins. A part les battements dont elle est le siége, il n'y a aucun trouble fonctionnel.

La malade a été soumise à l'emploi de l'iodure de potassium, et au bout de huit jours il y avait déjà une diminution très-sensible de la tumeur. L'administration de ce médicament a été continuée pendant quelque temps ; maintenant la tumeur est telle-

ment diminuée, qu'elle est réduite en quelque sorte à un petit noyau.

L'iodure de potassium a été prescrit dans ce cas par M. Bouillaud, parce qu'il avait eu déjà l'occasion d'en observer les bons effets dans des cas du même genre. On a pu voir, en effet, dans le service de ce professeur, un malade atteint d'un anévrysme du point d'origine de la sous-clavière et de la carotide. La tumeur était énorme, et présentait tous les caractères d'une tumeur anévrysmale. L'iodure de potassium a été administré à ce malade, et en quelques semaines la tumeur était considérablement réduite de volume.

La maladie n'a pas été, il est vrai, complétement guérie, mais elle était tellement diminuée, qu'il était difficile de méconnaître un rapport entre cette diminution et l'emploi du médicament.

M. Bouillaud a vu aussi en ville, avec plusieurs de ses collègues, un malade qui portait un anévrysme de l'artère carotide, pareil à celui de la malade du n° 16. Après trois semaines de traitement par l'iodure de potassium, la tumeur a diminué des deux tiers.

Les résultats obtenus dans ces diverses circonstances étaient bien faits, comme on le voit, pour encourager dans l'emploi de l'iodure de potassium. Aussi ce médicament a-t-il été prescrit dans le dernier cas d'anévrysme qui s'est présenté dans le service, chez le malade couché au n° 10 de la salle Saint-Jean-de-Dieu.

Ce malade, lorsqu'il est entré dans les salles, portait une tumeur au-dessus de la clavicule droite et de l'échancrure du sternum.

Cette tumeur était volumineuse et avait rejeté en avant la clavicule presque désarticulée. Elle remontait en faisant une saillie considérable jusqu'à la base de la mâchoire et un peu au-devant du larynx, qui en était un peu gêné dans ses fonctions, ainsi qu'on en pouvait juger par un léger degré d'altération de la voix. Le volume de cette tumeur était celui d'un gros œuf de poule, sa consistance celle d'une masse charnue. Elle était le siége de battements correspondant à chaque pulsation artérielle; on voyait plusieurs inégalités à sa surface.

Par l'auscultation, on entendait au dessus et au-dessous de la tumeur un bruit de souffle à double courant très-prononcé; on distinguait aussi dans le lointain, mais d'une manière très-nette, un *tac* fortement frappé. Par la main on sentait un mouvement double se rattachant aux bruits valvulaires. Ces phénomènes sont encore manifestes aujourd'hui. On croirait entendre le *tac*, tant il est clair et net pour la main. Les valvules sont épaissies dans ce cas, mais bien conformées. On comprend l'importance qu'il y a à prendre ces phénomènes en considération, pour le diagnostic d'une pareille tumeur.

On a cherché vainement un frémissement vibratoire dans la tumeur elle-même; mais on le distingue parfaitement au-dessus, et on y entend aussi un bruit de souffle. La vue, le toucher et l'ouïe donnent donc des signes physiques positifs et certains. Ces signes sont ceux d'une tumeur anévrysmale.

On ne voit pas, en effet, quelle autre sorte de tumeur pourrait se présenter à l'esprit dans de telles circonstances. On n'en voit aucune à laquelle on puisse attribuer les phénomènes qui viennent d'être indiqués, et qui du reste sont parfaitement tranchés.

La crosse de l'aorte est le siége principal de cette tumeur anévrysmale, qui comprend très-certainement dans sa masse l'origine des deux branches du tronc innominé.

Rien n'est plus commun que les différentes altérations sous l'influence desquelles on voit survenir les anévrysmes de l'aorte. Tout le monde sait que c'est Scarpa qui a vu le premier que ces tumeurs anévrysmales étaient dues à un état de dilatation des membranes aortiques, précédé d'une altération crétacée, athéromateuse, ulcéreuse. Cet état crétacé, ulcéreux, détruit les membranes interne et moyenne de l'artère, et le sang, sous l'influence des contractions du cœur, s'infiltre dans les parties sous-jacentes à la tunique celluleuse, qui forment les parois de l'anévrysme.

Il ne faudrait pas s'imaginer que, par la raison qu'il se forme des tumeurs anévrysmales par suite d'ulcération des membranes des artères, il n'existe pas des anévrysmes par dilatation. Il y a des cas dans lesquels les artères, et l'aorte surtout, sont dilatées universellement, les membranes étant toutes conservées intactes. Scarpa a parlé de ces cas, et il veut qu'on les appelle *dilatation* et non *anévrysme*.

Dans les cas d'anévrysme vrai, le sang répandu au dehors de l'artère se coagule souvent instantanément, et il se fait ensuite peu à peu des dépôts, en couches concentriques, de sang coagulé. Ces couches sont plus ou moins multipliées, et les plus externes sont toujours les plus anciennes. Ces plaques stratifiées de coagulum forment les parois de la tumeur et fortifient beaucoup le kyste, ce qui en empêche la perforation.

Avons-nous affaire ici à une tumeur par suite d'ulcération des membranes, développée sur les parties latérales de l'aorte, et dans laquelle il y aurait des coagulum plus ou moins nombreux? Il est très-rare de trouver dans les tumeurs anévrysmales de l'aorte des anévrysmes proprement dits de Scarpa. On y rencontre presque toujours des dilatations. Il arrive très-souvent que c'est par la courbure que le développement commence. Il y a toujours une dilatation de cette partie de la crosse de l'aorte, plus considérable qu'à l'état normal, de sorte qu'on croirait tout d'abord à une tumeur latérale. Mais à l'autopsie, en examinant avec soin, on trouve les trois tuniques de l'artère. Des centaines de cas de ce genre que M. Bouillaud a eus sous les yeux, il a pu tirer la conclusion: que jamais on ne trouve de rupture, mais toujours dilatation dans les anévrysmes de l'aorte. On rencontre souvent des couches stratifiées de coagulum dans ces cas de dilatation. La dilatation peut même exister sans qu'il y ait tumeur anévrysmale proprement dite, grâce aux stratifications déposées.

Dans le cas actuel, tout porte à croire qu'il y a dilatation, avec des coagulum et des couches fibrineuses. La tumeur donne, en effet, cette même sensation fournie par les tumeurs anévrysmales, contenant un coagulum abondant. Elle a la consistance d'un morceau de chair ferme, résistant.

L'iodure de potassium était donné depuis dix ou quinze jours à peine, que la tumeur s'est affaissée.

Les suffocations produites par la pression de la tumeur sur le larynx, ont disparu presque complétement. La veine jugulaire et les principales ramifications sont seules gonflées par suite de la pression que la tumeur exerce sur elles.

Voici l'observation détaillée des deux malades dont nous n'avons fait que rapporter sommairement l'histoire :

Obs. Ire. — La femme X..., âgée de 60 ans, entrée à l'hôpital le 14 juin 1858, salle Sainte-Madeleine, n° 16, jouissait d'une santé habituellement bonne, lorsque, il y a dix ans, elle commença à éprouver des palpitations qui s'accrurent peu à peu sans jamais acquérir une grande intensité; elles ne devenaient incommodes que sous l'influence d'un effort violent ou d'une émotion morale; elles s'accompagnaient alors d'étouffements. Elle remarqua pour la première fois, il y a cinq ans, qu'elle portait au côté gauche du cou une petite tumeur animée de battements. Cette tumeur augmenta lentement de volume, sans devenir jamais le siége d'aucune douleur. Au commencement de cette année il s'est manifesté un peu d'œdème aux deux jambes. La malade a été soumise, il y a quatre ans, à l'usage de la digitale, qui diminua les battements de cœur.

Avant d'entrer dans les salles de M. Bouillaud, elle a passé un mois dans le service de M. Rayer, où il a été également fait usage de la digitale. Malgré ce traitement et le repos dont on aurait pu attendre quelque effet, en raison de la vie habituellement très-active de cette femme (elle est blanchisseuse), il n'était survenu aucun amendement.

Voici quel était son état lors de son entrée à la clinique :

Les battements du cœur sont réguliers. Impulsion de la pointe modérée dans le cinquième espace intercostal, fort en dehors du mamelon. Matité précordiale étendue. A l'auscultation du cœur, on trouve tous les signes d'une insuffisance aortique. Les artères du cou battent fortement et sont visibles à travers les parties molles assez amaigries. Nulle apparence de pouls veineux.

A gauche, vers le milieu de la hauteur du cou et vers le bord postérieur du sternum, existe une tumeur du volume d'une grosse noisette, animée de battements très étendus, qui semblent constitués à la fois par un double mouvement d'expension et de translation. Elle est mobile sous la peau, mais on ne peut lui faire parcourir un très-long espace. On peut facilement la déprimer, surtout si l'on comprime l'origine de la carotide à la base du cou, ce qui, du reste, ne permet jamais d'éteindre entièrement les pulsations. Un bruit de souffle accompagne le mouvement d'expansion de la tumeur; on y sent un frémissement très-marqué pendant l'expiration et pendant la diastole artérielle.

Le *tac* artériel y est très fort et s'entend même à distance. Le déplacement est de trois ou quatre lignes. On sent dans l'intérieur quelques duretés.

La malade a été soumise à l'iodure de potassium à la dose d'abord de 1 gramme par jour, puis de 2 grammes. La tumeur a diminué d'une manière sensible dès les premiers jours de l'emploi de ce médicament. Au bout de deux mois, elle avait considérablement diminué, au point qu'on pouvait la considérer comme réduite à une sorte de noyau animé encore de battements, mais infiniment moindres qu'auparavant. Depuis que le traitement est suspendu, le noyau n'a pas semblé augmenter de volume; il reste complétement stationnaire.

Obs. IIe. — Le nommé Louis F..., forgeron, âgé de trente-neuf ans, entré à l'hôpital le 4 novembre 1858, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 10, jouissait d'une santé habituellement bonne.

Il y a vingt ans, il fut pris d'une douleur légère vers l'articulation sterno-claviculaire droite, augmentant peu à peu sous forme d'élancements. Cette douleur s'étendit progressivement dans le bras du même côté jusqu'au coude, se faisant sentir surtout à la face externe et postérieure du bras, épargnant complétement la face interne. Elle se propageait très-peu du côté du cou, sous forme de petits engourdissements. Cette douleur dura environ seize mois. Pendant les derniers quinze jours, la violence était devenue telle, qu'elle empêchait les mouvements spontanés du bras, et le malade dut cesser de travailler. Le sommeil même était impossible.

Depuis trois mois, le malade sentait une petite tumeur animée de battements au-dessus de la clavicule et à son côté interne. Elle avait grossi progressivement.

Il y a environ trois mois et demi, cette tumeur acquit tout à coup dans une seule nuit, un volume considérable: la clavicule se trouva soulevée. Dès lors les douleurs cessèrent presque complétement et furent remplacées par un engourdissement dans le bras. Depuis lors, la tumeur n'a pas augmenté de volume. Située d'abord à la partie moyenne de la clavicule, elle s'est rapprochée de la ligne médiane. Les battements, très-forts d'abord, ont diminué, et très-souvent même le malade n'en est nullement gêné. Il a pu travailler pendant cinq semaines à son état de forgeron.

Il y a un mois, il a été pris d'une toux fréquente, sans expectoration, sans fièvre, mais accompagnée d'un sentiment d'oppression, sans extinction de voix, sans enrouement. Les étouffements survenaient seulement la nuit, lorsqu'il demeurait dans le décubitus dorsal pendant un quart d'heure ou vingt minutes. Ils cessaient dans la position verticale. Le décubitus sur le côté gauche amenait les mêmes étouffements; sur le côté droit, il détermine une sensation d'engourdissement dans l'épaule, ce qui ne tarde pas à l'obliger de quitter cette position.

Cet homme assure n'avoir jamais eu de symptômes fébriles. Son appétit, ses forces sont conservés. Pas de palpitations. Il ignore la cause de sa maladie.

Au niveau et un peu au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire droite se voit une tumeur ovoïde, dont le grand axe a 8 centimètres et est dirigé en travers; le petit axe est vertical, et a 5 centimètres; la saillie en avant du plan du sternum est de 3 centimètres. La tête de la clavicule, qui se trouve à la partie inférieure de la tumeur, est soulevée. Toute la tumeur est animée de mouvements d'expansion et de soulèvements isochrones aux battements du pouls. Sa consistance est telle qu'on ne peut parvenir à la déprimer avec le doigt. La clavicule est animée des mêmes mouvements. Les battements de la sous-clavière et de la carotide sont sensibles, mais infiniment plus faibles que du côté opposé. Le pouls radial est plus faible à droite qu'à gauche.

La main appliquée sur la tumeur a la sensation du *tac* tellement nette qu'on croirait entendre ce deuxième bruit. L'oreille fait entendre deux bruits sourds coïncidant avec les mouvements d'expansion et de rétraction. Au-dessus de la tumeur existe un bruit de souffle double imitant le bruit du scieur de long. Le malade dit entendre les battements de sa tumeur.

Le malade est soumis, à partir du 12 novembre, à l'emploi de l'iodure de potassium. On lui en a donné d'abord 1 gramme pendant quelques jours, puis 2 grammes. Des accès d'étouffement ont continué à se montrer, surtout pendant la nuit et dans le décubitus dorsal; mais dix jours après que le traitement a été commencé, un mieux sensible existait déjà de ce côté, et la tumeur paraissait un peu moins volumineuse. Les nuits étaient un peu plus calmes.

Le 2 décembre, le malade prétend qu'il ne sent plus les battements de la tumeur, et qu'il ne les entend plus. Son appétit, qui était un peu diminué, est revenu.

Le 9 décembre, le malade a pu dormir toute la nuit étant couché, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. Il a eu quelques étourdissements.

Le 20, le mieux se continue. Le malade a dormi toute la nuit couché sur le dos. Plus d'étouffements. La tumeur est descendue et appuie moins sur le larynx. Le malade a éprouvé dans le bras un peu de douleur comme il en avait avant. Pouls distinct à droite, mais très-petit.

Il y a eu pendant quelques jours des accès d'étouffement qui ont maintenant disparu. Depuis quinze ou vingt jours l'iodure de potassium a été supprimé. La tumeur, diminuée, n'a éprouvé depuis ce temps aucun changement. Le malade est aussi bien qu'il allait avant les derniers accès d'étouffement.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Rupture presque totale du périnée au moment de l'accouchement; réunion immédiate par la suture entrecoupée; guérison complète.

Par M. le Dr Piachaud (de Genève).

Une jeune dame de vingt et un ans, blonde, de tempérament lymphatico-nerveux, ayant la peau fine et un embonpoint médiocre, est arrivée au terme de sa première grossesse, qui n'a rien offert de particulier pendant sa durée.

Dans la soirée du 2 décembre 1857, elle a senti des douleurs qui ont duré pendant la nuit assez pour empêcher le sommeil.

Le 3 au matin, je constate que la tête se présente vers le milieu de l'excavation, et coiffée par le segment inférieur de l'utérus; le col, placé un peu en arrière, permet l'entrée du doigt; ses bords sont encore rigides, les douleurs sont courtes et reviennent de dix en quinze minutes. Un bain est pris dans la journée. Le soir, à dix heures, la dilatation est comme une pièce de deux francs.

Le 4, à sept heures du matin, elle est comme une pièce de 5 francs, et complète à midi. La poche des eaux est épaisse, je la perfore pendant une contraction. Les douleurs étant accompagnées d'un sentiment d'angoisse très-pénible, j'administre du chloroforme, seulement au moment où la douleur va venir et de manière à produire un léger assoupissement, sans arriver jusqu'à la perte de connaissance. De cette façon, je puis en prolonger l'action pendant deux heures sans redouter d'accident.

Le mouvement de descente s'étant opéré régulièrement, et la tête, qui me paraît volumineuse, restant sur le périnée sans avancer malgré des douleurs énergiques, je me décide à appliquer le forceps à deux heures et demie. L'opération est très-facile, je fais exécuter lentement l'extension de la tête, et j'attends quelques instants au moment de franchir la vulve, afin de lui permettre de se dilater peu à peu; mais à ce moment, une douleur violente, que la femme ne peut maîtriser, bien qu'elle ait sa connaissance, chasse si brusquement la tête, que je n'ai pas le temps de la retenir; au même instant je vois le périnée se rompre; je repousse instinctivement la tête pour arrêter le mal si c'est possible, et je constate que la déchirure n'atteint pas l'anus; elle est nette, comme faite au bistouri, et placée exactement sur la ligne médiane. L'enfant, né vivant, est violacé; il a deux circulaires autour du cou; un quart d'heure après, je fais la délivrance sans aucune difficulté.

Je me décide de suite à tenter une réunion immédiate, pendant que les parties sont encore un peu insensibles par le passage récent du fœtus. La malade étant placée en face de la fenêtre, le siége élevé, je pratique, après avoir bien abstergé les parties, quatre points de suture entrecoupée, en ayant soin d'enfoncer les aiguilles profondément afin de comprendre dans les anses du fil une aussi grande épaisseur de tissus que possible. La réunion est bien exacte, les fils modérément serrés; j'applique pour pansement une compresse imbibée d'eau de mauve sur la suture, et je rapproche les cuisses, que je maintiens au moyen d'une serviette.

Le 7 et le 8, accès de fièvre, frisson, chaleur, agitation, montée du lait, lochies naturelles, toux fatigante.

Le quatrième jour, j'enlève les trois points du suture postérieurs;

la réunion paraît bonne, et je fais une injection d'eau de mauve. Le lendemain j'enlève le dernier fil; la réunion est parfaite; il n'y a aucun gonflement des parties, les lochies sont normales. Les accès de fièvre continuent jusqu'au dixième jour; ils n'ont cédé qu'à l'alcoolature d'aconit. A partir de ce moment tout marche bien; Mme X... nourrit avec succès; elle se lève pour la première fois le quinzième jour, et le vingt-troisième elle fait une promenade en voiture.

Un mois après j'examine le périnée, que je trouve en parfait état; toutes les fonctions s'exécutent bien; la marche, en particulier, ne présente aucune difficulté.

Réflexions. — Il semble, en lisant cette observation, que rien n'était plus naturel et mieux indiqué en pareil cas que de pratiquer la suture immédiate; et cependant, si on consulte les auteurs qui se sont occupés de la matière, on voit qu'ils sont loin d'être d'accord sur le traitement de la rupture du périnée au moment de l'accouchement.

Boyer dit que si la déchirure s'étend au périnée, on doit recommander à la malade de tenir constamment les cuisses rapprochées, et de rester couchée sur le côté; on peut encore favoriser le rapprochement des parties à l'aide de bandelettes agglutinatives. Il ne parle pas de suture.

M. Velpeau (*Méd. opér.*, t. IV, p. 457), en citant des cas rapportés par quelques auteurs de guérison spontanée obtenue par la position seule, se range parmi ceux qui proscrivent totalement la suture, car il pose en précepte « que lorsque l'accident est récent, quelle qu'en soit l'espèce, il ne comporte pas d'opération chirurgicale; on doit s'en tenir alors au rapprochement des cuisses, à l'immobilité, à la liberté du ventre, aux moyens de propreté. Le boursouflement, l'état congestionnel des parties, ne permettraient pas alors à la suture de réussir. J'y ai eu recours une fois en pareil cas, et l'insuccès a été complet. » Cependant Guillemeau, Heister, Delamotte, Noël (de Reims), Saucerotte, d'Osiander, M. Morlanne, Dupuytren, Dieffenbach et d'autres, ont réussi avec la suture.

A. Bérard (*Dict. en XXX vol.*, article Déchirure du périnée), après avoir reconnu que la guérison spontanée est possible, dit que dans l'immense majorité des cas elle ne peut être obtenue que par une opération chirurgicale. Il se demande à quelle époque elle doit être pratiquée. Doit-on la faire immédiatement, ou attendre que les bords de la division soient cicatrisés, et que la malade soit complétement rétablie d'ailleurs? Roux est de ce dernier avis de la manière la plus absolue. Les raisons sur lesquelles il se fonde sont le gonflement des parties, l'inflammation qui doit s'en emparer pouvant revêtir un mauvais caractère, puis les lochies empêchant la coaptation des lèvres de la plaie. En outre, il ne serait pas prudent de soumettre une femme nouvellement accouchée à une opération longue et douloureuse; donc il vaut mieux temporiser, et remettre les tentatives de guérison à l'époque où la santé de la femme est rétablie, où les bords de la plaie sont cicatrisés, et où toutes les parties circonvoisines sont rentrées dans leur état naturel.

Dieffenbach, au contraire, dit qu'on ne peut pas hésiter à coudre immédiatement les parties déchirées, à la condition de placer les sutures à une grande profondeur et de serrer les fils modérément. Les observations qu'il donne à l'appui de ce traitement sont fort concluantes; elles montrent en tous cas, comme celle qui précède, qu'il n'y a aucun danger à l'essayer, et prouvent que les craintes exprimées par Roux sont au moins empreintes d'une grande exagération.

Ainsi, la réunion se fait malgré le gonflement des parties, qui est quelquefois fort peu considérable, malgré les lochies, et quant à l'émotion morale qu'il veut éviter à la femme immédiatement après les couches, elle est en vérité bien légère, car il ne s'agit que de quelques piqûres d'aiguille; et d'ailleurs est-elle à comparer avec celles que la malade ressentirait plus tard, quand, pour remédier à une infirmité plus ou moins dégoûtante, il faudrait lui parler d'une opération bien autrement compliquée et douloureuse?

Enfin, si la réunion immédiate n'a pas lieu, cette tentative n'a en rien compromis les opérations ultérieures. N'oublions pas en outre que si dans les hôpitaux des grandes villes les réunions immédiates laissent souvent à désirer, il n'en est plus de même dans la pratique civile, où les circonstances sont beaucoup plus favorables.

Je me range donc tout à fait à l'opinion de Dieffenbach; une seule question pratique reste encore à examiner: Doit-on laisser la réunion immédiate se faire par le seul travail de la nature, en l'aidant par une position convenable sans doute, ou bien faut-il soutenir ce travail par le moyen d'une suture?

Les faits de guérison complète par le simple rapprochement des parties sont assez nombreux, et en rappelant celui observé par Mme Lachapelle, j'en ajouterai un récent qui m'a été communiqué par mon excellent collègue le docteur Stroehlin: il s'agit d'une jeune dame de 18 ans, primipare, qui a eu une rupture complète du périnée, s'étendant jusqu'à l'anus et comprenant une partie de la cloison recto-vaginale; les gaz et les matières s'échappaient par la vulve. Quelques heures après l'accouchement, M. Stroehlin ayant reconnu que la plaie était parfaitement régulière et comme faite au bistouri, pensa que la position seule avec les cuisses rapprochées et une mèche dans le vagin suffirait pour que la réunion eût lieu. En effet, le quatrième jour elle était parfaite; seulement, et par précaution, les cuisses furent maintenues rapprochées pendant une dizaine de jours, et la guérison a été complète.

Malgré ces faits, et je puis même dire à cause de ces faits, je n'hésite pas à me prononcer pour l'emploi de la suture, à la condition de faire passer les aiguilles aussi profondément que possible, surtout si la cloison recto-vaginale est intéressée, et en ayant soin de serrer les fils modérément. De cette manière on ne court aucun danger, et si la réunion peut être obtenue, ne se donne-t-on pas de bien plus grandes chances de succès? Il est aisé de comprendre que cette réunion par la position seule peut être compromise par un simple mouvement involontaire de la malade, quoique ses cuisses soient rapprochées par un appareil contentif plus ou moins sujet à des dérangements.

Remarques. — Nous laissons à notre honorable confrère toute la responsabilité de la doctrine qu'il professe relativement au traitement de la rupture incomplète du périnée; aussi croyons-nous devoir faire suivre son travail de quelques remarques.

Il y a une immense différence entre la déchirure incomplète du périnée, c'est-à-dire laissant intact le muscle sphincter anal et la cloison recto-vaginale et la déchirure complète, c'est-à-dire faisant communiquer plus ou moins largement le rectum et le vagin.

Dans le premier cas, cette lésion n'offre en général aucune gravité. En effet, personne n'ignore que la hauteur du périnée augmente dans des proportions considérables au moment de l'accouchement, et que telle rupture incomplète qui paraîtra énorme au moment du passage de la tête, sera réduite à des proportions fort minimes peu de temps après. Ainsi donc, il peut arriver qu'alors qu'on croyait avoir affaire à des désordres fort étendus, il ne reste qu'une solution de continuité insignifiante; c'est ce qui m'est arrivé pendant mon internat à l'hôpital Saint-Louis. C'était, je crois, le premier accouchement présentant quelque chose d'anormal que j'avais sous les yeux. Dans ces cas, il n'y a qu'à attendre; la cicatrisation se fait avec assez de rapidité, il ne reste pas la moindre infirmité; quelquefois cependant l'orifice vulvaire reste un peu plus large. Si, au bout de douze ou quinze heures on observait néanmoins une solution de continuité notable, nous pensons qu'il serait indiqué d'appliquer quelques serres-fines.

Il n'en est plus de même lorsque le muscle sphincter, la cloison recto-vaginale ont été déchirés. Bien que l'on ait quelquefois l'occasion d'obtenir des guérisons spontanées, il n'est pas moins vrai que ces guérisons sont fort rares et pour ainsi dire exceptionnelles; là il y a lieu d'opérer. A quelle époque convient-il de faire l'opération? Ce n'est pas ici le lieu de discuter ce point de pratique; rappelons seulement que les uns, et parmi eux M. Danyau, conseillent de réunir immédiatement; d'autres attendent que l'état puerpéral soit passé et que les bords de la plaie soient complétement cicatrisés. Nous pensons que le plus sage est d'adopter un terme moyen entre ces deux extrêmes, et qu'il convient de mettre les tissus en contact vers le sixième ou le septième jour, alors que les eschares, s'il y en a ou s'il doit s'en former, sont tombées, et que la plaie est recouverte de bourgeons charnus, lesquels s'agglutineront facilement. — Dr A. Jamain.

SUR L'ACTION TARDIVE DU CHLOROFORME,

Par M. le docteur A. Poizat (d'Avignon).

M. le docteur Poizat nous communique la note suivante, à l'occasion du fait malheureux qui a été récemment l'objet d'une communication à la Société de chirurgie. On y trouvera la révélation d'un fait intéressant, si, comme le pense notre confrère et comme tout porte en effet à le croire, les phénomènes qu'il a constatés sont bien réellement dus au chloroforme.

Le chloroforme ne produit pas toujours l'insensibilité qu'on lui demande; ainsi, bien des personnes qui l'ont respiré, et respiré largement, n'ont point été endormies et se sont constamment montrées réfractaires à l'influence de cet agent.

Lorsqu'au contraire on opère sur des organisations plus impressionnables et d'une réceptivité plus grande, le chloroforme agit alors de trois manières différentes; ainsi, son action est *prompte*, *lente* ou *tardive*.

En effet, chez certains malades il suffit d'une petite dose de 100 à 120 gouttes pour déterminer l'insensibilité, qu'on obtient ordinairement après dix à vingt inspirations et quelquefois moins. Chez d'autres, au contraire, il faut des doses plus considérables, et ce n'est qu'après des inhalations longues et souvent répétées qu'on obtient le sommeil anesthésique. Enfin, chez quelques-uns, et le cas est fort rare, l'anesthésie n'est produite que bien longtemps après les inhalations, et c'est sur ce dernier fait d'*action tardive* du chloroforme que je viens appeler l'attention de mes confrères.

Dans le grand nombre de chloroformisations auxquelles j'ai assisté, je n'ai jamais été témoin d'un fait pareil; je n'en ai lu non plus nulle part de semblable; et c'est précisément parce que le cas que je vais citer sort un peu du domaine des choses ordinaires, que j'ai cru de mon devoir de le publier. En voici l'observation:

Il y a deux ans, une jeune personne se présenta dans mon cabinet et me demanda si je pourrais lui extraire de la mamelle droite quelques aiguilles qu'elle s'y était implantées par mégarde en jouant avec d'autres couturières de son atelier.

Il y avait plus d'un mois déjà de l'accident, et jusque-là elle n'en avait ressenti que quelques douleurs, mais si légères et si peu incommodes, qu'elle ne songeait pas du tout à se faire enlever ces aiguilles du sein.

Depuis quelques jours cependant, et après une fatigue assez prolongée, les douleurs étaient devenues de plus en plus vives; c'est alors que la jeune personne se décida à se présenter à ma consultation.

Je l'examinai avec beaucoup de soin; je palpai et malaxai pour ainsi dire sa mamelle dans tous les sens pour reconnaître la présence de ces aiguilles: peine perdue, je ne pus pas les découvrir au toucher. La jeune personne m'avait déclaré que souvent elles arrivaient jusque sous la peau, et qu'elle les sentait très-nettement avec les doigts; je la priai de chercher elle-même à les ramener à la surface, comme elle le faisait d'habitude, par des pressions dans tous les sens; mais ce fut inutilement encore qu'elle se livra à cet exercice. Je la renvoyai alors, en l'engageant à revenir dans un moment plus propice, le jour et à l'heure où elle les palperait de nouveau sous la peau.

En effet, trois jours après, elle revint contente, me disant qu'elle venait d'en sentir une tout à fait superficiellement placée. Je pus me convaincre qu'elle disait vrai, et me décidai alors à commencer de suite l'extraction de ces perfides aiguilles.

L'opération, simple et sans gravité, devait cependant être longue et minutieuse, parce que la malade m'assurait avoir au moins trois aiguilles, et qu'une seule apparaissait sous la peau, les deux autres restant plus profondément situées. Aussi la jeune personne me demanda-t-elle à être endormie. J'y consentis; j'envoyai de suite chercher un flacon de chloroforme, et mandai auprès de moi un aide intelligent.

Nous commençâmes les inhalations à l'air libre et en versant de temps en temps du chloroforme sur une éponge creuse; cinq minutes, dix minutes, un quart d'heure se passèrent sans que cet agent manifestât son action par quelque phénomène appréciable; le pouls offrait toujours le même nombre de pulsations, la même force, la même ampleur; la malade nous parlait et nous disait qu'elle ne se sentait pas du tout près de s'endormir. Piquée et pincée assez vivement pour nous assurer d'une anesthésie au moins commençante et incomplète, elle nous reprochait de la tourmenter, et nous affirmait que sa sensibilité n'était rien moins qu'endormie. Enfin, après avoir employé à des inhalations, qui ne durèrent pas moins d'une demi-heure, un flacon entier de chloroforme sans rien obtenir, je me décidai à opérer sans plus attendre, persuadé que la personne était réfractaire à cet agent; je ne pouvais pas accuser le chloroforme, j'en connaissais trop l'origine peu suspecte.

A l'aide d'un ténaculum, je fixai sous la peau la première aiguille qui venait de s'y montrer. Je pratiquai une incision de la longueur environ de l'aiguille, et celle-ci apparaissant par une de ses extrémités au milieu de l'ouverture que je venais de faire, je m'empressai de la saisir avec des pinces et de l'amener au dehors. Il restait encore deux aiguilles, et toutes deux demeuraient encore profondément situées. Il fallait les ramener sous la peau et dans la direction à peu près de l'ouverture déjà existante. Je fis lever la malade, je la fis marcher, lui recommandant de faire exécuter à son bras droit des mouvements variés. Moi-même, par un véritable taxis, je cherchai à arriver au même résultat. A force de patience, nous y parvînmes enfin; une seconde aiguille était remontée, et on la sentait très-nettement dans la position qu'occupait la première. Elle fut bientôt extraite. Les mêmes lenteurs se produisirent, les mêmes manœuvres eurent lieu pour la troisième, et je coupe court en disant que, du commencement de l'opération à l'extraction de la troisième aiguille, il s'écoula deux heures environ. Je réunis mon incision par deux bandelettes agglutinatives et pansai à plat. La malade était très-contente d'être débarrassée, et ne cessait de passer et repasser dans ses doigts les trois aiguilles que je lui avais livrées. Je la fis remettre un quart d'heure, pendant lequel elle rajusta ses vêtements un peu en désordre. Cela terminé, je l'examinai avec soin avant de la renvoyer. Le facies était bon, le pouls calme, et tout annonçait une régularité parfaite dans les grandes fonctions de la vie. Je dis à la jeune personne qu'elle pouvait se retirer, et lui recommandai de prendre, en arrivant chez elle, une infusion légère de tilleul. Sur ce je me retirai dans mon cabinet.

Il n'y avait pas cinq minutes que j'y étais entré que la porte s'en ouvrit brusquement. C'était mon aide tout effrayé qui venait me dire que la jeune personne, en traversant le salon, était tombée sans connaissance. « Venez vite, me dit-il, elle n'a plus de pouls, elle respire à peine. » Je m'empressai auprès d'elle, et voici dans quel état je la trouvai: elle était étendue, pâle et défigurée. Je saisis de suite son bras: les battements de l'artère radiale étaient à peine perceptibles. Je l'auscultai; le cœur était presque muet; on n'entendait qu'un bruit sourd et comme étouffé. La respiration était presque nulle et s'effectuait d'une manière à peu près inappréciable. C'était une véritable sidération; le danger était imminent.

Nous transportâmes la malade sur une terrasse bien aérée, et là nous la soumîmes à une ventilation soutenue, à des aspersions d'eau froide, à des lotions vinaigrées; tout cela sans résultat. J'avais sous la main un flacon d'ammoniaque (je m'en munis toujours quand je chloroformise); je le débouchai sous le nez de la malade sans obtenir la moindre amélioration; elle était insensible, et l'odeur si piquante et si pénétrante de cette substance ne paraissait pas du tout l'incommoder. Mon inquiétude commençait à être grande, et je me décidai alors à combiner divers moyens. Je pratiquai l'insufflation de bouche à bouche, comme le recommande M. Ricord dans ces circonstances. Je soumis le thorax à des pressions répétées; une longue expiration, un long soupir vint enfin couronner mes efforts et m'apporta l'espoir qu'ils ne seraient pas perdus. Le flacon d'ammoniaque, débouché de nouveau sous les narines de la malade, lui fit cette fois légèrement détourner la tête; j'insistai, et, après plusieurs inhalations, elle entr'ouvrit les yeux. Dès ce moment, tout alla de mieux en mieux, et la malade reprit peu à peu ses sens.

Cette scène inquiétante n'avait pas duré moins d'une demi-heure; heureusement elle se termina plus favorablement que je ne l'aurais cru, car je maudissais déjà le chloroforme, et jurai à plusieurs reprises que je ne l'emploierais plus à l'avenir.

Voilà donc cette action que j'ai appelée tardive, produite deux heures après l'inhalation de cet agent! Qu'est devenu le chloroforme pendant ce laps de temps? Comment comprendre qu'il se soit accumulé, mis en réserve pour ainsi dire, pour ne manifes-

ter son action que si tardivement? Je laisse à de plus habiles que moi le soin de l'expliquer. Pour ma part, je me borne à constater le fait. Toutefois, je tremble toujours en pensant au danger qui aurait atteint cette jeune personne, si elle avait eu le temps de s'éloigner de chez moi et si l'accident était survenu au milieu de la rue ; on l'aurait entourée, étouffée, comme on le fait toujours en pareille occurrence, et, la cause de cette syncope restant ignorée, elle y aurait infailliblement succombé.

EMPLOI DE L'ACONIT

comme moyen préventif des accès de fièvre consécutifs au cathétérisme uréthral.

Par M. James Long, professeur à l'École de médecine de Liverpool.

On sait combien sont fréquents et surtout dangereux les accès de fièvre à forme intermittente pernicieuse observée à la suite du cathétérisme de l'urèthre ; on sait encore que si les bains, si le sulfate de quinine, peuvent prévenir quelquefois ces accidents, leur action n'est pas assez constante pour que l'on puisse compter sur cette médication d'une manière absolue. M. J. Long paraît s'être bien trouvé, dans les cas de ce genre, de l'alcoolature d'aconit. Voici les faits qu'il rapporte :

« J'avais à traiter récemment, dit-il, trois sujets atteints de rétrécissement de l'urèthre, chez lesquels des frissons si violents survenaient après chaque tentative de cathétérisme, qu'il était impossible de réussir à dilater le canal. Les moyens ordinaires étaient impuissants à les prévenir, et l'irritation locale et générale qui suivait chaque introduction de la sonde ne permettait pas de répéter cette opération plus de deux ou trois fois dans le courant de deux semaines. J'eus recours alors à la teinture d'aconit, donnée à la dose de 2 grammes dans 30 grammes d'eau, immédiatement après le cathétérisme.

» Chez le premier malade, le médicament fut donné après chaque cathétérisme ; il n'y eut plus de frissons, et le traitement put être poursuivi sans interruption jusqu'à complète guérison. Chez le second, le résultat fut tout aussi avantageux ; une seule fois on ne donna pas la potion : ce jour-là, le malade fut pris d'un frisson suivi de ses conséquences habituelles. On reprit la teinture, et le frisson ne se répéta pas, quoiqu'on eût laissé la sonde en place pendant plus d'une demi-heure. Dans le troisième cas, qui était le plus grave, il n'y eut pas de frissons tant que le malade prit de la teinture ; on la supprima, et deux fois on put introduire la sonde sans accident ; mais un troisième essai de cathétérisme fut suivi d'un frisson si violent et de symptômes locaux et généraux si inquiétants, que je n'ai pu y revenir jusqu'à présent. Je conclus que, dans ces trois cas, la teinture d'aconit prévint, par ses propriétés sédatives, les accès de fièvre, et que, dans des cas semblables, elle pourra rendre d'utiles services. »

Nous appelons d'une manière toute spéciale l'attention de nos lecteurs sur les résultats obtenus par notre confrère anglais. Si des faits nombreux venaient confirmer cette action de l'aconit, ce serait une conquête véritable pour la pratique.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

NOTE SUR UN CAS DE MORT APPARENTE

simulée par un accès de fièvre intermittente pernicieuse ;

Par M. le professeur François, membre de l'Académie de médecine de Belgique.

Dans un ouvrage publié en 1849, sur les signes de la mort, un auteur recommandable par d'autres travaux intéressants, M. le docteur Bouchut, dit positivement : « D'après les observations les plus récentes faites sur l'homme et sur les animaux, il n'existe pas d'état morbide spontanément déclaré ou provoqué qui ne puisse être distingué de la mort réelle par la persistance des battements du cœur. Dans la syncope, ces battements perdent beaucoup de leur force, leur fréquence diminue, mais ils restent appréciables. On les retrouve toujours jusqu'à la période la plus avancée de l'apoplexie et des diverses sortes d'asphyxie par strangulation, par submersion et par les gaz délétères; dans l'empoisonnement par les narcotiques, par les solanées vireuses, par les poisons végétaux les plus terribles, par l'acide prussique; dans l'hystérie, dans le coma épileptique, dans l'agonie de la mort par congélation, partout enfin ils existent à divers degrés de fréquence et de force, pour témoigner de la persistance de la vie jusqu'à la limite la plus extrême, la mort, qui est le résultat inévitable de leur interruption trop prolongée. »

La cessation complète des battements du cœur constitue donc, d'après M. Bouchut, un signe certain de la mort... La découverte d'un fait de cette nature serait d'un prix inestimable pour le médecin légiste, quelquefois embarrassé de se prononcer sur la réalité de la mort en l'absence de tout signe de putréfaction commençante. Ce fait est-il bien constaté? Ne comporte-t il pas d'exception? Car, en pareille matière, il faut une certitude complète... Or, depuis la publication du traité de M. Bouchut, plusieurs médecins ont eu l'occasion d'observer et ils ont signalé des cas de cessation assez prolongée des battements du cœur simulant la mort apparente chez des sujets qui ont été rappelés à la vie. Ils sont et deviennent tous les jours de plus en plus nombreux; mais presque tous ont été notés sur des nouveau-nés.

Les faits de mort apparente chez les adultes sont, au contraire, très-rares, s'il faut s'en rapporter à M. Brachet, qui en cite d'ailleurs un exemple. Quoique plus fréquents peut-être que ne l'établit le savant médecin de Lyon, nous croyons cependant que les faits de ce genre, bien et dûment constatés, méritent d'être livrés à la publicité, et c'est ce qui me décide à communiquer, dit M. François, le suivant à l'Académie.

Au plus fort de l'épidémie de fièvres intermittentes de toute nature qui régnaient dans la ville de Mons, en 1822, je fus appelé près d'une dame Lemoine, âgée de quarante ans, atteinte d'un premier accès de fièvre, mais peu prononcé, et sans caractère particulier, qui se dissipa promptemnnt. Deux jours après, on vint me chercher en toute hâte, en me disant que ma malade était mourante, peut-être morte. Elle avait été prise d'un nouvel accès de fièvre, deux heures plus tôt que celui de l'avant-veille avait eu quelques frissons, quelques bâillements, et avait perdu connaissance presque sur-le-champ. A mon arrivée, qui ne se fit pas attendre, Mme Lemoine était sans pouls, quelle que fût l'artère que j'explorasse ; les yeux étaient fermés, les pupilles immobiles lorsqu'on écartait les paupières et qu'on approchait de la lumière ; la figure, les lèvres et toute la surface du corps étaient pâles ; la peau était froide, sèche; la respiration était suspendue, du moins une glace approchée de la bouche ne fut pas ternie, la flamme d'une bougie ne fut pas agitée ; l'oreille, appliquée sur la région du cœur, ne put me faire saisir le moindre mouvement, le moindre bruit. L'alcali volatil placé sous le nez ou employé en frictions, les sinapismes les plus énergiques, l'ail pilé, rien ne put faire soupçonner qu'il restait un souffle de vie dans ce corps glacé. Voulant pousser les épreuves jusqu'à leurs dernières limites, j'appliquai une de ces larges plaques de fer vulgairement nommées pelle à feu, chauffée jusqu'au rouge-cerise sur la partie interne des deux jambes, mais avec aussi peu de succès. C'était réellement à quitter la place, et même déjà plusieurs des assistants, et entre autres un ecclésiastique, parlaient d'ensevelir le cadavre. Cependant, quoique cet état durât depuis à peu près une heure, je m'y opposai formellement, la nature de l'épidémie régnante et certains cas des plus graves comme des plus extraordinaires dont je venais d'être témoin m'induisant à penser que peut-être j'avais affaire à une de ces fièvres pernicieuses où la vie est suspendue et non irrévocablement anéantie, et que par conséquent il ne fallait pas tout à fait désespérer. Je fis donc frictionner le corps avec du vin chaud mêlé de teinture alcoolique de quinquina et de valériane et injecter dans le rectum aussi des mêmes teintures, mais étendues d'eau acidulée tenant du sulfate de quinine en solution. J'interrogeais à tout moment les mouvements de la respiration et les bruits du cœur, afin de m'assurer s'ils ne s'éveillaient pas... Mais non, toujours même silence... Je m'obstinai, je ne sais par quel secret instinct; enfin, le dirai-je, au bout de quatre heures environ, je découvris sur le front de la patiente quelques gouttelettes de rosée... Je fis alors appliquer de nouveaux sinapismes sur les membres et envelopper le corps dons des couvertures de laine très-chaudes. Bientôt j'eus la satisfaction d'entendre quelques légers bruits du cœur, de légers mouvements soulevèrent la poitrine, le pouls se fit sentir, les yeux s'ouvrirent, et à mesure que la connaissance ou mieux la vie revenait, on voyait s'établir une douce transpiration qui se prolongea plusieurs heures, mais dont j'attendis à peine la fin pour administrer le quinquina par toutes les voies. Il y eut encore un accès effrayant le surlendemain, mais ce fut le dernier, et dès lors la guérison fut assurée... (*Presse médicale belge.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 janvier 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Succédané du sulfate de quinine. — M. HALMA-GRAND lit un mémoire ayant pour titre : « Des conditions physiques et chimiques qui doivent présider à la composition de tout fébrifuge succédané du sulfate de quinine, et en particulier du cyanoferrure de sodium et de salicine. »

Dans ce mémoire, qui est l'œuvre collective de MM. Halma-Grand, Dubalde et Gaucheron, les auteurs se sont proposé d'établir, par le raisonnement et par l'expérience, que le cyanoferrure de sodium et de salicine réunit toutes les conditions qui le rendent propre à devenir un succédané du sulfate de quinine. « Ce composé, disent-ils, est *amer*, par conséquent tonique, et il agit sur l'estomac à la manière du sulfate de quinine; il est *azoté* et par cela même peut être absorbé : en effet, nous avons trouvé plusieurs fois, dans les urines des malades qui en avaient fait usage, du cyanoferrure de sodium et de salicine qui s'y transforme en hydrure de salicile et en acide salicilique. »

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Pelouze et Andral.

M. A. LEGRAND lit un mémoire sur l'ablation des lipomes par la cautérisation linéaire. (Nous publierons ce travail dans un prochain numéro.)

Des os intermaxillaires dans l'espèce humaine. — M. le docteur **LARCHER** adresse une note additionnelle sur ce sujet, à propos d'un nouveau cas de rhinocéphalie.

Je dois, dit M. Larcher, à l'obligeance de mon ami le docteur Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, la possession de la pièce que je produis : il s'agit d'un sujet de quatre ou cinq ans, atteint d'un bec-de-lièvre double et que M. le docteur Lenoir se proposait d'opérer, quand l'enfant a tout à coup succombé aux suites d'une fièvre éruptive. Je ferai remarquer encore, au point de vue tératologique, ce qui constitue, selon moi, la *caractéristique de la rhinocéphalie*, à savoir : le vomer grandi dans toutes ses proportions et portant avec lui, en avant de lui, les deux os intermaxillaires avec les avéoles des dents incisives (1).

Revenant ensuite sur la question de savoir si, pendant la première période de la vie fœtale, l'homme possède ou non l'os intermaxillaire, le docteur Larcher s'exprime ainsi :

« Au point de vue de l'anatomie philosophique, contester chez l'homme, à *l'état primordial*, l'existence des os intermaxillaires, c'est briser sans examen sérieux, l'un des anneaux d'une admirable chaîne; c'est méconnaître la grande *loi de l'unité de composition organique*, si bien formulée par notre illustre Geoffroy Saint-Hilaire.

» Je maintiens donc ce que j'ai dit quant à l'existence des os intermaxillaires à *l'état primordial* dans l'espèce humaine ; mais, écartant ici, à dessein, les résultats de mes observations personnelles pendant mon internat à la Maternité en 1857, j'appellerai l'attention de l'Académie sur ce qu'ont écrit à cet égard et Béclard et Meckel, et, plus récemment encore, M. le professeur Coste. »

M. Larcher termine en effet sa note par des citations empruntées à Béclard, Meckel et à MM. Coste et Sappey, et qui viennent à l'appui de sa proposition.

La pièce mentionnée dans la note de M. Larcher est mise sous les yeux de l'Académie. (Commission précédemment nommée.)

Sécateur trilame de l'urèthre. — M. FAVROT présente une note sur un nouveau sécateur trilame perfectionné de l'urèthre (voir le numéro du 6 février). Commissaires, MM. Velpeau et Civiale.)

M. BILLIARD adresse de Corbigny (Nièvre) un mémoire ayant pour titre : « Action de l'oxygène du globule artériel sur l'albumine du plasma. » (Commissaires, MM. Peligot, Cl. Bernard.)

— **M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL** signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, une note sur le docteur Gensoul. Cet opuscule a été adressé par la veuve du savant chirurgien lyonnais.

Générations spontanées. — M. FLOURENS, en présentant au nom de l'auteur, M. P. Mantegazza, de Milan, un exemplaire de ses *Recherches sur la génération des infusoires*, fait remarquer que l'envoi de ce travail, qui avait été communiqué en août 1852 à l'Institut lombard, est motivé par les discussions auxquelles ont donné lieu, dans le sein de l'Académie, les récentes communications de M. Pouchet. M. le secrétaire perpétuel donne, dans l'extrait suivant de la lettre d'envoi, une idée du travail du savant italien :

... *Deuxième expérience.* — Je prépare de l'eau chimiquement en faisant passer un courant d'hydrogène sec sur du bioxyde de cuivre chauffé à rouge dans un tube de verre. L'oxyde et le tube ont été rougis auparavant. L'eau obtenue de cette manière a été recueillie dans un tube de verre qui avait été chauffé au rouge et a été introduite dans un tube gradué en centimètres cubes où je l'ai fait bouillir avec des feuilles fraîches de laitue. Tandis que le liquide était en ébullition, j'ai rempli le tube avec du mercure chauffé à + 130° cent., et je l'ai renversé sur une cuvette remplie du même métal chauffé à la même température. Tout étant disposé comme je viens de dire, j'ai fait entrer dans le tube 9 centimètres cubes d'oxygène préparé avec le chlorate de potasse et qui avait passé par un tube de verre rougi. Après 161 heures, j'ai rencontré dans la décoction de laitue des monades vivantes.

La température moyenne dans ce temps a été de 25° cent.

Troisième expérience. — Dans un tube solide de verre de *la longueur* de 15 centimètres, j'ai fermé avec la lampe de la décoction de laitue, en laissant le tube rempli d'air dans une longueur de 10 centimètres. J'ai laissé à la température ordinaire le tube ainsi préparé l'espace de 48 heures; après quoi je l'ai exposé pendant 30 minutes à 100° cent., et pendant 40 minutes à + 140° dans un bain d'une solution saturée et bouillante de carbonate potassique ; 59 heures après, j'ai coupé le tube, et j'ai rencontré dans la décoction des *bacterium sermo* vivants. La température moyenne avait été de + 25° cent.

Quatrième expérience. — J'ai introduit dans un tube plat de l'eau distillée et un morceau de la partie intérieure d'une courge à peine arrachée de la plante en fermant avec la lampe les deux extrémités de mon tube. Je suis resté sans bouger 16 heures au microscope, et j'ai vu se former sous mes yeux des *bacterium* et des *vibrio lineola.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Dubuc, né à Larroumieu (Gers) ; *Des indications de la thoracentèse dans le traitement des épanchements pleuraux.*

Letiévant, né à Marboz (Ain) ; *Du traumatisme dans l'accouchement comparé au traumatisme ordinaire, suivi de la relation d'une épidémie de métro-péritonites puerpérales qui a régné à la Maternité de Lyon.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Mercier, de Braine-l'Alleud (Belgique), vient d'être décoré de l'ordre Léopold, pour services rendus à l'humanité pendant plus de trente ans de pratique médicale.

— Par arrêté du 30 décembre 1858, la médaille d'or instituée pour récompenser les services rendus en temps d'épidémie a été décernée : 1° A M. le docteur J. d'Udekem, professeur à l'Université de Bruxelles; 2° à M. Depotter, médecin à Leuw-Saint-Pierre ; 3° à M. Leenaert, médecin à Overyssche; 4° à M. Tordoir, médecin à Bruxelles; 4° à M. Trousset, médecin à Wavre. (*Presse médicale belge.*)

(1) Pour les chirurgiens de nos jours, l'existence des os intermaxillaires chez l'homme ne fait pas question : témoin le passage suivant emprunté au compte rendu de la Société de chirurgie (séance du 19 janvier 1859) : « Dans un cas de bec-de-lièvre, compliqué de saillie de *l'os incisif*, et avec division de la voûte palatine, assez considérable pour laisser pénétrer l'index dans les fosses nasales, M. le docteur Desormeaux a opéré quelques jours après la naissance par le procédé de Mirault (d'Angers) ; il a obtenu une réunion complète, et sous la pression de la lèvre, il a vu la saillie *de l'os incisif* diminuer peu à peu et même s'effacer complétement, » etc., etc.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 17. — JEUDI 10 FÉVRIER 1859. (32e ANNÉE.) N° 17. — JEUDI 10 FÉVRIER 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 18, en face du Palais des Beaux-Arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé ou mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 9 février 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Dans la séance du 14 juillet dernier, M. Bouchut a lu à l'Académie un mémoire sur l'*état nerveux* ou *nervosisme*, dont nous avons donné à cette époque un extrait et une courte appréciation. M. Gibert, chargé avec MM. Jolly et Baillarger d'en faire l'objet d'un rapport, s'est acquitté hier de ce devoir. Le rapport de M. Gibert, par l'importance même de son sujet comme par le caractère net et tranchant des propositions doctrinales qu'il en a pris occasion de formuler, était un appel trop direct à la discussion pour que l'Académie passât outre par un vote pur et simple des conclusions. M. Gibert, pour employer une figure quelque peu usée, mais que les circonstances excuseront, venait de planter hardiment son drapeau à la tribune. C'eût été tout au moins une impolitesse de l'y abandonner sans une marque de respect ou d'hostilité.

M. Bouillaud a le premier levé la main. Mais sur les sages observations de M. Trousseau la discussion a été remise à huitaine, afin que chacun eût le temps de lire à loisir le rapport et de se préparer à une discussion sérieuse et approfondie. Nous ne pouvons qu'approuver cette mesure, que la presse médicale n'a cessé d'appeler de ses vœux, et que nous voudrions pour notre compte voir se généraliser, toutes les fois au moins qu'il s'agit, comme ici, d'une question importante et digne d'un sérieux examen. Nous imiterons donc la sagesse de l'Académie en nous abstenant pour le moment de toute appréciation à l'égard du rapport de M. Gibert. Nous le reproduisons textuellement dans le compte rendu, afin que chacun de nos lecteurs soit à même de suivre avec connaissance de cause la discussion qui va s'engager.

Le rapport de M. Gibert a été suivi d'une lecture sur l'action du seigle ergoté dans la parturition, que l'assemblée a écoutée avec non moins d'attention et d'intérêt. Ceux de nos lecteurs qui suivent depuis longtemps les séances de l'Académie n'ont sans doute pas oublié les luttes que souleva, il y a environ une trentaine d'années, entre deux académiciens morts depuis longtemps, Villeneuve et Capuron, l'introduction du seigle ergoté dans la pratique obstétricale. L'opposition vigoureuse et tenace de Capuron passa alors auprès de beaucoup d'esprits pour une résistance au progrès. L'avenir devait donner raison à ses répugnances. En effet, environ quinze ans après, en 1845, l'Académie chargea une commission de répondre à diverses questions qui lui étaient adressées par M. le préfet de la Seine, relativement à l'action du seigle ergoté administré pendant le travail de la parturition. On se rappelle quelles furent les conclusions du savant rapport de M. Danyau. Ces conclusions ont eu une influence manifeste sur la pratique des accoucheurs, en réduisant beaucoup l'usage abusif que l'on avait fait jusque-là de l'ergot de seigle, dans le but de hâter et de faciliter l'accouchement. Cependant, malgré les sages avis formulés dans ce rapport, ces abus n'ont pas été si complètement réprimés que l'on n'ait encore aujourd'hui à déplorer trop souvent les funestes conséquences de cette pratique. C'est, en effet, ce que vient de nous apprendre le travail statistique si bien fait et si complet de M. Deville.

Chargé des importantes fonctions d'inspecteur du service de la vérification des décès, M. Deville, avant même que l'Académie eût à s'occuper de cette question, avait déjà commencé à recueillir de nombreux faits relatifs à l'administration du seigle ergoté; mais ce n'est qu'après une longue série de recherches, qui portent sur une période de près de quatorze années, qu'il a pu acquérir sur les effets funestes de cette substance une conviction si entière, qu'il n'a pas hésité plus longtemps à la porter devant l'Académie.

On jugera par l'extrait de ce remarquable travail que nous publions dans le compte rendu, de toute la valeur et de toute l'importance des faits qui y sont consignés. Si la commission que l'Académie a chargée d'examiner ce mémoire remplit sa mission, comme nous ne saurions en douter, elle pourra donner un utile complément au beau et savant rapport de M. Danyau.

La séance, qui avait commencé par un rapport officiel de M. Chevallier sur une demande d'avis relative à l'exploitation des sources minérales d'Hamman-Mélouan (en Algérie), a été terminée par une lecture de M. Desportes sur une question fort délicate d'hématologie, qui est du ressort des études micrographiques. Il nous serait impossible, d'après une simple audition, de porter le moindre jugement sur un travail de ce genre. Nous en attendrons l'impression dans le bulletin de l'Académie pour l'apprécier s'il y a lieu.

M. le président a déclaré une vacance dans la section d'anatomie pathologique. C'est la succession académique de M. Chomel qu'il s'agit de recueillir. — Dr Brochin.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Legouest.

Fracture indirecte et isolée de la dernière fausse côte. Effets nuisibles du bandage de corps.

(Observation recueillie et rédigée par M. le Dr T. Giard.)

Je n'ai pas l'intention de vous parler longuement de l'histoire des fractures de côtes, que les maîtres habiles des diverses facultés dont vous sortez ont dû vous apprendre ; je crois utile néanmoins de vous rappeler le mécanisme invoqué par J. L. Petit pour expliquer comment les côtes se fracturent, mécanisme encore aujourd'hui accepté dans la science, sauf quelques légères modifications et quelques exceptions dont le malade couché au n° 39 de la salle 28 nous offre un exemple.

Les côtes, dit J. L. Petit, peuvent se casser de manière que les bouts rompus inclinent du côté des plèvres ; c'est la fracture des côtes *en dedans* ou par enfoncement. Lorsque les bouts cassés inclinent en dehors, du côté des muscles extérieurs, la fracture est dite *en dehors*. Un coup violent, agissant directement sur la côte dont la courbure se trouve redressée, est habituellement la cause du premier accident; le second arrive lorsque les bouts antérieur et postérieur de la côte sont comprimés l'un vers l'autre par des forces diamétralement opposées, tendant à exagérer la courbure de l'os.

La fracture dont notre malade est atteint étant survenue par un mécanisme complexe, m'a semblé devoir mériter votre attention.

L'homme que je vous ai fait examiner, jouant, il y a quatre jours, avec un de ses camarades, fut rudement poussé, et tomba le flanc gauche sur le coin d'une table. Une violente douleur fut ressentie immédiatement dans le lieu frappé, douleur d'autant plus vive qu'un besoin impérieux de tousser coïncidait avec une extrême difficulté de respirer. Les accidents d'anxiété se calmèrent peu à peu, et le malade fut envoyé à l hôpital. Je le trouvai, le lendemain matin, à ma visite, couché sur le côté droit, la tête et les épaules très-élevées ; il respirait avec précaution, ne faisait que de courtes inspirations, et ne pouvait se remuer dans son lit sans éprouver immédiatement une vive douleur dans le côté gauche.

Une ecchymose large comme une pièce de deux francs indiquait le lieu précis où le coin de la table avait porté; c'était sur le tiers antérieur de la dernière fausse côte. La palpation, fort pénible pour le malade, me révéla, par une crépitation manifeste, la fracture de l'os; mais cette crépitation n'existait pas au lieu même du choc; elle était perçue à l'union du tiers moyen avec le tiers postérieur de la côte; elle était facile à obtenir en appuyant avec un seul doigt sur l'extrémité antérieure de l'os, et vous-mêmes avez pu la reproduire. A ce moment le malade accusait deux points douloureux, celui que le doigt comprimait et celui qu'occupait le siége de la fracture. Cet homme est donc atteint d'une fracture indirecte de la dernière fausse côte.

Les côtes supérieures et les côtes inférieures sont, comme vous le savez, moins souvent fracturées que les autres ; les premières, en raison de leur brièveté et de la protection qu'elles trouvent dans tout l'appareil qui constitue l'épaule ; les secondes, en raison de leur mobilité et de leur élasticité. Les fractures *isolées* de la dernière fausse côte sont de toutes les plus rares ; je n'en connais pas d'exemple, et s'il en existe dans l'histoire de l'art, ils doivent être peu nombreux. A ce titre, le blessé que vous avez vu présente donc encore un nouvel intérêt.

Quel mécanisme a présidé à cette fracture ? Je dois vous dire, avant toute chose, que l'âge adulte et la vieillesse prédisposent aux fractures des côtes par les modifications de structure que l'âge imprime à ces os, et que notre malade a 45 ans, limite extrême de la jeunesse virile : une fracture semblable ne se fût probablement pas produite chez un jeune homme, et encore moins chez un enfant. Elle est survenue dans ce cas par un mécanisme participant à la double action des violences dont je vous entretenais tout à l'heure ; le coin de la table agissant directement sur la partie antérieure, mobile et libre de la dernière côte, l'a enfoncée en dedans et en arrière. Fixée d'une part par son articulation rachidienne, poussée énergiquement de l'autre par l'angle de la table, la côte s'est brisée par excès de courbure non pas au lieu même où elle recevait latéralement l'impulsion extérieure, mais à l'union de son tiers postérieur avec son tiers moyen.

Nous avons pu percevoir la crépitation, et comme vous n'ignorez pas que la crépitation manque souvent dans les fractures de côtes, présumées plutôt par les accidents concomitants, que nettement diagnostiquées au moyen de ce signe, je crois devoir vous le faire remarquer ici.

Sans doute vous vous êtes étonnés de ne pas trouver le malade emprisonné dans un bandage de corps ? Voici la raison pour laquelle je me suis abstenu de tout appareil.

Le bandage de corps, que l'on applique habituellement dans les fractures de côtes, a pour but de limiter la respiration thoracique et de la rendre abdominale ; l'ampliation du thorax et le mouvement alternatif d'élévation et d'abaissement des côtes sont remplacés par l'ascension et la descente du diaphragme, qui se relâche et se contracte alternativement. Ce bandage est utile dans la fracture des vraies côtes, excepté la septième, mais nuisible dans celle des fausses côtes. En effet, dans l'espace compris entre la base de l'apophyse transverse de la première vertèbre des lombes et le sommet de la dernière fausse côte, la circonférence du diaphragme est attachée à un arc aponévrotique qui, par une de ses extrémités, se fixe à la base de la première vertèbre lombaire, et par l'autre au bord inférieur de la dernière fausse côte près de son sommet; le reste de la circonférence antérieure du muscle s'insère en remontant sur les cartilages des autres fausses côtes et de la septième côte sternale. En provoquant par la respiration abdominale des contractions plus énergiques du diaphragme, on augmente les douleurs. C'est ce qui est advenu chez notre malade, qui nous arriva enveloppé d'un bandage de corps assez serré, et qui fut soulagé dès que nous l'en débarrassâmes. Partant de ce principe, nous aurions dû peut-être limiter la respiration diaphragmatique en faveur de la respiration costale ; mais, dans la crainte que les replis d'un bandage plein de l'abdomen ne vinssent à presser directement sur la dernière côte, nous avons préféré laisser le malade à son instinct, qui lui enseigna rapidement la manière de respirer la moins douloureuse.

La fracture de cet homme n'est évidemment pas encore consolidée; mais les douleurs ayant à peu près disparu, aucun phénomène fâcheux ne s'étant développé du côté des viscères abdominaux ou thoraciques ; le malade, qui est marié, ayant un grand désir de rentrer chez lui, je ne vois pas grand inconvénient à lui donner son *exeat* dans deux ou trois jours, lorsque la sensibilité provoquée par le contact de ses vêtements et en particulier par la ceinture de son pantalon, ne s'opposera plus à ce qu'il puisse s'habiller.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. Bertulus.

Leçons cliniques sur l'étiologie et le diagnostic des maladies du foie, notamment de l'hépatite.

Il est incontestable qu'une grande obscurité règne encore sur l'étiologie des maladies du foie, et que leur diagnostic est souvent hérissé de difficultés que les praticiens les plus habiles, les plus expérimentés, ne peuvent pas toujours vaincre.

Cette obscurité, dont on ne se douterait guère si l'on s'en tenait simplement à la lecture des traités de pathologie, résulte à la fois du défaut de recherche et d'appréciation des causes, de la

situation de l'appareil hépatique aux confins du thorax et de l'abdomen où il est avoisiné par une foule d'organes importants, tels que le poumon, la plèvre, le diaphragme, l'estomac, le duodénum, et qui participent souvent à ses lésions ou en revêtent les caractères; enfin, de l'épaisseur même du parenchyme du foie, dont les altérations ont presque toujours un caractère latent, quelque graves qu'elles puissent être lorsqu'elles sont centrales, profondes, et qu'elles n'affectent pas l'organe tout entier.

Il n'est pas, du reste, jusqu'à certains phlegmons sous-aponévrotiques des parois abdominales qui ne simulent parfois l'hépatite aiguë, et il y a peu de jours qu'il m'a été donné d'observer un cas de ce genre dans le service de la clinique médicale.

Une femme, occupant le nº 1 de la salle Sainte-Elisabeth, a offert une tumeur inflammatoire entre l'ombilic et l'hypocondre droit, qui s'est résolue lentement sous l'influence des sangsues, des frictions mercurielles, et qui aurait pu de prime abord être prise pour le foie enflammé et tuméfié; or, à mesure que la douleur et le gonflement ont diminué, et qu'il a été possible d'explorer et de palper le ventre, nous avons acquis la preuve, comme nous l'avions pressenti, que le siége du mal était dans l'interstice des muscles abdominaux, et qu'il était, en un mot, tout à fait antérieur à l'abdomen.

Ayant eu souvent à m'occuper des maladies du foie au lit du malade, non-seulement à Marseille, mais encore sous différentes latitudes, pendant près de trente ans de pratique, je vais présenter ici quelques considérations sur leurs causes et sur leur diagnostic; elles pourront servir peut être à les éclairer et à combler une partie de la lacune que je viens de rappeler.

La chaleur atmosphérique n'est pas la cause principale des affections du foie ; il faut mettre au dessus d'elle le génie intermittent et l'abus des excitants gastriques et des liqueurs fortes.

Je commencerai par établir que l'on a fait évidemment une part trop large et trop exclusive à la chaleur atmosphérique dans la production des maladies aiguës et chroniques du foie; l'observation m'a démontré que, même entre les tropiques, elles sont d'autant plus communes que la constitution géologique offre davantage le caractère paludéen. D'ailleurs personne n'ignore qu'elles sont aussi très-fréquentes sur les territoires bas et humides de l'Europe septentrionale, par exemple en Belgique, en Hollande, en Pologne, en Irlande, etc. Les conditions fâcheuses dans lesquelles l'appareil hépatique se trouve placé chez les habitants des pays marécageux sous toutes les latitudes, les fluxions fréquentes auxquelles il est exposé par le fait seul du génie intermittent, celles dont il devient le siége pendant le cours de certaines maladies, telles que la fièvre jaune, la gastro-entérite grave, la dysenterie, la fièvre bilieuse, etc., expliquent de reste l'endémicité des affections du foie sur ces territoires; chez les indigènes, la prédisposition à ces affections devient manifeste dès les premières années de la vie; le foie n'est pas en rapport de volume avec les autres organes, il offre de bonne heure un développement anormal, et son état permanent d'hyperémie exprime d'une manière éloquente ses prédispositions morbides. C'est là un fait pathologique auquel on n'a pas attaché jusqu'à ce jour une attention suffisante, et dont l'appréciation exacte n'aurait pas permis sans doute de rapporter exclusivement à des causes atmosphériques des affections du foie récentes en apparence, mais qui s'étaient préparées à la longue d'une manière latente.

Il faut reconnaître cependant que ces affections, et notamment l'hépatite, se montrent très-fréquentes et très-graves sur les territoires secs, sablonneux, calcaires et volcaniques situés entre les tropiques ou dans leur voisinage, mais où n'existe pas l'influence paludéenne; j'ai même observé que dans les contrées qui offrent ces constitutions géologiques, l'hépatite affecte une marche plus rapide, et se termine plus souvent par la suppuration que partout ailleurs. En Andalousie, par exemple, où la chaleur est, on le sait, très-forte, et dont le territoire sec et sablonneux rappelle celui de l'Afrique du Nord, l'hépatite parcourt en général ses périodes avec rapidité. C'est un fait que m'ont affirmé pendant mon séjour dans cette partie de l'Espagne la plupart des médecins avec lesquels je m'étais mis en relation, et en particulier M. le professeur de Bustamente.

Abus des excitants gastriques et des liqueurs fortes. — Toutefois c'est en visitant les hôpitaux de Cadix que j'ai achevé de fixer mon opinion sur l'étiologie de l'hépatite. Il me fut facile, en effet, de constater une fois de plus dans cette circonstance, que la chaleur caniculaire n'est pas l'unique cause des phlegmasies aiguës et chroniques du foie dans cette partie de la Péninsule. Les sujets qui y sont le plus exposés sont, comme partout, les matelots, les soldats, les gens de peine, qui abusent du tafia, des épices, du piment, du karri et des autres excitants gastriques; enfin les étrangers qui continuent à suivre sous un ciel brûlant le régime presque exclusivement animal des climats septentrionaux. Voilà la cause la plus active des maladies du foie, au moins quatre-vingt-dix fois sur cent, lorsqu'elles ne résultent pas de l'intoxication paludéenne. Les faits suivants vont achever de le démontrer.

Sous toutes les latitudes, les hommes sont plus sujets à ces maladies que les femmes ; ne serait-ce pas parce que l'intempérance est plus commune chez les premiers? Cette simple observation ne suffit-elle pas, du reste, pour diminuer beaucoup l'importance qu'on accorde en général aux causes météorologiques dans la production de l'hépatite?

A Gibraltar et à Malte, il est facile de vérifier que c'est surtout à des causes bromatologiques qu'il faut attribuer la fréquence des affections aiguës du foie pendant les mois les plus chauds de l'année. Ce ne sont pas, à quelques exceptions près, les Français, les Espagnols, les Italiens, dont le régime sobre est connu, qui payent un funeste tribut à l'hépatite, mais spécialement les Anglais, qui, sans se préoccuper le moins du monde de la différence de climat, continuent à se nourrir de rosbif, et à absorber journellement des quantités considérables de vin de Porto, d'eau-de-vie, de wiskey et de porter.

Un régime à peu près semblable que suivent à Naples les soldats suisses les rend très-sujets aux affections du foie, comme l'attestent les statistiques médicales de cette ville, et en particulier celle qu'a publiée en 1845 M. le docteur de Renzi, médecin en chef de l'hôpital général.

Dans nos colonies de Bourbon et de Pondichéry, l'hépatite aiguë sévit surtout chez les intempérants. Je suis à même de le vérifier journellement, puisque tous les soldats, tous les matelots, tous les employés coloniaux qu'on renvoie en France par la voie de Marseille pour cause de maladie, sont soumis à ma visite à leur arrivée dans ce port.

Les cas nombreux d'hépatite qui survinrent dans notre première armée d'Orient, et qui se terminèrent si souvent par la suppuration, tinrent moins à l'influence de la chaleur, selon les médecins qui les observèrent, qu'au mauvais régime et à l'abus des liqueurs fortes. Cet abus suscita des phlegmasies gastro-intestinales dont l'hépatite fut, dans la plupart des cas, la conséquence.

Ne serait-ce pas en vue de cette action spéciale des alcooliques sur le foie que le législateur de l'Islam en aurait proscrit l'usage au nom de la religion?

Enfin, à Marseille, où l'hépatite est fréquente dans les hôpitaux pendant la saison chaude, c'est encore chez les soldats, les marins, les gens de peine, les ouvriers intempérants qu'on l'observe. Nos paysans provençaux, dont la sobriété est connue, en offrent rarement des cas. Je suis le médecin de 600 pêcheurs de profession qui relèvent de l'inscription maritime; ces braves gens sont particulièrement exposés à l'action du soleil caniculaire; ils ont le teint hâlé, presque noir par l'effet de la chaleur et de la lumière; pourtant, depuis cinq ans que je les soigne, je n'ai pas encore observé chez eux un seul cas d'hépatite. C'est qu'ils sont très-sobres, qu'ils ne vivent guère que de poisson rôti ou bouilli, de fruits de la saison, et qu'ils ne boivent que très-modérément du vin. Je ne me rappelle pas non plus avoir rencontré parmi eux un seul ivrogne.

La fièvre jaune laisse après elle une prédisposition à l'hépatite. — J'ai vu cette année, à l'Hôtel-Dieu, quatre cas d'hépatite terminée par la suppuration. Deux de ces malades provenaient des colonies, où ils avaient abusé des liqueurs fortes; le troisième était un ouvrier qui était atteint de fièvre intermittente rebelle, contractée dans le delta du Rhône; enfin, chez le quatrième, l'hépatite avait été la conséquence de la fièvre jaune, à laquelle il avait failli succomber pendant la traversée de la Havane à Marseille. Il est à remarquer, je le dirai en passant, que ce typhus laisse toujours après lui une susceptibilité fâcheuse de l'appareil hépatique. J'en suis moi-même un exemple frappant: depuis dix-neuf ans que j'ai été gravement atteint de fièvre jaune, je souffre souvent de l'hypocondre et de l'épaule droits. En janvier 1855, à l'occasion d'une chute grave que je fis sur l'occiput, et qui eut pour résultat une plaie large et profonde, j'éprouvai des douleurs si vives dans la région hépatique, que je craignis un abcès; mon excellent ami Clot-Bey, qui me donnait ses soins et à qui je fis part de mes antécédents, me conseilla des bains prolongés et un régime sévère qui réussirent très-bien et calmèrent mes inquiétudes sur la fâcheuse complication dont j'étais menacé.

Des quatre abcès du foie dont je viens de parler, l'un s'est ouvert spontanément sur le côté droit du thorax, un peu au-dessous du rebord des fausses côtes; deux autres à peu de distance de l'épigastre; enfin le quatrième, qui a entraîné la mort du sujet, s'est vidé dans la plèvre; l'autopsie cadavérique, qui a démontré cette terminaison, a prouvé aussi qu'alors même que cet abcès se serait ouvert au dehors, la guérison n'aurait pu avoir lieu. Les poumons, le péritoine, étaient en effet farcis de tubercules chez cet individu, et le foie, qui rejoignait la rate tant il était gros, creusé à l'intérieur par une vaste caverne, offrait l'état de cirrhose dans toutes les parties qui n'étaient pas détruites.

Voici, du reste, des détails sur ce dernier malade, recueillis par M. Dauvergne, élève interne de mon service.

Le nommé Bayard, âgé de vingt-huit ans, occupait le nº 45 de la salle Saint-Joseph; il avait eu les fièvres d'accès, avait travaillé dans la Camargue et y avait abusé de l'eau-de-vie. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, où il n'est resté que huit jours, il offrait les symptômes suivants:

État général de prostration, décubitus dorsal, léger ictère de la conjonctive, langue jaunâtre, piquetée vers la pointe, dyspnée, toux sèche, expectoration blanchâtre, muqueuse, peu abondante, un peu de stupeur, bredouillement, matité, respiration bronchique à droite, en bas et en arrière, pas d'égophonie; douleur à la base du thorax, vers l'hypocondre droit, matité dans cette partie de l'abdomen, mais sans rénitence marquée de l'organe hépatique; un peu de ballonnement du ventre, sans gargouillement ni douleur dans la fosse iliaque; urines rouges, foncées; constipation; pouls petit, fréquent, dépressible; chaleur modérée, et sécheresse de la peau.

Cette maladie fut jugée de différentes manières par les médecins et les élèves qui assistaient à la visite; les uns crurent à une fièvre typhoïde, d'autres à une induration de la base du poumon droit; le professeur de clinique, prenant en considération les antécédents et la provenance du sujet, diagnostiqua une hépatite et des tubercules pulmonaires, et ce diagnostic a été démontré par la nécropsie. Un état typhoïde assez caractérisé, qui se manifesta la veille de la mort, fit concevoir quelques doutes; mais à l'ouverture du cadavre, il devint évident que les symptômes typhoïdes avaient eu probablement pour seule cause la résorption et le passage dans le torrent circulatoire du pus infect que contenait le foie. Du reste, les lésions particulières à la fièvre typhoïde ne se présentèrent pas sur l'intestin grêle.

L'abus des liqueurs fortes est la principale cause de l'hépatite dans le nord de l'Europe. — J'ai dit un peu plus haut que sur les territoires bas et humides du nord de l'Europe, où les étés sont courts et la chaleur en somme assez modérée, si ce n'est dans certaines localités, les affections aiguës et chroniques du foie sont néanmoins très-communes. Or cette circonstance achève, selon moi, de mettre en lumière la puissance des causes bromatologiques sur leur production. Qui ne sait, en effet, que le régime des habitants de ces contrées est presque exclusivement animal, et qu'ils font un usage immodéré des liqueurs fortes? Ajoutons aussi, à l'appui de cette étiologie, que dans les pays chauds comme dans les contrées septentrionales, les affections du foie ont si souvent pour point de départ la gastro-entérite, qu'on ne saurait attacher trop d'importance à l'action pathogénique des accidents gastriques.

Toutefois, Cullen, Pringle et James Sirus, qui ont traité dans leurs écrits de l'hépatite des climats septentrionaux, se taisent absolument sur cette étiologie; ils signalent parmi les causes les plus fréquentes « les violences externes, certaines passions de l'âme, les exercices violents, l'action du froid humide de l'automne », mais ils ne se préoccupent en rien de l'abus des boissons fermentées, qui existait de leur temps comme aujourd'hui dans toute l'étendue du royaume britannique, et dont la funeste influence ne peut être mise en doute. Ce n'est pas cependant que cette influence soit difficile à constater, elle est au contraire tellement saillante, qu'elle est devenue pour le vulgaire lui-même un axiome. Les gens du peuple, lorsqu'ils parlent de la triste fin de certains ivrognes, manquent rarement de dire *qu'ils se sont brûlés le foie avec de l'eau-de-vie.*

Demandez à nos médecins de la marine, à ceux qui desservent nos hôpitaux des colonies, si l'abus du tafia, du piment, des épices, entre pour quelque chose dans l'étiologie de l'hépatite et de la dyssenterie qui se lie si intimement avec elle; certes, ils n'élèveront aucun doute sur les prédispositions fâcheuses qui résultent de l'action de la chaleur tropicale, mais ils seront unanimes pour établir que, dans l'immense majorité des cas, et abstraction faite de l'influence du génie intermittent, les excès de boisson et les écarts de régime sont la cause déterminante de ces maladies. Broussais, qu'on accuse avec raison d'avoir souvent fait plier la vérité sous un système essentiellement exclusif, avait, selon moi, parfaitement saisi les causes principales des maladies du foie, lorsqu'il disait dans son *Examen des doctrines* (propositions 149, 150 et 151):

« L'hépatite est consécutive à la gastro-entérite quand elle ne dépend pas d'une violence extérieure.

» La gastro-entérite chronique est la cause des engorgements hépatiques et des foies jaunes et gras, même chez les phthisiques. (Ce dernier point est cependant très-susceptible de discussion.)

» L'hydropisie des personnes qui ont abusé des boissons alcooliques et des purgatifs, etc., est l'effet d'une gastro-entérite qui a envahi toute l'épaisseur du canal digestif, du foie, etc., et qui a pénétré lentement au péritoine. »

L'hépatite peut-elle être due à des causes diathésiques? — Oui, c'est incontestable. Les lésions de l'estomac, du duodénum, de l'intestin grêle, exercent une grande influence sur la production des maladies du foie, et en particulier de l'hépatite; mais est-ce à dire, pour cela, que ces maladies ne résultent jamais de causes vitales diathésiques tout à fait indépendantes des irritations et des phlegmasies gastro-intestinales? C'est un point que nous ne concéderons pas à Broussais, car les recherches nécropsiques ne l'établissent que trop souvent, surtout chez les tuberculeux.

DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DU LUPULIN.

Par M. W. JAUNCEY.

La vertu du houblon est concentrée, comme on le sait, dans une poudre jaune située à la base des écailles et nommée lupulin. Lorsque l'on brise les sommités du houblon pour l'usage du commerce, une grande partie de cette poudre se détache; une portion est alors perdue, tandis que le reste est mêlé au houblon brisé, en sorte que la proportion de lupulin qui se trouve dans différents échantillons de houblons, même de bonne qualité, est très-variable. Dans mes expériences, je l'ai vu osciller entre 1/5 et 1/9. On voit donc que pour l'emploi médical il est utile d'employer le lupulin et non pas le houblon.

Ainsi obtenu, le lupulin se présente sous forme d'une poudre jaune foncé, collant aux doigts, tombant au fond de l'eau au bout d'un certain temps, douée d'une odeur qui n'est pas désagréable, et d'un goût amer et aromatique. Exposé à l'air, il perd son activité; sa couleur est altérée et son efficacité diminuée par l'accès de la lumière. J'ai remarqué qu'il est nécessaire d'em-

ployer des doses plus considérables de lupulin ancien que de nouveau.

Le plus important des éléments du lupulin semble être une huile volatile, en partie soluble dans l'eau, très-soluble dans l'alcool et l'éther ; son odeur est analogue à celle du houblon, mais plus forte ; son goût est d'une âcreté désagréable. Quelques auteurs lui ont attribué une couleur jaunâtre ; quant à moi, je l'ai toujours obtenue couleur acajou, quoique je prisse grand soin qu'elle ne fût pas altérée par des substances empyreumatiques. Comme elle est en partie soluble dans l'eau, elle est très-difficile à distiller, parce que si l'on emploie beaucoup d'eau on n'obtient pas d'huile, si l'on en emploie peu on brise l'appareil ; aussi faut-il en prendre un en étain ou encore mieux en cuivre.

Cette huile, dans mon opinion, se forme durant la dessiccation du houblon, car je n'ai pu obtenir de houblon bien mûr, mais frais, et la teinture de houblon frais ne possède pas la saveur aromatique constante de la teinture de houblon desséché. Conservée, cette huile finit par se résinifier, et cette résine a une couleur jaunâtre différente de celle de l'huile fraîchement distillée.

D'après les observations que j'ai faites sur l'action de cette huile, je conclus qu'elle est sédative et anodine. Elle soulage la douleur sans causer nécessairement le sommeil. De fortes doses de lupulin réduisent la fréquence du pouls de 20 à 30 pulsations par minute (36 même d'après le docteur Maton), et finissent par produire de la céphalalgie, des nausées et de l'inappétence. Tels sont les effets de l'huile, qu'elle soit avalée ou seulement respirée. A plus fortes doses elle agit comme diurétique, et je me suis assuré qu'elle avait une influence anaphrodisiaque réelle.

Outre l'huile volatile, le tannin et la matière extractive, le lupulin contient encore une substance à laquelle on a donné le nom d'humuline ou lupuline, et que quelques auteurs considèrent comme le principe actif du houblon ; quant à moi, je n'ai rien vu qui puisse me faire penser qu'elle ait aucune vertu sédative ; son effet sur les organes digestifs est légèrement tonique. Jamais je n'ai obtenu avec l'humuline aucun des résultats produits par l'huile volatile. Comme j'éprouvais de grandes difficultés pour me procurer de l'humuline pure en quantité suffisante pour faire des expériences suffisamment prolongées, je me suis servi, dans ce but, surtout de lupulin privé de son huile volatile.

Jamais je ne suis arrivé à déterminer la mort chez de petits animaux avec de fortes doses d'huile volatile ou de lupulin en nature, et j'ai pu administrer jusqu'à 5 gouttes de la première à un petit terrier. J'ai entendu dire cependant que, dans une basse-cour, une troupe de canards ayant mangé une grande quantité de lupulin qui avait été balayé d'un magasin à houblon, plusieurs en moururent. On dit aussi, dans les fermes où l'on cultive le houblon, que le lupulin a la propriété de faire mettre bas les vaches ; mais je ne lui ai vu produire aucune action parturitive sur l'utérus humain.

Quant aux maladies dans lesquelles on peut prescrire le lupulin, je l'ai ordonné dans un grand nombre de cas différents avec des effets divers.

Dans les affections des organes digestifs je l'ai trouvé fort utile chez les individus adonnés aux spiritueux, lorsqu'il y a tremblement de la langue, perte de l'appétit et excitation générale. On peut l'unir avec avantage au bismuth dans le pyrosis et aux acides minéraux dans la dyspepsie oxalurique. Dans quelques cas légers de gastralgie on peut le substituer utilement à l'acide cyanhydrique.

Je l'ai donné sans succès dans plusieurs cas de rhumatisme articulaire, quoique le docteur Maton l'ait trouvé utile dans cette maladie. Il a procuré de l'amélioration dans quelques sciatiques. Il n'a produit aucun changement dans la douleur chez deux malades atteints de pleurésie.

Dans les désordres du système nerveux, j'ai trouvé son influence bien marquée.

Relativement à quelques affections des organes génito-urinaires, je peux corroborer les expressions favorables de Zambaco et de Hertsfelder. Dans cinq cas de spermatorrhée légère avec érections gênantes, il fut fort utile. Un malade, qui, quoiqu'il fût marié et qu'il eût des enfants, était tourmenté par des pertes nocturnes, en fut débarrassé pendant plusieurs nuits en prenant du lupulin ; mais je dois dire qu'à la même époque M. Parker le trouva inefficace dans un cas analogue où il l'avait ordonné. Il m'a rendu service dans plusieurs cas d'érections douloureuses pendant une blennorrhagie, et je remarquai que, dans deux cas de blennorrhées fort anciennes, il parut tarir l'écoulement. Il fut sans aucune utilité dans deux cas de chaudepisse cordée où il y avait une courbure bien manifeste pendant l'érection. Le docteur Heslop en fit prendre le soir à un enfant de huit ans qui, depuis sa naissance, avait une incontinence nocturne d'urine ; au bout d'une semaine la maladie était complétement guérie.

Le lupulin fait souvent disparaître les douleurs dans le dos et la poitrine qui accompagent la simple leucorrhée. Je l'ai trouvé utile dans un ou deux cas d'ulcérations du col utérin, et il soulage presque toujours les douleurs dans le cancer de cet organe.

Il m'a réussi dans onze cas de ce genre et dans un de cancer du rectum. Dans deux cas d'avortement où le fœtus était expulsé, la chute du placenta ne fut pas accélérée par son administration, et, dans chacun d'eux, ce résultat fut promptement obtenu avec une dose de seigle ergoté. Le lupulin a fait complétement cesser l'irritabilité de la vessie chez deux femmes âgées.

Voici les conclusions auxquelles je suis arrivé sur ce médicament :

1° Il contient deux principes distincts :

L'un, l'huile, est simplement sédatif et anodin ;

L'autre, sans doute l'humuline, n'a qu'un effet tonique sur le tube digestif.

2° On peut administrer le lupulin à très-forte dose, 10 grains chaque demi-heure, sans produire d'effet dangereux.

3° Son principal avantage sur les autres anodins, est qu'au lieu de diminuer le pouvoir digestif, il l'augmente plutôt.

Il faut aussi remarquer que ses effets varient suivant les individus, et que chez certains il faut des doses plus fortes et plus fréquentes pour obtenir les mêmes résultats. Quelquefois le lupulin, administré pendant un certain temps, semble perdre son efficacité. (*Revue de thérapeutique.*)

LAVEMENTS DE VIN D'OPORTO

dans un cas de métrorrhagie puerpérale.

Par M. Llewellyn Williams.

Il s'agit d'un cas de métrorrhagie par inertie de la matrice après la délivrance, qui résista d'abord à tous les moyens employés et ne put être arrêtée que par la compression de l'aorte ; la malade, épuisée par la perte, se trouvait depuis une demi-heure dans l'état le plus alarmant : l'absence du pouls au poignet, le refroidissement aux extrémités, une sueur froide et visqueuse, une jactitation continuelle, le relâchement des sphincters, tout indiquait l'imminence d'une terminaison fatale. Il était impossible d'administrer des stimulants par la bouche, et des raisons particulières empêchaient M. Williams de recourir à la transfusion.

Il eut alors recours aux lavements froids de vin d'Oporto, d'abord à la dose de quatre onces avec vingt gouttes de teinture d'opium. Deux minutes après le premier lavement, le pouls radial reparaissait, d'abord faible, puis augmentant de force pendant cinq minutes ; il faiblit ensuite de nouveau ; un deuxième lavement donné vingt minutes après le premier produisit une amélioration plus marquée. La malade reprit connaissance ; une demi-heure après, nouveau lavement ; au bout de dix heures, la malade était enfin hors de danger. On avait employé un peu plus qu'une bouteille ordinaire de vin.

En administrant ces lavements, M. Williams comptait, d'une part, sur les propriétés stimulantes générales du vin ; d'autre part, sur l'action réflexe qu'un liquide à la fois froid et astringent pourrait provoquer dans l'utérus, et l'événement prouva suffisamment qu'il avait été bien inspiré. Son exemple mériterait certainement d'être suivi dans des circonstances analogues.

(*British Medical Journal* et *Gazette hebdomadaire.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 février 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'intérieur transmet, comme pouvant intéresser l'Académie, la photographie d'un enfant venu au monde à Porstrein (Finistère) avec un œil seulement, et décédé le 22 janvier dernier.

— M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport négatif de M. Ourganel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Pamiers, pour l'année 1857 ;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Gers pendant l'année 1858 ;

3° Pareil compte rendu pour le département du Rhône ;

4° Les états de vaccinations du département de la Seine pour 1857 ;

5° Enfin plusieurs lettres relatives à des remèdes secrets et nouveaux.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Elle comprend :

1° Une lettre de M. Barrallier, deuxième médecin en chef de la marine et professeur à l'École de médecine navale de Toulon, qui sollicite le titre de correspondant de l'Académie.

2° Une lettre de M. Chapell qui déclare se retirer du concours proposé par l'Académie sur l'action thérapeutique du perchlorure de fer.

3° Une note de M. le docteur Pons, de Bez (Gard), sur l'histoire, l'étiologie et le traitement du choléra.

4° Un mémoire de M. le docteur Collongues intitulé *De la dynamoscopie dans l'hémorrhagie cérébrale.* (Commission déjà nommée pour l'examen des travaux de M. Collongues, MM. Guérard, Beau et Barth.)

— M. le Président annonce à l'Académie qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Chomel. La candidature est ouverte.

RAPPORTS.

Eaux minérales d'Hamman Mélouan. — M. Chevallier, au nom d'une commission composée de MM. Mélier, Guérard, Patissier, O. Henry et Chevallier, rapporteur, lit un rapport officiel en réponse à une lettre du prince chargé du ministère de l'Algérie et des colonies, par laquelle il fait connaître à l'Académie qu'au lieu dit Hamman Melouan, à 10 kilomètres de Rovigo, département d'Alger, il existe des sources d'eaux minérales thermales dont les propriétés curatives sont généralement reconnues comme jouissant de propriétés thérapeutiques, mais que malheureusement la localité où elles sont situées est insalubre, de telle sorte que l'administration ne verrait d'autre moyen d'utiliser ces eaux pour la création d'un établissement thermal, qu'en les dirigeant sur un autre point situé à 7 kilomètres de distance.

D'après la commission, il serait utile, avant toute chose, de rechercher :

1° Si l'on ne pourrait pas, en dépensant les sommes qu'exigerait la conduite des eaux, assainir la localité et la rendre convenable pour un établissement thermal ;

2° Si, dans le cas de non-possibilité d'assainissement, l'eau d'Hamman Mélouan ne pourrait pas être dirigée à une distance moins grande du lieu où elle sort du sein de la terre, afin qu'elle puisse conserver la température nécessaire à son administration.

Il faudrait aussi faire prendre exactement le degré de cette eau, et s'assurer si le degré indiqué est 42 ou bien 39 et 40, comme M. Trépin l'a indiqué.

Telles sont les réponses que la commission propose de faire aux questions qui lui ont été adressées.

(Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.)

De l'état nerveux. — M. Gibert, en son nom et au nom de MM. Jolly et Baillarger, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Bouchut, intitulé : *De l'état nerveux dans sa forme aiguë et chronique.*

M. le rapporteur s'exprime en ces termes :

Jusqu'à la fin du dix-huitième siècle, les maladies nerveuses restèrent disséminées sans ordre dans les livres classiques, partagées entre les maladies aiguës, les maladies chroniques, les maladies des femmes, etc. La Nosologie de Sauvage, les écrits spéciaux de Lorry et de Tissot, les Éléments de Cullen préparèrent la réforme fondamentale opérée par le célèbre Pinel, cette dernière gloire de l'école de Paris, restée debout après tant d'orages ! Pinel fonda la classe des névroses, et s'efforça de la distinguer par des caractères précis de la classe des phlegmasies et de celle des lésions organiques, avec lesquelles elle avait été plus d'une fois confondue. Mais tandis que parmi les médecins les uns attribuent les névroses à une lésion vitale (ou sans matière appréciable) du système nerveux, les autres veulent toujours y constater ou au besoin y supposer une lésion locale moléculaire, qui appelle aussi le plus souvent l'emploi de médications topiques fort analogues à celles que l'on applique aux phlegmasies ou aux lésions organiques. Nous voyons aujourd'hui même une dernière application de cette théorie matérielle et localisatrice dans l'influence pathogénique attribuée par quelques écrivains à l'altération du sang, désignée sous le nom de chloro-anémie, sur les affections nerveuses. Nous avons pu voir dans une discussion académique récente sur le vitalisme en hippocratisme moderne, combien les défenseurs de l'organisme anatomo-pathologique savaient déployer de ressources de dialectique pour éviter de se prononcer sur les propositions fondamentales formulées par l'école hippocratique. Si bien que pour ma part, après avoir suivi avec un vif intérêt l'argumentation des divers orateurs qui ont occupé cette tribune, j'en suis encore à me demander si ces propositions sont admises ou rejetées par l'école organicienne de nos jours.

De tout temps a existé cependant, entre ces deux écoles, une opposition parfaitement retracée dans les deux propositions suivantes, formulées par l'hippocratisme moderne.

1° Les vitalistes considèrent les organes sains ou malades comme les instruments de la vie, les maladies comme les réactions ou fonctions anormales de l'organisme, et les altérations organiques comme des effets et des résultats éventuels de ces réactions ou fonctions anormales.

Ils proclament, avec le père de la médecine, que la nature guérit elle-même les maladies, et avec Baglivi, que le médecin doit être son aide et son interprète.

2° Les organiciens, au contraire, cherchent et prétendent découvrir dans les organes, dans leur contexture, dans les molécules dont ils se composent et dans leurs altérations matérielles, la raison, le *pourquoi* de la vie et de tous les phénomènes physiologiques et pathologiques par lesquels elle se révèle. C'est à eux surtout qu'on peut reprocher avec Pinel de ne voir trop souvent dans la maladie qu'un tableau mobile, un assemblage incohérent d'affections renaissantes qu'il faut sans cesse combattre par des remèdes, au lieu d'y reconnaître, avec les hippocratistes, un tout indivisible, un ensemble régulier de symptômes caractéristiques, une succession de périodes avec un but déterminé.

Aussi, et pour ne pas nous écarter de notre sujet, remarquons que pour la plupart des affections nerveuses, les médecins anatomistes et localisateurs cherchent dans le cerveau, dans la moelle épinière, dans les branches nerveuses (*intercostales* ou autres), une lésion matérielle à combattre par les ressources ordinaires de la thérapeutique ; tandis que les médecins vitalistes, s'entourant de toutes les lumières qui peuvent éclairer le prognose hippocratique, s'occupent plus à découvrir la cause et la nature du mal que son siége, et y opposent plus souvent encore les influences hygiéniques que les remèdes proprement dits.

C'est ainsi que dans un mémoire des plus intéressants sur la *surexcitation nerveuse*, qui nous a été adressé il y a quelques années par M. le docteur Gillebert-d'Hercourt (de Lyon), nous avons vu guérir, sans l'intervention d'aucun médicament, plusieurs affections nerveuses des plus graves, dont quelques-unes avaient été considérées par divers médecins comme des lésions organiques du cerveau ou de la moelle épinière, qu'il fallait attaquer par les remèdes locaux ordinaires.

C'est aussi la surexcitation nerveuse, sans lésion organique appréciable, que notre honorable confrère, M. le docteur Bouchut (dont le nom a si souvent retenti dans cette Académie), a pris pour sujet d'un travail des plus complets, dont il n'a pu exposer à cette tribune qu'un bien court résumé.

Ce travail, dont le manuscrit ne compte guère moins de 300 pages, est le fruit de plusieurs années d'observation clinique, soit dans nos hôpitaux, soit dans la pratique civile ; il a été rédigé tout entier sous l'empire des véritables principes de la médecine hippocratique, et repose sur quarante-trois observations inédites ou empruntées à divers ouvrages et recueils périodiques. Lorry a désigné sous le nom de cachexie nerveuse, Pomme et Lange sous celui de vapeurs, Malcolm sous celui de névropathie, Cullen sous celui d'hystéricisme..., d'autres ont confondu avec l'hystérie, l'hypocondrie ou la mélancolie, un état nerveux spécial, sans altération appréciable de tissu, qui peut produire des troubles divers de l'intelligence, de la sensibilité, du mouvement et des principales fonctions organiques.

Cet état, que M. Gillebert-d'Hercourt désignait sous le nom de surexcitation nerveuse, M. Bouchut propose de lui donner le titre de *nervosisme.*

Il n'est pas de praticiens, surtout dans nos grandes villes, qui n'aient eu plus d'une fois l'occasion d'observer des sujets tombés dans cet état maladif dont la forme la plus commune est assurément celle qui se

rapproche de ce que les médecins qui nous ont précédés désignaient habituellement sous les noms de mélancolie ou d'hypocondrie.

Il n'y a que la manière dont paraissent, se développent et se succèdent les phénomènes morbides, nombreux et variés auxquels peut donner lieu la diathèse nerveuse, qui puisse en révéler la véritable nature.

Dans un grand nombre de cas, elle se produit sous l'influence des causes débilitantes déjà signalées par Hippocrate, comme pouvant déterminer l'anxiété nerveuse, l'insomnie, le délire, les troubles de la vue, les vertiges, etc.

Cette étiologie est tout en faveur de l'opinion renouvelée de nos jours sur l'influence pathogénique de la chloro-anémie, c'est-à-dire d'une altération matérielle du sang, qui se rencontre bien à la vérité chez plusieurs sujets, mais non pas chez tous, et qui d'ailleurs doit plutôt être considérée, lorsqu'elle existe, comme faisant partie du tout morbide, que comme la cause organique fondamentale de tous les troubles fonctionnels qui se produisent en pareil cas. Mais une cause bien plus ordinaire, cause de l'état morbide que nous signalons, réside dans les commotions morales devenues si communes dans l'époque agitée et fort peu résignée où se meut notre société moderne.

Par la réunion et la comparaison d'un grand nombre de faits publiés sous les titres divers d'*Hystérie*, d'*Hypocondrie*, de *Vapeurs*, d'*Aliénation mentale*, de *Gastralgie*, de *Chlorose*, d'*Anémie*, de *Syphilis larvée*, etc., empruntés aux écrits de Sydenham, de Rob. Whytt, de Lorry, de Pomme, de Tissot, de Franck, Louyer-Villermay, Dubois (d'Amiens), Rasori, Barras, Chomel, Prosper Yvaren, etc., M. Bouchut a réussi à composer une synthèse pathologique qui comprend les divers phénomènes que provoque et entretient l'état nerveux dont l'auteur distingue deux formes principales : la forme aiguë et fébrile, très-rare ; la forme chronique et apyrétique, très-commune.

Dans les deux formes, on a pu constater, soit pendant la vie, soit après la mort, survenue à la suite d'un ou deux mois de maladie, dans le premier cas, et après un temps indéterminé, dans le second, l'absence de lésion matérielle appréciable des organes, ou du moins de lésion capable de rendre compte des phénomènes observés.

Toutefois, avouons que notre auteur admet, contrairement à l'opinion que nous avons exprimée ci-dessus, que la chloro-anémie est le fait matériel le plus général du nervosisme soit aigu, soit chronique ; et bien que M. Bouchut paraisse hésiter à donner à cette altération du sang toute l'importance étiologique que nous avons signalée, notre auteur, nous devons le reconnaître, semble se rapprocher beaucoup de l'opinion la plus moderne sur l'appauvrissement du sang considéré comme lésion principale du nervosisme. Hâtons-nous de remarquer d'ailleurs, avec notre savant et laborieux collègue M. Bouillaud, que cette théorie est à la fois la plus récente et la plus ancienne, puisqu'elle remonte à Hippocrate, et qu'elle semble avoir toujours été admise (au moins implicitement) par les observateurs qui ont signalé minutieusement les causes de débilitation générale comme les plus propres à produire les accidents nerveux.

La thérapeutique vient encore confirmer cette explication, car c'est le plus ordinairement au régime restaurant et fortifiant qu'on a recours dans le traitement du nervosisme.

Mais, ne l'oublions pas, M. Bouchut, dans son mémoire, a eu particulièrement en vue un état nerveux qui nous paraît avoir été très-judicieusement dénommé par Lorry *cachexie nerveuse*, c'est-à-dire un état dans lequel une débilitation profonde s'allie presque toujours aux accidents nerveux. Or, bien que ce soit sous cette forme que le nervosisme s'observe le plus habituellement dans la pratique, il ne manque pas non plus d'observations rattachées à l'hystérie, à la mélancolie, à l'hypocondrie..., dans lesquelles les accidents nerveux se montrent joints à des conditions tout opposées, et même parfois à la pléthore sanguine. Aussi MM. Cerise et Gillebert d'Hercourt ont-ils admis une surexcitabilité nerveuse *hypo* et *hyper-névrique*, *hypo* et *hyper-hémique*. Et ces déductions me paraissent fondées sur une saine observation.

En résumé, l'important travail de M. Bouchut nous paraît de nature à fixer l'attention des médecins sur l'écueil le plus redoutable où puisse échouer le praticien, savoir : le danger de confondre un état purement nerveux avec des lésions phlegmasiques ou organiques diverses, et lui appliquer des médications impuissantes ou dangereuses.

Nous pensons avec l'auteur qu'il existe une névrose distincte de l'hystérie, de l'hypocondrie et de la mélancolie, que l'on pourrait désigner sous le nom de *cachexie nerveuse*, et à laquelle se joint souvent la chloro-anémie. Mais j'ajoute qu'il ne faut pas omettre non plus comme individualité spéciale la surexcitation nerveuse sans anémie, et même avec une crase sanguine toute contraire, qui a été signalée avec juste raison par MM. Cerise et Gillebert d'Hercourt.

Le service important rendu à la science et à l'art par M. Bouchut ne saurait être méconnu ; je lui rends grâce, pour ma part, des efforts qu'il a faits pour réunir tous les traits épars d'un état nerveux si souvent méconnu soit dans sa nature, soit dans sa généralité, et je ne doute pas que vous n'accueilliez favorablement les conclusions de votre commission, savoir :

1° Déposer honorablement dans les archives de l'Académie le mémoire de M. Bouchut, si riche en observations précieuses et en remarques pratiques du plus haut intérêt;

2° Adresser au nom de la Compagnie une lettre de remercîments à l'auteur pour cette nouvelle preuve de zèle et de science qu'il a bien voulu nous donner.

M. BOUILLAUD demande la parole.

M. TROUSSEAU réclame la parole pour une motion d'ordre. Il pense que, dans l'intérêt de la discussion qui ne peut manquer de s'engager sur une question de pathologie générale aussi importante que celle dont il s'agit dans ce rapport, il conviendrait de ne l'ouvrir que lorsque tous les membres de l'Académie auront pu prendre connaissance du rapport, ce qui pourrait aisément se faire d'ici à la prochaine séance au moyen d'une épreuve qui leur serait distribuée.

M. BOUILLAUD appuie la motion de M. Trousseau.

DE TOUTES PARTS : Appuyé !

M. LE PRÉSIDENT, en conséquence, prononce le renvoi de la discussion à la prochaine séance.

— La parole est à M. Deville, inscrit pour une lecture.

LECTURES.

Action du seigle ergoté dans la parturition. — M. DEVILLE lit un travail ayant pour titre : *Recherches statistiques sur l'action du seigle ergoté dans la parturition.*

Après avoir rappelé les circonstances qui ont motivé le rapport fait par l'Académie en 1845, sur la demande du préfet de la Seine, et exposé l'origine des documents qu'il a été à même de recueillir sur ce même sujet, l'auteur fait connaître en ces termes les résultats de ses recherches statistiques :

Du 15 février 1844 au 15 avril de la même année, mes investigations ont eu lieu dans les dixième, onzième et douzième arrondissements ; en février et en mars 1845, elles ont été faites dans les premier, deuxième et troisième arrondissements ; enfin, du 1er avril 1845 au 31 décembre 1848, mes observations ont été recueillies dans les quatrième, cinquième et sixième arrondissements. Cela forme un total de 49 mois, pendant lesquels il y a eu 19,476 décès.

Sur ce nombre, 2,179 enfants avaient été déclarés morts-nés, à peu près un neuvième. Maintenant, sur les 19,476 décès déclarés, j'ai fait 5,180 inspections, dont 621 chez des enfants inscrits sur les feuilles de l'état civil comme étant venus au monde morts. Toutefois, sur les 621 enfants déclarés morts-nés, il faut en retrancher 106 qui avaient vécu. Restent 515 sur lesquels ont porté plus particulièrement mes recherches. Je dois ajouter que l'état civil considère d'abord comme morts-nés, et jusqu'après le certificat du médecin vérificateur, tout enfant qui ne lui est pas présenté vivant.

Sur ces 515 enfants véritablement mort-nés, voici ce que j'ai trouvé : 8 fois des acéphalés ou des monstres, 8 fois le forceps ou le céphalotribe avaient été appliqués ; 3 fois il y avait eu décollement du placenta ; 1 fois entortillement du cordon ; 10 fois des pertes utérines, des hémorrhagies ; 9 fois il y avait eu présentation d'un des deux bras, et la version avait été pratiquée ; 30 fois les enfants étaient venus par les pieds ; 5 fois il y avait eu présentation du siége et la version avait été faite ; 62 fois il y avait eu chute de la mère, coups reçus par celle-ci, ou des accidents de diverse nature ; 30 fois des colères ou des frayeurs des mères des enfants morts ; 22 fois il y avait eu avortements provoqués avoués ou connus ; 44 fois les fœtus à des âges divers étaient morts dans le sein de leur mère depuis plusieurs jours, et par des causes diverses, probablement des avortements provoqués, mais non avoués ou soupçonnés ; 36 fois les enfants morts étaient des jumeaux de l'un ou de l'autre sexe ; 96 fois les fœtus n'étaient pas nés viables, étant âgés seulement de 4 à 6 mois ; 79 fois il y avait eu des maladies graves de la mère, et les fœtus étaient morts depuis plusieurs jours. Cela forme un total de 443 enfants morts-nés, où la cause de la mort a toujours été appréciable. Pour arriver au chiffre de 515, il reste 72 enfants morts-nés qui ne se trouvent dans aucune des circonstances que je viens d'énumérer. C'est ce chiffre qui répond aux 72 cas d'administration du seigle ergoté dans des conditions diverses, c'est-à-dire un peu plus d'un septième. Ce résultat vaut certes bien la peine d'éveiller la sollicitude de l'autorité administrative.

Et qu'on ne pense pas, ajoute l'auteur, que c'est là un chiffre exagéré, et qui, dans une période plus longue, ne se retrouverait pas : c'est tout le contraire qui a lieu. Depuis 1848 j'ai continué mes recherches, lesquelles prouvent que le nombre des enfants morts-nés tend tous les jours à augmenter, et cette augmentation reconnaît pour cause l'administration du seigle ergoté ou les avortements provoqués.

Pour en donner un seul exemple, il y a eu au mois de mai 1856 354 décès dans les 4e, 5e et 6e arrondissements ; sur ce nombre, on compte 63 enfants morts nés, et sur 16 visites faites à ces enfants, il y avait 3 avortements et 2 administrations de seigle ergoté, c'est-à-dire un tiers environ.

Il y a 20 ans, la proportion des enfants morts-nés était d'un douzième. Pendant une période de 10 ans, elle a été d'un dixième, et la voilà par le chiffre isolé, il est vrai, du mois de mai 1856, d'un peu moins d'un sixième.

La seule objection sérieuse qu'il soit possible de faire à ces recherches, c'est que pour que de tels documents eussent une valeur incontestable, il aurait fallu faire aussi la statistique de tous les enfants qui naissent vivants alors que l'ergot de seigle a été administré à leur mère pendant le travail de l'accouchement. Un pareil travail était impossible; mais s'il est impossible matériellement, il ne l'est pas moralement. Que voyons-nous depuis plus de 30 ans? Le doute chez un certain nombre de praticiens, une abstention complète du seigle ergoté dans le travail de l'accouchement chez la plupart des médecins accoucheurs. Combien de fois n'avons-nous pas entendu dire à des confrères consciencieux : Dans d'autres temps nous avons donné le seigle ergoté quand il y avait inertie de l'utérus et que le travail de l'accouchement traînait en longueur; et si nous y avons renoncé, c'est que trop souvent les enfants venaient morts. Maintenant nous préférons attendre ou appliquer le forceps quand il y a indication ou possibilité de le faire.

D'un autre côté, si on tient compte, et il le faut, des instructions prescrites pour que l'emploi du seigle ergoté ne présente pas de dangers pour la vie de l'enfant, on reculera devant l'application des règles faites aux accoucheurs pour administrer l'ergot dans de bonnes conditions. Pour reconnaître et apprécier les conditions dans lesquelles l'ergot de seigle peut être donné avec succès, il faut être professeur ou au moins praticien habile autant qu'expérimenté, et les trois quarts du temps cette substance est administrée par des sages-femmes ignorantes ou par de jeunes médecins au début de leur carrière médicale. Il est surtout administré, il faut le dire, chez des femmes primipares, alors que l'accouchement se prolonge trop longtemps ; c'est le plus souvent l'ennui, l'impatience de l'attente, qui déterminent les sages-femmes à donner le seigle ergoté.

Je n'examinerai pas, dit en terminant M. Deville, la question de savoir si les sages-femmes doivent et peuvent prescrire certains médicaments, et en particulier le seigle ergoté; cela me conduirait trop loin. Je ne m'occuperai pas non plus de cette autre question, bien importante pourtant, à savoir : si le seigle ergoté est un moyen abortif employé pour amener les accouchements prématurés. Toujours est-il cependant, et je note ceci à titre de renseignement, que toutes les fois que l'autorité judiciaire a fait des recherches chez des sages-femmes soupçonnées de manœuvres capables de déterminer l'avortement, elle a trouvé de grandes quantités de seigle ergoté. Chez une sage-femme traduite dernièrement en cour d'assises, on a découvert une boîte renfermant 6 kilogr. de poudre de seigle ergoté. Sans aucun doute cette substance n'est pas employée par les sages-femmes dans les premiers mois de la grossesse ; toutefois, je suis persuadé qu'à partir de six mois c'est le moyen dont elles se servent pour déterminer les contractions de l'utérus, et par suite l'avortement. Cela expliquerait les 44 cas d'accouchements d'enfants morts-nés ayant presque tous cinq ou six mois de vie fœtale, et que j'ai désignés dans mon tableau statistique sous le nom d'enfants morts nés dans l'utérus depuis plusieurs jours, et dont les causes de mort n'étaient pas appréciables, l'aveu de manœuvres criminelles ne m'ayant pas été fait, ou n'étant pas arrivé à ma connaissance.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir conclure que le seigle ergoté est toujours dangereux pour la vie des enfants; qu'il est généralement donné par des mains inhabiles, ne tenant le plus fréquemment aucun compte des conditions qu'il est nécessaire d'observer pour administrer cette substance avec quelques chances de succès.

Enfin que, même en suivant les règles prescrites par la science et par l'expérience, les gens de l'art ne sont jamais sûrs de la vie des enfants qui naissent alors que le seigle ergoté a été donné pendant le travail de l'accouchement.

Il est bien entendu que ces conclusions n'infirment en rien les précieux avantages du seigle ergoté contre les hémorrhagies utérines.

En résumé, le travail que je viens d'avoir l'honneur de présenter à l'Académie établit rigoureusement qu'on doit attribuer à l'administration du seigle ergoté la mort d'un peu plus d'un septième des enfants désignés sous la dénomination d'enfants morts-nés.

Le travail de M. Deville est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. P. Dubois, Depaul, Danyau et Devergie.

Hématologie. — M. DESPORTES lit un mémoire ayant pour titre : *Recherches microscopiques et expérimentales touchant le mode d'intervention des globules sanguins dans la nutrition de la substance organisée qui est située entre les mailles du réseau des vaisseaux capillaires.*

L'auteur s'est proposé de démontrer, dans ce travail, qui n'est pas susceptible d'analyse, que les globules des vaisseaux capillaires s'ouvrent et répandent la matière qu'ils contiennent (albumine, fibrine, hématine) pour en nourrir la substance générale intervasculaire, qui la reçoit immédiatement et l'absorbe.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 29 janvier dernier, l'Empereur a nommé M. le docteur Bancel, médecin en chef de la prison centrale de Melun, président de la Société locale des médecins de l'arrondissement de Melun, agrégée à l'Association générale.

— La Société locale des médecins de l'arrondissement de Dijon, et celle des médecins de l'arrondissement de Laon, sont définitivement organisées et agrégées à l'Association générale.

— La Société de médecine de Caen avait mis au concours la question du traitement des anévrysmes externes. Le prix a été décerné à un ancien lauréat de la Faculté de médecine de Paris, M. le Dr Charles Fayel (de Caen).

— Dans le numéro du 21 octobre 1858, nous avons inséré le décret de la reine Victoria portant réorganisation du corps de santé militaire anglais. Nous promettions de tenir nos lecteurs au courant du traitement et des pensions accordées à nos confrères d'outre-Manche, et nous venons aujourd'hui satisfaire à notre engagement.

En activité, la solde *par jour* est réglée de la manière suivante :

L'aide-chirurgien reçoit 10 shillings (12 fr.) ; après cinq ans de service, 11 shillings (13 75), et après dix ans de service 13 shillings (15 75).

Le chirurgien reçoit 15 shillings (18 75) ; après quinze ans de service, 18 shill. (22 50) ; après vingt ans, 22 shill. (27 50), et après vingt-cinq ans, 25 shill. (31 fr. 25).

L'inspecteur général adjoint reçoit 28 shill. (35 fr.) ; après vingt-cinq ans de service, 30 shill. (37 50) ; après trente ans, 34 shillings (42 50).

L'inspecteur général touche enfin 40 shillings (50 fr.) par jour, et après vingt-cinq ans de service, 45 shill. (56 25).

La retraite devient obligatoire : pour le chirurgien-major, pour le chirurgien de régiment et pour l'aide-chirurgien, à cinquante cinq ans, et à l'âge de soixante-cinq ans pour les inspecteurs adjoints et les inspecteurs généraux.

Après vingt cinq ans de service, tous les officiers de santé de l'armée peuvent prendre leur retraite, bien qu'ils n'aient pas atteint l'âge prescrit pour la retraite obligatoire. Dans ce cas, ils ont droit aux 7/10es de la solde, qu'ils touchent au moment où ils quittent le service.

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

M. X....?, de Versailles.	20 fr.
M. le docteur Legendre, de Bléneau. .	5
Total. . . .	25 fr.
Total des listes précédentes. .	1093 fr. 50 c.
Total général jusqu'à ce jour. .	1118 fr. 50 c.

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 4, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 10.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De l'albuminurie diphthéritique avec infiltration graisseuse des tubes urinifères. — Fracture spontanée du fémur; consolidation. — Traitement des angines couenneuses et du croup par le perchlorure de fer. — Mort presque instantanée survenue pendant l'inhalation du chloroforme. — La fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 2 février. — FEUILLETON. Mémoire sur les vers intestinaux. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'albuminurie diphthéritique avec infiltration graisseuse des tubes urinifères.

Il vient de se présenter à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Bouchut, deux faits qui pourront contribuer pour leur part à éclairer la nature de l'albuminurie des maladies couenneuses, en montrant les lésions rénales qui coïncident quelquefois avec ce symptôme. Ils montrent que l'angine couenneuse simple et le croup peuvent être rapidement suivis d'œdème, d'anasarque, d'épanchement dans les séreuses, et que ces lésions, comme l'albuminurie qui les précède, peuvent être la conséquence d'une congestion rénale, avec altération plus ou moins complète de la structure des tubes urinifères. Ce sont là deux exemples de maladie de Bright à l'état aigu, compliquant l'un une angine couenneuse sans croup, et l'autre un croup ayant subi la trachéotomie.

— Augustine Bayle, sujet de la première observation, âgée de cinq ans et demi, entrée à l'hôpital pour une chorée assez faible suite de rougeole, fut prise de pneumonie au bout de huit jours, et, dans la convalescence, d'une angine couenneuse avec coryza pseudo-membraneux.

Sous l'influence de la phlegmasie pulmonaire et de la fièvre, la chorée disparut; puis, lorsque survinrent le coryza pseudo-membraneux et l'angine couenneuse, l'albuminurie ne tarda pas à se montrer. Elle apparut dès le deuxième jour de la diphthérite, et continua les jours suivants jusqu'à la mort. Cette complication dura sept jours. Des cautérisations énergiques firent disparaître en partie les fausses membranes du pharynx, mais l'état général devint rapidement très-grave; avec la fièvre continue se montrèrent l'amaigrissement, la pâleur, la tristesse, de la bouffissure et une anasarque peu considérable. L'albuminurie devint énorme, et l'enfant succomba presque subitement sans agonie.

La nécropsie permit de constater, en outre d'un hydropéricarde et d'un hydrothorax, une augmentation de volume et de poids des reins. Celui du côté droit pesait 68 grammes, et 62,50 seulement celui du côté gauche.

Les capsules fibreuses de ces organes n'étaient pas adhérentes. La surface était jaune-pâle, décolorée par plaques, et semée d'une arborisation vasculaire également distribuée par plaques. Nulle part il n'y avait de granulations jaunes. La substance corticale était hypertrophiée, jaunâtre, décolorée et un peu ramollie. Quelques pyramides étaient également décolorées.

Les tubes urinifères, examinés au microscope à plusieurs reprises, à l'aide de plusieurs préparations, parurent dépouillés d'une partie de leurs cellules épithéliales, et leur place était occupée par un grand nombre de granulations graisseuses. Le rein droit présentait une infiltration graisseuse des *tubuli* plus marquée que dans le rein gauche, et c'était aussi celui qui offrait un poids plus considérable.

— L'autre enfant, Bouvet, âgé de cinq ans, vint à l'hôpital pour un croup du larynx à la période d'anesthésie complète. On fit la trachéotomie, qui permit de retirer un fragment de fausse membrane. Le lendemain, sans coryza ni larmoiement préalables, éruption de rougeole qui dura trois jours et laissa ensuite des taches jaunâtres à la surface de la peau pendant trois jours.

Au quatrième jour de l'opération, les urines commencèrent à être albumineuses. Il en fut ainsi pendant deux jours, et les urines redevinrent naturelles pendant 48 heures. Au bout de ce temps l'albuminurie reparut, caractérisée par un précipité très-abondant, avec pâleur générale, bouffissure du visage, œdème des mains et des pieds, fièvre assez vive, et la mort eut lieu 48 heures après cette dernière manifestation de l'albuminurie, dix jours après l'opération. Le croup était en voie de guérison, car la respiration était facile, et depuis trois jours la canule avait été enlevée du conduit aérien.

La nécropsie permit de constater une faible congestion lobulaire des poumons, sans hépatisation, et une notable hyperémie des reins. L'un pesait 70 et l'autre 75 grammes.

A droite, la capsule fibreuse était épaissie sans adhérence; la surface des reins était jaunâtre, uniformément décolorée sans injection vasculaire.

La substance corticale, pâle, anémique, était ramollie, très-friable, et le tissu des pyramides rouge pâle, d'un aspect à peu près normal.

Les tubes urinifères, examinés au microscope, étaient infiltrés d'une grande quantité de granulations graisseuses, et la plupart de leurs cellules épithéliales avaient disparu.

Ces deux faits complètent plusieurs *desiderata* des recherches commencées sur l'albuminurie diphthéritique, soit qu'elle tienne à la congestion rénale d'une asphyxie prolongée, soit qu'elle dépende de la congestion provoquée par l'état général de la diphthérite, avec résorption d'un produit morbide spécial. Il est important de savoir, en effet, que cette variété d'albuminurie peut être intermittente, comme la congestion rénale; qu'elle peut donner lieu à des hydropisies consécutives, et enfin qu'il se produit quelquefois avec elle l'infiltration graisseuse des tubes urinifères observée dans le premier degré de la maladie de Bright.

Fracture spontanée du fémur. Consolidation.

Dans le service de M. Robert, à l'Hôtel-Dieu, au n° 1 de la salle Saint-Jean, est couché un homme âgé de 50 ans, le nommé Louis D..., qui en ce moment présente un exemple remarquable de fracture spontanée suivie de consolidation.

Cet homme est commissionnaire à la Halle; c'est dire que chaque jour il se livre à des travaux très-rudes. Il est de petite taille, mais il a une constitution vigoureuse; il se nourrit bien, le logement qu'il habite n'est pas humide; enfin, dans ses antécédents on ne trouve qu'une maladie vénérienne qui remonte à vingt ans environ : il eut alors des chancres qui ne tardèrent pas à disparaître, et qui sont aujourd'hui représentés par des cicatrices parfaites. Depuis lors il n'a jamais eu d'accidents secondaires ni tertiaires, pas de syphilides, pas de plaques muqueuses, pas de douleurs ostéocopes.

Il y a deux ans environ, D... commença à ressentir des douleurs erratiques dans les membres inférieurs; il consulta un médecin, qui crut à l'existence d'un rhumatisme, et le soumit en conséquence à un traitement consistant en bains sulfureux et douches; mais le malade n'en éprouva aucune amélioration.

Ces douleurs, sur la nature desquelles nous reviendrons plus tard, n'ont pas disparu et ont persisté pendant dix-huit mois, variant seulement d'intensité.

Enfin, le 15 mars 1858, cet homme descendait paisiblement l'escalier de sa maison pour se rendre à son travail, lorsque tout à coup il sentit un craquement dans sa cuisse droite, il tomba, et ne put se relever.

Que l'on remarque bien ce fait : que la fracture du fémur a eu lieu avant la chute, et que c'est elle qui a déterminé la chute !

Le malade fut immédiatement transporté à l'hôpital Cochin, où M. Gosselin lui appliqua un appareil de Scultet et prescrivit l'iodure de potassium. Au bout de deux mois de traitement, le 24 mai, la fracture étant consolidée, le malade put quitter l'hôpital; on constatait alors l'état suivant : le fémur a été fracturé au-dessous des trochanters, le cal est volumineux, le membre est un peu atrophié; il y a un raccourcissement d'au moins 4 centimètres; le malade peut, quoique difficilement, marcher avec des béquilles.

Après avoir passé quelque temps à l'asile de Vincennes, D... est retourné chez lui, où il a gardé le repos, espérant se rétablir bientôt; mais enfin, ne voyant aucune amélioration et ne pouvant, dans l'état où il est, songer à reprendre son travail, il se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Si j'appelle votre attention sur ce malade, disait M. Robert à ses auditeurs dans une de ses dernières conférences cliniques, ce n'est pas au point de vue du traitement, car je ne vois pas ce que l'on pourrait faire pour améliorer sa position, mais c'est

---

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur les vers intestinaux, par M. VAN BENEDEN, professeur de zoologie et d'anatomie comparée à l'Université de Louvain (Mémoire qui a obtenu le grand prix des sciences physiques pour l'année 1853). Paris, 1858, in-4° de 400 pages, avec 27 planches gravées sur cuivre.

Dans l'analyse que j'ai publiée de la *Zoologie médicale* de MM. les professeurs Gervais et Van Beneden, j'ai annoncé que je reviendrais sur le chapitre de leur ouvrage qui traite des *vers intestinaux*, à propos du mémoire récemment publié sur ce sujet par M. Van Beneden. Ce mémoire, qui forme à lui seul un gros volume, daté de 1853, bien qu'il n'ait été publié que cette année; il est résumé dans la *Zoologie médicale* en ce qu'il renferme d'essentiel pour les médecins et pour le physiologiste; mais quiconque voudra se livrer à des recherches spéciales sur les vers intestinaux, soit comme zoologiste, soit dans un but d'application, devra recourir au mémoire original. Les nombreuses et belles planches qui l'accompagnent sont surtout indispensables à consulter pour suivre les phases remarquables de l'évolution des vers, que M. Van Beneden a fait connaître plus peut-être que les nombreux savants qui ont abordé ce sujet, par l'esprit de coordination qu'il a su apporter dans l'examen de ces phénomènes.

L'introduction de ce travail renferme des recherches historiques intéressantes sur le sujet de ce mémoire, sur le plan adopté par les auteurs qui en ont fait déjà l'objet de leurs recherches, et sur celui qu'a suivi l'auteur.

M. Van Beneden décrit ensuite méthodiquement chacune des principales espèces de *vers trématodes*, en expose l'anatomie et le mode d'évolution. Je ferai remarquer ici que la dernière espèce décrite par M. Van Beneden, sous le nom de *Nematobothrium filarina*, trouvé sur l'*aigle-Bar* ou *sciæne* (*sciæna aquila*), n'appartient pas au groupe des *trématodes*. J'ai le premier, je crois, décrit les tumeurs dont ce ver détermine la production sur ce poisson. (*Bulletin de la Société philomathique*, et *Journal de l'Institut*, 1846, p. 41.) Je n'ai pu alors en donner la détermination exacte, et plus tard (*Histoire naturelle des végétaux parasites des animaux*, Paris, 1853) je l'ai décrit et figuré, mais en comparant à tort ses œufs aux *psorospermies*.

Depuis lors, M. Davaine (*Bulletins de la Société de biologie*, 1854.) a montré que les corps que renferme ce ver sont des œufs qu'on rencontre quelquefois assez développés pour en faire sortir un embryon pourvu d'une couronne de crochets : ce qui doit faire ranger ce ver parmi les *cestoïdes*. On peut constater aussi que les tumeurs qu'il forme sont essentiellement constituées par les tubes générateurs remplis d'œufs qui ont continué à croître et sont entremêlés du tissu lamineux vasculaire du poisson; les autres organes se sont atrophiés, ainsi qu'il arrive pour plusieurs espèces de ver, dont tout le corps se détruit à un moment donné de leur évolution, à l'exception des organes génitaux femelles. On trouve du reste çà et là des œufs, isolés ou en amas, hors des tubes génitaux de ce *nematobothrium*. Ils sont alors enkystés de diverses manières. J'en ai figuré plusieurs, et je possède encore beaucoup de dessins qui n'ont pu entrer dans mon atlas.

La description zoologique et anatomique des principales espèces de vers *cestoïdes*, des *tænias*, est faite également avec le plus grand soin. Je ne peux entrer ici dans les détails de cette partie de l'ouvrage de M. Van Beneden; je ne peux non plus, faute d'espace, exposer les résultats importants renfermés dans la seconde partie, qui traite de l'anatomie et de la physiologie des *trématodes* et des *cestoïdes*, c'est-à-dire des deux groupes de vers qui renferment tous ceux qui sont parasites de l'homme et des autres animaux.

Je signalerai seulement cette partie de l'ouvrage comme devant être consultée par tous les naturalistes, et surtout par les physiologistes, en raison du grand nombre de faits nouveaux et applicables à plus d'une question embryogénique que ces derniers ont à étudier souvent dans des êtres plus élevés dans l'échelle animale.

Si maintenant nous pénétrons jusqu'à des détails anatomiques plus intimes, je dirai que j'ai regretté de ne pas trouver dans ces deux parties du mémoire de M. Van Beneden, ou au moins dans la zoologie médicale, une description plus complète de l'échinocoque et des phases de son évolution, une description pouvant au moins servir dans le cas où on les rencontre en disséquant ou en faisant une autopsie. Ce que l'on trouve alors en dehors des lésions causées au foie, etc., appartient en effet à l'histoire naturelle de l'animal. Telles sont les vésicules à paroi épaisse, élastique, tremblotante, de couleur blanche, qui ne sont point du tout produites par l'individu parasitigère, mais bien par l'animal; telle est l'évolution de la vésicule *proscolex* (membrane fertile) dans ces vésicules, et l'évolution de l'animal même, ou scolex, à la face interne de celle-ci, évolution bien décrite pourtant dès 1851 ou 1852 dans les *Nova acta curiosorum naturæ*, etc., et ailleurs; tels sont les caractères de forme, de volume, de structure de la tête, des ventouses, des crochets, du pédicule d'attache, etc., de chaque animal ou *scolex* d'échinocoque; autant de particularités que le médecin a souvent l'occasion d'observer, et qui, existant constamment, doivent être décrites.

La figure 177, p. 274, du tome II de MM. Gervais et Van Beneden, est en effet complétement fausse; c'est une figure à détruire, et la figure 178, empruntée à mes dessins, ne représente qu'un cas particulier de l'évolution du scolex d'échinocoque, et nullement ce qu'on rencontre habituellement.

Une autre particularité importante de l'histoire des échinocoques dont j'aurais voulu trouver la description, concerne leur destruction spontanée dans l'économie, lorsque ces animaux se trouvent enkystés

(1) Chez J. B. Baillière et fils.

parce qu'il présente un exemple, unique à ma connaissance, d'une fracture survenue spontanément, et qui a pu se consolider.

Tout le monde sait, en effet, que les os peuvent quelquefois se fracturer spontanément quand ils sont le siége d'une maladie grave.

On connaît ce fait observé dans le service de Dupuytren, d'un jeune homme qui s'était fracturé l'humérus en lançant une pierre; au bout de 60 jours, la consolidation ne se faisant pas, Dupuytren voulut pratiquer la résection des deux fragments; il constata alors qu'il y avait dans le canal médullaire de l'humérus une hydatide, sous l'influence de laquelle le tissu compacte de l'os s'était presque entièrement résorbé et était réduit à une coque mince incapable de résister à l'effort qu'a fait le jeune homme pour lancer une pierre. On comprend très-bien, dans ce cas, que la cause même qui avait amené la fracture devait s'opposer à la consolidation.

D'autres altérations organiques locales peuvent encore être la cause de fractures spontanées. On comprend, par exemple, que le tissu compacte d'un os se résorbe sous l'influence d'un dépôt tuberculeux dans le canal médullaire de cet os; en pareil cas encore une fracture spontanée ne doit pas se consolider, dit M. Robert en insistant sur ces mots, parce qu'il n'existe pas, à sa connaissance au moins, d'observation bien positive à ce sujet.

Le cancer, continue M. Robert, agit de la même façon, en déterminant la résorption du tissu osseux, qui se réduit alors à une lame peu épaisse que le moindre effort suffit à briser. Il a vu lui-même quatre cas de fracture spontanée, soit de l'humérus, soit du fémur, survenue sous l'influence cancéreuse; et il rappelle, seulement pour mémoire, deux faits qu'il a cités dans une précédente conférence de fracture spontanée du fémur, dont le tissu compacte était aminci par la présence d'une tumeur cancéreuse développée dans le canal médullaire, et dans lesquels les malades savaient parfaitement expliquer qu'ils avaient senti un craquement dans la cuisse et qu'ils étaient tombés, mais que la fracture, comme il a été dit plus haut, avait précédé la chute.

Lors donc qu'il existe une lésion organique des os, hydatides, cancer, tubercule, la fracture s'est faite spontanément, et la cause de la fracture s'est elle-même opposée à la consolidation.

Chez le malade dont il s'agit ici, la fracture est survenue spontanément: donc il y avait dans l'os une altération organique; mais puisque la consolidation a pu se faire, il faut bien admettre que cette lésion organique n'a eu qu'une action temporaire. Or on ne voit guère que la syphilis capable de produire de tels effets. Si l'on remonte aux antécédents du malade, on voit qu'il y a vingt ans environ il a contracté la vérole. Mais, dira-t-on peut-être, cet homme n'a eu ni accidents secondaires ni accidents tertiaires; la vérole était donc complétement guérie chez lui depuis longtemps. A cela M. Robert répond: Bien que l'on ait soutenu l'opinion contraire, il existe des faits qui prouvent incontestablement la possibilité de la guérison complète et radicale de la syphilis; mais il ne paraît pas que ce malade en soit un exemple. Il y a des cas où la guérison n'a été qu'apparente. Ainsi M. Robert a vu un certain nombre d'individus qui, après avoir contracté la vérole, sont restés quinze ou vingt ans sans présenter aucun accident consécutif, mais après ce laps de temps ont vu survenir des manifestations évidentes de la cachexie syphilitique. N'est-il pas admissible que chez notre malade les choses se sont passées de la sorte? En effet, lorsque la syphilis arrive à une période que l'on pourrait presque nommer *plus que tertiaire*, elle donne lieu à des accidents indéterminés que l'on ne peut vraiment classer parmi ceux qui se manifestent aux périodes secondaires ou tertiaires; ces accidents ultimes se produisent toujours soit du côté du système osseux, soit du côté des tissus fibreux. En raison de cette durée quelquefois illimitée du temps qui s'écoule entre l'inoculation de la vérole et l'apparition de ces accidents ultimes, il est très-présumable que chez cet homme le système osseux a été le siége d'une altération résultant d'un reste de cachexie syphilitique, laquelle altération a été la cause de la fracture qui est survenue chez lui. Il paraît, du reste, que M. Gosselin avait aussi, de son côté, soupçonné l'influence de la diathèse syphilitique, car il a soumis le malade à un traitement par l'iodure de potassium.

Je sais bien, ajoute M. Robert, que la syphilis primitive ou secondaire ne s'oppose pas à la réunion des plaies; M. Serre (de Montpellier) rapporte même, dans son *Traité de la réunion immédiate*, qu'il a pratiqué sur un individu qui avait des syphilides une amputation de la jambe dont la réunion s'est faite par première intention. J'ai même vu une fracture de jambe se consolider chez un homme qui présentait des syphilides, et pour bien m'assurer que chez ce malade l'infection syphilitique n'empêchait pas la consolidation de la fracture, je n'ai fait commencer le traitement spécifique qu'après la guérison de la fracture.

Mais ces faits ne doivent pas être invoqués contradictoirement à la possibilité d'une lésion osseuse dépendant de la syphilis et ayant déterminé chez notre malade une fracture spontanée du fémur. En effet, les circonstances sont très-différentes. Chez ce dernier malade, la cachexie syphilitique infectant depuis près de vingt ans l'économie générale, avait enfin envahi le système osseux, et c'est, je crois, à dater de l'époque où le fémur a commencé à être malade, qu'ont apparu les douleurs qui ont été prises pour du rhumatisme; tandis que dans les autres cas, la vérole, qui n'était qu'à sa période secondaire (syphilides), n'avait pas encore eu le temps d'agir sur le système osseux; c'est pourquoi une fracture de la jambe survenue par une cause occasionnelle a pu se consolider, bien qu'on ne fît aucun traitement spécifique.

Enfin, voici en quels termes M. Robert a résumé son opinion sur l'observation intéressante qui précède:

« Un homme est porteur d'une fracture spontanée; évidemment cette fracture est le résultat d'une altération osseuse locale; cette altération n'a dû être que temporaire, puisque la fracture a pu se consolider. Or, la syphilis seule est capable de produire de tels effets, et notre malade a eu la syphilis. Nous sommes donc en droit de dire que cette fracture spontanée était le résultat d'une lésion osseuse du fémur, produite elle-même par la cachexie syphilitique. »

Traitement des angines couenneuses et du croup par le perchlorure de fer.

L'appel fait par M. le docteur Jodin à ses confrères, dans une communication relative au traitement topique des angines diphthéritiques que nous avons reproduite il y a plusieurs mois, a donné lieu à des tentatives dont quelques-unes paraissent avoir eu des résultats dignes d'intérêt.

Voici ce que M. le docteur Silva (de Bayonne) écrivait dans l'*Union médicale de la Gironde* pendant que la question de la trachéotomie dans le croup occupait exclusivement l'attention du public médical:

« Depuis six mois une épidémie de rougeole règne à Bayonne et dans ses environs, concurremment avec des angines couenneuses et des croups. Presque tous les cas ont été mortels, malgré les diverses médications employées.

» Heureux de trouver un nouveau moyen à opposer à cette terrible maladie, ajoute M. Silva après avoir rappelé la communication en question, je m'empressai d'expérimenter ce médicament. »

Voici le résultat des observations de notre confrère dans huit cas de cette affection, qu'il qualifie de *très-graves*: six angines couenneuses avec croup, deux angines sans croup.

« Après avoir prescrit vainement les moyens ordinaires, dit-il, j'ai dû recourir au badigeonnage du pharynx avec la solution concentrée de perchlorure de fer. Chaque fois cette opération excitait des vomissements, une abondante salivation, et l'expulsion d'une grande quantité de débris de fausses membranes et de matières concrètes. Ce moyen m'a parfaitement réussi pour soulager promptement les malades et modifier favorablement l'affection locale; mais voyant que cela ne suffisait pas pour combattre l'empoisonnement diphthéritique, j'ai eu la pensée d'employer intérieurement le perchlorure de fer dans de l'eau sucrée, plusieurs fois dans la journée. Grâce à cette médication, six malades ont guéri après trois ou quatre jours. » (Deux autres allaient mieux, mais étaient encore en traitement à la date où cette note était écrite.)

Voici la relation sommaire de ces faits:

I. Enfant de onze mois, prise le 25 août, à la suite de la rougeole, d'une angine couenneuse avec croup. Le 27, badigeonnage avec le perchlorure de fer matin et soir; amélioration subite, puis symptômes d'empoisonnement diphthéritique: 5 gouttes de solution de perchlorure de fer à 30° dans 50 grammes d'eau sucrée (pour la journée). Guérison après six jours de traitement.

II. Fille de sept ans, atteinte le 26 août d'une angine couenneuse avec croup. Le 28, badigeonnage avec le perchlorure de fer, deux fois par jour; amélioration. Le 29, signes d'intoxication: solution ferrique, à la dose de 20 gouttes dans 100 grammes d'eau sucrée. Guérison au bout de sept jours de traitement.

III. Garçon de cinq ans, atteint d'angine couenneuse le 5 septembre. Le 7, application topique du perchlorure de fer. Guérison par ce seul moyen après quatre jours de traitement.

IV. Enfant de vingt et un mois, pris le 9 septembre d'une angine couenneuse avec croup et fausses membranes au nez. Le 11, badigeonnage matin et soir et insufflation d'un mélange de poudre d'alun et de tannin au pharynx et dans les fosses nasales. Intoxication. Emploi de la solution de sel de fer, à la dose de 10 gouttes dans un demi-verre d'eau sucrée; huit jours de traitement. Guérison.

V. Petite fille de six ans, atteinte le 18 octobre d'une angine couenneuse avec croup. Symptômes d'empoisonnement le lendemain: application topique du perchlorure de fer trois fois par jour; usage à l'intérieur de 15 gouttes de solution dans un verre d'eau sucrée. Guérison en huit jours.

VI. Petite fille de deux ans, atteinte d'angine couenneuse avec croup le 20 septembre. Le 22, badigeonnage et administration intérieure de 8 gouttes de solution dans un demi-verre d'eau sucrée. Guérison en six jours.

VII. Autre enfant de deux ans, atteint le 1er novembre de croup sans angine; badigeonnage du pharynx, qui excite le vomissement et l'expulsion de débris de fausses membranes; amélioration subite, mais crainte de récidive (encore en traitement).

VIII. Femme de vingt-quatre ans, prise le 1er novembre d'une forte angine couenneuse avec stomatite. Le 2, application topique du perchlorure, et administration intérieure de la solution à la dose de 30 gouttes dans un verre d'eau sucrée. Amélioration (en traitement).

« Si le croup n'est pas accompagné d'angine couenneuse, ajoute M. Silva, je crains que le perchlorure de fer, appliqué localement, n'agisse pas efficacement, parce qu'il ne peut pénétrer

---

dans le foie ou ailleurs par une forte membrane fibreuse née aux dépens de l'individu malade. Dans ces cas, en effet, arrivé à un certain degré de développement, l'animal ne trouvant pas les conditions nécessaires à son évolution ultérieure, que l'intestin seul pourrait lui offrir, il se détruit.

On constate alors les faits suivants:

La vésicule délicate (*proscolex*) qui tapissait la vésicule épaisse, laiteuse, tremblotante, se dissocie; les têtes ou scolex d'échinocoques, devenues libres et flottantes dans le liquide, se détruisent à leur tour, et il n'en reste que les crochets. Le liquide qui remplissait encore la vésicule à paroi épaisse, tremblotante, gélatiniforme, se résorbe alors peu à peu, et en même temps la paroi fibreuse du kyste formé aux dépens des tissus du malade et enveloppant les nombreuses vésicules hydatiques, revient sur elle-même et s'épaissit.

Ce kyste, qui formait une poche pleine de liquide plus ou moins fluctuante, se trouve peu à peu ramené à l'état de masse solide. Sa cavité est remplie des parois gélatiniformes des hydatides, repliées sur elles-mêmes et ratatinées de mille manières. Souvent elles sont accompagnées d'une matière grisâtre, jaunâtre, granuleuse, renfermant beaucoup de granules graisseux, de gouttes d'huile et de substance amorphe finement granuleuse, que l'acide acétique gonfle et rend transparente. Cette masse a souvent l'aspect du mastic de vitrier, et il faut quelque attention pour y distinguer les parois gélatiniformes plissées et ratatinées. La substance de celle-ci se reconnaît du reste facilement, sous le microscope, à sa transparence, à son état finement granuleux, aux lignes parallèles régulières qui donnent aux bords déchirés de ces parois un aspect tout spécial.

Cette matière peut ou non être accompagnée de cristaux d'hématoïdine, qui donnent une couleur d'un rouge orangé ou d'un rouge brique. Cette hématoïdine s'y rencontre, du reste, souvent lorsque le kyste contient encore du liquide dans lequel flottent les vésicules hydatiques ou leurs débris.

Je crois donc qu'il eût été utile et intéressant en même temps de faire connaître cette évolution descendante qui se rencontre chez l'homme, le bœuf et le mouton, qui donne aux masses formées par le kyste l'aspect le plus singulier, lorsque surtout, comme on le voit quelquefois dans le poumon, le kyste envoie des prolongements le long des grosses bronches et s'intrique en quelque sorte avec leurs subdivisions.

Il eût également été utile pour les médecins, et même pour les naturalistes, de donner quelques détails anatomiques de plus sur les cysticerques de l'homme, du mouton, du porc; sur le cœnure, etc... C'est pour combler au moins en partie ces lacunes, qui sont souvent une source d'embarras pour ceux qui trouvent ces parasites, que j'ai publié quelques recherches sur ce sujet et des figures (1) dont plusieurs sont reproduites déjà par divers auteurs qui n'en signalent pas toujours la source.

Dans la *quatrième partie* de son ouvrage, M. Van Beneden donne une systématisation physiologique des faits observés dans l'évolution des *vers*, des *radiaires* et des *polypes*, qui offre le plus grand intérêt, et que chaque savant voudra lire dans le texte même. Il démontre, en effet, que dans une première série d'animaux se classent ceux qui n'ont que la reproduction sexuelle, offrent un développement régulier de l'embryon, et sont appelés *monogénèses*. Dans plusieurs classes d'animaux et de végétaux, il existe un double mode de reproduction, l'une *sans le concours des sexes* ou *agame*, l'autre *sexuelle*; ceux-là sont appelés *digénèses*.

Or, parmi ces derniers, il est des animaux, tels que les douves et autres distomiens, chez lesquels l'embryon provenant d'un œuf est différent de celui qui est né par germination, par génération agame (*génération alternante* ou *digénèse hétérogone*). Chez d'autres, enfin, l'embryon né de l'œuf et celui qui est né par gemmation sont semblables (*digénèse homogone*).

Faute d'espace, je suis obligé de renoncer à exposer ici des résultats des plus intéressants, ceux dont l'exposé forme la *cinquième partie* de l'ouvrage. Elle traite de la transmission de beaucoup d'espèces parasites d'une espèce animale à une autre, dans chacune desquelles se passe une période différente de l'évolution. Dans la dernière partie enfin, sont classés systématiquement les *vers* en général.

Ainsi, comme on le voit, ce livre se recommande à l'attention des savants non-seulement par la variété des recherches qui s'y trouvent exposées, mais encore par l'importance des résultats auxquels a été conduit leur savant auteur.

Ch. Robin.

(1) *Mémoire zoologique et anatomique sur les cysticerques de l'homme et de l'ours*. Dans A. Richard, *Cours d'Histoire naturelle médicale*, vol. IIe, Zoologie; Paris, 1849, in-8°; et articles Cysticerque, Cenure et Echinocoque du *Dictionnaire de médecine* de Nysten, Xe et XIe éditions, par Littré et Robin; Paris, 1858.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Si nous sommes bien informé, la commission chargée d'examiner les deux nouvelles questions (Voir la *Gazette* du 5 février) soumises à la Faculté de médecine de Paris par M. le ministre de l'instruction publique, proposera de déclarer:

1° Que la chaire de pharmacie doit être conservée sans aucune modification;

2° Qu'il n'y a pas lieu de créer de nouvelles chaires;

3° Qu'il serait bon que des agrégés fussent chargés de faire dans les hôpitaux des conférences cliniques sur les maladies mentales, les maladies de la peau, la syphilis, etc. (*Le Progrès.*)

dans le larynx pour détruire les fausses membranes. Cependant son emploi serait encore utile pour exciter les vomissements, qu'on ne peut déterminer par aucun médicament. En cas d'insuccès, on pourra toujours tenter le cathétérisme, le tubage, la trachéotomie. Je conseillerai, au lieu de la solution de nitrate d'argent ou de chlorate de soude, d'introduire dans le larynx, par les canules, une solution de perchlorure de fer.

» Dans les angines couenneuses avec croup, les fausses membranes du pharynx se continuant avec celles du larynx, ces dernières peuvent être atteintes par l'imbibition des premières avec la solution concentrée de perchlorure de fer.

» Après le badigeonnage, il est nécessaire de toucher souvent les parties affectées avec un collutoire ainsi composé :

Collutoire chloro-ferré.

Perchloruré de fer cristallisé. . . . . 2 grammes.
Miel de Narbonne. . . . . 16 —

Mêlez. »

La note de M. Silva nous paraît digne de la plus sérieuse attention. Nous n'hésiterions pas, pour notre compte, à la première occasion, à expérimenter cette méthode.

MORT PRESQUE INSTANTANÉE

survenue pendant l'inhalation du chloroforme.

Par M. le docteur Marjolin.

(Communiqué à la Société de chirurgie dans la séance du 9 février.)

Il y a à peine trois semaines, nous écoutions tous avec une véritable émotion le récit fait par notre collègue M. Richet, d'un accident mortel survenu dans son service après l'emploi du chloroforme, et voici que, à mon tour, je viens aujourd'hui vous communiquer un fait non moins malheureux. Il s'agit d'une mort presque instantanée survenue chez une enfant de sept ans et demi, soumise pendant quelques minutes à l'action du chloroforme.

Afin que cette observation fût aussi complète que possible et qu'aucun des détails ne fût omis, j'ai eu soin de la rédiger de suite avec M. Guibert, interne de mon service, qui m'aidait pendant l'opération.

Le jeudi 3 février, voulant soumettre au traitement de M. Bonnet une jeune enfant de sept ans et demi atteinte de coxalgie, je commençai par prendre les mesures, et pour éviter toute erreur, je dessinai l'enfant en la faisant tenir debout. Comme ces divers préparatifs auraient par trop prolongé la visite, je priai l'autre élève interne, M. Leclerc, d'achever quelques pansements, et je ne gardai avec moi que M. Guibert, deux externes du service et l'interne en pharmacie. Aussitôt le dessin terminé, l'enfant étant étendue à plat dans son lit, je versai, comme j'ai toujours eu coutume de le faire, dans un tube gradué, afin de bien déterminer la quantité du liquide employée dans toute la durée d'une opération, 12 grammes de chloroforme. Je n'en versai d'abord que quelques gouttes sur l'éponge, et ne changeant en rien ma manière d'agir habituelle, je plaçai moi-même l'éponge près du nez de la malade, en ayant grand soin de ne l'approcher que graduellement. Des deux côtés le pouls était surveillé, avant même le commencement de l'opération, par M. Guibert et moi; j'avais pris cette précaution afin que M. Guibert, qui devait plus tard me remplacer dans l'administration du chloroforme, pût bien se rendre compte des changements qui pourraient survenir lorsque je serais occupé des manœuvres.

A ce moment le pouls était assez plein, régulier et nullement accéléré, comme cela s'observe la plupart du temps chez les enfants tourmentés par la crainte d'une opération. Toutes les précautions d'usage avaient été prises, les brides du bonnet dénouées et la poitrine largement découverte, afin de pouvoir bien suivre ses mouvements.

L'enfant, ce qui est assez rare, ne fit aucune résistance, et comme l'éponge n'était pas recouverte d'une compresse, on pouvait étudier les changements de la physionomie. Pendant les premières inspirations il n'y eut aucun changement dans le rhythme, la force ou la fréquence du pouls; et comme la première dose n'avait amené que de l'agitation, je versai de nouveau un peu de chloroforme sur l'éponge, de manière à obtenir non-seulement de l'anesthésie, mais encore une résolution suffisante pour me permettre d'imprimer à la hanche les mouvements convenables.

Cette fois l'anesthésie et la résolution furent obtenues, et j'en profitai pour imprimer au membre malade plusieurs mouvements de flexion et d'extension; pendant cette manœuvre je confiai l'éponge à M. Guibert, qui n'avait cessé, conjointement avec moi, de surveiller le pouls depuis le commencement de l'opération. J'avais à peine communiqué quelques mouvements à la cuisse, que l'enfant se mit à crier, à s'agiter violemment, essayant de porter la main qui était libre vers la hanche malade. L'agitation était telle que M. Guibert m'avertit qu'il ne pouvait plus bien suivre le pouls.

Voyant que l'anesthésie était incomplète, la résolution nulle, et que je ne pourrais pas surmonter la contracture musculaire, je versai de nouveau un peu de chloroforme sur l'éponge et la replaçai sous le nez de la malade, qui avait assez de connaissance pour respirer d'après les indications de M. Guibert. A ce moment le pouls était très bon, très-régulier. En très-peu d'instants elle fut replongée dans le sommeil anesthésique et dans la résolution; mais ce sommeil était peu profond, car, lorsque le bassin eut été maintenu par un interne, j'avais à peine imprimé quelques mouvements au membre que les cris et l'agitation recommencèrent, à tel point que, pendant ce moment, qui fut très-court, M. Guibert, qui continuait à tenir l'éponge près du nez de l'enfant, ne put de nouveau surveiller son pouls; j'allais peut-être même une fois encore m'arrêter, lorsque subitement les cris et la résistance musculaire cessent. Instinctivement et comme averti par un triste pressentiment, je m'arrête, je regarde l'enfant : la physionomie était étrange, la tête était renversée en arrière sur le traversin, le visage plus coloré que quelques instants auparavant, les yeux fixes, à demi-entr'ouverts; nous cherchons le pouls, nous auscultons attentivement le cœur, plus de battements, trois ou quatre inspirations de plus en plus faibles ont encore lieu, et nous prévoyons qu'il ne reste plus de ressource. Ouvrir largement les fenêtres, frapper le visage, les membres inférieurs, imprimer à l'articulation malade plusieurs mouvements brusques dans l'espoir d'une révulsion salutaire, rien ne fait. Je fais incliner la tête, relever les membres inférieurs, et, ouvrant la bouche, je tirai fortement la langue au dehors avec une pince et tentai l'insufflation bouche à bouche, mais l'air passa d'abord par l'œsophage et ensuite dans l'estomac. Les mouvements de respiration artificielle imprimés au thorax et aux parois de l'abdomen firent facilement disparaître ce météorisme.

Prévenus de cet accident, les autres élèves du service étaient arrivés avec un appareil électrique, et de suite un courant avait été appliqué sur le thorax au niveau de la région diaphragmatique. L'insufflation de l'air était continuée à l'aide d'une sonde introduite successivement par M. Leclerc, interne du service, et M. Goux, interne de M. Bouchut. A ce sujet, je dirai que l'introduction de cette sonde fut rendue difficile par suite de l'abaissement de l'épiglotte. Malheureusement toutes ces diverses manœuvres, dans lesquelles je fus très-activement secondé par tous les élèves, qui partageaient mon anxiété, n'eurent aucun résultat; elles furent cependant continuées pendant plus de trois quarts d'heure. L'enfant avait été littéralement foudroyée; en un instant, elle avait passé sans transition appréciable de l'agitation la plus vive au sommeil anesthésique et à la résolution; la cessation seule de ses cris nous avait appris qu'elle avait cessé de vivre.

Bien que cet accident n'ait pas eu lieu dans les mêmes circonstances que celui qui vous a été communiqué par M. Richet, il y a cependant dans les derniers phénomènes observés une grande analogie; ici encore le pouls et le cœur avaient cessé de battre que la respiration continuait encore; ce fait, nous avons pu le vérifier.

Maintenant le point sur lequel je crois devoir insister, c'est la rapidité excessive avec laquelle la mort est arrivée, sans que rien pût faire pressentir pendant l'opération une terminaison aussi fatale. Ainsi, j'ai dit au commencement de cette observation que le pouls était bon, régulier, que dans les deux premières tentatives il avait conservé ce caractère; rien d'anormal ne s'était également présenté du côté des voies respiratoires.

A quelle cause faut-il donc attribuer un dénoûment aussi terrible, aussi imprévu? L'enfant, bien que malade depuis quelque temps, n'était pas arrivée à cet état d'épuisement qui rend souvent l'emploi des anesthésiques dangereux. Sa santé générale ne semblait réellement pas mauvaise. Mais ces conditions, en apparence assez bonnes, ne peuvent-elles pas aussi coexister avec un autre genre de faiblesse plus difficile à reconnaître, et qui ne porte que sur le système nerveux, état particulier aux enfants adonnés à de mauvaises habitudes?

C'est une réflexion que je crois devoir vous soumettre, puisque dans l'application de l'anesthésie nous devons tenir compte de toutes les moindres causes capables d'impressionner le système nerveux. Avons-nous eu affaire à un sujet placé dans ces conditions? L'examen des organes génitaux me ferait pencher un peu pour l'affirmative, cependant, je ne voudrais pas l'assurer; seulement j'insisterai d'autant plus sur ce point, que l'on sait que les enfants enclins à ce funeste penchant sont très-sujets aux défaillances, et sont en quelque sorte énervés.

Maintenant, passant en revue les diverses circonstances qui ont eu lieu dans ce cas, si je me demande si toutes les précautions exigées ont été prises, je n'hésiterai pas à répondre affirmativement.

Le chloroforme était pur, c'était celui des hôpitaux, et l'avant-veille j'en avais pris dans le même flacon pour endormir une autre petite fille chez laquelle il y avait un séquestre à extraire. Ai-je cherché à agir trop rapidement? Mais non; c'est en trois fois que j'ai versé les 4 grammes qui manquaient dans le tube. Cette fois encore, j'ai agi comme toujours avec une réserve excessive, j'ai agi comme quelques jours auparavant j'avais agi devant notre collègue M. Bouvier, qui avait eu l'extrême obligeance de venir dans mon service m'éclairer de ses bons conseils pour un autre enfant atteint de la même maladie; et cette fois je ferai remarquer que les manœuvres ayant duré plus longtemps que dans le cas que je vous soumets actuellement, je dus prolonger l'inhalation du chloroforme et y revenir à plusieurs reprises.

A quelle cause faut-il donc rapporter cet accident? Je serais tenté de croire que nous nous sommes trouvés en présence d'un de ces sujets qui, par une prédisposition bien fâcheuse, ont le système nerveux très-impressionnable.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort, par un temps froid, en présence de M. Broca, que j'avais prévenu, et des élèves du service.

La roideur cadavérique est très-prononcée. Le membre abdominal gauche conserve la position qu'il avait avant l'opération. A part les pupilles, qui sont restées dilatées, le visage ne présente rien à noter. Sur les parties latérales de l'abdomen, on remarque quelques taches violettes lenticulaires peu nombreuses. La congestion hypostatique de tout le tronc est assez prononcée.

L'ouverture de la poitrine fut faite avec beaucoup de soin; le poumon droit fut d'abord extrait, et une ligature placée à la racine des bronches. Il nous a semblé d'un rouge plus vif que dans l'état habituel. Le lobe inférieur présentait à sa partie postérieure quelques ecchymoses d'un rouge très-foncé; en incisant ce tissu pulmonaire à leur niveau, on vit que l'épanchement sanguin occupait une certaine profondeur. Le sang qui s'écoulait était noir, fluide, ne changeant pas de couleur après un certain temps de son exposition à l'air. Au sommet du lobe supérieur existaient quelques ecchymoses présentant le même caractère; le tissu du poumon incisé nous sembla d'un rouge plus vif que dans l'état normal. Le poumon gauche adhérait complétement à la plèvre costale; on remarquait les mêmes lésions déjà décrites, seulement leur caractère était plus prononcé.

Au sommet des deux poumons il existait un petit noyau tuberculeux à l'état crétacé. Notons, du reste, qu'aucune odeur de chloroforme ne s'exhalait des deux poumons.

Le péricarde renfermait un peu de sérosité. Les cavités du cœur étaient distendues par du sang très-fluide, d'une couleur analogue à celui provenant des vaisseaux des poumons. Ce sang fut recueilli et mis à part pour être analysé.

Les vaisseaux du cou étaient distendus par du sang également fluide.

Le sang du foie était également fluide et aussi foncé.

L'examen du cerveau nous a fait voir les sinus distendus par le sang, la substance cérébrale un peu plus injectée que de coutume.

Examiné au bout de quatre jours, le sang provenant des vaisseaux artériels ou veineux ne s'était pas coagulé. M. Berthelot, dont tout le monde connaît les belles recherches sur la chimie organique, ayant eu l'obligeance d'analyser le sang recueilli dans le poumon, dans l'oreillette droite et dans les gros vaisseaux, n'a rencontré aucune trace de chloroforme.

LA FIÈVRE JAUNE A LA NOUVELLE-ORLÉANS,

Par le docteur Alfred Mercier.

MM. Louis et Dutrouleau, qui ont observé la fièvre jaune l'un en Espagne, l'autre à la Martinique, assurent que la récidive dans cette maladie est plus rare même que dans la variole, et qu'elle est toujours légère. Cette double assertion n'est point confirmée par ce qui s'observe à la Nouvelle-Orléans. Il n'est guère de médecin ici qui n'ait vu dans sa clientèle des malades atteints de fièvre jaune une seconde fois; et je ne sache pas que dans ces circonstances la maladie présente toujours un caractère de bénignité qui contraste avec la première attaque. Ainsi, sur sept cas que je viens de recueillir, je vois quatre guérisons, trois morts. Dans trois cas, la récidive a eu lieu la même année, se terminant deux fois d'une manière funeste.

Et que l'on ne dise point ici que la première attaque n'était qu'une simple fièvre d'acclimatement méconnue. C'est une réserve faite après coup par ceux qui ont une répugnance systématique à admettre que la fièvre jaune soit une maladie à répétition. Que si on leur accorde cette fin de non-recevoir, on est logiquement amené à leur dire : De vos propres fièvres jaunes, dont vous annoncez avec empressement la guérison, combien n'étaient que de simples fièvres d'acclimatement? Croyez à la récidive, ou ajournez vos hymnes de triomphe jusqu'à l'épidémie prochaine.

Mon intention n'est point de m'étendre sur la fièvre dite d'acclimatement. A ce sujet, je ferai seulement une remarque en passant.

En général, c'est au commencement de leur séjour dans un pays nouveau que les étrangers payent leur tribut au climat. Or, d'où vient que notre fièvre d'acclimatement attend si souvent, pour se manifester, que trois, quatre, cinq années se soient écoulées, et qu'elle apparaisse juste au moment où il y a une épidémie de fièvre jaune? Ajoutons à cela que l'on voit cette dernière affection enlever des personnes que deux ou trois ans auparavant on avait traitées comme atteintes de la fièvre d'acclimatement. De sorte que l'on est obligé de conclure ou que ce n'était pas une fièvre d'acclimatement que ces malades avaient eue, ou que cette fièvre n'a point de vertu prophylactique contre la fièvre jaune. Il suit de là que si d'une part on croit à l'efficacité de la fièvre d'acclimatement, et que d'autre part on ne croie pas à la récidive dans la fièvre jaune, on pourra bien traiter tel malade comme ayant une fièvre pernicieuse pseudo-continue, quitte, au bout de trois ou quatre jours, à le voir vomir noir, devenir jaune et succomber, malgré de très-fortes doses de quinine données dès le début. Voilà ce que les faits nous ont enseigné.

Parmi les cas de récidive qui se sont produits cette année, il en existe un qui ne laisse aucune prise au doute.

Une jeune modiste d'origine française s'alite en présentant les symptômes d'invasion de la fièvre jaune. Arrivée à la seconde période, elle vomit noir. Cependant, malgré ce redoutable symptôme, elle échappe à la mort. Après deux mois de guérison, elle fait appeler le même médecin; il constate un retour de la maladie épidémique. Sa cliente ne tarde pas à vomir noir, et cette fois elle succombe.

On admet volontiers que les personnes qui ont eu la fièvre jaune à Rio-Janeiro, à la Havane ou à la Vera-Cruz, puissent la contracter encore à la Nouvelle-Orléans; mais que si vous invoquez cette concession comme un argument en faveur de la récidive, on vous répond : Le *vomito negro* de ces différents endroits n'est pas tout à fait la fièvre jaune de la Nouvelle-Orléans. Qu'on nous apprenne donc en quoi et pourquoi il en diffère. On dit bien qu'il est pire que notre fièvre jaune, et que cela est dû au climat. Mais les médecins du Brésil, de Cuba et du Mexique nous rendent la pareille; d'après eux, leurs épidémies les plus mauvaises leur ont été importées des Etats-Unis. Quant à ce qui regarde l'influence du climat, je ne puis croire, lorsque je considère que la fièvre typhoïde, par exemple, observée ici est parfaitement identique à celle de Paris, je ne puis croire que la fièvre jaune de la Nouvelle-Orléans ne soit pas la même que celle de Vera-Cruz et de la Havane, qui sont à nos portes, et que celle de Rio-Janeiro, qui est sur le même continent.

Dans ma prochaine communication, je parlerai de l'influence du froid sur l'extinction de la fièvre jaune, et j'examinerai jusqu'à quel point les étrangers peuvent sans péril entrer dans le foyer de l'épidémie dès que la gelée a blanchi le sol.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 février 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

Les orateurs inscrits dans la dernière séance pour prendre part à la discussion sur l'opération des tumeurs hémorrhoïdales par l'écrase-

ment linéaire, ayant conservé leur rang d'inscription, la parole est donnée à M. Chassaignac.

M. CHASSAIGNAC. Avant de renoncer tout à fait au procédé circulaire dans l'application de l'écrasement linéaire aux tumeurs hémorrhoïdales, je pense qu'il faudrait des faits plus nombreux de rétrécissement consécutif de l'anus que ceux qui viennent d'être signalés, et qu'il devrait être bien établi que le rétrécissement survient alors même que les précautions que je vais indiquer ont été observées.

La section par l'écraseur ne devra porter que sur la muqueuse, les rétrécissements consécutifs dans ces cas n'étant que temporaires.

On pourra ne faire que des ablations partielles des tumeurs hémorrhoïdales en conservant des ponts muqueux entre les plaies isolées résultant de l'application de l'écraseur.

En troisième lieu, les opérations pourront être faites en deux fois, et en mettant entre chacune d'elles un temps plus ou moins considérable.

Les faits rapportés par MM. Richard et Houel déposent en faveur de l'opération par le procédé circulaire; le premier de nos confrères, en effet, n'a constaté qu'un seul rétrécissement sur les onze malades qu'il a opérés de cette manière, et le dernier a vu céder un rétrécissement aux moyens chirurgicaux ordinaires de dilatation, moyens auxquels j'accorde, pour ma part, plus de confiance que quelques-uns de nos honorables collègues.

Lorsque j'ai publié les 57 observations dont j'ai parlé précédemment, je n'avais encore vu aucun rétrécissement durable; je me suis cru dans le vrai avec la plus grande honne foi, mais je n'ai point engagé l'avenir, que les faits de ma pratique ne me permettaient pas de prévoir.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la correspondance qui comprend :

M. BOUVIER dépose un exemplaire de son second discours sur la trachéotomie, intitulé : *De la trachéotomie dans le croup*. Paris, 1859, in-8°.

— M. le docteur Costes (de Bordeaux) adresse un exemplaire de son mémoire intitulé : *Des tumeurs emphysémateuses du crâne*. Bordeaux, 1858, in-8°.

— La discussion est reprise.

M. GOSSELIN a employé l'écraseur linéaire pour le traitement des hémorrhoïdes douloureuses et saignantes, et plus particulièrement pour ces cas d'hémorrhoïdes internes ou muqueuses devenues extérieures, après avoir franchi le sphincter, qui les a étranglées un certain nombre de fois, et ensuite s'est laissé dilater par elles; hémorrhoïdes internes ou muqueuses presque toujours accompagnées d'un bourrelet d'hémorrhoïdes externes ou cutanées. Mais il a toujours pensé que la section circulaire, comprenant tout à la fois le bourrelet interne et le bourrelet externe, pouvait avoir le double inconvénient d'exposer, par l'étendue de la plaie, à l'infection purulente, et, par sa forme circulaire, au rétrécissement du rectum. C'est pourquoi, chez les six malades sur lesquels il a employé l'écrasement linéaire, il a fait subir à la méthode deux modifications principales.

La première a consisté à respecter les hémorrhoïdes cutanées et à n'enlever que les hémorrhoïdes muqueuses, quelle que fût leur congestion.

M. Gosselin a été conduit à cette pratique par l'observation des malades qu'il avait traités autrefois par le fer rouge, et chez lesquels la cautérisation n'avait nullement atteint les hémorrhoïdes externes. Ces sujets avaient été bien guéris, et n'éprouvaient aucun inconvénient de la persistance de leurs hémorrhoïdes cutanées.

La seconde a consisté à faire sur les hémorrhoïdes muqueuses des sections partielles au lieu d'une section circulaire, c'est-à-dire à enlever successivement les trois ou quatre points les plus boursouflés de la membrane muqueuse, comme l'a fait une fois, de son côté, M. Verneuil. Dans toutes les observations, les résultats ont été on ne peut plus satisfaisants; l'inflammation consécutive a été modérée et peu douloureuse, et les malades n'ont pas eu de rétrécissement du rectum.

On peut objecter à la première de ces modifications que la persistance des hémorrhoïdes cutanées expose le malade à la congestion de ces hémorrhoïdes, à la production d'écorchures ou de fissures douloureuses sur leur surface. Il n'en a pas été ainsi sur les opérés de M. Gosselin. Mais si pareille chose arrivait plus ou moins longtemps après la guérison des hémorrhoïdes internes, il n'hésiterait pas à faire la section avec les ciseaux, opération très-simple, et qui n'offre aucun des dangers qu'on pourrait craindre si l'on agissait de la même façon sur la muqueuse rectale.

Quant à la seconde modification, on peut lui reprocher de demander plus de temps que la simple section circulaire. M. Gosselin, pour parer à cet inconvénient, s'est servi, dans ses dernières opérations, de plusieurs écraseurs, tantôt deux, tantôt trois, et de cette façon la manœuvre n'a pas été beaucoup plus longue qu'avec un seul instrument.

L'opération a été moins brillante, sans doute, que celle de M. Chassaignac, savoir, la section circulaire; mais elle a été plus sûre dans ses résultats.

M. DEPAUL. J'ai cru un instant que le malade de l'hôpital Necker, que M. Morel-Lavallée a vu dans le service de M. Lenoir, et qui est atteint d'un rétrécissement de l'anus, avait été opéré par moi; mais il résulte des informations prises qu'il a été opéré par M. Chassaignac lui-même.

J'ai opéré par l'écrasement linéaire, auquel je rends toute la justice qui lui est due, trois malades atteints d'hémorrhoïdes, et je crois être un des premiers qui ait appliqué ce mode opératoire à l'ablation du col de l'utérus.

Un de mes opérés, encore jeune, que je crus guéri et qui nous quitta comme tel, fut vu plus tard par M. Lenoir, qui constata chez lui un rétrécissement. Mais ce malade ayant été examiné à une époque plus reculée, n'éprouvait aucune gêne du côté de l'anus, et ne doit pas être compris, par conséquent, au nombre des rétrécis.

Les trois cas qui se sont offerts à mon observation, pendant l'année 1857, sont donc trois cas heureux, et dans lesquels j'ai toujours opéré sur la muqueuse seulement, faisant suivre l'opération de l'introduction de mèches dans l'anus.

M. RICHET. J'ai vu le malade de M. Follin; j'ai trouvé chez lui une atrésie de l'anus portant sur la muqueuse et sur la peau, et formant sur le doigt qui le pénètre une hague étroite et solide; aussi je crains fort que ce rétrécissement ne persiste.

C'est précisément parce que je considère l'écrasement linéaire appliqué aux hémorrhoïdes comme une excellente opération, que je crois utile d'en discuter les avantages et les inconvénients.

Avant d'avoir vu des rétrécissements consécutifs à cette opération, j'en avais entendu parler dans une consultation avec M. Ricord, qui me proposa, pour y obvier, des sections partielles de la muqueuse. J'adoptai cet avis; mais au lieu d'en faire usage dans l'application de l'écraseur, je le mis à profit en me servant du cautère électrique, et je fis avec l'anse de platine galvano-caustique quatre ou cinq sections partielles qui ne déterminèrent aucune hémorrhagie, et furent pratiquées avec une grande rapidité.

J'ai fait depuis cette époque huit opérations analogues, qui furent suivies de succès durables et aussi complets que possible.

Aussi me suis-je demandé si la cautérisation électrique ne pouvait pas avantageusement remplacer l'écrasement linéaire. Chauffé au rouge brun et manié avec lenteur, le cautère coupe néanmoins les tissus plus promptement que l'écraseur, et la cicatrisation des plaies qui succèdent à son action détermine la formation d'un tissu inodulaire plus rétractile, très-propre à prévenir les récidives.

Quant à l'opinion qui consiste à respecter les hémorrhoïdes externes dans les opérations, elle ne saurait me rallier; je crois que les hémorrhoïdes externes peuvent donner lieu à des accidents nouveaux et à la chute du rectum.

M. LARREY. *L'écrasement linéaire*, que j'appellerais volontiers *circulaire*, appliqué aux hémorrhoïdes, constitue aujourd'hui une méthode de traitement dont la valeur ne semble plus contestable pour les chirurgiens. On peut lui reprocher, comme dans la discussion actuelle, quelques inconvénients, et surtout celui de provoquer un rétrécissement annulaire de l'orifice anal. Plusieurs de nos collègues en ont cité ou démontré des exemples, que M. Chassaignac lui-même ne conteste point. Mais il ne faudrait pas exagérer les conséquences de cette infirmité secondaire, puisqu'il est possible de la prévenir ou du moins de la diminuer par des précautions convenables dans le mode opératoire ou dans le pansement. Il n'y a donc pas là d'ordinaire un inconvénient sérieux.

Le rétrécissement consécutif de l'anus me semble au contraire offrir un avantage réel dans certains cas, et voici comment : Nous savons tous que les tumeurs hémorrhoïdales se compliquent assez souvent de procidence du rectum, et que cette complication peut embarrasser le traitement. Or, si l'écrasement linéaire ou circulaire est appliqué à des cas de ce genre; si on cherche même, au lieu de l'éviter, à détacher une languette de peau avec la masse hémorrhoïdale, en y comprenant au besoin un repli de la muqueuse, le rétrécissement qui devra s'ensuivre, et que l'on pourra du reste modifier favorablement, n'aura-t-il pas pour avantage de remédier à l'infirmité secondaire?

Ce n'est pas là d'ailleurs une vue théorique de ma part, c'est le résultat de l'observation d'un fait compliqué. J'avais été appelé, il y a trois ans, à donner des soins à un ancien officier atteint non-seulement d'hémorrhoïdes avec procidence du rectum, mais d'un cancer intestinal auquel il devait succomber plus tard, sans qu'il en soupçonnât la gravité. Tout son mal, pour lui, c'était la gêne ou la douleur produite par la tumeur externe et irréductible, avec incontinence de matières stercorales. Je l'en débarrassai à l'aide de l'écraseur, en suivant bien les indications données par M. Chassaignac. De plus, une languette de peau et de muqueuse fut comprise dans l'ablation des hémorrhoïdes. Il s'ensuivit un rétrécissement anal peu prononcé, mais suffisant pour prévenir une nouvelle procidence du rectum, et diminuer sensiblement l'issue des matières stercorales, d'ailleurs liquides, en permettant au malade de prolonger son existence moins péniblement pendant plusieurs mois encore.

Il semble donc qu'il y ait là une indication nouvelle à l'emploi de l'écrasement linéaire ou circulaire.

M. VERNEUIL. J'ai eu l'occasion de voir un des malades opérés par M. Richet au moyen de la galvano-caustique; ce malade avait eu des hémorrhagies abondantes, il était exsangue.

Je serais heureux de voir une discussion s'ouvrir sur les résultats comparatifs obtenus par le cautère électrique et par l'écrasement linéaire, que je préfère au premier moyen. J'ai fait d'assez nombreuses recherches sur les rétrécissements de l'anus succédant aux opérations, et je demande la parole pour les exposer dans la prochaine séance.

M. MOREL-LAVALLÉE. Ayant vu survenir une hémorrhagie pendant une opération avec l'écraseur, j'ai substitué à cet instrument, dans les circonstances qui nous occupent, un serre-nœud portant un fil métallique double et tordu sur lui-même. J'attribue au serre-nœud deux avantages : il met plus sûrement à l'abri des hémorrhagies; il n'a pas besoin, comme l'écraseur, d'un fil pour pédiculiser préalablement les tumeurs, qui peuvent être saisies facilement et à de grandes profondeurs par le fil métallique même. J'ai fait disposer pour ces opérations des serre-nœuds et des fils plus solides que les instruments ordinaires, exposés à se rompre assez facilement.

Au lieu d'employer l'électricité comme moyen caustique, je m'en suis servi comme moyen anesthésique, parce que ce moyen est tout à fait innocent chez les sujets exsangues, et que le chloroforme est dangereux. J'ai toujours obtenu de très-bons résultats; mes malades n'ont éprouvé que la douleur résultant du courant électrique; au moment même de l'opération ils ont bien semblé souffrir davantage, mais pas assez néanmoins pour apprécier la douleur provoquée par l'action de l'instrument, et pour la différencier de celle qui résulte des inégalités fréquentes et rapides du courant galvanique.

M. BOINET expose en quelques mots un procédé d'opérer les hémorrhoïdes qu'il a mis en usage avec un succès durable, et qui consiste à pincer et à froisser entre les mors d'une pince à pansement la base de la tumeur hémorrhoïdale, que l'on ponctionne ensuite avec une lancette.

M. BROCA, bien que grand partisan de la galvano-caustique, préfère employer l'écrasement linéaire pour opérer les hémorrhoïdes. Les instruments qui servent à pratiquer la cautérisation électrique étant encore peu connus, et leur emploi peu familier à la plupart des chirurgiens, il propose à la Société d'en faire la démonstration dans une des prochaines séances.

M. GIRALDÈS appuie la proposition de M. Broca, et combat celle qu'a faite précédemment M. Verneuil de discuter les résultats opératoires du cautère électrique, par la raison que trop peu de chirurgiens ont encore mis, à l'heure qu'il est, ce nouvel agent en usage pour qu'une discussion sur ce sujet soit vraiment profitable.

M. VERNEUIL croit sa proposition suffisamment motivée, par cela seul que plusieurs membres de la Société, ayant employé la cautérisation électrique, sont en mesure de donner leur avis sur ce nouveau procédé : il est approuvé par M. Morel-Lavallée.

M. CHASSAIGNAC reprend la parole pour remercier ses collègues, et en particulier M. Larrey, de l'appréciation favorable qu'ils ont faite de l'écrasement linéaire. Il répond ensuite aux observations qui ont été faites.

Le malade atteint de rétrécissement auquel M. Richet a fait allusion, et qu'il a vu avec M. Ricord, a été vu plus tard par M. Chassaignac; il n'avait plus de rétrécissement. M. Chassaignac pense donc qu'il faut suivre les malades pendant un certain temps, afin de constater leur état à une période assez éloignée de l'opération pour que les effets de celle-ci puissent être considérés comme définitifs.

M. Chassaignac ne s'étonne pas des résultats obtenus par l'application du cautère électrique; mais n'ayant aucune expérience de ce moyen, il ne saurait établir de faits comparatifs entre lui et l'écrasement linéaire.

Les serre-nœuds, dont M. Morel fait le plus grand cas, sont passibles du reproche grave de ne pouvoir être essayés, par la raison que les expériences auxquelles on les soumettrait pour constater leur solidité, les mettraient hors de service.

Le bris de l'instrument pendant l'opération expose à des hémorrhagies, et le mode d'action des serre-nœuds fait qu'ils arrachent des languettes de peau qu'ils entraînent dans leur coulisse, ce qui n'arrive pas avec l'écraseur.

— M. VERNEUIL présente une observation de M. Michaux (de Louvain) sur les tumeurs sanguines de la voûte du crâne communiquant avec la circulation intra-crânienne.

M. LARREY, à l'occasion de l'observation précédente, rappelle qu'un des premiers il a signalé des tumeurs de cette nature, comme le constatent les faits rapportés dans la thèse de M. Léon Dufour, médecin aide-major autrefois attaché à l'hôpital des Invalides. Les phénomènes que M. Larrey a décrits étaient les mêmes que ceux observés par M. Michaux, et, comme ce dernier chirurgien, il pensait déjà qu'aucun traitement ne devait leur être opposé.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BOUVIER présente une articulation coxo-fémorale recueillie sur une petite fille malade depuis plus d'un an, et morte de méningite tuberculeuse. Cette articulation fait voir une altération qu'on est appelé à constater rarement : c'est une synovite simple. MM. Verneuil et Robert ayant précédemment avancé que toutes les fois que la bonne conformation des membres peut être rétablie sans résistance sous la seule influence du chloroforme chez les sujets atteints des difformités initiales de la coxalgie, l'articulation n'est point malade, M. Bouvier pense que le fait dont il rend compte doit infirmer cette opinion. Il a pu chez sa petite malade obtenir sans résistance, pendant l'anesthésie, une régularité parfaite de la hanche, et néanmoins la synoviale articulaire était altérée. L'état inflammatoire de la synoviale peut donc exister pendant plus d'un an sans faire de progrès sensibles, et sans provoquer de résistance dans les tentatives de redressement des membres.

M. GUERSANT, à propos d'un petit malade atteint d'un bec-de-lièvre, présenté dans une séance précédente, rapporte un fait à l'appui de l'opinion des chirurgiens qui pensent que les opérations de bec-de-lièvre compliqué, pratiquées à une époque très-rapprochée de la naissance, ne sont pas heureuses dans leurs résultats.

Un insuccès a suivi récemment une opération faite avec la plus grande habileté par M. Desormeaux, dans les circonstances qui précèdent.

Un échange de renseignements entre MM. Guersant, Marjolin et Desormeaux, apprend que l'enfant dont il s'agit était atteint de convulsions depuis sa naissance; que cet accident avait été soigneusement caché par les parents à MM. Guersant et Desormeaux; et que M. Marjolin, en raison de cette contre-indication, avait refusé de l'opérer lorsqu'il lui avait été présenté à l'hôpital Sainte-Eugénie.

M. GIRALDÈS pense que l'échec signalé par M. Guersant ne détruit pas le principe qui pose en précepte d'opérer le plus tôt possible. Quand les enfants sont malades, il ne faut pas opérer; mais quand ils sont bien portants, rien n'empêche de le faire, car il a connaissance d'opérations de bec-de-lièvre encore plus compliqué que celui dont parle M. Guersant, qui ont été suivies de succès.

M. MARJOLIN a suivi tous les enfants qui lui ont été présentés, et il a vu succomber tous ceux qui n'avaient pas été opérés et qui présentaient une faiblesse générale ou quelque autre vice de conformation. Ceux qui ont survécu ont été opérés six ou sept mois après la naissance, alors que les conditions premières dans lesquelles ils se trouvaient s'étaient améliorées. M. Marjolin rapporte qu'il a constaté, trois ou quatre fois, sur des becs-de-lièvre, un commencement de réunion, survenu pendant la vie intra-utérine.

M. DESORMEAUX a vu des cas semblables; chez un enfant primitivement atteint de bec-de-lièvre double qui s'était réuni d'un côté pendant la vie intra-utérine et qui fut opéré du côté opposé, il eût été difficile, pour un autre que pour l'opérateur lui-même, de distinguer quel était celui des deux côtés qui avait subi l'opération chirurgicale.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société, L. LEGOUEST.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 19. — MARDI 15 FÉVRIER 1859. (32e ANNÉE.) N° 19. — MARDI 15 FÉVRIER 1859.

Ce journal paraît trois fois par se- : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 ». Un an. . . 30 ».

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 FÉVRIER 1859.

Des appareils qui servent aux applications thérapeutiques de l'électricité.

L'instruction relative aux indications de la médication électrique, que nous avons publiée dans les numéros du 3 et du 8 de ce mois, serait insuffisante pour un grand nombre de nos lecteurs sans doute si nous ne la faisions suivre de quelques renseignements pratiques sur le mécanisme et le mode de fonctionnement des appareils indispensables pour l'application de cette médication. Plusieurs lettres, que nous avons reçues depuis la publication de cette instruction, nous expriment ce *desideratum* en termes si pressants, que nous n'avons pas cru devoir ajourner plus longtemps l'accomplissement de cette partie importante de notre tâche.

Pour l'intelligence de la description des appareils, il est indispensable de rappeler ici quelques courtes considérations générales préliminaires, que nous emprunterons, comme nous l'avons fait pour la première partie de cette instruction et pour ce qui va suivre, à l'intéressant travail publié dans le *Bulletin de thérapeutique*.

Les recherches modernes sur l'application de l'électricité à la médecine ont conduit les praticiens à préférer les courants aux décharges usitées autrefois. Elles leur ont démontré, de plus, que si les courants continus, provenant directement des machines ou des éléments producteurs de l'électricité, peuvent avoir dans certains cas une utilité réelle, c'est le plus souvent aux courants intermittents qu'il convient de recourir. En troisième lieu, l'expérience leur a prouvé que la condition la plus favorable à l'effet thérapeutique est que ces courants intermittents se forment et se rompent avec rapidité, de manière à produire des chocs brusques, réguliers, et répétés à de très-courts intervalles.

Enfin, il a été reconnu que, pour obtenir ces effets, il fallait que les appareils fussent pourvus d'un moyen, simple et facile à faire agir, de renforcement, de diminution et d'interruption des courants émanés du générateur de l'électricité.

Ces conditions sont réalisées par les appareils d'induction actuellement en usage, et dont la construction est fondée sur les principes suivants :

1° Une bobine, autour de laquelle est enroulé un fil de cuivre, isolé par un fil de soie et communiquant avec les deux pôles de la pile d'où provient l'électricité. C'est le fil *inducteur*.

2° Un second fil, du même métal, mais plus fin et plus long, est enroulé, parallèlement au premier, sur la bobine, et ses extrémités communiquent ensemble, soit métalliquement, soit par un corps conducteur, de manière à constituer un circuit fermé. C'est le fil *induit du premier degré* (d'après les physiciens, et du deuxième d'après M. Duchenne (de Boulogne), qui est en dissidence avec eux à cet égard).

3° Un moyen de renforcement consistant en barreaux de fer doux, placés au centre de la bobine. Lorsque le courant de la pile passe dans le fil inducteur, ces barreaux de fer doux s'aimantent, et font naître dans ce fil inducteur un courant induit, marchant dans le même sens que le premier, et augmentant par conséquent son énergie.

4° Un régulateur formé d'un cylindre en cuivre, aussi long que la bobine, entourant les barreaux de fer doux. Un bouton, saillant au dehors de l'appareil, sert à le faire sortir ou rentrer à volonté selon les besoins de l'opération.

Voici le rôle que remplissent ces différentes pièces :

Le fil provenant de la pile est pourvu par un premier courant continu appelé *inducteur*.

Toutes les fois que le courant de ce premier fil est interrompu, on voit naître dans le second fil un courant dirigé dans le même sens, et que pour cela on nomme *direct ;* il est instantané, c'est-à-dire qu'il ne dure qu'un temps infiniment petit. Toutes les fois, au contraire, que le courant se rétablit dans le premier fil, il se forme dans le second un courant en sens opposé, dit courant *inverse*, également instantané. De telle sorte qu'à chaque rupture ou à chaque rétablissement du courant dans le fil qui communique avec la pile, on a dans le second fil un courant instantané, alternativement direct lors de la rupture, et inverse lors du rétablissement, et que l'on nomme *induit du premier ordre* (2me ordre de M. Duchenne).

L'action du courant inducteur sur le fer doux, et du fer doux sur le courant, est contrariée par l'interposition d'une enveloppe métallique continue. C'est pourquoi le noyau de la bobine est fendu dans toute sa longueur lorsqu'on le construit en cuivre, et c'est aussi pourquoi le cylindre continu et mobile en cuivre sert de régulateur à l'appareil.

Si, à l'aide du bouton qui le termine à l'extérieur, on tire au dehors ce cylindre régulateur, à mesure qu'il découvre des parties plus étendues des barreaux, l'action de l'aimant s'accroît d'une quantité proportionnelle et augmente d'autant la puissance de l'induction. Le contraire a lieu lorsqu'on le repousse.

Toutes les fois qu'on établit ou qu'on interrompt la communication, il se produit, dans le fil même qui communique avec la pile, un courant direct à la rupture et inverse au rétablissement. C'est l'extra-courant de Faraday (induit du premier ordre de M. Duchenne).

Ces principes rappelés, on comprendra mieux maintenant la description qu'il nous reste à faire.

Des nombreux appareils imaginés pour les usages médicaux, il en est deux que l'expérience a fait entrer de préférence dans la pratique, l'appareil volta-faradique de M. Duchenne et celui de MM. Legendre et Morin. Ce dernier, pour des raisons que nous n'avons pas à énoncer ici, est le plus généralement répandu aujourd'hui. Celui qu'a adopté le conseil de santé est construit d'après les mêmes principes et à peu près avec les mêmes éléments ; mais comme les modifications qu'il présente, conçues en vue de leur destination spéciale, perdraient partout ailleurs les avantages qu'elles peuvent offrir dans la pratique nosocomiale, nous donnerons ici, à l'exemple du *Bulletin de thérapeutique*, la description de l'appareil Legendre et Morin, qui, jusqu'à nouveaux perfectionnements, nous pa... ... nécessités usuelles de la pratique civile.

Description de l'appareil.

L'appareil de MM. Legendre et Morin se compose de trois parties principales, savoir :

1° Une pile de Bunsen modifiée ;

2° Un mécanisme d'induction ;

3° Une série de réophores ou instruments d'application de l'électricité.

1° *Pile de Bunsen modifiée* (fig. 1). — AA, vase extérieur de cuivre auquel est fixé, par une soudure à l'étain en un endroit quelconque, le cylindre de zinc EE ; c'est le pôle négatif de la pile. CC, vase intérieur en porcelaine poreuse, au fond duquel est fixé, par une petite quantité d'un mélange de résine et de cire, le charbon H.

Ce charbon est surmonté d'une tige de platine I, destinée à servir de pôle positif.

B, couvercle en gutta-percha destiné à empêcher l'accès de l'air sur les parties poreuses de porcelaine et de charbon imprégnées d'acide nitrique.

Le couvercle est percé au centre d'un trou destiné à laisser passer la tige de platine.

2° *Mécanisme d'induction* (fig. 2). — La lame métallique mobile est destinée à mettre l'appareil en communication avec la tige de platine I, pôle positif de la pile.

(Fig. 1.) (Fig. 2.)

M, ressort en platine placé à la partie inférieure et devant supporter le vase en cuivre AA, pôle négatif de la pile (fig. 1).

R, fil qui fait passer l'électricité de la pièce L au support *e*.

S, fil qui conduit l'électricité du pôle négatif à l'extrémité intérieure du fil inducteur, que l'on voit entrer dans la bobine par une ligne ponctuée.

e, pièce qui met en communication la pièce *d* mobile en fer doux avec le pôle positif L.

V, extrémité extérieure du fil inducteur transmettant l'électricité au petit ressort Z, au fer fixe *a* de l'interrupteur et à la borne P.

Y est l'extrémité centrale du fil induit se rendant à la borne Q', l'autre extrémité du fil induit, celle extérieure est en communication dans l'intérieur de la bobine avec le fil S, elle communique avec son représentant extérieur Q par le ressort M, la pile entière, la pièce L et le fil X.

De telle sorte que si on met les réophores aux bornes P et Q, on a le courant du gros fil, le courant *inducteur ;* si on les met aux bornes Q et Q', on a le courant du fil fin (fil *induit*). Enfin, si on les place aux bornes P et Q', on a le courant le plus intense possible, puisqu'on se sert de toute la longueur des deux fils.

G, bouton de cuivre placé derrière la borne Q, et servant à manœuvrer le graduateur.

h, petit bouton de cuivre pouvant se mouvoir à vis, dans l'épaisseur du bois, et dont le prolongement sert à contenir le ressort placé sur le support *e*, qui, lorsqu'il est libre, s'oppose aux vibrations de la lame *d* en soulevant celle-ci et l'appliquant contre la bobine.

3° *Coupe prise suivant la ligne médiane de l'appareil.* — Cette coupe fait voir la construction de l'électro-aimant.

G, bouton en cuivre monté sur le gra- le mouvoir verticalement dans la cavité centrale *nn* du noyau de la bobine.

D, électro-aimant central formé d'un tube de fer doux, fendu dans sa longueur ; il repose sur le talon *c*.

c, pièce de fer fixée au fond de la cavité de la bobine, et servant à transmettre extérieurement l'action magnétique du tube D.

d, lame en fer doux, placée au-dessous de *c* et dans sa sphère d'attraction.

(Fig. 3.)

a, pièce en fer doux, fixée sur la bobine et à l'extrémité de laquelle s'articule et peut se mouvoir librement la lame *d* ; elle est en communication avec le fil V, extrémité extérieure du gros fil.

e, pièce conductrice qui transmet l'électricité à la lame en fer *d* par l'intermédiaire d'un petit ressort et d'une vis en platine, placés sur les faces correspondantes de la pièce et de la lame.

Cette vis et ce ressort ont pour objet de défendre les surfaces sur lesquelles ils sont placés contre le pouvoir oxydant des courants électriques.

Le *fonctionnement* de l'appareil s'établit de la manière suivante :

Le courant partant du pôle positif I (fig. 1) passe par L, R, *e*, *d*, *a*, V (fig. 2), entre dans la bobine, où il fait un grand nombre de circonvolutions, puis sort au point S et retourne à la pile par l'intermédiaire de la lame M, communiquant au pôle négatif A. Le courant circulant dans la bobine aimante le tube en fer doux D, celui-ci transmet son magnétisme à l'extérieur par l'intermédiaire de la pièce également en fer doux *c*, et la lame *d* est soulevée ; il résulte de cette action une solution de continuité entre *d* et *e*. Le tube D, soustrait à l'influence du courant dont l'action est suspendue, cesse d'être aimanté ; la lame *d* n'étant plus soutenue par la force de l'attraction magnétique, retombe par son propre poids, et *d* et *e* sont de nouveau en communication. Le courant se rétablit, D s'aimante et soulève la lame *d*,

dont le mouvement produit une nouvelle solution de continuité qui intercepte le passage du courant, etc. Les mêmes effets se reproduisent pendant toute la durée d'action de la pile.

A chacune de ces interruptions, correspond un courant d'induction dans chacun des fils; on le recueille en plaçant les conducteurs aux bornes situées à l'extérieur.

Si on divise le bouton *h* (fig. 3), dont le prolongement fait équilibre à un ressort soulevant la lame *d*, celle-ci s'applique contre le talon *c* de la bobine, et par suite le contact cesse entre la face inférieure du platine et la vis qui lui est opposée, il n'y a plus de circuit. Mais, en même temps, le courant est rétabli dans un autre point, au moyen de la communication du bouton avec le pôle positif I de la pile par l'intermédiaire de *e*, R, L, et par le mouvement d'une petite goupille de platine fixée sur cette tige et amenée, par la rotation même qu'on lui imprime, au contact du ressort Z, communiquant au pôle négatif A par V, tout le gros fil de la bobine, S et M.

Pour peu que l'on ramène la tige à vis vers sa première situation, la goupille abandonne son contact avec Z, le circuit est interrompu, et un courant d'induction se produit dans chaque fil.

En tournant ainsi le bouton *h* alternativement en sens inverse, on obtient les intermittences aussi lentes qu'on le désire.

Ainsi trois sortes de courants sont fournies par cet appareil, celui du gros fil (courant *inducteur*, extracourant de Faraday, courant de premier ordre de M. Duchenne), pnis le courant du fil fin (courant *induit*, courant de deuxième ordre de M. Duchenne); enfin on peut recueillir les courants réunis des deux fils.

3° *Réophores.* — On donne ce nom aux instruments nombreux et variés qui servent à l'application de l'électricité anx organes malades. Tous les réophores compris dans l'appareil peuvent être ajustés aux extrémités des électrodes. Comme ces derniers, ils sont très-bons conducteurs de l'électricité; ils suffisent aux besoins ordinaires de la pratique.

On ne peut séparer la description des réophores de l'indication de leur mode d'action et des règles de leur emploi.

L'électricité peut être appliquée à la peau seulement ou portée sur les organes profonds soit par l'intermédiaire du tissu cutané, soit au moyen d'aiguilles qui le traversent.

Manches communs NN′ en bois (fig. 4) garnis d'une virole en cuivre, terminée elle-même par une vis. Un anneau faisant corps avec la virole reçoit l'extrémité libre de l'électrode. A ces manches peuvent être ajustés, au moyen de la vis, la plupart des réophores *tt′*, godets en cuivre vissés sur les manches, qui sont eux-mêmes en rapport avec les électrodes.

(Fig. 4.)

Ces godets peuvent être employés de plusieurs manières :

1° Placés dans les deux mains du malade, mouillées préalablement avec de l'eau acidulée ou salée, ils excitent dans les muscles des membres supérieurs des secousses plus ou moins énergiques.

2° Si on maintient l'un d'eux, garni d'une éponge mouillée, en contact fixe avec un point plus ou moins rapproché de la région malade, et qu'on promène l'autre sur la peau sèche de cette région, on y détermine une sensation de chaleur et de rougeur.

Lorsque la région sur laquelle on opère est très-irritable, comme la face, par exemple, au lieu de mettre le godet en contact immédiat avec la peau, le médecin tient ce godet dans une de ses mains préalablement humectée, dont il promène le dos sur la partie malade; c'est ce que M. Duchenne appelle la *main électrique*.

3° Si l'on place dans chaque godet une éponge imbibée d'eau salée ou acidulée, et si l'on applique ces éponges sur la peau préalablement mouillée qui correspond aux organes qu'on veut impressionner, l'électricité surmontera la résistance de l'épiderme, et arrivera à ces organes sans lancer d'étincelles et sans léser la peau.

C'est le moyen le plus généralement employé pour l'électrisation du système musculaire.

Pinceau électrique formé d'un faisceau de fils de cuivre (fig. 5) déliés et rigides, sortant d'un cylindre de même métal, dans lequel on peut le refouler, et susceptible d'être vissé sur un des manches N ou N′.

(Fig. 5.)

Pour l'emploi de ce pinceau, exclusivement destiné à l'électrisation de la peau, cette membrane doit être sèche, et, pour plus de sûreté, desséchée au moyen de poudre d'amidon ou de riz. Le pinceau électrique s'applique de trois manières : 1° en frappant la peau de coups légers et rapides; 2° en promenant ses pointes contre la surface cutanée; 3° en laissant pendant quelque temps les extrémités des fils en contact avec un point de la peau. Ce dernier procédé est fort douloureux ; c'est le *moxa électrique* de M. Duchenne.

Dans ces trois cas, un des godets, garni d'une éponge imbibée d'eau salée ou acidulée, est tenu en contact avec un point du corps correspondant à celui sur lequel on agit.

Bouton électrique. C'est une tige en cuivre (fig. 6), légèrement recourbée, recouverte d'une couche isolante, pouvant se monter par une de ses extrémités sur la vis d'un des manches N N′, et terminée à son extrémité opposée par un renflement globulaire en laiton. Cet instrument a pour objet de porter l'électricité sur des parties profondes, telles que le pharynx, l'origine de l'œsophage, le rectum, etc. Le circuit est fermé dans ce cas par l'application d'un des godets, garni d'une éponge mouillée, appliqué sur les parties correspondantes de la surface du corps.

(Fig. 6.)

Il serait facile de donner au bouton électrique une disposition qui permettrait de faire arriver directement l'électricité au col de la vessie ou sur les parois vésicales, ce qui a été fait d'ailleurs.

Plaques en cuivre, au nombre de deux, percées de deux trous pour recevoir un cordonnet, et surmontées d'un crochet auquel s'attache l'extrémité de l'électrode.

Ces plaques sont maintenues sur deux parties préalablement recouvertes de deux morceaux de flanelle mouillés, ordinairement placés aux deux extrémités du diamètre d'une région du corps. Elles ont pour objet de diriger le courant électrique à travers les organes compris entre elles.

Des aiguilles complètent cette série de réophores ; elles ne diffèrent des aiguilles à acupuncture que parce qu'elles sont en platine, afin de mieux résister à l'oxydation.

L'*électro-puncture* consiste à introduire ces aiguilles jusque dans l'épaisseur des tissus qu'on veut stimuler, et à diriger les courants à travers deux ou un plus grand nombre d'entre elles, placées à distance les unes des autres.

Ce procédé est incontestablement le plus énergique de l'électrothérapie. On lui reproche que l'introduction des aiguilles n'est pas exempte de douleur; que quelques veinules ou d'autres vaisseaux sanguins peuvent être traversés par elles; que leur emploi peut donner lieu à de petites eschares, suivies de cicatrices indélébiles; enfin, que la pénétration directe de l'électricité qu'elles conduisent s'accompagne d'une sensation de brûlure très-pénible, et pour certains sujets insupportable. On les remplace donc généralement par des moyens plus doux, et particulièrement par les godets garnis d'une éponge mouillée dont il a été précédemment question.

Mais à raison de sa puissance, l'électro-puncture, sans être indiquée dans les circonstances ordinaires, sans même devoir être absolument employée au début dans les cas graves, a droit cependant d'être conservée dans la pratique comme une ressource très-utile contre certaines maladies qui ont résisté aux autres procédés d'électrisation ; mais alors les courants doivent être continus et modérés.

On peut considérer encore comme des réophores, ou moyens de faire pénétrer le courant électrique dans l'organisation, des vases contenant de l'eau, dans lesquels on plonge les extrémités soit des deux membres supérieurs, soit des deux membres inférieurs, soit des deux membres d'un même côté du corps, et dont on établit la communication avec les deux pôles de la pile.

Enfin, on administre des bains électriques entiers en plaçant le sujet dans une grande baignoire en bois, et disposant un vase plus petit dans lequel un des bras du malade va plonger. On introduit alors un des électrodes dans la grande baignoire, et l'on plonge l'autre dans le vase où est placé le membre. L'action des courants intermittents se communique à tout le corps, dont les muscles sont agités de contractions fibrillaires.

Ces bains électriques entiers n'ont été jusqu'à présent que peu employés, et les cas où ils paraissent convenir, aussi bien que leurs effets, sont encore à l'étude.

Deux règles générales doivent en outre fixer l'attention des praticiens dans l'emploi médical de l'électricité. Elles sont relatives à la manœuvre des réophores et au choix à faire des parties sur lesquelles il convient de les placer.

Sous le premier rapport, dans l'électricité localisée des muscles, les réophores doivent être le plus rapprochés possible. Il sera bon que le médecin s'exerce à les tenir tous deux de la même main, en les inclinant alternativement l'un sur l'autre et les promenant sur la région à électriser. Dans l'électrisation des membres, il pourra confier à un aide l'électrode appliqué le plus près du centre, et se réservera de faire agir l'autre sur les branches nerveuses qu'il est besoin d'exciter. Il importe, dans tous les cas, qu'une de ses mains soit libre et appliquée sur le bouton du régulateur, afin de le mouvoir instantanément, selon que le courant doit être augmenté ou affaibli.

Sous le second rapport, il est constaté par l'expérience que les tendons sont absolument insensibles à l'action électrique, laquelle, dans l'électrisation musculaire, ne produit d'effet que sur les corps charnus. On a observé aussi que l'application des réophores sur les saillies osseuses détermine dans ces organes des douleurs sourdes, profondes et parfois persévérantes, sans utilité d'ailleurs pour la guérison. Le médecin devra donc éloigner de ces parties les conducteurs des courants électriques.

L'électrisation locale des différents muscles superficiels est toujours facile, puisqu'il suffit pour l'opérer de se rappeler la situation de ces organes et leur direction. Pour atteindre les muscles profonds, on doit se rappeler les interstices de ceux qui les recouvrent, et qui permettent d'arriver jusqu'à eux.

Mais les nerfs, dans leurs trajets tantôt profonds et tantôt superficiels, présentent pour l'application des réophores des lieux d'élection qu'il n'est pas inutile de rappeler.

Voici, d'après M. Duchenne (de Boulogne), les principales indications. Ce sont :

A. *Pour les membres supérieurs :* le nerf médian, au bras, le long du côté interne du muscle biceps ; — le cubital, au-dessus de la gouttière qui sépare l'olécrâne de l'épitrochlée ; — le radial, au-dessus du tiers inférieur externe du bras, point où il se dégage du muscle triceps ; — le musculo-cutané, dans le creux de l'aisselle ; — le plexus brachial, au-dessus de la clavicule.

B. *Pour le membre inférieur :* le nerf crural, au pli de l'aine ; — le sciatique, dans le bassin, à travers la paroi du rectum ; — le nerf péronier, au-dessous de la tête du péroné.

C. *Pour la face :* le nerf facial, à travers le cartilage de la paroi inférieure du conduit auditif externe ; — les rameaux de ce nerf, à leur point d'émergence de la parotide ; — la cinquième paire, au sourcil, au-dessous du trou sous-orbitaire, au trou mentonnier, à la surface de la langue ou des parois buccales.

D. *Pour le cou :* la branche externe du nerf spinal, au sommet du triangle sus-claviculaire ; — le nerf phrénique, au niveau du muscle scalène antérieur ; — le grand hypoglosse, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde ; — le glosso-pharyngien et le pneumo-gastrique, dans le sillon carotidien ; — le nerf récurrent, le long du côté externe de la trachée-artère.

Il nous reste à parler du fonctionnement de l'appareil et des soins à prendre pour sa conservation. Ce sera l'objet d'un prochain et dernier article.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Becquerel.

De la métrite chronique (1).

Étiologie. — La transformation d'une métrite aiguë en métrite chronique s'observe dans un certain nombre de cas. Valleix et les auteurs du *Compendium* ont tort de regarder ce fait comme très-rare et nullement démontré.

L'âge exerce une influence incontestable sur la production de la métrite chronique. C'est, le plus souvent, de la *puberté* à l'âge critique qu'on l'observe. Le point de départ de la maladie peut dater des premiers rapports conjugaux ; de même qu'on a constaté son existence chez des personnes encore vierges, et aussi, quoique fort rarement, chez des femmes qui n'étaient plus réglées. Cependant on doit reconnaître que l'inflammation chronique préexistante guérit généralement d'elle-même après la cessation des règles.

On doit attacher une grande importance aux conditions hygiéniques comme causes de métrite chronique. Ainsi on est, en général, d'accord sur sa plus grande fréquence dans les villes que dans les campagnes. Scanzoni a cependant démontré qu'elle se rencontre très-souvent chez les femmes de la campagne, où les excès vénériens ne sont pas à beaucoup près aussi rares qu'on le pense.

Les excès de coït produisent surtout ce fâcheux résultat lorsque l'utérus est abaissé. On conçoit par quel mécanisme se fait alors l'irritation directe qui amène l'inflammation.

La grossesse, l'avortement, l'accouchement, dans les cas surtout où des manœuvres obstétricales sont nécessaires, peuvent être suivis de métrite chronique.

Nous en dirons autant de l'emploi des pessaires, de la rétention du sang menstruel dans la cavité utérine, des tentatives de redressement et de la propagation de la phlegmasie d'un organe voisin.

Je n'accorde pas aux diathèses, dans la production de la métrite chronique, la même importance que certains auteurs. En dehors de la syphilis, dont l'influence ne peut plus être contestée, je ne connais pas une seule observation qui démontre réellement l'influence des diathèses dartreuse, scrofuleuse, rhumatismale, tuberculeuse, etc.

Des recherches statistiques d'anatomie générale et pathologique faites par M. Ball sur cent utérus de femmes ayant, dans mon service, succombé aux maladies les plus diverses, m'ont conduit à admettre la plus grande indépendance entre le développement respectif de la tuberculisation pulmonaire ou intestinale et de la métrite chronique.

Symptomatologie. — Nous devons tracer à part la symptomatologie des deux variétés de métrite chronique que nous avons admises, et qui sont :

1° La métrite chronique du corps de l'utérus;

2° La métrite chronique du col seul.

Ces deux variétés diffèrent trop pour que leurs symptômes soient confondus dans une même description, et pas assez pour qu'il y ait avantage à isoler complétement cette partie de leur histoire.

Je ferai remarquer que, règle générale, lorsque le corps de l'utérus est enflammé, il est rare que le col ne participe pas à la même lésion ; mais la proposition inverse n'est pas vraie : le col de l'utérus est le plus souvent seul enflammé.

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er février.

Métrite chronique du corps. — Le début de cette phlegmasie varie avec la nature de la cause qui provoque sa manifestation. Quelquefois elle succède à une métrite aiguë ; dans ce cas, les symptômes de la première inflammation s'amendent peu à peu sans disparaître complétement. Quelquefois elle a un début lent et tout à fait insidieux ; les malades ne s'en aperçoivent souvent que lorsque la maladie est déjà fort avancée.

Une fois l'affection confirmée, on constate des phénomènes locaux et des phénomènes généraux.

Phénomènes locaux. — La douleur est un phénomène constant de la métrite chronique, mais elle se présente avec des particularités qui sont caractéristiques. Ainsi, elle n'est jamais aussi vive que dans la métrite aiguë. Cette douleur, quoique spontanée, augmente par la palpation, la pression, le toucher, les mouvements, les secousses violentes, les promenades en voiture.

Outre les douleurs siégeant dans l'organe même, il y en a d'autres qui s'irradient vers les cuisses, la région inguinale, le périnée. Ces douleurs d'irradiation sont, en général, les plus fortes ; souvent même les douleurs locales sont à peine senties : c'est plutôt un sentiment de pesanteur à l'hypogastre qu'une véritable douleur.

L'augmentation de volume et de poids sont deux symptômes des plus constants de la métrite chronique. Ces deux modifications pathologiques se constatent par le toucher uni à la palpation. Il est rare qu'il n'y ait pas aussi des déplacements; presque toujours l'utérus est abaissé. En même temps il se produit des rétroversions ou des antéversions, suivant que les parois postérieures où antérieures du corps sont isolément malades.

On rencontre aussi des rétroflexions et des antéflexions. Le col et le corps vont à la rencontre l'un de l'autre, en laissant entre eux un angle ouvert soit en avant, soit en arrière, suivant l'espèce de flexion. C'est, en général, au point d'union de la partie saine et de la partie malade que se fait la plicature, conséquence d'un ramollissement inflammatoire.

Ce genre de déplacement a beaucoup occupé les auteurs. Valleix lui accordait une grande importance, et dans le but de prévenir des accidents graves, il essayait de le guérir à tout prix par l'usage des redresseurs.

On répond aujourd'hui à cette manière de voir, que les symptômes qu'on attribuait alors à la flexion ne sont autres que ceux de la métrite chronique concomitante. Canquoin a beaucoup insisté sur ce fait.

Je crois, en effet, que dans la majorité des cas ces diverses espèces de déplacements sont la conséquence d'une inflammation chronique. C'était là depuis longtemps l'opinion de M. Bennett ; mais cette idée n'était pas encore généralisée.

Ceci nous permet de comprendre combien doit être inefficace l'application pure et simple des redresseurs ; aussi je les rejette complétement. Toutes les fois que j'ai à traiter l'un de ces déplacements coïncidant avec une métrite chronique, je ne m'occupe que de l'inflammation. En agissant ainsi, on peut espérer, la plupart du temps, de guérir le déplacement.

Je ne ferai ici qu'indiquer les moyens d'exploration qu'il est nécessaire d'employer pour reconnaître ces études pathologiques. La palpation, la pression et la percussion hypogastriques font reconnaître l'augmentation de la sensibilité et du volume de l'utérus.

Le toucher vaginal et le toucher rectal permettent de constater l'élévation de la température, le ramollissement ou l'induration de l'organe, les divers déplacements, l'augmentation du poids, etc.

Le spéculum n'a d'utilité que pour l'examen du col. J'insisterai plus tard sur ses avantages.

La métrite chronique détermine presque toujours des phénomènes morbides résultant de l'influence des organes malades sur les parties voisines.

Du côté de la vessie, ce sont des envies fréquentes d'uriner. Les urines sont souvent troubles, chargées de mucus, et même de muco-pus quand il survient un léger degré de cystite chronique. Lorsque cette quantité de mucus est considérable, il agit sur les urines comme un ferment, décompose l'urée en carbonate d'ammoniaque, et il se produit des phosphates ammoniaco-magnésiens, etc., qui se précipitent dans l'urine devenue alcaline. Pour reconnaître la nature exacte de ces urines, il faut avoir soin de vider la vessie avec une sonde, pour qu'il ne s'y mêle pas des produits de sécrétion venant d'ailleurs que du réservoir urinaire.

Du côté du rectum, on trouve généralement une constipation opiniâtre qui fatigue beaucoup les malades.

Lorsqu'on étudie la menstruation chez les femmes atteintes de métrite chronique, on observe les troubles les plus divers. Suivant que l'inflammation existe avec ramollissement ou avec induration, il y a quelque différence dans les phénomènes.

Dans les cas d'induration, cas les plus fréquents, il y a de la dysménorrhée ; les règles sont douloureuses, les malades éprouvent des coliques utérines. L'écoulement sanguin est quelquefois avancé, plus souvent retardé. La quantité de sang n'est jamais augmentée : elle est normale ou diminuée.

Lorsqu'il y a du ramollissement, c'est-à-dire dans le tiers des cas observés, les règles sont douloureuses, irrégulières, comme dans l'induration, mais il y a de plus des hémorrhagies utérines. Les règles durent quinze jours; il y a quinze jours de repos, et encore les mouvements brusques, les courses, les promenades en voiture rappellent ces hémorrhagies. Il en est de même du toucher vaginal et de l'introduction du spéculum.

Les écoulements diffèrent suivant que la muqueuse est ou non malade. Lorsque le tissu utérin est seul malade, l'écoulement est nul, ou bien il consiste en un mucus clair, transparent. Si la muqueuse est enflammée, l'écoulement ne manque jamais, et il présente des caractères variés. C'est tantôt du muco-pus simple ou teinté de sang, tantôt du pus véritable qui est sécrété.

HOPITAL DE LA MARINE DE TOULON. — M. J. Roux.

Uréthrotomie.

Vous avez plusieurs fois, dans mon service, assisté à des opérations d'uréthrotomie interne ; je viens aujourd'hui, à l'occasion de deux nouveaux faits, vous entretenir du même sujet et vous rappeler les observations de quelques malades, afin de vous fixer sur l'instrument, le manuel opératoire auxquels je donne la préférence, de vous rendre témoins des résultats immédiats, de la solidité des guérisons, et de vous donner le résumé de ma pratique sur ce point important de thérapeutique chirurgicale.

L'instrument que vous m'avez vu employer le plus souvent est le *scarificateur-uréthrotome* de M. Charrière, dont l'ingénieux mécanisme permet d'inciser, dans deux directions opposées, *d'avant en arrière* et *d'arrière en avant*. Quand le rétrécissement est assez étroit pour n'admettre qu'une sonde de petit calibre, c'est à l'incision d'avant en arrière qu'il faut recourir d'abord ; quand, au contraire, il est assez large pour permettre à l'olive de l'uréthrotome de le traverser d'emblée, c'est l'incision d'arrière en avant qu'il faut pratiquer. Dans l'une et l'autre circonstances, avant d'arriver à l'opération, j'ai soin de préparer le malade par des bains, des boissons mucilagineuses et le cathétérisme, afin d'émousser la sensibilité de l'urèthre, ordinairement exaltée par l'état morbide, de dilater convenablement le canal et de bien étudier le rétrécissement eu égard à son siége, sa longueur, sa nature, etc. Je procède ensuite différemment, selon qu'il faut faire une incision *antérograde*, *rétrograde* ou *antéro-rétrograde*.

Dans le premier cas, j'introduis, suivant les règles du cathétérisme ordinaire, la bougie terminale de l'uréthrotome, guide précieux qui va le diriger sûrement à travers les sinuosités de l'angustie. Lorsqu'elle est parvenue à traverser la lumière de l'obstacle, elle y conduit l'extrémité du cône qui précède l'olive. Alors, de la main gauche tirant en avant la verge sur l'instrument, tandis que la droite pousse celui-ci doucement en arrière, si l'olive ne franchit pas la coarctation, je démasque la lame en poussant d'avant en arrière la tige centrale qui la supporte. Dans sa marche *antérograde* elle incise nécessairement le rétrécissement. L'uréthrotome fermé est alors retiré.

Telle a été pendant longtemps la seule méthode d'uréthrotomie : c'est celle que les chirurgiens timides continuent à pratiquer : à cause de la mobilité des tissus du canal, elle ne produit le plus souvent qu'une simple scarification, exigeant la dilatation comme complément du traitement, et laissant néanmoins le malade exposé à des chances malheureusement trop certaines de récidive. Aussi l'incision d'avant en arrière, généralement insuffisante, n'est-elle plus qu'un premier temps préliminaire de l'uréthrotomie proprement dite, depuis que les beaux travaux de M. Reybard sont venus démontrer la supériorité des grandes incisions, atteignant toute l'épaisseur de l'urèthre et s'étendant non-seulement au tissu morbide du rétrécissement, mais encore aux parties saines qui le précèdent et le suivent.

C'est l'incision *rétrograde* qui permet le mieux d'accomplir les indications du chirurgien de Lyon. Pour la pratiquer, il faut que l'olive de l'instrument ait traversé le rétrécissement et par conséquent soit arrivée derrière lui. Elle y parvient de trois manières: soit d'emblée quand la coarctation est très-élastique, ou médiocrement serrée ; soit après que l'incision antérograde lui a frayé la route ; soit lorsque la dilatation préalable, secondée d'heureuses et méthodiques pressions, lui a fait franchir l'obstacle. Aussitôt j'arme l'instrument dans sa plus grande étendue, et je pratique sur un des côtés de l'urèthre une incision de 6 centimètres de longueur et de 6 millimètres de profondeur environ. Afin que cette incision magistrale reste dans ces limites et que l'instrument n'échappe pas au delà, je saisis celui-ci près du gland avec la main droite, je le tire d'arrière en avant par un mouvement combiné du pouce et de l'indicateur : par excès de précaution j'ai fait placer derrière ma main celle d'un aide prompte à arrêter tout écart, et j'arrive ainsi à sentir nettement la section de l'obstacle et l'excès d'étendue que je donne à l'incision. Chez les deux malades que j'ai récemment opérés sous vos yeux, la douleur a été modérée, et l'écoulement de sang, resté dans de justes limites, a éloigné les inquiétudes que donne toujours une hémorrhagie. Immédiatement après, j'ai pu introduire une sonde d'un gros calibre, telle que les n°s 16, 19 de la filière Charrière.

Dans mes précédentes opérations, dont le chiffre ne s'élève pas à moins de 12, j'ai tenu à laisser à demeure pendant quatre ou six jours une sonde destinée à l'écoulement continuel de l'urine et à l'écartement des lèvres de la plaie. Je n'ai pas eu toujours à me louer de cette pratique.

Dans quelques circonstances, le séjour de la sonde a provoqué de l'inflammation, des abcès même, etc., et j'ai de la tendance à y renoncer, à ne plus l'introduire que deux ou trois fois par jour, pour faire uriner le malade, et à la retirer immédiatement après. C'est là, du reste, un problème délicat du traitement consécutif à l'uréthrotomie. Je crois qu'on peut le résoudre de la manière suivante :

Quand l'opération a été simple, c'est-à-dire que l'introduction de l'uréthrotome avant l'incision, et celle de la sonde après, ont été faciles, on pourra ne pas laisser de sonde à demeure et se contenter, dans les deux premiers jours, de sonder le malade chaque fois qu'il voudra uriner. Lorsqu'au contraire les manœuvres de l'uréthrotome et celles du cathétérisme consécutif ont été laborieuses, le maintien dans la vessie d'une sonde d'un médiocre volume est indispensable. Ce sont là, je crois, les meilleures règles de conduite, plus nettement formulées par M. Civiale que par l'auteur de la méthode lui-même. C'est pour n'avoir pas voulu supporter la sonde à demeure que deux de mes malades uréthrotomisés ont été atteints d'infiltration urinaire : c'est pour l'avoir retirée pendant la nuit et l'avoir introduite lui-même, de manière qu'elle restât *coudée dans le canal*, que l'un d'eux est mort de ce redoutable accident.

En résumé, chez tous mes opérés la douleur a été modérée, l'hémorrhagie peu inquiétante, et les résultats, constatés longtemps après, sont restés des plus satisfaisants.

Il résulte encore de ma pratique que deux résections de la portion spongieuse de l'urèthre, suivies de cicatrisation et de rétrécissement ultérieur, malgré le continuel emploi de moyens de dilatation, ont complétement cédé à l'incision longitudinale intra-uréthrale d'après les idées de M. Reybard, que j'ai presque toujours cherché à imiter.

En vous rappelant succinctement les observations des deux derniers malades et quelques-unes plus anciennes, je compléterai ce que j'avais à vous dire pour le moment sur l'opération qui nous occupe, et qui est généralement acceptée de nos jours comme une des brillantes conquêtes de la chirurgie moderne.

Obs. I. — *Rétrécissement de l'urèthre à la région bulbo-membraneuse. — Uréthrotomie interne par deux incisions coup sur coup, antérograde et rétrograde. — Guérison rapide.*

O..., âgé de trente-quatre ans, sergent d'infanterie de marine, vit survenir depuis plus de deux ans, à la suite d'uréthrites chroniques, une difficulté dans la miction dont les progrès croissants l'engagèrent à entrer à l'hôpital le 6 décembre 1858. A son arrivée, on constate : dysurie, jet double, filiforme, contourné, sans douleur.

Le 8, le cathétérisme, pratiqué le matin avec une sonde en argent, fait reconnaître la présence de deux rétrécissements, un premier à peine sensible à la fosse naviculaire, un second beaucoup plus étroit, au niveau du bulbe, paraissant s'étendre jusqu'à la région membraneuse, n'admettant qu'à grand'peine, à travers des sinuosités calleuses, une bougie n° 7 de la filière Charrière. Cette bougie est laissée en place un quart d'heure. Dans la journée, accès de fièvre qui débute à une heure de l'après-midi par des frissons violents, des douleurs dans les reins, le brisement des membres; la période de froid dure jusqu'à trois heures; le stade de chaleur ne disparaît que le lendemain matin à six heures. Les antécédents du malade révèlent qu'il est atteint de fièvre intermittente contractée au Sénégal, revenant régulièrement tous les vingt jours. Le dernier accès survenant précisément à l'époque de la période habituelle, il est difficile de décider si on doit l'attribuer au cathétérisme ou à l'affection paludéenne ancienne.

Le 9, apyrexie.

Le 10, nouvelle introduction de la bougie n° 7, laissée en place un quart d'heure ; accès de fièvre plus violent que le premier, de dix heures du matin à sept heures du soir.

Les jours suivants, le type tierce de la fièvre étant bien constaté par l'apparition de nouveaux accès, on suspend tout cathétérisme et on administre le sulfate de quinine ; la fièvre ne revient plus.

Afin d'en finir avec ces accès, que chaque opération de cathétérisme aurait sans doute reproduits en les aggravant encore, je me décidai à pratiquer l'uréthrotomie interne, sans plus examiner le rétrécissement et sans préparer davantage les parties, espérant qu'en surprenant, pour ainsi dire, l'organisme par une brusque incision du canal, on éviterait le retour des accès, tout en entrant résolûment dans la voie de la cure radicale.

Dans ce but (29 décembre), je remplaçai la bougie n° 7, que je venais d'introduire pour la troisième fois, par la bougie conductrice de l'uréthrotome Charrière. Le cône de l'instrument le suivit dans l'angustie et s'arrêta bientôt, malgré nos efforts pour le faire pénétrer plus avant. La lame, démasquée alors et poussée d'avant en arrière, scarifia le rétrécissement. Un peu de sang sortit par le canal; bientôt après, sous l'influence de l'impulsion antérograde qui continue à être imprimée à l'instrument, la sensation d'une résistance vaincue indique nettement l'arrivée de l'olive au delà de l'obstacle. L'uréthrotome étant poussé plus loin encore, à 1 ou 2 centimètres du côté de la vessie, et sa lame étant largement ouverte, il fut lentement retiré d'arrière en avant, de manière à faire au côté gauche du canal une incision rétrograde, étendue et profonde, bien appréciable à la main de l'opérateur par la sensation d'une résistance vaincue, et aux yeux de tous par l'écoulement de sang, d'ailleurs assez peu abondant.

Cette opération rapide, accompagnée d'une douleur médiocre, fut bien supportée. Quelques minutes après, j'introduisis facilement jusque dans la vessie une sonde en argent n° 19, qui fut immédiatement retirée, et le malade reçut l'injonction de n'uriner qu'à l'aide du cathétérisme, qu'on pratiqua trois fois dans la journée.

Le 21, à ma visite du matin, l'opéré, sans fièvre, avait bien dormi; pas de gonflement ni d'ecchymose au périnée ; l'écoulement de sang a été très-modéré. Sans peine et sans exciter beaucoup de douleur, je réitérai pour la dernière fois le cathétérisme avec la même sonde que la veille.

Depuis ce moment la miction n'a cessé de se faire naturellement, bien que médiocrement douloureuse au début et accompagnée de l'expulsion de quelques petits caillots.

Le 25, un peu de pus sort par le canal : gonflement léger à la région périnéale, sans trace aucune d'infiltration urinaire.

Le 6 janvier, les accès de fièvre n'ont plus reparu, et le malade a continué à si bien aller que, d'abord soumis à un régime peu nourrissant, à l'usage des boissons émollientes, des bains généraux, il fut bientôt en état de prendre des aliments solides, et même de sortir de l'hôpital le dix-septième jour de l'opération. A cette époque, la sonde n° 19 a été de nouveau introduite et avec facilité. Ce matin, 14 janvier, j'ai pu pratiquer tout aussi aisément le cathétérisme avec la même sonde, O..., ayant bien voulu se rendre dans nos salles, à mon invitation.

Obs. II. — *Rétrécissement de l'urèthre à la région bulbo-membraneuse. — Uréthrotomie interne par incision rétrograde. — Infiltration urinaire. — Guérison.*

Chez le nommé B..., âgé de quarante ans, entré dans mon service le 27 novembre 1848, et couché au n° 20 de la salle 8, les choses ne se sont pas passées de la même manière que dans le cas précédent, sous le rapport de l'opération et surtout de ses suites. Le rétrécissement, situé à la région bulbo-membraneuse et survenu à la suite d'une uréthrite contractée il y a huit ans, n'admettait pas une sonde en argent, même du plus petit calibre. C'était avec grand'peine, et presque par hasard, qu'une bougie n° 7 de la filière Charrière pouvait franchir l'angustie et pénétrer jusque dans la vessie. Chaque cathétérisme provoquait un accès de fièvre souvent très-intense, qui retardait la dilatation préalable à laquelle je désirais soumettre le canal. Après plusieurs tentatives souvent infructueuses, je parvins enfin, le 24 décembre, à traverser le rétrécissement avec la bougie conductrice de l'uréthrotome Charrière. Profitant de cette circonstance, je fis suivre la bougie de l'instrument et je réussis avec quelque peine non-seulement à introduire le cône dans les sinuosités de l'obstacle, mais encore à engager et à conduire derrière elle l'olive à dimensions bien plus considérables. La lame largement ouverte et le tranchant tourné vers le côté gauche de l'urèthre, je tirai l'instrument avec les ménagements que vous me voyez toujours prendre en pareille circonstance, et je pratiquai ainsi sur le canal une grande incision rétrograde. La douleur, l'écoulement de sang n'offrirent rien de particulier à noter. J'introduisis avec difficulté jusque dans la vessie une sonde en argent n° 16, que je remplaçai immédiatement après par une autre en gomme élastique de même calibre, qui fut laissée à demeure. A ma visite du soir, le malade, d'ailleurs très-pusillanime, impatient du séjour de la sonde, me força à l'enlever.

Le lendemain 25, nous reconnûmes qu'une infiltration d'urine s'était produite pendant la nuit autour de la verge, du côté gauche de l'abdomen, au-dessus du pli de l'aine jusqu'au niveau de la crête iliaque ; gonflement, rougeur de ces parties ; écoulement d'urine goutte à goutte et très-douloureux par le canal ; réaction très-vive ; soif, peau chaude ; pouls plein, fréquent, à 96. — Diète ; limonade citrique ; sonde à demeure ; scarifications profondes autour de la verge ; cataplasme.

Les 26 et 27, l'infiltration urinaire ne s'est plus reproduite ; les accidents locaux et généraux redoublent d'intensité ; fièvre, douleurs très-vives, suppuration par les incisions ; eschares étendues sur le fourreau de la verge ; l'urine s'écoule par la sonde goutte à goutte, trouble, sanguinolente.

Les 28 et 29, agitation, délire exigeant l'emploi de la camisole de force ; le malade a enlevé la sonde, qu'on n'a pu remettre en place qu'après des efforts assez prolongés ; suppuration abondante, grisâtre, fétide ; extension des plaques sphacélées de la verge ; l'inflammation du côté gauche de l'abdomen est plus étendue.

Le 30, amendement des phénomènes de réaction ; le délire cesse ; le malade, plus tranquille, répond aux questions qu'on lui adresse ; l'inflammation de l'abdomen se circonscrit, les eschares de la verge se détachent.

Les jours suivants, le mieux continue : suppuration toujours très-abondante et fétide par la plaie de la racine de la verge ; une incision pratiquée aux parois de l'abdomen donne issue à une très-grande quantité de pus et à quelques lambeaux de tissu cellulaire sphacélé ; ouverture d'un abcès à la face antérieure de la fesse droite ; écoulement de l'urine par la sonde à demeure, dont l'obstruction par des mucosités nécessite des injections et le renouvellement.

Le 10 janvier 1859, la sonde est enlevée ; la miction se fait par le canal et la fistule de la base ; suppuration moindre des parties.

Le 15, état satisfaisant ; les urines sortent à plein canal et en jet considérable, sans douleur vive ; les plaies marchent vers la cicatrisation.

Le 20, une sonde en argent n° 16 est introduite et franchit assez facilement le rétrécissement.

Le 30, le malade est sondé presque tous les jours ; l'urine ne s'échappe presque plus que par sa voie naturelle ; les plaies de la verge sont presque entièrement cicatrisées. Le malade est dans d'excellentes conditions, et tout fait espérer une guérison complète.

Obs. III. — *Rétrécissement double de l'urèthre dans les portions spongieuse et membraneuse. — Uréthrotomie interne par incision rétrograde. — Guérison.*

J..., âgé de quarante-neuf ans, présente deux rétrécissements, l'un dans la portion spongieuse de l'urèthre, à 4 centimètres de profondeur, l'autre dans la portion membraneuse, à 15 centimètres environ, consécutifs à une uréthrite survenue plusieurs années auparavant. Après différents séjours à l'hôpital, il fait sa dernière entrée en mars 1857 : dysurie constante, difficulté d'introduire une bougie n° 8.

Le 22 juin, uréthrotomie interne par incision successive d'arrière en avant des deux rétrécissements ; hémorrhagie légère ; introduction facile d'une sonde métallique n° 17, remplacée immédiatement après par une autre en gomme élastique de même calibre laissée à demeure.

Le 23, pas de fièvre ; mais le malade, ne pouvant supporter la présence de la sonde, la retire lui-même.

Les jours suivants, le cathétérisme est pratiqué tous les matins avec la sonde en argent ; incontinence d'urine au début, mais bientôt miction volontaire et facile ; coloration normale du liquide ; état général satisfaisant.

Le 28, petite tumeur de la grosseur d'une aveline dure, douloureuse, lancinante, sur le côté gauche de la verge, à peu près au niveau du premier rétrécissement ; gonflement léger du fourreau de la verge et du scrotum ; pas de fièvre.

Le lendemain, tumeur moins douloureuse ; le malade a rendu trois fois en urinant une certaine quantité de pus dont l'expulsion l'a beaucoup soulagé.

Le 3 juillet, disparition complète de la tumeur, jet d'urine fort et régulier.

Le malade quitte l'hôpital le 20 juillet.

J'ai revu cet homme un an après l'opération : le canal est toujours libre, seulement la portion rétrécie n'est aisément traversée que par une sonde n° 15.

Obs. IV. — *Rétrécissement double de l'urèthre dans les portions spongieuse et membraneuse. — Fistule urinaire. — Uréthrotomie interne par incision rétrograde. — Guérison.*

L..., âgé de quarante et un ans, entre, en juillet 1858, porteur de deux rétrécissements, l'un en avant, l'autre en arrière du bulbe, et d'une fistule urinaire survenue depuis plusieurs mois à la suite d'un abcès urineux. Une bougie n° 7 peut seule pénétrer dans la vessie.

Le 30 août, uréthrotomie interne par incision successive des deux rétrécissements d'arrière en avant. Introduction d'une grosse sonde en gomme élastique laissée à demeure.

Le 5 septembre, on la remplace par une nouvelle : le malade la supporte bien ; pas de douleur, pas de fièvre.

Le 8, état général satisfaisant ; la sonde est enlevée.

Les 9 et 10, le malade ne sent pas pendant quarante-huit heures le passage de l'urine ; celle-ci est colorée, ammoniacale, trouble ; léger empâtement du scrotum.

Le 14, amélioration dans la couleur des urines, gonflement moindre des bourses.

Le 28, le malade sort guéri, emportant avec lui une sonde n° 18 que j'ai introduite aisément en décembre dernier.

Obs. V. — *Rétrécissement infranchissable de l'urèthre dans la portion spongieuse en avant des bourses ; résection de cette portion du canal ; rétrécissement ultérieur. — Uréthrotomie interne par incision longitudinale rétrograde. — Guérison.*

L..., âgé de quarante-deux ans, est atteint de rétrécissement dans la portion spongieuse de l'urèthre au-devant des bourses ; induration du volume d'une noisette existant à ce niveau depuis seize mois ; le malade a eu une uréthrite et un chancre volant, et n'a pas fait de traitement antisyphilitique ; phimosis naturel ; impossibilité de franchir le rétrécissement par le cathétérisme employé de toutes les manières.

Le 26 mars 1853, opération de la circoncision.

Le 22 avril, le rétrécissement étant toujours infranchissable, et la miction ne se faisant que goutte à goutte, je mets à nu la tumeur uréthrale par une incision extérieure, et j'enlève le rétrécissement, en retranchant un centimètre et demi du canal ; immédiatement après, introduction par le méat urinaire, jusque dans la vessie, d'une sonde en gomme élastique laissée à demeure et débouchée, réunion de la plaie avec des serre-fines.

Le 23, insomnie, douleur, léger gonflement de la verge et du scrotum, pas de fièvre. Enlèvement des serre-fines ; adhérence presque complète des lèvres de la plaie, excepté à l'angle inférieur, dans une petite étendue ; l'urine s'écoule presque en totalité par l'ouverture de la sonde laissée en place.

Le 2 mai, gonflement moindre des parties ; la plaie ne donne plus passage qu'à quelques gouttes d'urine. La sonde est enlevée, mais le malade reçoit l'ordre de l'introduire toutes les fois qu'il voudra uriner.

Le 6 juin, cicatrisation complète de la fistule, miction à plein canal.

Le 25, coarctation assez prononcée à l'endroit du canal réséqué ; difficulté de le franchir avec des sondes qui le traversaient auparavant sans peine.

Sorti à cette époque de l'hôpital, le malade y rentre trois ans après. La tendance au rétrécissement circulaire n'a fait qu'augmenter ; on constate au point du canal opéré un trajet fistuleux, une légère induration et un rétrécissement qui admet difficilement une sonde n° 9.

Le 2 février 1856, uréthrotomie interne par incision longitudinale d'arrière en avant, introduction d'une sonde métallique n° 23, qui est retirée immédiatement après.

Les jours suivants, pas de fièvre, mais un peu de chaleur et de gonflement de la verge et des bourses, sans trace d'infiltration. Cet état inflammatoire ne tarde pas à se dissiper. Le malade sort complétement guéri le 28 février 1856.

J'ai revu cet homme le 25 juin 1857, et j'ai reconnu que la miction se fait toujours avec facilité, qu'il n'y a plus de trace de fistule urinaire, qu'on sent à travers la peau, au point du rétrécissement, quelques noyaux anciens indurés, que le canal est aisément traversé par une sonde n° 15.

Obs. VI. — *Rétrécissement double de l'urèthre dans la portion membraneuse. — Uréthrotomie interne par incision rétrograde. — Guérison.*

G..., âgé de trente et un ans, entre le 28 juillet 1858 ; dysurie, douleur à la région hypogastrique. On constate deux rétrécissements siégeant à la région membraneuse, et consécutifs à des uréthrites nombreuses : je ne m'occupe pas du premier, qui se laisse traverser facilement par une bougie n° 14 ; le second n'est franchi que plusieurs jours après par une bougie n° 8 ; la dilatation progressive est continuée, et le 20 août, j'arrive à faire pénétrer dans le dernier obstacle le n° 12.

Le 17 septembre, douleurs sourdes à l'hypogastre et dans le canal ; la miction ne s'opère que par le cathétérisme, qui donne des urines troubles, sanguinolentes d'abord, puis purulentes ; fièvre, langue saburrale, anorexie.

Cet état continue jusqu'au 27. A partir de cette époque, alternatives d'amélioration et de retour des symptômes primitifs.

Le 12 octobre, état général bon, plus de fièvre.

Le 16, uréthrotomie interne par incision successive d'arrière en avant des deux rétrécissements. Une sonde métallique n° 18 pénètre facilement dans la vessie. On la retire, et on met à demeure une sonde en gomme élastique du même calibre, qui est gardée pendant deux jours.

Le malade ne pouvant la supporter plus longtemps, il faut l'enlever. Réaction très-vive, fièvre continue, douleurs à l'hypogastre, urines troubles et sanguinolentes, inflammation du tissu spongieux, tumeur phlegmoneuse, abcès, induration consécutive du canal, etc.

Ces phénomènes graves, qui nous inspirent de l'inquiétude, persistent jusqu'au 22, cessent enfin insensiblement, si bien que, dès le 30 novembre, le malade, complétement rétabli, urinait facilement par jet droit, volumineux, et que son canal était aisément parcouru par une sonde en argent n° 15.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 février 1859. — Présidence de M. de Sénarmont.

Dynamoscopie. — M. le docteur Collongues lit un mémoire ayant pour titre : *De la dynamoscopie dans l'hémorrhagie cérébrale.* Le bureau en a renvoyé l'examen à la commission nommée pour de précédentes communications de l'auteur sur le même sujet, MM. Andral, Cagniard de la Tour et Jobert (de Lamballe).

Nous publierons prochainement un extrait de ce mémoire.

— M. Théod. Gosselin présente une addition à sa note intitulée *Études hémoscopiques.* (Renvoyé au concours pour le prix de physiologie expérimentale.)

— M. Ancelet soumet au jugement de l'Académie une note sur un moyen qu'il a imaginé pour éviter la *ligature des vaisseaux* dans les amputations, moyen qu'il a appliqué avec succès pour une femme très-âgée sur laquelle il avait pratiqué l'amputation du bras. (Commissaires, MM. Andral, Velpeau, J. Cloquet, précédemment nommés pour une autre communication de l'auteur.)

— M. de Ruolz présente au concours pour le prix du legs Bréant un mémoire *sur les rapports entre les variations de l'hygromètre et l'intensité des épidémies cholériques.* (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale.)

— M. Zeising, professeur à Munich, adresse un travail imprimé, mais non publié, *sur les proportions du corps humain aux différents âges et sur les proportions du Parthénon.* (Renvoi à l'examen de MM. de Quatrefages et Cl. Bernard, qui jugeront s'il est nécessaire de demander l'adjonction d'un ou de plusieurs membres de l'Académie des Beaux-Arts.)

— La section d'anatomie et de zoologie présente la liste suivante de candidats pour une place de correspondant vacante par suite du décès de M. J. Müller :

En première ligne : M. Carus, à Dresde.

En seconde ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Delle Chiaje, à Naples ; Purkinje, à Prague ; Rathke, à Kœnigsberg.

Les titres de ces candidats sont discutés.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les jurys pour les concours ouverts actuellement à l'administration de l'assistance publique sont constitués de la manière suivante :

Pour une place de *pharmacien en chef :* MM. Léger, Manec, Lecanu, Gobley, Roussel, Fordas, Chatin, titulaires ;

MM. de Saint-Laurent, Giraldès, Hébert, suppléants.

Pour les places d'*internes en pharmacie :* MM. Chevallier, Hottot fils, Morin, Ducom, Mebu, titulaires ;

M. Fermond, suppléant.

Pour les *prix des internes en pharmacie :* MM. Vialla, Réveil, Personne, titulaires ;

M. Lutz, suppléant.

— Par arrêtés en date du 31 janvier 1859, M. Maurice, professeur adjoint de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est nommé professeur titulaire de cette chaire.

M. Gossard, professeur suppléant près de la même École, est nommé professeur adjoint de chimie et de pharmacie.

M. Barrier, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur titulaire de cette chaire en remplacement de M. Bonnet, décédé.

M. Valette, professeur suppléant à ladite École, est nommé professeur adjoint de clinique chirurgicale.

M. Desgranges, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant spécialement attaché au service des chaires de chirurgie et d'accouchement.

M. Giraudet fils, professeur suppléant et chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie en remplacement de M. le docteur Allain-Dupré, décédé.

M. Meslays, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur titulaire de cette chaire en remplacement de M. Patin, appelé à d'autres fonctions.

M. Blanche, professeur suppléant à ladite École, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie en remplacement de M. Meslays, nommé professeur titulaire.

— La mort d'un grand nombre de résidents européens ayant jeté le trouble et la consternation dans la ville de Téhéran, le shah de Perse a demandé à son premier médecin, M. Tholozan, ancien professeur au Val-de-Grâce, un rapport sur ce sujet. D'après l'avis de notre confrère, ces morts ne devraient être attribuées à aucune épidémie. Il profite de l'occasion pour solliciter l'introduction de la vaccine en Perse, et le shah ne trouvant pas que cette opération soit contraire aux lois musulmanes, est dans l'intention de donner un grand exemple en faisant vacciner ses propres enfants. (*The Lancet.*)

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 FÉVRIER 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion s'est engagée hier sur le rapport de M. Gibert. MM. Bouillaud et Piorry ont été entendus. Pour apprécier la portée et la valeur de leurs discours, il est indispensable de rappeler en peu de mots l'objet du rapport et les points qui sont plus particulièrement susceptibles de prêter à la discussion.

Dans le mémoire qui fait le sujet de ce rapport, M. Bouchut a eu pour but, — nous rappelons ses propres termes — de faire connaître les caractères étiologiques et symptomatiques d'une névrose générale, continue ou rémittente, que caractérisent de nombreux troubles erratiques et variables de la sensibilité, de l'intelligence, du mouvement, et des principales fonctions de l'organisme.

Cet état, qui rappelle ce que les auteurs ont désigné sous les divers noms d'état nerveux, de cachexie ou de diathèse nerveuse, de vapeurs, de névropathie, etc., M. Bouchut s'est surtout proposé de le délimiter et de le définir mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, d'une part en montrant, par l'analyse de faits cliniques, les caractères génériques et l'air de famille qui trahissent, sous la multiplicité des formes et des effets morbides, l'identité de nature; et d'autre part en le distinguant de quelques autres états morbides avec lesquels il a été généralement confondu, tels que l'hystérie, l'hypochondrie, la mélancolie, qu'il considère comme des névroses mixtes, c'est-à-dire composées par l'association de troubles nerveux multiples, ou la chlorose et l'anémie, qui n'en sont que des accidents, des complications ou des éléments étiologiques.

Voilà pour la partie nosologique de ce travail. Mais ce travail avait aussi une portée pratique directe ; voici en quels termes M. Bouchut le résume sous ce point de vue. Il déduit des faits analysés dans ce travail les indications curatives suivantes :

La nécessité d'un traitement hygiénique et moral ;

L'indication de combattre les états morbides ayant donné naissance au *nervosisme ;*

L'indication d'un traitement tonique destiné à fortifier l'organisme primitivement ou secondairement affaibli par les troubles du système nerveux ;

L'indication d'un traitement des troubles fonctionnels;

Enfin, l'indication de combattre les complications organiques qui peuvent se développer.

Assurément, s'il ne s'était agi que de la question de savoir s'il est légitime d'admettre une classe de névroses dont il serait d'ailleurs plus ou moins loisible d'élargir ou de rétrécir le cadre, en y admettant ou en en rejetant telles espèces morbides d'un caractère douteux ou équivoque, il n'y eût pas eu là matière à discussion. Nous n'en sommes plus au temps où le mot *nerveux* était considéré « comme un voile honnête dont la médecine couvrait provisoirement son ignorance » ; et ce qu'un spirituel critique disait, il y a quelques années, à propos des propriétés merveilleuses du mot *nerfs*, la clef de la théorie et de la pratique, l'explication de tous les arcanes de la médecine, la condition d'existence de la profession médicale, la pierre de touche et l'*ultima ratio* de la médecine, etc., sans cesser d'être vrai, à son point de vue, ne saurait porter atteinte à ce point de pathologie générale universellement admis aujourd'hui. Mais là n'était point la question.

Elle gît tout entière en ceci : En quoi l'état morbide, que M. Bouchut désigne sous le nom de *nervosisme,* diffère-t-il de l'hypochondrie des anciens, de la cachexie ou diathèse nerveuse de Lorry, des maladies vaporeuses de Pomme, de l'hystéricisme de Cullen, de la névropathie des modernes, de l'état nerveux de Sandras, de la surexcitation nerveuse de MM. Cerise et Gillebert Dhercourt, etc., etc.? Sur quels faits est fondé le remaniement nosologique que s'est proposé notre confrère? Nous sommes bien loin, qu'on le remarque, de contester la légitimité de ce remaniement, ou la valeur de la détermination nouvelle que M. Bouchut a cherché à donner de cet état morbide. Mais n'ayant eu sous les yeux qu'un extrait de son mémoire, sans pouvoir consulter les documents cliniques à l'appui, il nous a été difficile de fixer notre opinion sur ce point. Nous avions espéré que le rapport nous donnerait satisfaction à cet égard; mais, malheureusement, ce rapport, très-bien fait d'ailleurs, est sur plusieurs points, et sur celui-là en particulier, d'un laconisme regrettable. C'est donc de la discussion que nous devons attendre désormais quelques éclaircissements sur cette question intéressante de nosologie.

M. Bouillaud, qui a le premier pris la parole, après quelques observations critiques sur le fond même du travail de M. Bouchut, a insisté surtout sur les relations des états nerveux que M. Bouchut a groupés dans ce cadre avec la chlorose et la chloro-anémie. M. Bouchut admet dans son mémoire que la chloro-anémie est le fait matériel le plus général du nervosisme soit aigu, soit chronique, tout en hésitant cependant à donner à cette altération une valeur étiologique absolue ; c'est pour lui l'une des causes ou l'une des complications du nervosisme, mais non point la cause exclusive et constante.

C'est là le point sur lequel M. Bouillaud s'est principalement arrêté, et il en a pris l'occasion de développer l'histoire de la chlorose, qu'il a éclairée, comme tout le monde le sait, par ses belles et patientes recherches. On lira avec intérêt le résumé des savants développements dans lesquels il est entré sur ce sujet.

L'argumentation de M. Piorry est d'une appréciation plus difficile. M. Piorry a sur les maladies nerveuses une théorie qui ne nous est pas encore assez familière pour que nous osions la juger en ce moment. On voudra donc bien excuser notre abstention. Nous avons d'ailleurs la bonne fortune de posséder dans nos cartons une série de leçons que le professeur de la Charité a faites récemment à ses élèves sur ce sujet. Nous en commencerons la publication dans un des prochains numéros. Ce sera la meilleure manière de faire tout à la fois l'éducation de nos lecteurs et la nôtre, sur le nouvel ordre d'idées que M. Piorry cherche à introduire en ce moment dans la science.

A mardi prochain la suite de la discussion. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. BERTULUS.

Leçons cliniques sur les maladies du foie.

Quelques cas d'hépatite latente. — Ainsi que je l'ai dit au commencement de ces leçons, ma longue pratique dans les pays chauds m'a mis à même de voir bien souvent l'hépatite des intempérants. Ce qui m'a le plus frappé dans l'étude de cette maladie, c'est le caractère insidieux, quasi latent, qu'elle affecte dans le plus grand nombre des cas. Les médecins doivent y prendre garde, lorsque dans les contrées où les affections du foie sont communes, ils ont affaire à certains états gastriques obscurs, qui se montrent tantôt sous la forme de gastralgie, tantôt sous celle de gastrite chronique, et qui, devenant plus sérieux par le fait même de leur prolongation, aboutissent trop souvent à l'hépatite, aux abcès ou à la dégénérescence du parenchyme du foie.

J'ai donné naguère des soins à un de nos magistrats coloniaux, chez lequel une affection de ce genre avait mis plus de quinze ans à se développer sous l'influence non pas de l'abus des liqueurs fortes, mais bien du régime épicé qu'on est obligé de suivre sous le ciel des tropiques. A son arrivée à Marseille, M. X... offrait un foie qui descendait jusqu'à l'ombilic, une dyspnée qui lui permettait à peine de marcher et qui apportait de grands obstacles à l'exercice de la parole. Du reste, il y avait de l'eau en notable quantité dans le péritoine, bouffissure de la face, bruit de souffle aux carotides et aux divers temps du cœur. J'envoyai, en quelque sorte en désespoir de cause, M. X... aux eaux de Vichy (c'était en juin), et pourtant j'ai eu la satisfaction de le revoir entièrement guéri. Après deux saisons passées dans cet établissement il est retourné à son poste, et j'ai appris depuis que sa guérison ne s'est pas démentie.

A côté de ce fait récent, qui confirme mes observations d'ancienne date sur la lenteur avec laquelle se produisent souvent les maladies du foie et sur la haute efficacité des eaux de Vichy, j'en placerai un autre dont l'issue n'a pas été aussi heureuse.

Un riche commerçant de Marseille vint me consulter, il y a quelques années, pour un dérangement assez notable qu'il éprouvait dans ses digestions, et que compliquaient des douleurs vagues dans la poitrine, un peu de toux et une certaine gêne dans la respiration. Après chaque repas il avait l'hypocondre droit tendu, des rapports acides ou nidoreux, et sa toux augmentant beaucoup prenait un caractère stomacal marqué; du reste, la digestion faite, tout rentrait dans l'ordre; on n'observait ni tension, ni résistance, ni douleur, ni matité dans la région du foie; le pouls était normal; la langue nette, et le décubitus se faisait sur les deux côtés indifféremment.

L'auscultation du thorax ne m'ayant fourni aucun signe d'affection de la plèvre, du poumon ou du cœur, je m'arrêtai à l'idée d'une gastralgie, et je prescrivis en conséquence divers moyens, entre autres l'emploi de la magnésie décarbonatée, et l'eau de Vichy pendant les repas. Je savais le sujet très-adonné à la bonne chère, et je lui interdis le gibier, ainsi que les vins d'Espagne et de Sicile, dont il buvait journellement, et toute espèce de liqueur de table. Ces moyens furent infructueux; les dérangements digestifs et les autres symptômes persistèrent, et, malgré l'absence de tout signe pathognomonique, je commençai à soupçonner une affection latente du foie. Comme j'avais tout lieu de la croire chronique, je conseillai l'application d'un cautère au centre de la région hépatique et un voyage à Vichy.

Cette prescription ayant déplu à M. P..., il cessa de venir me voir, et recourut à un autre médecin, qui, se laissant absorber par la toux, la dyspnée et quelques douleurs vagues dans la poitrine, crut à une affection thoracique, la traita sans résultat, et dirigea le malade sur les eaux d'Aix en Savoie. Les fatigues du voyage eurent un résultat funeste : M. P..., à son arrivée, avait de la fièvre, des douleurs à l'épaule droite et dans la région hépatique; le décubitus sur le côté gauche était devenu impossible; en un mot, l'hépatite latente chronique dont il souffrait depuis longtemps avait pris tout à coup, ainsi que j'avais été à même de le voir dans d'autres cas, un caractère d'acuité qui ne permettait plus de la méconnaître. Le médecin inspecteur s'étonna de l'envoi de ce malade à Aix; il ne crut pas devoir lui appliquer le traitement thermal, et l'engagea à se rendre sans délai à Vichy; mais pendant ce dernier voyage les symptômes s'aggravèrent encore, et M. Durand-Fardel, qui fut consulté, ayant porté un pronostic funeste, il ne fut plus question que de rentrer à Marseille, où M. P... succomba un mois environ après son retour dans un état d'infiltration générale, et avec tous les signes rationnels d'un engorgement considérable du foie.

Le caractère latent des affections de cet organe s'observe aussi très-souvent dans les contrées paludéennes, et si l'on consulte les auteurs qui se sont occupés spécialement de la pathologie de ces contrées, on constate avec surprise que beaucoup d'entre eux ne l'ont pas noté dans leurs écrits. Lind, dont l'ouvrage sur les maladies des pays chauds fait autorité, est précisément dans ce cas ; il présente une lacune des plus regrettables à l'endroit de l'hépatite et de sa marche.

Sarcone, qui fit de nombreuses ouvertures de cadavres pendant l'épidémie de Naples, put se convaincre bien souvent du caractère latent de l'hépatite, et des difficultés que présente parfois son diagnostic. Dans plusieurs circonstances, il trouva des lésions profondes du foie chez des sujets qui n'en avaient présenté aucun signe de leur vivant, et *vice versa.*

Le célèbre médecin de Naples raconte que Vasalva, trompé par un appareil de symptômes semblable à celui de l'hépatite, diagnostiqua un jour l'inflammation du foie chez un sujet que l'autopsie prouva plus tard avoir succombé à une péripneumonie.

La consomption ou phthisie hépatique est souvent le résultat de l'inflammation latente du foie. — Dans certaines contrées, par exemple dans la campagne de Rome, et dans cette région de l'Italie qui longe la côte occidentale de cette péninsule et où règne la *malaria,* les affections latentes et chroniques du foie sont très-communes. Dans une course que je fis de Civita-Vecchia au delà de Corneto, je fus frappé de l'extérieur cachectique des gens de la campagne, car le territoire que je traversais était sec, dépourvu de marais, et de nature manifestement volcanique.

Un savant antiquaire, M. l'avocat M..., qui nous servait de cicerone, nous affirma que ce territoire était très-insalubre malgré sa sécheresse, et que beaucoup de ses habitants y mouraient de consomption hépatique; que les débuts de cette maladie étaient en général très-insidieux, et qu'elle était propre aux naturels de la contrée. Dans mon travail sur les fièvres intermittentes, couronné en 1850 par la Société de médecine de Bordeaux, je faisais observer, en parlant de ces territoires

volcaniques si malsains de la campagne de Rome, et pourtant dépourvus de marais, que des fouilles qui y ont été pratiquées à une grande profondeur ont expliqué au moins en partie le mystère de leur insalubrité. Ces territoires ont été jadis couverts par la mer; le sous-sol y est formé de coquilles, de sable, de plantes marines; on y trouve du soufre, de l'alun, substances dont les gisements peuvent *à priori* faire préjuger de l'insalubrité d'une contrée. Telle est la constitution géologique d'une grande partie du bassin Poutin, et cette circonstance explique pourquoi le dessèchement des marais n'a jamais pu l'assainir d'une manière satisfaisante.

La phthisie hépatique se montre aussi, quoique bien moins fréquente et bien moins grave, dans les régions paludéennes de la Flandre, de l'Irlande et de la Pologne, malgré l'absence de la chaleur dans ces contrées pendant une très-grande partie de l'année.

Symptômes les plus ordinaires de la consomption hépatique. — J'ai donné mes soins, à Marseille, à plusieurs marins atteints de consomption hépatique provenant de la côte occidentale d'Afrique. Les symptômes qu'ils offraient étaient les suivants: fièvre lente avec redoublement le soir, analogue à celle qui accompagne la phthisie pulmonaire, ou bien encore fièvre intermittente irrégulière à accès mal caractérisés; dérangements variés dans les fonctions digestives; toux sèche et fréquente; urines foncées en couleur, quelquefois normales; alternatives de diarrhée et de constipation. Quant aux symptômes tirés de la région hépatique, ils étaient en général très-obscurs; le plus souvent la rénitence de l'organe affecté n'était pas appréciable, et c'est à peine si une matité un peu plus prononcée que d'habitude, vers la base du thorax, à droite, permettait de supposer que le foie s'avançait davantage qu'à l'état normal dans l'intérieur de cette cavité. Ce sont pourtant des malades de ce genre qui, lorsqu'ils viennent à succomber, présentent à l'autopsie les désordres les plus profonds du parenchyme du foie, et souvent même des abcès multiples dont l'existence n'avait jamais été soupçonnée, par ce seul motif qu'ils ne ressentaient aucune douleur dans l'organe altéré.

Je n'ajouterai pas que tous les sujets atteints de consomption hépatique offrent le bruit de souffle aux carotides, signe pathognomonique du marasme et de l'appauvrissement du sang. Dans mon mémoire sur les fièvres intermittentes, j'ai démontré que chez tous les sujets qui ont le foie malade ou qui souffrent depuis longtemps de fièvre intermittente, le sang présente: 1° une diminution considérable dans ses proportions normales de fibrine, d'albumine et de matière grasse; 2° une proportion très-forte de cholestérine et l'absence complète de phosphates.

La guérison de la phthisie hépatique est loin d'être aussi difficile que celle de la phthisie pulmonaire, mais elle exige avant tout le changement d'atmosphère. J'ai traité l'hiver dernier un jeune médecin de la marine qui a contracté une maladie de ce genre dans un de nos comptoirs les plus mauvais de la côte occidentale d'Afrique, et j'ai eu la satisfaction de voir son état s'améliorer progressivement, quoique avec lenteur, sous l'influence du traitement que je lui avais conseillé. Ce traitement, en grande partie hygiénique, est basé sur le régime végétal et lacté, sur l'emploi fréquent du bain tiède, et sur l'usage des reconstituants (quinquina et fer) pris dans des proportions convenables. La constipation, qui trop souvent fatigue ces malades, est combattue soit par des pilules savonneuses et calomélisées, soit par des lavements laxatifs. Une saison à Vichy termine en général la cure, et c'est là que le jeune confrère dont je viens de parler achève de se guérir en ce moment. Revenons au caractère latent de l'hépatite.

Ce n'est pas seulement chez l'homme que ce caractère se révèle, mais même chez les animaux domestiques et les bestiaux qui sont exposés à l'action des miasmes paludéens; le plus souvent, ce n'est qu'à l'abattoir qu'on découvre les maladies graves du foie dont ils étaient atteints, et qu'on n'avait pas soupçonnées.

Quant aux causes prochaines de l'hépatite chez les animaux, l'auteur de l'article HÉPATITE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie vétérinaire* signale parmi elles les coups, les chutes, l'*usage des aliments excitants en abondance*, et les répercussions des maladies de la peau; d'après lui les affections chroniques du foie se reconnaissent à l'amaigrissement progressif des animaux malades; la suppuration et l'induration en sont les terminaisons les plus ordinaires.

Difficultés du diagnostic de l'hépatite. — Il faut rendre cette justice à l'illustre nosologiste de Montpellier, qu'il avait appelé l'attention sur les difficultés dont est trop souvent hérissé le diagnostic des maladies du foie; difficultés qui, je le répète, n'ont pas même été mentionnées par plusieurs classiques modernes. « Les principaux signes de l'hépatite, dit Sauvages, sont:

1° Une pesanteur dans l'hypocondre droit, une douleur tensive ou gravative sous les fausses côtes, qui tient de la pleurésie et s'étend jusqu'au cou, parce que le médiastin est tiré en bas;

2° La dyspnée avec une toux le plus souvent sèche;

3° Une fièvre quotidienne avec dureté du pouls; mais, ajoute-t-il, le *diagnostic est souvent obscur, comme on peut s'en convaincre par la lecture du* Sepulchretum de Bonnet, *car les malades ont souvent eu des symptômes d'hépatite, sans que le foie ait été trouvé vicié.*

D'après le même auteur, le diagnostic est encore plus difficile lorsqu'il s'agit d'altérations chroniques du foie. « L'hépatite, qui est due aux tubercules, aux ulcères, à une vomique, etc., n'a, dit-il, que des symptômes légers; elle ne s'accompagne pas de fièvre, si ce n'est parfois de fièvre hectique. Elle n'offre souvent ni douleur, ni rénitence, ni tumeur; enfin, il est très-difficile de la diagnostiquer sur les sujets vivants. »

Lorsque l'hépatite a son siége à la région convexe du foie, et que la tuméfaction n'est pas assez considérable pour que cet organe déborde les fausses côtes, le diagnostic présente de grandes difficultés, car on peut avoir affaire dans ce cas soit à une péritonite partielle, comme j'ai été à même de m'en convaincre il y a peu de temps chez un sujet qui ne s'était alité en quelque sorte que pour mourir, soit à une péripneumonie à la base ou à une pleurésie diaphragmatique. L'erreur est, on le comprend, d'autant plus excusable, lorsqu'une phlegmasie thoracique se trouve sous jeu, que la dyspnée, la toux pleurétique, accompagnent souvent, pour ne pas dire toujours, l'hépatite de la convexité, et que, d'autre part, les signes pathognomoniques de la phlegmasie du foie (douleur à l'épaule droite et dans le côté droit du thorax, enduit bilieux de la langue, tension et rénitence de l'hypocondre droit) se présentent souvent pendant le cours des péripneumonies de la base. Qui ne sait aussi que dans ces cas on ne peut guère compter, malgré l'oreille la plus exercée, sur les signes fournis par l'auscultation? Pour s'éclairer autant que possible en pareille occurrence, et pour s'exposer aux démentis qui résultent parfois des recherches nécropsiques, il convient avant tout de remonter jusqu'aux causes commémoratives, aux antécédents du sujet, à son régime de vie, aux circonstances tirées de son tempérament, de l'habitation ou de la fréquentation de certains climats, etc. Je ne dirai rien des ressources que peut fournir la percussion de la base du thorax, car dans la péripneumonie de cette région, comme dans une véritable hépatite, l'hypocondre droit peut être tendu, douloureux et rénitent.

Je n'ai pas été peu surpris, je l'avoue, en parcourant le *Guide du médecin praticien* de Valleix, qui est aujourd'hui dans les mains de tous nos élèves, que pour différentier l'hépatite de la pleurésie, de la gastrite et du rhumatisme des parois abdominales, cet auteur indique un seul signe dont la présence ou l'absence suffiraient, d'après lui, pour établir le diagnostic: je veux parler de l'ictère. Or nous savons, au moins depuis Cullen, que dans la très-grande majorité des cas, l'hépatite de la convexité ne s'accompagne pas de suffusion ictérique, et que le plus souvent, au contraire, ce phénomène se montre pendant le cours de la gastrite et de la gastro-entérite. J'ai vu pour ma part un grand nombre de cas d'hépatite terminés par la suppuration, pendant lesquels l'ictère ne s'est pas manifesté même sur la conjonctive. C'est d'ailleurs un fait qui est aujourd'hui généralement admis par les praticiens, et sur lequel je n'insisterai pas ici. J'ajouterai seulement, malgré l'opinion contraire exprimée aussi par Valleix, que j'admets sans hésiter que la suffusion ictérique accompagne plus souvent l'hépatite de la région concave que celle des autres régions, et qu'il se pourrait bien que ce symptôme dépendît plus directement de la participation du duodénum à la phlegmasie hépatique que de cette phlegmasie elle-même. Cette opinion était, on le sait, celle de Broussais; il supposait que l'inflammation, en gonflant la membrane muqueuse duodénale, bouchait en partie l'orifice du canal cholédoque; que la membrane interne de ce conduit, également tuméfiée par la phlegmasie, à laquelle elle participe toujours plus ou moins, en complète l'oblitération, et qu'alors la bile, dont la sécrétion est augmentée par le fait de l'irritation ou de l'orgasme dont le foie est le siége même dans celles de ses régions qui ne sont pas positivement enflammées, ne trouve pas d'issue, est résorbée, et portée dans le torrent circulatoire.

DE L'EMPLOI DU CAUTÈRE

dans les inflammations phlegmoneuses et érysipélato-phlegmoneuses.

Par M. L. CHEVALIER DUFAU.

La publication d'une nouvelle méthode curative est toujours reçue dans le monde médical avec une réserve, je dirai même une défiance qui trop souvent est des mieux fondées et des plus prudentes; mais lorsqu'il s'agit du traitement d'une maladie dont les conséquences sont si funestes, traitement presque toujours suivi des plus heureux résultats, il est du devoir du médecin de bannir toute crainte pour faire connaître l'excellence des moyens qu'il emploie contre elle. C'est donc avec une entière confiance que je viens soumettre à l'appréciation des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* un mode de traitement dont j'ai pu juger de la valeur durant mon internat à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, et qui depuis, dans ma pratique particulière, m'a fourni de continuels succès; je veux parler de l'emploi du cautère dans les inflammations phlegmoneuses et érysipélato-phlegmoneuses. Afin de mieux faire ressortir l'importance de cette médication et de lui donner cette authenticité logique et pratique toujours nécessaire à l'admission d'un nouveau remède, je vais faire connaître successivement dans ce travail:

1° Les divers motifs auxquels je crois devoir rattacher l'action du cautère dans les inflammations phlegmoneuses en général;

2° Les circonstances qui me paraissent le mieux recommander son emploi;

3° Enfin ce qui a trait aux règles de son application.

Le cautère a été regardé de tout temps comme un moyen de dérivation et de révulsion, tendant à combattre ou à prévenir soit un état morbide de tout le système, soit un état morbide local primitif ou consécutif: c'est sous ce dernier point de vue que j'aurai à le considérer dans la maladie qui m'occupe.

Le premier effet d'un caustique est de déterminer à l'endroit où il est appliqué une irritation douloureuse et désorganisatrice; cette irritation, qui au premier abord semble devoir être funeste, surtout lorsqu'il s'agit d'une inflammation phlegmoneuse où tout décèle un surcroît de vitalité, peut avoir différents résultats avantageux. D'abord le cautère doit être considéré ici comme un agent métasynchrétique tendant à changer le mode d'être vital de la partie malade, à titre de substitutif ou de moyen perturbateur local, en épuisant en quelque sorte l'irritation de la partie affectée par le surcroît d'irritation qu'on y ajoute. Mais il arrive bien souvent que le phlegmon revêt un caractère gangréneux; dans ces cas, à l'influence précédente le cautère joint celle de réveiller ou de donner au siége du mal une énergie vitale qu'il est incapable de produire; c'est en parlant de ces accidents particuliers que Celse a dit de l'érysipèle: « Si l'endroit érysipélateux est mou, sans néanmoins que la noirceur s'étende dans les environs, il faut appliquer de légers caustiques, et si le mal gagne les environs, il faut recourir à des caustiques plus actifs (1).

Une autre action du topique, et celle-là me paraît être des plus importantes, c'est que chaque cautère doit être regardé comme étant le *pars attrahens* vers lequel vont se fixer les mouvements fluxionnaires qui tendraient à envahir à grands pas les tissus voisins; c'est par une *dérivation tantôt unique, tantôt multiple*, que les progrès de l'inflammation phlegmoneuse sont suspendus.

En quatrième lieu, le cautère agit en provoquant une suppuration qui peut être envisagée comme étant la conséquence des mouvements fluxionnaires qu'il s'attribue, et toujours au détriment du travail morbide primitif. Cette suppuration artificielle a, au reste, une autre valeur; elle sert de véritable crise à l'inflammation, elle arrête la marche du phlegmon en le faisant arriver immédiatement à sa terminaison naturelle, qui est la formation du pus, en déterminant, qu'on me permette cette expression, une *solution anticipée.* Mais lorsque les progrès trop rapides du mal, ou toute autre cause, ont permis au phlegmon d'arriver à la formation du pus, soit que ce dernier se trouve disséminé par foyers moléculaires, soit qu'il constitue des collections plus ou moins abondantes, alors l'indication du cautère se rattache à la propriété qu'il a d'*appeler* à lui chaque gouttelette purulente pour former de leur réunion une fontieule unique qui débarrasse ainsi la profondeur et l'étendue du mal de ces collections éparses; dans les cas où le pus, au lieu d'être répandu çà et là, occupe un vaste foyer, alors le caustique donne issue au liquide, et modifie en bien les parois de la poche qui le renferme, et qui tendront davantage à l'inflammation adhésive.

En terminant cet aperçu sommaire des avantages du cautère, je dois signaler l'heureux effet des solutions de continuité résultant de l'application du caustique; solutions de continuité qui, en comprenant l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, détruisent l'étranglement qui accompagne si souvent le phlegmon *et limitent* sa tendance envahissante en interrompant le cours des matériaux de la phlegmasie; c'est en se basant sur cette dernière considération, que les anciens employaient la cautérisation profonde pour soustraire les parties saines au travail destructeur qui les menaçait.

Tels sont, en résumé, les chefs principaux auxquels j'ai cru devoir rapporter l'action du cautère dans la thérapeutique du phlegmon.

Je vais étudier maintenant les circonstances qui militent le plus en faveur de son emploi.

Si je ne tenais compte que de l'ensemble des résultats heureux que j'ai obtenus à l'aide de la méthode de traitement en question, il est un principe que je me crois en droit d'émettre: c'est que toutes les fois que j'ai eu recours au cautère pour combattre une inflammation phlegmoneuse ou érysipélato-phlegmoneuse, j'ai vu cette dernière céder dans un court délai à sa puissante action, la rougeur, la chaleur et la tension des tissus diminuer rapidement, et l'étendue du mal se borner. Mais cette confiance illimitée que j'accorde au cautère dans le *traitement local* du phlegmon ne doit pas faire oublier les indications générales que comportent la nature de la maladie, la cause qui lui a donné naissance, et les conditions individuelles qui l'accompagnent. Ainsi le phlegmon peut être simple, idiopathique, dû à une provocation physique locale, ou survenir à la suite de circonstances telles, que l'économie paraît ne prendre aucune part à la manifestation morbide. Dans ces cas, la phlegmasie peut être jugée comme purement locale, et le lieu de son apparition mérite d'absorber toutes les ressources thérapeutiques; le cautère alors à lui seul constitue le moyen le plus héroïque.

En second lieu, le phlegmon peut être symptomatique, c'est-à-dire considéré comme le phénomène extérieur d'une affection générale interne de nature diverse, dont il n'est que l'expression. Ici nul doute qu'il ne faille tenir compte de l'ensemble des conditions génésiques, de l'utilité qu'il y a de décomposer la maladie en tous ses éléments; en un mot, d'obéir aux indications que réclame le mal; détruire l'effet en laissant subsister la cause qui l'a produit, ce serait sortir de cette logique médicale, si souvent oubliée aujourd'hui, et qui est la seule capable de faire adopter dans la pratique l'annonce d'une méthode nouvelle ou d'un re-

(1) CELSUS, *De medicina.* — *Encycl. méd.*, 226.

mède soi-disant efficace : *Fallax non raro experientia, si rationis ductu fuerit destituta.* Mais cette ligne de conduite n'empêche pas de s'adresser en même temps à la localisation, et cela au plus vite, si l'on songe aux progrès si rapides du phlegmon et aux suites fâcheuses d'une expectation entraînant après elle des phlébites, des fusées et des infections purulentes, de larges décollements, la gangrène, etc. ; ajoutons encore que l'état local réagirait, en l'aggravant, sur l'état général déjà malade. Ici donc encore, et simultanément, l'action bienfaisante du cautère est des mieux appropriée.

A côté de cette restriction qui laisse néanmoins au cautère sa puissance, quoiqu'alors elle ne doive être que secondaire, je placerai un ordre de motifs qui doit, il me semble, faire reculer devant son emploi pour y substituer des moyens plus doux.

Ainsi, lorsque le phlegmon est à son début, qu'il consiste seulement en une rougeur de peu d'étendue, qu'il n'est accompagné que d'une légère douleur et de l'absence complète de symptômes généraux qui pourraient faire supposer un pronostic plus sérieux, l'usage des frictions mercurielles, des cataplasmes émollients et des autres moyens qui n'intéressent point l'épaisseur des tissus, ne laissent aucune trace de leur présence, me paraît suffisant et préférable au cautère ; j'en dirai autant des circonstances où le phlegmon se montre dans des régions qui souffriraient trop de l'action du topique et de la cicatrice qui lui succède. Mais en dehors de ces conditions qui excluent la gravité du mal, il est d'une nécessité impérieuse d'user du cautère dès que l'on s'aperçoit que la phlegmasie prend un caractère menaçant.

Qu'est l'inconvénient de la cautérisation, dit Sabatier, si on le compare aux dangers auxquels on arrache les malades par ce moyen héroïque ?

Quelles sont, en dernier lieu, les principales règles qui doivent présider à l'application du cautère dans le traitement des inflammations phlegmoneuses? On concevra sans peine qu'il ne peut en exister de bien fixes. Ainsi, pour ce qui est du nombre de cautères à employer, il doit être subordonné à l'étendue du phlegmon, à la période de son invasion, à son intensité, au besoin qu'il y a de mettre au plus vite un terme à ses progrès. Je crois même qu'il est utile de ne pas trop les multiplier, au point de perforer en quelque sorte toute la surface malade ; car des cautères trop rapprochés contrarieraient un des buts qu'on se propose d'atteindre, en ne laissant pas au topique un espace intermédiaire suffisant pour que la dérivation pût s'opérer. Il est, au reste, permis au médecin de juger, d'après les résultats obtenus d'abord, s'il est indipensable de recourir à une nouvelle application. J'ai vu très-souvent un ou deux cautères au plus couper court au développement du phlegmon; mais on comprend qu'il est des cas très-graves où il faut les répandre bien davantage. En résumé, la physionomie du mal doit être le principal guide dans l'emploi du remède.

Pour ce qui est des points qui, sur une surface phlogosée, doivent être plus spécialement attaqués par le cautère, j'ai observé que les endroits les plus enflammés et ceux qui sont limitrophes des tissus sains étaient ceux où son action était la plus salutaire et la plus prompte ; on devra aussi se baser sur les indications qui ressortent du siége où la douleur est la plus vive, et où la fluctuation, si déjà elle existe, semble se faire sentir d'une manière plus appréciable.

Pour ce qui a trait à la nature du cautère à employer, je crois devoir recommander plus spécialement l'usage de la potasse caustique; j'ai eu toujours recours aux pastilles de cet agent chimique, plus ou moins fractionnées, suivant les exigences du phlegmon à traiter, en observant de bien maintenir, à l'aide du sparadrap, les fragments du caustique, afin de s'opposer à l'étendue en surface de l'eschare et de favoriser ainsi son action dans la profondeur des tissus.

Tel est l'exposé des réflexions qui m'ont paru indispensables pour faire accepter la méthode nouvelle de traitement de l'inflammation phlegmoneuse et de ses variétés, méthode qui jusqu'ici m'a fourni les résultats les plus exacts, et auxquels l'expérience de mes confrères donnera, j'en ai la conviction, une autorité que ma seule recommandation ne pourrait obtenir.

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE CONGÉNIALE.

M. Gibb, ayant accouché une femme par la version (pour cause de présentation du placenta), remarqua que l'enfant, mort-né, avait du côté gauche les doigts et le coude, les orteils et le genou tellement roidis dans la flexion, qu'on ne put étendre ces jointures sans rompre les tendons. L'autre côté n'offrait rien de pareil. Soupçonnant que c'étaient là les effets d'une hémiplégie, il examina le cerveau, et trouva un caillot ancien dans l'hémisphère droit, au-dessus du ventricule latéral. Le pariétal correspondant avait sa surface dénudée, et était le siége d'une ecchymose étendue.

La mère raconta que, trois mois avant le terme, elle avait reçu, sur le côté droit du ventre, un coup violent d'une planche ; d'où, probablement, la lésion du crâne et celle du cerveau, cause de la paralysie.

(*The Lancet.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 février 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Une lettre portant approbation de la proposition faite par l'Académie d'accorder une médaille à M. le docteur Ragaine, médecin des épidémies à Mortagne (Orne) ;

2° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné en 1858 dans les départements de la Drôme et du Finistère (commission des épidémies) ;

3° Une notice sur une nouvelle préparation médicamenteuse dite essence de lait iodé, composée par le docteur Bouyer, de Saint-Pierre-Fursac (commission des remèdes secrets et nouveaux).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Elle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur H. Roger, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (Renvoyé à la section.)

2° Une lettre de M. le docteur Max Simon (d'Aumale), qui sollicite le titre de membre correspondant. (Commission des correspondants.)

3° Un mémoire intitulé *Quelques considérations sur la dyspepsie et sur son traitement*, par M. le docteur Barre, de Troyes. (Commissaires: MM. Collineau, Grisolle et Jolly.)

4° Une lettre de M. Cap, qui fait don à l'Académie, pour sa bibliothèque, du *Cours de chimie*, complet et inédit, de Guillaume Rouelle (1754-1759).

5° Enfin une lettre de M. le Dr Bourguignon, qui demande à faire une courte communication sur l'état nerveux, avant que la discussion soit ouverte.

M. LE SECRÉTAIRE, après avoir donné lecture de cette lettre, exprime le regret que les règlements ne permettent pas d'acquiescer à la demande de M. Bourguignon.

— M. MICHEL LÉVY présente, au nom de M. le docteur Jacquez (de Lure), une note relative à la conservation des cadavres et des pièces anatomiques par les borates d'ammoniaque et de soude. (Commissaires, MM. Robert et Michel Lévy.)

— M. LE PRÉSIDENT propose à l'Académie de voter l'insertion dans ses Mémoires du rapport de M. Laugier, sur le prix d'Argenteuil. L'Académie a adopté.)

— M. PIORRY dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, M. Dally, une brochure intitulée *Plan d'une thérapeutique par le mouvement fonctionnel.*

RAPPORT.

Oreiller hygiénique. — M. POISEUILLE, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Michel Lévy, lit un rapport sur la recette d'un nouvel oreiller hygiénique de l'invention du sieur Aubert (de Barbière). Les substances qui entrent dans la composition de cet oreiller sont ; balle d'avoine, 4 kilogrammes ; esprit de lavande, de jasmin, de mélisse, de chaque, 20 à 30 grammes; camphre pulvérisé, de 1 à 2 grammes; mercure de bonne qualité, 5 à 8 hectogrammes.

La commission propose de répondre à M. le ministre que cet oreiller, dit hygiénique, sarcotique, anti-dysménorrhéique et anti-stérile, loin de produire les effets que dans son ignorance l'auteur lui attribue, peut par son usage altérer la santé de la manière la plus funeste, et en outre, que le brevet pris par le sieur Aubert lui soit retiré. (Adopté.)

—L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Gibert. La parole est à M. Bouillaud.

DISCUSSION.

M. BOUILLAUD. Messieurs, la question soulevée par le rapport de notre collègue M. Gibert, est très-grande, très-importante, surtout au point de vue de la médecine pratique. Beaucoup se sont imaginés, sans doute, que j'avais demandé la parole pour attaquer le vitalisme. Il est vrai qu'il y avait dans les paroles de M. Gibert quelque chose d'un peu agaçant pour les organiciens; et je pourrais bien dire que le travail qu'il nous a lu était à la guerre. Mais cette question de doctrine a été traitée il y a trois ans dans cette enceinte. Je crois avoir suffisamment fait ma déclaration de principes à cette époque, je n'y reviendrai donc pas aujourd'hui. Toutefois, le sujet pourrait exciter le zèle de quelque collègue qui ne faisait pas alors partie de l'Académie, et que nous serions heureux d'entendre développer là-dessus ses principes devant nous.

Quant à moi, messieurs, je vais d'abord jeter un coup d'œil critique sur le rapport de M. Gibert, puis j'exposerai quelques considérations historiques sur la chloro-anémie, et je terminerai par des réflexions générales sur le diagnostic des maladies.

M. Gibert ouvre le feu par la justification de la classe des névroses établie par Pinel. Je reconnais et je proclame toute l'importance de cette distinction nosologique; mais pourtant, on ne saurait, je crois, sans erreur adopter aujourd'hui la classe des névroses telle que l'a établie Pinel. Il est certain que ce maître illustre a rangé parmi les névroses des affections du système nerveux qui n'ont rien d'essentiel, mais qui correspondent à une altération anatomique bien déterminée ; telle est, pour n'en citer qu'une, l'*apoplexie sanguine.*

Immédiatement M. Gibert pose le problème entre l'organicisme et le vitalisme; et vous avez entendu quelle déclaration franchement vitaliste il vous a faite. Je le demande à notre honorable collègue, où a-t-il jamais vu quelque médecin, auquel on donne le nom d'organicien, qui considérât les névroses, les véritables névroses, comme des maladies dépendant d'une lésion matérielle, d'une altération organique, appréciable, sensible? J'en appelle à notre éminent collègue M. Rostan lui-même, à lui le chef et le législateur de l'école dite organicienne, a-t-il jamais professé de semblables principes? N'admet-il pas, comme nous, qu'il existe une classe de maladies où l'on chercherait vainement avec le scalpel une lésion matérielle?

Il serait à désirer, Messieurs, que ces distinctions surannées de vitalistes et d'organiciens disparaissent d'au milieu de nous. Par là on éviterait bien des discussions oiseuses ; la médecine n'aurait qu'à gagner à la fusion de toutes les doctrines, et je désire de tout mon cœur de voir bientôt le jour où elle sera une et indivisible comme l'arithmétique, la géométrie, l'algèbre, les sciences exactes.

Je voudrais voir disparaître ce mot de *matérialisme*, qui ne s'applique à rien de vrai. Où y a-t-il donc de véritables matérialistes? Est-ce en astronomie, en physique, en mécanique? Mais non, Messieurs ! Les astronomes, les physiciens, les mécaniciens reconnaissent l'existence de lois qui régissent la matière, de forces, de puissances qui lui communiquent le mouvement, et qui ne tombent pas sous les sens. Il n'y a point parmi eux de vrais matérialistes; il n'en existe pas non plus parmi les médecins.

Nous reconnaissons et nous proclamons tous qu'il y a un grand nombre de maladies sans altération matérielle appréciable, sans lésion sensible ni des solides ni des liquides.

M. Gibert, envisageant la question doctrinale au point de vue du traitement, reproche aux organiciens de faire souvent une thérapeutique stérile et même périlleuse dans des affections où mieux vaudrait s'abstenir, ou bien, à l'exemple des vitalistes, se contenter de moyens purement hygiéniques.

Mais, Messieurs, les organiciens n'ont point mérité ce reproche ; ils ne font pas une thérapeutique aveugle, ainsi que semble l'avancer notre honorable collègue : ils cherchent à découvrir la nature, le siége et tous les symptômes du mal, et c'est là-dessus qu'ils basent leur thérapeutique, en tenant compte de tous les éléments.

Je suis heureux de me trouver un peu d'accord avec M. Gibert en ceci, c'est que la chloro-anémie est un état très-complexe, peu étudié, mal connu par les anciens observateurs, et qu'Hippocrate enfin est celui qui a le mieux signalé l'influence qu'exerce le sang sur les maladies nerveuses. Tout le monde connaît ces deux aphorismes : *Sanguis frenat nervos. — Sanguis moderator nervorum.*

J'ai regretté que le rapport d'ailleurs si remarquable de M. Gibert, soit un peu trop laconique dans certains endroits. Ainsi j'aurais voulu savoir ce qu'il fallait entendre par *nervosisme*, quel était le sens précis que M. Bouchut attachait à ce mot. Désigne-t-il une chose nouvelle? s'applique-t-il à quelque maladie qui ne soit pas connue? Etait-ce là un mot bien nécessaire dans la science? Ce sont là tout autant de questions qui demeurent indécises, qu'on ne pourrait discuter, parce que je n'ai trouvé nulle part le nervosisme bien défini.

Je ne puis cependant me défendre de présenter deux objections : il me semble que M. Gibert a donné le mot *nervosisme* comme équivalent d'*excitation nerveuse*, de *cachexie nerveuse*. S'il en est ainsi, le nervosisme n'est pas une chose neuve; cet état a été décrit depuis longtemps dans plus d'un auteur, et il n'est personne qui ne s'entende là-dessus. En second lieu, il m'a semblé que, pour former cette nouvelle espèce nosologique, M. Bouchut avait réuni les éléments épars çà et là de diverses affections nerveuses, et qu'il en avait constitué un tout, un ensemble, dont le mot nervosisme, par sa terminaison, indiquerait la parfaite homogénéité. Or voilà ce que je ne puis m'empêcher de contester. Je ne vois rien de plus différent, de plus disparate, que les éléments divers de cette nouvelle entité pathologique; je ne connais rien de variable comme les troubles nerveux ainsi réunis sous une dénomination commune. Aussi à ce point de vue la création me paraît-elle défectueuse, et le mot qui l'exprime très-malheureux.

M. Gibert termine son rapport par des actions de grâce à M. Bouchut. Je m'associe au rapporteur pour reconnaître le zèle ardent de notre jeune confrère; mais je crois que son travail sur le nervosisme est encore passible d'un reproche assez grave. N'eût-il pas été à désirer, par exemple, que M. Bouchut, en parlant de la chloro-anémie dans l'état nerveux, y insistât plus qu'il ne l'a fait, et surtout qu'il définît bien nettement quels sont les troubles nerveux sur lesquels la chloro-anémie exerce une si grande influence? C'est là, à mes yeux, une lacune considérable; je la signale à l'auteur et au rapporteur.

Ceci, Messieurs, me conduit à esquisser devant vous l'historique de la chloro-anémie. Ainsi que je l'ai déjà dit, aux époques les plus reculées on ne trouve rien touchant la chlorose, rien touchant l'anémie, aucune définition dans les auteurs anciens, et pourtant c'est une affection si commune !

Parmi les observateurs modernes, il en est peu qui aient sur cette maladie des idées bien précises; la plupart même semblent l'ignorer ; beaucoup la méconnaissent assurément. Grimaud, de Montpellier, qui écrivait en 1791, la considère comme un état phlogistique, inflammatoire ; c'est aussi l'opinion de Pitcairn, qui florissait à la même époque. Notre savant collègue, M. Roche, qui me permettra bien sans doute de citer ses travaux à cette tribune, l'envisage, au contraire, comme le résultat d'une asthénie des organes génitaux ; il se rapproche un peu plus de la vérité ; mais il ne parle aucunement de l'altération du sang. Laënnec, ce rival de Dieu, ce créateur d'un sens nouveau en médecine, ne formule aucune opinion précise sur la chloro-anémie. Lallemand, qui a fait sur les pertes séminales un ouvrage si remarquable, que vous connaissez tous, Messieurs, que vous avez tous lu, ne dit rien de l'état chloro-anémique.

Et pourtant il n'est pas un sujet atteint de pollutions qui ne soit chloro-anémique. Je me suis trouvé souvent en consultation avec Lallemand pour des cas de ce genre ; eh bien, Messieurs, il ouvrait des yeux grands comme une porte d'église quand il m'entendait parler de chloro-anémie ! Notre éminent collègue, M. Andral, dans son *Traité d'anatomie pathologique* publié en 1829, insiste peu, très-peu, sur l'anémie primitive, ordinaire, telle qu'on l'observe généralement dans la pratique. M. Andral, à cette époque, ne soupçonnait certainement pas combien cette affection est fréquente.

Comment suis-je arrivé, Messieurs, à découvrir la fréquence de la chlorose, de l'anémie, de l'hydrémie, si vous aimez mieux? Comment suis-je parvenu à déterminer le rôle important qu'elle joue dans les maladies nerveuses? C'est en étudiant avec une attention soutenue, avec une persévérance opiniâtre, les bruits du cœur et des vaisseaux chez tous les malades qui se présentaient à mon observation. C'est de cette manière aussi que je suis arrivé à la découverte de l'endocardite rhumatismale. Vous le voyez donc, Messieurs, c'est à une heureuse application de l'auscultation qu'il faut rapporter l'honneur de cette double conquête scientifique. Depuis longtemps j'avais remarqué qu'en appliquant le stéthoscope sur les vaisseaux du cou de certaines femmes pâles, délicates, de constitution chétive, on percevait des bruits bizarres, extraordinaires, et qui exprimaient toutes les modifications du souffle pathologique ; on aurait cru que c'était une espèce de courant d'air qui parcourait ainsi les vaisseaux. Je ne tardai pas à constater les mêmes phénomènes chez les sujets affaiblis par un traitement antiphlogistique, à la suite de quelque maladie inflammatoire.

J'en conclus dès lors que les bruits que j'entendais dans le cœur et dans les gros vaisseaux des individus pâles et débilités, ne provenaient

point d'une lésion de ces organes, mais d'une altération même du sang, d'une modification survenue dans la composition élémentaire de ce liquide, d'une prédominance de la partie séreuse sur les éléments plastiques et surtout sur les globules ; vous voyez donc, Messieurs, que l'idée de la pléthore séreuse n'est pas nouvelle.

Ces phénomènes fixèrent d'autant plus mon attention que je les voyais toujours s'accompagner de troubles nerveux très-variés, très-extraordinaires, et ayant une grande tendance à se généraliser; c'étaient des palpitations, de l'oppression, de l'anxiété, des phénomènes gastralgiques, des douleurs dans différentes régions du cœur, des étourdissements, des défaillances, quelquefois des simulacres d'apoplexie, enfin une foule d'accidents du côté du système nerveux, qui étaient bien de nature à donner le change et à inspirer les alarmes les plus vives. J'ai saisi l'étroite relation qui unissait ces troubles de l'innervation avec la chloro-anémie, je l'ai signalée ; j'ai insisté là-dessus. Mais est-ce à dire pour cela que je n'admette point les névroses essentielles, indépendantes de toute altération des solides et des liquides? A Dieu ne plaise ! Messieurs, que je professe jamais de pareilles idées, si contraires à la saine observation des faits !

Si j'ai tant insisté sur l'influence de la chloro-anémie sur l'état nerveux, si j'ai cherché à démontrer toute l'importance de cette donnée pathologique, c'est qu'il y avait là une immense erreur à éviter, une erreur affreusement préjudiciable aux malades. En effet, j'ai vu, Messieurs, je vous l'atteste, un très-grand nombre de sujets chloro-anémiques présentant les symptômes que j'ai énumérés plus haut, et que des praticiens illustres épuisaient de saignées, couvraient de sangsues, de ventouses, de vésicatoires, etc., dans le but de combattre une maladie organique du cœur qui n'existait point.

Cette méprise était d'autant plus facile que, assez souvent, vous le savez, la chloro-anémie se présente chez des femmes chargées d'embonpoint, colorées, et offrant toutes les apparences, tous les dehors d'une bonne constitution, tous les attributs d'un tempérament sanguin. Combien ai-je vu de malades entrer tout épouvantés dans mon cabinet, convaincus qu'ils étaient atteints d'une affection organique du cœur et voués à une mort prochaine ! On les avait traités dans cette bypotbèse. Eh bien, ils étaient, au contraire, chloro-anémiques, et ils s'en retournaient frappés d'étonnement en m'entendant leur prescrire du quinquina, du fer, des toniques, de l'exercice, un bon régime et une nourriture substantielle, au lieu de saignées à outrance sur lesquelles ils comptaient.

On m'a accusé d'avoir saigné jusqu'à l'abus. Je crois, Messieurs, qu'il est peu de médecins qui aient, au contraire, épargné aux malades plus de saignées inopportunes, dangereuses, que je ne l'ai fait. Depuis 1832, je n'ai cessé, dans mes livres comme dans mon enseignement, de proclamer les grandes et importantes vérités que vous venez d'entendre.

Si ce que j'ai dit ne suffisait pas pour convaincre les incrédules, faudrait-il ajouter que l'influence méconnue de l'état chloro-anémique sur l'innervation peut entraîner aux conséquences les plus fatales? Je suis persuadé que beaucoup de morts subites sont le résultat des traitements irrationnels et presque barbares qu'on fait subir à de pauvres cblorotiques, qu'on croit atteints de quelque maladie grave du cœur ou du centre nerveux cérébro-spinal, qu'on épuise par une médication débilitante, alors qu'ils auraient besoin, tout au contraire, d'être refaits par des toniques et des fortifiants. Oui, ces malades, à qui l'on soustrait inopportunément le peu de sang qui leur reste, s'éteignent, ainsi que je l'ai répété souvent, faute d'huile, comme une lampe. Dans trois circonstances j'ai été appelé auprès de jeunes femmes qui ont succombé ainsi, subitement, au milieu d'une syncope, victimes d'une erreur de diagnostic et d'une tbérapeutique désastreuse.

Et d'où viennent ces funestes méprises? C'est qu'on ne procède pas avec une attention suffisamment minutieuse à l'examen des malades; c'est qu'on n'applique pas avec assez de soin les remarquables méthodes d'exploration que nous avons entre les mains. Sans doute il existe des symptômes purement vitaux, des troubles simplement dynamiques qui échappent à nos moyens mécaniques de diagnose. Sans doute il existe aussi des maladies qui sont entièrement constituées par des éléments de cette nature, par une perturbation exclusivement fonctionnelle, sans qu'il soit possible de découvrir, de constater aucune altération matérielle qu'on puisse faire intervenir comme cause première. Mais dans bien des cas, ces mêmes affections s'associent à un état particulier des liquides, à une modification du sang, je le répète; et c'est là ce qu'il est essentiel de bien déterminer. Aussi, quelle que soit l'affection en présence de laquelle se trouve le médecin, il est toujours de son devoir de ne pas négliger les méthodes physiques d'exploration qui permettent de toucher, pour ainsi dire, l'organe, de le mesurer et de le peser.

En résumé donc, Messieurs, je crois qu'il ne faut être ni exclusivement vitaliste ni exclusivement organicien ; la vérité ne saurait être tout entière dans les deux camps séparés. Une médecine prudente, saine, rationnelle, devra également tenir compte des phénomènes dynamiques et des signes physiques. C'est ainsi que j'ai toujours pensé, et j'ai constamment conformé les actes de ma pratique à ce grand, à cet important principe.

M. PIORRY. Le mémoire de M. Bouchut, le travail de votre commission comprennent deux choses :

1° Une question de faits;

2° Une question de dénomination, qui trop souvent donne le change sur les faits.

Parlons d'abord des faits.

Existe-t-il un état particulier de l'organisme dans lequel ceux qui le présentent sont plus que les autres hommes disposés aux névropathies?

Les mots généralement admis : tempérament nerveux, état nerveux, disposition nerveuse, répondent à cette question par l'affirmative. La plus simple observation la confirme; il est tout à fait inutile d'insister sur cette vérité devenue triviale.

L'état nerveux étant admis, tient-il à une modification de la vie, est-ce un phénomène vital?

Ici commence la discussion. Il est vital, en ce sens qu'il a lieu dans des organes vivants; il n'est pas vital, si on le considère en dehors et indépendamment de l'organisation.

Les gens qui présentent cette disposition nerveuse ont les attributs généraux que la physiologie a décrits sous le nom de tempérament nerveux, ou encore on la rencontre chez des femmes dont les organes sexuels, la partie de l'encéphale qui leur correspond, organisés d'une certaine façon, sont ou plus développés ou ont une circulation plus active, ou encore éprouvent habituellement des souffrances dites nerveuses, dont les causes sont ordinairement matérielles. Dans toutes ces manières d'être, il existe à coup sûr des phénomènes organiques, et ce sont précisément ces circonstances organiques qui donnent lieu à cet état nerveux.

Vouloir l'expliquer par un modificateur du principe vital ou les propriétés vitales, c'est faire des hypothèses sans portée, qui ne rendent compte de rien et qui embrouillent tout.

L'agent inconnu qui nous anime est la source de toute vie; or il est un et ne peut être malade; par conséquent, il est impossible qu'il soit le point de départ des névropathies, et celles-ci ne peuvent être causées que par des modifications de l'organisme.

Cette disposition nerveuse constitue-t-elle une diathèse?

Si l'on veut que le mot diathèse signifie une prédisposition organique, nous répondrons : Oui. Mais comme le mot diathèse est vague et indéterminé, comme chacun l'interprète à sa façon et que l'on ne s'en sert jamais que pour embrouiller les questions doctrinales les plus claires, il faut l'abandonner.

Parfois l'état nerveux serait tout aussi bien une cachexie qu'une diathèse, puisqu'il est dans certains cas l'effet général de diverses affections locales.

Que résulte-t-il de ceci?

Que l'état dit nerveux est organique; car ce qu'on appelle innervation ne peut être entendu que de l'action fonctionnelle de l'ensemble organique, dit système nerveux, et de ses irradiations.

Maintenant, qu'entend-on par névroses?

Les névroses, dit-on, sont des affections nerveuses dont, après la mort, le scalpel ne trouve pas le siége.

Or cela était bon à dire il y a quarante ans, mais n'est pas de mise en 1859.

D'une part, en effet, l'anatomie trouve très-bien la raison anatomique de certaines aliénations mentales, de divers délires, d'un grand nombre de névralgies, de l'apoplexie, rangée d'abord par Pinel au nombre des névroses, de plusieurs cas d'angines de poitrine, de la plupart des paralysies, d'un grand nombre d'*auras epilepticas*; elle fait voir que certains accès hystériques ont pour point de départ quelques parties de l'appareil génital.

Pendant la vie, certains phénomènes dits fonctionnels, rapportés aux névroses, sont de toute évidence complétement organiques. Le cercle lumineux et oscillant de la migraine irisalgique, les asthmes en rapport avec l'emphraxie bronchique ou avec le refoulement du diaphragme ; le tétanos, conséquence terrible d'une plaie très-douloureuse, les convulsions causées par la strychnine ; la syncope due au défaut de la circulation cérébrale, l'asphyxie rangée jadis parmi les névroses, et qui est due au défaut d'oxydation du sang, etc., toutes ces souffrances névrosiques, qui ne sont pas des affections sans matière, comme on dit, mais bien des résultats de modifications matérielles survenues dans les organes.

Quant aux névroses où l'on n'a pas constaté de phénomènes anatomiques, c'est tout simplement que l'on n'a pas pu ou que l'on n'a pas su les constater. Exemples : la chorée, certaines aliénations mentales ; un grand nombre de ces névroses ont pour point de départ une oscillation, une vibration que le malade éprouve manifestement, bien que le médecin ne la puisse découvrir. Cette vibration, que j'ai appelée *pallisme* à l'état physiologique, *pallie* à l'état pathologique ; que j'ai dénommée *névropallie* dans les nerfs, et *myopallie* dans les muscles, est certainement un phénomène organique moléculaire, quoique insaisissable. Tel est le frémissement que produit la compression d'un nerf; tels sont les phénomènes du bourdonnement d'oreilles, de l'image oscillante de l'irisalgie, du tremblement musculaire sénile, du tremblement du frisson fébrile.

Dans toutes les souffrances, il y a bien des symptômes dits nerveux, mais il s'y passe des actions moléculaires. D'un autre côté, lorsque l'on voit des délires spéciaux à chaque substance être en rapport avec les influences diverses des agents matériels : oxyde de carbone, jusquiame, stramoine, digitale, morelle, nicotine, morphine, quinine, vin de Champagne, vin du Midi, alcool, etc., on est bien forcé de convenir que dans les névroses psychiques, il y a des phénomènes physiques ou chimiques que l'on ne voit pas, mais qui n'en existent pas moins.

Voyez donc l'abstinence causer le délire, parce que le sang qui nourrit le cerveau est moins riche en principes réparateurs ! Voyez l'asphyxie incomplète faire pâlir la raison ! Voyez une rate malade causer des accès intermittents avec des hallucinations et de la folie, que guérit le sulfate de quinine, et convenez qu'il y a dans tous ces cas des lésions matérielles qui entretiennent le mal !

Non seulement il ne peut y avoir de névroses dans le sens des auteurs, c'est-à-dire des troubles nerveux sans lésions matérielles, mais la classe des prétendues névroses comprend des affections tout à fait dissemblables et qui ont à peine de l'analogie.

Sous le rapport de leurs causes, y a-t-il quelque ressemblance entre la rage produite par un virus et l'épilepsie, résultat de tant de phénomènes variés? entre l'hystérie liée à des souffrances angioviques et l'angine de poitrine rapportée faussement au cœur? entre la chorée, dont les agents producteurs sont inconnus, et l'accès fébrile dû tantôt à une splénopathie, tantôt à une altération du sang?

Quant aux caractères symptomatiques des névroses, ils sont aussi variables que sont diverses les parties du système nerveux qu'elles affectent, et leur siége dans ce système nerveux est on ne peut plus différent dans chacune d'entre elles.

Le traitement des diverses névroses n'est en rien le même. Dans la rage, détruire la plaie envenimée; dans la folie, s'occuper principalement des moyens psychiques; dans la syncope, ramener du sang vers le cerveau; dans les symptômes dits apoplectiques, prévenir les congestions cérébrales ou les combattre; dans le délire alcoolique, administrer de l'ammoniaque; dans celui que causent les poisons, neutraliser ou évacuer ces corps délétères; dans l'asphyxie, rendre de l'oxygène au sang; dans les accès fébriles intermittents, administrer de la quinine pour remédier aux splénopathies; dans l'hystérie, chercher à découvrir la lésion qui cause le mal, et y remédier s'il est possible. Se conduire ainsi par rapport à la vision dans l'épilepsie.

Dans tout ceci, rien de semblable, rien qu'un phénomène primitif qui joue dans beaucoup de névroses le rôle principal, et qui, suivant moi, constitue le *quid ignotum* de ces affections. Ce phénomène principal est cette vibration le plus souvent progressive dont il vient d'être parlé, et qui a reçu le nom de névropallie.

Le seul traitement rationnel commun à beaucoup de névroses est d'arrêter par des moyens actifs, pharmaceutiques, hygiéniques ou physiques, cette oscillation nerveuse, maladie qui donne lieu à des symptômes qui varient de caractères en raison des nerfs qui en sont le siége.

On a réuni sous le nom de spasmes beaucoup de symptômes qui constituent les névroses des auteurs.

Cette expression, spasme, est encore plus vague que le mot névrose.

Elle ne désigne rien de précis, confond tout, et n'a eu d'autre avantage que de consacrer la réunion de substances les plus dissemblables dans leur composition et leur action, sous le nom commun et sonore d'antispasmodiques.

Du mot nervosisme, proposé par M. Bouchut. — Puisque le mot névrose ne désigne rien de précis et ne se rapporte pas à un état déterminé et défini, ses composés, dans un langage correct, ne peuvent convenir.

Il ne s'agit pas ici de substituer des mots nouveaux de maladies aux anciens, mais de dénommer le plus clairement possible et systématiquement des états pathologiques déterminés. Or, c'est parce qu'il en est ainsi que je ne puis approuver le terme *nervosisme* de M. Bouchut.

Au point de vue de la linguistique, cette expression est mauvaise; mais ce serait encore un bien plus grand tort de l'accueillir au point de vue pathologique.

Elle ne tendrait à rien moins, en effet, qu'à faire admettre l'existence ontologique d'un être spécial individualisé, dit nervosisme, diathèse, cachexie névrosiques, et à faire rechercher des agents spécifiques ou autres propres à combattre ce nervosisme et les génies, les diathèses, les cachexies qui s'y rapporteraient, et cela au lieu d'étudier les circonstances organiques et pathologiques qui font que tels hommes, tels organismes, sont plus exposés que d'autres à être atteints d'une de ces affections auxquelles on a donné le nom des névroses.

Il résulte de ce qui précède, que les conclusions que vous avez entendues sur le rapport de M. Bouchut ne peuvent être admises, et que tout en remerciant l'auteur de l'envoi de son travail, on doit laisser à lui seul et sans approbation la responsabilité de ses opinions et de l'expression *nervosisme*.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Viard (de Montbard) nous adresse, au sujet de la publication des leçons cliniques de M. Robert sur les fistules vésico-vaginales, la réclamation suivante, que nous avons cru devoir accueillir avec d'autant plus d'empressement qu'elle est, comme on en pourra juger, complétement désintéressée.

Monsieur le rédacteur,

Dans une relation détaillée et d'ailleurs intéressante de la méthode américaine pour la curation de la fistule vésico-vaginale, insérée dans les numéros des 4 et 6 janvier de votre estimable journal, M. Robert semble dire que les fils d'argent n'ont été employés dans les sutures que depuis quelques années, et que l'initiative en revient tout entière aux Américains. C'est, je crois, une erreur. Permettez-moi de revendiquer ce perfectionnement dans la réunion des plaies, en faveur d'un homme qui a laissé parmi nous d'unanimes regrets, de Vidal (de Cassis).

En effet, tout le monde sait qu'il se servait de fils d'argent de différentes grosseurs pour l'enroulement des veines du cordon, dans la cure radicale de la varicocèle. En 1857, alors que j'étais interne dans son service, je l'ai assisté en ville pour deux résections de tumeurs hémorrhoïdales, et dans ces deux cas il s'est servi de fils d'argent fins passés d'avance pour faire la suture. Il espérait, en agissant ainsi, déterminer une inflammation moins grande dans les lèvres de la plaie; et, en effet, ces deux opérations furent suivies d'un entier et rapide succès.

Je compte d'autant plus, Monsieur le rédacteur, sur votre bienveillant accueil pour cette petite réclamation de priorité, que Vidal n'est plus là pour la faire lui-même.

Agréez, etc. VIARD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Amaya (de), né à Mexico (Mexique) ; *De l'influence de l'exercice sur l'homme.*

Guyot, né à Coulommiers (Seine-et-Marne) ; *De l'eczéma de la peau des mains.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le jury du concours pour la nomination à trois places de médecins du Bureau central, qui s'ouvrira le 28 de ce mois, est ainsi composé. *Juges :* MM. Trousseau, Natalis Guillot, Grisolle, Bergeron, Gibert, Michon et Marjolin. — *Suppléants* : MM. Delpech et Huguier.

— M. Flower, préparateur des pièces anatomiques du Collége royal des chirurgiens de Londres, vient de terminer un squelette de grandeur naturelle, en bois de sycomore, destiné au roi d'Ava. Ce prince désire, en effet, se livrer à l'étude de la charpente du corps humain, et ne saurait sans déchoir de sa caste toucher à des os humains. Cette pièce curieuse est d'une très-grande fidélité, et fait le plus grand honneur à son auteur.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Tympanite hystérique.

Le mot hystérie emporte généralement avec lui l'idée d'une affection caractérisée par de grandes manifestations extérieures, par des phénomènes nerveux bizarres, par des troubles de la motilité, convulsion ou paralysie, par une perte ou un affaiblissement, par une modification partielle ou générale de la sensibilité, par des troubles des facultés intellectuelles. Ces accidents sont en effet ceux qui frappent tout d'abord l'attention des observateurs, à ce point que quelques auteurs, Georget en particulier, ont pu les donner comme les symptômes essentiels, nécessaires de la maladie. Toutefois, à côté de ces manifestations extérieures, à côté de ces troubles nerveux de la vie de relation, il en est d'autres qui, tout en paraissant devoir être placés au second plan, complètent nécessairement le tableau de l'affection hystérique, et sont peut-être jusqu'à un certain point bien autrement caractéristiques que les premiers. Nous voulons parler des accidents qui surviennent du côté des appareils de la vie organique.

Faisant partie du cortége habituel de ce qu'on appelle un accès d'hystérie, ces troubles nerveux de la vie organique sont quelquefois les seules manifestations de la maladie. A côté des femmes qui présentent les accidents convulsifs, variables à l'infini dans leur manière d'être, depuis le spasme le plus simple, depuis cette mobilité nerveuse se traduisant par des rires ou des larmes sans aucun motif, ou pour le motif le plus futile, depuis la bizarrerie de caractère jusqu'à ces grandes attaques convulsives, jusqu'aux lypothymies et aux syncopes, jusqu'au délire plus ou moins exalté, jusqu'à ces tremblements et ces paralysies qui, survenant tout à coup, s'en vont de même ou persistent pendant un certain temps ; à côté de ces femmes auxquelles le nom d'hystériques paraît être plus spécialement réservé, mais qu'on pourrait appeler les hystériques déraisonnables, il en est d'autres que par opposition on appellerait hystériques raisonnables, et chez lesquelles les troubles de l'innervation se bornent à des accidents du côté des appareils de la vie organique.

Chez quelques-unes tout consiste en cette sensation particulière que tout le monde connaît, et qu'on désigne sous le nom de boule hystérique. Chez d'autres, c'est une dyspnée revenant par accès, soit sans cause appréciable, soit sous l'influence d'une émotion morale ; tantôt c'est une toux convulsive à laquelle Sydenham a parfaitement assigné son véritable caractère, et dont M. Lasègue a fait l'objet d'un intéressant travail inséré dans les *Archives de médecine pour* 1856 ; ou bien ce sont un boquet, des arthralgies, des névralgies, divers accidents locaux qu'il serait trop long et inutile d'énumérer, mais parmi lesquels les troubles du côté des voies digestives : difficulté de la déglutition, vomissements, borborygmes, coliques, occupent une large place, en tête desquels il faut mettre le ballonnement du ventre, le météorisme et la tympanite, qui peuvent être portés à un degré de développement très-prononcé.

Dans l'observation qui va suivre, il s'agit d'une tympanite qui persistait depuis plus de cinq ans. Cette tympanite est demeurée la seule manifestation, chez la malade qui en était atteinte, d'une affection qui mérite à tous égards d'être regardée comme un type d'hystérie.

Une femme de 22 ans entrait, le 29 juin 1858, à l'Hôtel-Dieu, où elle fut placée au n° 11 de la salle Saint-Bernard, dans le service de la clinique de M. le professeur Trousseau.

Elle venait de Lille à Paris réclamer les secours de la médecine, pour un développement énorme du ventre, distendu dans sa totalité, et rendant à la percussion le son d'un tambour.

Lorsqu'on considérait un instant la malade à découvert, on ne tardait pas à voir se développer à travers les parois du ventre des bosselures qui dessinaient parfaitement les anses intestinales ; ces bosselures étaient animées de mouvements vermiculaires accompagnés d'un bruit particulier, de borborygmes qui fatiguaient la malade, et que l'on entendait parfaitement à distance.

Cependant la santé générale paraissait bonne, et la malade disait que d'ordinaire ses digestions étaient régulières, à la condition qu'elle se privât de certains aliments, tels que les légumes herbacés et les farineux, qu'elle supportait mal et qui augmentaient le développement du ventre.

Elle racontait les faits relatifs au début et à la marche de sa maladie simplement, naturellement, sans aucune exagération ; remarque qui n'est pas sans utilité, car elle nous amène à dire que cette jeune femme n'avait en aucune façon les allures d'une hystérique dans l'acception que l'on donne d'ordinaire à ce mot. Elle n'avait jamais eu d'ailleurs ce qu'on appelle des attaques de nerfs, et n'était même pas de nature impressionnable.

Jamais elle n'a présenté le moindre accident nerveux que l'on pût rattacher à la passion hystérique.

On n'a constaté chez elle aucun symptôme de cette affection, ni la boule, ni le clou, ni cette douleur qui se développe spontanément au creux épigastrique, et que la pression exagère, ni de constriction à la gorge, ni la plus petite modification dans la sensibilité et le mouvement.

Voici comment elle rendait compte des faits antérieurs.

C'est du mois de février 1853 que datent les premiers accidents, dont elle n'a pas cessé d'être tourmentée depuis. Elle avait alors dix-sept ans ; elle n'était pas encore réglée.

Un jour, sans cause appréciable, ses digestions ayant été jusque-là parfaites, elle fut prise tout à coup de coliques violentes avec diarrhée et vomissements ; elle remarqua que son ventre se développait partiellement, formant, dit-elle, des boules qui changeaient de place. Cependant il n'y avait pas de mouvement fébrile.

Le second jour, les règles firent pour la première fois irruption, et leur écoulement, très-abondant, dura cinq jours. Les douleurs, les vomissements et la diarrhée, persistèrent pendant toute la durée des règles. Celles-ci terminées, les douleurs et les vomissements cessèrent, la diarrhée continua seule, pour ne plus cesser pendant dix-huit mois. Toutes les nuits, après une heure ou deux de repos, elle était prise d'envies d'aller à la selle, et avait des garde-robes fréquentes et abondantes. Cependant la menstruation était régulière ; toutes les trois semaines, le flux s'établissait, précédé chaque fois et suivi pendant plusieurs jours, des douleurs et des vomissements qui s'étaient manifestés à la première époque.

La malade entra à l'hôpital de Lille, où elle resta six mois soumise aux médications les plus variées, épuisant en vain les médicaments de toute espèce, parmi lesquels les purgatifs jouèrent un grand rôle.

Au mois de décembre 1855, les accidents, que rien n'avait pu modifier, changèrent de nature. A la diarrhée succéda la constipation ; mais alors aussi survint tout à coup un gonflement considérable du ventre, qui augmenta de jour en jour, accompagné par moments de douleurs intolérables. Depuis cette époque, les règles, qui jusque-là revenaient habituellement toutes les trois semaines, ne revinrent plus que tous les mois, puis toutes les six semaines, puis tous les deux mois, puis tous les deux mois et demi ; enfin, au mois de mai 1857, elles se supprimèrent définitivement.

A partir de ce moment, les douleurs devinrent de plus en plus violentes, se calmant un peu seulement pendant quelques jours, pour reprendre avec une intensité nouvelle à chaque époque menstruelle ; elles ne laissaient alors ni trêve ni repos, se faisant sentir dans l'hypogastre, dans la région épigastrique et les lombes, et à un tel degré, qu'au milieu de son sommeil la malade poussait des gémissements qui excitaient la pitié de tous les assistants.

Pour combattre cette tympanite, on mit tout en œuvre, y compris le cathétérisme du gros intestin à l'aide d'une forte sonde de gomme élastique ; tout échoua. Ce fut alors qu'en désespoir de cause la malade quitta son pays pour venir à Paris chercher un soulagement à son état.

Aujourd'hui le développement du ventre a atteint un degré auquel il est rare de le voir arriver. Cette accumulation extraordinaire de gaz dans les intestins donne lieu quelquefois à des éructations, rarement à des flatuosités par le bas, sans que ces éructations et ces flatuosités amènent le plus petit soulagement. Ce développement tympanique de l'abdomen augmente surtout aux époques menstruelles ; il augmente aussi sous l'influence des aliments qu'elle supporte mal d'habitude, tels que les légumes, les herbacés, etc. Les coliques deviennent alors plus violentes, les borborygmes plus considérables ; il survient des vomituritions, et après avoir rendu les aliments, elle rejette des matières semblables aux matières fécales.

Dans ces crises violentes, la face se grippe, les yeux se cavent, la respiration devient difficile, le pouls petit, filiforme ; elle présente, en un mot, tous les symptômes de l'étranglement interne. Ces symptômes, dans un de ces accès, sont devenus si intenses, qu'on a pu craindre un instant une terminaison fatale.

Le caractère de ces accidents, qui ne se rattachaient évidemment à aucune lésion matérielle de l'intestin, ce qui était attesté par les garde-robes naturelles succédant parfois à la diarrhée ; le retour pour ainsi dire périodique de ces accidents ou du moins leur exacerbation aux époques menstruelles, leur cessation momentanée ; enfin, le début et la marche même de ces accidents, tout prouvait qu'il s'agissait dans ce cas d'une tympanite essentielle, d'une pneumatose nerveuse.

En présence de cette affection, M. Trousseau songea à solliciter la contraction des tuniques musculaires de l'intestin, dont une distension depuis si longtemps prolongée avait dû nécessairement affaiblir la contractilité. Il eut recours dans ce but aux préparations de strychnine.

Dès le lendemain de son entrée à l'hôpital, la malade prit dans le courant de la journée trois cuillerées à dessert, c'est-à-dire 60 grammes de sirop de sulfate de strychnine, par conséquent 0,03 centigrammes de sulfate de strychnine.

Cette médication ne sembla produire aucun effet physiologique, ni fourmillements ni roideur. Mais dès le surlendemain 2 juillet, le ventre était moins tendu, plus souple. On porta alors à quatre cuillerées (80 grammes) la dose de sirop (0,04 centigr. de sulfate de strychnine).

Bien que le jour suivant la malade ait accusé quelque roideur dans les jambes et un peu d'étourdissement, on continua la même dose. On l'augmenta d'une cuillerée le 4 juillet. Le ventre était encore plus souple, beaucoup moins volumineux ; il n'y avait pas eu de mouvements vermiculaires ni de borborygmes, bien qu'il y ait eu des garde-robes diarrhéiques. La malade n'avait jamais éprouvé, disait-elle, un aussi grand soulagement ; son appétit avait considérablement augmenté.

Enfin, le 6 juillet, c'est-à-dire après six jours de traitement, il n'y avait presque plus de tympanite, et le ventre aurait eu son volume normal s'il n'eût été augmenté par la masse des parois, qui, longtemps distendues, avaient de la peine à revenir sur elles-mêmes. On chercha à aider à cette rétraction en maintenant le ventre serré par une ceinture élastique.

Malheureusement ce mieux fut de courte durée. Dès le 12 juillet, la tympanite s'était de nouveau reproduite. On augmenta alors les doses de sirop de sulfate de strychnine, qui furent portées le 16 à une cuillerée à bouche et quatre cuillerées à dessert, et le 20 à deux cuillerées à bouche et quatre à dessert.

Le 24, les accidents augmentèrent, et il survint de la diarrhée ; la malade retomba à peu près dans l'état où elle était à son arrivée à l'hôpital. On suspendit l'usage du sirop, qu'on remplaça par des frictions sur le ventre avec de la teinture de noix vomique.

Plus tard, la constipation ayant succédé à la diarrhée, on associa à ces frictions les préparations de belladone à l'intérieur à la dose de 0,01 centigramme seulement, de crainte de solliciter le retour de la diarrhée.

Un nouvel amendement eut lieu vers le 25 août. Mais le 10 septembre, la malade était reprise d'accidents plus graves que jamais, simulant les symptômes d'un étranglement interne.

On essaya alors d'une nouvelle médication, consistant en bains prolongés de deux et trois heures de durée ; c'était le 22 novembre. Cette fois encore, il y eut une amélioration sensible. Dès le lendemain, la malade se trouva mieux. Les bains furent donnés chaque jour.

Le 26 novembre, les règles apparurent après plus d'un an d'interruption. Les bains furent continués.

Le 30 novembre, le gonflement tomba tout à coup, à la grande joie de la malade ; mais cette joie fut de courte durée.

Le 2 décembre, sans cause appréciable, le ventre se ballonna de nouveau ; cinq jours après, la malheureuse femme éprouvait encore ces terribles accidents simulant l'étranglement interne, accidents qui se répétaient encore le 25, et qui, calmés sous l'influence de frictions faites avec un liniment chloroformé (chloroforme, 40 grammes ; huile d'amandes douces, 50 grammes), avaient complétement cédé le 30 décembre.

Nous avons appris depuis que cette malade était toujours dans cet état d'alternative entre la cessation momentanée et le retour de ces accidents.

Des kystes hydatiques du foie.

Médecins et chirurgiens se sont beaucoup occupés depuis quel-

que temps des kystes hydatiques du foie. Deux mémoires importants sont en ce moment même en cours de publication sur ce sujet. Cette circonstance ajoutera encore à l'intérêt de l'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. Demarquay. Ce chirurgien, qui a été à même de voir souvent des kystes du foie à la Maison municipale de santé, nous a donné à cette occasion quelques détails sur quelques-uns de ces faits.

Dans quatre cas, où il a dû recourir aux moyens chirurgicaux pour guérir ses malades, il fit d'abord une ou plusieurs ponctions avec un trocart assez mince, plus fort cependant qu'un trocart explorateur, dans le but de réduire la capacité du kyste et de faire une injection iodée dans une cavité moins grande, et surtout afin d'exposer moins les malades aux suites fâcheuses d'une opération.

Dans un cas, une seule ponction a suffi pour guérir un malade de cinquante ans environ, qui avait un kyste assez volumineux. Dans deux autres cas, une injection iodée, après avoir réduit le kyste, a suffi pour amener la guérison. L'un de ces malades, suivi par M. Demarquay, est guéri depuis deux ans. L'autre est un client de M. Monod, qui a été suivi également pendant quelque temps par M. Demarquay; mais dans le fait suivant, la ponction simple, les injections iodées, furent insuffisantes, et il fallut recourir au procédé de M. Récamier.

Voici la relation de cette observation, qui a été recueillie avec soin par M. Duhomme, interne du service.

Kyste hydatique du foie réfractaire aux injections iodées; guérison obtenue par l'ouverture du kyste, à l'aide de la poudre de Vienne et des injections iodées.

Mme X..., âgée de trente-quatre ans, entre à la Maison municipale de santé le 5 juillet dernier. Cette femme, d'une assez bonne constitution, et jouissant habituellement d'une bonne santé, fait remonter l'origine de son affection au mois d'août 1857. Elle fut prise à cette époque d'un point de côté assez violent à droite, qui dura trois ou quatre jours et la laissa en repos pendant deux mois.

En octobre suivant, ce même point de côté reparut plus intense, et persista quatre mois, présentant des alternatives d'augmentation et de diminution. Pendant ce laps de temps, la menstruation fut difficile; à l'époque des règles, elle éprouvait d'assez vives douleurs dans le ventre, qui l'obligeaient à garder le lit pendant quatre ou cinq jours. En même temps, les fonctions digestives s'altérèrent, l'appétit devint moins vif, les digestions plus difficiles. Mais cet état, bien que pénible, était encore très-supportable, et ne paraissait présenter rien d'alarmant, lorsqu'en février 1858 la douleur de côté prit tout à coup une intensité beaucoup plus considérable; elle cessa d'être bornée au côté droit pour s'irradier dans toute la partie supérieure de la poitrine, dans l'épaule droite, et quelquefois jusque dans la tête; il survint une toux sèche et opiniâtre, une coloration légèrement jaunâtre des téguments; les urines devinrent sédimenteuses, l'anorexie complète, la fièvre s'alluma. C'est à ce moment, c'est-à-dire vers la fin de février, qu'on s'aperçut de la présence d'une tumeur dans l'hypochondre droit.

La malade se rétablit encore une fois, mais la convalescence ne fut jamais bien franche: les troubles digestifs persistèrent, ainsi que le point de côté. Enfin, en mai, il y eut une nouvelle recrudescence dans la douleur, qui devint plus violente qu'elle ne l'avait jamais été. Des sangsues et un vésicatoire furent appliqués: la malade en éprouva quelque soulagement, mais son état de langueur et de souffrance persista jusqu'à son entrée à la Maison de santé.

L'hypochondre droit présente une tumeur très-appréciable, mais mal limitée, et dont le point culminant a son siége au-dessous du rebord des fausses côtes et en dehors du bord externe du grand droit de l'abdomen. La fluctuation est très-manifeste, mais toutes les recherches sont impuissantes à faire percevoir le frémissement hydatique; la douleur a toujours pour point de départ la tumeur, et s'irradie dans l'épaule droite et même dans la tête.

Le 6 juillet, une ponction exploratrice est pratiquée sur le point culminant de la tumeur, et on retire par la canule 1,500 grammes d'un liquide transparent, incolore, d'une saveur salée, ni filant ni onctueux, et renfermant une très-grande quantité d'albumine et de matières grasses. On applique un morceau de diachylon sur la petite plaie, quelques compresses et un bandage de corps. Aucune espèce d'accidents ne suivit; seulement, le liquide s'étant reproduit assez rapidement, une nouvelle ponction devint nécessaire, et fut pratiquée le 26 juillet: elle fournit 1,800 grammes d'un liquide tout à fait semblable au premier. Mais, cette fois, il éclata à la suite quelques accidents: des frissons erratiques revenant à des intervalles irréguliers; de la fièvre, surtout le soir; la coloration des pommettes, une légère altération de la physionomie, firent présumer que le foyer s'était enflammé. Cette présomption se trouva confirmée par une troisième ponction faite le 14 août, laquelle donna issue à 1,200 grammes d'un liquide purulent. Il devenait alors évident que de simples ponctions avec un trocart explorateur étaient insuffisantes pour permettre d'en espérer la guérison. C'est pourquoi M. Demarquay résolut d'ouvrir le foyer au moyen du caustique de Vienne, de manière à pouvoir faire des injections iodées. Une première application en fut faite dans une étendue suffisante pour produire une eschare de la largeur d'une pièce de quarante sous; cette eschare fut incisée le lendemain dans ses couches superficielles, et on appliqua de nouveau du caustique. On réitéra deux fois la même opération, à trois jours d'intervalle. Une amélioration tout à fait inespérée se manifesta alors; la tuméfaction diminua si rapidement, qu'en quelques jours elle avait presque complétement disparu; l'état général suivit la même marche, et avant que le caustique fût arrivé jusqu'au foyer, on en suspendit l'emploi dans l'espérance de voir la nature faire seule les frais de la guérison. Mais ce mieux ne fut que passager; la tuméfaction et les douleurs reparurent, et il fallut de nouveau avoir recours à l'emploi du caustique.

Le 22 septembre, la profondeur de l'eschare permettait d'espérer l'adhérence complète des deux feuillets du péritoine; M. Demarquay fit avec un bistouri à lame étroite une ponction qui donna issue à 2,000 grammes d'un pus bien lié. Une injection iodée (solution de Guibourt) fut immédiatement faite dans l'intérieur du foyer, au moyen d'une sonde en gomme élastique.

Les premiers jours qui suivirent cette opération ne présentèrent rien de particulier; mais il ne tarda pas à survenir des symptômes qui mirent les jours de la malade en danger. Une diarrhée colliquative, une fièvre intense avec redoublement le soir, un amaigrissement des plus rapides, une altération profonde de la physionomie, des sueurs profuses, tout en un mot faisait craindre une fin des plus prochaines.

Le 18 octobre, M. Demarquay, voyant que l'écoulement du pus ne se faisait que très-imparfaitement par l'ouverture qu'il avait faite, résolut de l'agrandir à l'aide du bistouri; il sortit alors un flot de pus avec des fragments membraneux et des débris d'hydatides en assez grande quantité. Il s'écoula aussi beaucoup de sang. On fit une injection au perchlorure de fer très-étendu; on employa la même injection les deux jours suivants, et à chaque pansement il sortait par la plaie des fragments d'hydatides. L'injection au perchlorure de fer fut remplacée par la solution iodée de Guibourt (deux fois par jour). Cette injection était faite au moyen d'une sonde en gomme élastique qu'on introduisait dans la plaie. Bientôt l'ouverture se rétrécissant, et l'introduction de la sonde étant par suite très-douloureuse, on fut obligé de maintenir celle-ci à demeure.

C'est à partir de ce moment (12 novembre) que la diminution du foyer devint en quelque sorte appréciable à l'œil. En effet, la seringue avec laquelle on faisait l'injection était de la contenance d'environ 125 grammes; lorsqu'on maintint la sonde à demeure, tout le liquide contenu dans la seringue était injecté dans le foyer et sortait ensuite par la sonde. Bientôt il ne fut plus possible d'injecter la même quantité; si on forçait, le liquide sortait entre la sonde et la plaie, et le foyer allant toujours en diminuant, il n'admit plus successivement que les trois quarts, les deux tiers, la moitié du liquide contenu dans la seringue, et lorsque la malade sortit de la Maison de santé (5 décembre), il ne pouvait plus en recevoir que le tiers. A mesure que le foyer allait ainsi en diminuant, l'état général s'améliorait insensiblement: l'appétit et l'embonpoint revenaient ainsi que les forces. La malade continua chez elle les injections iodées jusqu'au 26 décembre, époque à laquelle on retira la sonde.

Le 20 janvier 1859, la malade était dans un état aussi satisfaisant que possible, et pouvait être considérée comme guérie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

Théorie et traitement des affections nerveuses (névroses). (Névropallies.)

Bien que le mot névrose se trouve déjà dans les ouvrages de Cullen, ce n'est que depuis le commencement de ce siècle, depuis Pinel, qu'on a admis sous cette dénomination une classe de maladies qui semblent sortir entièrement du domaine des maladies organiques.

Selon la *Nosographie philosophique*, il convient donc d'appeler névroses des affections dans lesquelles on ne trouve aucune lésion anatomique qui puisse expliquer les phénomènes observés.

Cela ne veut pas dire, remarquez-le dès à présent, que cette lésion ou ces lésions n'existent pas; cela veut dire tout au plus que ces lésions ne sont pas appréciables; il eût été bon d'introduire ce correctif dans la définition qu'on en a donnée du temps de Pinel, et qu'on en donne encore aujourd'hui.

Quant à la négation absolue d'un état organique en rapport avec ces maladies, nous verrons plus loin ce qu'il en faut penser.

Passons d'abord rapidement en revue les opinions des anciens à ce sujet.

Elles étaient, il faut bien le reconnaître, peu arrêtées, très-incomplètes, et ce qui nous en est parvenu à travers les âges n'est pas de nature à nous satisfaire. Ainsi l'épilepsie, la plus terrible des névroses, était considérée comme une maladie divine; et, pour Hippocrate, toutes les maladies ont ce caractère. On sait assez, sans que j'aie besoin de les rappeler plus explicitement ici, quelles vives attaques il dirigea contre l'école de Cnide, qui n'admettait pas aussi facilement que l'école de Cos le *quid divinum*, avec lequel cette dernière croyait expliquer tant de choses.

Nulle discussion d'ailleurs au sujet de l'épilepsie; de l'aveu de tous, elle était bien une punition du destin ou des dieux dans l'antiquité, et même, beaucoup plus près de nous, dans le tableau de la Transfiguration, Raphaël a peint sur le premier plan un pauvre épileptique en proie aux convulsions; ce n'était plus alors le *quid divinum*, mais bien un *quid dæmonium*, qu'invoquaient les médecins catholiques pour rendre compte de la violence et de la soudaineté de cette effrayante affection. Les appellations de *haut mal*, *morbus sacer*, etc., témoignent assez des idées religieuses que réveillait la vue des attaques épileptiques, et de la conviction où l'on était alors que toute thérapeutique devait être impuissante, sinon impie, contre une maladie suscitée par un pouvoir supérieur à l'homme.

Les anciens n'étaient pas plus avancés quant à l'étude et à la connaissance de l'hystérie, qu'ils revêtaient aussi d'un caractère sacré. Il est certain, du moins, que les plus anciennes descriptions que nous ayons des symptômes hystériques, sont les descriptions mêmes des phénomènes que présentaient les sibylles de Cumes, à l'approche du Dieu. (Cela ne pourrait-il pas s'appliquer à la plupart des femmes qui, de nos jours, font le métier de somnambule, et ne retrouverait-on pas chez plus d'une malade de la Salpêtrière les signes auxquels les anciens reconnaissaient les sibylles?)

Même après la renaissance les médecins ne s'occupèrent pas beaucoup de ces affections, et leur vrai caractère fut longtemps méconnu. Urbain Grandier a été la victime de cette ignorance; les religieuses du couvent de Loudun, dont les dépositions l'accablèrent et le firent condamner au bûcher, étaient simplement hystériques. Les convulsionnaires de Saint-Médard n'étaient-elles pas dans le même cas? Plus récemment, on admettait des vapeurs. Toutes les dames de la cour de Louis XV en avaient: vous pouvez lire à ce sujet le curieux volume de Pomme, et les ouvrages de Hunault, Baulin, Lorry, Whytt et Réveillan.

Il faut arriver à Sauvages, à Cullen et à Pinel, pour trouver une étude un peu régulière des névroses, parce qu'alors seulement le système nerveux commence à être étudié sérieusement.

Qu'auraient pu dire, en effet, les anciens à propos des maladies d'un système qui leur était aussi inconnu? Le seul, Galien, avait fait de l'anatomie, et encore n'avait-il disséqué que des singes.

Pinel, dans la première édition de sa *Nosographie philosophique*, range l'apoplexie parmi les névroses. Dans la seconde édition, il admet une apoplexie nerveuse.

La syncope et l'asphyxie étaient aussi considérées comme des névroses dans ces éditions et dans les suivantes.

Les écrivains plus modernes, à part quelques modifications, n'ont pas changé le fond des idées de Pinel, et pour eux, ainsi que nous le disions tout à l'heure, les névroses constituent encore un groupe d'affections sans lésion appréciable après la mort.

Voyons si cette définition peut supporter l'examen.

Et d'abord, on peut faire naître à volonté ces affections: si l'on gêne la respiration, les phénomènes nerveux ne tarderont pas à se produire. Dans la variole, causée par un empoisonnement du sang (*iosémie*), ainsi que tout le monde l'admet, rien n'est plus fréquent que les phénomènes nerveux; — la strychnine, administrée à un chien, le tue après avoir déterminé chez lui les phénomènes nerveux qui ont reçu le nom de tétanos; — l'opium à haute dose amène chez l'homme assez souvent un délire furieux; — les excès alcooliques, quand surtout ils sont habituels, sont suivis de délire, de convulsions et de folie, etc. Je pourrais multiplier ces exemples. Ceux qui précèdent suffisent pour nous autoriser à formuler cette conséquence: les névroses sont des produits de toutes pièces, des assemblages de symptômes que l'on observe dans les affections les plus dissemblables, et à propos desquels, dans la plupart des cas, on ne songe pas même à rechercher s'il existe des lésions appréciables.

Maintenant, les névroses sont-elles dues à des causes organiques, ou bien sont-elles d'ordre physiologique? Il faudrait commencer par distinguer les phénomènes qui relèvent de l'anatomie et de la physiologie: l'anatomie est la structure, la physiologie est la conséquence de la structure. On se heurte le coude, et l'on éprouve une douleur à l'extrémité des doigts; c'est physiologique, dit-on; oui, mais il y a eu lésion organique, lésion inappréciable, c'est encore vrai, mais que personne cependant ne songera à nier. Ce seul fait montre que l'on n'est pas en droit de dire qu'il n'y a pas eu de lésion, parce qu'on n'en retrouve pas après la mort; il y en a eu pendant la vie, et cela suffit.

Cela suffit à nous montrer que les discussions qui divisent les médecins roulent principalement sur les mots, et que s'ils ne s'entendent pas, c'est qu'ils donnent des significations différentes au mot lésion, qu'ils n'ont pas pris soin de définir avec précision.

Tâchons d'y voir clair, et pour cela appelons à notre aide l'observation des faits:

Les vibrations des corps sonores se continuent, pour notre oreille, un certain temps après que ces corps ont cessé de vibrer; si nous avons regardé une lumière trop vive, le soleil, par exemple, nous percevons plus ou moins longtemps des oscillations lumineuses, même les yeux fermés; les décharges électriques laissent après elles, pour quelques instants, des sensations persistantes; si l'on comprime un nerf, on ressent de la douleur dans les parties périphériques auxquelles se distribue ce nerf, alors que la compression est cessée depuis quelque temps déjà, etc.

Dans tous ces cas, il n'y a pas eu lésion, à proprement parler; il s'est passé des phénomènes moléculaires cependant, mais qui n'ont laissé aucune trace.

Dans tous ces cas aussi, ces phénomènes moléculaires ont

revêtu le même caractère, le caractère vibratoire; partant, il y a eu oscillation.

Jusqu'ici nous n'avons interrogé que la physiologie; la pathologie nous fera les mêmes réponses.

Dans l'angine de poitrine, il y a souvent un sentiment d'oscillation qui part du cœur, gagne le plexus brachial, puis le nerf circonflexe gauche, et arrive jusqu'à l'extrémité des doigts.

Dans l'épilepsie, l'aura est-elle autre chose qu'une vibration extrêmement rapide?

Dans la migraine (irisalgie), qui a été le point de départ de toutes mes études sur les affections nerveuses, on perçoit d'abord des zigzags circulaires qui, par un mouvement incessamment oscillatoire, vont toujours en s'élargissant.

Les femmes hystériques sont fréquemment agitées, surtout pendant le coït, de ces mouvements oscillatoires, même alors qu'elles se portent bien.

Le tremblement sénile, la chorée, rendent manifestes à tous les yeux ces oscillations continuelles.

Les convulsions ne sont-elles pas des oscillations exagérées? etc.

Tout nous porte donc à conclure que la vibration, l'oscillation, est le grand fait, le fait commun à toutes les affections nerveuses. Nous pouvons définir la névrose : une action moléculaire intime se propageant dans un ou plusieurs nerfs, soit du centre à la périphérie, soit de la périphérie vers le centre.

Ce fait unique, la vibration, a, partant, des expressions phénoménales différentes, parce que chacun des nerfs qui en est le siége a des fonctions différentes, et par conséquent un mode d'activité qui lui est propre.

Si j'osais, j'ajouterais que cette définition de la névrose est aussi la définition de la vie elle-même; oui, plus je considère comment agissent les agents impondérables, les forces générales, plus pour moi la vie me semble résulter d'un mouvement oscillatoire moléculaire...

Vous voyez qu'on me reproche bien à tort d'être un localisateur quand même, et de ne pas savoir au besoin généraliser. Ce que je viens de vous dire et ce que je me propose de développer dans les leçons suivantes, est à coup sûr la généralisation la plus vaste qui ait été tentée.

DÉCHIRURE DU PÉRINÉE DATANT DE TRENTE ANS, opération, guérison;

Par le docteur Brown.

A. V..., âgée de cinquante-cinq ans, mariée, mère de trois enfants, entre à l'hôpital le 14 octobre 1857. Quand elle accoucha de son premier enfant, il y a trente ans, au moment du passage de la tête, elle s'aperçut que quelque chose se déchirait; le travail fut long et difficile. Bientôt la santé générale se rétablit, mais la malade était pour ses amis et pour elle-même un objet de dégoût. Quels que fussent les aliments qu'elle prenait, elle ne pouvait retenir ses matières fécales, qui s'écoulaient constamment. Le périnée était rompu et la déchirure avait compris le sphincter; en outre, il y avait une ulcération du col de l'utérus. La malade souffrait beaucoup.

Le 21 octobre la malade est opérée. Les lèvres de la plaie, soigneusement ravivées, furent mises en contact et réunies par des sutures profondes et superficielles; la malade fut constipée par quelques doses d'opium. On la soumit à un régime généreux et à l'usage du vin.

Le 22 octobre, on prescrit à prendre 125 grammes de vin de Porto, 60 grammes d'eau-de-vie, un litre de bouillon et deux œufs.

Le 24, on enlève des points de suture profonds; les parties sont réunies. On continue le régime stimulant, et l'on augmente la nourriture.

Le 30, les autres points de suture sont enlevés; les plaies ont le meilleur aspect.

Le 1er novembre, on donne une dose d'huile de castor et un lavement simple. Pour la première fois depuis trente ans, la malade va à la garde-robe volontairement. La plaie est complétement réunie.

Le 20 novembre, la malade est parfaitement guérie, et quitte l'hôpital. Elle peut à sa volonté retenir ses matières fécales.

(*British medic. journal.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 février 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la correspondance.

Remarques sur la fièvre qui survient après les opérations pratiquées sur l'urèthre. Lyon, 1858. In-8°.

— *Leçons sur les appareils à fracture et à compression.* (Appareils polydactyles.) Paris, 1859. In-8°.

— M. le docteur J. Collin, ancien interne des hôpitaux d'Aix, adresse, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée *Essai pratique sur la blennorrhagie et le chancre.* (Montpellier, concours de 1858-1859.)

— M. le docteur Gibert, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée *Etude clinique de la coxalgie observée chez les enfants.* (Paris, concours de 1858-1859.)

— M. Denucé, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, adresse à la Société :

1° *Compte rendu clinique des maladies chirurgicales observées en 1857 dans le service de M. Denucé.*

L'une des observations consignées dans ce travail est relative à une question actuellement en discussion dans le sein de la Société de chirurgie. Il s'agit d'un rétrécissement du rectum consécutif à l'ablation circulaire des hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire. L'ouverture anale était réduite au calibre d'une grosse plume. Un débridement pratiqué en arrière au moyen du lithotome caché, et suivi d'un pansement avec des mèches, suffit pour amener une guérison qui huit mois après ne s'était pas démentie.

2° M. Denucé adresse en outre une observation manuscrite intitulée *Anévrysme traumatique de l'artère radiale. Compression digitale exercée au-dessus et au-dessous de la tumeur. Guérison.* Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée pour les travaux de M. Denucé, et dont M. Broca est rapporteur.

— M. Delacour, professeur à l'École de médecine de Rennes, candidat au titre de membre correspondant, adresse à la Société un travail manuscrit intitulé *Notes et observations relatives aux contractures musculaires.* (Commissaires, MM. Guersant, Legouest et Bouvier.)

— M. FOLLIN demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il croit devoir ramener sur son véritable terrain la discussion, qui lui semble avoir dévié. Il a fait voir, en effet, un malade opéré d'hémorrhoïdes avec l'écraseur appliqué circulairement, et qui présente un rétrécissement; et malgré le jugement favorable que M. Chassaignac s'applaudit de voir porter par la plupart des membres de la Société sur la méthode de l'écrasement linéaire, M. Follin constate néanmoins qu'un assez grand nombre de nos collègues ont reproché à cette opération de donner lieu à un rétrécissement consécutif de l'anus.

Comme ses collègues, M. Follin est loin d'être hostile à la méthode même de l'écrasement linéaire; mais avec MM. Richard, Verneuil et Richet, il combat son application par le procédé circulaire, qui lui paraît avoir été l'objet d'une critique générale, et il n'admet son emploi qu'avec les modifications signalées par M. Gosselin. Le fait qu'il a présenté à la Société n'est pas un fait isolé, car il sait qu'il en existe d'autres analogues dans les hôpitaux, et il se propose, pour arriver à justifier son opinion jusqu'à l'évidence, de rechercher et de soumettre à l'examen de la Société de chirurgie les malades opérés par le procédé de M. Chassaignac appliqué circulairement.

MM. LENOIR et DEPAUL, à propos du malade cité par ce dernier dans la séance précédente, échangent quelques explications, d'où il résulte que le malade n'a laissé aucun souvenir dans l'esprit de M. Lenoir.

M. VERNEUIL communique les renseignements qu'il s'est procurés sur un malade opéré d'hémorrhoïdes par le cautère électrique, qu'il a signalé dans la dernière séance comme ayant eu des hémorrhagies.

Le malade en question se nomme Descurgez (Joseph-Xavier), journalier, âgé de cinquante-huit ans; il a été opéré de ses hémorrhoïdes à l'hôpital Saint-Louis au moyen du galvano-cautère de Middeldorpf. Il est entré postérieurement à l'Hôtel-Dieu le 1er septembre 1858, atteint de diarrhée continuelle, et dans un état de cachexie et d'anémie profonde.

Ces renseignements ont été transmis à M. Verneuil par M. Reynaud, interne des hôpitaux.

M. RICHET complète ces documents en informant que le malade a été opéré d'hémorrhoïdes internes non par lui, mais en sa présence, par M. Denonvillers; qu'il ne l'a point suivi après sa sortie de Saint-Louis, mais qu'il a appris effectivement qu'il avait eu des hémorrhagies après l'opération.

M. CHASSAIGNAC ne pense pas que la multiplication des cas de rétrécissement de l'anus, à la suite des opérations d'hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire, soit aussi considérable que paraît le croire M. Follin.

On trouve dans les hôpitaux des malades opérés pour d'autres affections de l'anus que des hémorrhoïdes, et qui néanmoins prétendent en avoir été atteints, parce que, pour le vulgaire, le plus grand nombre des maladies de l'anus ne sont que des hémorrhoïdes.

Tous les chirurgiens savent aussi que certains malades courent les hôpitaux successivement les uns après les autres, de façon que cette espèce d'ubiquité peut faire croire à un très-grand nombre de faits, tandis que c'est toujours le même qui est soumis à des observateurs différents.

D'autres malades encore ne font que passer dans les services, parce qu'ils ne veulent point se laisser examiner, sous prétexte que l'examen est douloureux; on est donc réduit pour ceux-là à s'en rapporter à leur dire.

M. Chassaignac espère ne s'être pas fait illusion en croyant favorable à l'écrasement linéaire le jugement général de la Société, bien que quelques membres aient signalé certaines modifications à l'emploi de la méthode, modifications que M. Chassaignac acceptera volontiers lorsque l'expérience en aura suffisamment démontré la nécessité.

M. RICHARD a vu dans trois circonstances l'opération des hémorrhoïdes, au moyen de l'écraseur, être suivie de pertes de sang très-considérables, provoquées par les premières évacuations alvines; l'hémorrhagie pouvant succéder à l'application de cet instrument, est donc un fait sinon commun, au moins éventuel.

Il rappelle que, dans le seul cas où il ait constaté un rétrécissement de l'anus, la peau avait été intéressée par l'écraseur. Cependant, il sait aussi que l'application du fer rouge sur la muqueuse seule a provoqué un rétrécissement. C'est pourquoi il désirerait entendre l'opinion de M. Chassaignac sur les causes générales qui déterminent cet accident.

M. CHASSAIGNAC attribue à P. Boyer le cas de rétrécissement de l'anus après la cautérisation actuelle auquel M. Richard fait allusion. P. Boyer pensait que le rétrécissement a été déterminé par la brûlure même du sphincter de l'anus.

Physiologie pathologique et étiologie des rétrécissements qui suivent l'ablation circulaire des hémorrhoïdes. — M. VERNEUIL. L'intéressante discussion soulevée dans le sein de la Société sur le rétrécissement anal à la suite de l'ablation circulaire du bourrelet hémorrhoïdal, a mis en lumière quelques faits curieux et en apparence contradictoires. L'opération, en effet, est suivie de résultats différents : tantôt de suites fâcheuses, qu'il importe de prévenir si la chose est possible; le plus souvent de succès complets, qu'il importe non moins d'assurer autant que faire se peut.

On peut résumer en quelques mots les faits saillants qui se sont produits dans le débat :

1° Dans la grande majorité des cas, l'ablation complète circulaire ne donne naissance à aucun rétrécissement.

2° Parfois on observe, dans les premiers temps qui suivent l'opération, un rétrécissement valvulaire, c'est-à-dire peu étendu, facile à dilater, sans tendance à la perpétuité et à la récidive, susceptible de guérison spontanée au bout de quelques mois.

3° Enfin, l'opération est suivie de la formation d'un rétrécissement inodulaire, épais d'un centimètre ou plus, dur, inextensible, rebelle à la dilatation et même à l'incision; assez étroit pour n'admettre qu'avec peine le doigt et même la sonde de femme; rétrécissement bien caractérisé, entraînant à sa suite tous les troubles inhérents à cette sorte de difformité.

Je dois dire de suite que l'excellente méthode de M. Chassaignac n'expose pas plus que toute autre méthode à la troisième terminaison, et que, par conséquent, l'idée de la proscrire n'est venue ni à mon esprit ni à celui, je crois, d'aucun des membres qui ont pris part à la discussion. Cette belle conception chirurgicale nous est acquise; cherchons seulement à la dépouiller de quelques imperfections qui sont peut-être moins de son fait, qu'inhérentes à l'emploi défectueux qu'on en peut faire.

La crainte du rétrécissement consécutif, conçue *à priori* ou justifiée par l'observation, a déjà suscité plusieurs précautions préventives que je vais rappeler brièvement.

1° L'interruption de l'anneau inodulaire par des ponts muqueux, conseil réalisable quand le bourrelet est lobulé par des scissures profondes, ce qui permet de respecter une ou plusieurs tumeurs hémorrhoïdales plus petites que les autres, mais revêtues encore d'une étendue de muqueuse qui en s'étalant suffirait pour garder à l'orifice une ampleur assez convenable.

2° La section du bourrelet, soit en deux, soit en un plus grand nombre de portions séparées soit en une seule séance, soit à des époques plus ou moins éloignées.

3° On a recommandé de ne pas faire une section trop étendue et remontant trop haut dans le rectum, précepte qui implique la nécessité de diviser quelquefois le tissu muco-variqueux dans sa continuité et non à ses limites.

4° On a même conseillé de réséquer seulement la portion de la tumeur qui est recouverte par la muqueuse, en respectant la portion la plus excentrique du bourrelet, c'est-à-dire celle qui est recouverte par la peau fine et amincie de la marge de l'anus.

5° La section intéressant la peau a paru prédisposer particulièrement à la formation du rétrécissement; aussi a-t-on unanimement recommandé de respecter cette membrane.

6° Au lieu d'abandonner à la cicatrisation spontanée la guérison de la plaie, on a recommandé de placer immédiatement dans l'anus temporairement rétréci par l'action condensante de la chaîne, un corps dilatant de fortes dimensions.

Je ne me rappelle point à qui sont dues ces diverses propositions; les procès-verbaux rendront à chacun ce qui lui est dû. Je me contenterai d'examiner, à l'aide des notions vulgaires de physiologie pathologique, quelques points dont la solution est de nature à dissiper, je pense, les incertitudes qui pourraient régner sur ce point de pratique.

Et d'abord l'étiologie du rétrécissement anal n'est pas difficile à comprendre. L'ablation circulaire complète donne naissance à une plaie annulaire, qui, par le seul fait de sa forme, expose naturellement à un rétrécissement consécutif dû à la rétraction concentrique de la virole inodulaire. Mais s'il en est ainsi, comment ce rétrécissement fait-il si souvent défaut? comment même, contrairement à la théorie, est-il relativement si rare? En d'autres termes, comment comprendre, comment expliquer que sur trois malades opérés en même temps et présentant tous les trois la même plaie annulaire, l'un guérira complétement, le second sera affecté pendant quelques mois d'un rétrécissement temporaire, tandis que le troisième verra sa première infirmité remplacée par une autre plus grave, plus rebelle, presque incurable?

Pour comprendre ces différences incontestables, il faut se reporter aux phases de la cicatrisation secondaire dans toute plaie annulaire. Je passe sous silence les phénomènes initiaux. J'arrive de suite à la période où tout le trajet est recouvert de bourgeons charnus. A ce moment la plaie consécutive à la résection complète du bourrelet représente un segment de tube de calibre et de longueur variables, mais dans lequel on peut toujours reconnaître :

1° Une circonférence supérieure répondant à la muqueuse rectale coupée circulairement;

2° Une circonférence inférieure répondant à la marge de l'anus;

3° Un corps ou espace compris entre les deux circonférences et tapissé par la membrane granuleuse.

Le diamètre vertical de ce tube n'est autre chose que son axe ou la distance comprise entre les deux plans correspondant aux circonférences supérieure et inférieure.

Le diamètre transverse n'est autre que l'écartement naturel ou artificiel qu'on peut faire subir aux parois du tube.

Ces notions élémentaires établies, qui dit membrane granuleuse dit tendance à la rétraction et à la cicatrisation secondaire. Or cette rétraction peut s'effectuer dans deux sens principaux. — S'exerce-t-elle suivant le diamètre vertical? elle tend à rapprocher l'une de l'autre les deux circonférences, c'est-à-dire à attirer en bas la muqueuse rectale, en haut la peau de la marge de l'anus. Si cette progression en sens inverse s'opère complétement, sans obstacle et assez vite, les deux membranes tégumentaires arrivent au contact, se soudent, et l'anneau cicatriciel, diminuant progressivement de hauteur par le rapprochement graduel des deux circonférences, finit par disparaître. La continuité du canal mucoso-cutané est rétablie. Tout rétrécissement est prévenu, parce que les membranes muqueuse et cutanée, désormais en contact, sont extensibles et soustraites au danger de l'agglutination et du racornissement.

Mais je suppose que la cicatrisation suive une marche inverse. La muqueuse rectale et le tégument anal ne peuvent arriver à un rapprochement réciproque; la rétraction inodulaire va s'effectuer, mais suivant le diamètre transversal, et cette fois le tube ne perdra plus peu à peu sa longueur, c'est son calibre qui ira en se rétrécissant sans cesse jusqu'à l'oblitération inclusivement si l'art n'intervient pas.

Je crois superflu de m'étendre longuement sur des principes fondamentaux qui servent à la fois de base à la cure des fistules et à l'établissement des ouvertures permanentes, à la cure des oblitérations, des rétrécissements, et à la formation préméditée des coarctations et

des occlusions artificielles. Je n'ajouterai qu'un mot : c'est que les deux tendances du travail cicatriciel s'associent ordinairement et marchent de concert, au lieu de s'isoler, comme je viens de le supposer plus haut pour la facilité de la démonstration.

Je veux dire par là que la plaie annulaire qui succède à l'ablation du bourrelet se rétracte à la fois de haut en bas et de la circonférence au centre. Cette association des deux rétractions s'opérant dans des proportions convenables, est précisément ce qui rend ordinairement si efficace l'essai de cure radicale. Et ceci n'est pas une simple hypothèse : lorsqu'un bourrelet hémorrhoïdal volumineux fait depuis quelque temps procidence en dehors de l'anus, l'orifice anal est distendu et anormalement dilaté, à ce point que si les hémorrhoïdes étaient simplement supprimées, cet orifice resterait largement ouvert ; le rétrécissement concentrique qui suit l'opération, joint à la contractilité naturelle du sphincter, rétablit les dimensions normales de l'ouverture. Seulement ce procédé réparateur doit rester dans certaines limites ; s'il les dépasse, il devient, à la manière de tous les procédés anaplastiques exagérés, l'origine d'une difformité de nom contraire à celle qu'il était destiné à détruire ; de la même façon que l'excision du tégument palpébral opposée à un entropion fait naître un ectropion si elle est trop étendue.

Ceci nous permet de répondre à la question posée par M. Larrey, à savoir, s'il ne serait pas indiqué de rechercher précisément la production d'un rétrécissement artificiel dans le cas où le bourrelet hémorrhoïdal s'accompagne d'un prolapsus rectal prononcé et d'un agrandissement exagéré de l'orifice. Pour atteindre ce but, il suffit de diriger la cicatrisation de façon que la rétraction concentrique l'emporte sur la rétraction verticale dans des limites convenables.

Les données qui précèdent nous ont déjà expliqué comment la plaie annulaire succédant à l'ablation du bourrelet pouvait être ou n'être pas suivie de la formation du rétrécissement en question. On comprend également comment certains rétrécissements inodulaires peuvent, contrairement à la théorie générale de ces lésions, n'être que temporaires, et disparaître soit spontanément, soit sous l'influence de moyens très-simples. C'est ce qui a lieu pour des coarctations très-minces, véritables diaphragmes membraneux.

En supposant que la rétraction verticale ramène en contact la muqueuse rectale et la peau, il restera toujours au-dessous de la ligne de réunion des deux membranes un anneau fibreux sous-tégumentaire persistant pendant quelque temps, et faisant adhérer suivant une ligne circulaire les deux membranes aux couches sous-jacentes qui servaient de fond à la plaie. Peu à peu cet anneau fibreux disparaît par atrophie, comme l'induration qu'on observe temporairement au-dessous de toute cicatrisation secondaire. Peu à peu aussi les adhérences de la cicatrice avec les tuniques du rectum se détruisent, et la région opérée reprend à la longue sa souplesse et son extensibilité. C'est ainsi que j'interprète les faits de disparition spontanée d'un léger rétrécissement, et que je me rallie aux assertions de MM. Chassaignac et Houël.

Si nous résumons nos arguments, nous voyons que le seul moyen sûr de prévenir le développement du rétrécissement, c'est de favoriser la progression de la muqueuse vers la peau ; c'est de diriger la cicatrisation de manière que les deux circonférences de la plaie tubulaire se réunissant, ne laissent entre elles aucun anneau inodulaire, si étroit qu'il soit ; c'est, en un mot, de faire préventivement une sorte d'autoplastie par glissement, qu'on confie à la nature, comme on l'exécute par l'art, lorsque, par exemple, on établit un anus artificiel ; lorsque, à l'exemple encore de Dieffenbach, de M. Goyrand (d'Aix), et d'autres encore, on vient souder la muqueuse rectale aux lèvres de l'incision périnéale pratiquée dans les cas d'imperforation du rectum.

Ce précepte, au reste, avait été déjà bien compris par Delpech ; il savait que la plaie circulaire résultant de l'excision d'une couronne hémorrhoïdale pourrait donner lieu à la formation consécutive d'un anneau fibreux rétréci. Aussi imagina-t-il un procédé particulier destiné à tenir rapprochés l'un de l'autre les bords supérieurs et inférieurs de la section, de manière à obtenir leur réunion plus ou moins immédiate, et à prévenir ainsi le développement de l'inodule annulaire.

Ce moyen, qu'on trouve décrit dans la 22e observation du fameux Mémoire *sur quelques phénomènes de l'inflammation*, avait pour but principal d'attirer la muqueuse rectale en bas, et de refouler en haut la peau de la marge de l'anus. Je ne le donne pas ici comme le meilleur expédient à employer, mais plutôt comme important au point de vue historique par sa conformité avec la théorie que je viens d'exposer (1).

En examinant les diverses modifications qui ont été proposées dans le cours de la discussion pour prévenir le rétrécissement, on constate avec plaisir que leur efficacité concorde très-bien avec les principes de physiologie pathologique que j'ai exposés plus haut.

1° En effet, la soudure si éminemment favorable des deux circonférences de la plaie tubuleuse sera d'autant plus facile que la longueur du diamètre vertical de la plaie sera moins grande. Si donc on se contente de réséquer la partie la plus saillante du bourrelet, la muqueuse non sacrifiée sera assez ample pour combler sans peine la perte de substance et pour recouvrir la plaie tubuleuse. Le précepte de n'opérer que sur la muqueuse est donc bon.

2° En opérant d'un seul coup tout le bourrelet, les deux circonférences pourront s'écarter considérablement, et, pendant qu'elles tendront à se rapprocher, la rétraction concentrique gagnera du terrain, prendra l'avance, et produira le rétrécissement. Il est donc sage d'opérer en plusieurs temps, car les tuniques de la portion non réséquée empêcheront cet écartement, et permettront à la rétraction verticale de s'opérer sur la plaie latérale circonscrite.

3° La peau de la marge de l'anus est très-élastique ; toute solution de continuité un peu profonde tend dans cette région à s'entr'ouvrir et à devenir béante. Si donc on comprend dans l'ablation une zone cutanée, l'écartement susdit sera très-augmenté ; la muqueuse ne pouvant s'abaisser assez pour aller rejoindre la peau qui ne va pas à sa rencontre, il se formera nécessairement un anneau inodulaire, un rétrécissement de niveau avec le tégument, donc il est utile de respecter la peau.

4° La conservation d'une ou de plusieurs tumeurs hémorrhoïdales interrompt d'abord l'anneau inodulaire et prévient souvent l'oblitération consécutive, mais de plus elle réunit les deux circonférences par des ponts verticaux qui en préviennent l'écartement exagéré et qui favorisent singulièrement la rétraction verticale. Cette ressource a donc aussi ses avantages.

5° La rétraction d'une surface granuleuse, abandonnée à elle-même, se fait dans tous les sens, mais particulièrement là où les parties offrent le plus de mobilité. Si donc on s'oppose mécaniquement à la rétraction suivant son diamètre, on favorise par suite cette même rétraction dans le sens opposé. La dilatation mécanique après l'ablation me semble agir en faveur du rapprochement vertical, parce qu'elle entrave le rapprochement concentrique.

Ces développements, qu'on trouvera peut-être un peu longs, nous permettent au moins de reconnaître que la prophylaxie du rétrécissement anal n'est pas purement empirique. Ils nous autoriseraient même à recourir consécutivement à des moyens plus énergiques, si l'on était forcé de négliger ou de transgresser les préceptes donnés plus haut.

C'est ainsi que pour favoriser la soudure entre la peau et la muqueuse, on serait autorisé soit à employer ce genre de rapprochement que les anciens désignaient sous le nom de suture restrictive, soit même à pratiquer au pourtour de l'anus ces incisions cutanées libératrices si utiles en autoplastie. La tolérance de nos tissus pour les fils métalliques très-ténus ôterait à la suture presque tous ses inconvénients.

J'aurais bien des choses à dire sur le traitement des rétrécissements temporaires et confirmés, que leur position très-superficielle rendrait très-accessibles à diverses opérations anaplastiques, mais je m'abstiens, pour ne pas abuser plus longtemps de votre attention.

M. CHASSAIGNAC cite, à l'appui des opinions exprimées par M. Verneuil, deux malades qu'il a opérés, l'un, comme le conseille M. Verneuil, en laissant des ponts muqueux entre les sections de l'écraseur, et qui n'a éprouvé aucun accident ; l'autre en n'enlevant que le bourrelet muqueux, à l'exemple de M. Gosselin, et qui n'a pas eu tout d'abord de rétrécissement. Mais ce dernier malade avait un bourrelet d'hémorrhoïdes cutanées ; il en a été opéré, et il est atteint aujourd'hui d'un rétrécissement que M. Chassaignac dilate par les moyens qu'il a déjà signalés.

M. Chassaignac pense qu'il faut noter comme cause de rétrécissement indépendant de l'opération, l'hypertrophie habituelle et la rigidité du sphincter de l'anus chez les sujets atteints d'hémorrhoïdes.

M. LE PRÉSIDENT déclare close la discussion sur l'opération des hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire.

M. MARJOLIN donne lecture d'une observation de mort presque instantanée survenue dans son service chez une petite fille de sept ans et demi soumise à l'administration du chloroforme. (Voir le numéro du 12 février.)

M. GUERSANT fait remarquer que, dans ce second cas de mort par le chloroforme dont la Société vient d'entendre la relation, on s'est servi d'une éponge pour administrer l'agent anesthésique. Pour lui, il n'emploie jamais à cet usage que l'appareil de M. Charrière, qu'il croit plus susceptible que les autres moyens de conjurer les accidents.

M. LARREY rappelle que la question soulevée par M. Guersant a été jugée en sens contraire par l'Académie, qui a considéré l'emploi des appareils comme plus dangereux que les moyens habituellement mis en usage pour l'administration du chloroforme.

Dans l'armée, c'est au mode le plus simple que l'on a toujours recours, et les chirurgiens militaires ne donnent le chloroforme que versé sur une compresse. M. Larrey est disposé à admettre les influences spéciales signalées par M. Marjolin comme pouvant disposer les malades aux accidents.

M. GIRALDÈS fait remarquer que sur les 54 cas de morts rapportés par Snow, 12 fois on avait employé des appareils, 34 fois l'éponge ou le mouchoir ; dans 8 cas, les renseignements sont imparfaits. Néanmoins, il croit que les accidents ne dépendent ni des appareils mis en usage ni de la quantité ou de la qualité du chloroforme employé : il existe une cause d'accidents que personne ne connaît, et qui ne peut être appréciée en raison des dispositions variables des sujets. Il considère, avec MM. Marjolin et Larrey, que l'innervation est très-importante à consulter, mais il pense qu'on ne possède pas, à l'heure qu'il est, d'éléments propres à asseoir sûrement les opinions des chirurgiens sur les contre-indications.

M. CHASSAIGNAC, examinant les moyens employés pour rappeler à la vie la jeune fille qui a succombé, admet qu'il est des cas au-dessus de toutes les ressources dont on peut disposer. Dans une circonstance récente, il a cru un instant à la mort du malade qu'il opérait ; des flagellations violentes du visage et l'insufflation bouche à bouche ranimèrent néanmoins l'opéré. On s'aperçut seulement alors qu'il avait un double polype des fosses nasales.

La tendance syncopale d'une part, et l'obstruction imparfaite des fosses nasales de l'autre, sont pour M. Chassaignac des contre-indications pour administrer le chloroforme.

M. DEPAUL fait observer que la sonde de M. Loiseau, dont s'est servi M. Marjolin, n'est autre chose que le tube laryngien de Chaussier.

Il admet difficilement que l'insufflation de l'air dans les poumons ait pu produire l'emphysème, et il justifie son doute par les expériences négatives qu'il a faites dans le but de s'assurer de la production de cet accident par les insufflations.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. MARJOLIN présente l'articulation coxo-fémorale de l'enfant dont il vient de rapporter la mort, afin que l'on puisse constater les résultats des manœuvres dirigées contre la difformité de la coxalgie.

Des franges synoviales hypertrophiées et fongueuses, libres et adhérentes, sont rencontrées dans l'article : elles ont pour siége, comme le fait remarquer M. Gosselin, le point réfléchi de la synoviale sur le col du fémur.

MM. RICHARD, HOUEL et RICHET considèrent que la membrane synoviale tout entière est altérée ; que c'est habituellement dans les replis et les culs-de-sac des articulations que se trouvent les fongosités, et que dans le cas présent ces fongosités existent partout, à des degrés différents en volume et en nombre, mais en effet plus nombreuses autour du col que partout ailleurs.

— M. CHASSAIGNAC présente une épaule envahie par une énorme tumeur encéphaloïde. Elle a été recueillie sur un vieillard de soixante-dix ans, qui travaillait néanmoins et exécutait librement les divers mouvements du bras. On sentait pendant la vie, dans cette masse volumineuse, une crépitation manifeste derrière l'omoplate. L'autopsie fait voir de nombreuses tumeurs encéphaloïdes développées en avant et en arrière de l'omoplate, qui ne présente plus que des débris osseux, et semble avoir été le point de départ de l'affection. Les côtes sont altérées. Les cartilages de l'articulation scapulo-humérale sont intacts ; leur intégrité, qui, comme le rappelle M. Richet, est la règle dans les affections de cette nature, explique la facilité de mouvements dont jouissait le malade. Les nerfs du creux de l'aisselle, bien que comprimés par les masses cancéreuses, ne révélaient aucune douleur. La marche de la tumeur a été très-rapide ; le malade a succombé à une pneumonie intercurrente. L'intestin et le foie étaient criblés de tumeurs cancéreuses plus ou moins grosses ; jamais cependant on n'a remarqué aucun symptôme fâcheux du côté de l'abdomen.

— M. RICHARD présente un utérus recueilli sur une femme de quarante-deux ans par M. Martineau, interne des hôpitaux. Lorsque cette femme entra à l'hôpital atteinte de la paralysie générale progressive à laquelle elle succomba, on avait constaté chez elle un prolapsus utérin qui amenait le col à un ou deux centimètres de la vulve.

A l'autopsie, on put voir que l'utérus n'occupait plus sa place ni sa direction normales : il était situé très-bas dans la cavité pelvienne, et reposait sur le rectum ; la face antérieure était dirigée en haut et en arrière.

L'utérus détaché paraît très-allongé ; néanmoins le corps est à l'état normal. Le col est hypertrophié, conique, aplati transversalement, et présente exactement la forme d'un gland volumineux. L'hypertrophie affecte principalement la portion sous-vaginale du col, ce que M. Richard signale comme un fait exceptionnel.

MM. HOUEL, DANYAU et CHASSAIGNAC reconnaissent que sur la pièce présentée par M. Richard il y a effectivement hypertrophie ; mais ils pensent qu'il est aussi des cas où la chute de l'utérus existe sans hypertrophie, ou coïncide avec une hypertrophie du col.

M. LENOIR rappelle que Scanzoni et les auteurs anciens ont rapporté des exemples à l'appui de cette dernière opinion.

M. RICHARD, qui s'est fait le partisan peut-être exagéré de la manière de voir de M. Huguier, en considérant que toutes les chutes de l'utérus ne sont que des hypertrophies du col, serait effrayé de la résection de cette partie de l'organe proposée par M. Huguier, s'il lui fallait revenir à l'opinion de M. Cruveilhier, admettant l'allongement de l'utérus dans son entier.

Le point important consiste à savoir si l'utérus occupe sa place normale, et M. Richard pense, d'après les recherches suivies qu'il a faites au Bureau central, que, toutes les fois que la dimension verticale de la cavité utérine est augmentée sans déplacement du corps, le col de l'organe est hypertrophié.

Quant aux précipitations complètes de l'utérus que M. Chassaignac dit avoir constatées en arguant de la présence d'un pédicule formé par les annexes, M. Richard croit que dans ces cas l'œil et les doigts peuvent se tromper d'autant plus facilement qu'il existe aussi un pédicule au-dessus des hypertrophies du col.

Enfin, les extirpations plus ou moins complètes de l'utérus, que M. Broca oppose à l'opinion de M. Richard, n'ont été pratiquées que pour des renversements et non pour des chutes de l'organe.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, LEGOUEST.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Jayet, né à Lyon (Rhône) ; *Des fractures des os du crâne chez les enfants nouveau-nés.*

Leduc, né à Versailles (Seine-et-Oise) ; *Du diagnostic différentiel des écoulements génito-urinaires chez la femme.*

Flament, né à Séclin (Nord) ; *Exposition succincte des causes de la phthisie pulmonaire tuberculeuse et des moyens de la combattre.*

Ouvrard, né à la Saudonnières (Vendée) ; *Quelques remarques sur l'héméralopie observée à bord du* Lavoisier *pendant une campagne en Océanie.*

Baisle, né à Saint-Prien-des-Champs (Puy-de-Dôme) ; *Du traitement des épanchements pleuraux par la thoracentèse et les injections iodées.*

Dubois, né à Dennins (Somme) ; *De la diarrhée dans la première enfance.*

Chippault-Désormeaux, né à Lamoslaye (Oise) ; *Des névropathies étiangioviques* (hystérie).

Lefort, né à Lille (Nord) ; *Recherches sur l'anatomie du poumon chez l'homme.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La *Patrie* annonce que la commission chargée par la Faculté de médecine de Paris d'examiner la question des bâtiments de l'Ecole de médecine et de l'Ecole pratique, propose d'acheter tous les terrains et les maisons compris entre la rue Racine, les rues Monsieur-le-Prince, Antoine-Dubois, de l'Ecole-de-médecine et la place de l'Ecole-de-médecine ; de construire sur ce vaste emplacement des amphithéâtres de dissection destinés à remplacer ceux de l'Ecole pratique, le musée Dupuytren et les amphithéâtres des hôpitaux situés rue du Fer-à-Moulin. Les constructions nouvelles seraient grandioses, et dignes de l'enseignement anatomique de la Faculté de Paris.

— M. le docteur Aubert-Roche, récemment nommé médecin en chef et directeur du service de santé de la Compagnie de canalisation de l'Isthme de Suez, vient de partir pour Suez avec les chefs de service de cette grande expédition.

— M. le docteur Fonssagrives, deuxième médecin en chef de la marine, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Turin.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

(1) Delpech, *Chirurgie clinique de Montpellier*, t. II, p. 437 ; 1828.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à tonte personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 FÉVRIER 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'intérêt qui s'attache à la question des générations spontanées, loin de se ralentir, semble s'accroître au contraire, à en juger par les nombreuses communications qui arrivent toutes les semaines à l'Académie sur ce sujet. Les faits et les opinions qui se produisent dans ces communications traduisent jusqu'à présent chez le plus grand nombre des savants un éloignement manifeste pour la théorie que les expériences de M. Pouchet tendraient à faire admettre. En dehors de l'Académie comme dans son sein, les objections forment, en effet, un faisceau compact à côté des rares adhésions qui se sont groupées autour du savant professeur de Rouen. Aujourd'hui même, sur trois communications nouvelles que l'Académie a reçues sur cette question, la théorie de l'hétérogénie compte trois nouveaux adversaires.

Mais la science ne procède pas par dénombrement; c'est la valeur intrinsèque des faits et non leur nombre qui emporte la décision. Or, dans une question aussi délicate et d'une aussi difficile appréciation, nous avouons n'avoir point encore de motifs suffisants de prendre parti. De la lecture attentive de tout ce qui a été dit et écrit jusqu'à présent sur ce sujet, il est résulté pour nous que si les expériences de M. Pouchet ne prouvent pas rigoureusement que la génération spontanée soit, celles de ses contradicteurs ne prouvent pas davantage qu'elle ne puisse être. D'où viennent donc les causes d'une pareille indécision sur une question que des expériences bien faites sembleraient devoir résoudre ? Qui n'a dû voir déjà par ce qui a été dit ici et par les faits qui ont passé sous les yeux des lecteurs, de combien de difficultés de semblables expériences sont entourées ! On en jugera mieux peut-être encore après avoir lu le court exposé suivant de la question, fait par un homme dont nous aimons souvent à invoquer l'autorité en matière scientifique, M. Ch. Robin.

« Les conditions complexes nécessaires à la *naissance* des éléments anatomiques, dans les êtres les plus compliqués comme chez les êtres d'organisation la plus simple, font préjuger qu'il est impossible d'en réunir de suffisamment complexes, pour qu'il se forme, par génération spontanée, hors de l'économie, des éléments anatomiques quelconques : c'est ce que montrent expérimentalement les essais infructueux faits dans cette vue. A plus forte raison ne pourra-t-on voir naître spontanément des organismes vivant isolément, fût-ce même les plus simples infusoires... Ce n'est, du reste, que faute de pouvoir se rendre compte de l'arrivée des germes dans un liquide, qu'on a admis qu'ils s'étaient formés par génération spontanée. Il n'y a d'autre exemple bien constaté de génération spontanée d'un corps organisé, que celui de l'apparition par *genèse* (1), d'éléments anatomiques de diverses espèces.

» Les conditions dans lesquelles on observe la genèse sont les seules qui aient permis jusqu'à présent de voir directement, à l'aide et aux dépens d'un blastème amorphe liquide ou demi-liquide, se produire un corps organisé de forme, de volume et de structure spécifiques, les uns plus simples, les autres plus complexes que les infusoires végétaux et animaux.

» Quant à ces infusoires, seuls êtres dont quelques auteurs admettent la génération spontanée, on ne les a pas vus naître dans l'eau, comme les éléments anatomiques dans nos tissus. Ceux qui pensent qu'ils peuvent être engendrés spontanément, ne se préoccupent même pas de savoir comment a lieu la genèse dans le cas des éléments ci-dessus où elle est observable.....

» Si donc l'impossibilité de la formation spontanée d'êtres nouveaux, d'espèces connues ou nouvelles, n'est pas démontrée d'une manière absolue, il est certain que la réalité de ce phénomène physiologique n'est nullement prouvée... Ce n'est qu'après qu'on aura étudié la genèse de tous les éléments anatomiques de nos tissus partout où elle peut être suivie, que l'on commencera à posséder les notions convenables pour résoudre la question de la génération spontanée ; question qui consiste à savoir s'il y a réellement parmi les végétaux et animaux libres, plus compliqués ou non que les éléments anatomiques, des espèces qui peuvent se *former* de toutes pièces, molécule à molécule, par *genèse*, à l'aide et aux dépens, non plus d'un *blastème*, comme ces éléments, mais de l'eau et des substances qu'elle tient en dissolution. »

Ceci n'a pas été écrit pour la circonstance ; c'est un extrait de l'article HÉTÉROGÉNIE de la dernière édition du *Dictionnaire* de Nysten, livre qui doit être aujourd'hui entre les mains de tous les médecins. On peut voir par ce programme des conditions à réaliser pour la solution de la question des générations spontanées, que cette question est loin probablement de pouvoir être résolue encore de sitôt. — Dr Brochin.

(1) Mode de naissance des éléments anatomiques, dans lequel rien n'existant que des matériaux liquides, on voit ces matériaux se réunir presque subitement, molécule à molécule, les uns aux autres, en une substance solide ou demi-solide ; et qui est caractérisé par ce fait que, sans dériver directement d'aucun des éléments qui l'entourent, ces éléments anatomiques apparaissent de toutes pièces à l'aide et aux dépens du blastème fourni par ces derniers.

DU MODE DE FONCTIONNEMENT

des appareils destinés à l'application de la médication électrique des soins à prendre pour leur conservation et des règles à suivre dans leur emploi.

Dans notre dernier article sur la médication électrique (1), nous avons décrit comme le plus usuel et le mieux approprié aux conditions les plus communes de la pratique, l'appareil de MM. Legendre et Morin. Il nous reste aujourd'hui, pour compléter le résumé de cette instruction, à faire connaître le mode de fonctionnement de cet appareil, les soins à prendre pour sa conservation et les règles à suivre dans son emploi.

Fonctionnement de l'appareil, soins à prendre pour sa conservation. — Pour monter la pile, il suffit de verser dans le vase poreux de l'acide nitrique ordinaire jusqu'à environ 1 centimètre du bord ; on met ensuite dans le vase cuivre-zinc de l'eau ordinaire, à laquelle on ajoute quelques gouttes d'acide nitrique, *si* l'appareil n'a pas servi depuis quelque temps.

Les liquides doivent être sensiblement au même niveau.

On met le couvercle ; on pose ensuite la pile sur le petit ressort de platine placé au fond de la boîte, puis on amène la lame mobile L sur le pôle positif pour compléter le circuit.

Il est essentiel de veiller à ce que, par quelque épanchement accidentel de liquide, le dessous du vase de cuivre ne soit pas couvert d'une couche résistante d'oxyde qui s'opposerait au passage intégral du courant. On remédie à cet inconvénient en raclant cette partie au moyen d'un outil tant soit peu tranchant. Des frictions au moyen de papier à l'émeri rempliraient le même but.

Il est bon, après avoir mis la pile dans la boîte, de lui imprimer un petit mouvement rotatoire pour mieux assurer le contact inférieur.

La pile ainsi montée peut fonctionner avec une force sensiblement constante pendant six heures; la durée de son action est plus considérable lorsqu'elle n'a pas été constamment employée. Après une telle durée d'action, l'acide nitrique est absolument impropre à servir de nouveau ; il est plus avantageux de le sacrifier.

Si l'application n'a pas duré plus d'une demi-heure, on peut remettre l'acide nitrique dans un flacon spécial pour servir à des séances ultérieures.

(1) Voir les numéros des 3 et 8 février.

FEUILLETON.

CONFIDENCES OBSTÉTRICALES.

> Dieu dit aussi à la femme : Je vous affligerai de plusieurs maux pendant votre grossesse, et vous enfanterez dans la douleur. (*Genèse*, chap. 3, verset xvj.)

Ceci ne s'adresse point aux maîtres de la science ; ils connaissent toutes ces particularités..... et bien d'autres.

Mes observations ne vont pas non plus à l'adresse de ceux qui ont toujours des succès.

J'écris pour mes pareils, les hommes du populaire de la médecine active, gens de nuit et de jour, de pied et de cheval, habitués à la lutte et toujours prêts à livrer le combat à outrance aux caprices de la nature et de la fortune,

Je viens ici non pas rapporter des actions d'éclat, ni entonner la trompette de la victoire, mais dire sans illustration et sans éloquence le vrai tel que tel.

L'exercice entre quatre murailles chez le paysan, seul, la nuit, dans un pays éloigné, souvent sans instruments, voilà celui auquel je m'adresse, puissent les dieux propices aux voyageurs égarés, aux marins en péril, aux enfants perdus et abandonnés, venir en aide à nos confrères dans les moments suprêmes où ils sont face à face avec la nécessité ! C'est dans la seule intention de leur rendre service pendant ces heures d'angoisses, que je vais tracer mes histoires. *Miserrima vidi, quarum pars magna fui* (Virgile.)

Le vrai seul est aimable, mais il n'est pas toujours beau ; ici je sacrifie l'élégance à la réalité. Dans ce que je vais dire il n'y aura nulle poésie, pas de roman ; c'est la simple narration clinique des événements.

Première observation. — En 1852, je fus appelé par un médecin exerçant à 46 kilomètres de ma résidence pour voir une fermière âgée de cinquante et un ans. Elle avait cessé d'être réglée depuis vingt mois, et, selon son rapport, depuis un an elle sentait se développer dans son ventre une grosseur qui augmentait chaque jour ; elle n'avait, du reste, éprouvé aucun malaise.

J'examinai l'abdomen, je touchai la femme, et je reconnus en effet une tumeur grosse comme la tête d'un adulte, fluctuante, située dans le bassin et l'hypochondre gauche. Après avoir interrogé minutieusement les organes voisins et avoir procédé par exclusion, je restai convaincu de l'existence d'un kyste de l'ovaire du côté gauche.

Un je ne sais quoi me fit hésiter, et comme il n'y avait aucun inconvénient à temporiser, je proposai une ponction à faire dans deux mois, suivie d'une injection iodée. Six semaines après ma visite, Mme ... étant allée par hasard à Paris, consulta ; on reconnut alors une grossesse de six mois, et cette dame accoucha très-heureusement au terme fixé.

Deuxième cas. — Une personne de vingt-quatre ans, vivant matrimonialement avec un monsieur, et ayant déjà eu un enfant de lui, vit ses règles se supprimer, ses seins devenir gros, son appétit changer; elle fut prise de malaise, de nausées, etc., enfin, de tous les symptômes de la grossesse. Elle n'avait aucun motif pour dissimuler son état ; cependant elle arriva jusqu'à sept mois sans vouloir ni croire ni dire qu'elle fût enceinte.

Appelé par son médecin, après avoir constaté le développement du ventre, avoir touché et reconnu l'état de plénitude de l'utérus, j'auscultai sans pouvoir trouver les battements du cœur de l'enfant, ni le souffle placentaire, et après être resté fort longtemps au lit de la dame, il me fut impossible de constater les mouvements du fœtus ni en appliquant la main froide sur l'abdomen, ni par les autres moyens indiqués dans les livres d'accouchement. Bref, je me retirai sans pouvoir dire positivement si, oui ou non, il y avait grossesse.

Cette femme mit au monde, deux mois après, un enfant vivant, viable et parfaitement conformé.

Troisième observation. — Dans le courant de l'année dernière, ayant été appelé par mon confrère le docteur Herbelin pour voir une femme ayant une hémorrhagie grave au commencement du travail de l'accouchement, nous trouvâmes l'orifice du col de l'utérus dilaté comme une pièce de cinq francs, bouché par un corps mou : c'était le placenta inséré centre pour centre. Nous convînmes de le percer, de faire la version, et de sauver ainsi la femme, dont le danger était pressant ; après avoir manœuvré dans ce sens, la tête s'étant engagée au détroit supérieur, nous fîmes une application du forceps. L'instrument ayant été posé par M. Herbelin avec toute l'habileté d'un opérateur consommé, nous nous livrâmes à des tractions méthodiques ; mais la tête du fœtus se broya sous la pression ; la substance cérébrale s'écoula, et le forceps sortit à vide. Je fis alors la version, et la femme guérit parfaitement.

Quatrième cas. — La semaine dernière, Mme Velu, sage-femme de cette localité, me fit voir le mercredi une femme de trente-cinq ans, enceinte de son neuvième enfant ; elle était en travail depuis trois jours; la grossesse était à terme, et ne présentait rien d'anormal en apparence ; la lenteur du travail était ordinaire aux autres accouchements.

Il y avait en ce moment inertie complète de la matrice, et les eaux

On essuie le vase poreux avec soin, ainsi que le vase cuivre-zinc, et on remet le tout dans la boîte avec les excitateurs.

Il est cependant préférable de ne considérer cette position relative de l'appareil et de la pile que comme un moyen commode et sûr d'établir les communications. Il vaut par conséquent mieux mettre la pile en dehors de l'appareil toutes les fois que les circonstances le permettent; on évite ainsi l'altération superficielle, du reste, des surfaces métalliques des excitateurs et de l'appareil.

Règles à suivre dans l'emploi de l'appareil. — Deux conditions permettent au médecin de graduer la puissance de l'action électrique dirigée sur les organes malades : la première consiste dans le choix du courant ; la seconde, dans la manœuvre du graduateur.

La règle étant qu'il convient, dans la très grande majorité des cas, de commencer les séances par des courants faibles, on obtient cet effet en disposant l'appareil de la manière suivante : les fils conducteurs seront placés dans les bornes P et Q (1) et le régulateur restera enfoncé dans la bobine; l'opération étant commencée, on pourra tirer graduellement le régulateur à mesure que le malade s'habituera à l'action du courant du gros fil (*courant inducteur*). Lorsque la limite de cette action est atteinte, et si l'on veut obtenir une énergie électrique plus puissante, il faut repousser entièrement le régulateur, transporter le fil conducteur de la borne P à la borne Q' et, dans cette position, tirer derechef et graduellement le graduateur. Ces bornes Q et Q' fournissent le courant développé par le fil fin (*courant induit*). Enfin, si l'on veut obtenir le maximum d'action de l'appareil, on place les fils aux bornes P et Q', on obtient alors les courants développés dans les deux fils.

Ici se termine, pour le moment du moins, la partie principale de la tâche que nous nous étions imposée, savoir : exposer le plus brièvement et le plus clairement possible les indications et les règles d'application les plus générales et les plus communes de la médication électrique.

Mais il s'en faut que nous ayons épuisé le sujet. Indépendamment des modifications et des perfectionnements que l'expérience et l'étude tendent incessamment à introduire dans la fabrication des appareils, et qui nous obligeront plus d'une fois à y revenir, il est surtout un ordre de recherches du plus haut intérêt que nous avons volontairement négligé, dans cette Instruction, afin de ne pas la compliquer, et dont nous devrons prochainement exposer les résultats et les moyens : nous voulons parler de l'application de l'électricité à l'étude des phénomènes physiologiques,

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Des échinocoques du foie.

Les échinocoques du foie s'observent encore assez souvent dans l'enfance, et vous en avez la preuve sur les deux jeunes filles couchées aux nos 17 et 24 de la salle Sainte-Marguerite. L'une vient de mourir, et l'autre part pour la campagne, incomplétement guérie, en nous promettant de revenir. La première avait un kyste gros comme une tête d'adulte, situé dans le gros lobe du foie, et la seconde portait dans le lobe moyen un kyste du volume d'une orange. L'évolution de ces kystes, leur diagnostic et le traitement à leur opposer, méritent qu'on s'y arrête pour en faire une étude attentive. C'est ce que je vais faire pour vous mettre à même de reconnaître aisément cette espèce de tumeurs hépatiques.

La plus âgée des jeunes filles dont je vais vous entretenir, avait treize ans, et elle était tombée dans un état de dépérissement considérable. Sa tumeur était énorme. Après avoir établi des adhérences entre sa surface et la paroi abdominale, des ponctions suivies d'injections iodées furent faites, et par l'ouverture dilatée au moyen de l'éponge, la membrane interne du kyste fut amenée au dehors. La tumeur avait disparu, et l'enfant reprenait des forces. Elle allait sortir de l'hôpital au bout de deux mois, lorsqu'une péritonite aiguë avec vomissements noirs remplis de *sarcine*, la fit périr en quarante-huit heures. Nous trouvâmes la poche du kyste rétrécie, commmuniquant par de nombreuses ouvertures avec les canaux hépatiques et le canal cholédoque dilatés, renfermant des masses d'acéphalocystes altérés et roulés comme les feuilles d'un cigare. Ce paquet d'acéphalocystes roulés avait le volume du doigt d'un adulte.

L'autre petite fille, âgée de onze ans, à l'hôpital depuis plusieurs mois, a été opérée devant vous il y a quelques jours. J'ai établi des adhérences entre la paroi abdominale antérieure et le kyste à échinocoques, puis j'ai fait une ponction suivie d'une injection iodée, et après quelques phénomènes aigus de courte durée, l'enfant est revenue dans son état ordinaire.

Voici ces deux observations:

OBS. I. — *Échinocoques du grand lobe du foie formant une tumeur considérable. — Inflammation du kyste. — Communication avec l'intestin par les canaux biliaires et le canal cholédoque dilatés. — Marasme. — Mort.*

Élise B..., âgée de treize ans, est entrée au no 17 de la salle Sainte-Marguerite, est une fille rousse, très-grande, réduite à un état de maigreur excessive et ne pouvant plus marcher.

Née de parents débiles, elle a eu des gourmes et des glandes dans sa première enfance; à trois ans elle a eu la coqueluche, qui a duré une année; à cinq ans, la fièvre typhoïde; à six ans, la rougeole, et depuis elle a toujours été très-souffrante.

Elle a été réglée une fois à douze ans et demi, mais depuis six mois il n'y a pas eu d'apparition du flux menstruel.

Elle dit (chose surprenante) n'être malade que depuis un mois. Au commencement du mois de décembre 1857, elle a éprouvé des douleurs dans le dos et dans les côtes, puis des vomissements assez fréquemment renouvelés, de la fièvre avec courbature, un ictère qui a duré quarante-huit heures, et depuis quelques jours seulement son ventre aurait acquis le volume qu'il présente aujourd'hui. Ce sont là des renseignements incomplets dont il n'y a pas à tenir compte.

Ses forces ont progressivement diminué avec l'embonpoint, et depuis huit jours elle garde le lit.

Aujourd'hui le ventre est très-volumineux, et à la région du foie existe une tumeur énorme s'étendant en arrière de la colonne vertébrale jusqu'en avant dans l'hypochondre gauche au-dessus du rein, de haut en bas depuis la cinquième côte jusqu'à la crête de l'os des îles. Son plus grand diamètre vertical peut être évalué à 30 centimètres. Elle est tendue, fluctuante, élastique, et donne lieu à un léger frémissement sous la main, non appréciable à l'oreille.

Elle ne tousse pas et n'a pas de palpitations; la respiration est naturelle; langue jaunâtre, un peu sèche; soif fréquente; peu d'appétit, pas de vomissements ni de diarrhée; peau modérément chaude, avec teinte *subictérique*; tous les deux jours, vers le soir, il se produit des frissons peu marqués, quelquefois suivis de sueurs. Les membres inférieurs et la vulve sont le siége d'un œdème considérable et non douloureux; pouls à 104.

Le 4 janvier, même état; pouls à 104.

Le 5, une ponction avec le trocart explorateur donne issue à un liquide d'abord limpide et clair, puis opalin, puis purulent. Cette opération n'a été suivie d'aucun accident de péritonite.

Le 7, peu de douleur dans le ventre; un peu de diarrhée depuis hier.

Le 11, l'enfant se plaint du côté droit; elle respire difficilement, et nous dit que lorsqu'elle mange un peu son ventre se gonfle et la gêne. Il est évident que le volume de la tumeur a augmenté. — Première application de pâte de Vienne.

Le 14, on enlève l'eschare produite par la poudre de Vienne, et l'on applique une rondelle de pâte de Canquoin.

Le 22, deuxième ponction avec un trocart de moyen volume. Il s'écoule quatre litres et demi d'un liquide d'abord séreux, limpide, puis opalin, purulent, enfin du pus verdâtre bien lié. Cette opération n'a donné lieu à aucune douleur ni à aucun accident consécutif.

Le 23, le matin, la tumeur, notablement diminuée, a encore 25 centimètres de hauteur. Le volume du ventre et des membres est beaucoup moindre, mais l'œdème de la vulve n'a pas diminué; langue rouge, pas de vomissements ni de diarrhée; le pouls à 120.

Le 24, une troisième ponction donne issue à deux litres de liquide mêlé d'acéphalocystes; la première partie du liquide écoulé était limpide, jaunâtre, citrine, formée de sérum bilieux; et la deuxième partie opaline, puis opaque, entièrement formée de pus.

L'enfant n'a pas souffert de ces opérations, et son état général est le même : peu d'appétit, peu de diarrhée; pouls petit, faible, à 120.

Un morceau d'éponge préparée est mis dans l'ouverture du kyste pour en pratiquer la dilatation.

Le 25, l'éponge étant retirée, un flot de pus s'écoule, et il en sort environ 1 litre mêlé d'acéphalocystes entiers, jaunâtres, à demi-flétris. — 125 gammes de teinture d'iode iodurée étendue d'eau sont injectés dans la tumeur.

L'enfant n'a presque pas souffert, et n'a présenté aucun symptôme d'ivresse iodique. Le ventre a notablement diminué.

Le 26, on retire encore environ 3 litres de pus tantôt blanchâtre, tantôt coloré par de la bile, et par l'ouverture dilatée de la paroi abdominale sort la paroi du kyste renfermant tous les acéphalocystes. Cette paroi albumineuse, gélatiniforme, est demi-transparente, jaunâtre, élastique, et facile à rompre; examinée au microscope, on y trouve une matière amorphe, sans fibres ni cellules, parsemée de goutelettes de graisse.

Le 27, l'enfant est beaucoup mieux, la respiration plus facile, ainsi que les mouvements; elle peut se mettre assise sur son lit, ce qu'elle n'avait pu faire depuis plusieurs semaines. L'œdème de la vulve diminue; le ventre a beaucoup diminué de volume.

La tumeur n'a plus que 16 centimètres de hauteur, et au lieu d'être mate, elle résonne, à cause de l'air qui s'est introduit par l'ouverture. On enlève l'éponge qui fermait l'ouverture, et il s'écoule un demi-litre de pus infect et jaunâtre. L'enfant est maigre, pâle; peu d'appétit, pas de diarrhée; pouls à 120.

Le 28, quelques douleurs dans le ventre. L'enfant mange avec peu d'appétit et a eu un peu de diarrhée pendant la nuit. L'éponge étant retirée, il sort un flot de liquide demi-transparent et jaunâtre, bilieux, et par l'ouverture du kyste on retire un long fragment de membrane gélatineuse, demi-transparente, amorphe, semblable à celle dont il a été précédemment question.

Le 2 février, on cesse d'entretenir béante l'ouverture cutanée de la tumeur, qui est remplie de liquide jaunâtre, limpide, transparent, bilieux, et de gaz hydrogène sulfuré. Le liquide s'écoule par l'ouverture dans les pièces de pansement. La cavité de la tumeur est encore considérable, et a, d'avant en arrière, 12 centimètres d'épaisseur, mesurée sur un stylet d'argent, lequel noircit en quelques secondes par le contact de l'hydrogène sulfuré. L'état général est assez bon; cependant il y a peu d'appétit, pas de diarrhée; pouls à 110. (Température, 38°.) — Bain.

Le 3, la plaie est fermée; ouverte avec un stylet, elle donne passage à un peu de liquide transparent, ayant peu d'odeur. Le bain est bien supporté; enfant pâle, un peu de diarrhée; pouls à 120.

Le 4, la plaie s'est refermée, et ouverte par le stylet, qui ne pénètre qu'à 2 centimetres de profondeur, il s'en écoule un peu de liquide: diarrhée. — Bismuth, 5 gr.

Le 5, la plaie est refermée, et l'introduction forcée du stylet ne donne issue à aucun liquide. Le foie a maintenant 10 centimètres de hauteur, et à l'endroit de la tumeur la résonnance observée en juin dernier a disparu. L'enfant est toujours pâle; un peu de diarrhée; pouls à 124. — Bismuth, 5 gr., 2 paquets.

Le 6, on ne touche pas à la plaie, qui est fermée. — Bismuth.

Le 8, l'enfant a eu hier plusieurs douleurs de ventre comparables à des coliques et accompagnées de gargouillement; plusieurs garde-robes liquides et abondantes.

Le 11, l'enfant va bien, sauf un peu de diarrhée.

Le 17, pas de selles depuis hier matin.

Le 18, deux selles peu abondantes, demi-liquides. L'enfant a eu mal au cœur toute la nuit; elle se plaint du ventre, qui est légèrement douloureux à la pression. Le foie n'a guère plus que 7 centimètres de hauteur; pouls à 88.

(1) Voir les figures du numéro du 8 février.

étaient écoulées depuis vingt-quatre heures; malgré l'emploi répété de l'ergot de seigle, les contractions ne se réveillaient plus; la dilatation était faite; mon avis fut d'attendre, aucun accident n'indiquant la nécessité d'agir; j'espérais que les douleurs se réveilleraient, et que l'accouchement pourrait se terminer par les seules forces de la nature.

En effet, dans la journée, sous l'influence d'une dose d'opium, la malade ayant eu quelques heures d'une cessation absolue des contractions utérines, on observa ensuite des douleurs qui engagèrent la tête dans l'excavation du bassin.

Mais là vint se borner la puissance de cette femme; ses assistants s'impatientaient : je fus appelé le lendemain matin, et en pratiquant le toucher je trouvai une présentation du sommet en seconde position.

Ici je suis obligé, à mon grand regret, de constater un fait contraire aux principes de Baudelocque; ce grand accoucheur prétend, § 1913, que « quand la mort de l'enfant a précédé l'époque du travail d'un » seul instant, même l'ouverture de la poche des eaux, il ne peut y » avoir de tumeur à la portion des téguments de la tête qui correspond » à l'orifice de l'utérus. »

Je trouvai cependant une tumeur syncipitale très-développée : la mère m'affirmait avoir senti remuer son enfant la veille, et la sage-femme disait avoir entendu le souffle placentaire et les battements du cœur du fœtus le même jour; comme il y avait épuisement des forces de la femme, je résolus de la débarrasser.

J'appliquai le forceps, et, après l'avoir articulé sans aucune difficulté, je fis opérer des tractions; la tête s'écrasa, et la substance cérébrale sortit en bouillie mêlée de liquides sanguinolents altérés eux-mêmes par la décomposition putride.

Qu'y avait-il là? Retournons à Baudelocque, le prince des accoucheurs, et il nous dira, § 1903, combien sont fugitifs et incertains les signes de la mort des enfants encore contenus dans le sein maternel; nous y verrons que des femmes en état de vacuité affirment sentir les mouvements d'un fœtus; que certaines, dont l'enfant a cessé d'exister depuis un temps plus ou moins long, ont la même conviction, tandis que d'autres femmes réellement enceintes mettent au monde des enfants vivants et viables, très-bien conformés, sans avoir jamais eu en elles-mêmes la conscience de leurs mouvements.

Voici donc la tête écrasée et le cerveau dehors.

Je me tournai vers la sage-femme en lui demandant ce qu'il fallait faire? Malgré son instruction elle fut un peu décontenancée; après avoir enlevé les os du crâne, qui pouvaient blesser la mère, j'appliquai un crochet mousse sous l'aisselle droite et fis tirer avec prudence : néanmoins on m'amena le bras et l'épaule.

Pour lors je résolus d'employer les crochets aigus, et j'en implantai un sur l'échine : j'eus la douleur de voir encore céder cette partie, il ne vint qu'un tronçon du col.

Je fis faire la version par la sage-femme, elle amena un pied au dehors; j'y plaçai un lacs, la jambe se détacha; je remis mon lacet sur la cuisse, elle vint seule.

Nous allâmes à la recherche de la seconde jambe, mais il ne nous fut pas possible de l'atteindre, parce que pendant la version le corps du fœtus, trop mou, n'avait obéi que partiellement; et ce second membre était resté le long du tronc, de sorte que cet enfant se trouvait dans la posture des clowns dont la première jambe est dans la position naturelle et l'autre relevée le long du thorax.

Il fallait nous arrêter; la pauvre femme était en défaillance, ces manœuvres avaient duré cinq heures; il était pour lors midi, je jugeai convenable de la laisser se remettre ou mourir en paix.

Nous devions, si elle revenait à elle, continuer sa délivrance à trois heures, mais elle expira un peu auparavant.

J'avais pour aides quatre hommes énergiques et dévoués, plus une sage-femme très-intelligente.

Tels sont les faits dont je voulais vous entretenir aujourd'hui.

Je dois ajouter que toutes ces manœuvres ont été conduites avec raisonnement et sang-froid, que rien n'a été donné au trouble ni au hasard, et que si cette pauvre femme a succombé à la longueur de ses souffrances, c'est sans avoir été lésée par mes instruments; il faut dans ces graves circonstances mettre au service de l'humanité notre science, notre intelligence, notre courage et nos forces, et guider toujours nos moyens d'action de manière à éviter à nos patientes des douleurs inutiles ou des blessures.

Puissent ces réflexions provoquer la publication des faits analogues dont la pratique de nos confrères des campagnes fourmille.

Qu'ils ne craignent pas de nous les raconter, ils sont tous intéressants pour nous qui tenons plus au fond qu'à la forme, aux actions qu'aux discours, et après les avoir lus, nous nous plairons à répéter :

Gloire à Dieu dans les cieux et paix sur la terre aux hommes de bonne volonté !

Amédée JOUX.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Lhuillier, né à Paris (Seine); *Des causes et du traitement de la diarrhée chez les enfants.*

Manuel, né à Paris (Seine), *Du lait en général, sa digestion. — De l'allaitement, du sevrage, hygiène des nouveau-nés.*

Le 22, plus de diarrhée. Elle prenait 5 grammes de bismuth, on revient à 1 gramme.

Le 26, hier l'enfant avait une légère teinte jaune de la conjonctive et de la peau, sans être plus malade, et elle se disposait à quitter l'hôpital, lorsque dans la journée elle a été prise de vomissements noirs, sans diarrhée. La teinte jaune a augmenté, et ce matin elle est très-forte sur tout le corps. L'enfant éprouve une grande chaleur intérieure, qui l'oblige à mettre ses jambes hors du lit. Elle souffre beaucoup dans la tête, dans les genoux, qui ne sont pas gonflés. Le ventre est très-douloureux, et le foie paraît avoir de nouveau augmenté de volume; il a environ 15 centimètres au niveau de la tumeur. Pouls petit, presque insensible. — Julep gommeux.

Mort le 27 février.

Autopsie le 28.

Le cadavre présente une couleur ictérique très-prononcée, marbrée de bleu à certaines places.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une petite quantité de pus jaunâtre. Les intestins sont agglutinés, distendus par des gaz, et recouverts d'une matière pultacée, concrète, grise, un peu jaune.

Dans le petit bassin on trouve un peu de liquide purulent, analogue à celui qui s'est écoulé à l'ouverture du ventre.

Le foie déborde les côtes de 4 ou 5 travers de doigts. A l'endroit de la paroi abdominale qui correspond à la ponction existent des brides celluleuses blanchâtres assez nombreuses, peu résistantes, contenant des vaisseaux multipliés, dans lesquels on peut faire refluer le sang par la pression. Ces brides s'étendent de la séreuse pariétale à la séreuse qui tapisse le foie, formant une adhérence lâche. En dedans de ces brides et sur le bord inférieur du foie, proémine la vésicule biliaire, distendue par de la bile. En dehors de la vésicule se trouve une masse inégale, d'une couleur bleuâtre, tenant à la face inférieure du lobe droit du foie, et qui paraît formée par les parois du kyste hydatique.

En pressant sur cette tumeur, on voit sourdre par une fente imperceptible un peu de liquide jaune, qui tombe dans la cavité péritonéale. On enlève le foie, les canaux excréteurs et la presque totalité du duodénum.

Une coupe pratiquée sur le kyste indiqué plus haut, nous montre une cavité pouvant admettre facilement le poing d'un adulte, et renfermant un peu de liquide jaunâtre et des débris de vers hydatiques jaunâtres. Ses parois ont environ un demi-centimètre d'épaisseur, et sont formées de deux membranes distinctes. L'une, externe, est blanchâtre, assez dure, comme lardacée, beaucoup plus épaisse que l'interne, qui tapisse les cavités du kyste. Cette dernière est inégale, d'un aspect noirâtre, recouverte en quelques endroits de pus concret. En certains points elle paraît avoir subi une perte de substance, comme si elle s'était ulcérée. Sur cette même face on voit des portions de conduits biliaires énormément dilatés, se prolongeant jusque dans le grand lobe du foie, avec le même volume, et leurs orifices aboutissant à l'intérieur du kyste hydatique. On peut en faire sortir avec des pinces des débris gélatiniformes de poches hydatiques.

L'un de ces orifices, dans lequel on enfonce un stylet cannelé, conduit dans le canal cholédoque, et par son intermédiaire dans la deuxième portion du duodénum.

Ce canal incisé apparaît d'un calibre considérable, 2 centimètres de diamètre; il est presque entièrement rempli par des membranes hydatiques, roulées sur elles-mêmes comme les feuilles d'un cigare, et recouvert d'une substance noirâtre, due au dépôt des matières colorantes de la bile. La muqueuse du duodénum est recouverte d'un mucus noirâtre assez adhérent, tout à fait semblable à la matière des vomissements (dans lesquels, par parenthèse, le microscope a fait reconnaître l'existence de la *sarcine*). Cette matière rougit le papier de tournesol. On constate, en outre, l'existence d'un emphysème sous-muqueux très-marqué, lésion que nous retrouvons à un degré prononcé sur la muqueuse stomacale. Il existe à la surface un piqueté noirâtre formé par l'orifice des follicules isolés, remplis de la matière noire des vomissements. Cette muqueuse n'offre pas d'altération.

Les poumons sont sains, crépitent sous le doigt, et sont seulement un peu congestionnés dans les lobes inférieurs.

Les reins, la rate, le cœur, ne présentent rien d'anormal.

Comme on le voit dans cette observation, le kyste renfermant les échinocoques a été ouvert par la potasse et la pâte de Canquoin; les échinocoques, leur vésicule et leur enveloppe générale, ont été enlevés, puis, l'ouverture extérieure faite à la peau, le kyste est revenu sur lui-même, et une fissure vers le péritoine a donné lieu à une péritonite mortelle. Ce kyste communiquait par de nombreuses ouvertures intérieures avec les conduits biliaires, avec le canal cholédoque, énormément dilaté jusqu'à son ouverture dans le duodénum, qui était très-élargie. L'enfant n'aurait pas été épuisée par le travail organique opéré dans le foie, ni par l'inflammation et la suppuration du kyste, qu'elle aurait pu guérir seule. La nature médicatrice avait commencé son travail de réparation, et les échinocoques, poussés par de nombreux conduits dans l'intestin duodénum, auraient été successivement évacués par les selles.

Obs. II. — *Echinocoques du foie. — Ponction donnant issue à une sérosité limpide tenant en suspension les échinocoques. — Injection iodée. — Sortie prématurée de l'enfant. — Résultat incomplet.*

Glatigny (Ursule), âgée de onze ans, est entrée le 14 octobre 1857. Cette enfant est peu développée, mais se porte bien. Il y a cinq mois, une enfant de son âge lui donne un coup de tête sur la région épigastrique; en y portant la main, elle découvrit une tumeur pour laquelle elle vint consulter M. Marjolin. Ce chirurgien pensa qu'il avait affaire à un kyste hydatique, mais qu'il fallait attendre.

Aujourd'hui on nous ramène l'enfant; la tumeur n'a pas varié: l'enfant se porte bien, et n'éprouve aucun trouble digestif.

Cette tumeur soulève légèrement la paroi abdominale au niveau de l'épigastre. La palpation permet de la circonscrire dans tous les sens, excepté en haut, où elle se continue avec le foie, comme on peut s'en assurer en glissant un peu les doigts sous les côtes; sa forme est ovoïde; on sent une arête fibreuse, plus dure à sa surface, et dirigée de gauche à droite. La tumeur est indolente, la fluctuation y est au moins douteuse, il n'y a pas de rénitence bien marquée; c'est une tumeur très-ferme. Située un peu à gauche de la ligne médiane, légèrement mobile d'un côté à l'autre, elle paraît être attachée au lobe gauche du foie.

Le 26 octobre, application de pâte de Vienne au centre de la tumeur.

Le 28, on enlève l'eschare, et on applique une rondelle de pâte de Canquoin.

Le 9 novembre, la dernière eschare est tombée. — On applique une nouvelle rondelle de pâte au chlorure de zinc.

Le 13, nouvelle rondelle de chlorure de zinc.

Le 29, idem.

Le 18 décembre, idem.

Le 4 janvier, la tumeur a diminué de volume d'un tiers environ.

Le 14, bain, etc.

Le 15, caustique de Vienne.

Le 4 février, la fièvre et le malaise, qui étaient survenus sans cause appréciable il y a quatre jours, ont disparu.

Le 7, depuis quelques jours il s'est développé au-dessous de l'œil droit une plaque d'herpès circiné peu apparente, et qui a déjà acquis deux centimètres et demi de diamètre; elle ne donne lieu à aucune démangeaison ni douleur. — Frictions de glycérine boratée.

Le 11, la plaque d'herpès circinné ne s'est pas étendue; ses bords s'affaissent, et la coloration rouge est très-affaiblie.

Le 17, l'herpès a disparu complétement.

Le 22 mars, on applique de nouveau des plaques de chlorure de zinc au niveau de la tumeur.

Le 2 mai, les adhérences étant établies entre les parois abdominales et la paroi du kyste, une ponction est faite avec un trocart de moyen volume; il s'écoule un demi-litre de liquide limpide comme de l'eau de roche et d'un goût semblable à celui de l'eau de mer. Au fond du vase tombèrent une foule de petits points blancs comme du sable fin, et chacun de ces grains, porté sous le microscope, était formé par un amas d'échinocoques parfaitement conservés avec leur tête rentrée dans le corps et leur couronne de crochets parfaitement visible. Après cette évacuation, on fit deux injections iodées avec teinture d'iode iodurée coupée moitié eau; une partie du liquide ressortit, une bonne moitié resta dans la tumeur. Aussitôt après l'opération, l'enfant, saisie d'un spasme douloureux, ne pouvait respirer, et disait: « J'étouffe »; le visage était un peu inquiet, mais le pouls était lent et régulier. Ces phénomènes disparurent au bout de deux heures. Le reste de la journée s'est bien passé; l'enfant a pris du bouillon, a bien dormi. Ce matin il n'y a pas de douleur au ventre, et la tumeur ne s'est pas reformée. Langue blanche, villeuse; pas de nausées ni de dévoiement; pas de mal de tête. Peu d'appétit. Peau chaude. Pouls à 120.

Le 3, le ventre est mou, non tendu, mais douloureux à la pression; céphalalgie; pas d'appétit; langue blanche, villeuse; peau chaude; pouls à 116. L'enfant est très abattue. — Quatre ventouses scarifiées sur l'abdomen.

Le 4, la douleur du ventre a diminué sous l'influence des ventouses, et ce matin l'enfant est sans fièvre; pouls à 80. — Potage.

Le 5, pas de douleur; la tumeur paraît se reformer, mais elle n'est ni volumineuse ni douloureuse; pas de vomissement; une selle naturelle; bon appétit; pouls à 60. — Potages.

Le 7, la tumeur a un peu augmenté de volume. Même état général. Pouls à 60.

Le 14 mai, sortie. La tumeur n'a pas augmenté; elle n'est pas douloureuse.

Quelle est l'origine des échinocoques? Il n'y a pas très-longtemps encore que l'on ne pouvait faire que des suppositions à cet égard; mais aujourd'hui que des recherches nouvelles ont soulevé le coin du voile qui masquait leur développement, il est possible d'en parler d'une façon plus satisfaisante.

Cette espèce d'entozoaires se rencontre dans les deux sexes, chez l'enfant comme chez l'adulte. Tous les climats sont favorables à son développement, et il n'y a pas de localité où elle soit endémique, ce qui arrive pour le tænia, espèce voisine, sinon semblable.

On prétend que le germe des échinocoques s'introduit de l'extérieur dans l'organisme avec les aliments, et que, pénétrant au sein des tissus, il se développe conformément aux lois de son organisation et sous l'influence d'un milieu nouveau. Il en doit être ainsi, ou ils seraient le résultat d'une génération spontanée, fait physiologique dont on n'a pas encore réussi à démontrer l'existence. Les échinocoques, comme tout ce qui vit à la surface ou dans les profondeurs de l'homme et de l'univers, sortent d'un germe, c'est-à-dire d'un œuf. Où se forme ce germe, et comment pénètre-t-il dans l'organisme? C'est ce que je vais essayer de vous faire connaître en invoquant les travaux récents et si remarquables de Van Beneden et de Kucheinmester. Il paraît résulter de ces travaux que le germe des échinocoques et des cysticerques n'est autre que le germe du tænia introduit dans une organisation différente de celle qui lui a donné naissance, et modifiée par un milieu nouveau.

En effet, d'après ces observateurs, et leurs recherches ont été contrôlées par une commission de l'Académie des sciences, les échinocoques, les cysticerques et le tænia ont une tête semblable, garnie d'une couronne pareille de crochets aigus; le corps seul de l'animal diffère, et les modifications qu'il subit résulteraient du milieu nouveau dans lequel il se développe. L'analogie de structure est donc entière. De plus, si l'on fait avaler des cysticerques de porc ou de lapin à des chiens, ou, comme on l'a fait, à des condamnés plus ou moins longtemps avant le supplice, il se développe dans les voies digestives des tænias bien conformés. Reproduire ainsi un tænia avec des œufs de cysticerque ou d'échinocoque, c'est établir sans réplique l'identité de nature de ces différents entozoaires. Echinocoques, cysticerques ou tænias peuvent donc sortir presque à volonté d'un germe identique, pourvu qu'il soit dans un milieu, c'est-à-dire dans un organisme différent. C'en est assez pour indiquer quelle est l'origine probable des échinocoques observés chez l'homme.

La solution de cette première question éclaire singulièrement la seconde, relative au mode de pénétration de ces germes dans l'organisme. N'est-il pas évident, en effet, que si les échinocoques ne résultent pas d'une génération spontanée, ce qui est inadmissible, et proviennent au contraire de germes matériellement saisissables, il faut que leur transport s'accomplisse d'une façon qui soit en rapport avec leur nature. Or, comme ces germes n'ont rien de volatil, il faut de toute nécessité qu'ils aient pour véhicule un élément solide ou liquide, et les observations de Van Beneden et de Kucheinmester, que j'invoque encore ici, semblent établir que ces germes s'introduisent dans le corps avec les boissons et avec les aliments.

Quelque grande que soit l'obscurité qui couvre encore les détails invisibles du mode de propagation des échinocoques, une fois le germe déposé dans les voies digestives, obscurité que je n'essayerai pas de dissiper par de folles hypothèses, il faut accepter le fait; en attendant qu'un habile micrologue soit assez heureux pour suivre de villosité en villosité l'entozoaire destiné à grandir dans le foie, le cerveau et les autres organes, je me bornerai à vous faire connaître la forme des échinocoques et leur procédé d'accroissement dans les tissus.

(La suite prochainement.)

DE L'EMPLOI DE L'OPIUM

ou plutôt de la morphine à petites doses dans la coqueluche.

Par M. le docteur C. M. Muller (de Berlin).

L'idée d'employer la morphine dans le traitement de la coqueluche nous fut suggérée par la lecture d'un travail publié dans les *Medico-chirurgical Transactions* de 1854, par M. Edward Smith (d'Édimbourg). Dans ce mémoire, l'auteur s'efforçait de démontrer que, lorsque la coqueluche se termine par la mort, ce résultat fatal est dû le plus souvent à une bronchite, et ne se produit pas dans les circonstances où, comme dans la scarlatine, la petite vérole, etc., il y a empoisonnement du sang. Il est possible que la scarlatine possède avec ces affections un certain degré d'affinité. Plusieurs circonstances semblent favoriser cette opinion: d'abord elle n'atteint qu'une seule fois le malade; elle suit un cours divisé en périodes d'accroissement et de déclin, enfin on a signalé des faits de contagion.

Ces derniers, à la vérité, ne sont pas d'un grand poids, car on sait qu'actuellement la contagion, sans contact direct, ne saurait être admise sans conteste.

D'un autre côté, il y a ici absence de crises et d'excrétions critiques par les reins, la peau et les membranes séreuses et muqueuses, ce qui se rencontre toujours et comme signes caractéristiques dans la scarlatine, la variole. Mais pour établir la relation entre la coqueluche et ces maladies, il nous faudrait prouver l'intoxication du sang, ce que nous ne saurions démontrer entièrement.

Nous ne voyons aucune affection particulière de la peau, aucun dérangement spécifique des reins, aucune indication de cachexie. Ce qui frappe surtout notre attention, c'est une névrose particulière unie à une bronchite, et si nous voulions risquer une théorie, nous serions porté à ranger la coqueluche dans les fièvres intermittentes ou dans la grande classe des névroses, à côté de la chorée, de l'épilepsie, etc.

Il ne faut donc pas perdre de vue l'élément nerveux dans le traitement de la coqueluche. Si nous parvenons à changer l'affection en une toux catarrhale ordinaire, nous sommes satisfaits. Nous considérons notre tâche comme remplie, et ce que nous avons enlevé n'est autre chose que l'élément nerveux.

L'expérience a démontré que toutes les influences capables de stimuler et d'augmenter les fonctions des reins agissent favorablement sur la coqueluche: air frais, régime régulier, attention portée à l'état des intestins, etc. Ayant à ce dernier point de vue agi complétement sur le foie et le canal intestinal, il nous restait à exercer une influence directe sur l'affection nerveuse particulière de la coqueluche.

M. Smith partage notre opinion, et, comme nous, il a eu recours, non à la belladone ou à l'aconit, mais à la morphine. Il pense qu'on ne saurait avoir de confiance que dans la morphine; la belladone est dangereuse.

« J'essayais, dit M. Smith, de m'assurer à quelle dose la morphine pouvait être administrée aux enfants sans causer d'accidents cérébraux, et pendant combien de temps on pourrait continuer la dose. Dans ces recherches, je n'avais pas cru devoir procéder avec trop de lenteur et de précautions, et j'administrais le remède de manière à atteindre rapidement le maximum. Si j'avais commencé par un 64e de grain, comme je le faisais pour un enfant de quatre mois, j'augmentais peu à peu la dose, et j'arrivais à donner deux ou quatre doses toutes les quatre heures. Si l'assoupissement n'était pas obtenu, j'augmentais la dose jusqu'à un 48e de grain, et serais allé plus loin jusqu'à production du narcotisme. Mais le plus faible degré d'assoupissement

obtenu, je maintenais la même dose pendant deux jours au moins. Sous l'influence de ce traitement, la quinte spasmodique se calmait, disparaissait au bout de trois à dix jours d'emploi de la strychnine, et la toux prenait un caractère ordinaire. Dans plusieurs cas, il y avait un mieux sensible dès le second jour, et dès le quatrième la coqueluche avait tout à fait perdu son caractère spécifique. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de porter la dose assez loin pour causer toujours des troubles cérébraux; mais il est bon de l'employer au moins une fois jusqu'à produire cet effet, parce que c'est le seul moyen de s'assurer que le remède a opéré. »

Nous avons obtenu les mêmes résultats dans notre pratique. Nous avons commencé, chez de très-jeunes enfants, par un 60e de grain de morphine, nous avons augmenté la dose jusqu'à un 40e et même jusqu'au 36e d'un grain, jusqu'à production d'assoupissement, et alors nous avons continué la dose jusqu'à cessation du spasme. Le succès de mon expérience m'engage à recommander ce mode de traitement à mes confrères, et ce que dit M. Smith est bien digne de nous encourager :

« Dans la pratique hospitalière et civile, dit-il, j'ai souvent, et toujours avec succès, employé la morphine dans le traitement du croup. »

Il est aussi nécessaire de bien surveiller le régime et l'état intestinal des enfants; de combiner, selon les circonstances, l'usage des toniques à celui de la morphine. Il faut enfin ne pas refuser son attention à la manière dont les chambres des petits patients sont ventilées. (*Journ. für kinderk.*)

EMPOISONNEMENT PAR LA RACINE DE PHYTOLACCA DECANDRA,

Par M. FLUMIANI.

On sait que les baies de *phytolacca* sont toxiques, et que des vins colorés en Portugal avec ces baies ont donné lieu à des accidents graves, de telle sorte qu'on avait été obligé d'ordonner la coupe de la plante en floraison; on sait encore que Nathan Crawfurt a vanté, mais sans preuves, l'emploi de leur racine comme un médicament utile contre l'hydrophobie; enfin, que le docteur Valentin avait employé cette racine comme émétique. Le fait suivant démontre que cette racine est une racine toxique :

Dans la matinée du 24 mars 1852, trois jeunes paysans ayant déterré quelques grosses racines charnues, et qu'ils croyaient bonnes pour purger, s'avisèrent d'en manger quelques morceaux. Une heure après, tous les trois sentirent les forces leur manquer : froid général, nausées; deux eurent des vomissements et des selles répétées; le troisième, qui en avait mangé plus que les deux autres, n'eut ni vomissements ni tranchées, mais une prostration plus grande.

M. Flumiani, arrivé une demi-heure après, constata les symptômes suivants :

Face plus ou moins altérée et semblable à celle des cholériques; langue presque normale, voix rauque, peau froide et légèrement colorée en bleu; pouls déprimé et petit. Les trois malades accusaient un sentiment d'oppression à l'épigastre, avec sensation de poids et soif intense.

L'empoisonnement étant produit par une substance hyposthénisante, il fallait recourir à un remède d'un effet opposé : vin de Malaga, puis du rhum. La racine qui avait causé les accidents, examinée par un pharmacien, botaniste distingué, appartenait au *phytolacca decandra*, connu dans nos jardins sous le nom d'*amarante*.

Trois heures après, la réaction chez les malades était complète : une sorte d'ivresse avait succédé à l'état de stupeur; la chaleur cutanée s'était relevée au delà du degré normal; le pouls était plein.

Le lendemain, les malades étaient complétement guéris.

(*Journal de chimie médicale.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 février 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un correspondant pour la section d'anatomie et de zoologie, en remplacement de feu M. Müller.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 50,

M. Carus obtient. . . . . 49 suffrages.
M. Rathke. . . . . . . 1 »

M. Carus, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

— M. LERICHE adresse de Lyon un Mémoire sur un appareil qu'il désigne sous le nom de *chalumeau pyrolique*, et qu'il destine à remplacer dans les cautérisations le fer rougi au feu.

Un de ces instruments, transmis par M. Charrière, est mis sous les yeux de l'Académie.

— M. LOISEAU soumet au jugement de l'Académie la description et la figure d'un instrument qu'il suppose propre à rendre plus facile et plus prompte l'opération de la *trachéotomie*.

Ces deux instruments sont renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe).

— M. HAUSSMANN, préfet de la Seine, présente, par l'intermédiaire de M. Flourens, deux Mémoires *sur les eaux de Paris*, mémoires publiés par lui, l'un en 1854, l'autre en 1858.

Dans la lettre qui accompagne l'envoi de ces deux volumes, M. le préfet rappelle que c'est sur le désir exprimé par M. le secrétaire perpétuel qu'il s'est empressé de les adresser à l'Académie.

M. le président charge le bureau de transmettre les remercîments de l'Académie à M. le préfet pour un travail si important et qui se rattache par tant de côtés aux sciences dont elle s'occupe.

Génération spontanée. — M. FLOURENS présente au nom de M. Van Beneden un exemplaire d'un discours prononcé à la séance publique de l'Académie royale de Belgique, le 15 décembre dernier, et y signale le passage suivant, auquel donne un intérêt tout particulier la discussion récente sur les générations spontanées.

« Dans certains organismes inférieurs, les parasites par exemple, les œufs, dit M. Van Beneden, résistent non-seulement à la dessiccation la plus complète pendant des mois entiers ou même des années; mais après avoir servi de préparations anatomiques dans l'alcool le plus concentré ou même l'acide chromique, ils reviennent à la vie aussitôt qu'on les replace dans les conditions ordinaires, et les différentes phases de la vie embryonnaire se déroulent dans toute leur ampleur comme s'ils n'avaient pas quitté leur séjour naturel. On comprend dès lors la difficulté de bien conduire une expérience qui a pour but d'éliminer tout germe organique. L'air est souvent chargé de formes microscopiques animales ou végétales dont les œufs et les spores, sinon les organismes entiers, envahissent comme une poussière fine et impalpable nos plus délicats instruments. »

— M. JOBARD présente une note ayant pour titre : « De la vitalité des germes. »

L'auteur, dans cette note, n'a pas eu pour but de jeter du jour sur la question débattue en y apportant des faits nouveaux, mais de dégager des résultats acquis à la science certaines conséquences que les expérimentateurs n'avaient pas su ou n'avaient pas voulu en déduire. Ainsi, remarquant que la résistance des germes à la destruction semble augmenter proportionnellement à leur ténuité, il ne voit pas d'invraisemblance à supposer que ce genre de rapports se continue beaucoup au delà de ce que l'observation a démontré. De telle sorte que, quelque puissants que fussent les moyens de destruction employés par un expérimentateur, il y aurait toujours possibilité de supposer une classe de germes offrant un degré supérieur de résistance.

— M. GAULTIER DE CLAUBRY adresse une Note relative aux générations spontanées des végétaux et des animaux.

Voici, d'après M. Gaultier de Claubry, quelques faits qui démontrent les causes d'erreur que présentent les faits sur lesquels se fondent MM. Pouchet et Montegazza pour admettre des générations spontanées.

Qu'on introduise du blé charançonné dans un vase au travers duquel on fait passer, pendant très-longtemps, un courant d'air échauffé de 120 à 130 degrés, en traversant un tube rempli de fragments de porcelaine, par exemple, dans le but de multiplier les surfaces; on trouvera après un certain temps les charençons morts. Mais si l'on fait arriver ensuite dans l'appareil une portion du même air humide, à la température de l'atmosphère, plus ou moins rapidement, des charançons se montreront au sein du blé.

Les œufs déposés dans l'intérieur des grains que n'avait pas détruits la température à laquelle on avait opéré sont éclos, de même que peuvent éclore ceux d'animaux d'un autre ordre.

M. Pouchet se croit très-assuré que toutes les parties du foin sur lequel il a opéré étaient bien parvenues à la température de 100 degrés; mais, outre qu'il est loin de l'avoir démontré, il n'a pas démontré davantage qu'aucun germe n'a pu échapper à l'action de la chaleur.

De nombreuses expériences m'ont prouvé que les grains de blé, dans celles que je rapporte, n'y parviennent que très-difficilement, même après longtemps, et dans des conditions bien autrement favorables que l'échauffement dans une étuve du foin, que rien ne préservait d'ailleurs du contact de l'atmosphère.

Rien ne démontre donc que le foin employé par M. Pouchet ne renfermait aucun germe des animaux dont il a constaté le développement.

Les expériences de M. Montegazza laissent la même prise à la critique.

En effet, si nous voyons ici l'emploi de l'eau formée artificiellement, nous trouvons qu'on y a fait bouillir des feuilles de laitue. Dans une autre expérience, l'auteur a mis en contact avec de l'eau distillée un morceau de courge. Quelle preuve pourrait-il donner que cette eau, l'air avec lequel ce liquide se trouvait en contact, le fragment de fruit ne pouvaient apporter même un seul germe des animaux dont il a observé le développement?

On sait que l'eau qui coule à la surface de la terre, comme celle qui provient de ses profondeurs, abandonnée à elle-même dans des vases clos, présente plus ou moins rapidement des végétaux ou des animaux.

J'ai fait passer dans un appareil tout en métal, afin d'éviter même l'emploi du liége, rempli de fragments du même métal, afin qu'aucune partie de celle qui le traversait ne restât au-dessous de la température rouge très-vive du tube, de la vapeur d'eau qui a été condensée dans des flacons contenant de l'air qui avait été porté à la même température.

Ces flacons, remplis entièrement ou partiellement d'eau, ont été conservés, soit dans l'obscurité, soit sous l'influence de la lumière, à des températures variant de 10 à 25 degrés, sans que jamais il s'y soit développé ni animaux ni végétaux microscopiques ou autres.

Si des flacons débouchés étaient abandonnés à l'air, après un temps variable on y observait le développement de corps organisés rendu beaucoup plus rapide et sensible en y faisant passer, au moyen d'un appareil aspirateur, de grandes quantités d'air atmosphérique pris dans diverses conditions.

Abstraction faite de ces substances et des poussières visibles que le vent transporte dans une foule de circonstances, que sont ces myriades de corpuscules qu'un rayon de lumière fait apercevoir dans une chambre plus ou moins obscure? MM. Pouchet et Montegazza pourraient-ils affirmer qu'elles ne renferment ni germes ni sporules?

Jusqu'au moment où l'on démontrerait qu'un seul d'entre eux n'a pu se trouver au contact des substances au sein desquelles on voit se développer des végétaux ou des animaux, les faits du genre de ceux que MM. Pouchet et Montegazza apportent en faveur de leur opinion sont absolument impropres à la faire admettre.

Il importe en terminant de faire remarquer que les prétendues générations spontanées se rapportent toujours à des végétaux ou à des animaux dont les spores ou les œufs sont d'une petitesse telle qu'ils échappent à la vue, et qu'ils peuvent facilement se soustraire à un examen même très-attentif, et se conserver dans des conditions en apparence de nature à les détruire.

Symptômes de la ponte annuelle des ovaires chez la femme. — M. le docteur A. MATTEI communique sous ce titre la note suivante :

L'opinion généralement acceptée dans la science relativement à l'ovulation chez la femme, est que cette fonction est mensuelle comme la menstruation.

J'avais déjà reconnu que cette opinion est erronée, et que la ponte est annuelle pour chacun des ovaires; mais les signes cliniques me manquaient pour rendre le fait saisissable à tous les praticiens. Aujourd'hui, je suis arrivé à découvrir ces signes, et comme les mois de janvier, février, mars et avril, sont l'époque de l'année où il se fait le plus d'ovulations, je viens appeler l'attention des observateurs sur ce sujet.

Les symptômes de la ponte sont tantôt assez légers pour que la femme soit simplement indisposée et ne consulte même pas le médecin, tantôt assez graves pour constituer une maladie.

Phénomènes généraux. — Il y a chez la femme une modification passagère dans le caractère, de l'insomnie et quelquefois des névralgies, en dehors même de l'abdomen (intercostales, faciales, etc.). On voit à la fatigue de son visage qu'elle n'est pas à l'état normal; elle a de la lassitude dans les membres, des nausées, et quelquefois même des vomissements. Il y a quelquefois aussi des palpitations, de l'oppression, de la toux, ou une altération dans le timbre de la voix, sans qu'il y ait pour cela lésion anatomique dans les organes du thorax. Ces symptômes le plus souvent sont continus, mais ils peuvent prendre le caractère intermittent et périodique à type quotidien ou tierce, sans pour cela qu'il y ait de la fièvre bien marquée.

Phénomènes locaux subjectifs. — La femme a dans le bas-ventre un sentiment de poids, et souvent des douleurs qui s'irradient dans la région lombo-sacrée, le long de la crête iliaque et dans les cuisses, *mais qui sont surtout localisées dans un des côtés du petit bassin.* Les ganglions de l'aine correspondants sont quelquefois gonflés et douloureux. Il y a à la vulve un sentiment de chaleur, et parfois une sorte de démangeaison que les rapprochements sexuels paraissent soulager.

Chose remarquable, la menstruation est toujours troublée. Rarement l'écoulement sanguin est plus abondant que d'ordinaire. Plus souvent au contraire il est moindre ou nul. Lorsqu'il a lieu, il arrive avant l'époque ordinaire, et est presque toujours accompagné de malaises insolites pour le sujet. Il y a même, chez la femme qui n'est pas sujette aux pertes blanches, écoulement de mucosités vaginales d'une odeur lochiale, et qui alternent quelquefois avec des gouttes de sang. Il y a quelquefois aussi de la diarrhée et des envies fréquentes d'uriner, avec sentiment de chaleur dans l'urètbre. Les urines sont plus colorées et se décomposent plus promptement. Il y a des phénomènes sympathiques du côté des seins, et j'ai vu même de petits abcès sous-aréolaires, arriver dans la mamelle correspondante à l'ovaire en ponte. Enfin la scène se termine quelquefois par l'expulsion d'une membrane caduque accompagnée de tranchées utérines, mais le plus souvent les symptômes diminuent d'une manière insensible.

Phénomènes locaux objectifs. — *Le palper et le toucher pratiqués dans la région ovarienne sont douloureux du côté malade*, et réveillent des phénomènes réflexes le long des branches du plexus lombo-abdominal et sacré. Ces explorations, faites avec une certaine violence, provoquent à l'instant même de la gastralgie, des nausées, de l'oppression, de la constriction pharyngienne, et même des spasmes qui peuvent aller jusqu'aux convulsions hystériques. On trouve l'utérus un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire, mais peu ou pas douloureux. Si la rupture de la vésicule ovarienne s'est faite avec division des vaisseaux sanguins, il peut y avoir de l'hématocèle; enfin, il peut survenir des péritonites et des phlegmons du petit bassin.

Les symptômes de l'ovulation varient en nombre et en intensité selon les sujets. Ils ont une durée de plusieurs jours (4, 12, 18), et s'amendent spontanément ou à l'aide de moyens thérapeutiques appropriés. La sensibilité de l'ovaire qui a pondu et les phénomènes névralgiques, cependant, peuvent durer un et plusieurs mois ou se confondre avec les indispositions d'une grossesse, lorsqu'il y a eu fécondation dans le cours de cette ponte.

Le temps qui sépare l'ovulation des deux ovaires est variable. Le minimum pour les cas que j'ai observés a été de quatre jours, et le maximum de cinq mois; mais, à cet égard, j'ai besoin de prolonger mes observations sur les mêmes sujets. Ce qui est désormais démontré pour moi, c'est que chaque ovaire ne fait qu'une ponte par an, et que cette ponte le plus souvent a lieu en même temps que la germination des plantes et le rut des animaux. (Commissaires, MM. Serres, Velpeau, Coste.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Voici la liste des candidats inscrits pour le concours pour 3 places de médecin au Bureau central, qui doit s'ouvrir lundi prochain 28 février. Il y a longtemps qu'on n'avait vu autant de concurrents pour un aussi petit nombre de places :

Arcbambault, Axenfeld, Barnier, Blachez, Blain des Cormiers, Blondeau, Boivin, Bucquoy, Cadet de Gassicourt, Canuet, Chauffard, Dal-Piaz, Debeauvais, Desnos, Dufour, Dumont-Pallier, Dupuy, Gallard, Géry, Grange, Gros, Guyot, Isambert, Labat-Durouchеaux, Laboulbène, Lamaestre, Landry, Lorain, Luys, Magnac, Maingault, Mesnet, Montanier, Moretin, Moynier, Parrot, Pibret, Potain, Prost, Rotureau, Simonet, Thibierge, Triboulet, Vidal, Zambaco.

— M. Ferrus, inspecteur général des établissements d'aliénés, vient d'être promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 23. — JEUDI 24 FÉVRIER 1859. (32e ANNÉE.) N° 23. — JEUDI 24 FÉVRIER 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 FÉVRIER 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu hier, sur la question du nervosisme, une très-bonne dissertation de M. Baillarger. Ce ne sont ni des critiques ni des objections que l'honorable académicien a eu l'intention d'élever contre le rapport, ce sont des observations ayant principalement pour objet de répondre à cette question de M. Bouillaud, que nous avons faite aussi avec lui : Qu'est-ce au juste que le nervosisme, quels sont ses caractères pathognomoniques, comment peut-on le distinguer des maladies avec lesquelles il aurait été confondu jusqu'à présent ?

Pour le nervosisme chronique, il ne saurait faire question, et l'on peut dire avec M. Baillarger que ce ne sont pas à coup sûr les faits qui manquent, ni les occasions de les observer, mais bien les caractères communs qui permettent de les classer et de les distinguer. Si de cette difficulté de résumer le tableau de cette affection en un petit nombre de traits caractéristiques, on voulait faire une objection contre son existence à titre d'espèce morbide, il faudrait renoncer à combattre l'objection, car l'état morbide dont il s'agit n'a ni symptômes pathognomoniques ni cause commune pour relier les phénomènes entre eux, ni un ordre de succession qui puisse servir de guide, ni lésions anatomiques qui leur tiennent lieu de caractère posthume. Le caractère du nervosisme, en un mot, est de n'en pas avoir.

C'est cette diversité même dans les phénomènes, que M. Cerise a si bien rendue par l'expression de névropathie *protéiforme*; c'est ce témoignage négatif de l'anatomie pathologique, ce défaut de localisation et jusqu'à cette diversité de causes, dont M. Bouchut a si bien fait ressortir la signification, qui en font précisément le caractère. Là-dessus, il y a accord parfait entre MM. Baillarger, Cerise, M. le rapporteur et l'auteur du mémoire. La même entente existe à l'égard de la séparation qu'il convient de faire entre le nervosisme d'une part, et l'hystérie et l'hypochondrie d'autre part, — nous entendons l'hypochondrie comme l'ont faite les modernes et non comme l'entendaient nos devanciers ; nous nous expliquerons plus tard là-dessus. L'hystérie et l'hypochondrie peuvent bien procéder en effet des causes qui produisent le nervosisme, elles y ont évidemment leurs racines ; mais elles ont l'une et l'autre des caractères spéciaux qui ne permettent plus de les confondre l'une avec l'autre, ni avec l'état nerveux proprement.

Mais là où commence la difficulté sérieuse, là où il peut y avoir dissidence, c'est quand on arrive au nervosisme aigu. C'est là-dessus que porte surtout la question de M. Bouillaud. M. Baillarger a gardé le silence sur ce point ; il attend à cet égard la réponse de M. Gibert. Le rapport a été, en effet, par trop parcimonieux d'explications ; et cependant c'est là la partie vraiment neuve et originale du travail de M. Bouchut.

Or, qu'est-ce que le nervosisme aigu ? Voici la description sommaire qu'en donne l'auteur dans l'extrait que le *Bulletin de l'Académie* a publié de son mémoire :

« L'état nerveux aigu se montre chez la femme plus que chez l'homme, au moment de l'apparition et de la cessation des règles, dans la grossesse et à la suite d'une lactation trop prolongée; chez les sujets de tempérament nerveux, à la suite d'une éducation énervante, des passions tristes et dépressives, des grands chagrins ou des revers de fortune ; après les veilles prolongées et les excès de travail ; après de violents excès vénériens ou la syphilis constitutionnelle ; dans la convalescence des maladies aiguës ; dans le cours des maladies chroniques ; à la suite de grandes émissions sanguines, d'une diète rigoureuse et prolongée, d'une alimentation malsaine et insuffisante, etc.

» Les nervosiques éprouvent un continuel sentiment de malaise accompagné de faiblesse, d'inappétence et de dégoût, quelquefois de ptyalisme, de nausées ou de vomissements ; de constipation résistante et d'irritabilité générale avec fièvre. Sans force, brisés par la courbature, obligés de garder le lit, quelques-uns ne peuvent lever la tête de l'oreiller sans craindre une défaillance ou la syncope ; ils supportent difficilement les odeurs, le bruit et la lumière. Leurs sens, devenus très-excitables, doués d'une irritabilité maladive, connue sous le nom d'hyperesthésie, souffrent dans leur exercice ou donnent lieu à des illusions sensoriales nombreuses, » etc.

Tels sont les traits généraux sous lesquels M. Bouchut dépeint le nervosisme aigu. Est-ce là, en effet, l'expression d'une affection essentielle, admissible au même titre que le nervosisme chronique, dont il ne différerait seulement que par le degré d'acuité et la marche rapide ? N'y a-t-il, au contraire, dans ce tableau, que des traits épars appartenant à des espèces morbides diverses ? — C'est sur ce point maintenant que la discussion nous semblerait pouvoir être portée avec fruit. M. Beau est inscrit pour mardi prochain. Espérons qu'il abordera cette partie de la question restée jusqu'à présent dans l'ombre.

Du nervosisme à l'hypochondrie, il n'y a, on vient de le voir, que l'épaisseur d'un léger dissentiment, qui tient moins au fond des choses qu'à un défaut de précision dans la langue ; de l'hypochondrie à la plique polonaise, il n'y a que l'épaisseur d'un cheveu... La transition sera donc toute naturelle entre la discussion sur le nervosisme et la lecture de M. Raciborski, qui l'a interrompue.

M. Raciborski, dans un très-intéressant travail sur la plique, a raconté l'histoire d'un hypochondriaque qui, d'après des idées spéculatives erronées sur la nature et le caractère critique de la plique, s'est donné, par des manœuvres artificielles, cette singulière affection. Il y a dans cette curieuse relation la révélation de deux faits qui sont de nature à jeter quelque jour sur le vrai caractère de la plique : d'une part, un nouveau témoignage à l'appui de l'opinion qui considère la plique comme le résultat de la malpropreté et d'un défaut de soins ; d'autre part un exemple d'une variété d'hypochondrie que personne jusqu'à présent n'avait songé à décrire, l'*hypochondrie trichomatique*. On trouvera aussi dans ce travail quelques considérations dignes d'intérêt, sur le rôle des productions cryptogamiques dans la plique et dans le favus. Il y a là plusieurs points dignes de fixer l'attention de la commission chargée d'examiner le travail de M. Raciborski.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

De la métrite chronique (1).

Phénomènes généraux. — Le plus souvent des troubles sympathiques accompagnent la métrite chronique, et ces troubles sont presque toujours les mêmes. Il est rare qu'il ne se développe pas une anémie un peu différente cependant de celle qu'on observe en dehors des affections utérines. Les yeux sont cernés, la figure est plus pâle et plus amaigrie que dans la simple anémie. — En même temps les forces sont diminuées, les malades redoutent l'exercice ; l'intelligence est la même, mais le caractère est plus agaçable. Cet état est souvent compliqué de cer-

(1) Suite. — Voir les numéros des 1er et 15 février.

FEUILLETON.

DON QUICHOTTE

ENVISAGÉ AU POINT DE VUE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Comme il y a une infinité de choses sages qui sont menées d'une manière très-folle, il y a aussi des folies qui sont conduites d'une manière très-sage.
(*De l'esprit des lois.*)

On a voulu assigner une place dans l'histoire de la médecine à la plupart des grands historiens et des poëtes de l'antiquité. C'est ainsi qu'on a essayé de mettre en relief les connaissances anatomiques d'Homère, cependant bien imparfaites ; que Thucydide, Virgile et Lucrèce, ont reçu leur tribut d'éloges pour la description qu'ils ont donnée des maladies pestilentielles, et que Montesquieu lui-même a été souvent cité pour sa théorie de l'influence des climats sur les institutions. Mais il est un homme dont les observations purement médicales ont jusqu'à présent échappé aux plus fervents admirateurs de la littérature ancienne, et que notre art doit réclamer comme lui appartenant de droit, nous voulons parler de l'Espagnol Cervantes Saavedra, l'auteur de l'ingénieux roman du *Chevalier de la Manche*. Depuis deux siècles et demi, l'œuvre de Cervantès jouit d'un très-grand succès dans la république des lettres ; la voici maintenant qui est inscrite dans les fastes de l'aliénation mentale.

Le docteur Morejon (don Antonio Hernandez), l'un des plus érudits de notre époque, a consacré, dans son grand ouvrage posthume (1), un mémoire tout à fait neuf et extrêmement intéressant à l'examen du livre de don Quichotte, qui, comme on le sait, fut composé dans le but si essentiellement moral de faire disparaître de l'Espagne une maladie chronique présentant des caractères épidémiques, et entretenue par la lecture pernicieuse et frivole des romans de chevalerie, auxquels on devait depuis longtemps la perversion du goût public et la fermentation fantasque de toutes les têtes. Nous n'aurions jamais eu connaissance, à coup sûr, du curieux travail de Morejon, sans le secours de notre distingué confrère, M. J. M. Guardia, qui, par un heureux et rare concours de circonstances, est docteur ès lettres et docteur en médecine, polyglotte émérite et Espagnol d'origine. M. Guardia a donc traduit, annoté, et très-récemment publié le mémoire de Morejon (1).

(1) *Histoire bibliographique de la médecine espagnole.*

Comme ce dernier a le soin de nous le rappeler, Cervantès s'est attaché à décrire une espèce particulière de folie. Il a commencé par étudier la manière d'être et les habitudes du sujet, par faire l'énumération de toutes les prédispositions et des causes occasionnelles ; il a marqué le siége de la maladie, passé en revue ses périodes, noté les changements survenus et le mode de terminaison ; il est entré dans quelques détails à propos du pronostic, et, enfin, a adopté les moyens de traitement les plus convenables. On ne saurait en vérité se conformer plus strictement aux règles de l'art.

Parcourons maintenant avec Morejon l'observation du fou célèbre :

« *Prédispositions et causes.* — Conditions qui prédisposent à la folie :

» 1° Le tempérament bilieux et mélancolique. — Don Quichotte « était de haute taille, d'une complexion robuste ; le visage maigre, le corps sec et velu. »

» 2° L'âge viril ou l'âge mûr. — Don Quichotte « frisait la cinquantaine. »

» 3° La pénétration et la culture de l'intelligence. — Don Quichotte avait de l'esprit, une mémoire excellente, et beaucoup d'instruction ; il possédait toutes les connaissances d'un chevalier errant : la théologie, la jurisprudence, la médecine, la botanique, l'astronomie, les mathématiques, l'histoire et autres.

(1) *Etude médico-psychologique sur l'histoire de don Quichotte.* — Broch. in-8°. Chez J. B. Baillière et fils.

» 4° L'orgueil de race et la noblesse. — Don Quichotte était gentilhomme (hidalgo) et de la Manche, descendant en droite ligne, et par les mâles, de Gutierre Quijada, le vainqueur des fils du comte de Saint-Pol.

» 5° Les exercices violents. — Don Quichotte était grand chasseur de lièvres.

» 6° La transition d'une vie active à l'oisiveté. — Don Quichotte « négligea presque de tout point l'exercice de la chasse et même l'administration de son bien. »

» 7° Les aliments de haut goût, visqueux et difficiles à digérer. — Don Quichotte « mangeait le plus souvent à son souper du hachis de viande, des lentilles le vendredi, des abatis de bétail le samedi, et quelque pigeonneau de surcroît le dimanche. »

» 8° Les saisons d'été et d'automne. — Don Quichotte éprouva ses plus grands accès de folie le 28 juillet, le 17 août et le 3 octobre.

» 9° Les passions amoureuses. — Don Quichotte était fortement épris.

» 10° L'excès de lecture. — Don Quichotte vendit plusieurs fanègues de terre de semence pour acheter des livres de chevalerie et des poésies érotiques.

» 11° Les veilles prolongées. — Don Quichotte « lisait sans cesse le jour et la nuit, si bien qu'à force de lire et de ne pas dormir, tout le reste aidant, son cerveau se dessécha de telle sorte qu'il en perdit le jugement. »

» On trouve marqués dans ces derniers mots, avec autant de précision et de clarté qu'auraient pu le faire Hippocrate et Boerhaave, l'organe malade, le siége, la cause prochaine de l'affection. »

» *Symptomatologie.* — Le mot *folie* est générique : il embrasse différentes espèces et même des variétés; aussi les symptômes sont-ils toujours en rapport avec la diversité des causes qui la produisent. Une fois que don Quichotte eut complètement perdu la raison, il s'imagina que tout ce qu'il avait lu dans les livres de chevalerie et dans les poésies érotiques était réel. Dès lors son imagination ne rêva plus que

taines névroses : tantôt ce sont des migraines, tantôt des névralgies diverses qui se manifestent, telles que des gastralgies, des tiraillements d'estomac, des entéralgies avec sécrétions gazeuses, abondantes, et tympanite.

Au cœur, de faibles palpitations se font sentir quelquefois, et il existe toujours un bruit de souffle au premier temps, se propageant dans les carotides. Cette anémie est bien évidemment liée à une diminution de proportion des globules du sang. J'ai eu souvent l'occasion d'analyser le sang de ces malades, et les globules étaient représentés par 110, 100 et même 90 chez les femmes atteintes de ramollissement inflammatoire avec hémorrhagie.

Dans la clientèle civile, il n'est pas rare de voir traiter longtemps ces anémies sans aucune espèce de succès, parce qu'on ne fait pas assez attention à la cause du mal.

Je puis citer ici l'observation d'une dame que l'on a traitée pendant neuf ans d'une anémie considérable sans pouvoir refaire les globules. Je reconnus une métrite chronique. Un traitement convenable triompha de cette inflammation, et l'anémie guérit très-rapidement d'elle-même.

Y a-t-il de la fièvre dans la métrite chronique?

Il existe quelquefois un mouvement fébrile le soir, et même des sueurs nocturnes semblables à celles qui annoncent le ramollissement tuberculeux ; il faut s'en défier.

Quelle est la *marche* de la métrite chronique du corps de l'utérus?

Elle est continue, avec des exacerbations aux époques menstruelles ou consécutivement à des imprudences. — La *durée* est indéterminée. Elle peut se prolonger plusieurs mois et même quelques années. Une circonstance remarquable est la terminaison spontanée de cette maladie à l'âge critique.

Métrite chronique du col. — Cette variété est beaucoup plus fréquente que la précédente. Son début est en général lent; elle commence par des douleurs lombaires, puis les règles deviennent douloureuses. La leucorrhée, si elle existait déjà, est plus abondante.

D'autres fois ce début est encore plus insidieux. Les malades n'éprouvent qu'un peu de pesanteur dans le bas-ventre ; elles sont anémiques, et accusent des gastralgies que l'on traite vainement par les moyens ordinaires.

Une fois la maladie développée, nous rencontrons encore ici des phénomènes locaux et des phénomènes généraux.

Phénomènes locaux. — Les douleurs locales et d'irradiation sont moins intenses que dans la métrite du corps. Ces douleurs, du reste, s'irradient moins souvent, et lorsque ce phénomène existe, c'est plutôt vers la région lombaire que vers la région inguinale ou la partie interne des cuisses qu'on l'observe.

Le toucher vaginal, l'introduction du spéculum, l'exercice du coït augmentent beaucoup cette douleur.

Par le toucher, on constate aussi que le col est plus chaud, plus volumineux, qu'il est ou non déplacé, avec ou sans granulations.

Le *spéculum* permet de voir ces granulations et ces ulcérations lorsqu'elles existent : en un mot, toutes les altérations de la muqueuse, telles que le ramollissement, l'épaississement, le décollement, les sécrétions diverses, etc.

Je n'attache pas, comme on le voit, une importance particulière aux ulcérations. Ainsi que je l'ai déjà dit, je ne les considère pas comme une maladie à part, à l'exemple des auteurs d'un assez grand nombre de thèses, et en cela je suis d'accord avec tous ceux qui s'occupent sérieusement des maladies de l'utérus. On ne rencontre jamais d'ulcérations sur un col non enflammé; les ulcérations syphilitiques même sont précédées d'une inflammation spécifique.

Les *écoulements* sont de deux espèces. C'est tantôt du muco-pus, tantôt du mucus purulent. Le premier de ces liquides est du mucus infiltré d'un certain nombre de granulations graisseuses et de globules de pus; le second est un mélange de pus véritable avec ce même mucus. Le mucus purulent, comme nous l'avons dit, est un résultat de l'ulcération. Sa quantité est subordonnée à l'étendue de la surface ulcérée. Ces liquides déterminent souvent à la vulve et à la partie interne des cuisses des érythèmes, des eczémas rebelles.

La métrite chronique du col, comme celle du corps, exerce une influence fâcheuse sur les organes voisins.

Il peut y avoir quelques troubles du côté de la vessie, et la constipation manque rarement.

Les désordres menstruels sont remarquables. Lorsque l'inflammation existe avec induration, la menstruation est douloureuse et irrégulière.

Dans l'inflammation avec ramollissement ou état fongueux, comme on l'a dit, les règles sont très-abondantes ; il peut ne pas y avoir d'interruption de perte sanguine entre deux époques.

Symptômes généraux. — La plupart des phénomènes généraux qu'on observe chez ces malades ont leur cause directe dans une diminution considérable des globules du sang. Cette anémie des femmes atteintes d'une inflammation chronique du col de l'utérus, sur laquelle j'ai si souvent insisté, est plus profonde et plus prompte à se produire chez les personnes qui présentent le ramollissement inflammatoire. Elle est caractérisée *spécialement* par de l'amaigrissement, la décoloration de la peau, la présence d'un cercle noir autour des yeux, qui sont enfoncés dans l'orbite. En même temps, les personnes sont tristes, excitables, dans un état nerveux continuel.

L'appétit est bizarre, quelquefois augmenté, plus souvent diminué.

Des gastralgies insupportables tourmentent les malades. C'est, dans la majorité des cas, la forme que les femmes appellent tiraillements d'estomac.

Il se fait dans les intestins une abondante sécrétion de gaz.

On entend au cœur un souffle anémique, qu'il faut bien se garder de prendre pour un bruit de chlorose chez les femmes mariées.

Lorsque des anémiques se présenteront à vous dans de telles conditions, gardez-vous de perdre du temps à prescrire des toniques. Insistez pour obtenir un examen de l'utérus. Il vous suffira alors de guérir la métrite pour faire disparaître l'anémie.

Terminaison. — Cette inflammation tend à se prolonger indéfiniment, et, comme la variété précédente, elle guérit seule à l'âge critique.

Plusieurs questions se présentent ici.

La métrite chronique du col peut-elle dégénérer en cancer? Aujourd'hui on doit répondre à cette question par la négative.

Lorsqu'une inflammation du col se développe chez une jeune fille non déflorée, doit-on inciser l'hymen et appliquer le spéculum? Je me suis constamment élevé contre cette pratique. D'abord on trouve souvent des obstacles du côté des parents, et ensuite cela n'est pas indispensable. Les trois cas de ce genre que j'ai rencontrés dans ma pratique ont cédé au traitement hydrothérapique, et j'ai toujours pu, sans léser la membrane, m'assurer du diagnostic soit par l'examen de l'écoulement, soit par l'introduction d'une sonde en caoutchouc, qui m'a permis de constater la sensibilité, la tuméfaction et l'abaissement du col.

Quelle est l'influence de ces inflammations sur la grossesse?

Quelquefois cette influence est nulle. Dans d'autres cas, les femmes devenues enceintes souffrent beaucoup, perdent du sang; l'avortement pourrait même en être la conséquence. Lorsque l'accouchement arrive à terme, ce col malade ne se dilate pas, il se déchire, et cet accident prédisposerait à la fièvre puerpérale, d'après M. Bennett.

M. Aran critique avec raison cette dernière idée du médecin de Londres.

Pour mon compte, je crois qu'il peut y avoir de la douleur, quelques légers écoulements sanguins qui trompent les femmes sur l'époque de la cessation de leurs règles, mais je n'ai jamais vu l'avortement survenir sous l'influence d'une inflammation chronique du col. Du reste, la grossesse n'est pas une contre-indication absolue au traitement de la maladie. Je dois ajouter qu'il est rare de voir l'inflammation chronique du col survenir après l'âge critique. Cependant, on a observé quelques cas ayant surtout la forme du ramollissement inflammatoire. Ces lésions tardives ont toujours été terribles à combattre.

Diagnostic des inflammations chroniques de l'utérus. — Ce diagnostic est-il difficile? Je ne le crois pas. Si l'on fait attention aux symptômes et aux moyens d'investigation que j'ai indiqués pour chaque variété et pour chaque forme, on se trompera difficilement.

L'état fongueux pourrait être confondu avec le cancer. Mais dans le cancer, le col est plus dur, des adhérences soudent l'utérus avec les parties environnantes. Je ne connais pas un seul exemple de cancer au deuxième degré qui n'ait pas envahi le vagin. C'est là une lésion caractéristique du cancer.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. Chapplain.

Des pièces de monnaie engagées dans l'œsophage.

De tous les conduits de l'économie, il n'en est pas un seul où on trouve plus souvent des corps étrangers que l'œsophage. Le fait suivant s'est offert à mon observation, et, bien qu'il soit des plus simples, qu'il n'ait donné lieu à aucun accident, j'ai pensé qu'il pourrait présenter quelque intérêt.

Je me rendais, il y a quelques jours, à l'Hôtel-Dieu, pour prier un de mes internes de venir m'assister dans une opération, quand je trouvai dans le cabinet de garde un ouvrier de trente ans environ, qui venait réclamer les secours de l'hôpital pour qu'on lui enlevât une pièce de 5 francs qu'il avait avalée la veille et qui s'était arrêtée dans l'œsophage. Cet homme ne présentait aucun signe qui pût faire reconnaître l'accident qui lui était arrivé. Pas de suffocation; la main, portée à la base du cou, au point où le sujet percevait la sensation du corps étranger, ne sentait aucune dureté, aucune tumeur. Le malade éprouvait une douleur assez vive, à peu près au niveau du bord supérieur du sternum. Il n'avait pu, depuis la veille, prendre aucune alimentation.

Je voulus m'assurer d'abord de la présence du corps étranger ; pour cela, j'engageai une sonde en gomme élastique, et quand j'en eus introduit les trois quarts environ, je me sentis arrêté, et en frappant légèrement, je fus convaincu de la présence d'un corps solide placé dans le point indiqué par le malade. Je pris alors l'instrument de Græfe, et je le portai une première fois dans l'œsophage sans obtenir le résultat que je cherchais. En ramenant l'instrument au dehors, j'éprouvai une résistance assez grande qui me fit penser que je ramènerais la pièce de monnaie; mais cette difficulté n'était produite que par la résistance des parois, qui furent éraillées par l'instrument. Je reportai une seconde fois le crochet ; je sentis le double contact métallique de la pièce d'argent et du crochet, je perçus le moment où ce dernier avait dépassé le corps étranger; je fis alors basculer l'instrument de manière à rendre saillant le côté du crochet correspondant à l'écu; j'étais en avant du corps étranger; je ramenai alors à moi l'instrument avec ménagement, et bientôt la pièce de 5 francs soulevée était ramenée

---

querelles, batailles, défis, blessures, déclarations et propos d'amour, peines et soucis, et autres extravagances impossibles. Il se mit si bien dans la tête que tous ces rêves de l'imagination, fruit de ses lectures, étaient vrais, qu'il n'y avait pas pour lui d'histoire plus certaine. Aussi conçut-il le dessein de se faire chevalier errant, et d'aller par le monde, courant les aventures. Tel est le caractère spécifique de cette étrange et singulière folie : l'ensemble de ces circonstances constitue ce que les médecins appellent le *syndrome* symptomatologique (énumération de symptômes sans rapport obligé à des maladies déterminées). Ainsi la forme et les symptômes de l'affection de don Quichotte sont constitués par la série d'accès successifs d'arrogance, d'orgueil, de vaillance, de fureur, d'audace, qui se manifestèrent à tour de rôle pendant le cours de la maladie et dans chacune de ses périodes. On y voit toujours que les objets extérieurs qui tombaient sous les sens du malade, loin de produire des sensations ou des images régulières, occasionnaient des troubles graves dans son jugement, se peignant et se reproduisant dans son imagination conformément à la disposition intérieure de son cerveau dérangé.

» *Temps et périodes de la maladie.* — Toutes les maladies sans exception, les plus longues comme les plus courtes, ont leurs périodes : Cervantes n'a eu garde de soustraire son malade à cette règle posée par Galien : le début, l'augment, l'état et le déclin de la folie, sont indiqués magistralement dans son ouvrage par autant de sorties ou d'escapades de don Quichotte.

» Elle débuta l'été et s'annonça de la sorte : le héros parlait tout seul dans son appartement de choses concernant la chevalerie, analogues aux causes occasionnelles de sa maladie ; il s'escrimait, l'épée en main, contre les murailles, comme pour s'essayer à vaincre les géants, les félons et les malandrins, dont il voulait triompher, à redresser les torts et à demander satisfaction des injures et offenses.

» Ensuite il se mit à préparer toutes sortes d'armes, et conçut le projet de s'en aller par le monde, exerçant la profession de chevalier errant; projet qu'il exécuta par son escapade du 28 du mois de juillet, un des jours les plus chauds de la saison, et dans la nuit duquel se manifestèrent les premiers accès de fureur et d'audace de sa folie, suivis bientôt après de la rencontre du garçon à moitié nu, lié au tronc d'un chêne, et des marchands de Tolède. »

« L'augment de la maladie est marqué à partir de la deuxième sortie de l'ingénieux hidalgo jusqu'à son retour chez lui. Dans cet intervalle eurent lieu le combat contre les moulins à vent, la rencontre entre le héros de la Manche et le Biscayen, l'aventure des maquignons sans pitié, celle de l'auberge prise pour un château, celles du convoi funèbre, du moulin à foulon et de l'armet de Membrin, la délivrance des forçats, la pénitence dans la retraite de la sierra Morena, la bataille contre les outres de vin rouge, et les démêlés avec les membres de la sainte Hermandad et les flagellants. — Dans le récit de cette période d'augment, Cervantes entraîne irrésistiblement l'admiration de tout médecin philosophe. Dans cette partie de son livre, il a retracé à mon sens cette espèce ou mieux encore cette variété de manie dont Arétée a dit à la fin du chapitre qu'il lui a consacré : « Il existe une autre espèce de délire, dans lequel les malades se déchirent les membres, croyant pieusement que les dieux le veulent ainsi et leur savent gré de cette conduite. » Le tableau qu'a tracé l'auteur espagnol de la manie de don Quichotte, imitant le beau Ténébreux, surpasse l'original du médecin de Cappadoce.

» C'est là que Cervantes a rassemblé tous les traits qui marquent le plus haut degré d'intensité de cette maladie, savoir : tolérance incroyable de veilles continues, abstinence prolongée et effrayante d'aliments, insensibilité à l'action du froid, profonds soupirs, pleurs, prières ferventes, envie très-prononcée de déchirer ses vêtements, de s'en dépouiller, de rester en chemise, de faire des cabrioles et des culbutes la tête en bas, développement énorme de la force des nerfs et des muscles, mortification du corps en l'honneur de la déesse de ses amours, la sans pareille Dulcinée. »

. . . . . « Les nuances qui distinguent les alternatives du caractère moral de la monomanie sont : l'orgueil, la superbe, le sentiment exagéré de la valeur personnelle, et la confiance en ses propres forces. Don Quichotte se vantait à tout moment de la vigueur de son bras infatigable ; et dans certaine circonstance, il alla jusqu'à dire à son écuyer que le ciel n'avait créé, ni l'enfer jamais vu, quelqu'un qui fût capable de l'intimider et de lui faire peur.

» La dernière sortie du héros jusqu'à sa défaite à Barcelone par le chevalier de Blanche-Lune, à la suite de laquelle il rentra chez lui pour la troisième fois, constitue les périodes d'état et de déclin de sa folie. Les symptômes de cette période furent : le char des assises de la Mort, le combat avec le chevalier des Miroirs, la rencontre des lions, la caverne de Montésinos, la fameuse aventure de la barque enchantée, celle de la duègne affligée, la lutte inégale avec Tosilos, la bataille contre les taureaux, l'aventure de la belle Moresque, celle des porcs, de la tête enchantée, et enfin celle du chevalier de Blanche-Lune, où commence la transition d'une maladie à une autre, transition que les Grecs appelaient *métaptose*, et qui est un des sujets les plus curieux et les plus difficiles de la médecine pratique.

» *Transformation de la folie.* — Les maladies passent quelquefois ou s'étendent d'un organe à un autre, sans que la lésion primitive en soit amoindrie ; ou bien elles varient d'un endroit à un autre, l'organe primitivement lésé restant sans lésion, mais conservant toujours l'essence première du mal. D'autres fois elles changent de siége et de nature, quand il survient une maladie différente de la première : question importante dans la médecine pratique, et malheureusement peu étudiée. Cervantes nous offre un exemple de cette transformation de la maladie. Il survient à Don Quichotte une fièvre aiguë, et aussitôt tous les caractères physiques et généraux de l'affection primitive changent. Changement curieux à trois points de vue : d'abord pour la médecine pratique; ensuite par rapport à la médecine légale, car sans cette transformation Don Quichotte n'aurait pu tester, ou du moins son

dans la bouche et le malade délivré de l'obstacle qu'il avait dans l'œsophage.

Cette observation est toute simple; elle m'a amené cependant à faire quelques recherches sur les corps étrangers, notamment sur les pièces métalliques engagées dans l'œsophage. Ces recherches m'ont démontré combien il était important que ces pièces de monnaie ainsi engagées fussent promptement retirées, combien un séjour trop prolongé rendait leur extraction difficile. J'ai rencontré enfin plusieurs exemples de mort provenant de la continuité de leur séjour et des altérations qui en sont la conséquence.

Pour les corps métalliques, tels que les pièces de monnaie, l'instrument de Græfe est ordinairement celui qui donne les meilleurs résultats. Cependant on ne réussit pas toujours par ce moyen, alors même que les tentatives d'extraction sont faites immédiatement après l'accident. M. Richet ne put enlever, à l'aide de cet instrument, une pièce de 2 francs qui s'était arrêtée dans l'œsophage d'une jeune fille. Cinq fois il accrocha le corps étranger, et lorsqu'il exerça des tractions, la pièce abandonna l'instrument. M. Richet étudia sur des cadavres la cause de cet insuccès, qu'il rapporte à ce que la pièce tournait dans le godet de l'instrument. Mais la jeune fille sortit conservant sa pièce; par conséquent ce chirurgien n'a pu connaître la cause réelle de l'obstacle.

M. Follin cite encore un fait qui tend à prouver qu'une pièce métallique trop petite peut également présenter des difficultés qui rendent son extraction impossible. — Un enfant de trois ans avait avalé deux pièces de 1 centime, qui demeurèrent fixées au niveau du bord supérieur du sternum; le crochet de Græfe ne fit que permettre de constater leur présence. Le chirurgien craignant, par des tentatives trop longtemps répétées, d'enflammer l'œsophage, poussa ces petits corps dans l'estomac au moyen d'une éponge; ils furent rendus le lendemain par les selles à l'aide d'un purgatif.

Ces faits sont cependant des exceptions, et dans la grande majorité des cas, quand des tentatives sont faites peu de temps après que le corps est engagé dans l'œsophage, on peut ordinairement l'extraire sans éprouver une grande difficulté. Cependant l'instrument lui-même présente, lors de son extraction, deux crochets qui peuvent léser la muqueuse et en déterminer l'inflammation. M. Richet a vu aussi dans un cas l'anneau accroché par le cartilage cricoïde et difficile à retirer.

Quand le corps étranger est demeuré engagé pendant quelques jours dans l'œsophage, deux phénomènes surviennent; d'une part, une contraction spasmodique du conduit, qui produit un rétrécissement tant au-dessus qu'au-dessous du corps étranger, rétrécissement qui peut apporter un obstacle invincible à l'extraction. Le second phénomène est l'inflammation et le ramollissement du tissu de l'œsophage.

Cette altération présente un danger réel relativement aux tentatives que l'on peut faire pour ramener le corps étranger au dehors. Quand l'œsophage a conservé son état normal, nous avons vu que l'instrument de Græfe pouvait y déterminer des altérations importantes. A quels dangers ne sera-t-on pas exposé dans la période d'inflammation, de ramollissement! Aussi la plupart des chirurgiens préfèrent-ils l'opération de l'œsophagotomie, lorsque le séjour du corps étranger dans l'œsophage date de plusieurs jours, et que le sujet présente des symptômes d'inflammation locale.

Au bout de combien de temps survient-il une inflammation locale, jusques à quand est-il permis de tenter l'extraction du corps étranger, quand est-il indiqué de pratiquer l'œsophagotomie?

Cette question me paraît insoluble, car ce temps doit varier suivant les cas et suivant les sujets. En effet, ce qui m'amène à poser cette question, dont la solution me paraîtrait avoir une grande importance, est le fait cité par M. Demarquay dans la séance de la Société de chirurgie du 9 août 1854.

Un jeune garçon de cinq ans avait une pièce d'un sou engagée dans l'œsophage, le 26 juin; le 27, tentative d'extraction sans résultat; le soir même, soit moins de 36 heures après que le corps étranger s'est introduit dans le canal œsophagien, il y a une douleur violente de la base du cou et un emphysème existant dans la partie supérieure du corps, qui témoignait déjà de la perforation des tuniques de l'œsophage.

Les pièces de monnaie engagées dans l'œsophage peuvent entraîner la mort. Elles produisent des accidents de nature différente, en déterminant des altérations profondes sur plusieurs des organes en rapport avec le conduit dans lequel elles se trouvent placées.

Martin, cité par le professeur Velpeau dans le *Dictionnaire de médecine*, rapporte qu'un homme fut pris, en s'amusant avec ses camarades, de vomissements de sang. L'hémorrhagie résista à tous les moyens et fit périr le malade. On apprit après la mort que cet homme avait avalé plusieurs fois des pièces de cinq francs qu'il rendait par la voie des selles. Quinze jours avant, il avait avalé une pièce qu'il n'avait pas rendue. A l'autopsie, on la trouva dans l'œsophage solidement retenue par les parois du conduit à la hauteur des bronches. Elle avait perforé l'œsophage et l'aorte.

M. Denonvilliers a présenté à la Société de chirurgie, dans la séance du 9 janvier 1856, une pièce pathologique provenant d'un homme qui avait avalé une pièce de cinq francs. Ce corps étranger, arrêté dans l'œsophage, ulcéra la paroi de ce conduit membraneux, puis la paroi de l'aorte elle-même; la mort survint à la suite d'une hémorrhagie foudroyante. On voyait sur cette pièce pathologique la pièce de monnaie engagée partie dans l'œsophage, partie dans l'aorte.

Les perforations de l'aorte paraissent être les terminaisons les moins rares parmi les accidents qui entraînent la mort, et qui sont causés par la présence de corps étrangers réguliers tels que sont les pièces de monnaie. Les pulsations aortiques sont peut-être la cause de ce mode de terminaison, car le corps étranger, se mettant en rapport avec la paroi vasculaire après la perforation des parois de l'œsophage, présente un obstacle contre lequel s'éraillent plus facilement les tuniques artérielles dans leurs battements réguliers et si souvent renouvelés.

M. Paterson rapporte un fait dans lequel la perforation des tuniques de l'œsophage s'est opérée dans un autre sens. Un jeune enfant de cinq à six ans, jouant avec de petites pièces d'étain représentant des assiettes, avale une de ces pièces métalliques, qui va s'arrêter dans l'œsophage. Les premiers accidents consécutifs à l'ingestion du corps étranger s'étant dissipés, ce n'est que cinq mois après que de nouveaux symptômes graves se montrent. L'enfant souffre, l'ingestion des liquides détermine des accès de toux, de la suffocation, des vomissements; l'examen de l'œsophage permet de constater la présence d'un corps étranger, mais on ne fait pour l'extraire aucune tentative: l'enfant succombe.

La petite assiette d'étain avait perforé la double paroi de l'œsophage et de la trachée, et s'était fixée dans cette ouverture accidentelle, le creux de l'assiette tourné en haut, de manière à former une gouttière qui portait tous les liquides de l'œsophage dans la trachée.

Il est d'autres corps étrangers métalliques qui sont arrivés par une autre voie dans la cavité thoracique. M. Demarquay a rapporté le fait dont déjà nous avons parlé relativement à la rapidité avec laquelle les phénomènes inflammatoires ou ulcératifs peuvent se développer. Le sou, qui constituait le corps étranger, avait perforé la paroi postérieure de l'œsophage au niveau de la jonction de ce canal avec le pharynx, s'était porté en arrière de l'œsophage, où il s'était formé un abcès descendant jusqu'au niveau de la cinquième vertèbre dorsale. Le sou occupait le fond de cet abcès, avait perforé la paroi droite du médiastin postérieur, et se trouvait engagé ainsi partiellement dans la cavité droite de la poitrine. Les boissons, suivant ce trajet artificiel, étaient tombées dans la cavité pleurale correspondante.

Ces faits m'ont paru dignes du plus grand intérêt: je les livre à mes confrères, avec l'espoir de leur être utile.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 février 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Charente, de l'Aube et de l'Ariége;

2° Deux rapports relatifs à une épidémie de fièvres typhoïdes, par MM. les docteurs Fouquet, de Vannes, et Maurin, de Crest (Drôme (commission des épidémies);

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une lettre de M. le docteur Dugas (de Marseille), qui sollicite le titre de membre correspondant;

2° Une réclamation de M. le docteur Petit (de Maurienne), à propos de quelques erreurs qui se seraient glissées dans le rapport de M. Londe sur son travail intitulé *De la ventilation* (renvoi à M. Londe);

3° Une note de M. Berthé, pharmacien, sur le titrage de l'opium (Commissaire, M. Boudet) (nous publierons cette note dans un prochain numéro);

4° Un travail intitulé *Observations médicales relatives à l'emploi de l'eau salée de la rivière de Salz à Rennes-lez-Bains*, par M. le docteur Cazaintre, médecin inspecteur. (Commission des eaux minérales.)

5° Une note relative à la prétendue influence de la vacciuation sur la production de la fièvre typhoïde, par M. le docteur Marquez, de Colmar. (Commission de vaccine.)

6° Un mémoire de M. Eug. Marchand (de Fécamp), ayant pour titre: *Recherches sur la production et la constitution chimique du lait sécrété par les vaches normandes pures et par les vaches normandes croisées de Durham.* (Commissaires: MM. Boudet, Poggiale et Boullay.)

7° Une observation d'hydro-sarcocèle à double sac interne et externe, par M. le docteur Peixoto, de Rio-Janeiro. (Commissaires: MM. Grisolle, Jobert et Larrey.)

8° Un pli cacheté déposé par M. Baudrimont.

Le dépôt est accepté.

— M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Renauldin, membre de la section d'hygiène et de médecine légale.

Une députation de l'Académie a assisté aux obsèques du vénérable défunt.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Gibert. La parole est à M. Baillarger.

Suite de la discussion sur le nervosisme.

M. Baillarger. Je viens présenter à l'Académie quelques courtes observations sur le travail de M. Bouchut, mais surtout répondre en partie à un désir exprimé dans la dernière séance par M. Bouillaud.

M. Bouillaud a semblé regretter que l'objet du travail de M. Bouchut, c'est-à-dire le nervosisme, n'ait pas été plus exactement défini dans le rapport. Qu'est-ce au juste que le nervosisme? Quels sont ses caractères pathognomoniques? Comment peut-on le distinguer des maladies avec lesquelles il aurait été jusqu'à présent confondu? Telles sont les questions dont M. Bouillaud aurait désiré trouver la solution dans le rapport.

M. Gibert, il est vrai, a bien dit que le nervosisme correspond à l'état décrit par M. Gillebert-Dhercourt, sous la dénomination de *surexcitation nerveuse*, et que sous sa forme la plus commune il se rapproche de « ce que les médecins qui nous ont précédés désignaient habituellement sous les noms de mélancolie et d'hypochondrie »; mais cela n'a pas paru suffisant.

Il ne m'appartient pas de devancer la réponse de M. Gibert aux objections qui lui ont été adressées, mais je crois devoir établir dès ce moment une distinction qui pourra peut-être aider à la discussion. M. Bouchut a décrit deux formes de nervosisme: le nervosisme aigu et le nervosisme chronique. Or, si le nervosisme aigu est une maladie nouvelle à peine entrevue jusqu'ici, il n'en est pas de même du nervosisme chronique. Celui-ci, comme l'indique M. Bouchut, a été déjà décrit sous les dénominations très-différentes de vapeurs, d'hystéricisme, d'état nerveux, de névropathie protéiforme, de névropathie générale, de surexcitation nerveuse, de cachexie nerveuse, etc.

Comme on le voit, ce ne sont ni les dénominations ni les descriptions qui ont manqué.

Il y a donc ici deux états à examiner:

L'un, qui est décrit pour la première fois, c'est le nervosisme aigu; l'autre, depuis assez longtemps connu, c'est le nervosisme chronique.

Or je crois que l'objection faite à M. Gibert subsiste quant au nervosisme aigu. C'est, comme je viens de le dire, un état nouveau qui n'est décrit que dans le travail de M. Bouchut, et il serait à désirer, pour compléter le rapport, que M. Gibert pût nettement spécifier en quoi il consiste.

Quant au nervosisme chronique, le rapporteur pouvait assurément, comme il l'a fait, se borner à renvoyer aux descriptions déjà données par plusieurs auteurs.

En attendant que M. Gibert vienne compléter son travail pour ce qui a trait au nervosisme aigu, je vais m'occuper du nervosisme

---

testament eût été nul; enfin, à cause de l'influence qu'eut ce changement sur le pronostic et la terminaison de la maladie.

» *Pronostic.* — Le changement subit de la folie en un découragement amer, en une mélancolie profonde, et la complication d'une fièvre aiguë, le passage brusque de la folie à la raison; autant de circonstances qui doivent inspirer des craintes pour la vie du malade: et ce fut précisément cet ensemble de phénomènes qui fit présager la mort du célèbre chevalier.

» *Plan curatif et traitement moral.* — Le plus grand titre de Pinel à la gloire, c'est, de l'aveu de Broussais, l'application du traitement moral aux aliénations mentales. Mais cette gloire est due aux Espagnols plutôt qu'à Pinel. Cet auteur français, dans son précieux ouvrage, loue la méthode adoptée dans la maison d'aliénés de Saragosse, où l'on mit avant lui cette théorie en pratique. Cette idée, Saragosse l'emprunta peut-être à Valence, et deux cents ans avant Pinel, Cervantes la mania magistralement avec tant de génie et d'habileté qu'on ne peut qu'admirer la stratégie médico-morale qu'il employa pour calmer la fureur et les transports de son chevalier errant; moyen non moins original que celui dont il usa pour bannir de l'Espagne l'épidémie de mauvais goût qui portait tout le monde à la lecture des livres de chevalerie.

Pour diriger le traitement moral de la mélancolie et de la manie, il faut avoir fait une profonde étude du cœur humain et de l'entendement en général, et une étude particulière des malades. Cervantes remplissait ces deux conditions: il connaissait Don Quichotte comme s'il eût été son propre fils, et nul ne pouvait mieux que lui découvrir les moyens de le soulager.

» Six personnes figurent dans son histoire, qui prennent part au traitement, avec des rôles différents, pour remplir les deux extrêmes de l'épigraphe de Boerhaave: le curé, homme instruit, maître Nicolas et Sanson Carrasco, favorisant la marotte du chevalier; le chanoine de Tolède, la gouvernante et la nièce la combattant avec force. »

... « Non-seulement Cervantes précéda Pinel dans le traitement moral de la folie, mais encore Broussais lui-même, dans cette doctrine qui lui a fait tant de prosélytes en Europe; car l'auteur espagnol établit que l'*estomac est le laboratoire où se fabrique la santé*; et par ce mot du fou de Séville, il fit voir qu'il connaissait les rapports qui existent entre ce viscère et les altérations du jugement. »

« Une seule chose manque, à mon sens, dans l'ouvrage de Cervantes pour que l'histoire fût complète: c'est l'ouverture du cadavre de Don Quichotte. Peut-être a-t-il négligé de l'insérer, parce qu'il était convaincu de l'insuffisance de l'anatomie pathologique dans cette espèce de maladie, ou bien parce que le malade ayant recouvré la raison, la sécheresse du cerveau n'était plus la cause prochaine ni le siége de cette cause, transformée en une autre maladie, et que, par conséquent, on n'aurait rien trouvé qui coïncidât avec les écarts de l'imagination. Peut-être aussi que le vrai motif fut l'impossibilité de la faire, par suite des préjugés de la famille et des proches parents du mort, surtout dans un village. »

Le docteur Morejon termine son mémoire en recommandant aux médecins de lire *Don Quichotte* non pas comme un passe-temps et pour rire un moment, mais pour admirer combien Cervantes eut toujours présentes à l'esprit toutes les conditions requises pour un semblable travail; pour considérer avec quel talent il a présenté une espèce des plus neuves de la folie, et par quels artifices il a su rendre ce fou intéressant sans le rendre ridicule dans ses extravagances, au point qu'il inspire, dit-il, dans tous ses transports, un intérêt secret pour la réussite de ses aventures chevaleresques.

L'élégant traducteur, M. le docteur Guardia, devra certainement trouver dans le succès qui est dû à sa publication, un précieux encouragement, et puisqu'il sait si bien allier les lettres à la médecine, nous le prions de n'en pas rester là: il a tout à gagner en sortant des voies ordinaires de l'observation scientifique.

Dr Legrand du Saulle.

chronique. Je ne sais si je parviendrai sur ce point à satisfaire M. Bouillaud, j'ai même quelques raisons d'en douter; mais très-certainement M. Bouillaud me tiendra compte de ma bonne volonté et des efforts que j'aurai faits.

Je dois dire d'abord que si on en croit les auteurs, le nervosisme chronique est une maladie très-commune. Sandras va même jusqu'à admettre « qu'il est peu de personnes qui n'en soient accidentellement affectées, et que presque toute l'espèce humaine y est sujette, au moins dans certains moments de la vie. »

Ainsi, ce ne sont pas les faits qui manquent; et si le nervosisme n'est pas bien connu, ce ne saurait être faute d'occasions de l'observer.

Voilà quant à sa fréquence.

Maintenant quels sont ses caractères? Ici commencent dès le début de grandes difficultés.

Les maladies, on le sait, peuvent offrir des phénomènes très-variés; mais ces phénomènes se relient tous autour de quelques symptômes principaux et, comme on le dit, pathognomoniques; ou bien, quand les manifestations sont très-variées et affectent des siéges différents, ainsi que cela a lieu dans la goutte et la syphilis, ils se trouvent réunis à l'aide d'une cause commune; quelquefois encore, un certain ordre de succession, toujours le même, pourrait être un guide suffisant.

Or, tous ces moyens de caractériser une maladie manquent dans le nervosisme chronique.

Il n'y a ni symptômes pathognomoniques, ni une cause connue pour relier les phénomènes entre eux, ni un ordre de succession qui puisse servir de guide. Voyons d'abord pour les symptômes.

M. Cerise, qui l'un des premiers a signalé le nervosisme comme une maladie distincte de l'hystérie et de l'hypochondrie, déclare que cette névrose n'est caractérisée par aucun symptôme dominant, et qu'on y voit s'y succéder les phénomènes les plus divers et les plus opposés.

Ce qui caractérise cet état, c'est, d'après l'auteur que je viens de citer, la généralité et l'infinie variété de ses symptômes. De là la dénomination de *névropathie protéiforme* créée par M. Cerise.

M. Bouchut reconnaît, comme M. Cerise, qu'il n'existe au milieu de cette variété infinie de symptômes aucun phénomène prédominant qui puisse servir à caractériser la maladie. Non-seulement il admet que le tableau du nervosisme est extrêmement variable, mais il va jusqu'à déclarer qu'il n'y a pas deux malades qui se ressemblent, et il ajoute que chaque malade constitue presque une variété dans son espèce.

La définition du nervosisme donnée par M. Bouchut, reflète par sa généralité l'opinion que je viens de rappeler. Voici cette définition :

« Le nervosisme est une névrose générale, continue ou rémittente, quelquefois accompagnée de fièvre, caractérisée par un grand nombre de troubles nerveux, mobiles et variables, de la sensibilité, de l'intelligence, du mouvement, et des principales fonctions organiques. »

Ainsi donc, pour ce premier point, il est bien établi que l'état nerveux ou le nervosisme ne peut être caractérisé par un ou plusieurs symptômes dominants.

On réunit sous cette dénomination les phénomènes les plus variés, qui, combinés de mille manières, constituent presque autant de formes qu'il y a de malades.

2° Ces manifestations pathologiques, quelque variées qu'elles soient, pourraient, comme je l'ai dit, être reliées entre elles par une même cause. Mais il n'existe rien de semblable.

L'étiologie du nervosisme, c'est l'étiologie générale des maladies nerveuses; ce sont les mêmes causes qui donnent lieu à l'hystérie, à l'hypochondrie, à la mélancolie, etc. J'avais pensé d'abord que l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie, étaient, dans l'immense majorité des cas, le point de départ de cet état; mais M. Bouchut regarde le plus souvent l'altération du sang comme une conséquence du nervosisme. « Chez quelques malades, dit-il, l'anémie est réellement antérieure au développement des accidents nerveux; mais dans le plus grand nombre des cas, l'altération du sang est secondaire et ajoute son influence à celle des causes physiques et morales de la maladie. » Quant à l'ordre dans lequel les symptômes se succèdent, il n'y a absolument rien de fixe et de déterminé.

Je ne parle pas du siége du nervosisme, les phénomènes qui le caractérisent étant essentiellement mobiles et pouvant se présenter successivement ou simultanément dans des points très-différents. Voici donc une névrose dont le siége est très-variable, qui n'offre aucun symptôme prédominant, dont les phénomènes, dans leur variété, ne sont pas reliés par une cause commune et ne se succèdent point dans un ordre déterminé.

On peut dès lors se demander s'il y a lieu d'admettre tous ces faits sous une même dénomination et d'en former une maladie spéciale.

Cherchons donc les raisons qui ont décidé certains auteurs à réunir des symptômes si disparates. Ces raisons les voici :

L'hystérie et l'hypochondrie sont assurément des maladies très-différentes, mais personne ne nie cependant qu'elles n'aient dans un très-grand nombre de cas beaucoup de symptômes semblables; or ces symptômes sont précisément, dit-on, ceux qui constituent le nervosisme.

Après avoir établi que la névropathie protéiforme constitue en quelque sorte le caractère commun de l'hystérie et de l'hypochondrie, M. Cerise ajoute :

« C'est sans doute parce qu'il a été préoccupé de ce caractère commun aux deux affections, plutôt que des caractères propres à chacune d'elles, que Sydenham les a regardées comme une seule et même maladie, et que la plupart des auteurs les ont si mal définies, si diversement décrites et si confusément appréciées. »

Ainsi, en faisant une névrose spéciale de ces symptômes communs à l'hystérie et à l'hypochondrie, on a pour but de rendre la description de ces maladies plus facile, de les circonscrire plus nettement, et de faire disparaître une cause d'erreur et de confusion.

La seconde raison qu'on donne, c'est que l'hystérie et l'hypochondrie existent assez souvent sans cet ensemble de symptômes variables qu'on propose de réunir sous une dénomination spéciale, et que, d'autre part, cet ensemble de symptômes se rencontre dans beaucoup de cas isolés de l'hystérie et de l'hypochondrie.

Il y aurait donc, comme on le voit, trois ordres de faits : d'abord l'hystérie et l'hypochondrie à l'état de simplicité; puis l'hystérie et l'hypochondrie associées à l'état nerveux; enfin, l'état nerveux sans hystérie ni hypochondrie.

Sans doute il peut paraître étrange de constituer une maladie dont le caractère principal est, comme on le dit, l'infinie variété de ses symptômes; mais au fond il suffit de s'entendre.

Cette réunion ne se fait pas par suite d'une théorie spéciale qui pourrait conduire à des indications erronées. Sous ce rapport, la dénomination de la maladie n'est pas indifférente, et celle de *névropathie protéiforme*, employée par M. Cerise, me semble devoir être préférée.

Il me reste à dire quelques mots des signes différentiels qui séparent le nervosisme de l'hystérie et de l'hypochondrie.

Pour ce qui a trait à l'hystérie la chose est des plus simples, et je ne puis mieux faire ici que de citer encore le remarquable travail de M. Cerise, couronné il y a près de vingt ans par l'Académie.

« Nous distinguons dans l'hystérie, dit M. Cerise, deux ordres de phénomènes qu'il importe de ne pas confondre. Nous y distinguons, d'une part, l'ensemble des symptômes variables qui correspond à la névropathie protéiforme, et de l'autre, les accès spasmodiques ou convulsifs qui seuls constituent le caractère différentiel de l'hystérie. Faites abstraction des accès, et cette névrose se confondra souvent avec la névropathie protéiforme ou avec une des formes de la surexcitation ganglionnaire. C'est à la *forme déterminée des accès* que vous reconnaîtrez dans l'hystérie une maladie distincte non-seulement des affections nerveuses non spasmodiques, mais encore des autres affections qui éclatent comme elle par des paroxysmes spasmodiques ou convulsifs. »

La distinction du nervosisme avec l'hypochondrie est plus difficile. Sans doute la préoccupation constante sur des souffrances réelles ou imaginaires, est le caractère principal de la nosomanie; mais alors même que cette préoccupation ferait défaut, ne suffirait-il pas d'une ou plusieurs conceptions délirantes relatives à la santé pour la constituer?

Une jeune dame se figure que sa digestion se fait avec une lenteur extrême; si on l'en croit, ce n'est qu'après vingt-quatre, trente-six heures ou même plus, que l'estomac se débarrasse des aliments ingérés. Par suite de cette idée, la malade se nourrit très-peu, et prend ses repas de la manière la plus irrégulière.

Cependant elle n'a pas la crainte de mourir, elle ne recherche ni les médecins ni les remèdes, elle n'est pas autrement préoccupée de sa santé. Peu à peu la maigreur survient, et la malade finit par tomber dans un marasme complet. C'est alors seulement que, séparée de sa famille, on parvient en l'intimidant à lui faire prendre régulièrement une quantité suffisante d'aliments. Après quelques mois, les forces et l'embonpoint reviennent, et la guérison est obtenue.

Quel nom donner à cette maladie, dont le point de départ et le caractère principal étaient une conception délirante relative à la santé? Si on admet, comme je crois devoir le faire, que les cas de ce genre sont une des formes de la nosomanie, il deviendra quelquefois très-difficile de distinguer le nervosisme et l'hypochondrie.

Un des symptômes les plus fréquents de l'état nerveux, c'est, dit-on, une faiblesse excessive. Les malades peuvent à peine se soutenir sur leurs jambes, et beaucoup restent constamment couchés. Cependant, sous l'influence d'un désir, d'une émotion, il arrive que tout à coup ces malades recouvrent leurs forces pendant quelques heures ou même pendant plusieurs jours.

« J'en ai vu, dit M. Bouchut, quitter la chaise longue pour aller au bal, danser toute la nuit, dépenser une force musculaire incroyable, et revenir anéanties reprendre la position horizontale au milieu des douleurs les plus vives. »

M. Bouchut cite entre autres l'observation empruntée à M. Fleury d'une dame qui, quoique réduite à une extrême faiblesse, quittant à peine son lit, put gravir le Vésuve et parvint au sommet plus vite que ses compagnons d'ascension.

J'avoue que ces malades qui, à un moment donné, trouvent à leur disposition des forces si considérables, ressemblent beaucoup aux hypochondriaques. N'y a-t-il pas là, en effet, une erreur d'imagination qui constitue une véritable conception délirante?

Cette conception délirante étant relative à la santé, ne rentre-t-elle pas dans la forme de nosomanie dont je viens de citer plus haut un exemple?

J'ai essayé, Messieurs, d'indiquer aussi clairement qu'il m'a été possible ce qui a été décrit sous les dénominations d'état nerveux, de névropathie protéiforme et de nervosisme, et les raisons qui ont porté quelques auteurs à séparer cette affection de l'hystérie et de l'hypochondrie. Je suis loin, sans doute, d'avoir atteint le but que je m'étais proposé; mais s'il faut s'en prendre à mon insuffisance, il sera juste aussi, je crois, de faire la part du sujet.

— **M. BEAU**, inscrit après M. Baillarger, aura la parole dans la prochaine séance.

LECTURE.

Plique. — **M. RACIBORSKI** lit un travail intitulé : *Quelques considérations sur la plique, et d'une nouvelle variété d'hypochondrie que l'on pourrait désigner sous le nom d'hypochondrie trichomatique.*

D'après l'opinion la plus accréditée en Pologne, dit l'auteur, la plique ou le *trichoma* consisterait dans une espèce de crise qui est considérée comme la terminaison la plus heureuse d'une diathèse spéciale capable d'occasionner de graves désordres, tenant tantôt des affections rhumatismales, tantôt des névralgies ou des névroses, tantôt enfin des phlegmasies. Dès qu'on peut supposer l'existence de cette diathèse dans l'économie, et ici le champ est on ne peut plus librement ouvert à l'imagination, on doit chercher à favoriser le feutrage des cheveux.

Malheur à celui qui, s'étant aperçu du commencement de ce travail critique, s'aviserait de tenter imprudemment de démêler les mèches pliquées ou de les couper avant le temps nécessaire pour l'achèvement de la crise. A l'instant il se verrait assaillir par une foule de maux dont la nature se préparait ainsi à éliminer le germe.

Cette doctrine, née dans les masses, a été soutenue pendant longtemps par la généralité des médecins polonais et de leurs voisins les médecins allemands, et aujourd'hui encore elle est développée et défendue dans un ouvrage publié il y a trois ans, à Vienne, en langue allemande, sous le titre de *la Cornification* ou *lues cornificativa.*

Beaucoup de médecins, frappés précisément de cette diversité des symptômes coïncidant avec la plique, ne la considèrent plus comme le résultat d'une diathèse spéciale, mais seulement comme une manifestation critique favorisée par le concours de certaines influences endémiques pouvant se représenter dans le cours de différentes maladies.

D'autres, enfin, ne considèrent pas du tout la plique comme un état pathologique proprement dit, mais attribuent sa formation à la malpropreté et à la superstition. D'après eux, la plique ne mériterait même pas d'occuper les médecins.

D'après ce qu'on vient de voir, cette question n'a point encore été jusqu'à présent examinée sérieusement. Cependant, au milieu des opinions les plus contradictoires, il y a un fait sur lequel tout le monde paraît d'accord, c'est que le défaut des soins les plus vulgaires suffit pour amener le feutrage des cheveux.

Ce que l'auteur veut constater tout d'abord dans ce travail, c'est que, même parmi les personnes élevées dans une classe de la société où de prime abord il semble difficile de croire à l'intervention de cette cause, elle peut néanmoins y jouer un assez grand rôle. Le malade dont M. Raciborski présente la plique à l'Académie était un ecclésiastique d'une très-grande impressionnabilité nerveuse, jointe à une imagination vive disposée à l'exagération. La masse inextricable de cheveux qui est mise sous les yeux de l'Académie n'était que la moitié extérieure de sa plique. Le malade a travaillé pendant sept années pour arriver à ce résultat. Persuadé qu'il était d'avoir été en possession de la diathèse pliqueuse, il avait commencé par se couvrir la tête nuit et jour avec une calotte de toile cirée, en vue de favoriser le feutrage des cheveux. Plus tard, ayant trouvé que l'opération ne marchait pas assez vite, il fit à plusieurs reprises des irrigations dans les cheveux avec la décoction de pervenche. Enfin, pour s'assurer davantage du succès, il fit couler dans les cheveux une certaine quantité de cire fondue.... Le pauvre maniaque de se figurer que tout cela était dû aux efforts salutaires de la nature, qui aurait cherché à se débarrasser de cette manière du virus pliqueux !...

Après avoir questionné le malade sur le genre de troubles qu'il avait éprouvés dans la santé avant de songer à travailler au feutrage de ses cheveux, M. Raciborski s'est convaincu qu'il avait affaire à une variété d'*hypochondrie.*

En effet, par des considérations qu'il serait trop long de reproduire ici, l'auteur arrive à établir une nouvelle variété d'hypochondrie qu'il désigne sous le nom d'*hypochondrie trichomatique.* D'après ce qu'il a observé sur plusieurs malades, il est porté à croire que dans les pays où l'on considère la plique comme une affection spéciale endémique, il doit y avoir un certain nombre de pliqueux qui ne sont que des hypochondriaques de cette espèce.

En présence de l'importance que l'on attache aujourd'hui aux cryptogames dans la pathologie cutanée, M. Raciborski a cru devoir ne pas négliger l'examen microscopique. Il résulte de cet examen fait par M. Ch. Robin, qu'à part les nombreux éléments constitués par des matières grasses, le microscope a fait découvrir dans cette plique une quantité de cellules épithéliales et une assez forte proportion d'éléments d'un champignon semblable à celui de la teigne, *achorion Schœnleini.*

On ne peut pas nier l'importance de l'élément cryptogamique dans la thérapeutique de certaines affections cutanées. Mais au point de vue pathologique il reste toujours cette question pendante, à savoir :

Les cryptogames constituent-ils par eux-mêmes l'état morbide, ou ne sont-ils, au contraire, que l'effet consécutif et une complication en quelque sorte de la maladie?

L'examen de cette plique ne semble guère favorable à la première de ces hypothèses, cette masse de cheveux n'étant autre chose que le résultat des efforts volontaires d'un hypochondriaque. Il n'y a donc pas le moindre doute que les champignons trouvés dans cette masse de cheveux se sont développés consécutivement au feutrage, au milieu des différentes matières grasses.

M. Raciborski termine en appelant l'attention de l'Académie sur une autre particularité. L'*achorion Schœnleini* est, d'après ce qu'on vient de voir, commun à deux affections : le *favus*, dont la nature contagieuse est notoire, et la plique, qui n'a été considérée comme contagieuse que par un très-petit nombre d'auteurs. Cette particularité est d'autant plus curieuse, qu'elle semble autoriser à conclure que ce n'est pas autant par lui-même que l'achorion du favus contribue à propager cette affection que par le virus favique dont ses spores sont imprégnés. (Commissaires : MM. Falret, Baillarger et Gibert.)

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures un quart, pour entendre un rapport de M. Michel Lévy sur les associés nationaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On annonce pour le 1er avril l'ouverture de concours dans les trois écoles de médecine navale.

Par suite de vacances dans les cadres du corps médical et pharmaceutique, les places mises au concours se répartiraient ainsi qu'il suit :

A Brest : une place de chirurgien de 1re classe pour le port; quatre places de chirurgien de 2e classe, dont une pour la Martinique et une pour le Sénégal; sept places de chirurgien de 3e classe, dont deux pour le Sénégal.

A Toulon : une place de chirurgien professeur pour Brest; une place de chirurgien de 1re classe pour Cayenne; deux places de chirurgien de 2e classe; deux places de chirurgien de 3e classe pour le port.

A Rochefort : deux places de chirurgien de 2e classe, dont une pour Cayenne; trois places de chirurgien de 3e classe pour le port; une place de pharmacien de 3e classe pour Toulon.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un au 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Embolie veineuse pulmonaire ayant déterminé la gangrène d'un lobe du poumon.

Le fait suivant, qui touche à un point intéressant d'anatomie et de physiologie pathologique à l'ordre du jour, a été communiqué à la Société de biologie par M. le docteur Dumont-Pallier, qui en a recueilli avec le plus grand soin tous les détails.

Nous en rapportons les détails principaux d'après les comptes rendus de cette Société.

Une jeune femme accouchée dans le courant du mois d'octobre 1858, à la Maternité, est sortie de cet hôpital neuf jours après son accouchement, dans un état de santé à peu près satisfaisant. Au commencement de novembre, elle entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Trousseau, pour y faire soigner son enfant. Vers le milieu du mois, elle fut prise de *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur gauche, caractérisée par la douleur, l'œdème et le cordon veineux s'étendant jusque dans le creux du jarret. La veine fémorale était le siége d'une coagulation veineuse, étendue et très-manifeste. Peu à peu la circulation veineuse sembla se rétablir dans le membre, l'œdème disparut presque complétement, bien que le cordon veineux persistât. Mais tout à coup la malade ressentit de la douleur dans la fosse iliaque droite et dans le mollet du côté correspondant ; cette douleur disparut à son tour et ne fut point suivie d'œdème. Enfin, la malade, qui jusque-là avait conservé du malaise plutôt que les signes d'un état morbide bien déterminé, fut prise subitement, le 8 décembre, de douleurs dans le côté droit de la poitrine et de difficulté de respirer. Les inspirations étaient courtes et fréquentes ; l'auscultation fit reconnaître des râles humides, puis du souffle et du retentissement de la voix dans la portion supérieure et postérieure de la poitrine, tandis que dans la portion inférieure de la région thoracique on entendit plus tard du souffle et de l'égophonie. L'expectoration sanglante n'était point celle que l'on observe dans la pneumonie franche. Dès le deuxième jour des accidents, elle ressemblait à celle de l'apoplexie pulmonaire. A partir du quatrième jour, les crachats exhalaient une odeur gangréneuse de plus en plus accusée. Le pouls battait de 130 à 140 à la minute; la langue était sèche, les gencives fuligineuses ; sueurs profuses et froides dans la journée du 14. Le 15, septième jour à partir du début des accidents, cette femme mourut après avoir eu la respiration de plus en plus fréquente.

M. Dumont-Pallier avait émis l'idée que la gangrène pulmonaire pouvait être due à la présence d'une embolie qui, partie du caillot de la phlegmasie, aurait été portée dans l'une des divisions de l'artère pulmonaire. Il s'appuyait sur le début brusque de l'affection pulmonaire, la fréquence de la respiration, le caractère de l'expectoration, qui n'était point celle de la pneumonie, et la rapidité avec laquelle s'était manifestée la gangrène pulmonaire chez une femme accouchée depuis deux mois seulement, et chez laquelle avait existé une *phlegmatia alba dolens*.

Chargé de faire l'autopsie, voici ce qu'il a constaté :

Les veines du mollet, les veines poplitée, crurale et saphène, étaient remplies de caillots variables de coloration, de consistance et de structure, libres dans leur plus grande étendue, adhérents par places aux parois vasculaires.

La veine fémorale, dans sa partie supérieure et au niveau de l'arcade de Fallope, présentait dans son intérieur un caillot fibreux, de couleur rose, parfaitement organisé, dur à la pression, à stries longitudinales, adhérant aux parois vasculaires dans toute son étendue, qui mesurait 4 ou 5 centimètres de longueur. La surface interne du vaisseau n'était point tomenteuse, mais des lamelles et filaments de tissu celluleux unissaient intimement le caillot au vaisseau. Le tissu cellulaire péri-veineux était induré, œdémateux. Ce caillot se continuait dans sa portion inférieure avec un caillot fibrineux d'une couleur brune, dont la teinte devenait de plus en plus foncée en descendant vers la veine poplitée et la saphène interne. Par sa partie supérieure, il se continuait avec un caillot demi-fibrineux, demi-sanguin, bien organisé, mais non adhérent dans les veines iliaques externe, primitive et cave inférieure.

Cette dernière veine renfermait un caillot fibrineux qui oblitérait *incomplétement* son calibre. Ce caillot rosé, strié longitudinalement, résistant à la pression, non adhérent, avait 5 centimètres de longueur sur 1 centimètre de diamètre; il était sensiblement aplati d'avant en arrière, et se terminait un peu au-dessous de l'abouchement des veines émulgentes sous forme d'un moignon déchiqueté, ramolli, auquel étaient appendus par des pédicules filiformes cinq ou six petits caillots fibrineux. Il y avait en outre quelques caillots libres de même nature et de même forme. Le caillot principal se continuait par sa partie postérieure avec un autre caillot membraneux, fibrineux, de très-minimes dimensions, lequel allait lui-même rejoindre au-dessus des veines émulgentes un gros caillot fibrineux. Ce dernier, non adhérent, occupait presque toute la cavité de la veine-cave dans sa portion hépatique, où il recevait d'autres caillots fibrineux très-nombreux et de grosseur variable, qui appartenaient aux veines sus-hépatiques. Il arrivait ainsi dans l'oreillette droite, puis dans le ventricule, après avoir envoyé un prolongement fibrineux dans la veine-cave supérieure et le tronc brachio-céphalique. Dans le cœur, ce caillot fibrineux, jaunâtre, ne devait son adhérence apparente qu'aux prolongements multiples qui pénétraient dans les interstices des colonnes charnues. Enfin, le caillot entièrement fibrineux du cœur se continuait avec un caillot fibrineux et cruorique que l'on observait dans l'artère pulmonaire, ses deux divisions principales, puis dans des divisions de deuxième et troisième ordre. Ces caillots demi-fibrineux, demi-cruoriques, paraissaient s'être formés dans les derniers moments de l'agonie et peut-être même après la mort.

A l'examen de la poitrine, on a trouvé un épanchement séro-purulent avec des pseudo-membranes purulentes dans la plèvre droite; adhérences celluleuses et pseudo-membraneuses des lobes pulmonaires entre deux. Au niveau de la scissure interlobulaire supérieure et de la portion inférieure et postérieure du lobe supérieur du poumon droit, la surface de l'organe avait une teinte d'un brun noirâtre dans une étendue de 4 à 5 centimètres carrés. En cet endroit, le tissu pulmonaire était d'une mollesse très-grande, et l'insufflation par la trachée permit de constater qu'il y avait une perforation pulmonaire correspondant à la partie gangrenée. Cette perforation ne s'était faite, suivant toute apparence, que dans les derniers moments de la vie, car on n'avait observé aucun des signes du pneumo-thorax du vivant de la malade. La perforation pulmonaire conduisait dans une grande anfractuosité gangréneuse qui aurait pu loger un œuf de poule. L'aspect du tissu pulmonaire et l'odeur des parties affectées ne laissaient aucun doute sur la nature gangréneuse de la lésion locale.

Cela constaté, on reprit la dissection de l'artère pulmonaire, et l'on put voir que la grosse branche de cette artère, qui dessert la circulation du lobe supérieur, offrait dans sa cavité un caillot fibrineux, adhérent aux parois du vaisseau, de couleur rosée, à fibres longitudinales très-bien marquées, en tout semblable, par sa structure et son aspect, au caillot de la veine fémorale. Il se continuait en arrière avec un caillot fibrineux moins bien organisé, moins consistant; et en avant, c'est-à-dire vers les divisions de troisième et de quatrième ordre, avec des caillots cruoriques ramollis.

Le caillot principal de l'artère pulmonaire n'offrait point de ramollissement dans son intérieur. Sa consistance était uniforme dans toutes ses parties.

Il est digne de remarque que la portion du poumon qui avait présenté les signes d'hépatisation et de gangrène, était celle dont la division de l'artère pulmonaire était oblitérée par le caillot fibrineux.

La dissection des artères et des veines bronchiques, ainsi que la dissection des veines pulmonaires, n'ont fourni aucune modification pathologique qui pût rendre compte de la gangrène pulmonaire. Tout ce qu'il y a lieu de remarquer, c'est que la gangrène du tissu et l'oblitération de l'artère pulmonaire ont été simultanément observées, et qu'il est probable que l'embolie qui a été le point de départ de l'oblitération de l'artère, a été aussi la cause de la gangrène.

Le poumon du côté gauche ne présentait aucune lésion.

De l'exposé de ces faits, M. Dumont-Pallier s'est cru autorisé à conclure :

1° Que la *phlegmatia alba dolens* était caractérisée par l'oblitération de la veine crurale.

2° Que le caillot crural s'est prolongé par juxtaposition de fibrine jusque dans la veine-cave inférieure.

3° Que les caillots fibrineux libres ou adhérents à la surface du caillot de la veine-cave peuvent être considérés comme des éléments d'embolies veineuses.

4° Qu'à l'époque où se sont manifestés les accidents thoraciques, une de ces embolies a été portée dans l'artère pulmonaire et s'est arrêtée dans la division supérieure de ce vaisseau dans le poumon droit.

5° Que la conséquence de cet obstacle à la circulation pulmonaire a été :

a. Le défaut de circulation ;

b. La stase de sérosité ;

c. Le ramollissement du tissu ;

d. La gangrène.

6° L'embolie s'est détachée du caillot de la veine-cave inférieure et non du caillot fémoral, ce qui est établi par la succession des accidents observés chez la malade, puisque la veine iliaque gauche et la veine-cave inférieure étaient déjà en partie oblitérées lorsque se sont montrés les accidents thoraciques ; partant, un caillot n'aurait pu, à cette époque, cheminer de la veine fémorale dans l'artère pulmonaire.

7° La coagulation fibrineuse, rencontrée dans les autres divisions de l'artère pulmonaire, dans la veine-cave supérieure, le cœur, la portion hépatique de la veine-cave inférieure, paraît avoir été le résultat progressif de l'obstacle à la circulation pulmonaire.

8° Cette coagulation génératrice n'a eu lieu que dans les dernières heures de la vie.

Il y aurait un grand intérêt à rapprocher du fait que nous venons de rapporter une observation de même genre, publiée récemment par MM. Charcot et Benjamin Ball, avec des considérations cliniques à l'appui, sur la mort subite ou rapide à la suite de l'obturation de l'artère pulmonaire par des caillots sanguins, dans les cas de *phlegmatia alba dolens* et de phlébite oblitérante en général. Mais ce rapprochement nous conduirait trop loin aujourd'hui. Nous reviendrons sur ce travail dans un prochain numéro.

De la valeur des émissions sanguines dans la fièvre typhoïde.

En inscrivant ce titre qui rappelle des dissidences profondes, des contestations et des luttes interminables, nous n'entendons nullement les renouveler. Sans chercher à mettre en parallèle les diverses méthodes en usage, et tout en réservant nos préférences pour d'autres moyens, nous voulons seulement exposer en quelques mots les résultats de nombreux essais de la méthode des émissions sanguines, qui ont été faits pendant le cours de l'année dernière dans le service de M. Aran à l'hôpital Saint-Antoine. Afin de n'altérer en rien l'impression que ces faits ont produite sur l'esprit des médecins qui ont été témoins de ces essais et sur celui de M. Aran lui-même, nous laisserons parler un de ces témoins :

« Nous n'avons jamais, dit le rédacteur du *Bulletin de thérapeutique*, auquel nous empruntons cette appréciation, été assez heureux, même dans les cas les plus simples et les plus favorables, pour voir avorter la fièvre typhoïde sous l'influence des émissions sanguines générales répétées au nombre de 4, 5 et 6 dans un intervalle de deux ou trois jours, et associées à des émissions sanguines locales, faites sur la fosse iliaque ou à la région épigastrique. Mais ce que nous avons pu constater, c'est que les émissions sanguines, ainsi répétées dans le premier septénaire, apportent dans l'expression de celle-ci une modification généralement heureuse, qu'elles font disparaître quelques-uns des phénomènes les plus fatigants de la maladie : la céphalalgie, la chaleur âcre de la peau, la vivacité de la soif, la sécheresse de la langue, le ballonnement du ventre; transformant ainsi, dans un certain nombre de cas, une affection d'une acuité excessive en une affection à marche régulière et d'une acuité médiocre, sans produire un affaiblissement en rapport avec les pertes de sang.

« Dans quelques cas évidemment favorables à cette médication, les premiers accidents une fois calmés, la maladie restait bénigne, et, sauf un peu de fièvre, de sensibilité abdominale et de dévoiement, les malades auraient pu être considérés comme guéris dès le huitième, le dixième, le douzième ou le seizième jour; ils ne l'étaient pourtant pas, car l'alimentation, sollicitée souvent avec ardeur, ne pouvait pas dépasser sans inconvénient certaines limites : les aliments liquides ou demi-liquides, en quantité médiocre, passaient sans difficulté; les aliments solides

provoquaient un peu de fièvre, et ramenaient le dévoiement et le gonflement du ventre, de sorte que, malgré les apparences si favorables, la guérison définitive se faisait attendre jusqu'au seizième, dix-huitième, vingtième et vingt cinquième jour.

» Dans d'autres cas en apparence aussi favorables, au moins dans les premiers effets obtenus de la médication antiphlogistique, les choses ne suivaient pas malheureusement une marche aussi avantageuse. Au moment où l'on pouvait espérer que les accidents allaient se dissiper de la même manière que dans les cas précédents, il survenait des complications, surtout du côté de la poitrine, et ces accidents, suivant la marche qu'ils affectent habituellement dans la fièvre typhoïde, non-seulement prolongeaient la maladie, mais encore ils sont devenus parfois l'occasion d'une terminaison funeste. Toutefois, ces accidents thoraciques non-seulement n'étaient pas plus communs que dans les fièvres typhoïdes traitées par les purgatifs, mais ils se montraient peut-être moins communs et moins graves.

» Les malades traités par M. Aran, en se rapprochant de la formule des saignées *suffisantes* de M. Bouillaud, étaient pour la plupart des sujets de cette population forte, robuste et valide, qui habite le faubourg Saint-Antoine.

» Dans des cas moins favorables, chez des sujets faibles, délicats ou trop âgés, M. Aran s'est borné soit à faire une saignée générale au début, soit à faire appliquer des sangsues, au nombre de dix à vingt, derrière les oreilles, un jour ou deux de suite, sauf à obéir ultérieurement aux indications, à employer les purgatifs, par exemple, et à revenir même aux émissions sanguines pratiquées localement pour combattre les phénomènes cérébraux ou abdominaux. La modification apportée par ces émissions sanguines locales ou par une seule saignée générale pratiquée au début, nous a paru satisfaisante, et équivaloir, ou peu s'en faut, aux effets de la médication par trop énergique de M. Bouillaud. Ce dont nous avons été frappé surtout, c'est du changement produit dans le facies et dans les phénomènes généraux par les applications de sangsues derrière les oreilles : d'un jour à l'autre, la face cesse d'être vultueuse et injectée, les yeux redeviennent meilleurs, la langue plus humide, la soif moins vive, la fièvre moins intense; la maladie n'est pas arrêtée sans doute; pourtant les symptômes cérébraux ne se revoient presque plus, et si les malades succombent quelquefois, c'est à cette terrible complication thoracique dont les vomitifs pas plus que les ventouses sèches de M. Béhier ne parviennent pas toujours à triompher. Les cas les moins favorables sont évidemment ceux dans lesquels la complication thoracique existe dès le début, ou qui présentent du ballonnement du ventre avec une grande sensibilité; les émissions sanguines locales ont peu d'effet sur la première, et quant aux seconds accidents, si l'effet des sangsues et des ventouses est plus marqué, il est infiniment moindre que pour les accidents généraux proprement dits.

» L'avantage de ces émissions sanguines locales, et plus particulièrement des sangsues derrière les oreilles, c'est que leur emploi peut s'étendre sans inconvénient à une période avancée de la fièvre typhoïde. Passé le premier septénaire, c'est l'opinion de M. Bouillaud, et ce que nous avons vu dans le service de M. Aran ne fait que le confirmer, les émissions sanguines générales sont mal supportées et ont peu d'efficacité. Les émissions sanguines locales conservent encore leur utilité, à la condition de n'en pas abuser, et les phénomènes cérébraux, comme les phénomènes abdominaux, sont avantageusement modifiés. »

On peut juger par ce court aperçu et de la valeur des résultats obtenus par M. Aran, et des points par lesquels ils se rapprochent ou diffèrent de ceux qu'accuse M. Bouillaud. M. Aran ne pense pas qu'on puisse, par cette méthode, faire avorter la maladie, mais il la croit propre à lutter avantageusement contre elle. — Voici, en résumé, en quels termes le journal cité apprécie ces résultats:

« Dans le premier septénaire de la maladie, les émissions sanguines ont les résultats les plus favorables. Sans faire avorter la fièvre typhoïde, elles diminuent l'intensité des accidents réactionnels et simplifient la marche de la maladie, dont elles réduisent peut-être même la durée, mais dans des proportions bien plus limitées que ne le professe le médecin de la Charité. »

L'usage du chloroforme dans les accouchements prédispose-t-il aux hémorrhagies?

L'usage du chloroforme pendant le travail de l'accouchement est-il suivi de l'inertie utérine après la délivrance, et peut-il ainsi prédisposer à la production de l'hémorrhagie? Telle est la question que nous soumet M. le docteur Léon Liégard (de Caen), et sur laquelle il nous invite à appeler l'attention des accoucheurs.

Exposons d'abord les faits qui ont fait surgir cette question dans l'esprit de notre confrère, et nous examinerons ensuite, d'après les documents que fournit la pratique obstétricale depuis qu'elle est en possession de l'agent anesthésique, jusqu'à quel point elle peut être fondée.

« Externe en 1851 à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. le professeur P. Dubois, puis interne des hôpitaux dans les années qui suivirent, nous écrit M. Léon Liégard, je n'eus pas une seule fois l'occasion d'observer cette hémorrhagie. Depuis quatre ans, je l'ai observée deux fois dans ma pratique, et dans ces deux cas j'avais employé le chloroforme. Est-ce une simple coïncidence? Je ne le crois pas. Le chloroforme, qui peut ralentir et même interrompre le travail, peut bien aussi, je pense, prédisposer à l'inertie utérine après l'accouchement. »

Voici les faits sur lesquels notre confrère fonde cette opinion:

« Le mercredi 4 novembre 1857, j'observai pour la première fois ce funeste effet du chloroforme sur une jeune dame de Batignolles, Mme G..., venue à Caen pour faire ses couches dans sa famille.

» Mme G..., qui avait déjà eu deux accouchements, fut prise des douleurs de l'enfantement vers huit heures du matin, le jour indiqué. Je la vois pour la première fois à onze heures. La dilatation du col est déjà considérable, presque complète; l'enfant présente la tête en position occipito-antérieure gauche. Les douleurs se succèdent assez rapidement, mais elles siégent aux reins; elles sont énervantes et n'excitent pas à pousser. A deux heures de l'après-midi, les choses sont encore dans le même état; les douleurs sont plus éloignées et moins intenses; le travail ne marche pas. J'opère alors la rupture des membranes, et le travail reprend sa marche, mais les douleurs conservent leur caractère énervant et sont sans effet.

» A quatre heures, les choses n'avançant pas (la tête restait au détroit supérieur), je conseillai les inhalations de chloroforme; elles firent vraiment merveille. Dès la première inspiration, la jeune femme ne sentit plus que le besoin de pousser; ses douleurs de reins avaient totalement disparu; elle conservait sa connaissance, rassurait les personnes qui l'entouraient, et aidait énergiquement aux contractions utérines. Bientôt la tête descendue fit bomber le périnée; les contractions se succédant accomplirent la dilatation de la vulve. Le chloroforme fut alors administré en plus grande abondance: il produisit une insensibilité complète, et ce fut au milieu d'un sommeil parfait que l'orifice vulvaire fut franchi. Il était cinq heures de l'après-midi; il y avait eu environ 50 grammes de chloroforme employés.

» Après avoir donné les soins que réclamait l'enfant, je retournai près de la mère; je reconnus que le placenta était détaché, et j'opérai la délivrance sans difficulté et sans efforts, et pourtant je ne trouvai pas ensuite, en palpant le ventre, le globe utérin. Le sang se mit à couler abondamment, et l'accouchée eut successivement plusieurs syncopes. Cette hémorrhagie céda à l'administration d'une potion avec l'ergot de seigle et l'extrait de ratanhia, ainsi qu'aux applications froides sur le ventre et sur les cuisses. Tout danger avait disparu à sept heures et demie. Tout se passa fort bien ensuite, et dix jours après, le 14 novembre, l'accouchée était parfaitement rétablie.

— » Le second fait m'a beaucoup plus frappé que le premier: d'abord parce que c'était le second, puis parce qu'il s'agissait d'une femme de vingt ans, primipare, vigoureuse et d'une belle constitution.

» Après une grossesse des plus heureuses, Mme L... est prise des douleurs de l'enfantement le 27 septembre 1858, vers une heure du matin. Le travail marche avec une grande régularité, mais avec lenteur; à onze heures et demie, la poche des eaux se rompt spontanément, la dilatation du col est à peu près complète, et l'enfant présente la tête en position occipito-antérieure droite. Cependant l'accouchée s'agite, elle a assez souffert, dit-elle, et n'aura pas le courage d'aller jusqu'au bout; elle me supplie de la soumettre aux inhalations de chloroforme. Je commence vers midi à lui en faire respirer les vapeurs.

» La jeune accouchée se sentant très-bien, fit valoir ses douleurs énergiquement, et une demi-heure après la tête descendue reposait sur le plancher périnéal. Vers midi et demi, le sommeil produit par le chloroforme était complet, mais les douleurs ne se succédaient plus aussi rapidement; elles étaient moins fortes, le travail semblait vouloir s'interrompre. Il en fut ainsi jusqu'à la fin de l'accouchement; j'étais obligé, pour faire renaître les douleurs, de cesser les inhalations, puis d'attendre, pour produire un nouveau sommeil, que quatre ou cinq contractions énergiques eussent ranimé ce travail languissant. Avec ces alternatives, la tête ne parvint à franchir la vulve que vers trois heures et demie de l'après-midi, et l'accouchement se termina aussitôt par la naissance d'une petite fille bien vivante et vigoureuse. Vers quatre heures j'effectuai la délivrance, qui fut parfaitement naturelle.

» L'accouchée se trouvait alors très-bien; après les soins d'usage, et à peine venait-elle d'être transportée dans son lit, que nous la vîmes pâlir: elle eut une syncope. En l'examinant, je reconnus que l'utérus était resté inerte, et que le sang coulait abondamment par la vulve. Pendant deux heures, l'hémorrhagie continua d'une manière effrayante; enfin, de petites coliques parurent, je sentis le globe utérin se former, puis survint l'expulsion de plusieurs gros caillots, et la perte s'arrêta. J'avais employé pour combattre l'accident les applications froides, une potion avec l'ergot de seigle et l'extrait de ratanhia, et les frictions sur l'abdomen. Les douleurs prirent ensuite le caractère des tranchées utérines, et je ne pus les calmer qu'assez avant dans la nuit, à l'aide des narcotiques.

» La jeune malade se remit cependant assez promptement; mais les lochies redevinrent sanglantes au moindre effort, et l'écoulement sanguin était alors plus considérable que n'avaient jamais été les règles. Je crus nécessaire, pour modérer cette tendance à l'hémorrhagie, de pratiquer deux fois par jour des injections froides, qui parurent donner un excellent résultat.

» J'aurais peut-être à vous entretenir d'un troisième fait, mais celui-ci je ne l'ai pas observé; aussi n'en dirai-je que peu de mots.

» Une primipare, habitant une ville voisine, accoucha le 26 mars 1858; elle avait été soumise pendant *trente-six heures* aux inhalations de chloroforme; le travail en fut si ralenti qu'on dut terminer l'accouchement par une application de forceps. Après la délivrance, cette dame eut à la suite et successivement plusieurs hémorrhagies qui faillirent l'enlever; pendant longtemps l'état de la malade donna de vives inquiétudes; elle se remit enfin peu à peu, mais on attendit plus de trois mois son entier rétablissement.

» A côté de ces faits, et en opposition avec eux, je pourrais citer la pratique de mon père (M. le Dr Alfred Liégard), qui emploie tous les jours, et sans accidents, le chloroforme dans les accouchements; il a consigné ces bons résultats dans un mémoire couronné en 1854 par la Société médico-chirurgicale de Bruges, et publié dans les Annales de cette Société; mais je dois dire aussi qu'il fait toujours par précaution, qu'il se soit ou non servi du chloroforme, une injection dans la veine ombilicale aussitôt après la sortie de l'enfant; et que, s'il y a dans les antécédents d'une accouchée multipare des circonstances qui fassent craindre une disposition aux hémorrhagies, il y joint l'usage de l'ergot de seigle, administré un peu avant l'expulsion de la tête. C'est, je crois, à l'emploi de ces moyens qu'il doit de n'avoir jamais vu l'hémorrhagie utérine suivre les inhalations du chloroforme, et c'est aussi à ces mêmes moyens que je me propose d'avoir recours à l'avenir pour prévenir de pareils accidents. »

Bien que nous ayons eu quelquefois l'occasion d'apprécier par nous-même les effets du chloroforme chez les femmes en travail, nous n'invoquerons pas notre expérience personnelle contre les conclusions que M. Léon Liégard est disposé à déduire de ses observations; elle serait évidemment insuffisante. Mais nous trouverons des faits concluants à lui opposer, soit dans les divers travaux qui ont été publiés sur cette question, à l'époque où elle avait encore tout l'intérêt de la nouveauté, c'est-à-dire de 1853 à 1854, soit dans les rapports des accoucheurs les plus expérimentés que nous avons consultés à cette occasion.

Les premières expériences de M. Simpson, répétées depuis en France par M. P. Dubois, par M. Chailly, et par un grand nombre d'accoucheurs, ont établi ce fait, qui constituait précisément l'importance de la découverte au point de vue obstétrical, c'est que, tandis que les anesthésiques annihilent d'une manière plus ou moins complète la sensibilité et même la contractilité des muscles soumis à la volonté, quand leur action est prolongée, ils laissent intacte la contractilité des muscles de la vie organique. « Les observations que j'ai pu faire à l'aide de cet agent m'ont convaincu, disait M. Chailly en 1853, en résumant ses études sur cette question, que l'éther laisse un libre cours à l'exercice de la contractilité organique de l'utérus pendant le travail, et à celui de la rétractilité de cet organe après l'accouchement. »

Plus tard, M. Danyau, dans une discussion soulevée sur cette question à la Société de chirurgie, à l'occasion d'un mémoire de M. Houzelot, disait que sur une série de quinze femmes soumises aux inhalations pour des accouchements naturels, il avait constaté que la contractilité de l'utérus n'avait fait défaut dans aucun cas, soit avant, soit après la délivrance, et qu'*il n'y avait eu dans aucun cas d'hémorrhagie*. Les suites de couches avaient été parfaitement normales. Tout ce qui a été dit à cette occasion à la Société de chirurgie, ainsi que tous les renseignements que nous avons pu recueillir de vive voix auprès des accoucheurs les plus expérimentés, n'ont fait que confirmer les faits énoncés par M. Danyau.

Mais voici un fait qui, par-dessus tout, nous paraît juger sans appel la question. Nous tenons de M. le professeur P. Dubois que toutes les fois qu'il a voulu essayer de provoquer l'inertie de la matrice dans le but de faciliter certaines manœuvres, il n'a jamais pu y parvenir, même en poussant la chloroformisation jusqu'à ses dernières limites, c'est-à-dire jusqu'à la résolution musculaire complète.

Nous sommes donc autorisé à penser que les faits de M. Léon Liégard n'ont pas la portée qu'il leur a donnée, et que les hémorrhagies qu'il a eu à combattre étaient indépendantes de l'action du chloroforme. Il n'y a là très-probablement qu'une simple coïncidence. Le chloroforme compte assez de méfaits, pour ne pas le charger encore gratuitement d'un accident qui lui serait étranger.

DU TESTICULE FONGUEUX SYPHILITIQUE,

Par M. Rollet, chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon.

Les observations de testicule syphilitique sont peu communes, et malgré les travaux de M. le professeur Jarjavay, cette affection n'est peut-être pas encore assez connue; aussi croyons-nous devoir signaler à nos lecteurs le mémoire de M. Rollet, publié dans la *Gazette médicale de Lyon*, et dont nous extrayons l'observation suivante, intéressante à plus d'un titre:

Claude, âgé de vingt-sept ans, cultivateur, entre à l'Antiquaille, salle Saint-Pothin, nº 15, le 6 avril 1858.

Il y a quatre ans, ce malade éprouva de la gêne dans la déglutition,

des douleurs au gosier, de l'enrouement; les cheveux s'éclaircirent; il survint aussi des ulcérations à l'anus.

L'enrouement et l'alopécie persistent encore; l'angine a disparu sous l'influence de quelques gargarismes; les ulcérations à l'anus se sont aussi cicatrisées assez promptement.

Il y a trois ans, alors que depuis cinq mois la maladie s'était si notablement amendée, apparition de quatre ou cinq ulcérations sur la verge et sur le scrotum. Ces ulcérations se sont cicatrisées peu à peu, mais en laissant des traces principalement sur le scrotum, où celles-ci sont encore très-visibles.

En même temps, douleurs dans la jambe gauche. Une tumeur s'est formée sur la crête du tibia, vers la partie moyenne; il y a eu suppuration et fistules qui persistent encore.

C'est aussi vers la même époque que les deux testicules sont devenus douloureux, puis de plus en plus gros.

Actuellement, le testicule droit a environ le volume d'un poing d'adulte. Il forme une tumeur ovoïde, assez dure, mais sans bosselures et sans inégalités. La pression y développe des douleurs qui n'ont rien de spécial. La peau n'est pas altérée; elle glisse librement sur la tumeur. Il n'y a ni fluctuation ni transparence.

Le cordon n'est pas affecté et conserve son volume normal. Quant à l'épididyme, il est impossible de l'isoler, confondu qu'il est dans la tumeur.

Le testicule gauche, au dire du malade, a été le premier affecté. Il a acquis, à un certain moment, un volume presque égal à celui du testicule droit. Il s'est fait ensuite à la partie antérieure de la tumeur un travail de ramollissement et de suppuration. L'abcès s'est ouvert et un fongus s'est montré à l'extérieur.

Aujourd'hui ce fongus a le volume d'un abricot; il forme une tumeur demi-sphérique, saillante à la surface du scrotum. Cette tumeur apparaît comme une agglomération de bourgeons charnus, rouges, d'une consistance ferme, peu saignants, donnant lieu à une suppuration peu abondante, de bonne nature. Elle repose sur le scrotum par une large base; mais ce n'est que par un pédicule plus étroit qu'elle pénètre plus profondément jusqu'au testicule, avec lequel ses irradiations se confondent.

Le testicule, que l'on sent manifestement en arrière du fongus, est peu volumineux, flasque, comme en partie vidé et presque réduit à ses membranes d'enveloppe.

Le cordon n'est pas altéré.

Le jour même de l'entrée du malade, on excise une petite partie de la tumeur en allant profondément, afin de pouvoir se rendre un compte exact de sa structure.

A l'inspection microscopique, nous constatons:

1° Un grand nombre de vaisseaux capillaires;

2° Des fibres de tissu cellulaire;

3° Des éléments fibro-plastiques, corps fusiformes et noyaux;

4° Beaucoup de globules sanguins;

5° Quelques canalicules spermatiques bien distincts.

Ce dernier élément, sur lequel notre attention était surtout dirigée, a été reconnu à plusieurs reprises sur diverses préparations.

7 avril. Tisane de salsepareille, pilules de proto-iodure de mercure, cataplasmes.

16 avril. Un peu d'amélioration. Même traitement.

21 avril. Même état. Plus de pilules mercurielles. 1 gramme d'iodure de potassium dans la tisane, pansement du fongus et de l'ulcération de la jambe avec la solution suivante:

Eau distillée	30	grammes.
Teinture d'iode	4	—
Iodure de potassium	1	—

23 avril. 2 grammes d'iodure de potassium.

26 avril. 4 grammes d'iodure de potassium.

28 avril. La tumeur a presque diminué de moitié. Même traitement.

8 mai. Amélioration. Même dose d'iodure de potassium, 2 cuillerées d'huile de foie de morue.

26 mai. Le fongus n'existe plus. Il ne reste à sa place qu'une petite plaie de la largeur d'une pièce de 1 franc. L'ulcère de la jambe est complétement cicatrisé.

9 juillet. La cicatrisation de la plaie du scrotum est complète. Le testicule droit a diminué des deux tiers. 6 grammes d'iodure de potassium, 4 cuillerées d'huile de foie de morue.

16 juillet. Diminution graduelle du testicule droit. Le testicule gauche est réduit à un très-petit volume; il est flasque et adhère au scrotum par un cordon comme fibreux, dernier vestige du fongus. Pendant toute la durée du traitement, le malade n'a eu qu'une pollution. La matière évacuée, n'ayant pas été recueillie, n'a pu être examinée.

IMPERFORATION DE L'ANUS

coïncidant avec une fistule recto-vésicale congénitale;

Par M. le docteur BOULLET, médecin de l'Hôtel-Dieu de Sully (Loiret).

Dans la séance du 25 janvier, à l'Académie de médecine, M. Robert m'a paru blâmer les tentatives un peu obstinées et trop prolongées pour rétablir l'anus à sa place normale. M. Velpeau pensait, au contraire, que tout devait être tenté avant de se décider à pratiquer un anus contre nature. Voici un fait de ma pratique, dont l'heureuse terminaison vient à l'appui de l'opinion de M. Velpeau.

Le 27 décembre 1847, le sieur Gionnet, journalier à Sully, vint me chercher pour visiter son enfant né de la veille. Je trouvai un nouveau-né du sexe masculin, fort bien constitué d'ailleurs, mais présentant une imperforation de l'anus. L'enfant paraissait souffrant: la sage-femme prétendait qu'il avait eu des nausées après avoir bu un peu d'eau sucrée qui lui avait été donnée.

Après quelques instants d'examen, je me décidai à opérer sur-le-champ et avant toute complication, afin de me mettre dans les conditions les plus favorables. L'opération cependant ne se présentait pas sous un aspect simple et facile: il n'y avait aucune tumeur au périnée, ni aucune sensation de fluctuation prochaine ou éloignée.

Je commençai par une large incision, afin d'être plus à l'aise pour rechercher l'extrémité de l'intestin; mais malgré l'étendue et la profondeur de la plaie, je ne trouvai d'intestin nulle part, pas plus à sa place normale que dans toute la concavité du sacrum; je ne sentais aucune tumeur, aucune fluctuation. Je commençais à m'effrayer de l'énorme plaie que je venais de faire, et j'étais résolu à ne pas aller plus loin, quand, promenant mon doigt dans le bassin et appuyant vers le pubis, je rencontrai une tumeur assez volumineuse, donnant une sensation évidente de fluctuation.

Au premier abord, je pensai avoir pressé sur la vessie; mais tout en réfléchissant que, chez le très-jeune enfant, cet organe était situé plus haut que la tumeur que je rencontrais, je vis, à mon grand étonnement, sous l'influence d'une pression assez forte faite avec mon doigt sur la tumeur en question, sortir par la verge un liquide brunâtre assez épais, qui n'était autre chose que de l'urine mélangée de méconium. Plus de doute, je venais de presser le cul-de-sac rectal, qui, accolé au bas-fond de la vessie, s'ouvrait dans ce viscère. J'avais là sous les yeux le double résultat d'un arrêt de développement d'une partie des organes pelviens, savoir, une communication entre le rectum et la vessie, et une imperforation de l'extrémité intestinale. Ceci bien constaté, je fendis d'un coup de bistouri la tumeur formée par la terminaison en cul-de-sac rectal; le méconium sortit en abondance; j'agrandis l'ouverture avant de retirer l'instrument.

Le pansement fut fait avec de fortes mèches, et au bout de deux mois, l'enfant avait un anus fonctionnant d'une manière très-satisfaisante. La défécation se faisait régulièrement; seulement il avait de temps à autre des constipations qui lui duraient plusieurs jours. Il retenait assez complétement ses matières; quant à la fistule recto-vésicale, elle avait persisté, sans doute en se rétrécissant peu à peu, car les fonctions urinaires s'accomplissaient assez bien. Souvent les urines étaient plus épaisses, et teintes par les matières fécales qui y étaient mélangées, mais cela n'était pas constant. L'enfant a joui d'une très-bonne santé jusqu'à trois ans, époque à laquelle il fut emporté par une rougeole.

L'autopsie, à mon grand regret, ne me fut pas accordée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 février 1859. — Présidence de M. DEGUISE fils.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la correspondance. Elle comprend, outre les journaux de la semaine, les ouvrages suivants:

Dr J. Bruck. *Lehrbuch der Zahn Heilkunde* (traité de chirurgie dentaire). Berlin, 1856; un vol. in-8°.

— Dr J. Bruck. *De l'extraction perpendiculaire des dents.* Breslau, 1858; broch. in-8°.

— M. le docteur Ed.-Louis Labbé, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse deux exemplaires de sa thèse inaugurale pour le concours du prix Duval 1858-1859. Cette thèse est intitulée *De l'Erysipèle.* Paris, 1858; in-4°.

— M. le docteur H. Journez (de Bruxelles) présente à l'appui de sa candidature, pour obtenir le titre de membre correspondant étranger, un mémoire imprimé intitulé *Etudes sur le vésicatoire cantharidé.* Bruxelles, 1858; in-8°. (Commissaire, M. Morel-Lavallée.)

— M. le docteur Putégnat (de Lunéville), candidat au titre de membre correspondant national, envoie un mémoire intitulé *Considérations cliniques sur le charbon et la pustule maligne.* (Commissaires: MM. Boinet, Morel-Lavallée et Robert.)

LECTURE.

M. BROCA donne lecture d'une observation adressée à la Société par M. le docteur Letenneur (de Nantes), membre correspondant. Elle est intitulée *Phlébectasie artérielle de la main et de l'avant-bras.* Ce travail est renvoyé au comité de publication.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Anévrysme traumatique de l'artère cubitale à la paume de la main. — Compression digitale. — Guérison. — M. VERNEUIL présente le malade qui fait l'objet de cette communication, et donne les détails suivants (1):

M. D..., pharmacien distingué de Paris, d'une bonne constitution, âgé de trente-deux ans environ, se blessa le 28 août 1858, avec les éclats tranchants d'une fiole de verre qui se brisa dans sa main. Des trois plaies qui en résultèrent, l'une, plus profonde que les autres, pénétra assez profondément vers l'union de la paume de la main avec l'éminence hypothénar, à trois centimètres à peu près du pli palmaire de l'articulation du poignet. Le sang s'échappa avec violence et par jets saccadés. M. D... mit le doigt sur la blessure et courut demander assistance à notre collègue dans les hôpitaux, M. le docteur Foucher. Ce dernier, ne pouvant lier le vaisseau divisé, tamponna la plaie avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer, et établit la compression par-dessus le pansement. L'hémorrhagie s'arrêta aussitôt pour ne plus revenir, au bout de quelques jours la cicatrisation était complète. Cependant le point blessé était le siége de pulsations assez énergiques, perçues avec le doigt, même à travers l'appareil de pansement. C'est pourquoi on augmenta la force de la compression directe en appliquant sur la région blessée le sommet d'un cône formé par des rondelles d'agaric superposées, et maintenu par une bande roulée.

Ce moyen diminua les pulsations, mais ne les anéantit pas. La compression indirecte fut établie alors au poignet, sur les artères radiale et cubitale, à l'aide de deux bouchons de liége entourés de linge, appliqués longitudinalement sur les vaisseaux et maintenus par un bandage circulaire serré. Cet appareil suspendait complétement les battements, mais ceux-ci reparaissaient aussitôt que la bande était enlevée.

(1) Cette observation est rédigée d'après les notes fournies par le malade lui-même.

Le volume de la main augmentait sensiblement; une petite saillie pulsatile se formait à l'endroit blessé. C'est à cette époque, un mois environ après l'accident, que j'allai voir M. D..., accompagné de notre distingué confrère M. le professeur Vanzetti (de Padoue), que le cas intéressait particulièrement. Nous constatâmes alors les particularités suivantes:

Dans le lieu déjà indiqué, on voyait une cicatrice longue de 12 à 15 millimètres, étroite et assez mince, régulière, de couleur brune, située sur le trajet de l'artère cubitale avant que ce vaisseau se recourbe en crosse pour former l'arcade palmaire superficielle; cette cicatrice, un peu déprimée, occupait le centre d'un point légèrement soulevé, mais qui toutefois ne formait pas de tumeur circonscrite. Le doigt constatait des battements énergiques avec une expansion bien marquée et visible à l'œil dans une étendue de plus d'un centimètre de long sur 6 à 8 centimètres en travers; bruit de souffle simple. La compression de la cubitale au niveau de l'os pisiforme diminue beaucoup les battements; mais ceux-ci ne disparaissent que quand on comprime en même temps l'artère radiale au point où l'on explore le pouls.

La compression de l'artère humérale sur la face interne du bras, l'extension forcée du membre suspendaient sur-le-champ les pulsations. L'anévrysme était donc parfaitement caractérisé; il n'y avait pas la moindre douleur lorsque la main était au repos; lorsque, au contraire, M. D... se livrait pendant une heure seulement à un travail manuel, il éprouvait une gêne extrême dans le petit doigt et dans l'annulaire.

Nous conseillâmes la compression digitale d'abord intermittente, puis continue lorsque le moment convenable serait venu. M. D... se soumit volontiers à ce traitement, car il avait lu les travaux récents publiés sur ce sujet, et avait été séduit par la simplicité du moyen. On supprima l'appareil qui comprimait les artères de l'avant-bras; un peu de compression directe fut continuée sur la main plutôt à titre de moyen protecteur.

Le premier jour, quatre heures de compression sur l'artère humérale (partie moyenne) en deux séances. Les jours suivants, la même manœuvre fut continuée six heures, puis huit heures, puis dix heures. Pendant ces quelques jours, M. D... ne remarqua pas grand changement; la compression faisait aussitôt disparaître tous les signes de l'anévrysme, mais ils reparaissaient aussitôt que le doigt était enlevé. M. D... vint me consulter, désespérant du succès. Je crus cependant, au contraire, remarquer une amélioration très-réelle, car pendant un instant j'eus quelque peine à retrouver les battements; cependant je fus bientôt convaincu de leur persistance. Croyant le moment favorable, je conseillai alors une compression prolongée jusqu'à cessation complète des pulsations; c'est ce qui fut exécuté, et quelques jours après M. D... subit une séance qui dura depuis huit heures du matin jusqu'à onze du soir. Cette fois la tumeur avait disparu. Le malade crut sentir encore quelques battements; aussi par précaution, pendant le reste de la nuit, la main fut maintenue dans l'extension forcée à l'aide d'une attelle postérieure et d'un bandage.

Le lendemain, j'examinai attentivement les choses, et je considérai la maladie comme guérie. Je retrouvais encore quelques battements, mais ils s'arrêtaient brusquement au-dessus de la cicatrice. Je les attribuai au choc de la colonne sanguine contre le point où l'artère était oblitérée. J'espérais d'ailleurs les voir disparaître avec le temps, ce qui s'est réalisé du reste.

Aujourd'hui, près de trois mois se sont écoulés depuis la cessation de tout traitement; l'anévrysme n'a pas reparu, et l'usage du membre est tout à fait rétabli. En explorant la région, on retrouve sur le trajet de la cicatrice des battements analogues à ceux qu'on perçoit au niveau de la racine du poignet; mais ils n'existent que suivant une ligne très-étroite, ne s'accompagnent point d'expansion, et d'ailleurs se retrouvent avec une intensité parfaitement égale sur le point correspondant de l'artère cubitale à la main gauche, c'est-à-dire du côté sain, ce qui ferait supposer que la circulation s'est rétablie dans l'artère blessée au lieu même où existait l'anévrysme.

Pendant toute la durée du traitement, qui ne fut ni douloureux ni gênant, mais seulement ennuyeux, M. D... suivit un régime assez sévère: tous les jours il prenait de 4 à 6 granules de digitaline, qui faisaient tomber le pouls à 55.

La compression fut exercée par M. D... lui-même, par les élèves ordinaires de sa pharmacie, et enfin par plusieurs étudiants en médecine de ses amis. Comme on le voit, elle n'exigea pas pour réussir des mains particulièrement exercées, puisqu'on put se passer de chirurgien proprement dit. Je fais cette réflexion pour repousser l'objection tirée de la difficulté prétendue qu'on aurait à se procurer un personnel suffisant. Voici un des premiers succès obtenus en ville, et l'on pourrait dire que le malade a dirigé son traitement et se doit à lui-même sa guérison.

Quand on lit quelques observations sur les anévrysmes de la main, on voit que la cure n'est toujours ni très-facile ni très-innocente; la compression digitale enregistre donc là un beau succès de plus dans une région qui à coup sûr n'est pas favorablement disposée pour la stagnation facile du sang dans le sac anévrysmal.

On trouve également dans ce cas la confirmation d'une idée que j'ai émise sur l'influence de l'extension du bras et du poignet sur la circulation des artères de la main (*Journal de physiologie* de M. Brown-Séquard, t. Ier). Chez M. D..., cette attitude suspendait les battements dans l'anévrysme palmaire.

M. LENOIR profite de cette circonstance pour demander des nouvelles d'un malade traité à l'Hôtel-Dieu par M. Verneuil d'un anévrysme poplité par la compression digitale.

M. VERNEUIL. Ce malade a succombé longtemps après le traitement institué pour l'anévrysme, traitement qui avait eu un succès complet sous le rapport de la cessation de l'entrée du sang dans le sac anévrysmal. Dans les jours qui suivirent la compression, le gros orteil présenta des signes de sphacèle; la mortification parut se borner d'abord, puis elle progressa très-lentement, de manière à envahir en résumé la totalité du pied moins les téguments dorsaux, qui furent presque entièrement ménagés. Au bout d'un certain temps, la séparation se fit dans l'articulation tibio-tarsienne. Je tentai alors de recouvrir l'extrémité des os de la jambe avec l'espèce de lambeau dorsal que la gangrène avait respecté; des bandelettes furent appliquées dans ce but,

afin d'obtenir un moignon régulier. Mais le malade, âgé de soixante-douze ans, était atteint d'une maladie ancienne et grave du cœur et de l'aorte, il commença à s'affaiblir de jour en jour; un phlegmon diffus survint, qui occupait le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire de la jambe. La mort s'ensuivit.

A l'autopsie, on constata des lésions graves des orifices cardiaques et de l'aorte; une oblitération complète de l'artère fémorale dans l'étendue de 4 centimètres au-dessus de son entrée dans le sac, puis une oblitération complète également du tronc tibio-péronier jusqu'à la naissance des artères tibiales postérieure et péronière. Ces deux vaisseaux, perméables plus bas, étaient fortement incrustés de matière calcaire.

L'obturation était effectuée par des caillots denses, résistants, très-adhérents à la paroi. Le creux poplité avait été le siége d'un anévrysme diffus enté sur un anévrysme vrai rompu. L'autopsie vérifiait complétement le diagnostic porté sur le vivant. Tous les interstices celluleux du jarret étaient remplis d'un sang noir, fluide, très-altéré, qui rendait presque méconnaissables les organes de la région; le sang, de plus, avait perforé l'aponévrose et s'étendait en nappe sous la peau amincie. Celle-ci d'ailleurs s'était ulcérée dans les deux derniers jours qui avaient précédé la mort. Au reste, cette terminaison n'eût-elle pas eu lieu, la tumeur, malgré les précautions incessantes qui furent prises, se serait abcédée, et la guérison définitive n'aurait été obtenue sans doute qu'après la mondification du foyer par la suppuration. Quant au sac primitif, il était épais, comme raccorni, doublé de couches fibrineuses, mais rempli en partie de caillots passifs, mous et foncés. La rupture avait été si large que toute la paroi postérieure de ce sac semblait manquer; aussi, sauf une différence de consistance, le sang de la poche se continuait sans interruption avec celui qui était épanché dans les interstices musculaires.

Les parties molles de la jambe représentaient une sorte d'éponge infiltrée de pus, les muscles y compris; cependant il existait une séparation bien nette entre ce vaste foyer purulent et le foyer sanguin de l'anévrysme. L'autopsie n'ayant pu être faite que longtemps après la mort et par une température élevée, le membre arriva à un tel degré d'altération cadavérique, que l'on ne put étudier ni les vaisseaux de la circulation collatérale, ni les particularités anatomiques de la lésion; on dut se borner aux constatations qui précèdent. D'ailleurs, malheureusement, la pièce, que j'avais pris beaucoup de peine à disséquer, aidé de M. Després fils, interne du service, a été perdue depuis dans un pavillon de l'École pratique.

L'artère fémorale, au point où elle avait été comprimée, a été très-attentivement examinée. Rien dans l'examen du vaisseau, ni dans les parties molles environnantes, n'aurait fait soupçonner qu'on avait pendant si longtemps et si fortement comprimé; en revanche, la veine fémorale présentait une lésion remarquable; elle était complétement bouchée par un caillot très-volumineux, qui la distendait sans adhérer fortement à la paroi, et qui s'étendait depuis le ligament de Fallope jusqu'à l'embouchure de la veine fémorale profonde.

Cette phlébite de la veine fémorale, que j'ai observée déjà deux fois au même point, à la suite de la compression temporaire des vaisseaux fémoraux, faite pour une simple amputation de la cuisse, a été causée sans doute ici par la pression des doigts; peut-être n'est-elle point étrangère à la mortification du bout du membre ?...

Ce fait, ajoute M. Verneuil, sera diversement jugé; il ne prouve pas contre la compression digitale, qui a produit ici tout ce qu'elle pouvait produire, c'est-à-dire l'arrêt rapide de la circulation dans l'anévrysme; on pourrait peut-être lui reprocher précisément d'avoir agi dans ce sens et trop vite, et d'une manière trop radicale, de façon à encourir les mêmes reproches que la ligature, c'est-à-dire une interruption trop brusque du cours du sang et par conséquent la formation de caillots passifs. Mais, dans ce cas, les progrès de l'anévrysme diffus étaient si rapides, que la compression intermittente indiquée dans les anévrysmes clos par le sac, n'était pas acceptable dans l'espèce.

Au reste, M. Verneuil a fait consigner les détails de cette importante observation dans la thèse de M. Petiteau (*De la compression digitale dans le traitement des anévrysmes*, Paris, 1858.).

— M. MOREL-LAVALLÉE présente un malade affecté d'une exophthalmie causée par une tumeur de l'orbite, et demande l'avis de la Société sur l'opportunité d'une opération. Il communique l'observation qui suit :

Tumeur cancéreuse de l'orbite. — Régnier, âgé de soixante-huit ans, demeurant rue de Charonne, 59. Pas d'antécédents héréditaires, complexion un peu chétive, pas de maladie antérieure, si ce n'est des ulcères variqueux qui datent de trente ans.

Il y a un an environ, le premier phénomène de la maladie a été un larmoiement de l'œil droit, sans rougeur de cet organe; à peu près à la même époque, le malade s'est aperçu que le globe oculaire se portait en avant et surtout en dehors; quelque temps après, il est sorti par la narine correspondante une humeur purulente.

Depuis cinq ou six mois, lorsque le malade se mouche, des épistaxis peu abondantes, mais souvent répétées et aujourd'hui presque constantes, se font jour par les deux narines, mais surtout par la gauche, la droite ne donnant issue qu'à une humeur purulente teinte de sang.

Aujourd'hui, l'œil droit est poussé en dehors et en avant, d'environ la moitié de son diamètre antéro-postérieur. Depuis six mois, la vue y est complétement abolie; la pupille, du même diamètre que celle du côté opposé, présente à peine quelque mobilité. On voit et on sent entre le globe de l'œil et la racine du nez, une tumeur du volume de la moitié d'une noix, sur laquelle la peau conserve sa mobilité et sa coloration; à peine présente-t-elle une teinte légèrement violacée.

Le nez est déformé et gonflé de ce côté presque jusqu'à la narine, et la fosse nasale contient une tumeur rougeâtre, fongueuse, granulée, de la consistance du riz de veau, et saignant au moindre contact. Quant à la fosse nasale gauche, elle paraîtrait intacte si on s'en rapportait à un examen superficiel; mais avec un peu d'attention on découvre, à deux travers de doigt au-dessus de la narine, une tumeur d'une apparence analogue à celle du côté droit, et qui empêche la sonde de femme engagée sur le plancher des fosses nasales, de pénétrer plus avant.

Cet état des fosses nasales entrave singulièrement la respiration; au moment où elle est le moins gênée, elle est sifflante comme dans l'enchifrènement d'un fort coryza.

La tumeur de l'angle interne de l'œil est molle au toucher, ce qui permet de présumer qu'elle est de même nature que celle des fosses nasales.

On peut, à l'aide des données précédentes, déterminer assez exactement les limites de la tumeur.

Le doigt ne la trouve pas à l'orifice postérieur des fosses nasales; elle n'a pas déformé le plancher des fosses nasales, c'est-à-dire la voûte palatine; on n'en trouve aucune trace dans la fosse zygomatique, nous avons vu qu'elle a envahi la fosse nasale gauche.

En haut, c'est-à-dire du côté du plafond de l'orbite, la tumeur, qui forme à l'angle de l'œil comme un croissant qui enveloppe le globe, semble coller sa corne supérieure à l'arcade orbitaire, sans qu'il soit possible d'apprécier ses rapports plus profondément dans ce sens.

En résumé, tumeur encéphaloïde ayant commencé à l'angle interne de l'œil droit, puis ayant poussé une racine dans la fosse nasale correspondante, et ensuite dans celle du côté gauche par la perforation ou la destruction de la cloison, mais ayant respecté la voûte palatine.

Quant aux sinus maxillaires, point de déformation du côté de leurs parois accessibles à la vue et au toucher. Il en résulte que si la nature de la tumeur eût permis une opération, elle aurait pu être faite sans trop de difformité.

Quant aux phénomènes concomitants, ils consistent :

1° Dans une suppuration qui a une double issue, l'une par la paroi antérieure du sac lacrymal, l'autre par les fosses nasales, ce qui permet d'établir son siége dans le sac lacrymal, et peut-être aussi dans le canal.

2° Céphalalgie constante et assez intense pour que la simple action de toucher la tête soit douloureuse.

Quant aux phénomènes nerveux généraux, ils ne paraissent avoir subi aucune influence de la part de l'affection qui nous occupe.

M. RICHET pense que la tumeur n'a pas son origine dans la cavité même de l'orbite, mais bien plutôt dans la fosse nasale correspondante, qui, d'ailleurs, est obstruée par la production morbide. Il se fonde sur ce que le globe de l'œil est poussé en dehors contre la paroi externe et non chassé d'arrière en avant. Il rejette l'idée d'une opération d'après deux cas analogues qu'il a observés. Dans le premier il croyait à l'existence d'une tumeur fibreuse. MM. Nélaton et Velpeau conseillaient l'opération. Une incision pratiquée sur le dos du nez mit la tumeur à découvert; mais celle-ci était constituée par un tissu très-mou, sorte de bouillie que les doigts et les instruments déchiraient à la moindre traction. La tumeur d'ailleurs s'enfonçait profondément; l'énucléation fut impossible, et l'extirpation resta incomplète.

Dans un second cas, la tumeur formait à la racine du nez une saillie peu marquée; mais après l'avoir mise à découvert, on vit qu'elle s'étendait profondément et qu'elle offrait, du reste, les mêmes caractères que la précédente. Malgré une cautérisation énergique avec le galvanocautère, on ne put atteindre les limites du mal.

Ces tumeurs proviennent de la muqueuse qui tapisse la voûte des fosses nasales. Elles vont donc jusqu'à la base du crâne, et pour les extirper complétement, il faudrait enlever l'ethmoïde, ce que M. Richet ne conseille pas.

M. LEGOUEST appuie aussi l'abstention. Il y a deux mois environ il opéra une tumeur à peu près semblable; elle paraissait provenir de l'orbite. Quelques hémorrhagies nasales annonçaient qu'elle avait perforé la paroi interne de la cavité orbitaire; enfin, elle s'était également propagée en bas et avait pénétré dans l'antre d'Hygmore. L'œil fut enlevé et une partie de l'os maxillaire supérieur dut être sacrifiée.

Les suites de l'opération furent satisfaisantes; mais il y a quelques jours M. Legouest a constaté le commencement de la récidive. Ce qui l'engage à dissuader d'une opération dans le cas de M. Morel-Lavallée, c'est l'incertitude où l'on est du siége précis et de l'étendue du mal; car, si l'on pouvait reconnaître une tumeur circonscrite, limitée à la paroi interne de l'orbite, il vaudrait mieux tenter une extirpation que d'abandonner le malade à une mort certaine.

M. DEMARQUAY a vu, il y a trois ou quatre mois, en ville et avec M. Monod, un malade déjà opéré deux fois par MM. Monod et Denonvilliers. La tumeur avait pris naissance à la partie interne de l'orbite, et elle faisait actuellement saillie dans la fosse nasale. Quoiqu'on eût affaire à une seconde récidive, M. Demarquay, pensant que le mal était circonscrit, se décida à opérer encore une fois. Le nez fut fendu sur la ligne médiane, et les deux paupières détachées en partie de dedans en dehors. Une anse de fil passée au-dessous du muscle droit interne servit à entraîner en dehors l'œil qu'on voulait ménager. L'apophyse montante de l'os maxillaire fut coupée avec les pinces de Liston. On s'aperçut alors que la production avait envahi les sinus frontaux. Il fallut enlever avec la gouge et le maillet une partie de la paroi supérieure de l'orbite, et ce ne fut pas sans effroi que l'on vit les battements du cerveau soulever la dure-mère dénudée. Cependant rien de fâcheux ne survint d'abord, et le malade paraissait en voie de guérison, lorsqu'il fut pris un jour de douleur frontale et de titubation. Le coma survint bientôt, et la mort s'ensuivit peu de temps après. A l'autopsie, on trouva deux abcès cérébraux, l'un à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure du lobe antérieur. Il n'y avait pas de récidive.

M. LENOIR a vu mourir également d'un abcès du cerveau un malade opéré quelques jours auparavant et par arrachement, d'un polype des fosses nasales qui, cependant, n'avait pas pénétré dans l'orbite. Ces tumeurs sont développées dans l'ethmoïde, qui est susceptible, comme l'os maxillaire, d'être envahi par le cancer. En résumé, ces opérations sont trop dangereuses par elles-mêmes, elles offrent trop peu de chances de réussite et en même temps trop d'imprévu. Un chirurgien prudent ne doit pas les entreprendre.

M. MOREL-LAVALLÉE remercie ses collègues des excellents conseils qu'ils viennent de lui donner. Pendant quelque temps il avait cru la tumeur limitée et n'avait aperçu aucun prolongement voisin; il avait même conçu un plan d'opération, mais bientôt il fut arrêté par l'étendue du mal et l'incertitude de ses limites; d'ailleurs le malade a une constitution détériorée, il est donc résolu aujourd'hui à ne pas opérer.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport que M. Guersant a lu dans une des dernières séances sur un travail de M. Ferrand, de Mer, relatif à un cas de trachéotomie.

(*La fin au prochain numéro*).

Nous sommes prié d'insérer la lettre suivante adressée à M. le président de l'Académie, mais qui, par suite sans doute d'une décision du conseil, n'a pas fait partie du dossier de la correspondance :

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous adresser, au nom des travailleurs qui cherchent à faire progresser la thérapeutique des maladies des voies urinaires, une prière et des remercîments.

D'abord des remercîments pour la persévérance que vous avez mise à réclamer l'autorisation de faire insérer dans les *Mémoires* de l'Académie le rapport de M. Laugier, rapport qui nous fera connaître pourquoi on a réduit à 25 le nombre des prétendants au prix fondé par M. d'Argenteuil, lorsqu'il était de 28; et pourquoi ce prix, qui aurait dû être décerné au plus méritant des 28 concurrents, a été divisé en six parts inégales.

Puisque l'Académie a consenti à ce premier acte de justice, j'ose espérer qu'elle accueillera avec bienveillance ma nouvelle réclamation, si vous la lui communiquez.

Je viens, en conséquence, Monsieur le président, vous supplier de proposer à l'illustre corps savant de faire insérer le rapport de feu M. Gerdy avec celui de M. Laugier dans la collection des mémoires de l'Académie de médecine. Le rapport de M. Laugier, qui conclut au morcellement du prix d'Argenteuil de la 3[e] période, devant figurer dans ces mémoires, il serait juste d'accorder le même bonneur au rapport de M. Gerdy, qui a fait supprimer le prix de la 1[re] période.

Lorsque ces deux rapports seront réunis, Messieurs les Académiciens pourront juger facilement si le rapport de M. Gerdy, qui a donné un aperçu de l'état de la science sur la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre en 1850, a été apprécié comme il devait l'être par la commission d'Argenteuil, dont M. Laugier était rapporteur, *et si la décision qui a été prise dans la séance extraordinaire* du 10 février 1858, convoquée *ad hoc* par M. le secrétaire perpétuel, *ne doit pas être soumise à une révision par l'Académie mieux informée*, et en réunissant un plus grand nombre de membres, c'est-à-dire tous ceux qui assistent à ses séances hebdomadaires.

Le rapport de M. Gerdy, *dont je possède une copie*, étant un document important, qui renferme en faveur des prétendants au prix d'Argenteuil de la troisième période des réserves que l'Académie a acceptées en adoptant les conclusions de ce rapport le 26 février 1850, j'ose espérer, Monsieur le président, qu'il sera fait droit à cette nouvelle demande.

Veuillez agréer, etc. GUILLON, D.-M.-P.,
Ancien chirurgien consultant du roi.

Paris, le 21 février 1859.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 21 février 1859, M. Jallet, docteur en médecine et en chirurgie, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, en remplacement de M. de Lamardière, dont la démission est acceptée.

— M. le docteur Ludovic Hirschfeld, ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu et professeur particulier à l'École pratique, dont tout le monde connaît les belles recherches de névrologie, vient d'être nommé professeur d'anatomie à l'Académie médico-chirurgicale de Varsovie.

— La mort de M. Renauldin, annoncée dans la dernière séance de l'Académie de médecine, a déjà mis en campagne un nombre considérable de candidats pour la section d'hygiène et de médecine légale, à laquelle appartenait l'honorable académicien. M. Renauldin, qui était un numismate distingué, était ancien médecin des hôpitaux de Paris. C'est lui qui a écrit l'introduction du *Dictionnaire des sciences médicales*; on lui doit de plus plusieurs travaux de médecine qui sont restés dans la science.

— M. le docteur Pouget (de Bordeaux), médecin inspecteur des bains de mer de Royan, auteur de divers ouvrages de balnéologie et d'hygiène, est mort tout récemment à Bordeaux.

— Le professeur Ranzi (de Florence), qui avait publié, en collaboration avec M. Regnoli, un *Traité complet de chirurgie* fort estimé, est mort d'une maladie du cœur, à l'âge de quarante-sept ans, dans la ville qui était depuis longtemps le théâtre de ses succès.

— Un certain nombre de médecins de la Nouvelle-Orléans, répondant au vœu de leurs confrères et au désir général de la population, viennent de rétablir l'ancienne Société médicale de cette ville.

Aux termes de sa constitution, les membres de cette Société ont pour but :

1° De s'éclairer des faits, observations et travaux apportés par chacun :

2° De pourvoir aux intérêts généraux de la profession;

3° De resserrer les liens de bienveillance qui existent naturellement entre les membres d'une même profession;

4° De mettre le corps médical de la Nouvelle-Orléans en rapport avec ceux de l'ancien et du nouveau monde.

Pour faire partie de la Société, il faut avoir été reçu docteur-médecin par une faculté ou école régulière, et déposer son diplôme sur le bureau du président pour être examiné par les membres.

La langue française est adoptée par la Société pour tous ses actes.

Voici les noms des praticiens qui ont adopté et signé la constitution: MM. Sabin Martin, Natilli, Labatut, Ferrier (père), Beugnot, Hegewisch, Daret, Barbe, Lewis, Bayon, Borde, Anfoux, Le Mat, Thiéry, Mercier, Ferrier (fils), Cantrelle, Joubert, Pio Avila, Deléry, Fagot, Alpuente, Alfred Mercier, Laugenbecker, De Saint-Romes, Doumeing, d'Aquin, Rancé, Boulin, Rouanet, De Roaldès, Taney, Kohn.

Le bureau a été constitué de la manière suivante :

MM. Daret, président; Lewis, vice-président; Deléry, secrétaire général; Alfred Mercier, secrétaire particulier; d'Aquin, trésorier-archiviste. (*L'Abeille de la Nouvelle-Orléans*.)

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 25. — MARDI 1er MARS 1859. (32e ANNÉE.) N° 25. — MARDI 1er MARS 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

DOSAGE DE L'ACIDE CYANHYDRIQUE.

NOUVEAU PROCÉDÉ.

« Si la chimie élève et agrandit son domaine en arrachant à la nature de nouveaux secrets, elle réalise des progrès non moins utiles en s'attachant à multiplier les applications de ses découvertes et à vulgariser ses procédés d'investigation.

» Ce n'est pas assez pour elle de pénétrer chaque jour davantage, par l'analyse, dans la connaissance de la nature des corps, de leurs propriétés et des éléments dont ils sont formés, et d'accroître sans cesse leur nombre et leurs usages, il faut encore qu'elle fournisse des moyens simples, rapides et sûrs de les distinguer entre eux et de les doser exactement. C'est à cette condition d'être simple, rapide et sûre, que l'analyse chimique peut devenir un instrument pratique et usuel, et rendre à l'industrie et aux sciences qui doivent s'éclairer de ses lumières tous les services qu'elles ont droit d'en attendre. »

Ce préambule d'un rapport que M. F. Boudet lisait à l'Académie de médecine dans la séance du 1er février, exprime de la manière la plus juste et la plus heureuse l'objet pratique de la chimie et le but vers lequel doivent tendre les efforts des savants qui la cultivent. C'est en effet le caractère général des travaux actuels et le signe le plus certain des progrès de cette science, d'arriver à travers les plus laborieux efforts, et au prix même de leur concentration sur ce qu'elle a de plus spécial, à la simplification et à la vulgarisation de ses procédés d'application.

Ces judicieuses paroles de M. Boudet, applicables en général à tous les procédés qu'il est utile aux médecins de connaître, soit lorsqu'ils sont consultés par l'autorité pour des questions d'hygiène publique ou de médecine légale, soit dans les diverses circonstances de la pratique où ils peuvent avoir à faire des analyses de substances médicamenteuses ou de produits morbides, s'appliquent en particulier à un nouveau procédé pour le dosage de l'acide cyanhydrique;— le procédé imaginé par M. Buignet, qui a été l'objet du rapport en question. Ce sujet ayant une utilité pratique évidente, nous profitons aujourd'hui de l'espace dont le compte rendu de l'Académie des sciences nous permet de disposer pour en entretenir nos lecteurs.

Nous rappellerons d'abord en peu de mots l'état de la question, en nous guidant d'après le rapport de M. Boudet :

Jusqu'à présent, on connaissait deux procédés pour le dosage de l'acide cyanhydrique et des cyanures par les liqueurs titrées. L'un, qui est dû à M. Liebig, donne la mesure du cyanogène par la proportion d'azotate d'argent titré qu'il faut employer avant d'obtenir un trouble permanent dans la liqueur soumise à l'expérience ; le second, qui appartient à MM. Fordos et Gélis, est fondé sur la décoloration de la teinture d'iode par le cyanure de potassium.

De l'avis de la commission, ces deux procédés sont très-précieux ; mais ils laissaient l'un et l'autre quelque chose à désirer. Un procédé basé sur un phénomène de coloration instantanée plus facile à constater que celui de la précipitation, et qui serait en même temps d'une exécution simple et usuelle, mériterait par là de leur être préféré. Tels sont les avantages que paraît offrir le procédé de M. Buignet.

Voici en quoi il consiste :

M. Buignet, en recherchant les propriétés du cyanure double de potassium et de cuivre, qu'il a obtenu et étudié le premier, a constaté qu'il offrait ce remarquable caractère que le métal s'y trouve dissimulé dans ses propriétés physiques et chimiques, puisque, d'une part, il est incolore, soit à l'état cristallisé, soit à l'état de dissolution, et que, de l'autre, il est insensible à la plupart des réactifs ordinaires du cuivre. L'ammoniaque elle-même, qui s'emploie avec tant de succès pour décolorer les moindres traces de cuivre, peut être ajoutée à une dissolution de cyanure double de cuivre et de potassium sans y produire le moindre changement de couleur, et il suffit de verser dans une dissolution bleu céleste du sulfate de cuivre ammoniacal un excès de cyanure de potassium, ou même d'acide cyanhydrique, pour la décolorer complétement, tant est grande la tendance du cyanure de cuivre à se combiner avec les cyanures alcalins. C'est cette observation curieuse qui a été pour M. Buignet le point de départ du procédé qu'il a imaginé pour le dosage des cyanures alcalins et de l'acide cyanhydrique par la méthode des volumes. Saisissant, en effet, le parti qu'on pouvait tirer du jeu de ces affinités comme moyen d'analyse quantitative, voici comment cet habile chimiste a réalisé sa pensée.

Etant donnée, par exemple, soit une dissolution de cyanure, soit une dissolution d'acide cyanhydrique plus ou moins étendue, telle que l'eau de laurier-cerise ou d'amandes amères, si l'on y verse un excès d'ammoniaque, ces deux liqueurs deviennent toutes deux une dissolution d'un cyanure alcalin, plus de l'ammoniaque ; que si alors on ajoute peu à peu dans l'une ou l'autre de ces liqueurs une dissolution titrée de sulfate de cuivre, cette dissolution perd immédiatement sa couleur en tombant dans le liquide alcalin, et ce phénomène se produit jusqu'au moment où une nouvelle affusion de sel cuivrique fasse naître une teinte bleu céleste dont l'intensité augmente proportionnellement au sulfate de cuivre ajouté, et une ligne de démarcation très-nette sépare les deux phénomènes inverses de décoloration et de coloration. Or le premier de ces phénomènes étant dû à l'action du cyanure alcalin que l'on veut doser, et le second ne pouvant se manifester qu'autant que cette action est épuisée, la proportion de sulfate de cuivre nécessaire pour arriver à l'apparition de la couleur bleu céleste doit donner la mesure exacte de la proportion de cyanure alcalin ou d'acide cyanhydrique contenu dans la liqueur soumise à l'analyse.

Voici, en conséquence de ces faits, quelle est la mise en pratique de ce nouveau mode d'analyse. Il est, comme on en pourra juger, des plus simples et des plus rapides.

Il suffit, en effet, d'introduire dans un petit ballon à fond plat 100 centimètres cubes ou 100 grammes du liquide à expérimenter, d'y ajouter 10 grammes d'ammoniaque, et d'y verser ensuite, avec une burette divisée en dixièmes de centimètre cube, une dissolution titrée de sulfate de cuivre jusqu'à ce que la couleur bleue se manifeste dans le mélange d'une manière permanente. La dissolution du sel de cuivre étant faite de manière que chaque division de la burette correspond à 1 milligramme d'acide cyanhydrique, dès que l'opération est terminée, on n'a qu'à lire sur la burette le nombre de divisions employées, pour connaître immédiatement la proportion en milligrammes de l'acide cyanhydrique contenu dans le liquide soumis à l'expérience.

M. Boudet nous fait savoir dans son rapport que M. Buignet a fait déjà quelques applications intéressantes de sa méthode. Il a comparé entre elles les eaux de laurier-cerise et d'amandes amères récemment préparées, au point de vue de leurs proportions relatives d'acide cyanhydrique, et il a constaté que la première en contenait trois fois plus que la seconde, bien qu'elle soit moins riche en huile volatile.

Etudiant ensuite l'action réciproque du cyanure de potassium et de l'eau de laurier-cerise, qui lui est souvent associée comme véhicule dans l'usage médical, il a reconnu que la dissolution se troublait bientôt en laissant déposer de la benzoïne, et que le cyanogène s'y décomposait graduellement et se transformait en ammoniaque. Enfin, il a examiné comparativement les modifications qui se produisent avec le temps dans une dissolution de cyanure de potassium, dans l'eau distillée et dans une dissolution équivalente du même sel dans l'eau de laurier-cerise.

Il a constaté que si, dans la première, le cyanure disparaissait peu à peu en donnant naissance à une quantité proportionnelle d'ammoniaque, dans la seconde, il se formait un précipité jaune et abondant de benzoïne, et que la transformation du cyanogène en ammoniaque était beaucoup plus rapide.

On voit, par ces exemples, les ressources que la méthode de M. Buignet met à la disposition des médecins et des pharmaciens pour apprécier en toute circonstance la valeur réelle des médicaments qui contiennent de l'acide cyanhydrique libre ou des cyanures alcalins, et les modifications qu'ils peuvent éprouver. C'est là, ainsi que le fait remarquer M. Boudet, un mérite d'autant plus précieux qu'il s'agit d'un agent très-énergique, et dont les doses doivent toujours être rigoureusement calculées.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Des échinocoques du foie (1).

Les échinocoques sont de petits vers vésiculaires blancs, gros comme de petits grains de sable fin, à peine visibles à l'œil nu. Ils sont en nombre très-considérable, renfermés dans des vésicules gélatineuses, transparentes, plus ou moins nombreuses, d'un ou deux centimètres de diamètre, et que l'on nommait jadis des *acéphalocystes* (b, fig. 1). Ces *acéphalocystes* ou *hydatides* sont elles-mêmes contenues dans une membrane d'enveloppe transparente, gélatiniforme, *mère de toutes les autres* (d, fig. 1), autour de laquelle existe souvent un kyste fibreux (A, fig. 1), isolant le sac aux échinocoques du parenchyme des organes.

Le kyste peut ne pas exister, car M. Andral dit avoir rencontré des échinocoques à l'état libre dans le tissu du foie. Dans la première de mes observations, il n'y avait pas non plus de kyste fibreux autour de la vésicule mère de toutes les autres vésicules remplies d'échinocoques, et cette vésicule communiquait par de nombreuses ouvertures avec les conduits biliaires.

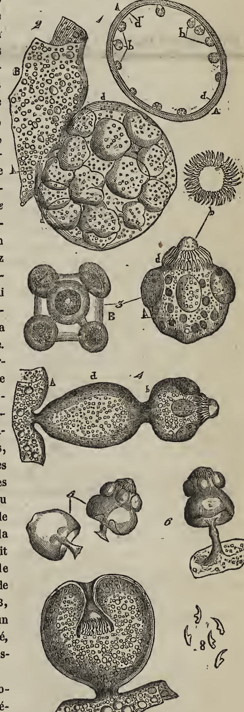
(1) Suite. — Voir le numéro du 22 février.

Il n'y a ordinairement qu'un seul kyste à échinocoques, soit dans le foie, soit dans les autres organes ; mais il peut s'en trouver plusieurs, et on en rencontre quelquefois aussi d'éparpillés dans les autres viscères. Chez un homme mort à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Rostan, il y en avait plusieurs dans le foie, un dans la rate, un dans les reins, un dans le scrotum, et plusieurs dans le mésentère. Chacun de ces kystes renfermait des centaines de vésicules transparentes remplies d'échinocoques.

M. Barrier, auquel on doit une excellente monographie sur les tumeurs hydatiques du foie, a établi qu'elles occupaient le lobe droit du foie de préférence au lobe gauche, et ordinairement la profondeur de la glande. D'après cet auteur, sur un relevé de 38 observations, 21 fois la tumeur était solitaire, 10 fois il y avait des tumeurs multiples, et 7 fois il s'en trouvait au milieu d'autres organes.

La membrane intérieure du kyste, mère des autres petites vésicules à échinocoques, est demi-transparente, gélatiniforme, plus ou moins épaisse (d, fig. 1). Examinée au microscope, on voit qu'elle est formée de matière amorphe infiltrée de gouttelettes de graisse (A, B, fig. 2). Elle enveloppe toutes les vésicules dites *acéphalocystes* (b, b, fig. 1) lesquelles contiennent, fixées à leur face interne ou libres dans leur intérieur, les échinocoques au milieu d'une sérosité claire et limpide comme de l'eau.

Les échinocoques sont, comme je l'ai dit, de petits vers vésiculaires à peine visibles à l'œil, et que le microscope montre avec la tête et les crochets rentrés dans le corps (fig. 7); la tête sortie du corps avec une tête garnie de ventouses et d'une couronne de crochets (fig. 3, A, d, et fig. 4 A, b, d). Cette planche, extraite de mes *Nouveaux éléments de pathologie générale*, vous représente très-bien ce que vous avez vu ici dans les préparations que j'ai mises sous le microscope. Il n'y a aucune différence. Les uns étaient formés d'une vésicule avec un sillon longitudinal, représentant la tête cachée dans le corps, et chez les autres pressée entre les deux plaques ou mouillée avec de l'eau chaude; la tête sortie laissait voir sa couronne de crochets autour de la bouche (fig. 3, d), ou, enfin, sur un échinocoque brisé, des crochets dispersés (fig. 8).



Les échinocoques peuvent séjourner longtemps au sein du foie et s'y multiplier à leur aise sans donner lieu à des symptômes appréciables. Ils ne produisent personnellement aucun trouble, et ce n'est qu'à l'état de tumeur et comme corps étranger, gênant les fonctions du foie ou modifiant sa forme, qu'ils se révèlent au médecin. Ils peuvent rester de longues an-

nées dans le foie sans donner signe de leur présence, et le peu de volume de la tumeur observée chez l'enfant du n° 24 de la salle Sainte-Marguerite, après six mois de séjour dans les salles, montre combien est lent le développement de ces entozoaires. C'est au bout de plusieurs années, lorsque le kyste d'enveloppe est déjà très considérable, que l'on s'aperçoit de son existence. Il apparait dans l'hypochondre droit ou à l'épigastre sous forme de tumeur élastique, résistante, dure et fluctuante. Elle donne un son mat par la percussion, qui permet d'en limiter l'étendue, et elle descend plus ou moins bas dans le ventre. Son élasticité est quelque chose de remarquable, et le choc des doigts y détermine souvent un frémissement vibratoire plus ou moins prononcé, que M. le professeur Piorry a le premier fait connaître, et qui constitue le *frémissement hydatique*. Chez quelques malades, ce frémissement a une telle force qu'il donne lieu à un petit bruit de frottement profond très-prononcé, et que l'on rapporte avec raison à la collision des hydatides les unes contre les autres. C'est une variété du frémissement hydatique. Ailleurs, enfin, il n'existe aucun phénomène de ce genre, bien que la tumeur renferme certainement des échinocoques. Il faut rechercher la présence de ce signe, mais on ne doit pas en faire l'unique base du diagnostic.

Les kystes à échinocoques, impossibles à confondre avec les tumeurs solides du foie, telles que le cancer, très-rare chez l'enfant, ou l'hypertrophie donnant lieu à une augmentation uniforme de l'organe, ne peuvent être pris que pour des kystes séreux simples. Cela n'a pas grand inconvénient, car le traitement des deux maladies est le même. Mais si l'on veut être plus précis et formuler un diagnostic certain, il faut absolument recourir à la ponction exploratrice avec un trocart capillaire. C'est ce que j'ai fait sur les deux petites filles placées dans mes salles. La sortie d'un liquide clair et limpide comme de l'eau de roche, légèrement salé, sans traces d'albumine, avec dépôt d'*entozoaires* sous forme *de grains blanchâtres très-fins* au fond du vase, annonce qu'il s'agit d'échinocoques. En effet, ce liquide limpide et incolore est celui qui remplit toujours les kystes à échinocoques lorsque les parois ne sont pas altérées par l'inflammation, et les petits grains blanchâtres semblables à du sable fin déposé au fond du vase, ne sont autre chose que des échinocoques faciles à distinguer avec le microscope.

Ce dernier fait, qui n'a pas encore été indiqué, me paraît avoir une grande importance, car sa présence lève tous les doutes qu'on pourrait avoir sur le diagnostic de la maladie. Il faut le rechercher au moyen de la ponction exploratrice avec un *trocart capillaire*, sans inconvénient même lorsque la tumeur n'a pas encore contracté d'adhérences avec la paroi abdominale. Toutefois il ne faut employer qu'un instrument de très-petit volume, car un trocart un peu trop volumineux pourrait être la cause d'une phlegmasie péritonéale.

C'est une affection essentiellement chronique que celle qui résulte du développement des kystes à échinocoques dans le foie. Elle a une période latente indéterminée pendant laquelle le kyste est inappréciable pour le malade et pour le médecin, et une fois qu'elle est devenue manifeste, elle se prolonge pendant un nombre plus ou moins considérable d'années. M. Barrier en a fixé la durée à un temps qui varie de deux à trente ans. Cela est très-exact, et on trouve assez souvent chez les vieillards des tumeurs ossifiées du foie qui renferment des débris d'échinocoques, et qui remontent très-certainement à une époque fort éloignée. J'ai présenté un exemple de ce genre à la Société de biologie. Le kyste ossifié, d'une épaisseur de 25 millimètres, avait une telle dureté qu'il a fallu la scie pour l'ouvrir.

Une fois développés dans le foie, que deviennent ces kystes à échinocoques? Les uns, mais c'est le cas le plus rare, s'ossifient, et comprimant les échinocoques, les font périr dans leur enveloppe gélatineuse, qui s'accroît, se décompose et s'infiltre de graisse en retenant çà et là des crochets libres (fig. 8), toujours très-faciles à reconnaître; les autres augmentent de volume, gênent les fonctions du foie, s'enflamment ou amènent l'hépatite, cheminent vers l'extérieur pour s'ouvrir à la peau, dans l'intestin, dans le péritoine, dans la plèvre, dans les poumons ou dans les bronches, et, suivant les hasards de cette évolution, occasionnent des accidents fréquemment mortels. M. Barrier a indiqué avec le plus grand soin ces terminaisons différentes, et il a fait voir que les accidents les plus communs observés dans cette circonstance étaient l'état cachectique et le marasme produits par l'inflammation du kyste et la désorganisation du foie, la péritonite aiguë occasionnée par la rupture de la poche dans le péritoine. Les accidents de compression du poumon par la tumeur, les pleurésies, les pneumonies et les vomiques déterminés par le passage des échinocoques dans la plèvre et dans le poumon, sont, au contraire, extrêmement rares.

De semblables altérations produites par le développement des échinocoques font pressentir toute la gravité de cette affection. En effet, la guérison naturelle ne peut s'opérer que par l'ouverture spontanée du kyste à la peau, dans l'intestin ou dans les bronches, et par l'ossification de ce kyste. Avant d'en arriver là, les malades doivent subir toutes les chances d'une longue maladie, et résister à l'épuisement ou aux complications inflammatoires que je viens de signaler. La plupart succombent, à moins que par un traitement bien dirigé on ne les débarrasse de leur kyste à échinocoques.

Le traitement des échinocoques du foie est tout chirurgical. Si l'affection est bornée à la glande hépatique, quand même il s'y trouverait plusieurs kystes, et s'il n'y en a pas ailleurs, il y a toute chance de réussir.

Il faut établir des adhérences entre le kyste à échinocoques et la paroi abdominale, et une fois cette indication remplie, ouvrir le kyste avec un trocart, évacuer le liquide et les échinocoques qui tombent dans le vase, dilater l'ouverture, enlever les parois de l'acéphalocyste mère et attendre l'affaissement de la tumeur, qui ne tarde jamais bien longtemps.

Deux procédés ont été mis en usage pour ce traitement. Celui de M. Bégin, qui consiste à inciser la paroi abdominale jusqu'à la séreuse au niveau de la tumeur et à attendre de cette incision, pansée comme une plaie simple, l'adhérence de la tumeur aux parois abdominales. Il est abandonné.

L'autre procédé, dû à Récamier, est encore journellement mis en usage. C'est celui que vous m'avez vu employer, sauf de légères modifications, chez les deux jeunes filles couchées dans ma salle. Voici en quoi il consiste.

Après avoir pris la précaution de s'assurer par la percussion qu'il n'y a rien entre la tumeur et la paroi abdominale, on place sur la partie la plus saillante un morceau de pâte de Vienne, large de deux centimètres, pour faire une eschare à la peau.

Le lendemain, on fend l'eschare en quatre avec le bistouri et on en retire les morceaux, que l'on remplace par une rondelle de pâte au chlorure de zinc, laquelle fait une nouvelle eschare bien limitée. Après la chute de la partie mortifiée, on fait de nouvelles applications de pâte au chlorure de zinc pour creuser la paroi abdominale jusqu'au voisinage du péritoine.

Ce travail suffit à déterminer l'adhérence de la tumeur aux parois du ventre que l'on ne peut plus faire glisser sur elle. Quand on pense avoir atteint ce résultat, un coup de trocart ordinaire doit être donné. Il s'en écoule un liquide limpide, clair comme de l'eau, *tenant en suspension des échinocoques sous forme de petits grains blanchâtres, imperceptibles et faciles à reconnaître au moyen du microscope.*

Si la tumeur est peu volumineuse, on laisse couler tout le liquide; mais si elle est trop grosse, on ne la vide qu'à moitié, se réservant d'y revenir. Après avoir retiré la quantité de liquide voulue, on injecte de la teinture d'iode iodurée coupée avec moitié d'eau, qu'on laisse en partie sortir par la canule du trocart, et dont on laisse l'autre partie dans la tumeur.

Tel est le programme du premier temps de l'opération. S'il n'y a pas d'accidents de péritonite, cas le plus ordinaire, on recommence de la même manière au bout de huit jours, et on place dans l'ouverture de la tumeur un petit morceau d'éponge préparée qu'on laisse vingt-quatre heures en place pour en opérer la dilatation. Une fois l'ouverture dilatée, des injections quotidiennes de teinture d'iode iodurée mélangée avec moitié d'eau, doivent être faites tous les jours pour faciliter le retrait des parois du kyste et la chute de la poche mère des petites vésicules à échinocoques.

Au bout de quelques jours, la poche mère, de structure gélatineuse, se présente à l'ouverture du kyste, et il faut l'extraire. Cela n'est pas douloureux, car elle est libre de toute adhérence. L'enfant étant placé sur les genoux et sur les coudes, de façon que l'ouverture de la tumeur soit dans la partie la plus déclive, ce que vous m'avez vu faire au n° 17, on saisit un lambeau de la poche avec des pinces, et par de douces tractions, la pesanteur aidant, elle s'enlève en partie ou en totalité, et en quelques jours la plaie abdominale se ferme ou reste fistuleuse pendant quelques mois avant de guérir d'une façon définitive.

Une autre méthode que je n'ai pas employée, et qui a pour elle la garantie d'un grand nom, est celle de M. le professeur Jobert (de Lamballe). Dans cette méthode, des ponctions successives doivent être faites dans la tumeur à quelque temps d'intervalle avec un trocart capillaire qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures, de manière à évacuer le liquide et provoquer l'inflammation des parois du kyste. Trois à cinq ponctions suffisent pour obtenir le résultat qu'on désire, et plusieurs cas de succès autorisent l'usage de ce procédé, qui ne paraît pas soulever contre lui d'objections graves.

DES DIFFÉRENTES SORTES D'ACCIDENTS

causés par les verts arsenicaux employés dans l'industrie.

Rapport présenté à la Commission d'hygiène et de salubrité du 5e arrondissement,

Par M. le docteur BEAUGRAND.

Les verts arsenicaux nous viennent de l'Allemagne; ils sont assez nombreux, et consistent en combinaisons diverses de l'acide arsénieux avec l'oxyde ou l'acétate de cuivre; tels sont les verts de Scheele, de Schweinfurt, de Braunschweig, de Neuwied, le mitisgrün, etc. En France, on ne connaît guère que les deux suivants:

1° *Le vert de Scheele ou arsénite de cuivre*, découvert dans le siècle dernier par le célèbre chimiste dont il porte le nom. On le prépare en précipitant un sel de cuivre par un arsénite alcalin.

2° *Le vert de Schweinfurt*, sel double d'*arsénite et d'acétate de cuivre*, découvert à Schweinfurt en 1814, par Rulz et Sattler; il n'a été scientifiquement connu en France que depuis 1829, par les notes de Braconnot (*Ann. de phys. et de chim.*, t. XXI, p. 53.), et de Liebig (*Ibid.*, t. XXIII, p. 412.). On l'obtient en mêlant les dissolutions bouillantes d'acétate de cuivre bibasique et d'acide arsénieux.

Ces deux verts, d'une belle nuance, sont très-usités dans les arts, et surtout dans l'industrie des papiers peints. En leur qualité de sels arsenicaux, ils sont doués de propriétés toxiques qui ont depuis un certain temps attiré l'attention des observateurs. Leur action nuisible peut s'exercer de trois manières différentes:

1° Quand ils sont ingérés directement dans les voies digestives (*intoxication de forme aiguë*);

2° Par leurs émanations ou leurs poussières introduites dans les voies respiratoires (*intoxication de forme chronique*);

3° Par leur contact avec la peau (*éruptions variables*).

1° *Effets des verts arsenicaux sur l'économie, par suite de leur introduction dans les voies digestives.*

Les verts arsenicaux introduits dans les voies digestives produisent des empoisonnements tout à fait semblables à ceux des autres composés arsenicaux; c'est ce que démontrent: l'excellent travail de MM. Chevallier et Duchesne (*Ann. d'hygiène*, 2e série, t. II, 1854), dans lequel ces auteurs ont rassemblé plusieurs faits d'intoxication par diverses substances, bonbons, etc., colorés avec le vert arsenical; le rapport du docteur Martini, de Wurzen, sur l'empoisonnement d'un grand nombre d'enfants d'un même village qui avaient mangé de petites figures en pain d'épices coloré (*Ver. der Zeitschr.* f. st. a. k. VIII, 2, 1850, et *Schmidt's Jahrb.*, t. LXXI, p. 357); une observation du docteur Schultz-Henke sur un enfant empoisonné pour avoir sucé un grain de verre ainsi coloré (*Pr. ver. Zeitschr.*, 18, 1854, et *Schmidt's Jahrb.*, t. LXXXIII, p. 173); les faits cités à plusieurs reprises par le savant professeur Alf. S. Taylor, et ses plaintes réitérées sur le silence de la législation anglaise relativement à la vente des poisons (*British and Foreign med. chir. rev.*, t. XVIII, p. 551, 1844, et *Guy's Hospit. rep.*, 2e série, t. VII, p. 218, 1851). C'est ce qu'a surtout démontré le docteur Meurer (*Casper's Wochenschr.*, n° 40, 1843) dans une série d'expériences sur les animaux vivants. Le vert de Schweinfurt, à la dose de 10 et même de 5 grains, a empoisonné des lapins dans l'espace de six heures, et l'arsenic seul a été retrouvé dans le foie; il n'y avait pas de traces de cuivre. Un chien, auquel on donna d'abord 10 grains, puis 20, fut sauvé par des vomissements. Un autre chien, moins robuste, succomba après l'administration d'une dose de 5 grains. Ici encore le foie ne renfermait que de l'arsenic. Mêmes résultats avec le vert de Scheele. Des expériences comparatives ayant été faites avec un sel plombique, le chromate de plomb (jaune-orange), un lapin put prendre chaque matin, pendant treize jours, 10 grains de ce sel sans autres symptômes qu'un amaigrissement progressif. L'animal fut mis à mort le treizième jour.

Suivant M. Meurer, les arsénites de cuivre sont promptement mortels par suite de leur rapide décomposition dans l'estomac et de la mise à nu de l'arsenic. Le cuivre, loin d'ajouter à la gravité de l'empoisonnement, tendrait plutôt à l'atténuer en raison de ses propriétés vomitives. Quant aux observations relatées plus haut, et qui ont presque toutes des enfants pour sujets, il est à remarquer que la guérison eut lieu, dans la plupart des cas, soit à cause de la faible quantité du poison ingéré, soit par le fait de vomissements qui se déclarèrent très-rapidement, dans certains cas au bout de quelques minutes après l'ingestion.

2° *Effets produits par les émanations ou les poussières arsenicales provenant des peintures ou des papiers de tenture dans les appartements.*

Le vert arsenical, employé en peinture dans les appartements ou étendu sur les papiers de tenture, peut-il donner lieu à des émanations susceptibles d'altérer la santé des personnes qui habitent ces appartements?

Cette question a été sérieusement étudiée et controversée en Allemagne d'abord, puis tout récemment en Angleterre.

L'éveil fut donné, en 1839, par Gmelin (*Carls. Zeit.*, nov. 1839, et Chevallier, *Ann. d'hyg.*, t. XXXVIII, p. 77).

Quelques années après, un médecin prussien fort distingué, M. Basedow, en fit l'objet de deux mémoires très-remarquables. Dans le premier, l'auteur rapporte plusieurs exemples d'empoisonnements véritables observés chez des personnes qui avaient occupé des chambres peintes ou tapissées au vert arsenical. (*Preuss. ver. Zeit.*, n° 10, 1846.) Dans le second, il examine les résultats d'une enquête provoquée en Prusse par ses premières observations, et les faits nombreux et confirmatifs signalés dans cette enquête, justifient la mesure prise par le gouvernement prussien de proscrire cette couleur toxique dans la décoration des appartements. (*Casper's Wochenschr.*, 27, 28, 1848.)

Des observations analogues sont faites en Suède par MM. Carlson et Malmsten, et bientôt après paraît un rapport du collége de santé de Stockholm, qui conclut à l'interdiction des peintures et tentures au vert arsenical. (*Schmidt's Jahrb.*, t. LXXII, p. 144, 1851, et *Canstatt's Jahresb.*, VII, p. 60, 1854.)

Enfin de nouveaux faits, suivis de prescriptions particulières, ont été publiés dans différentes parties de l'Allemagne. C'est ainsi qu'aux faits de Basedow sont venus se joindre ceux d'Hoffmann et d'Acherson (Deutsch *Klinik*, 26, 1852), de Birkmeyer, de Nuremberg, l'un des rédacteurs du journal de Canstatt, qui

a observé des accidents par cette cause dans sa propre famille. (*Canstatt's Jahresbericht*, 1854, VII, 60, etc.)

Depuis lors l'usage des papiers colorés par le vert de Scheele ou de Schweinfurt s'étant répandu en Angleterre, des cas semblables à ceux qu'avaient signalés les médecins allemands ont été publiés dans divers recueils.

Le docteur Hinds, de Birmingham, en a relaté trois, dont un observé sur lui-même. (*Med. Times and Gazette*, 1857, t. I, p. 177 et 520). M. Halley en a publié un dont il est aussi lui-même le sujet (*Ibid.*, 16 janvier 1858). M. Whitehead en a également fait connaître un exemple (*British med. journ.*, 25 sept. 1858).

Ces premières publications donnèrent lieu à des débats très-animés, auxquels prirent part, outre le docteur Halley, MM. Dugald Campbell, A. Taylor, Phillips, Abel, etc. Nous y reviendrons plus bas.

Il nous faut maintenant montrer, à l'aide de quelques-unes des observations recueillies en Allemagne et en Angleterre, quels sont les phénomènes propres à l'intoxication chronique déterminée par la couleur verte des appartements.

Voyons d'abord les faits empruntés au docteur Basedow.

Obs. I. — Un chef de famille, occupant une pièce tapissée avec un papier au vert arsenical, se plaignait souvent de douleurs erratiques dans le cou et dans la poitrine, d'une toux sèche et de faiblesse générale; il maigrissait sans qu'aucun signe stéthoscopique rendît compte de cet état. En mai 1843, il fut obligé de s'aliter; il était atteint d'une dyssenterie avec selles sanguinolentes, et d'une faiblesse paralytique des membres inférieurs. Après la réparation de son appartement, il souffrit encore pendant quelque temps de douleurs rhumatalgiques; sa vue était affaiblie, et il conserva longtemps un teint terreux.

Chez sa femme, il se développa des accidents semblables du côté de la poitrine, avec amaigrissement, accélération fébrile de la circulation, qui firent craindre une phthisie.

Enfin deux enfants, l'un de six, l'autre de huit ans, éprouvèrent les phénomènes déjà décrits; ils avaient de plus des douleurs dans les yeux, à la gorge, au cou, à la poitrine, dans le trajet de la colonne vertébrale; sans le moindre écart de régime, ils étaient souvent pris de vomissements, de diarrhée. Après que l'appartement eut été restauré, ces accidents disparurent; divers troubles nerveux persistèrent seuls.

Obs. II. — Une famille habitait depuis six ans une petite chambre peinte au vert arsenical. La femme, auparavant bien portante, souffrait depuis cette époque, et presque sans interruption, de douleurs pseudo-rhumatismales à la région occipitale, le long du rachis et aux membres; elle était arrivée à un état d'épuisement extrême. Dans le cours de la troisième année, elle s'était alitée avec les symptômes d'une affection grave de la moelle épinière, et pendant longtemps elle resta avec une parésie des membres inférieurs. Un séjour aux bains de Lauchstädt amena la disparition de ces désordres; mais ils reparurent à son retour dans son logement. Les deux fils, l'un de huit ans, l'autre de douze, étaient pâles, souffreteux, chétifs; tandis que le père, qui travaillait toute la journée dans un bureau, se portait très-bien.

Obs. III. — Une jeune femme, délicate, qui se plaignait, sans garder le lit à la vérité, de symptômes anesthésiques du côté de la colonne vertébrale, de douleurs dans la poitrine, de fatigue pour la moindre cause, avait passé l'été de 1845 soit aux bains de mer, soit à la campagne, et sa santé était revenue. Cette femme avorta à trois mois, et Basedow reconnut que sa chambre à coucher était peinte au vert arsenical, et que l'odeur d'arsenic s'y dégageait fortement (Basedow, Ier *Mémoire.*)

Passons actuellement aux faits observés en Angleterre.

Obs. IV. — «En 1849, dit M. Hinds, je fis tapisser mon cabinet de travail avec un papier très-élégant offrant deux nuances de vert. Deux ou trois jours après que la chambre eut été décorée, je m'y installai, et je me mis à lire vers le soir à la lumière du gaz qui éclaire ce cabinet. Au bout d'une heure ou d'une heure et demie environ, je fus pris d'un grand abattement, avec nausées et envies de vomir; il s'y joignit des douleurs vives dans l'abdomen avec un sentiment de faiblesse qui m'obligea de suspendre mon travail. La même chose se reproduisit plusieurs fois de suite, la porte étant fermée et le gaz allumé, et après que j'avais séjourné une couple d'heures dans le cabinet.» M. Hinds ayant remarqué cette circonstance, que les phénomènes se dissipaient peu à peu, sauf un sentiment de faiblesse et une gêne à l'estomac, dès qu'il avait quitté cette pièce, en vint à soupçonner le papier vert; il le gratta avec son canif, et ayant examiné la poudre ainsi obtenue, il reconnut la présence de l'arsenic. Le papier fut enlevé, et il n'éprouva désormais plus rien de pareil. L'ouvrier qui plaçait le papier lui assura qu'il était indisposé toutes les fois qu'il collait un papier pareil.

Obs. V. Au commencement de l'année, dit encore M. Hinds, un gentleman, demeurant au centre de Birmingham, avait fait tapisser deux salons avec un papier vert. Moins d'une semaine après il tomba malade, sans pouvoir en soupçonner la cause. Lui et sa femme se tenaient habituellement dans l'une des deux chambres, à la lueur du gaz, les jours étant alors fort courts. Or, précisément dans le même temps, sa femme tomba malade de la même manière, et fut obligée de garder le lit. Les accidents dont ils se plaignaient étaient une dépression des forces, de la céphalalgie, un état fébrile, l'inflammation des conjonctives, de la soif, de l'anorexie, de la chaleur et de la sécheresse à la gorge, etc. Mais l'inaptitude aux mouvements et la perte des forces étaient les symptômes dominants.

Non-seulement ces deux personnes furent indisposées, mais un perroquet qui perchait dans la même chambre que ses maîtres, tomba malade; il était altéré, languissant, abattu, refusant la nourriture. Après deux ou trois semaines de malaise, ce gentleman alla passer huit jours à Ramsgate et revint très-bien portant. Sa femme, qui était restée chez elle, n'allait pas mieux. Mais deux jours après son retour, les accidents reparurent. C'est alors qu'instruit par un ami commun de ce qui était arrivé à M. Hinds, il fit enlever le papier, et sa femme et lui recouvrèrent la santé. (M. Hinds a examiné ce papier; il était velouté, et renfermait beaucoup d'arsenic.)

Voici encore un fait très-intéressant donné par le docteur Whitehead (*British med. Journ.*, sept. 1858.)

Obs. VI. — Un jeune homme qui habitait une chambre tapissée avec un papier sur lequel était déposée une couche épaisse de vert arsenical se résolvant facilement en poussière, ne tarda pas à éprouver les symptômes de l'empoisonnement chronique par les arsenicaux: ulcérations aphtheuses des gencives et des amygdales, violente céphalalgie, perte notable des forces, amaigrissement, nausées, vomissements fréquents, anorexie, diarrhée, sommeil inquiet, etc. Comme ces symptômes, d'abord légers, croissaient en intensité et résistaient à tout traitement, le malade fut envoyé à la campagne, et ils disparurent promptement pour reparaître de nouveau quand le sujet retourna dans son appartement. La cessation des accidents ayant encore une fois coïncidé avec une nouvelle absence du malade, l'attention se dirigea sur le papier arsenical. Ce papier fut enlevé, et le jeune homme fut bientôt entièrement guéri.

En présence de ces faits et de tant d'autres exactement semblables, il est bien difficile de ne pas admettre l'action nuisible des verts arsenicaux.

Comme on a pu le remarquer, les phénomènes observés sont surtout ceux de l'intoxication chronique; ainsi, de l'anorexie, quelquefois des vomissements et de la diarrhée. Mais le plus souvent des irritations très-vives des yeux, des fosses nasales, de la gorge et des bronches avec enrouement, toux sèche; des éruptions de différentes sortes; des douleurs erratiques (pseudo-rhumatismes), des vertiges, et par-dessus tout l'affaiblissement, une paralysie incomplète du mouvement (parésie) affectant surtout les membres inférieurs, divers accidents du côté de la moelle épinière, une coloration terreuse de la peau, de l'amaigrissement, etc. Ces symptômes résistaient avec une grande opiniâtreté aux moyens de traitement, s'apaisant et se reproduisant suivant diverses circonstances, et ne cédant enfin, et d'une manière plus ou moins prompte, suivant l'ancienneté du mal, que quand les sujets quittaient leur logement ou qu'ils en faisaient changer la décoration.

Les personnes qui subissent le plus aisément l'influence délétère sont d'abord les jeunes enfants, puis les femmes, et en général les individus qui vivent habituellement confinés.

De quelle manière se produit l'empoisonnement?

Ici deux opinions sont en présence:

1° L'intoxication a lieu par des émanations gazeuses (probablement de l'hydrogène arsénié) provenant des décompositions chimiques;

2° L'intoxication a lieu par l'absorption dans les voies digestives et respiratoires de poussières détachées de la couleur en efflorescence.

La première hypothèse est celle qui a donné lieu aux discussions dont nous parlions plus haut. Elle fut d'abord émise par Gmelin, puis par Basedow (*loc. cit.*) et plusieurs autres, qui reconnurent l'odeur de l'hydrogène arsénié ou du cacodyle dans les appartements dont les habitants avaient été malades. D'après ce qui a été dit, ce développement d'émanations nuisibles aurait lieu très-promptement, ou bien, au contraire, après un temps plus ou moins long, suivant différentes circonstances qui peuvent le favoriser ou le retarder. Les conditions favorables seraient surtout l'humidité des murs, celle de l'atmosphère ou celle qui est provoquée par les lavages si usités dans le Nord; l'action des gaz de la respiration, des produits ammoniacaux de la transpiration; les différentes exhalaisons qui se produisent dans les chambres habitées, par le fait des usages domestiques (cuisine, etc.); enfin, certaines influences météorologiques, particulièrement l'électricité, la lumière solaire.

Cette hypothèse a été combattue en Allemagne par le professeur Krahmer, à l'aide d'expériences chimiques. C'est vainement qu'il a fait passer par les solutions de réactifs capables de déceler la présence de l'arsenic, des masses d'air très-considérables qui avaient traversé un vase contenant du vert arsenical délayé à la colle. C'est vainement qu'à l'air atmosphérique il a substitué l'hydrogène, qu'il a dirigé à travers les mêmes réactifs l'air d'une chambre peinte avec la couleur toxique: les réactifs n'ont rien accusé; il n'a pas senti l'odeur alliacée (*Deutsch Klinik*, 43, 1852). En Angleterre, les résultats des expériences de Phillips (*Journ. de la Soc. des Arts*, 1858, et *Med. Times and Gaz.*, t. II, p. 275) et F.A. Abel ont été entièrement négatifs. Ainsi, M. Abel renouvelant, mais sur une plus large échelle, les expériences de Krahmer, a conduit par un appareil renfermant une solution de nitrate d'argent, l'air d'une chambre tapissée avec du papier au vert arsenical, et qui avait été tenue hermétiquement fermée pendant trente-six heures. Il a répété la même expérience après avoir fait brûler dans cette chambre, et pendant plusieurs heures, trois becs de gaz. Il a aussi dirigé à travers le même appareil, et pendant plusieurs jours de suite sans interruption, de l'air chauffé qui avait passé dans un tube de verre contenant des fragments de papier peint avec le vert toxique. Aux fragments de papier, il a substitué du coton imprégné d'une certaine quantité de vert en poudre, et toujours sans pouvoir constater la présence d'un atome d'arsenic (*Pharm. Journ.*, mai 1858, et *British and For med. Rev.*, t. XXII, p. 521, 1858).

Ces différentes recherches sont assurément très-intéressantes, mais il leur manque quelque chose. Elles n'ont pas été faites avec l'air des chambres dans lesquelles des accidents avaient été observés. On le sait bien, ce n'est pas partout ni toujours que les effets toxiques se font sentir. Enfin, n'oublions pas qu'aux expériences négatives de Krahmer, Phillips et Abel, répondent les expériences positives de Basedow, de Mohr (*Deutsch Klinik.*, 5, 1853, et *Schmidt's Jahrb.*, t. LXXVII, p. 175), et dans une certaine mesure celles de Halley (*loc. cit.*)

2° L'hypothèse qui attribue les empoisonnements à des poussières détachées des murs ou des papiers réunit assurément beaucoup de probabilités, surtout si l'on songe que, dans les pays où les accidents ont été signalés, la peinture des murs a lieu le plus souvent à la colle; que sur les papiers la couleur est étendue en couche tellement épaisse qu'elle y offre un aspect velouté, et que l'on n'a pas recours au satinage. Cette opinion a été particulièrement soutenue par Hoffmann et Reimer (*Deutsch Klinik.*, *loc. cit.*); Kleist, pharmacien supérieur en Prusse, qui admet les deux modes d'intoxication, fait remarquer l'absence du vernis dans l'emploi usuel de cette belle couleur verte, cette couleur de l'espérance (*Farbe der Hoffnung*), que les Allemands, et plus spécialement dans les classes pauvres, appliquent non-seulement aux murs de leurs chambres pour les égayer, mais encore à une foule d'objets et d'ustensiles à l'usage domestique. Kleist a vu dans des chambres ainsi décorées les meubles couverts d'une poussière verte très-ténue (*Canstatt's Jahrb.*, t. VII, p. 59, 1854). Enfin, Phillips, qui rejette l'hypothèse des émanations gazeuses, croit que les accidents observés étaient dus aux poussières. Notons, en effet, que dans plusieurs cas on a signalé l'état d'efflorescence de la couleur. Du reste, l'influence de ces poussières a été rendue manifeste par les accidents observés chez des ouvriers qui avaient gratté les murs des chambres dont nous parlons; récemment, à Paris, chez des couturières qui avaient confectionné une robe de bal en gaze colorée en vert par l'arsénite de cuivre, lequel s'en détachait sous forme pulvérulente, et dans quelques autres cas analogues (Chevallier, *Journ. de chim. méd.*, 1857 et 1858).

Si j'ai autant insisté sur ces détails, c'est qu'il s'agit là de faits peu connus en France, et qu'il est toujours important d'attirer l'attention des médecins sur l'action de certaines causes capables de produire des accidents morbides dont le point de départ reste trop souvent méconnu, au grand préjudice des malades.

SUR LE TITRAGE DE L'OPIUM,

Par M. Berthé.

(Communiqué à l'Académie de médecine, séance du 22 février.)

Dans la dernière communication que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie de médecine, parmi les raisons que je faisais valoir contre le titrage absolu de l'opium, il en était une sur laquelle je désirais attirer d'une manière toute spéciale l'attention de la savante Compagnie.

Cette raison, qui touche à la partie vraiment pratique de la question, a été assez généralement négligée par tous ceux qui ont abordé ce sujet, et elle mérite pourtant qu'on lui accorde une certaine importance. Je veux parler de l'impossibilité dans laquelle se trouvent le producteur et le commerçant de livrer constamment un opium d'une richesse égale.

Pour le producteur, j'ai suffisamment indiqué ailleurs les causes tout à fait indépendantes de sa volonté qui s'opposent à ce qu'il puisse satisfaire à cette exigence. Voyons aujourd'hui ce qui rend cette difficulté complétement insurmontable pour le commerçant.

La première obligation que tout pharmacien instruit impose avec juste raison au négociant, c'est la livraison d'un opium présentant tous les caractères qui distinguent commercialement ces différents produits, suivant le pays de production. On comprend, en effet, que toute tolérance à ce sujet ouvrirait la voie à des abus déplorables. Mais en même temps que cette obligation, si justement fondée, rend la falsification plus difficile, elle met le négociant dans la nécessité de livrer l'opium tel qu'il le reçoit, et par conséquent dans l'impossibilité d'en changer la richesse en alcaloïdes.

Or, si dans nos précédentes communications nous avons prouvé que le producteur se trouve lui-même dans l'impossibilité de fournir un opium toujours également riche, il est bien évident que la difficulté sera encore plus grande pour le négociant, qui réunit dans une même caisse la récolte de dix, de vingt, de cent producteurs différents.

Cette vérité, que nous avons indiquée dans notre dernière communication, avait besoin d'être expérimentalement démontrée, pour qu'il ne restât plus dans l'esprit d'aucun médecin le moindre doute sur la variabilité constante de l'opium et de ses effets.

Voici la série des recherches que nous avons entreprises à ce sujet:

160 pains d'opium de Smyrne, de bonne qualité, ont été pesés et ont donné un poids de 35 kilogrammes. Sur chacun de ces 160 pains, nous avons prélevé 5 grammes de matières, et nous avons réuni ces 160 petits morceaux par malaxation en une masse homogène de 800 grammes. Cette masse, représentant la moyenne absolue des 35 kilos mis en expérience, a été analysée et a fourni *huit grammes vingt-cinq centigrammes* de morphine pure, pour 100 grammes d'opium.

D'autre part, 12 pains d'opium ont été pris au hasard parmi

les 160 pains sur lesquels un échantillon avait été prélevé, et ont été séparément analysés.

Ces opiums, que nous désignerons par des numéros depuis 1 jusqu'à 12, ont donné à l'analyse les résultats suivants :

Opium	nº 1.	6, »	pour 100 de	morphine pure.
—	nº 2.	7,10	—	—
—	nº 3.	9,05	—	—
—	nº 4.	6,10	—	—
—	nº 5.	9,15	—	—
—	nº 6.	5,15	—	—
—	nº 7.	8,25	—	—
—	nº 8.	6,50	—	—
—	nº 9.	6,25	—	—
—	nº 10.	9,50	—	—
—	nº 11.	8,75	—	—
—	nº 12.	9,25	—	—

Ainsi donc, un opium d'excellente qualité, puisqu'il donne en moyenne 8,25 p. 100 de morphine pure, est constitué par la réunion de pains *nécessairement destinés à être vendus tels qu'ils se présentent et presque toujours séparément*, dont la richesse en alcaloïdes peut, l'Académie le voit, varier de 45 p. 100.

Cette nouvelle preuve de la variabilité constante de l'opium et de l'irrégularité forcée des effets qu'il est appelé à produire, fournie par l'un des types les plus riches qu'on puisse rencontrer commercialement, démontrera, je l'espère, aux médecins, la nécessité de lui substituer dans la pratique ses alcaloïdes. Ces considérations et ces expériences font aussi très-bien comprendre qu'on ait pu communiquer récemment à la Société de pharmacie de Paris une série d'expériences de laquelle il résulterait que des préparations opiacées, le laudanum par exemple, pris dans diverses pharmacies de Paris, ont pu varier entre elles pour la richesse en alcaloïdes, dans la proportion de 6 à 24.

J'ai l'honneur, Monsieur le président, de joindre à cette note, 1º un morceau de la masse formée par le mélange des 160 échantillons prélevés sur tous les pains composant les 35 kilos, et 2º une partie de chacun des 12 pains qui ont servi aux expériences ci-dessus relatées.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 février 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Irritation chimique des nerfs et des muscles. — M. KUHNE adresse un travail sur l'irritation chimique des nerfs et des muscles.

En supposant que l'irritation directe du muscle soit le seul moyen pour décider l'ancienne question de l'irritabilité musculaire, qui est discutée depuis Haller, j'ai essayé, dit-il, d'appliquer des irritations sur les nerfs et les muscles au moyen de réactifs chimiques. Il est bien connu que toutes les autres méthodes d'irritation sur un nerf ou sur un muscle, c'est-à-dire les irritations électriques, thermiques ou mécaniques qui déterminent une contraction musculaire, soit qu'on les emploie directement sur le muscle même, ou sur son nerf moteur, ne peuvent pas être variées, si ce n'est quantitativement. Avec l'irritation chimique on a l'avantage de pouvoir les changer qualitativement, en employant diverses substances chimiques, parce que chaque moyen chimique qui, appliqué sur le muscle ou sur le nerf, détermine une contraction musculaire, comme le courant électrique, doit être considéré comme *un excitant différant qualitativement*. A ce point de vue, M. Kühne a répété les expériences de M. Eckhard sur l'irritation chimique des nerfs moteurs de la grenouille, et il a essayé les mêmes méthodes sur le muscle même.

Voici les résultats qu'il a obtenus :

Influence des acides. — Quand on plonge un nerf moteur de la grenouille dans un acide chlorhydrique très-concentré, on obtient une contraction musculaire, et M. Eckhard a prouvé que ces contractions ne paraissent plus si l'acide est dilué au delà de 11 pour 100. Mais quand on met en contact, par exemple, le même acide dilué jusqu'à 1 pour 100 avec la coupe fraîche d'un *musculus Sartorius*, on voit paraître toujours une seule contraction dans toute la longueur. D'après cela, le muscle est plus irritable que son nerf sous l'influence de l'irritation chimique, et ces contractions musculaires ont encore lieu, quand on plonge seulement sa coupe transversale dans un acide dilué jusqu'à 1 sur 1000, c'est-à-dire qui fait à peine une sensation sur la langue. Cet acide ne fait jamais de convulsion au moyen du nerf, c'est-à-dire par l'irritation indirecte, quoique alors le nerf puisse rester pendant une demi-heure sans perdre son irritabilité.

Influence des alcalis. — Il est connu que les solutions aqueuses de potasse ou de soude caustique excitent le nerf moteur, même dans l'état dilué jusqu'à 0,1 p. 0/0. La différence de réaction du muscle et du nerf à l'égard de ces deux corps n'est pas aussi nette qu'avec les acides, mais on obtient une contraction musculaire beaucoup plus facilement par l'irritation indirecte que par l'irritation directe. Ainsi une solution de potasse détermine rarement des convulsions, quand on l'ajoute sur la coupe transversale du muscle, tandis que le nerf est irrité presque toujours par le même liquide. Une solution de 0,2 p. 0/0 donne toujours le même effet sur le muscle et sur le nerf. Telle est la différence de ces alcalis, qui semblent agir plus sur le nerf que sur le muscle. L'ammoniaque, qui est une exception parmi les alcalis inorganiques, présente également une différence pour les organes vivants. Il ne fait jamais des convulsions par l'irritation indirecte. En faisant passer le nerf par un petit trou pratiqué dans une plaque de verre, et plaçant l'extrémité du nerf dans une solution aqueuse d'ammoniaque à toutes les concentrations possibles, on n'obtient jamais de convulsions dans la cuisse de la grenouille. En négligeant d'isoler le nerf, on obtient quelquefois des contractions qui sont causées par l'influence des vapeurs d'ammoniaque agissant directement sur la puissance contractile.

L'auteur conclut de ces expériences que l'irritabilité musculaire est tout à fait différente de celle du nerf au point de vue de l'irritation chimique.

Influence des sels. — Généralement on peut dire que les sels métalliques n'agissent pas sur les nerfs. Il y a une exception : c'est le nitrate d'argent, qui fait une contraction au moyen de l'irritation indirecte. D'autres sels essayés, le chlorure de fer, l'acétate de plomb alcalin ou acide et le sulfate de cuivre, n'occasionnent jamais de convulsions par l'irritation indirecte. Le muscle, au contraire, donne toujours le même résultat ; on obtient toujours des contractions en plongeant la coupe transversale dans les solutions de ces sels.

En résumé, des faits indiqués dans cette note, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1º Les acides concentrés agissent également sur les muscles et sur les nerfs moteurs ; mais à l'état de dilution ils n'excitent que le muscle et sont sans action sur le nerf.

2º Les alcalis (potasse et soude) peuvent agir sur les muscles et les nerfs, qu'ils soient concentrés ou à l'état de dilution.

3º Certains sels (chlorure de potassium, sodium, calcium) donnent les mêmes effets que les acides, c'est-à-dire qu'à l'état de concentration ils excitent les muscles et les nerfs, tandis qu'à l'état de dilution ils n'agissent que sur le muscle.

4º Il est d'autres substances (l'ammoniaque et quelques sels minéraux) qui n'agissent jamais sur les nerfs quel que soit leur degré de concentration, mais qui excitent toujours le muscle.

— M. DUCHENNE-DUPARC adresse pour le concours Montyon son *Traité pratique des dermatoses.* (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. E. GEORGE présente une note intitulée : *Etudes biologiques ou de physiologie générale.*

M. Cl. Bernard est invité à prendre connaissance de cette note et à faire savoir à l'Académie si elle est de nature à devenir l'objet d'un rapport.

— Deux notes destinées au concours pour le prix du legs Bréant sont adressées des Etats-Unis d'Amérique, l'une de Cincinnati (Ohio), par M. J. Lea ; l'autre de l'Etat du Kentucky, par M. J. S. Daniel. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 16 février 1859. — Présidence de M. DEGUISE fils.

M. BOINET trouve que, dans les discussions et les travaux publiés sur cette opération, on a signalé, à la vérité, la nécessité des soins consécutifs, mais sans donner de détails suffisants. Il s'explique pourquoi on a plus de succès à l'hôpital qu'en ville, parce qu'il est des soins incessants parfaitement donnés par des infirmiers exercés, et que ne peuvent remplir ni la mère ni les garde-malades. Il faudrait qu'un médecin ne quittât pas le chevet du petit malade.

Ces soins de tous les instants consistent à retirer très-souvent la canule interne pour la nettoyer chaque fois qu'elle est obstruée par le mucus. Si on veut la déboucher sur place, il faut remplacer l'écouvillon ordinaire, qui ne pénètre pas assez profondément, par une sonde de gomme élastique qui repousse sûrement le bouchon muqueux obstruant l'orifice inférieur de cette canule. Chez les ouvriers et les malades peu aisés, il vaut mieux ne pas opérer, le succès n'est possible qu'à l'hôpital ou chez des gens très-riches.

M. Boinet cite les succès qu'il a obtenus en suivant ces préceptes.

M. GUERSANT remercie M. Boinet des conseils qu'il vient de donner, il les connaît et les emploie depuis longtemps; mais là n'est pas la question soulevée par le travail de M. Ferrand.

M. CHASSAIGNAC émet de nouveau un doute qu'il a déjà formulé. Il se demande si, dans ce cas, il s'agissait vraiment d'un croup. En effet, les fausses membranes ont, pour la première fois, été expulsées six semaines après l'opération, et l'on se rappelle qu'une cautérisation très énergique, trop énergique même, avait été pratiquée dans les voies aériennes. Cette expulsion tardive des fausses membranes n'a peut-être jamais été observée, ce qui jette beaucoup de doute sur le vrai diagnostic.

M. GUERSANT partage l'étonnement de M. Chassaignac et a déjà énoncé ses doutes dans son rapport. Jamais, pour sa part, il n'a vu l'expulsion des fausses membranes se faire au delà de 10 jours après l'opération.

La cautérisation énergique qui a été faite a amené la formation d'eschares, et peut-être celles-ci, détachées au bout de six semaines, ont été prises pour des fausses membranes; peut-être aussi n'existait-il qu'un croup laryngien.

M. le président a déjà donné connaissance d'une lettre de M. Ferrand qui répond à quelques objections du rapporteur; une seconde lettre, datée du 6 janvier, sera probablement de nature à dissiper les doutes de M. Chassaignac.

Monsieur et très-honoré confrère,

Permettez-moi de répondre par votre entremise à l'observation de M. le docteur Chassaignac, qui, dans la séance du 22 décembre 1858, à propos de mon observation de trachéotomie, s'est étonné de voir une fausse membrane sortir de la trachée six semaines après l'opération.

Relativement à la dimension de la membrane, je me suis empressé de reconnaître qu'il y avait eu erreur; mais je ne me suis pas trompé en disant que dans la nuit du 25 au 26 février une fausse membrane avait été expulsée.

Ce fait me paraît s'expliquer tout naturellement par la reproduction de la couenne diphthéritique sur la plaie du cou et sur le vésicatoire du bras, sous l'influence d'un rhume violent qui s'est déclaré le 18.

Ne peut-on pas admettre, dans ce cas, que la couenne s'est reproduite en même temps sur quelques points de la trachée ou des grosses bronches?

Il est incontestable que l'enfant Miraut a été pendant plusieurs mois sous l'influence de la diathèse diphthéritique, puisque quelques jours après l'opération, la plaie s'est tuméfiée et couverte de fausses membranes, puisque le 6 février les manœuvres employées pour replacer la canule ont amené la reproduction de la couenne, et que sous l'influence d'une bronchite intense, elle a reparu une troisième fois, le 19 février, sur la plaie et sur le vésicatoire.

Contrairement à l'opinion d'un grand nombre de médecins, le croup peut donc guérir, même lorsqu'il y a infection générale.

Agréez, etc. FERRAND, D.-M.-P.

M. CHASSAIGNAC persiste à croire que l'existence du croup n'est pas démontrée. Il argumente ensuite un autre point du rapport. M. Ferrand blâme les chirurgiens qui, en faisant la trachéotomie, entrent d'emblée dans la trachée. Il considère cette pratique comme imprudente. M. Chassaignac ne veut pas non plus qu'on aille ouvrir d'un seul coup le canal aérien, car ce serait là une opération monstrueuse et funeste; mais il faut bien distinguer l'opération faite en quelque sorte à vol d'oiseau et les moyens conseillés pour faciliter la trachéotomie et la rendre plus rapide et plus sûre. C'est à ce résultat que tendent diverses modifications proposées par M. Chassaignac lui-même. L'une d'elles consiste à fixer la trachée au moyen d'un ténaculum plongé immédiatement au-dessous de la saillie du cartilage cricoïde. En effet, la mobilité extrême de la trachée chez les personnes qui suffoquent, et surtout chez les enfants, est un des obstacles les plus grands de l'opération. On y remédie très-bien en profitant d'un point de repère invariable et en le fixant par un ténaculum. C'est le but que s'est proposé M. Chassaignac. Il ne tient pas, pour cela, à immobiliser la trachée, ce qui, dit-on, a des inconvénients; car une fois le crochet implanté, on peut lui permettre de suivre les mouvements de va-et-vient du larynx.

M. Chassaignac a également recommandé d'introduire le dilatateur de bas en haut, et non dans le sens opposé, comme on le fait généralement. L'instrument ainsi placé se retient en quelque sorte de lui-même et ne gêne nullement l'introduction quelquefois si pénible de la canule.

En un mot, il ne veut pas pénétrer très-vite dans la trachée, mais y pénétrer sûrement; et il pense qu'il ne faut pas confondre une précipitation dangereuse et intempestive avec une rapidité qui ne nuit nullement à la sûreté de l'exécution. Il aurait désiré que M. Guersant jugeât entre ceux qui préconisent une lenteur calculée dans le manuel, et ceux qui croient utile d'abréger le plus possible l'acte chirurgical.

Le procédé actuellement mis en usage, ajoute M. Chassaignac, est d'ailleurs passible de reproches sérieux :

1º On fait aux téguments du cou une incision très étendue; on ouvre aussi beaucoup de vaisseaux sous-cutanés et on risque de blesser les vaisseaux profonds, dont la lésion est si grave. On s'expose en même temps au double danger d'une hémorrhagie qui épuise le malade et de la pénétration du sang dans les voies aériennes, autre accident très-fâcheux. C'est avec raison qu'on recommande d'ouvrir la trachée largement pour que la colonne d'air soit suffisante; mais ce précepte a été bien à tort détourné de son vrai sens et appliqué aux parties molles extérieures.

2º Si pendant l'opération il y a écoulement de sang abondant, il est antiphysiologique d'attendre, pour ouvrir la trachée, l'arrêt d'une hémorrhagie entretenue précisément par la suffocation.

3º La lenteur calculée est dangereuse, car elle prolonge les douleurs, augmente la quantité totale de sang perdu et maintient longtemps l'opéré dans une position très-favorable à l'asphyxie, à cause du renversement de la tête.

M. Chassaignac examine encore quelques objections faites à son procédé et les combat.

La discussion est remise à la séance suivante.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, A. VERNEUIL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour trois places de médecin au bureau central a commencé hier 28 février. Les candidats ont eu à traiter par écrit la question suivante :

« Des différences et des analogies des diathèses. »

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. le docteur Bell, bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine. Cette perte excitera des regrets sincères chez tous ceux qui ont pu apprécier le mérite scientifique et les qualités privées de cet excellent et honorable confrère.

— La colonie européenne de Téhéran (Perse) vient d'éprouver une nouvelle perte. Un savant français, M. le docteur Barthélemy, ancien médecin de quarantaine à Tréhizonde, médecin de la légation russe, est mort le 30 décembre dernier à Téhéran.

— M. Flourens, professeur, membre de l'Institut, commencera son cours au collége de France demain mercredi, à quatre heures, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure. Il traitera cette année de l'histoire des sciences naturelles aux seizième et dix-septième siècles. Il s'occupera plus particulièrement cette année de l'étude de la *vie* et de l'*intelligence*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Recherches sur l'anatomie du poumon chez l'homme, par M. LÉON LEFORT, docteur en médecine de la Faculté de Paris, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, ancien interne, lauréat des hôpitaux, etc., etc. 1859. Un volume grand in-8º de 130 pages et 2 planches. Prix : 2 fr. 50 c. Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine, 23.

Leçons théoriques et cliniques sur les syphilides, par M. le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, rédigées et publiées avec approbation du professeur, par M. LOUIS FOURNIER, interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-8º de 224 pages. Prix : 4 fr. Paris, 1859. Librairie Adrien Delahaye, 23, place de l'École-de-Médecine.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 26. — JEUDI 3 MARS 1859. (32e ANNÉE.) N° 26. — JEUDI 3 MARS 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. | Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 2 mars 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur le nervosisme a été terminée hier après un discours de M. Beau et une réplique générale de M. Gibert. M. Beau a traité la question en homme qui possède profondément son sujet, et à qui la connaissance des auteurs n'est pas moins familière que l'observation. — Nous n'avions pas moins attendu de lui. — Se renfermant étroitement dans les limites de la proposition fondamentale du travail de M. Bouchut, il l'a examinée sous toutes ses faces, et n'a conclu qu'après en avoir analysé avec la plus scrupuleuse attention toutes les parties.

Le nervosisme de M. Bouchut est-il différent de l'hystérie et de l'hypochondrie ? Voilà pour M. Beau la question principale, à laquelle se rattachent une foule de questions secondaires ou incidentes.

Oui, sans doute, le nervosisme, tel que l'entend M. Bouchut, diffère de l'hystérie si l'on circonscrit avec lui l'hystérie à la forme convulsive. Il ne diffère pas moins de l'hypochondrie, si l'on accepte ce mot avec le sens que lui ont assigné les auteurs modernes, c'est-à-dire comme synonyme de nosomanie. Mais M. Bouchut a-t-il raison de restreindre ainsi ces deux affections dans une limite conventionnelle ?

M. Beau, n'admettant point l'acception limitée de l'hystérie et de l'hypochondrie, auxquelles il restitue le sens beaucoup plus large et plus compréhensif que leur donnaient les anciens, ne peut conséquemment pas admettre la distinction établie par M. Bouchut. Là est tout le différend. Il porte, comme on peut le voir, beaucoup plus sur les mots que sur le fond des choses. Il porte cependant un peu aussi sur les choses. Si l'on se place, en effet, au point de vue où s'est mis M. Beau, qui considère moins la différence des expressions phénoménales que le fond commun d'où elles paraissent procéder, il devient assez difficile d'admettre une distinction entre l'hystérie convulsive, — hystérie vraie de M. Bouchut, — et l'hystérie vaporeuse, qui rentre dans la définition du nervosisme.

Nous nous bornons à cet exemple de l'hystérie, et nous laissons volontairement de côté le point relatif à l'hypochondrie, parce qu'ici la question est presque exclusivement nominale; elle dépend tout entière du sens que l'on attache au mot hypochondrie, suivant qu'on l'envisage à la manière des anciens ou comme les modernes. — Or sur cette question de l'hystérie, il est certain que l'argumentation de M. Beau est pressante.

Sans doute, si prenant une à une les formes diverses sous lesquelles se manifeste l'état névropathique, on cherche à épier ce qu'elles ont de commun, soit dans leur source et leur origine, soit dans leur physionomie, on se trouve souvent sur une sorte de lisière commune où il est impossible de rien différencier. Mais quand il s'agit d'établir des divisions nosologiques, toujours un peu arbitraires nécessairement, ce n'est pas à ces traits mixtes, à ces couleurs fondues et décroissantes, qu'il faut s'adresser, mais aux caractères nets et accusés de la forme morbide dans son expression la plus vive. Là où les lumières de l'étiologie nous manquent pour différencier et classer les maladies, nous nous adressons aux différences symptomatiques, considérant ces différences comme l'expression de différences corrélatives dans leurs causes et dans leur nature.

La question placée à ce point de vue, que nous ne croyons pas moins juste en pratique qu'en nosologie, nous pensons que M. Bouchut a eu raison de séparer l'hystérie et l'hypochondrie du nervosisme chronique tel qu'il l'a défini.

Le nervosisme aigu, dont personne jusqu'ici ne s'était occupé dans cette discussion, a servi en quelque sorte de moyen de conciliation — conciliation facile d'ailleurs, — entre MM. Beau et Bouchut. Non-seulement, en effet, M. Beau reconnaît la justesse de cette nouvelle détermination d'un certain nombre d'affections nerveuses capables de simuler des affections pyrétiques ou phlegmasiques, mais il a encore enrichi de quelques exemples qui lui sont propres la collection des faits sur lesquels M. Bouchut a fondé cette détermination.

Enfin, aux conclusions de M. Beau, qui consistent à dire qu'il n'y a rien de nouveau au fond dans l'exposition des symptômes qui constituent le nervosisme, soit à l'état chronique, soit à l'état aigu, M. Gibert s'est chargé de faire la meilleure et la plus spirituelle réponse, en disant qu'il n'avait pas prétendu faire décerner à l'auteur un brevet d'invention. Un des grands écrivains de notre époque a dit quelque part, en comparant à un autre point de vue l'esprit du dix-huitième siècle et celui du dix-neuvième, que la mission du dix-huitième siècle avait été la critique, et que celle du dix-neuvième devait être la réhabilitation intelligente du passé.

M. Bouchut n'eût-il fait dans ce travail, même après d'autres, que contribuer à réhabiliter des idées médicales vraies et utiles, du moment où l'on juge qu'il l'a fait avec succès, nous sommes de l'avis de son rapporteur : « c'est presque faire du nouveau que de réhabiliter et d'accommoder à nos formes modernes une ancienne vérité plus ou moins méconnue » ; et nous devons lui en savoir gré. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. Bertulus.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DU FOIE (1).

Diagnostic différentiel de l'hépatite et de la fièvre bilieuse.

Un diagnostic différentiel fort difficile à établir, surtout pour les médecins qui n'ont pas fréquenté les pays paludéens ou les régions tropicales, est celui de l'hépatite et de la fièvre bilieuse. En effet, dans cette dernière affection peuvent se rencontrer et se rencontrent réellement la plupart des signes pathognomoniques de l'inflammation du foie : c'est-à-dire la douleur de l'épaule droite, la tension, la douleur et parfois même la rénitence de l'hypochondre droit (ce dernier cas est pourtant peu commun) ; enfin, dans la fièvre bilieuse, comme dans l'hépatite, il existe cette chaleur âcre, mordicante, ce pouls dur, inégal, qui sont particuliers en quelque sorte aux affections du système hépatique. J'ai vu beaucoup de fièvres bilieuses, et je vais appeler l'attention sur quelques symptômes qui peuvent servir à en éclairer le diagnostic. S'il n'y a pas grand inconvénient, de l'aveu même de Cullen, à confondre une pleurésie diaphragmatique ou une pneumonie de la base droite avec une hépatite aiguë, il y en aurait beaucoup, je crois, à appliquer à cette dernière maladie le traitement de la fièvre bilieuse, et *vice versâ*. Du reste, je n'ignore pas qu'aux yeux des médecins localisateurs, la fièvre bilieuse n'est pas autre chose qu'une hépatite, et c'est par ce motif surtout que je m'arrêterai ici quelques instants sur le diagnostic dont il s'agit.

Signes rationnels. — Je viens de dire que l'ictère est bien loin d'être constant dans l'hépatite, et que dans les cas où il se montre, c'est rarement au début. Dans la fièvre bilieuse, que Valleix a confondue, je ne sais trop pourquoi, avec la fièvre typhoïde, il existe dès le moment de l'invasion, tantôt une coloration jaune de la conjonctive et des ailes du nez, tantôt une suffusion ictérique générale et intense.

Dans l'hépatite aiguë ou chronique, il y a de la dyspnée, une toux sèche, dont les secousses portent sur le foie enflammé. Dans la fièvre bilieuse, ces symptômes se présentent aussi ; mais outre que la toux ne retentit pas douloureusement dans l'hypochondre droit, elle paraît toujours le résultat d'une fluxion pulmonaire tout à fait analogue à celle qui marque le début des autres fièvres essentielles, et qu'expriment à l'auscultation des râles sibilants ou sous-crépitants. J'ai précisément à traiter, à l'Hôtel-Dieu, en ce moment, un cas de fièvre bilieuse qui offre cette complication.

Dans l'hépatite aiguë, on observe les paroxysmes et les rémissions qui se manifestent journellement dans toute phlegmasie parenchymateuse; dans la fièvre bilieuse, dont le type est presque toujours rémittent, il existe bien des alternatives journalières de rémission et de redoublement, mais les paroxysmes proprement dits ont lieu à des heures et à des jours variables, selon que la fièvre est rémittente, quotidienne, tierce, quarte, etc. Ces paroxysmes offrent toujours un stade de froid plus ou moins long et prononcé, auquel succèdent la chaleur et la sueur, car il ne faut pas oublier qu'ils constituent de véritables accès se produisant pendant le cours d'une fièvre continue.

Dans l'hépatite, il y a le plus souvent constipation, ou bien des selles rares composées de matières décolorées; dans la fièvre bilieuse, il y a parfois constipation, mais dans l'immense majorité des cas, diarrhée bilieuse ou porracée, rappelant la dyssenterie; il est rare aussi que des vomissements de même nature n'aient pas lieu pendant leur cours.

Dans une fièvre bilieuse un peu grave, l'épistaxis se montre dès les premiers jours comme dans la fièvre typhoïde; ce symptôme se montre rarement dans l'hépatite, à moins qu'elle ne se résolve au premier septénaire, comme je l'observai en avril 1844, pendant un séjour sur l'île de Mogador, chez un soldat d'infanterie de marine atteint de cette phlegmasie.

Les battements du tronc céliaque, qui sont à mes yeux le symptôme pathognomonique de toute fièvre essentielle tendant plus ou moins à l'ataxie, se montrent constamment dans la fièvre bilieuse intense; dans l'hépatite aiguë, on ne les observe pas.

Dans cette dernière maladie, les saignées générales et locales, et les autres antiphlogistiques, employés avec énergie dès le début, en abrégent souvent le cours, tandis qu'il s'en faut beaucoup qu'on puisse appliquer un traitement aussi exclusivement antiphlogistique à la fièvre bilieuse. Les saignées, les sangsues, les évacuants, les révulsifs, les antispasmodiques, le quinquina et le sulfate de quinine, etc., peuvent trouver leur place dans le traitement de cette pyrexie, parce qu'elle est de celles qui se compliquent des éléments morbides les plus variés, et qui réclament le plus souvent l'application des principes de l'analyse clinique. C'est là un fait sur lequel tous les praticiens qui ont vu un grand nombre de fièvres bilieuses sont d'accord.

Enfin à cette fièvre s'ajoute souvent vers son déclin un état typhoïde qui en augmente beaucoup le danger, et qui a été sans doute cause de la confusion regrettable que j'ai reprochée un peu plus haut à Valleix. Or rien de semblable n'a lieu dans l'hépatite aiguë, à moins que la résorption et le passage dans le torrent circulatoire de la matière d'un abcès ne suscitent des symptômes de malignité ou de putridité, comme nous l'avons vu il y a peu de temps à l'Hôtel-Dieu. A part cette circonstance, les états typhoïdes sont très-rares pendant le cours de l'hépatite, et il est vraisemblable que la plupart des histoires d'hépatite maligne ou typhoïde qui sont consignées dans les annales de la science, se rapportent à des fièvres bilieuses graves que l'esprit de localisation avait méconnues. Quant aux accidents cérébraux qui se montrent si souvent pendant le cours des phlegmasies du foie, faut-il rappeler ici qu'ils sont purement sympathiques, et qu'ils ne se rapportent pas à l'intervention de l'élément typhoïde ou septique ?

Tels sont les caractères différentiels de la fièvre bilieuse et de l'hépatite aiguë, caractères dont l'importance clinique sera facilement appréciée. Je l'ai déjà dit, et je le répéterai encore ici, presque toujours les médecins localisateurs les méconnaissent, parce qu'ils se laissent absorber par les désordres qui peuvent se montrer dans la région du foie, alors même qu'il n'y a pas inflammation de cet organe. Ils ne prêtent qu'une attention insuffisante à l'état général, à l'affection, dont les désordres locaux ne sont que le symptôme. Souvent, après quelques minutes d'examen, ils se prononcent nettement sur le diagnostic. C'est une hépatite qu'ils ont à combattre; mais malgré les saignées, les sangsues, la diète sévère, les jours s'écoulent sans apporter la moindre modification favorable dans l'état du malade. Dans les cas les plus heureux, les fluxions viscérales qui se montrent pendant le cours de la fièvre bilieuse ont pu diminuer d'intensité ou même céder complétement; mais l'état général s'est aggravé beaucoup : les éléments ataxique, adynamique, typhoïde, sont entrés en scène, et il ne reste plus qu'à convenir que le diagnostic a été porté prématurément. Ceux qui dans ces cas n'ont pas le courage de faire cette amende honorable, prennent alors un *mezzo termine ;* ils disent que l'hépatite est devenue maligne ou typhoïde, et se tirent d'affaire à l'aide de cette subtilité.

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 février.

Evitons donc de juger trop vite ; soyons réservés et prudents dans le diagnostic, si nous ne voulons pas nous exposer aux plus graves déceptions.

Il y a trois mois environ, je reçus dans mon service, à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Elisabeth, n° 108), une femme très-gravement malade et que deux médecins d'ailleurs très-capables disaient atteinte, l'un, de pneumonie aiguë, l'autre, de double bronchite capillaire. Ils avaient examiné, ausculté quelques instants la malade, et se basant seulement sur les signes fournis par le sthétoscope, ils s'étaient crus assurés du diagnostic. Il y avait cependant chez elle des signes qui me firent suspendre mon jugement et m'empêchèrent d'entrer dans la thérapeutique d'une phlegmasie pulmonaire aiguë ; ces signes étaient la concomitance de phénomènes gastriques prononcés, une dyspnée dont le caractère peu alarmant ne s'accordait pas avec la gravité des signes sthétoscopiques, l'absence de toute douleur, un pouls petit et nerveux, un état général d'éréthisme caractérisé, etc. Je pressentis donc et j'annonçai aux élèves qu'il y avait quelque ennemi caché derrière la prétendue pneumonie ; je ne fis aucune saignée, et bien m'en prit, car un accès terrible, survenu le surlendemain, me prouva que j'avais affaire à une fièvre pernicieuse pneumonique de type quarte.

Je la guéris par des sangsues à l'anus et l'administration intérieure du sulfate, du valérianate de quinine et de l'assa fœtida. Joséphine Lyons (c'est le nom de cette malade) est sortie de l'Hôtel-Dieu parfaitement guérie, après deux accès très-caractérisés, qui l'avaient mise à l'extrémité et qui n'avaient pu laisser aucun doute dans l'esprit de nos élèves. Que serait-elle devenue, si, acceptant un diagnostic anticipé, j'avais recouru à de grandes saignées, au tartre stibié à doses rasoriennes, etc. ?

Des faits à peu près semblables se sont présentés à tous les médecins pendant le règne des épidémies de grippe, et personne n'ignore que des événements bien regrettables ont été souvent, dans cette circonstance, le résultat du diagnostic prématuré que se hâtent de porter les médecins systématiquement localisateurs. Mais revenons à l'hépatite.

Diagnostic de l'hépatite, de la gastro-entérite et de la duodénite. — Je ne dirai rien du diagnostic différentiel de l'hépatite avec la gastro-entérite, malgré les symptômes bilieux qui compliquent si souvent cette phlegmasie : la tension, la douleur de l'hypochondre droit qui se manifestent parfois pendant son cours, ces caractères sont trop tranchés pour qu'on puisse la confondre soit avec une fièvre bilieuse, soit avec une simple inflammation du foie. Quant à la duodénite, qui, au dire de quelques auteurs, pourrait être prise pour une hépatite, spécialement lorsqu'il existe un ictère, y a-t-il quelque signe qui puisse la faire distinguer ? Je ne le pense pas ; je conçois sans peine que l'inflammation de la muqueuse duodénale puisse, dans certains cas, se produire isolément comme l'admettait Broussais ; mais je ne saurais oublier qu'il n'a pu décrire lui-même les symptômes à l'aide desquels on pourrait la différencier de la phlegmasie des organes voisins.

Corrélation de l'hépatite et de la dyssenterie grave. — Ce que je ne saurais oublier de rappeler en terminant ce travail, c'est la corrélation longtemps méconnue qui existe entre l'hépatite et la dyssenterie des pays paludéens, corrélation qui est si étroite, si intime, que l'on ne saurait trop dire, dans bien des circonstances, quelle est celle des deux maladies qui a préexisté à l'autre et l'a tenue sous sa dépendance. Combien de fois n'ai-je pas vu en effet des flux de ventre trop brusquement arrêtés, soit par des personnes du monde, soit par des médecins imprudents, susciter de graves hépatites. D'autre part, combien d'autopsies de dyssentériques ne m'ont-elles pas fourni l'occasion de découvrir des lésions graves du foie, même des abcès qui n'avaient pas été soupçonnés ! Cinq années passées en Afrique n'ont pu me laisser aucun doute dans l'esprit sur ce point d'étiologie, et j'ai dû me convaincre que partout où existe le génie intermittent, la dyssenterie et l'hépatite trouvent en lui une cause commune.

Ce fait pathologique, que les médecins de la marine admettent aujourd'hui généralement, est notoire dans la plupart de nos villes d'Algérie ; mais il est surtout impossible de ne pas en être frappé sur la côte occidentale d'Afrique. C'est dans les Bissagos, Mellacorée, le Rio-de-Nuñez, etc., où l'influence miasmatique est si énergique, que la dyssenterie sévit d'une manière désastreuse sur nos marins. L'observation semble avoir prouvé du reste, dans ces contrées, que cette forme de l'intoxication paludéenne est plus particulièrement produite par l'usage des eaux impures chargées de principes végéto-animaux, et dont les équipages sont souvent forcés d'user.

Sans me prononcer d'une manière absolue sur la question de priorité de l'hépatite sur la dyssenterie, et *vice versa*, je dirai toutefois que je suis porté à admettre, prenant en considération la fréquence de la dernière maladie chez les intempérants, que son point de départ pourrait fort bien être une inflammation de l'estomac et des intestins, qui retentit d'autant plus facilement dans le foie, que l'habitation d'une contrée paludéenne, la respiration d'un air chargé de miasmes, l'ont déjà placé dans des conditions morbides. M. Clot-Bey nous dit, en parlant de l'hépatite et de la dyssenterie, que les étrangers y sont beaucoup plus exposés en Egypte que les indigènes. Cette circonstance n'achève-t-elle pas de prouver ce que je crois avoir démontré au commencement de ce travail, c'est-à-dire la funeste influence des excitants gastriques, de l'abus du vin et des alcooliques sur la production des maladies du foie ?

Quelques auteurs ont appelé *dyssenterie maligne* les flux bilieux accompagnés de fièvre grave, qui se montrent si souvent dans les contrées marécageuses ; ne serait-il pas préférable de donner à cette dyssenterie la qualification d'hépatite, puisque les désordres que montre l'autopsie ne permettent pas de douter de la participation du foie à la maladie ? Quant aux lésions qu'on observe du côté de l'intestin, ne doit-on pas les attribuer en grande partie à l'action même de la bile qui compose les déjections, et dont l'âcreté est souvent assez forte pour qu'elle corrode et détache la membrane muqueuse intestinale ?

Au reste, je l'ai déjà dit, la question que je viens de rappeler ne fait plus doute pour nos principaux praticiens des colonies. « Dans la dyssenterie, a dit M. Sigaud (*Topographie médicale du Brésil*), la lésion du foie joue le plus grand rôle. » Feu le docteur Ségond, médecin en chef de la marine à Cayenne, dont j'ai été quelque temps l'élève, et qui nous a légué d'excellentes observations sur la dyssenterie, ne repoussait pas tout à fait les idées de Broussais sur la dyssenterie ; mais sans admettre précisément la concomitance d'une hépatite, il croyait à un état d'orgasme du foie. Or, je le demanderai ici, comment se refuser à admettre une véritable inflammation du foie, lorsqu'on trouve si souvent à l'autopsie, comme je l'ai déjà fait observer, cet organe volumineux plus ou moins hyperémié, et recélant dans son parenchyme des foyers purulents quelquefois multiples ?

Influence des hémorrhoïdes sur les affections du foie. — Les mêmes causes qui, dans les pays méridionaux, prédisposent aux affections du foie, y rendant les hémorrhoïdes extrêmement communes, il est naturel de rechercher l'influence que ce flux périodique doit exercer sur le système hépatique en général. Par l'effet de la chaleur et d'une alimentation de haut goût, comme celle qu'on a adoptée aux colonies, le ventre ne tarde pas à se resserrer, et une constipation plus ou moins fatigante s'établit. Dans ces circonstances, les inacclimatés chez lesquels des hémorroïdes surgissent, ont les plus grandes chances d'échapper à l'hépatite et à la dyssenterie, tandis que ceux qui sont seulement tourmentés par la constipation sans coïncidence de fluxion hémorrhoïdale, sont plus exposés à être atteints de ces maladies. Les naturels des pays intertropicaux sont presque tous sujets aux hémorrhoïdes, et il est assez vraisemblable qu'ils doivent à cette infirmité de résister aux causes morbides au milieu desquelles ils vivent. Du reste, ne suffit-il pas de se rappeler les excellents effets des sangsues à l'anus contre l'hépatite et les phlegmasies gastro-intestinales, pour se faire une idée exacte des garanties hygiéniques que doit offrir le flux hémorrhoïdal modéré et régulier dans les contrées intertropicales et paludéennes ?

FIÈVRE CÉRÉBRALE CHEZ UN GARÇON DE DIX ANS ET DEMI.

Friction avec la pommade stibiée sur le cuir chevelu préalablement rasé. — Guérison.

Par M. le Dr Thibault, de Challans (Vendée).

Dans l'observation que je publie, je ne me suis point attaché à examiner s'il s'agissait d'une méningite ou d'une méningo-encéphalite, d'une méningite de la base ou de la convexité, d'une méningite franche ou d'une méningite tuberculeuse. L'examen cadavérique m'ayant fait défaut, Dieu merci ! j'ai cru que je ne pouvais, sans préjuger la nature de la maladie, employer d'autre expression que celle de *fièvre cérébrale*.

Toutes les distinctions établies dans ces derniers temps ne reposent que sur les recherches cadavériques, et nullement sur les symptômes observés pendant la vie. On a bien essayé d'établir entre eux une relation, mais ces efforts sont demeurés sans résultat. Comment, en effet, établir un rapport entre des altérations anatomiques qui diffèrent les unes des autres par leur nature et par leur siége, et des symptômes qui sont toujours les mêmes, comme le témoignent la plupart des auteurs ?

Ne pouvant donc, par le seul examen des symptômes, conclure à la nature intime de la maladie, j'ai préféré m'en tenir à une expression générale qui donnât une idée à la fois juste et complète des symptômes offerts par le malade.

Quel que soit, du reste, le nom qu'on lui donne, la fièvre cérébrale est une affection très-grave chez les enfants. Les cas de guérison en sont bien rares dans les annales de la science. Celui que je publie est dû à une méthode qui compte déjà plusieurs succès, la méthode du docteur Hahn. C'est là, à mon avis, ce qui lui donne encore plus d'intérêt.

Voici l'observation :

Jean Q..., demeurant au Pilloix, commune de Sallestain (Vendée), âgé de dix ans et demi, est d'une forte constitution et a toujours joui d'une bonne santé. Il a seulement eu pendant ses premières années des gourmes à la tête et des engorgements ganglionnaires au cou. Son père est un homme fort et robuste ; sa mère, morte en couches quatre jours après la naissance de cet enfant, avait toujours été bien portante.

Jean Q... est tombé malade le 1er juillet 1858, mais depuis un mois déjà il avait complétement perdu l'appétit ; il ne mangeait presque point ; en revanche il était pris d'une soif inextinguible, et comme ses parents refusaient de lui donner à boire aussi souvent qu'il l'aurait désiré, il s'en allait boire aux ruisseaux.

A la suite de cette abstinence prolongée, l'enfant avait considérablement maigri : sa peau était devenue d'une teinte jaune-paille très-prononcée. Ses forces diminuaient de jour en jour.

Son caractère changeait : lui qui d'ordinaire était doux et paisible, était devenu impatient et d'une irritabilité extraordinaire.

Son sommeil était très-agité ; plusieurs fois ses parents l'avaient entendu se réveiller en sursaut et jeter des cris, ce qui ne lui était jamais arrivé jusque-là.

Il se plaignait depuis quelque temps de souffrir dans les jambes et à la tête. Néanmoins Jean Q... se levait tous les jours à l'heure ordinaire, et continuait d'aller à l'école comme s'il se fût bien porté.

Enfin, le 1er juillet, il fut obligé de rester à la maison : il souffrait davantage à la tête, et ce qui le gênait le plus était un engourdissement extraordinaire des mâchoires qui l'empêchait de pouvoir mâcher.

Même état pendant les deux jours suivants.

Le 4, Jean Q... ne peut se lever ; il se trouve trop fatigué. Dans l'après-midi, étant un peu mieux, il va faire une petite promenade avec ses camarades. Il s'en retourne exténué, et se plaignant de souffrir beaucoup à la tête. Toute la nuit il ne fait que se plaindre de sa tête.

Le 5, en descendant du lit, il est pris de vomissements bilieux : ces vomissements se renouvellent quatre fois dans la journée (ils se produisaient lorsque l'enfant voulait se lever pour marcher). La peau est chaude, la face rouge.

Le 6, trois vomissements dans la matinée. La fièvre a continué toute la nuit. Agitation extrême ; l'enfant ne fait que se remuer dans son lit ; il se plaint continuellement de sa tête. Il dit que la lumière lui fait mal aux yeux : il les tient constamment fermés. Dans la soirée, il perd connaissance et commence à délirer.

Depuis le 4 juillet, constipation.

Le 7, trois ou quatre vomissements dans la matinée. La constipation persiste. Je vois l'enfant pour la première fois à quatre heures du soir. Je le trouve dans l'état suivant : face très-rouge, peau brûlante, pouls à 120 ; les mains sont crochetées par-dessus la tête, les yeux sont fermés, et quand on approche une lumière, l'enfant se détourne. La langue est blanche ; le ventre est ballonné, non douloureux. L'enfant est très-impatient ; il ne se laisse pas examiner facilement : il dit de le laisser tranquille. On me raconte que de temps en temps « il crie très-» haut, comme s'il s'éveillait en sursaut au milieu d'un songe ef-» frayant. Ses cris sont très-perçants : on dirait qu'il a peur, et, » quand on lui demande ce qu'il a, il répond qu'il n'a rien, qu'il n'a » pas crié. »

Traitement. — Dix sangsues aux apophyses mastoïdes ; calomel, 0,50 en dix paquets, à prendre un paquet toutes les deux heures.

Les sangsues ont été mises le soir même ; elles ont saigné toute la nuit. L'enfant a été très-agité.

Le 8, cinq paquets de calomel sont pris dans le courant de la journée sans déterminer d'évacuations. Même état que la veille.

Le 9, l'enfant est moins agité que les jours précédents. Il ne crie plus que de loin en loin et faiblement. La fièvre a beaucoup diminué, la peau n'est plus chaude et le pouls est lent. L'enfant est abattu ; commencement de *somnolence*.

Les cinq derniers paquets de calomel ont été pris ; une selle diarrhéique a eu lieu. — Deux vésicatoires aux jambes.

Le 10, la somnolence continue ; l'enfant ne demande rien, il ne crie plus désormais, il ne donne plus signe de vie ; absence complète de connaissance, constipation. Les vésicatoires n'ont pas pris.

Le 11, même état. Le soir on rase la tête de l'enfant, et on la frictionne avec la pommade suivante :

Huile de croton.	80 centigrammes.
Tartre stibié.	1 gramme.
Axonge.	8 grammes.

Dans cette première friction, on n'a employé que la moitié de la pommade. L'enfant n'a pas opposé la moindre résistance à tout ce qu'on lui a fait. L'opération a paru le fatiguer beaucoup. Il a été sur le point d'avoir une syncope ; il est devenu d'une pâleur livide, puis il est retombé dans son abattement ordinaire.

Le 12, on fait une nouvelle friction avec le reste de la pommade ; l'enfant manifeste un peu de connaissance le soir, il ouvre les yeux et porte les mains à sa tête, et fait comprendre qu'il y souffre.

Le 13, depuis le début de la maladie, c'est la première fois que le malade dort ; son sommeil a été calme et paisible. L'expression du visage n'est pas encore bien bonne, il y a de l'hébétude dans la figure. Le regard n'est pas encore bien assuré, mais il y a un mieux sensible ; l'enfant a sa pleine connaissance ; interrogé s'il se souvient de ce qui s'est passé, il répond qu'il n'en a aucune souvenance. Il ne sait pas qu'on lui a rasé la tête, mais il sent bien qu'elle lui fait grand mal ; sans cesse il y porte les mains pour se gratter, afin de calmer la démangeaison.

Tout le cuir chevelu est recouvert d'une éruption confluente ; il y a des boutons à toutes les périodes de développement ; les uns sont gros comme un grain de millet, les autres comme un petit haricot, et sont déjà arrivés à la période de suppuration.

Le cuir chevelu est fortement tuméfié et rouge. La peau est à la température normale. Le pouls est lent ; pas de fièvre. Le ventre est aplati et excavé (en bateau).

Le 14, le mieux se continue. On fait manger l'enfant.

Le 15, l'enfant demande son livre de prières, et il peut y lire sans beaucoup de difficulté. Il va à la selle pour la première fois depuis le 9 juillet.

Le 18, on lève l'enfant, mais une syncope, due à la faiblesse très-grande dans laquelle il se trouve, s'étant déclarée, on le recouche promptement.

Le lendemain, on a pu le lever pendant quelques instants, et au bout de quelques jours la convalescence s'est franchement déclarée.

Quant aux pustules du cuir chevelu, elles ont suppuré pendant trois semaines. Après cette période de temps, les cheveux ont repoussé aussi beaux et aussi touffus qu'auparavant. J'ai revu l'enfant quinze jours après la dessiccation des pustules, et les cheveux avaient déjà plusieurs centimètres de longueur.

Depuis l'enfant se porte bien. Je l'ai examiné avec soin, et je n'ai rien trouvé, ni dans la poitrine, ni dans le ventre, qui pût faire penser à un commencement de tuberculisation.

Personne ne me contestera, je pense, que le fait précédent ne soit un cas de fièvre cérébrale. Nous avons tout pour confirmer ce diagnostic : d'abord les *prodromes* : amaigrissement, perte des forces, changement dans le caractère de l'enfant, sommeil agité, douleur fixe à la tête.

Ensuite les *symptômes dits de la première période* :

1° Céphalalgie intense dès le début et persistante;

2° Vomissements spontanés et répétés plusieurs fois par jour, pendant trois jours consécutifs;

3° Constipation opiniâtre durant quatre jours, n'ayant cédé qu'à 0 gr. 50 de calomel le cinquième, et ayant repris son cours après la cessation du calomel, pour durer encore cinq jours;

4° Photophobie;

5° Cris hydrencéphaliques parfaitement caractérisés;

6° Fièvre intense.

Enfin, *les symptômes dits de la deuxième période*, abattement, somnolence, cessation de la fièvre, lenteur du pouls, forme particulière du ventre.

Que faut-il de plus pour croire à une fièvre cérébrale?

Quant à l'influence des frictions stibiées, elle nous paraît manifeste. A peine ont-elles été pratiquées, qu'un mieux très-sensible s'est déclaré dans l'état de l'enfant, et aussitôt la maladie, qui semblait devoir parcourir ses périodes accoutumées, s'est arrêtée dans sa marche.

Ce fait nous paraît très-propre à rassurer un peu les praticiens, qui sont trop souvent découragés en présence d'un cas de fièvre cérébrale, par suite du désolant pronostic porté sur cette maladie par les maîtres de la science, et à les engager à essayer cette ressource précieuse contre cette redoutable affection.

PARALYSIE GRAVE PRODUITE PAR L'ABUS DU COPAHU.

Par M. Maestri.

N..., âgé de trente-sept ans, contracta une blennorrhagie légère, contre laquelle on lui prescrivit un électuaire de cubèbe et de copahu avec de l'extrait de ratanhia et de tannin. Pour guérir plus vite, il quadrupla la dose ordonnée par le médecin, et prit en outre du copahu en quantité considérable.

Au bout de onze jours de ce traitement, qui ne produisit ni vomissements ni diarrhée, il éprouva de la céphalalgie, des vertiges, de l'incertitude dans la progression, une sensation de constriction au pharynx et une rigidité douloureuse des muscles du cou, de la mâchoire, du thorax et de l'abdomen. Ces muscles étaient le siége de contractions spasmodiques qu'éveillait la moindre impression sensitive et que précédaient des horripilations et un frémissement général. Les mouvements des quatre extrémités étaient très-faibles, et cet état alternait avec une tension des muscles, accompagnée de fourmillements. La marche était presque impossible; les extrémités supérieures retombaient, inertes, après le plus léger exercice; en outre, paralysie incomplète des muscles de la face, analgésie et refroidissement des extrémités inférieures, insomnie, yeux brillants, soif vive, pouls fréquent et dur, constipation, dysurie.

Ces symptômes furent combattus par des purgatifs, des sangsues à l'anus, des ventouses scarifiées et des révulsifs appliqués le long de la colonne vertébrale, et cédèrent au bout de douze à quinze jours, à l'exception de la paralysie, qui s'aggrava au contraire et s'accompagna d'atrophie des muscles. On eut alors recours à l'électrisation localisée au moyen de l'appareil à induction de M. Duchenne, qui produisit une amélioration rapide. Les muscles du tronc, puis ceux des extrémités supérieures et enfin ceux des extrémités inférieures, recouvrèrent successivement leur volume et leur contractilité normales. Quarante séances, aidées d'une gymnastique *rationnelle*, suffirent pour amener une guérison complète, qu'on assura ensuite par des bains sulfureux.

(*Gazet. med. ital. Lombardia.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er mars 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet une lettre de M. le consul général de France à Port-au-Prince, qui annonce l'envoi à l'Académie d'échantillons de fleurs, de rameaux, d'écorce et de racines de frêne d'Haïti, signalé comme un préservatif de la dyssenterie. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. le ministre des travaux publics transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Faivre (de Beaune) sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1858 dans la commune de Fontenotte;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements des Vosges, des Pyrénées-Orientales, de la Gironde, des Landes, de la Vienne, de la Moselle et d'un arrondissement d'Arras. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Denonvilliers, Ménière, Noël Guéneau de Mussy et Hardy, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Duchesne-Duparc. Le dépôt est accepté.

— M. Gibert présente, au nom de M. le docteur de Beauvais, une note sur l'emploi de l'*uva ursi* comme agent obstétrical.

— M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de M. Boudet, organe de la Société des amis des sciences, une médaille frappée en l'honneur de M. Thénard, fondateur de cette Société.

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture des rapports suivants :

1° Sur une source minérale située à Encos (Haute-Garonne), dite Source d'argent. L'eau de cette source ne diffère point par sa composition chimique de celle des deux autres sources qui existent déjà dans le pays; elle est minéralisée par des bicarbonates alcalins et de l'acide carbonique libre. La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'en continuer l'exploitation. (Adopté.)

2° Sur l'eau de Vilminfroy, qui appartient à la classe des eaux salines sélénito-magnésiennes, et vient prendre rang après celles de Contrexéville, de Vittel, d'Aulus, etc. (Mêmes conclusions.)

3° Sur deux sources de Châteldon, dites sources de la Montagne (Puy-de-Dôme). Les eaux de ces deux sources appartiennent à la classe des eaux acidules-bicarbonatées, calcaires et sodiques; elles ont à peu près la même composition chimique que la source des Vignes, exploitée depuis longtemps. (Mêmes conclusions.)

4° Sur l'eau de deux sources du Vals (Ardèche). L'eau de ces sources, la source Camus, minéralisée par les bicarbonates de soude, de potasse, de chaux, de magnésie, de fer, etc., associée à l'acide carbonique libre, ne présente aucune différence avec les sources déjà connues du même pays. Mais l'autre source, dite Dominique, est d'une tout autre nature; on y trouve de l'acide sulfurique libre, du chlorure de sodium, des silicates, des arséniates et des phosphates de sesquioxyde de fer; enfin du sulfate de chaux.

La commission propose la même conclusion favorable pour la source Camus. Quant à la source Dominique, la commission est d'avis que l'autorisation ne devrait être accordée qu'au médecin inspecteur, jusqu'à ce que l'on soit suffisamment éclairé sur ses propriétés médicales. (Adopté.)

COMMUNICATION.

Folie transitoire. — M. Devergie rappelle que dans la séance publique annuelle du 14 décembre dernier, il a fait une lecture sur la folie transitoire. Le point de départ de son mémoire était le fait du meurtre accompli sous l'influence de cette sorte d'aliénation par un jeune homme de Bordeaux qui, à l'âge de dix-neuf ans et sans motif réel, a tué sa belle-mère d'un coup de pistolet.

Après avoir fait ressortir auprès du jury toutes les circonstances qui militaient en faveur d'un acte de folie transitoire, ce jeune homme a été acquitté; mais une seule circonstance a pu laisser quelques doutes dans les esprits : c'est que ce jeune homme, qui était âgé de neuf ans à l'époque du second mariage de son père, avait conçu dès ce moment de l'*éloignement* d'abord, puis de l'*aversion* pour sa belle-mère. On pouvait supposer que cette aversion avait été le motif réel de l'acte accompli. Or, dit M. Devergie, j'ai reçu, il y a deux jours, une lettre du frère de la victime, qui a cru devoir, dans l'intérêt de la science et de la vérité, m'annoncer la mort du jeune homme et m'apprendre dans quelles circonstances elle a eu lieu.

Depuis 1855, ce jeune homme s'était retiré à Bruxelles, où il vivait isolé. Le 29 janvier, il a brusquement quitté sa résidence, il s'est rendu à Bordeaux, et au lieu d'aller chez son père qu'il chérissait, il est descendu dans un hôtel et y a passé la nuit. Le matin, il est allé acheter une paire de pistolets, est monté en voiture, s'est fait conduire au cimetière jusqu'auprès de la tombe de sa belle-mère. Après avoir renvoyé son conducteur, il s'est agenouillé sur la tombe, a pris son carnet sur lequel il a tracé quelques phrases, l'a déposé sur la pierre tumulaire, puis s'est brûlé la cervelle.

Parmi les quelques mots tracés sur le carnet, on trouve la phrase suivante : « Je veux mourir sur la tombe de celle que j'ai tant aimée et tant regrettée!... »

Comment concilier cette assertion, faite au moment du suicide, avec celle que quelques personnes ont pu considérer comme la cause du meurtre : *l'aversion qu'il avait nourrie pendant dix ans à l'égard de sa belle-mère?*

Évidemment ce langage, ainsi que la fin de la vie de ce jeune homme par le suicide, sont l'œuvre d'un fou. Il ne saurait rester le moindre doute dans les esprits les plus prévenus contre le jugement qui a été rendu, et les prévisions de la science qui en ont été la cause.

Ces renseignements complètent un exemple de folie transitoire unique dans la science, en ce sens qu'il a été consacré par un jugement du jury.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Gibert. La parole est à M. Beau.

Suite et fin de la discussion sur le nervosisme.

M. Beau. La question soulevée par le rapport de M. Gibert est une des plus intéressantes et en même temps des plus difficiles qui puissent nous occuper. Elle embrasse, en effet, la pathologie si complexe du système nerveux; c'est ainsi que jusqu'à présent on a traité la question du vitalisme dans ses rapports avec les manifestations nerveuses, et on a traité avec toute l'importance qu'elle méritait la question si pratique de l'anémie, au point de vue de son influence sur le développement des névroses. Il y aurait d'autres points tout aussi intéressants à aborder; je me renfermerai dans les limites de la proposition fondamentale du travail de M. Bouchut, qui me semble devoir être discutée.

Les symptômes que M. Bouchut réunit sous le nom de *nervosisme* sont-ils, comme il le pense, différents de l'hystérie et de l'hypochondrie? Cela dépend de l'idée que notre confrère se fait de ces deux maladies et des caractères essentiels qu'il leur prête. C'est ce que nous allons examiner.

M. Bouchut ne donne le nom d'hystérie qu'à la forme convulsive de cette maladie; la réunion de symptômes non convulsifs, appelée jusqu'à présent *hystéricisme*, hystérie *vaporeuse* ou *sensitive*, *névropathie protéiforme*, est distraite par notre confrère de l'affection hystérique comme une névrose particulière, sous ce nom de *nervosisme*.

Cette séparation dans les formes convulsive et vaporeuse de l'hystérie peut certainement être proposée; il est même fort possible qu'elle soit acceptée. Mais il me semble qu'une semblable scission aura toujours contre elle de grandes difficultés.

En effet, la forme vaporeuse ou protéiforme de l'hystérie existe certainement seule; elle est même la plus fréquente des deux à l'état d'isolement, mais la forme convulsive se rencontre rarement sans être précédée ou accompagnée de la forme vaporeuse, c'est-à-dire que les phénomènes protéiformes ou vaporeux servent de prodromes éloignés aux attaques convulsives, ou se montrent dans leur intervalle.

On voit par là que ces deux manifestations convulsives ou vaporeuses dénotent le même fond morbide, produisant les vapeurs ou le nervosisme quand la susceptibilité nerveuse est médiocre, et produisant le mouvement réflexe de l'attaque convulsive quand la susceptibilité nerveuse est intense ou que les causes occasionnelles sont violentes.

Quant aux symptômes différentiels du nervosisme et de l'hystérie convulsive, je trouve que leur opposition a été exagérée.

Ainsi, on doit accorder certainement que la forme convulsive est plus tranchée, plus définie que la forme vaporeuse; mais cependant cette dernière n'est pas tellement protéiforme, qu'au dire de notre confrère on la trouve à peine semblable sur deux personnes. Si je ne m'abuse, on observe assez souvent chez les femmes vaporeuses la réunion des symptômes suivants : gonflement de la région épigastrique ou des hypochondres, névralgie intercostale, palpitations, sentiment de dyspnée, quelquefois de boule qui, partant de l'estomac, remonte jusqu'au milieu de la région sternale et même jusqu'à la gorge, sans être suivi de mouvements convulsifs.

On voit par là que la sensation de boule ascendante qui pour M. Bouchut donne un cachet caractéristique à l'hystérie, c'est-à-dire à la forme convulsive, se trouve aussi, mais moins souvent, dans le nervosisme, c'est-à-dire dans la forme vaporeuse. Et ce qui prouve que la forme convulsive n'est qu'un degré de plus de la forme vaporeuse, c'est que lorsque cette dernière vient à augmenter d'intensité par suite d'un surcroît dans l'intensité de la cause, la sensation de boule, s'exagérant et devenant plus intolérable à la malade, finit par donner lieu aux mouvements réflexes de l'attaque convulsive.

J'en dirai autant de l'état de la nutrition dont M. Bouchut se sert pour séparer l'hystérie convulsive de son nervosisme. Toutes les femmes affectées d'hystérie convulsive sont maigres absolument ou relativement... On ne peut donc pas opérer une séparation radicale entre les formes convulsive et vaporeuse de l'affection hystérique, c'est-à-dire, pour M. Bouchut, entre l'hystérie et le nervosisme. Cette séparation est aussi arbitraire et aussi illégitime que celle que l'on voudrait tenter entre le vertige et l'attaque de la maladie épileptique, que malgré leurs dissemblances on regarde avec raison comme deux manifestations différentes de la même maladie.

Passons maintenant à l'hypochondrie, et voyons si cette maladie est distincte du nervosisme :

Pour M. Bouchut, comme pour un grand nombre de médecins, « l'hypochondrie est caractérisée par une préoccupation constante sur des souffrances réelles ou imaginaires. » Or, cette définition de l'hypochondrie n'est guère donnée et acceptée que depuis le commencement du siècle. Les anciens médecins, Sydenham, Sennert, Willis, Highmore, Hoffmann, Stalh, Stoll, etc., appelaient hypochondrie une maladie à symptômes multiples, mobiles et variables, qui avaient pour foyer ou pour siége principal la zone des hypochondres et de l'épigastre. Ils avaient donc, comme on le voit, donné à une collection de symptômes extrêmement nombreux et variables, un nom anatomique tiré de la région où siégeait habituellement la prédominance symptomatique de la maladie, c'est-à-dire la région hypochondriaque. Il n'y a rien d'étonnant à cela.

Ici M. Beau cite à l'appui les textes de quelques-uns de ces auteurs, puis il poursuit en ces termes :

Quant à la pathogénie de l'hypochondrie exposée par la plupart des auteurs que je viens de citer, il ne sera pas hors de propos de la mentionner. Les organes hypochondriaques ou sous-diaphragmatiques, qui servent particulièrement à la digestion étant affectés à la suite de causes morales ou d'une mauvaise hygiène alimentaire, ou d'autres circonstances étiologiques qu'il serait trop long d'énumérer, la chylification se trouve altérée ou enrayée; le sang n'étant pas suffisamment réparé dans ses pertes, est plus *ténu*, et il en résulte des désordres nombreux et variables dans toute l'économie, et particulièrement dans le système nerveux.

Voilà en abrégé les symptômes caractéristiques et la pathogénie de l'hypochondrie, que l'on trouve dans la plupart des auteurs qui ont écrit avant le dix-neuvième siècle.

Nous allons rechercher maintenant comment s'est fait le changement qui existe actuellement dans la signification du mot hypochondrie.

Parmi les symptômes de l'hypochondrie des anciens médecins, il en est un qui a dû frapper tout le monde, c'est l'appréhension qui tourmente le patient au sujet de sa maladie. Chez quelques-uns, l'imagination est tellement frappée qu'ils se croient atteints d'autres maladies ou même victimes d'une fascination.

Ce travers morbide de l'intelligence, qui figure au nombre des symptômes de l'hypochondrie, mais qui pourtant ne la caractérisait pas pour les anciens, a paru être tellement essentiel dans cette maladie à plusieurs des nosographes de la fin du siècle passé (Cullen, Sauvages, etc.) qu'ils la firent figurer dans la définition de l'hypochondrie.

Les auteurs de ce siècle ont presque tous marché sur la trace de ces nosographes. C'est par là qu'il faut comprendre pourquoi Franck, Georget, MM. Falret, Brachet, Dubois (d'Amiens), Michéa, etc., ont tous, à l'exception de Louyer-Villermay, Hufeland, Trousseau, Pidoux, et quelques autres, présenté l'hypochondrie comme une névrose de l'intelligence. C'est pour eux la nosomanie qui, sous le nom d'hypochondrie, domine toute la maladie.

Il y a même plus, c'est que les symptômes fournis par l'abdomen, le thorax, etc., qui ont toujours servi à constituer l'hypochondrie des anciens, ne sont plus nécessaires pour caractériser l'hypochondrie des modernes. Il suffit maintenant de se croire affecté d'une maladie grave que l'on n'a pas, pour être considéré comme hypochondriaque.

Ce désordre particulier de l'intelligence existe réellement comme fait pathologique, et il faut en tenir compte; mais on doit, dans un but de précision analytique, le distinguer, sous le nom de *nosomanie*, de l'hypochondrie de Willis, Hoffmann, Stoll, etc., bien que souvent il figure parmi les symptômes de cette dernière maladie. Il me semble, en un mot, qu'on doit comprendre les rapports de la nosomanie et de l'hypochondrie des anciens, de la même manière à peu près que ceux de l'hydrophobie et de la rage. On sait, en effet, que la rage a l'hydrophobie pour symptôme, mais l'on sait aussi que ce symptôme, surtout chez les animaux, n'est pas constant, essentiel. D'un autre côté on admet avec raison qu'en dehors de la rage on peut observer l'hydrophobie. On peut en dire autant de la nosomanie et de l'hypochondrie.

Il résulte des textes que M. Beau emprunte ici à plusieurs auteurs anciens, que ceux-ci avaient déjà distingué de l'hypochondrie la crainte exagérée de la maladie ; seulement ils n'avaient pas donné un nom particulier à ce dernier symptôme, ils le comprenaient dans le nom générique de *mélancolie*.

Après cette excursion dans l'historique de l'hypochondrie, continue M. Beau, revenons à M. Bouchut, et discutons la question que nous nous sommes proposée: Le nervosisme est-il distinct de l'hypochondrie?

Il est évident que le nervosisme n'est pas différent de l'hypochondrie quand on comprend cette dernière maladie comme les anciens; mais si, comme la plupart des médecins actuels, on entend la nosomanie sous ce nom d'hypochondrie, le nervosisme et l'hypochondrie sont deux maladies différentes.

M. Bouchut, pour donner une juste idée de son nervosisme, dit qu'il faut lui appliquer ce que Mead pensait du mal hypochondriaque : que c'est une maladie générale plutôt qu'une maladie locale. Je suis complétement de cet avis, et c'est là une vérité que tout le monde doit admettre, puisqu'il s'agit ici de la même maladie portant deux noms différents.

Du reste, il faut le reconnaître, puisque M. Bouchut donnait au mot hypochondrie ce sens de nosomanie, il était juste qu'il signalât, en dehors de l'hypochondrie, c'est-à-dire de la nosomanie, le groupe de symptômes nerveux qu'il appelle nervosisme.

Le nervosisme est une affection commune aux deux sexes. Or, comme chez la femme, ainsi que nous avons cherché à le démontrer contre M. Bouchut, il se confond avec l'hystérie dont il constitue la forme vaporeuse, non convulsive, et comme chez l'homme il ne diffère pas de l'hypochondrie des anciens, il s'ensuit que ceux-ci étaient parfaitement fondés à regarder l'hystérie et l'hypochondrie comme des maladies semblables.

Mais je n'ai pas fini encore avec le nervosisme. En disant que le nervosisme de M. Bouchut est semblable à l'hypochondrie des anciens, je ne prétends pas que l'on puisse lire dans les descriptions des anciens auteurs tous les phénomènes signalés par notre confrère. On n'y trouve pas tous les détails séméiologiques dont s'est enrichie la médecine moderne. Mais à part cela, je soutiens que le tableau pathologique est le même.

S'il est difficile de tracer une description générale des affections vaporeuses à l'état chronique, à cause de leur forme si mobile, c'est une difficulté plus grande encore de la tracer à l'état aigu ou fébrile. On en donne une idée suffisante, en disant que c'est une réunion de symptômes nerveux capable de simuler une affection pyrétique ou phlegmasique.

M. Beau rapporte ici quelques faits semblables à ceux que M. Bouchut a classés dans son nervosisme aigu, et qu'il a eu l'occasion d'observer. Quelques-uns de ces faits, que M. Beau désigne sous le nom de *fausses dothinentéries*, à cause de leur ressemblance avec cette affection, étaient dus à des commotions morales ou à de grandes fatigues physiques; d'autres simulaient des affections de poitrine, d'autres des encéphalites ou des apoplexies.

M. Bouchut intercale dans son nervosisme aigu une maladie nouvellement signalée par M. Chomel, sous le nom de *forme grave de dyspepsie acide*. La dyspepsie est un centre pathologique trop important pour qu'on ne le mette pas en saillie dans la pathogénie d'une foule de maladies. Mais je pense que jusqu'à nouvel ordre on ne doit pas classer cette maladie, si peu connue encore, dans la classe des névroses, pour cette raison que tout le monde sentira, c'est que la *dyspepsie acide* dont il est question s'est toujours à peu près terminée par la mort, tandis que les névroses dont il s'agit dans cette discussion ont pour caractère de n'être pas graves immédiatement ou par elles-mêmes.

Les anciens médecins n'ont pas insisté d'une manière spéciale sur la description de cette forme aiguë de névrose. Mais pourtant ils ont suffisamment signalée en disant que l'hystéro-hypochondrie imitait toutes les maladies, soit aiguës, soit chroniques. Le nervosisme aigu était donc comme en substance. Et à ce sujet je rappellerai ces considérations si longtemps classiques sur l'état des urines pour le diagnostic des maladies nerveuses.

De toutes ces considérations, dit M. Beau en terminant, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La collection de symptômes appelée *nervosisme* par M. Bouchut, se confond avec l'hystérie, dont elle constitue la forme vaporeuse.

2° Le nervosisme se confond aussi avec l'hypochondrie des anciens ; il en est la reproduction réelle, mais il diffère manifestement de l'hypochondrie de la plupart des auteurs modernes, c'est-à-dire de la nosomanie.

3° Il n'y a par conséquent rien de nouveau dans l'exposition des symptômes qui constituent le nervosisme soit à l'état chronique, soit même à l'état aigu.

4° Néanmoins le travail de M. Bouchut est important parce qu'il met en lumière d'anciennes vérités sous des dénominations nouvelles, qu'il les reproduit d'une manière pressante, et avec toute la force que donne seule l'observation des faits.

La parole est à M. Gibert pour répondre et résumer la discussion, déclarée close.

M. GIBERT remercie M. Beau pour l'excellente dissertation qu'il vient de faire entendre sur la question. Il n'a qu'à se féliciter de l'accord qui existe entre son collègue et lui sur les faits principaux, et de l'appui qu'il trouve dans son opinion, les dissidences ne portant que sur des points secondaires et sur des dénominations.

Cela dit, M. Gibert résume en ces termes l'ensemble de la discussion :

Des deux discours entendus dans la première séance de cette discussion, le premier a offert par avance une réfutation si complète et si péremptoire du second, que je n'ai point à m'occuper de celui-ci... si ce n'est, peut-être, pour remercier M. Piorry de l'appui qu'il est venu donner à une assertion qui avait paru tant soit peu agaçante à M. Bouillaud.

J'avais dit, en opposant les partisans de l'anatomisme à ceux de l'hippocratisme, que les premiers, croyant toujours découvrir dans la contexture matérielle des organes la raison de tous les phénomènes pathologiques, ne se faisaient pas faute, au besoin, de supposer l'existence de la lésion matérielle que leurs sens ne pouvaient apercevoir.

Or vous avez entendu M. Piorry vous parler d'une prétendue *oscillation ou vibration moléculaire*, qui lui suffisait, en l'absence de toute lésion appréciable, pour constituer l'élément organique de la névrose. Il est vrai qu'il a rangé naïvement cette lésion au nombre des phénomènes qu'on ne saurait voir..., singulier lapsus pour un savant si familier avec le grec.

Mais parlons sérieusement. M. Bouillaud, après avoir donné hautement son adhésion aux vues pratiques exposées dans mon rapport, s'est principalement attaché à faire l'histoire de la chlorose.

Je n'ai point à m'occuper de ce sujet, qui ne rentre qu'accessoirement dans la question principale..., si ce n'est que M. Bouillaud ne me paraît pas s'être prononcé catégoriquement entre les deux opinions capitales exprimées sur la chlorose par les médecins de notre époque, savoir : celle de M. Blaud, qui dès 1832 déclarait formellement que la maladie dépendait d'une altération primitive du sang, tandis que notre honorable collègue M. Jolly, dans un mémoire remarquable qui lui a ouvert les portes de l'Académie, s'est attaché à démontrer (et, je le crois, avec succès) que le système nerveux était l'élément organique primitivement et spécialement affecté dans l'état chlorotique.

Remarquons surtout que le remède spécifique de la chlorose (le fer) a été trouvé bien longtemps avant l'invention des théories modernes, et qu'il a été notamment préconisé par Sydenham.

Quant à l'hippocratisme moderne, dont j'ai cru devoir, à l'occasion des maladies sans lésion organique appréciable aux sens, rappeler la formule exprimée en termes précis et caractéristiques, regrettant que dans une discussion académique récente on n'ait pu savoir à quoi s'en tenir sur le jugement qu'auraient dû en porter les médecins organiciens ; cette fois encore je n'ai pu obtenir de réponse à une question nettement et clairement posée. Eh bien, je prendrai patience et j'attendrai !

Mais il est un point que je ne veux pas passer sous silence, et sur lequel mon sentiment diffère absolument de celui de M. Bouillaud. Je ne saurais, en vérité, partager l'admiration qu'il professe pour l'opinion exprimée dans cette phrase échappée à la plume un peu trop facile du célèbre Bichat : « Qu'est l'observation, si l'on ignore où siége le mal ? »

Je dis que c'est beaucoup, et cette attaque imprudemment portée à la médecine ancienne ne repose que sur un paradoxe. Où donc, je vous prie, fixez-vous le siége de la fièvre, de la morve, du choléra-morbus, du rhumatisme, de la goutte, de la rage, de la syphilis ? Est-ce que l'observation pure et simple, l'observation hippocratique, ne nous a rien appris sur toutes ces affections? Il est telle d'entre elles (notamment la dernière) sur laquelle l'observation clinique (abstraction faite de toute connaissance de siége ou d'élément organique) nous a révélé tout ce qu'il importait au médecin de savoir sur l'origine, la nature, la marche, la terminaison, le traitement, c'est-à-dire, en un mot, sur tout ce que comprend la *prognose hippocratique*, dont M. Bouillaud ne me paraît pas avoir bien saisi les caractères.

D'ailleurs, je le répète, je ne puis que remercier M. Bouillaud de l'appui sympathique qu'il est venu apporter aux opinions que j'avais exprimées sur la thérapeutique des affections nerveuses. J'attache un grand prix à la sanction généreuse et imposante que l'autorité de la parole est venue donner aux observations que j'avais faites sur le danger de méconnaître dans la pratique *l'état nerveux*, et de s'en laisser imposer par des apparences qui pourraient conduire aux erreurs thérapeutiques les plus préjudiciables au malade.

Il est pourtant un reproche auquel je dois répondre, bien qu'il m'ait été adressé avec toute la courtoisie possible.

M. Bouillaud s'est plaint de ce que je n'avais pas donné assez de développement dans mon rapport aux opinions de M. Bouchut, et de ce que, faute d'être entré dans un détail suffisant des faits et des choses, j'avais laissé planer quelque vague et quelque incertitude sur le caractère essentiel du travail dont j'avais à rendre compte.

Je confesserai franchement à cette tribune que le tort dont on m'accuse est un tort volontaire. Par une réaction peut-être exagérée contre les longs discours, je m'attache toujours, et avant tout, à être bref et concis. Il m'a toujours semblé qu'en présence d'un auditoire aussi instruit et aussi éclairé, c'était un abus que de vouloir transporter dans cette enceinte des habitudes d'enseignement qui conviennent à d'autres lieux. Ici nous parlons à des collègues qui entendent à demi mot, et qui dans presque tous les cas sont tout aussi bien au courant de la question que l'orateur lui-même.

En particulier dans le cas actuel, j'ai cru qu'il me suffisait, pour rendre à l'auteur du mémoire la justice qui lui est due, d'exposer l'idée mère de son travail sans entrer dans les détails que pourrait comporter un mémoire de trois cents pages qui renferme quarante-cinq observations particulières.

Or, cette idée fondamentale, qui a paru à votre commission mériter une mention honorable à laquelle a bien voulu s'associer M. Bouillaud, c'est, pour me servir du terme adopté par l'auteur du mémoire, d'élucider la question du *nervosisme* en cherchant à établir, d'une part, qu'un fond commun rapproche les unes des autres les diverses névroses décrites sous les noms d'hystérie, d'hypochondrie, de mélancolie, de surexcitation nerveuse, de cachexie nerveuse; et d'autre part, qu'il existe des affections nerveuses, soit aiguës, soit chroniques, qui simulent des lésions locales inflammatoires ou organiques qu'il importe beaucoup d'en distinguer ; car le traitement approprié à ces dernières est extrêmement nuisible aux autres. Le soin qu'a pris M. Bouchut de fonder cette distinction sur des faits empruntés aux auteurs classiques, et décrits par eux sous des noms variés, et sur des observations qu'il a recueillies lui-même, nous a paru digne d'éloges et d'encouragement.

N'omettons pas d'ajouter que l'auteur a décrit un nervosisme aigu et fébrile, beaucoup plus rare et beaucoup moins connu que l'état nerveux chronique. Je pense qu'on pourrait y rattacher ces épidémies fébriles observées il y a un certain nombre d'années dans nos garnisons militaires; épidémies dans lesquelles on voyait rapidement succomber les malades traités par les émissions sanguines, comme atteints de méningo-encéphalite, tandis que l'opium, opposé aux accidents nerveux, amena les résultats les plus heureux et les plus inattendus.

D'ailleurs, le mémoire de M. Bouchut ne contient que deux observations détaillées du nervosisme aigu fébrile ; ce sont deux exemples de fièvre continue avec abattement, affaiblissement, amaigrissement, gastralgie, vomissements, s'aggravant sous l'empire du régime antiphlogistique et se terminant heureusement sous l'influence d'une alimentation méthodique.

Quant au nervosisme *chronique* à l'état nerveux proprement dit, notre excellent collègue M. Baillarger, en sa qualité de membre de la commission, est venu en aide au rapporteur, et vous a signalé les principaux caractères de cet état, considéré comme distinct de l'hystérie, de l'hypochondrie et de la mélancolie.

Mais il est une dernière objection que je ne dois pas passer sous silence. On nous a dit : Qu'y a-t-il de *nouveau* dans le travail de M. Bouchut? D'abord, nous n'avons nullement prétendu faire décerner à l'auteur un brevet d'invention! Dans un art qui compte plus de 2,000 ans d'existence, les prétendues nouveautés ne sont parfois que de vieilles erreurs! Et comme la vérité est assez souvent plus ancienne encore que l'erreur, c'est presque faire du nouveau que de réhabiliter et d'accommoder à nos formes modernes une ancienne vérité plus ou moins méconnue. Or, si l'on venait à soutenir que l'état nerveux, tel que l'a dépeint M. Bouchut, a été admis et reconnu par tout le monde, il me suffirait, pour ne parler ici que des morts, de citer des œuvres contemporaines qui ont joui d'une grande popularité, et dans lesquelles on s'est efforcé de *localiser* l'état nerveux dans des organes précis et d'y opposer les médications topiques usitées contre les lésions organiques ou inflammatoires. Avez-vous donc oublié que dans les leçons de votre collègue Lisfranc, toutes les *névroses* chez la femme étaient plus ou moins rattachées à la *métrite* et traitées en conséquence? Peut-on nier que la dernière édition du *Traité des maladies de la moelle épinière* d'Ollivier (d'Angers) n'offre un grand nombre d'exemples d'état nerveux rapportés à tort à une lésion locale de la *moelle* ou de ses enveloppes? Le livre récent de M. Prosper Yvaren sur les *métamorphoses de la syphilis* ne contient-il pas plusieurs observations de névroses entretenues par la diathèse syphilitique, et auxquelles on avait longtemps opposé sans succès des médications dirigées contre de prétendues phlegmasies locales?

M. Bouillaud ne vous a-t-il pas cité lui-même plusieurs faits de sa pratique particulière, propres à mettre en lumière une erreur plus ou moins analogue ? et chacun de nous n'a-t-il pas rencontré maintes fois des cas semblables? On pouvait donc regarder comme utile et opportun d'appeler l'attention des médecins sur les dangers d'une pratique devenue trop commune sous l'empire des doctrines encore prédominantes (quoi qu'on dise) de *l'école anatomique*. Et cette tâche essentiellement utile, M. Bouchut nous a paru l'avoir remplie avec succès.

M. Gibert termine en relisant les quelques lignes qui terminent le rapport et les conclusions qu'il soumet à l'approbation de l'Académie.

M. CAZEAUX exprime le désir que le mémoire de M. Bouchut soit renvoyé au comité de publication, pour être inséré soit en totalité, soit par extraits, dans le *Bulletin* ou les *Mémoires*, au lieu d'être déposé aux archives, où il resterait perdu.

M. GIBERT déclare adhérer avec empressement à la demande de M. Cazeaux.

Les conclusions ainsi modifiées :

1° Renvoyer le mémoire au comité de publication;

2° Adresser au nom de la Compagnie une lettre de remercîments à l'auteur pour cette nouvelle preuve de zèle et de science ;

Sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* vient de publier la note suivante : « Le décret du 23 août dernier a rétabli, on le sait, l'obligation pour les aspirants au doctorat en médecine de justifier du baccalauréat ès-lettres, ainsi que du baccalauréat ès-sciences restreint. Cette mesure, vivement réclamée comme la garantie essentielle de l'avenir des études médicales, a excité un sentiment unanime de reconnaissance dont les professeurs de la Faculté de médecine de Paris, les membres de l'Académie de médecine, les présidents des Sociétés médicales, ont voulu consigner l'expression dans une adresse qu'ils viennent de transmettre à S. M. l'Empereur. »

— Par suite de deux concours ouverts devant la Faculté de médecine de Strasbourg, ont été nommés internes à l'hôpital civil : MM. Morache, Filliette et Poncet ; et externes au même hôpital : MM. Peuget, Bruch, Lévy, Jacob et Delahousse. MM. Baudon, Ed. Lauth et Bousquet sont désignés comme pouvant être nommés externes sans nouveau concours, dans le cas où des places deviendraient vacantes avant l'ouverture du prochain concours.

— Dans le classement des élèves au Val-de-Grâce, par suite de l'examen général, M. Fée, fils du professeur à la Faculté de Strasbourg, a eu le n° 1.

— M. Flower, préparateur des pièces anatomiques du Collége royal des chirurgiens de Londres, vient de terminer un squelette de grandeur naturelle, en bois de sycomore, destiné au roi d'Ava, qui veut se livrer à l'étude de la charpente du corps humain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Leçons cliniques des maladies de l'utérus, par M. le docteur Aran, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine ; recueillies par M. le docteur A. Gauchet, et revues par l'auteur. La deuxième partie, de 320 pages, contenant l'histoire des troubles de la menstruation, de la congestion utérine, des inflammations de l'utérus et de l'ovaire, vient de paraître. Le prix est le même que celui de la première partie : 4 fr., rendue *franc de port* dans toute la France et l'Algérie. La troisième et dernière partie est sous presse. Chez Labé, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, à Paris.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 27. — SAMEDI 5 MARS 1859. (32e ANNÉE.) N° 27. — SAMEDI 5 MARS 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Ulcération syphilitique de la partie inférieure de la trachée; rétrécissement de la trachée par la cicatrice.

Un homme de trente-six ans est entré, le 25 octobre dernier, à la Maison de santé, dans le service de M. Vigla, respirant à peine ; l'inspiration surtout était difficile et bruyante, et présentait ce caractère de ronflement trachéo-laryngien que l'on trouve dans l'œdème de la glotte. Voici ce qu'il racontait sur le début de sa maladie :

Deux mois auparavant il avait été pris d'un rhume assez intense, accompagné d'un peu d'étouffement. L'inspiration était souvent pénible et bruyante, surtout lorsque le malade montait un escalier. La toux était accompagnée d'une expectoration peu abondante, mais à plusieurs reprises les crachats avaient été striés de sang. En outre, le malade avait des transpirations nocturnes quelquefois assez abondantes; l'amaigrissement était notable. L'appétit était resté bon, les digestions faciles; il n'y avait pas de diarrhée. Cet état persistait depuis six semaines sans modifications appréciables, lorsque la gêne de la respiration devint en quelques jours beaucoup plus considérable. L'inspiration, qui n'était bruyante que par instants, le devint d'une façon continue, et le malade fut dans l'impossibilité de faire quelques pas ou de causer un peu sans être pris d'accès de suffocation.

M. Vigla constata les symptômes suivants :

Le malade était assis sur son lit, il respirait avec effort, et tous les muscles de la poitrine entraient en contraction pendant l'inspiration. Ce premier temps de la respiration était bruyant, et offrait le caractère du ronflement trachéal plus encore que le sifflement. La voix était altérée, un peu rauque. Il n'existait de douleur nulle part, ni dans le larynx ni dans la poitrine. La toux était peu fréquente, avec un timbre un peu guttural; l'expectoration était peu abondante, les crachats étaient muco-purulents, petits, déchiquetés et nageant dans un liquide clair; en un mot, ils ressemblaient assez aux crachats de la phthisie.

Du côté de la poitrine, la percussion donnait partout une sonorité normale; à l'auscultation, il était impossible de percevoir le murmure respiratoire, qui était couvert par les bruits laryngiens de l'inspiration. Pas d'altération du côté des gros vaisseaux. Le larynx n'était pas douloureux à la pression; on n'y percevait au toucher ni saillie, ni déformation, ni craquements. Le doigt, porté par la bouche, arrivait jusqu'à la face supérieure de l'épiglotte, qui était saine; mais il ne pouvait atteindre plus loin. Le cou ne présentait pas de déformation; on ne trouvait pas de tumeur comprimant le larynx.

Le malade disait avoir eu des chancres il y a douze ans ; il y a six ans, il avait été pris d'un mal de gorge qui, après avoir persisté pendant une mois, avait déterminé la perforation du voile du palais. Du reste, pas d'autres signes de syphilis, pas de taches, pas d'engorgement ganglionnaire. Cependant, l'absence de lésions du côté du poumon, la force même du sujet, éloignaient l'idée d'une laryngite tuberculeuse, tandis que l'existence de chancres antérieurs et la perforation du voile du palais semblaient indiquer une origine syphilitique.

Le diagnostic fut porté : ulcérations syphilitiques du larynx avec un peu d'œdème de la glotte.

Le malade fut mis à l'usage de l'iodure de potassium, 1 gr. par jour. Une amélioration assez sensible se manifesta bientôt. La dose de l'iodure de potassium fut portée à 2, 3, puis 4 gram. par jour. La respiration devint beaucoup plus facile. L'état général devenait meilleur aussi. Le malade reprenait de la gaieté, comme s'il eût été assuré d'une guérison prochaine.

Mais le 25 novembre, à quatre heures de l'après-midi, sans causes appréciables, cet homme fut pris d'étouffements plus violents que ceux qu'il avait eus jusque-là. Il présentait alors tous les signes d'un œdème de la glotte parfaitement confirmé. L'inspiration était des plus pénibles, l'expiration se faisait avec plus de facilité : le malade commençait à se cyanoser; le pouls était petit, fréquent, les extrémités froides. Après avoir administré un vomitif, qui n'amena aucun soulagement, il ne restait plus qu'une ressource pour sauver le malade, la trachéotomie.

Les symptômes persistant avec une intensité croissante, M. Vigla prit l'avis de M. Demarquay, qui reconnut aussi l'urgence de la trachéotomie.

L'opération fut pratiquée, mais elle n'amena aucun soulagement. La gêne de la respiration persista toute la nuit. La journée suivante se passa dans le même état. Le soir, à sept heures, la respiration était devenue de plus en plus pénible ; chaque effort de respiration était accompagné de râles trachéaux humides, indiquant dans les bronches la présence d'un liquide que le malade ne pouvait rejeter. La mort ne tarda pas à survenir.

L'examen de l'arbre aérien a fait reconnaître ce qui suit :

Le larynx, fendu à sa partie antérieure, offre entre les deux cartilages arythénoïdes une cicatrice ancienne déjà; les replis arythéno-épiglottiques, les cordes vocales, présentent leur épaisseur ordinaire. Au niveau du onzième anneau de la trachée, on rencontre un point où ce conduit se rétrécit d'une façon notable. Ce rétrécissement porte surtout sur la moitié gauche de la trachée. Supérieurement, il commence brusquement, formant un repli saillant à l'intérieur, et qui correspond exactement à l'extrémité inférieure de la canule à trachéotomie. Inférieurement, au contraire, la trachée reprend insensiblement son calibre. Ce rétrécissement est formé par du tissu cicatriciel, dans l'épaisseur duquel se trouve la moitié gauche de six anneaux de la trachée. Ces cartilages sont contournés et brisés; leur moitié droite, au contraire, est saine. Au côté gauche de la trachée, au niveau même du rétrécissement, se trouvent deux ou trois ganglions lymphatiques hypertrophiés. Enfin, de la partie supérieure du rétrécissement, on aperçoit sous la muqueuse des faisceaux de fibres musculaires longitudinales très-développées, et qui se portent dans l'une et l'autre divisions bronchiques. Chacune de ces divisions est manifestement dilatée, car leur calibre est presque égal à celui de la trachée.

La muqueuse a sa couleur rosée normale; il n'existe pas d'ulcération. Enfin, on trouve dans les bronches quelques mucosités colorées de sang.

Rien dans les plèvres ni dans les poumons.

Telle est l'observation que M. Vigla a communiquée récemment à la Société médicale des hôpitaux, observation dont nous venons d'emprunter les détails aux derniers comptes rendus de l'*Union médicale.*

— Quelques mois auparavant, M. Moissenet communiquait à la même Société un fait tout à fait semblable, et dont il suffira, à cause même de cette similitude, de résumer en quelques mots les traits principaux.

Une femme syphilitique atteinte d'angine laryngo-trachéale, est soumise à un traitement mercuriel qui, au lieu de diminuer le nombre, la durée et l'intensité des accès, ne fait que les augmenter chaque jour davantage. Au dernier accès, de douze heures de durée, et pendant lequel divers moyens médicaux sont appliqués sans succès, elle est trachéotomisée, mais sans la moindre amélioration. Sept heures après l'opération, elle meurt tout à coup. L'autopsie fait découvrir, à 2 centimètres au-dessus de la bifurcation des bronches, un rétrécissement considérable de la trachée consécutif à des ulcérations cicatrisées ou en voie de cicatrisation, après destruction de plusieurs cerceaux cartilagineux.

Mêmes symptômes dans les deux cas : dyspnée continue avec exacerbation, inspiration bruyante et pénible, expiration beaucoup plus facile ; voix peu ou pas modifiée. Même cause, la syphilis. Même lésion, une ulcération en voie de cicatrisation, et amenant un rétrécissement de la trachée. Dans les deux cas on porte le même diagnostic, on a recours aux mêmes moyens, et en particulier à la trachéotomie, qui a le même insuccès. Enfin, mêmes révélations par l'autopsie, qui explique cet insuccès en montrant l'existence de l'obstacle à la partie inférieure de la trachée derrière le sternum.

Ces deux exemples d'une affection rare, recueillis à peu de distance l'un de l'autre, et ayant donné lieu l'un et l'autre à une erreur de diagnostic à peu près inévitable, et partant à une opération inutile, renferment un enseignement qui ne doit pas être perdu. Connaissant ces deux faits, on devra désormais avoir l'attention éveillée sur la possibilité d'une lésion de la portion inférieure de la trachée, dont il restera à rechercher les signes.

On pourra, dit M. Vigla, s'appuyer pour cela sur le siége de la douleur; sur le plus ou moins d'altération de la voix; sur l'exploration de la trachée par la palpation, ce qui ferait reconnaître une déformation du tube aérien, autant du moins qu'elle siégerait au-dessus du sternum; et surtout sur l'auscultation, qui, ainsi que l'a fait remarquer M. Moissenet, serait encore le meilleur moyen pour reconnaître le niveau de l'obstacle en fixant le maximum d'intensité du bruit anormal.

Il ressort encore de ces faits, et notamment de quelques détails de l'observation de M. Moissenet, que son étendue ne nous a pas permis de reproduire, un autre enseignement pratique que ce savant confrère en a très-habilement fait ressortir et qui n'est pas moins important : c'est que la guérison des ulcérations spécifiques de l'extrémité inférieure de la trachée, après la nécrose plus ou moins complète des cerceaux cartilagineux, pouvant amener la mort par rétrécissement du conduit aérien, il en résulte que la continuation du traitement antisyphilitique doit dans ce cas, plus que dans tout autre, être subordonnée aux effets obtenus. Du moment où l'on verrait les troubles respiratoires augmenter avec les progrès des effets du traitement, il faudrait le suspendre, sauf à le reprendre plus tard avec réserve, afin, si cela était possible, de guérir lentement et de manière à habituer peu à peu les organes respiratoires au changement de calibre de la trachée. Enfin, mieux vaudrait, si les accidents dypsnéiques augmentaient avec les progrès de la guérison, s'en tenir à un traitement palliatif, que de poursuivre une guérison aussi dangereuse. — C'est certainement là une des plus grandes difficultés que le médecin puisse rencontrer dans la pratique. Ce sera avoir fait déjà quelque chose que de la signaler.

Deux nouveaux cas de croup guéris par le cathétérisme et la cautérisation du larynx (méthode de M. Loiseau.)

Nous recevons de notre confrère M. Loiseau (de Montmartre) la communication suivante, à laquelle nous nous empressons de donner place dans cette *Revue*, où il a été déjà plusieurs fois question des heureux résultats de la méthode du cathétérisme du larynx dans le traitement du croup. Il s'agit, en effet, de deux nouveaux cas de croups traités avec succès par cette méthode ; l'un de ces deux cas a été traité par M. Loiseau lui-même, concurremment avec M. le docteur Streibel; le second appartient à M. le docteur Maurel (de Montmartre), qui le lui a communiqué.

Voici ces deux observations :

Auguste O..., de Montmartre, âgé de trois ans, a été pris, le 25 janvier dernier, de fièvre, d'inappétence, d'un léger mal de gorge, et d'une toux rauque qui a promptement pris le caractère croupal.

Le 31, la respiration est déjà sifflante, l'aphonie complète, la toux croupale intense.

L'examen de la gorge fait voir d'épaisses fausses membranes sur les amygdales; le voile du palais et l'arrière-gorge, toutes ces parties saignent au plus léger contact; les ganglions sous-maxillaires sont engorgés des deux côtés.

Un premier cathétérisme est immédiatement pratiqué avec instillation d'une solution concentrée de tannin; un épais lambeau de fausses membranes est extrait, et à l'instant la respiration cesse d'être sifflante. On prescrit les instillations de tannin dans la gorge alternées avec les instillations d'alun, le plus souvent possible, mais à la condition toutefois d'en cesser l'emploi environ deux heures après chaque repas. On prescrit, en outre, l'usage du vin, des bouillons et consommés.

Le lendemain, on s'aperçoit que les fosses nasales sont envahies. Les injections, immédiatement pratiquées avec la solution de tannin, en font sortir une très-grande quantité de matière d'un aspect crémeux. Ces injections sont continuées concurremment avec les instillations dans la gorge.

Le troisième jour, la respiration étant de nouveau redevenue sifflante, on pratique un nouveau cathétérisme, en même temps qu'une instillation de tannin dans les voies aériennes. Quoiqu'une nouvelle portion de fausses membranes soit encore extraite, la respiration reste sifflante une grande partie de la journée. Enfin, après l'expulsion de nombreux lambeaux de fausses membranes, elle redevient plus libre.

Le quatrième jour, la respiration étant redevenue plus sifflante que jamais, un troisième cathétérisme est pratiqué en même temps qu'une instillation avec la solution de nitrate d'argent.

L'état des fosses nasales ne paraissant nullement s'améliorer, on y injecte également de la même solution.

Cet état reste stationnaire jusqu'au huitième jour; on conti-

nue avec persévérance les instillations faites alternativement avec le tannin et l'alun dans la gorge, ainsi que dans les fosses nasales; on fait prendre au petit malade la plus grande quantité de lait, vin ou bouillon, qu'il peut supporter.

Le neuvième jour, la respiration étant devenue de nouveau plus embarrassée, on pratique encore le cathétérisme, ainsi qu'une nouvelle instillation de tannin dans les voies aériennes; les instillations dans la gorge et les fosses nasales sont plus multipliées pendant toute la journée.

Le soir, l'enfant est très-abattu, mais sa respiration est parfaitement libre. A partir de ce moment, il n'a plus conservé qu'un peu de toux et d'aphonie; et aujourd'hui, vingtième jour de la maladie, il a repris à peu près son état ordinaire.

— L'observation communiquée par M. le docteur Maurel, de Montmartre, a trait à un enfant de cinq ans, qui a été pris le 24 décembre 1858, sans aucune cause connue, de malaise et de fièvre.

Le 25, on constate de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, une rougeur vive de tout le pharynx, et quelques points blanchâtres sur les deux amygdales. L'appétit est diminué, il y a un peu de toux sans caractère particulier. M. Maurel fait faire des insufflations de poudre d'alun dans la gorge, prescrit un vomitif, du lait et des potages.

Le 26, la fièvre persiste, l'enfant se plaint de mal de gorge, sans discontinuer toutefois ses jeux; les deux amygdales sont en grande partie recouvertes de fausses membranes, et l'engorgement ganglionnaire a augmenté; la toux persiste sans caractère particulier; cautérisation énergique avec le crayon de nitrate d'argent; vomitif après la cautérisation et continuation des insufflations de poudre d'alun alternées avec le tannin.

Le 27, la toux a pris un timbre rauque, et la voix est enrouée; l'inspiration est sifflante, des fausses membranes recouvrent les amygdales et les piliers postérieurs; agitation et inappétence. M. Maurel pratique sans grande difficulté le cathétérisme du larynx d'après le procédé de M. Loiseau, et il fait verser dans le tube 20 gouttes d'une solution de nitrate d'argent au quart. Cette opération est suivie d'une quinte de toux et de l'expulsion de quelques crachats muqueux. On continue les insufflations, auxquelles on ajoute le chlorate de potasse.

Le 28, la toux est rauque et la voix presque éteinte: la respiration est accélérée et sifflante. La nuit a été agitée, la fièvre est plus vive. Nouvelle cautérisation du larynx. On retire par les yeux du tube plusieurs débris de fausses membranes. Cette opération est renouvelée dans la journée, et amène l'expulsion par les efforts de toux de plusieurs fausses membranes de 2 ou 3 millimètres de diamètre. On en retire de plus volumineuses par les yeux du tube. On continue les insufflations et le chlorate de potasse.

Le 20, la toux est toujours rauque; la voix s'entend à distance, surtout lorsque l'enfant demande à manger, mais elle est enrouée. Les fausses membranes du pharynx se détachent, la gaieté revient. On cesse les cautérisations du larynx pour ne donner que le chlorate de potasse et faire quatre insufflations par jour.

Le 30, le mieux persiste, la respiration n'est plus sifflante; la voix est toujours un peu enrouée et la toux rauque. La nuit a été calme, et l'enfant a mangé plusieurs potages.

Le 31, la respiration est de nouveau accélérée; l'inspiration bruyante et la voix éteinte. La nuit a été très-agitée; l'enfant est maussade et refuse les aliments; la toux est très-fréquente et très-rauque; les crachats sont abondants. M. Maurel fait dans la journée deux nouvelles cautérisations du larynx avec la même solution. Il retire chaque fois des yeux du tube des débris de fausses membranes. Un vomitif avait été donné dans la nuit; on en prescrit un second dans la journée.

Le 1er janvier, il y a un mieux très-prononcé: plus d'oppression; la respiration est calme, mais la toux est toujours rauque et la voix enrouée; on renouvelle la cautérisation et le vomitif, de nouvelles fausses membranes sont retirées; l'enfant reprend ses jeux; le soir l'oppression reparait quelques instants, mais la nuit est très-calme.

A partir de ce jour, l'amélioration continue, la toux rauque disparait, mais la voix ne cesse d'être enrouée que le 8 janvier. Enfin la guérison est complète le 15 janvier.

— Ces deux observations mettent, ce nous semble, en évidence les bons effets du cathétérisme et de la cautérisation du larynx. La seconde présente surtout cela de remarquable que les accidents après avoir cessé reparaissent deux jours après la cessation de ce mode de traitement; on ne peut donc pas faire honneur de cette guérison aux moyens médicaux, puisqu'ils n'ont pas été discontinués et qu'ils n'ont pas empêché une recrudescence du mal.

Dans tous les cas où il lui a été donné d'employer ce moyen, dit M. Maurel, il l'a toujours vu diminuer l'oppression, mais il pense qu'il faut y revenir souvent et plusieurs fois par jour. Chez une enfant de cinq ans, qui avait une laryngite pseudo-membraneuse datant de quatre jours, il a vu ces cautérisations répétées quatre fois en deux jours amener une telle amélioration, qu'il crut à une guérison; malheureusement cédant aux instances de la famille, qui redoutait cette opération à cause de l'énergique résistance de l'enfant, il les cessa pendant deux jours: mais les accidents reparurent avec plus d'intensité qu'auparavant, et il fut obligé de pratiquer la trachéotomie.

Enfin, les faits dont M. Maurel a été témoin l'ont convaincu qu'avec ce moyen on pourra le plus souvent arrêter les progrès du mal, si toutefois on l'emploie avant que l'oppression soit devenue considérable, auquel cas aucun moyen, à l'exception de la trachéotomie, n'offre de chances de succès. Ajoutons que ces faits ont été recueillis à un moment où l'épidémie de diphthérite régnait avec une extrême gravité.

Ces deux cas, réunis aux vingt-huit que M. Loiseau a publiés l'année dernière, forment un total de trente guérisons, auxquelles le cathétérisme du larynx a plus ou moins concouru.

D'un autre côté, nous avons reçu d'autres communications dans lesquelles on apprend que ce moyen a échoué. Comme il est utile que les revers et les succès soient également mis dans la balance, nous réunirons ici tous les documents, favorables ou non, qui nous paraîtront susceptibles d'aider à l'appréciation des services qu'on peut attendre de cette méthode.

Castration pour la guérison de l'épilepsie.

Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié ce malheureux Américain épileptique, dont nous les avons entretenus plusieurs fois, passé de blanc qu'il était à l'état de noir par l'usage intérieur du nitrate d'argent, et qui, après avoir épuisé les soins et les conseils des médecins les plus en renom du nouveau monde, est venu sur notre continent épuiser sans plus de succès toutes les médications connues. On n'apprendra pas sans un compatissant intérêt à quelles extrémités peut se résigner un homme en proie à une aussi terrible affection et décidé à s'en débarrasser à tout prix. Voici, d'après une traduction du *Medical Times and Gazette*, communiquée par M. Lélut à la *Gazette médicale* de Paris, la relation de la nouvelle péripétie survenue dans cette triste existence, qui semble défier sans relâche la puissance de notre art.

« Nos lecteurs de Londres, dit l'article en question, ont sans doute entendu parler d'un homme d'âge moyen, qui a fait le voyage d'Amérique en Angleterre, pour s'y faire traiter de l'épilepsie, et qui par suite d'un traitement antérieur, offre un remarquable exemple de coloration noire due à l'emploi du nitrate d'argent.

» Il avait pour but, en traversant l'Atlantique, de se faire traiter de son épilepsie, soit par la trachéotomie, soit surtout, s'il trouvait un chirurgien qui voulût l'entreprendre, en se faisant enlever les deux testicules, sa maladie, dans son idée, ayant pour point de départ ces organes. *Nota bene* : il est veuf. Il en est venu à ses fins: M. Holthouse, de l'hôpital de Westminster, l'a complétement châtré il y a une quinzaine de jours. Naturellement, continue le rédacteur, les avis pourront varier sur la *justifiabilité* d'une pareille opération; mais au moins conviendra-t-on que c'est là une intéressante occasion d'étudier les effets de l'emploi d'un moyen aussi radical. »

C'est là, comme le dit le savant correspondant de la *Gazette médicale*, de la haute fantaisie, en même temps que de la haute chirurgie. Il est douteux qu'il se fût trouvé en France un seul chirurgien, même parmi les plus hardis et les plus *démangés* à l'endroit du bistouri, qui eût consenti à pratiquer une semblable opération, sans autre donnée justificative que l'*idée* que s'est faite le malade d'une relation entre sa maladie et ses organes génitaux. Maintenant que l'épreuve est faite, il faut en attendre le résultat, mais comme on attend les effets du hasard; car il est fort à craindre, comme le dit encore M. Lélut, dont tout le monde connaît la compétence en cette matière, qu'après avoir successivement changé de couleur et de sexe, ce malheureux, passé aujourd'hui à l'état d'eunuque complet, — eunuque noir, — n'en soit pas plus avancé, et qu'il n'en reste ni plus ni moins épileptique.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Perrin.

Fistule pulmonaire cutanée suivie de guérison.

Au n° 49 de la salle 20 se trouve couché un jeune homme, nommé Binet, âgé de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle. Pas de phthisique ni de scrofuleux dans la famille de ce jeune homme. Santé parfaite avant son incorporation. Depuis trois ans qu'il sert au 4e régiment de hussards, il n'a jamais été malade, et surtout il n'a jamais eu à se plaindre de l'état de sa poitrine.

Au mois de février ou mars 1858, Binet, à la suite d'un refroidissement, contracte une bronchite aiguë, qui disparaît complétement après une durée de quarante-cinq jours.

Deux mois après, il lui survient, sans cause appréciable, un gonflement diffus occupant tout le côté gauche de la poitrine, mais sensible surtout au niveau du quatrième espace intercostal. Toutefois, ne se trouvant nullement gêné, il continue son service, et c'est un mois plus tard seulement que la persistance du gonflement le décide à entrer à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, d'où on l'évacue, quelques jours après son entrée, sur l'hôpital du Val-de-Grâce. A ce moment la tuméfaction est toujours indolente, sans changement de couleur à la peau, sans retentissement du côté de la poitrine.

Une collection liquide ne tarde pas à se manifester. M. Legouest, dans le service duquel le malade est placé, fait, à la date du 24 juillet, une ponction qui donne issue à une grande quantité de pus phlegmoneux, strié de sang, mais ne contenant aucune bulle de gaz. L'état de la poitrine reste toujours très-satisfaisant; il n'existe ni point pleurétique, ni épanchement, ni toux, ni expectoration, rien, en un mot, qui révèle quelque travail pathologique du côté du poumon.

L'ouverture de l'abcès reste fistuleuse, et donne issue à une petite quantité de pus séreux de temps à autre surchargé de grumeaux albumineux. — Cautérisations ponctuées sur les parties malades pendant tout le mois de septembre.

Au mois d'octobre, on essaye de tarir la fistule à l'aide d'injections iodées: rien de particulier n'est observé pendant cette période du traitement.

Au commencement du mois de novembre, le malade est évacué dans mon service dans l'état suivant: La santé générale paraît florissante; toutes les fonctions s'exécutent régulièrement, et la nutrition ne laisse rien à désirer. Il n'y a notamment ni signe physique ni signe rationnel d'affection pulmonaire. Le long du bord gauche du sternum et à la hauteur du quatrième espace intercostal, il existe un pertuis placé au centre d'un petit ulcère arrondi, à fond grisâtre, à bords minces, et d'un violet foncé. La pression sur le côté gauche du thorax fait sourdre par ce pertuis quelques gouttes d'un liquide séreux, transparent. Un stylet introduit par cet orifice pénètre sans effort à une profondeur de dix centimètres, en suivant la direction d'une ligne qui, partant du point le plus antérieur du quatrième espace intercostal, se dirigerait vers l'articulation scapulo-humérale correspondante. Les parois de ce long trajet anfractueux sont résistantes et comme fibro-cartilagineuses; en aucun point l'instrument ne rencontre de surface osseuse dénudée: autant qu'il est possible d'en juger par le toucher médiat, le stylet glisse entre la face externe des côtes et la face profonde du muscle grand pectoral. La cage thoracique, vue dans son ensemble, offre du côté gauche un empâtement indolent qui masque les quatre premiers espaces intercostaux, gêne l'action isolée des côtes, et fait que la poitrine se meut tout d'une pièce de ce côté dans les mouvements de la respiration. Aucun trouble dans les fonctions du poumon. Le diagnostic porté fut: *Fistule thoracique consécutive à une ostéite, siégeant, suivant toute probabilité, à la face interne d'une ou de plusieurs côtes.*

Après quelques jours d'observation, pendant lesquels la fistule fournit régulièrement la même quantité de pus séreux, je voulus continuer le traitement par les injections iodées. La première injection fut faite par l'aide-major stagiaire de service, avec les précautions usuelles: deux grammes à peine de liquide avaient pénétré dans la fistule, lorsque le malade ressentit soudainement une vive sensation de brûlure, s'irradiant dans tout l'arbre bronchique, et rendit dans un effort de toux le liquide injecté mélangé à du mucus bronchique. Il n'y eut aucun doute à cet égard, car la teinture d'iode était parfaitement reconnaissable à sa couleur, son odeur et sa réaction caractéristique avec l'amidon cuit. Je répétai l'expérience à diverses reprises en présence de plusieurs de mes collègues du Val-de-Grâce, mais alors avec de l'eau colorée seulement, et toujours le résultat fut le même: le malade indiquait très-bien lui-même, par la sensation qu'il éprouvait, le moment précis où le liquide arrivait dans les bronches.

Un fistule pulmonaire m'étant ainsi révélée, j'explorai de nouveau et avec le plus grand soin l'état de la poitrine. Pendant les deux jours qui suivirent la première injection, il y eut une légère irritation des bronches accusée par quelques râles disséminés, quelques crachats spumeux et une sensation d'ardeur à la gorge; mais ce petit orage purement traumatique passé, la respiration redevient pure, le murmure vésiculaire s'entend partout sans rudesse ni expiration prolongée; il n'existe ni frottement pleural, ni râle, ni gargouillement au niveau de la fistule; la percussion fait constater une légère matité à la région thoracique antérieure gauche et seulement dans les points qui correspondent à l'engorgement des parties molles; partout ailleurs, et notamment à la partie inférieure du poumon gauche, la résonnance est normale. Il n'y a d'ailleurs ni douleur thoracique, ni toux, ni expectoration, ni fièvre, ni dépérissement. Une nouvelle exploration pratiquée par M. Michel Lévy, qui voulut bien, à ma prière, examiner le malade, amena le même résultat négatif, et mit hors de doute l'intégrité des organes de la respiration. Il n'existait au niveau de la fistule aucun sifflement pendant les mouvements de la respiration, et l'expiration en particulier restait sans influence sur la flamme d'une petite bougie disposée au niveau de l'orifice externe de la fistule.

Le traitement fut des plus simples: un régime tonique et l'usage simultané de l'huile de foie de morue et de l'iodure de potassium.

Au 15 décembre, c'est-à-dire quarante-cinq jours après la manifestation de la fistule pulmonaire, sans aucun phénomène digne d'être noté, le trajet fistuleux était complétement oblitéré, et n'était plus accusé que par son orifice externe fermé à l'aide d'une pellicule cicatricielle protégée par une croûte jaunâtre.

Depuis cette époque jusqu'à ce jour (23 février 1859), la guérison ne s'est pas démentie, l'engorgement des parties molles est notablement diminué; la respiration est toujours pure, irréprochable, comme on peut s'en assurer; toutes les fonctions s'exécutent bien, et la santé en un mot est parfaite.

Sur sa demande réitérée, cet homme va sortir de l'hôpital; mais je serai à même de savoir et conséquemment de dire à la Société, si elle le juge convenable, si la guérison est définitive.

Réflexions. — Je me bornerai à émettre sous forme de propositions les enseignements qui découlent de ce fait, me réservant de les développer bientôt dans un mémoire que je prépare sur les fistules thoraciques en général.

1° La fistule pulmonaire cutanée peut exceptionnellement exister sans affection pulmonaire appréciable, antérieure ni concomitante.

2° La fistule dont nous relatons l'histoire ne peut être davantage rattachée à l'existence d'une pleurite purulente circonscrite, d'un kyste ouvert à la fois dans les bronches et au dehors. L'absence constante de signes physiques spéciaux à la pleurite et à l'hydro-pneumothorax, l'absence d'expectoration et surtout d'expectoration purulente, la quantité et la qualité des produits de sécrétion de la fistule, l'absence constante de toute réaction générale, mettent cette proposition hors de doute.

3° En dehors de ces deux conditions étiologiques, toute idée de traumatisme écartée, la fistule pulmonaire cutanée doit se présenter à l'esprit comme un des accidents possibles et peut-être relativement fréquents d'un travail phlegmasique, ayant pour siége les parois thoraciques et souvent la face interne des côtes.

4° Par suite d'une certaine disposition organique de l'orifice interne de la fistule ou de son trajet, le signe pathognomonique de la fistule

pulmonaire cutanée, c'est-à-dire la sortie appréciable de l'air par la fistule pendant l'expiration, peut faire défaut.

DE L'ALBUMINURIE EN GÉNÉRAL,

et plus spécialement pendant la grossesse. — De l'éclampsie. — De l'accouchement provoqué comme moyen de suspendre les convulsions éclamptiques.

Par M. le docteur MATTEI.

Un des correspondants de la *Gazette des Hôpitaux*, M. le docteur Hamon (de Fresnay), m'a fait l'honneur de m'adresser, il y a quelques semaines, un travail important sur l'albuminurie, l'éclampsie et l'accouchement prématuré, en me demandant mon avis sur ces divers sujets. Ce travail étant trop long pour être publié *in extenso*, je vais en donner une analyse succincte, en insistant plus spécialement sur ce qui a trait à l'accouchement prématuré qu'il a provoqué avec succès pour s'opposer aux accidents de l'albuminurie.

M. Hamon a été favorisé pour l'étude de cette maladie, car les cas qu'il a observés sont nombreux, et, il faut le dire à sa louange, il les a mis à profit. Pour faire des observations exactes, il a construit un albuminomètre, qu'il serait bon de vulgariser, afin que les expériences de tous les praticiens pussent être comparées (1).

Quant à la constatation des divers phénomènes de l'albuminurie, notre confrère, après avoir confirmé ce qu'on a déjà observé (infiltration, amaurose, convulsions), a rapporté plusieurs cas où les malades sont morts à la suite d'une congestion pulmonaire séreuse, arrivée tantôt presque dès le début de l'albuminurie et d'une manière inopinée, tantôt après les phénomènes précédents. Un autre signe, qui n'est pas commun, et qu'il a eu occasion d'observer dans l'albuminurie aiguë, c'est le ténesme vésical et la fréquence de la miction urinaire. Relativement à la thérapeutique, notre confrère n'est pas malheureusement plus avancé que nous tous, et si dans quelques cas désespérés il a réussi, il n'est pas certain de pouvoir s'attribuer le succès. Mais j'arrive à l'albuminurie de la grossesse et à l'accouchement prématuré comme moyen d'arrêter l'éclampsie.

M. Hamon convient que l'albuminurie a lieu assez fréquemment dans le cours de la grossesse sans produire d'accidents marqués; mais, dit-il, si le travail même de l'accouchement s'achève sans convulsions, la malade n'est pas pour cela à l'abri de ces phénomènes même plusieurs jours après la délivrance.

Enfin, il fait tout au long la narration d'un cas où la femme, déjà prédisposée à l'albuminurie dans les grossesses antérieures, fut prise de cette maladie au cinquième mois de la troisième gestation. Elle était dans les convulsions lorsque notre confrère fut appelé auprès d'elle. Malgré l'état de faiblesse et d'infiltration générale où elle se trouvait, M. Hamon fit une saignée, appliqua des sangsues, fit des mouchetures, donna du bicarbonate de soude, et déploya, en un mot, d'une manière énergique, le traitement ordinaire, mais sans y avoir beaucoup de confiance. Il prédit même à la famille qu'il faudrait en venir à l'accouchement prématuré. Avec ce traitement, cependant, les convulsions cessèrent bientôt.

On se réjouissait du résultat, lorsqu'au bout de deux jours la malade fut prise d'un œdème pulmonaire qui menaçait de l'enlever promptement si on n'y remédiait pas. Ce fut alors que M. Hamon pratiqua l'accouchement prématuré par le moyen des douches vaginales, et la malade est guérie. Parmi les adjuvants qui ont contribué au rétablissement de cette femme, je vois le perchlorure de fer, qui me paraît être le plus apte à la condensation des principes plastiques du sang, qui sont ici allongés par la sérosité en excès.

Voici en peu de mots les faits principaux dont il est question dans le mémoire de M. Hamon :

Le rapprochement que notre confrère, après d'autres, a fait de l'albuminurie dans la maladie de Bright et dans la grossesse, mérite de nous arrêter tout d'abord. Il est désormais reconnu que l'albuminurie est un symptôme pouvant se montrer dans plusieurs états morbides, et qu'elle n'est pas elle-même une véritable maladie; mais pour rester dans un sujet circonscrit, je ne parlerai que de l'albuminurie de la grossesse.

Lorsque pendant la gestation il n'y a pas en même temps une véritable maladie de Bright, les reins, quoique ayant donné de l'albumine, n'offrent guère de lésion anatomique appréciable : rarement on y trouve même de l'hyperémie bien marquée. Pourquoi cela?

Je crois que ce fait, expliqué en vain par la pression de l'utérus sur les reins, est le résultat des connexions vasculaires et nerveuses qui existent entre ces organes et les annexes de l'utérus; de manière que ce dernier ne peut avoir un surcroît de vitalité et de circulation, sans que ce surcroît soit partagé par les reins. Ces organes, dans ce cas, laissent passer les principes qui sont en suspension dans le sang (sérosité, sels, albumine, sucre), beaucoup plus facilement que dans l'état normal.

Ce fait est tout à fait différent de la congestion rénale résultat de la néphrite, ou de la congestion résultat d'une brusque perturbation de la transpiration cutanée que les reins sont obligés de remplacer (refroidissement brusque, fièvres éruptives, maladies étendues de la peau).

L'augmentation de l'urine, l'albuminurie et le diabète dans la grossesse, sont par conséquent l'exagération de la sécrétion normale des reins, et plus l'utérus sera congestionné, plus l'albuminurie sera prononcée. Ce fait n'est pas une pure supposition. Les femmes des villes, qui, par les corsets, la vie sédentaire, et par l'exaltation intellectuelle, entretiennent une plus grande congestion dans l'utérus, sont aussi celles qui ont le plus souvent de l'albuminurie dans le cours de la grossesse et de l'éclampsie.

Le contraire a lieu à la campagne, où le soleil, l'exercice, les vêtements, éloignent le sang de l'utérus pour le porter ailleurs; aussi l'albuminurie et l'éclampsie sont plus rares. Qu'on dégorge donc l'utérus chez la femme de la ville par l'abandon des corsets, l'exercice, la friction des membres, les bains sulfureux, et l'on éloignera ces accidents morbides.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 124, 1858.

Quant aux convulsions puerpérales, on a eu tort de mettre pour ainsi dire sur la même ligne celles qui arrivent :

1° Pendant la grossesse;

2° Durant le travail ou peu d'heures après;

3° Celles qui ont lieu plusieurs jours après la délivrance.

Dans ce dernier cas, les convulsions sont presque toujours le résultat d'imprudences, d'émotions vives, ou d'une véritable maladie de Bright.

Lorsque, au contraire, les convulsions arrivent pendant le travail d'un accouchement à terme, elles sont presque toujours le résultat de la souffrance outrée de la femme. Si, comme je l'ai fait, on se donne la peine de faire des statistiques, on verra que l'éclampsie dans la grossesse à terme n'a presque jamais éclaté lorsque le vrai travail a duré seulement trois ou quatre heures, à moins que la malade n'y fût fortement prédisposée par un excès de sensibilité ou une albuminurie très-prononcée; tandis que dans plusieurs cas de travail pénible, l'éclampsie est arrivée même sans qu'on ait trouvé un atome d'albumine dans les urines. Je connais des faits de ce genre. Si on veut donc avoir rarement l'éclampsie dans le cours du travail, il faut intervenir plus promptement qu'on ne le fait. J'arrive à l'éclampsie de la grossesse.

Peut-on conjurer les convulsions par des moyens thérapeutiques? J'ai déjà parlé de l'hygiène. Lorsque l'albuminurie est déclarée et qu'il y a infiltration, céphalalgie, trouble de la vision, douleur épigastrique, etc., il est souvent encore possible de conjurer les convulsions. Les purgatifs, les diurétiques et les sudorifiques, sont utiles pour cet effet; enfin, les toniques et les ferrugineux. Que faire cependant lorsque les convulsions éclatent?

Je ne parlerai pas de l'espoir qu'on peut avoir de guérir les convulsions et de voir la grossesse aller jusqu'à terme, en conservant surtout la vie de l'enfant. Je ne connais que deux cas où l'on a obtenu ce résultat; l'un appartient à M. Piedagnel : il a été obtenu par le chloroforme; l'autre appartient à M. Duysberg : il a été obtenu par les galvano-mouchetures sur le dos et le bas-ventre. J'ai vu dans ma pratique la suspension des convulsions chez une femme enceinte de six mois et demi, et l'enfant déjà mort est venu au bout d'un mois. On doit donc tenter ces moyens ou d'autres, tels que le sulfate de quinine, la respiration artificielle pendant l'attaque, l'opium à haute dose, mais avec peu de confiance dans le succès. Que faire alors? C'est ici que diffèrent les opinions.

Faut-il provoquer le travail de l'accouchement dès que les convulsions éclatent, ou bien faut-il attendre, et intervenir tout au plus lorsque ce travail est très-avancé?

Quelques accoucheurs, M. Dubois surtout, sont de ce dernier avis, et leurs arguments sont :

1° Que la nature pendant les convulsions opère le travail;

2° Que la vie du fœtus est toujours plus ou moins compromise;

3° Que la provocation du travail, surtout si on opère l'accouchement forcé, augmente l'excitation cérébro-spinale au lieu de la diminuer;

4° Que des femmes accouchées artificiellement pendant les attaques en sont mortes.

On peut répondre :

1° Que la nature en opérant le travail nous donne le bon exemple, et déjà il est arrivé que l'accouchement spontané a suffi pour soulager la femme. Mais quelle n'est pas la conséquence d'une pareille pratique!

Le danger pour la vie de la femme est en raison du nombre et de la force des attaques.

2° La vie de l'enfant se ressent, il est vrai, de l'albuminurie de la mère, mais il n'est pas moins vrai que plusieurs enfants sont sortis vivants d'un pareil danger; or on a d'autant plus de chances de les perdre qu'on abandonne le travail aux simples efforts de la nature, efforts qui sont lents et incertains.

3° Quant à dire que la provocation du travail augmente l'excitation cérébro-spinale, ceci paraît être vrai en théorie, mais n'est pas confirmé par la pratique. Je connais déjà, pour mon compte, dix-huit cas dans lesquels la provocation de l'accouchement, opérée tantôt par les douches, tantôt par la dilatation artificielle du col ou le débridement, a permis de conserver la vie aux femmes; tandis que, de l'avis de tous les accoucheurs du commencement de ce siècle, l'éclampsie emporte au moins la moitié des malades qu'elle atteint. Si l'on faisait des statistiques, on verrait même que l'éclampsie pendant la grossesse est encore plus funeste que lorsqu'elle a lieu dans le cours du travail à terme.

4° Quant aux cas de mort que l'on cite, et je n'en connais que deux, dont un appartient à M. Dubois, on ne peut pas dire précisément si le retard de l'intervention ou une autre cause plutôt que l'intervention elle-même n'ont pas été la cause du résultat fâcheux. Ce nombre, du reste, ne peut pas être comparé à celui où l'accouchement prématuré a permis de sauver la vie de la mère, et quelquefois même celle de l'enfant.

Voici, à ce propos, le résumé d'un cas très-concluant qui vient de se passer il y a peu de jours dans ma pratique.

Mme D. L..., native du Cantal, habitant Paris, place Louis-le-Grand, 5, âgée de vingt-cinq ans, tempérament lymphatico-sanguin, constitution bonne, jamais malade. Réglée à quatorze ans, mariée à seize; deux grossesses consécutives sans accidents. Jusque-là elle avait habité la campagne. Ce n'est que depuis un an et demi qu'elle est à Paris.

Grossesse actuelle. — Elle ne peut pas préciser l'époque à laquelle elle a eu ses dernières règles. Pas de symptômes morbides; elle a seulement remarqué que cette fois elle était plus pâle que dans ses grossesses précédentes; elle a eu des pertes blanches, phénomène qu'elle n'avait jamais éprouvé à la campagne. Le séjour de Paris, la vie oisive qu'elle mène et le logement obscur qu'elle habite expliquent cet état.

D'après ses calculs approximatifs, elle aurait dû accoucher dans le cours de février 1859; mais vers le milieu de décembre 1858 elle s'est sentie plus faible que d'ordinaire, et dans les journées des 25 et 26 de ce mois elle a été prise d'une douleur si forte à la tête qu'elle n'a pas pu dormir pendant deux nuits. Elle avait en même temps un poids douloureux à l'épigastre, et de l'infiltration, quoique peu prononcée, au visage et aux extrémités.

Dans la nuit du 27 au 28, la douleur de tête a été encore plus vive, et à une heure après minuit cette femme a commencé à avoir des convulsions. Son mari a cru tout d'abord à des phénomènes nerveux passagers, comme beaucoup de femmes en ont; mais les convulsions s'étant répétées sans que la femme ait repris connaissance, on m'a fait appeler à huit heures du matin.

Je trouve une femme dont le volume du ventre indique sept mois environ de grossesse. Elle est dans un état comateux; cependant, lorsque je veux pratiquer le toucher vaginal pour m'assurer s'il y a un peu de travail commencé, elle a l'air de repousser cette exploration avec la main.

Le col est en arrière, conservant encore toute sa longueur, mais mou et assez entr'ouvert pour que je puisse arriver à bien toucher les membranes. Il y a une présentation du sommet. Je sonde la femme, et par l'acide nitrique j'obtiens un précipité abondant d'albumine dans les urines.

Je commence par essayer les moyens ordinaires : saignée du bras, huile de croton tiglium, 4 gouttes; sinapismes aux jambes et eau froide sur le front; mais ces moyens n'empêchent pas les attaques d'arriver, comme auparavant, environ toutes les demi-heures, et d'être très-violentes. Dans celles qu'elle a eues en ma présence, j'ai abrégé le temps de l'asphyxie par la respiration artificielle pendant et immédiatement après l'attaque, moyen qui m'a réussi à merveille dans une autre occasion (*France méd.*, 12 sept. 1857); mais les attaques n'en ont pas moins continué; aussi, quoique la viabilité de l'enfant soit peu probable, je propose au mari de faire l'accouchement prématuré artificiel. La maladie s'aggravant promptement, la vie de la mère exige un secours immédiat.

C'est à midi que je commence l'opération; mais comment la pratiquer? Les douches m'ont paru être trop longues, car il fallait les répéter, tenir la malade pendant plusieurs heures, qui sait même? pendant toute la journée et le lendemain sur le bord du lit; aussi me suis-je décidé pour la dilatation manuelle du col.

Ce moyen, qui a été pratiqué depuis les premiers temps de la Grèce, d'après Hippocrate, est un peu violent, il est vrai, mais pas autant qu'on le croit, lorsqu'il est méthodiquement fait.

J'ai d'abord introduit un doigt, puis deux, trois, puis j'ai dilaté le col en appuyant sur ses bords; et, chose digne de remarque, la femme, pendant ce temps, ne montrait ni sensibilité ni convulsions. Lorsque la dilatation a été grande comme une pièce de cinq francs, j'ai senti l'utérus commencer à se contracter, et alors j'ai rompu les membranes. J'ai continué mes manœuvres, me proposant d'appliquer le forceps, mais la tête était si mobile que j'ai craint de la voir glisser; aussi j'ai préféré la version pelvienne. L'enfant étant en position occipito-iliaque droite postérieure, j'ai trouvé promptement une jambe en avant : c'était la jambe gauche.

Après avoir fait descendre le membre dans l'excavation, je suis allé à la recherche du bassin de l'enfant. Le tronc descendu et les bras abaissés, il ne restait plus que la tête. Mais ici encore, au lieu de faire des tractions qui sont souvent meurtrières, j'ai glissé ma main entre la concavité sacro-coccygienne de la mère et la tête de l'enfant, et j'ai poussé cette tête au dehors. L'enfant, quoique grêle, est cependant vivant.

L'opération, tout compris, a duré quarante minutes. Pendant ce temps, la femme n'a eu qu'une attaque à l'heure ordinaire à laquelle elle devait l'avoir, et elle a été peu violente. La délivrance opérée, la femme a été remise au lit, et depuis ce moment elle n'a plus eu que deux faibles accès convulsifs. L'état comateux est allé en diminuant, et deux jours après la malade avait entièrement repris sa connaissance. Ici, comme dans presque tous les cas de ce genre, la malade n'avait conservé aucun souvenir des circonstances qui avaient précédé ou accompagné l'accouchement.

L'enfant, quoique ayant bien respiré, pleuré et même avalé des liquides, s'est affaissé lentement, et il est mort au bout de quatorze heures. S'il eût été plus développé (long., 0m,37) ou tout au moins mieux portant, il aurait peut-être vécu, mais il était très-maigre et assurément maladif.

Le reste des suites de couches n'a rien offert de particulier pour la mère; l'utérus est revenu sur lui-même, et, pour mieux en assurer le retrait, j'ai donné à la malade deux grammes d'ergot de seigle le lendemain de l'opération.

Voilà donc un accouchement fait par le travail forcé, comme on l'appelle, et qui loin de renforcer les attaques, les éloigne et les suspend.

On propose les dérivatifs, la ventouse Junot, la compression des carotides; mais quel est le dérivatif plus puissant que la déplétion de l'utérus et de la cavité abdominale?

On emploie avec succès les saignées; mais quelle est la saignée qui peut remplacer le décollement du placenta?

Le travail de l'accouchement fait même plus, il attaque la cause dans sa racine, il fait cesser la congestion rénale en faisant cesser la congestion utérine, il fait cesser la sympathie pathologique du cerveau avec la matrice en arrêtant le surcroît d'activité vitale de cet organe.

Enfin l'accouchement prématuré laisse souvent l'espoir de sauver l'enfant.

Ces arguments et autres que je néglige, me paraissent assez puissants pour démontrer que l'on doit pratiquer l'accouchement prématuré artificiel dans l'éclampsie dès que les moyens médicaux qu'on a conseillés n'arrêtent pas promptement les attaques. Attendre la délivrance spontanée, c'est exposer gravement la vie de la mère et perdre l'espoir de sauver l'enfant.

NOTE A PROPOS DE L'AMPUTATION TIBIO-TARSIENNE

et de l'amputation sous-astragalienne.

Par M. DOLBEAU.

Les érudits trouveront peut-être que cette note n'a pas sa raison d'être; elle n'est pas faite pour eux, mais pour les jeunes médecins qui consultent seulement les auteurs classiques sans remonter aux travaux originaux.

L'amputation tibio-tarsienne, remise en honneur par Baudens, comporte un assez grand nombre de procédés. Parmi ceux qui se partagent le choix des chirurgiens, nous trouvons celui attri-

bué à Syme, et celui de M. Jules Roux, de Toulon. Le procédé du professeur d'Edimbourg n'a donné lieu à aucune confusion; tous savent que le lambeau est constitué par les téguments du talon. Ce procédé est bien décrit dans les livres de M. Malgaigne et de M. Sédillot. Les élèves qui l'exécuteraient d'après les indications contenues dans le *Manuel* de M. Guérin arriveraient certainement à un mauvais résultat. Si nous arrivons au procédé de M. Jules Roux, alors commence la confusion; impossible de s'entendre. Je dirais presque : autant d'individus, autant de variantes dudit procédé. Il faut, du reste, excuser ceux qui confondent, et ici j'entends parler des élèves, car la confusion se retrouve même dans les livres classiques. Sous le nom de procédé de M. Jules Roux, M. Malgaigne, M. Sédillot, M. Guérin décrivent chacun un procédé tout différent. Je reviendrai sur la variante contenue dans le livre de M. Malgaigne. M. Sédillot décrit le procédé exactement comme il a été indiqué par M. Jules Roux dans les *Annales de thérapeutique* (1846). Quant à M. Guérin, il décrit, comme étant de M. Jules Roux, un procédé à lambeau interne tel que l'ont indiqué successivement Soupart et M. Sédillot. Il est donc évident que M. Guérin a établi ici une confusion regrettable.

Voici quel est exactement le procédé de M. J. Roux :

Soit un pied droit. Une première incision part de la partie la plus reculée de la face externe du calcanéum, se porte en avant, passe au-dessous de la malléole externe, puis en avant de l'article, à 1 centimètre, jusqu'à quelques millimètres au-devant de la malléole interne; de là elle gagne le bord interne du pied, et arrivée à la face plantaire, elle la traverse obliquement d'avant en arrière pour regagner le point de départ. Dans ce procédé le lambeau comporte donc la presque totalité de la peau du talon, tandis que dans le procédé de Soupart, il n'y a que le tiers ou la moitié interne des téguments du talon qui entre dans la formation du lambeau.

M. Malgaigne a un peu modifié, au moins dans le texte de son livre, le procédé de M. J. Roux. L'incision arrivée au bord interne du pied, au lieu de couper la plante du pied obliquement en arrière et en dehors, se porte transversalement du bord interne vers le bord externe du pied; elle est convexe en avant, et ce n'est que lorsqu'elle a atteint le bord externe du pied, qu'elle se porte obliquement en arrière pour se terminer à son origine. Pour qui a pratiqué souvent ces opérations, il est certain que le procédé tel que le décrit M. Malgaigne, est préférable à l'autre. On obtient ainsi pour le lambeau la totalité de la peau du talon.

Si de l'amputation tibio-tarsienne on passe à l'amputation sous-astragalienne, les procédés employés pour la première de ces opérations sont évidemment applicables à la deuxième. M. Verneuil a appliqué le procédé de M. J. Roux, il en est résulté que bien des personnes, et M. Malgaigne lui-même, ont fait honneur du procédé au savant agrégé de la Faculté. Il y a là une erreur; M. Verneuil n'a pas inventé de procédé, il a seulement fait la remarque que, contrairement à ce qu'avait dit M. Malgaigne, l'articulation sous-astragalienne était beaucoup plus facile à attaquer par la partie externe que par la partie interne. Cette remarque a beaucoup simplifié la manœuvre, et elle fait autant d'honneur à son auteur que l'invention d'un procédé.

M. Nélaton, qui a vulgarisé l'amputation sous-astragalienne, taille le lambeau avec une petite modification au procédé de M. Jules Roux ou de M. Verneuil. Cette modification est exactement la même pour l'amputation sous-astragalienne, que celle que M. Malgaigne a fait subir, sans s'en douter, au procédé de M. Jules Roux pour l'amputation tibio-tarsienne.

Voici comment M. Verneuil a décrit l'opération. L'incision commence en arrière, sur la face externe du calcanéum; elle se porte en avant à 2 centimètres en arrière et en dedans de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien; de là elle se porte transversalement en décrivant une convexité en avant, gagne la partie moyenne du 1er cunéiforme, et de là elle coupe la plante du pied obliquement de dedans en dehors et d'avant en arrière, pour rejoindre le point de départ.

La modification apportée par M. Nélaton est la suivante : Lorsque l'incision a atteint le bord interne du pied, il la conduit transversalement vers le bord externe, au niveau du tubercule du cinquième métatarsien, et alors seulement elle se porte en arrière, sur le côté externe du pied, pour regagner le point de départ.

En résumé, le procédé de M. Jules Roux, appliqué à l'amputation tibio-tarsienne comme à l'amputation sous-astragalienne, a subi, par suite de l'usage qui en a été fait, une modification assez importante qui ne diminue en rien le mérite de son auteur. Tel que M. Jules Roux l'exécute, l'incision qui taille le lambeau a la forme d'une raquette dont l'anse embrasse le bord interne du pied; avec la modification, c'est une raquette dont l'anse embrasse le pied en travers au niveau de l'articulation médio-tarsienne pour l'amputation de Baudens, au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne pour l'amputation sous-astragalienne. Dans les deux cas c'est le même lambeau, mais il est plus considérable quand l'astragale doit être conservé.

Il y a dans ce moment à l'hôpital des Cliniques, un malade qui a subi l'amputation sous-astragalienne par le procédé modifié, et l'on peut voir, après trois ans, que le résultat est des plus satisfaisants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 février 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine :

Le *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, 1859; in-8°.

Follin. *Leçons sur l'application de l'ophthalmoscope au diagnostic de l'œil*, recueillies par M. le docteur Doumic. Paris, 1859, in-8°.

Larrey. *Sur les perforations de la voûte palatine.* Paris, 1859, in-4°.

Roux fils (de Brignoles). *Des affections lépreuses dans les régions intertropicales.* Marseille, 1859, in-8°.

Eug. Dally. *Plan d'une thérapeutique par le mouvement fonctionnel.* Paris, 1859, in-4°.

— M. le docteur Collongues adresse un exemplaire de son travail intitulé : *Application de la dynamoscopie à la constatation des décès.* Paris, 1858, in-8°. M. Collongues joint à cet envoi celui d'un travail manuscrit ayant pour titre : *Observations dynamoscopiques prises pendant l'éthérisation, les vivisections et les opérations chirurgicales.* Une commission, composée de MM. Robert, Richet et Marjolin, est chargée de faire un rapport sur les travaux de M. Collongues.

— M. le docteur d'Olier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, candidat au titre de membre correspondant, adresse à l'appui de sa candidature un travail manuscrit intitulé : *Observations et réflexions sur un cas d'obstruction intestinale.* (Commissaires : MM. Gosselin, Huguier, Jarjavay.)

— M. le docteur Verjot, en adressant à la Société un exemplaire de sa thèse inaugurale *Sur le traitement par les caustiques de certaines tumeurs sujettes à récidive* (Paris, 1859, in-4°), écrit une lettre destinée à rectifier une erreur involontaire commise par lui à propos d'une des malades dont il a parlé. Cette femme, dont il est question à la page 82, n'est point guérie. Une récidive, constatée par M. Laugier, existe sous la cicatrice.

— MM. Huguier, Michon et Marjolin, juges d'un concours du Bureau central (médecine), écrivent pour demander un congé pendant la durée du concours. (Accordé.)

— M. Alph. Guérin demande un congé d'un mois pour cause de santé. (Accordé.)

— M. LARREY, à l'occasion de la correspondance, lit une observation adressée à la Société par M. le docteur Lbonneur, aide-major à l'hôpital militaire du Dey, à Alger. Cette observation a pour titre : *Disjonction des os maxillaires supérieurs avec enfoncement du maxillaire droit; fracture au niveau de la symphyse du maxillaire inférieur.* (Commissaire : M. Morel-Lavallée.)

Anévrysme de l'artère coronaire labiale inférieure, tout près du tronc de la faciale. Compression digitale. Guérison. — M. BOINET. Lorsque pour la première fois il fut question à la Société de chirurgie de la compression digitale appliquée à la cure des anévrysmes, je déclarai que depuis 1834 j'étais affecté d'une tumeur anévrysmale à l'origine de l'artère coronaire labiale inférieure. De temps en temps, la tumeur devenait le siége de douleurs; je les faisais bientôt cesser en exerçant sur le sac et par l'extérieur une pression directe pendant une demi-heure avec la pulpe d'un doigt.

Ces manœuvres, répétées à des temps très-irréguliers, arrêtèrent l'accroissement de la tumeur et la firent même légèrement diminuer. Lorsque les règles de la compression digitale furent posées, je songeai à essayer une cure radicale; pour cela, je fis des séances de compression plus fréquentes et plus régulières. Chaque fois que j'étais à mon bureau ou en voiture, j'appliquais la pulpe du pouce en dehors de la tumeur, c'est-à dire sur l'artère faciale elle-même, qui se trouvait ainsi pressée sur la face externe de l'os maxillaire.

Chaque séance durait environ une demi-heure; elle était répétée plusieurs fois dans la journée. Au bout de deux mois environ, la guérison était complète, et dans la région occupée par l'ancienne tumeur on ne constate plus aujourd'hui qu'un peu d'empâtement. A l'époque de son plus grand développement la tumeur aplatie égalait en volume la moitié d'une noix ordinaire; elle occupait presque toute la moitié droite de la lèvre inférieure.

M. Boinet cite ce fait à propos de la dernière communication de M. Verneuil. C'est un succès de plus à ajouter à ceux que la compression digitale compte déjà.

— M. GUERSANT répond aux objections qui ont été faites à son rapport par M. Chassaignac. Pour s'expliquer l'expulsion tardive des fausses membranes, il se sert des arguments donnés par M. Ferrand, et continue pour sa part à croire à l'existence d'un croup limité au larynx. M. Guersant, en ce qui touche l'exécution plus ou moins rapide de l'opération, répond qu'il a adopté en général la manière de faire de M. Trousseau, qui consiste à aller lentement et avec précaution. Ce précepte est bon surtout pour les opérateurs qui n'ont pas une grande habitude de la trachéotomie. Il ne faut rien escamoter, ni la taille, ni l'excision des amygdales, ni aucune autre opération; ceux-là seulement qui, les ayant souvent pratiquées, en ont acquis une grande habitude, peuvent aller vite sans cesser d'aller avec précision.

M. Guersant, sans rejeter le principe de la fixation de la trachée, pense que le ténaculum de M. Chassaignac est trop courbé, et qu'il est difficile à placer dans les voies aériennes; il proscrit aussi le dilatateur, qui est trop long, et qui s'enfonce trop loin dans le larynx. Il est d'ailleurs, à ce qu'il paraît, difficile à introduire et à retirer.

Il y a inconvénient à inciser d'un seul coup toutes les parties molles qui recouvrent la trachée et ce conduit lui-même, comme le fait M. Chassaignac; la plaie, il est vrai, est petite, mais on divise les vaisseaux sans les voir, sans pouvoir les écarter ou les lier.

M. Guersant a vu un enfant qui mourut d'hémorrhagie quelques heures après l'opération. En résumé, il reconnaît, dans le procédé de M. Chassaignac, deux préceptes utiles, savoir : la fixation de la trachée et l'introduction du dilatateur de bas en haut. Mais on peut les suivre en s'aidant des instruments ordinaires, sans employer ceux que propose spécialement M. Chassaignac, et qui sont défectueux.

M. MOREL-LAVALLÉE expose quelques remarques sur la trachéotomie. Quatre principes surtout lui ont paru importants :

1° La fixation de la trachée avec le ténaculum, mais lorsque ce conduit est mis à découvert par l'incision des parties molles. L'ouverture du conduit est rendue ainsi beaucoup plus facile.

2° Le dilatateur, en forme de pince à anneaux, est très-difficile à introduire, très-difficile à maintenir ensuite dans la trachée; on peut donc s'en passer. Pour placer la canule, il suffit d'y introduire un mandrin élastique courbé en *S* italique. L'ongle de l'index gauche reconnaît au fond de la plaie la fente de la trachée, et sert à conduire à la fois et la canule et le bout mousse du mandrin, après quoi celui-ci est retiré.

3° L'emploi d'une canule fenêtrée est utile à plusieurs points de vue. Une partie de l'air passe toujours par le larynx, ce qui permet au malade de parler (chose importante pour son moral), et ce qui prévient aussi le rétrécissement consécutif; seulement il faut que la fenêtre soit placée à une distance convenable du pavillon pour se trouver précisément sur le trajet de la colonne d'air trachéale. Trop rapprochée, la fenêtre est bouchée par les bourgeons charnus de la partie supérieure de la plaie. Trop éloignée, elle répond à la paroi postérieure de la trachée.

4° La canule doit avoir une courbure convenable, sur laquelle on n'est pas suffisamment fixé. Si cette courbure est trop forte, l'ouverture inférieure regarde en avant et vient appuyer contre la paroi antérieure de la trachée. C'est le contraire si le rayon est trop grand. Dans les deux cas, l'axe de la canule et celui du tube aérien ne se correspondent pas. Pour obvier à cet inconvénient, M. Morel a fait adapter, au bout inférieur du tube métallique, un petit anneau mobile articulé, qui, par la pression de la paroi trachéale qu'il touche, se replace de lui-même dans l'axe du conduit.

M. GIRALDÈS est heureux de constater que M. Morel-Lavallée fait à l'emploi du dilatateur en général des objections analogues à celles qu'il a faites lui-même à l'instrument proposé par M. Marjolin dans une des dernières séances : on peut se passer de ces dilatateurs.

M. GUERSANT proteste contre cette opinion. Il ne croit pas prudent d'introduire la canule aussitôt après avoir ouvert la trachée. Il faut laisser au malade le temps d'expulser le sang, les mucosités, les fausses membranes accumulés dans la trachée, et pour cela il faut maintenir pendant quelques minutes les lèvres de la plaie béantes.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. MARJOLIN présente une petite fille qu'il a traitée d'une coxalgie aiguë avec luxation par le redressement, et la fait marcher en présence des membres de la Société.

Il fournira tous les détails de cette observation importante.

— M. le docteur Perrin montre un malade guéri d'une fistule pulmonaire, faisant communiquer les bronches avec la face antérieure de la poitrine. Il remet l'observation suivante. (Voir plus haut.)

MM. LARREY, HERVEZ DE CHÉGOIN, BOINET et MOREL-LAVALLÉE demandent à M. Perrin quelques éclaircissements. Les détails de l'observation répondent à ces questions.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. HOUEL présente, au nom de M. Lizé (du Mans), candidat au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie, un fœtus de quatre ou cinq mois qui est affecté d'un exomphale.

La tumeur parfaitement arrondie, est globuleuse, du volume d'un petit œuf de poule; elle est pédiculée. Le cordon ombilical, au lieu de s'insérer au centre, comme l'avait indiqué A. Bérard, s'implante, au contraire, en bas et à gauche, disposition qui est la plus fréquente, et que M. Cruveilhier a parfaitement reconnue et signalée dans son *Traité d'anatomie pathologique.*

Au niveau du pédicule de la tumeur, on constate que la peau cesse brusquement, qu'elle est remplacée par des membranes minces, transparentes, qui se continuent avec le cordon. Incisées, elles peuvent, dans certains points, être séparées avec assez de facilité en deux feuillets, dont l'un se continue avec la peau, l'autre avec le péritoine. A leur intérieur, on constate l'existence de la plus grande partie de l'intestin, la rate et la totalité du foie. C'est précisément à cause de cette dernière particularité que M. Lizé a cru devoir vous adresser le fœtus. Tous les auteurs classiques, Vidal (de Cassis) en particulier, ne croyant pas à cette possibilité, M. Houel profite de cette occasion pour dire à la Société que ce que les auteurs considèrent comme l'exception dans la hernie ombilicale congénitale proprement dite, et non pas l'éventration, il le regarde comme la règle; il possède dans le Musée Dupuytren plusieurs de ces hernies; il a eu l'occasion d'en voir plusieurs autres, et il a toujours constaté dans la hernie, outre l'intestin, la totalité ou la presque totalité du foie. M. Houel ne se rappelle même pas avoir vu de hernie ombilicale congénitale volumineuse où cette glande ait manqué, et il serait tenté de la considérer comme l'obstacle principal à la réduction. Notre collègue M. Debout doit vous lire prochainement un travail important sur cette question, avec des applications chirurgicales.

En terminant l'examen de la pièce de M. Lizé, je dirai que l'orifice de la hernie est trop étroit pour permettre au foie de rentrer dans la cavité abdominale; le ventre lui-même est rétréci, et l'on peut dire que les viscères herniés ont perdu *droit de domicile* dans leur cavité normale, au moins momentanément. Si on examine comment se comportent les éléments du cordon par rapport à la tumeur, on constate à la paroi inférieure, dans le feuillet interne de la hernie, l'existence des deux artères ombilicales, et dans la paroi supérieure et gauche la veine ombilicale qui se rend au foie déplacé.

— Une discussion s'engage entre le présentateur et M. Depaul sur ce qu'il faut entendre par les mots d'éventration et de hernie ombilicale congénitale, et sur la signification réelle de la pièce présente.

La discussion sera continuée dans une séance suivante, lorsque M. Houel aura donné une description complète de la lésion.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, A. Verneuil.

On annonce que M. le docteur Bégin vient d'être frappé d'une attaque d'apoplexie qui met sa vie en danger. C'est auprès de Quimper, où notre honorable confrère était allé jouir d'un repos et d'une retraite si dignement acquis, qu'il a été atteint.

Le Sourd.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 28. — MARDI 8 MARS 1859. (32e ANNÉE.) N° 28. — MARDI 8 MARS 1859.

Ce journal paraît trois fois p[illegible] semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE S[illegible]DI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste on en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Becquerel). De la métrite chronique. — Observation de corps étrangers. — Des différentes sortes d'accidents causés par les verts arseoicaux employés dans l'industrie. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 28 février. — FEUILLETON. Des espèces malacologiques édules vivant sur les côtes de la Guadeloupe et de la Martinique. — Le *Polygonum aviculare*. — Un avenir pour les sourds-muets.

PARIS, LE 7 MARS 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Flourens a présenté au nom de M. Budge un travail intéressant de physiologie expérimentale sur un nouveau centre de mouvement dans la moelle épinière, que cet habile physiologiste propose de désigner sous le nom de *centre génito-spinal* du grand sympathique. Ce centre génito-spinal, qui occupe un espace de quelques lignes seulement, répond (chez le lapin) à la quatrième vertèbre lombaire, et donne naissance au quatrième nerf lombaire qui se produit entre la quatrième et la cinquième vertèbre. M. Budge a trouvé dans ces recherches une preuve nouvelle qu'une partie du nerf sympathique, qu'il appelle *nerf sympathique lombaire*, sort de la moelle épinière, et que les mouvements involontaires de la partie inférieure du canal intestinal, de la vessie et des conduits déférents, ont leur point de départ dans la moelle et non dans les ganglions. Cette observation se rattache au fait qu'il a découvert en 1852, à savoir : que le nerf sympathique cervical prend naissance également dans la moelle épinière. Il y aurait donc ainsi dans la moelle épinière et allongée trois centres circonscrits dans un espace relativement très-petit, savoir : le centre respiratoire (nœud vital de M. Flourens), à l'extrémité du *calamus scriptorius*, source des mouvements respiratoires ; le centre cilio-spinal, situé entre la sixième vertèbre cervicale et la quatrième dorsale, source des mouvements dilatateurs de la pupille et des artères de la tête ; et le centre génito-spinal à la quatrième vertèbre lombaire, source du mouvement de la partie inférieure du canal intestinal, de la vessie et des conduits déférents.

Dans une seconde présentation faite également par M. Flourens au nom de M. de Luca, de Naples, il est question d'un cas d'ulcère de l'estomac guéri par l'eau de chaux. Nous enregistrons avec plaisir ce succès, mais non sans faire des réserves sur les espérances que l'on pourrait se croire autorisé à en concevoir pour l'avenir. L'on sait en effet les insuccès notoires de cette médication ; d'ailleurs, les difficultés de diagnostic ne permettent pas toujours d'apprécier exactement la part qui doit revenir à l'action des médicaments administrés dans les cas de ce genre.

En enregistrant la note de M. Sénéchal sur l'emploi de la fleur de soufre dans le traitement des affections couenneuses, il est aussi de notre devoir de rappeler que la même idée a été émise à plusieurs reprises, dans ce journal, par notre honorable confrère M. le docteur Duché (d'Ouanne), notamment dans les numéros du 10 avril et du 25 octobre 1858, où l'on trouvera même l'énoncé des résultats qu'a déjà donnés son application.

Nous signalerons enfin parmi les communications de cette séance une note de M. Lefèvre, concernant l'action attribuée à la santonine sur certains phénomènes de la vision. La note de M. Lefèvre a pour objet de soumettre à un nouvel examen les opinions, sans fondement à ses yeux, qui ont été émises à cet égard. L'énoncé beaucoup trop bref de la note de M. Lefèvre ne permet pas d'apprécier la valeur de ses objections.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

De la métrite chronique (1).

Traitement. — Nous pouvons classer en sept ordres les médications employées contre les inflammations chroniques de l'utérus ; mais avant de les examiner en particulier, je vais tracer quelques règles thérapeutiques auxquelles j'accorde une grande importance.

Première règle. — Dans la métrite parenchymateuse, quand bien même la muqueuse serait parfaitement saine, on est souvent obligé d'agir sur elle, surtout lorsque les moyens généraux ont échoué.

Deuxième règle. — Dans l'inflammation chronique du col, il ne faut pas se borner à agir sur la muqueuse qui en tapisse la portion vaginale ; il est indispensable de porter aussi l'action sur la muqueuse qui tapisse la cavité cervicale, que cette portion de muqueuse soit ou non altérée.

Troisième règle. — Appliquée dans des affections semblables, la même médication peut réussir ou échouer. Nous ignorons complétement la cause de ces différences de résultats. Aussi, lorsqu'un moyen n'amène aucun bon effet après un certain temps d'usage, nous devons nous hâter d'en essayer un autre.

Quatrième règle. — Plusieurs médications peuvent amener la guérison des inflammations chroniques de l'utérus. Dans certaines circonstances, cinq ou six moyens réussissent indifféremment dans un cas donné. Ainsi, les astringents, lcs caustiques, l'eau froide donnent souvent les mêmes succès.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 1er, 15 et 24 février.

Au point de vue de l'application des moyens, nous pouvons établir trois autres règles :

1° Il faut, autant que possible, enlever la cause de l'inflammation avant dc commencer le traitement (supprimer le coït, les exercices violents, etc.)

2° On n'oubliera pas qu'il est indispensable, pour rendre la médication efficace, d'enlever préalablement par des injections les liquides pathologiques qui sont en contact avec la partie malade.

3° Tout traitement de ces affections chroniques exige un repos modéré, mais pas un repos absolu. On devra recommander aux malades de ne pas se fatiguer, d'éviter les secousses, et leur permettre un peu d'exercice.

Nous allons maintenant examiner rapidement chacune des sept médications qui peuvent être adoptées.

1° *Médication antiphlogistique.* — On a souvent employé de petites saignées révulsives fréquemment renouvelées. En dehors du passage momentané d'une métrite chronique à l'état aigu, j'engage à les proscrire. J'ai vu des malades auxquelles on avait fait éprouver de 60 à 80 de ces pertes sanguines en deux ou trois ans, et cette méthode n'avait eu d'autre résultat que de produire une anémie extrême. Cependant, comme toute émission sanguine soulage momentanément, les malades et les médecins eux-mêmes ont pu se laisser séduire par ces améliorations trompeuses.

J'en dirai autant des sangsues appliquées à l'hypogastre et à la partie interne des cuisses. Ici, comme pour la métrite aiguë, il n'y a aucun avantage à les appliquer sur le col, et il peut y avoir des inconvénients et même des dangers. Cette pratique, recommandée d'abord par Duparcque, puis préconisée par MM. Bennett et Aran, doit, à mon avis, être abandonnée. Lorsque l'état d'exacerbation de la maladie l'exige, il vaut mieux appliquer les sangsues à l'hypogastre qu'ailleurs.

2° *Médication émolliente.* — Beaucoup de praticiens s'en tiennent encore exclusivement à cette méthode. Elle consiste à prescrire des bains généraux, des bains de siége, des cataplasmes, des injections émollientes avec de l'eau de guimauve ou de son.

M. Cruveilhier a longtemps fait usage de cataplasmes vaginaux. Ce sont des gaînes en toile fine que l'on remplit de substances émollientes. Pour appliquer ce topique, on l'engage dans un spéculum introduit comme d'habitude, puis on retire l'instrument, et le sachet est maintenu dans le vagin. Ces cataplasmes, généralement abandonnés, ont pour effet de calmer la douleur, d'améliorer un peu ; mais ces avantages ne sont que passagers. On les emploierait des années entières, ainsi que les autres émollients, que l'on n'obtiendrait pas une guérison véritable.

3° *Médication révulsive proprement dite.* — Elle comprend les exutoires, les purgatifs et les sudorifiques.

Quelques médecins ont conseillé d'appliquer des vésicatoires, des cautères aux cuisses et à la région des lombes.

FEUILLETON.

Des espèces malacologiques édules vivant sur les côtes de la Guadeloupe et de la Martinique. — Le *Polygonum aviculare*. — Un avenir pour les sourds-muets.

Il nous a déjà été donné de signaler ici les travaux remarquables de M. le docteur Ozenne, sur les mollusques. Ce jeune confrère a fait sur ce sujet une thèse inaugurale des plus intéressantes, et à laquelle nous avons consacré une partie de l'un de nos feuilletons. Nous recevons aujourd'hui de lui une communication que nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs. Il s'agit encore des mollusques alimentaires ; nous savons combien sont nombreux sur nos côtes ces animaux dont nous ignorons les qualités édules. M. Ozenne, analysant un travail de M. Beau, va nous faire connaître les mollusques de la Martinique et de la Guadeloupe, qui peuvent intéresser notre profession. Entrons de suite en matière.

Ampullaria effusa. — Ce mollusque fluviatile est délaissé par les habitants de ces îles, à cause de sa dureté ; cependant les nègres du Gozier et du Morne-à-l'Eau le prennent et le mangent cuit dans l'eau.

Le genre *Neretina*, qui dans ces contrées acquiert sa plus grande taille, offre plusieurs espèces comestibles ; nous ne parlerons que de la *N. punctulata*, qui est la plus recherchée. Quoique ce ne soit pas un aliment très-délicat, cependant, cuit dans de l'eau salée, relevé de jus de citron, cet animal est assez agréable au goût et rappelle les vigneaux, dont on consomme de si grandes quantités sur nos côtes de la Manche. Sur les marchés de la Pointe-à-Pitre et de la Basse-Terre, les gens pauvres se procurent à bas prix le *Turbo pica*, dont la chair lourde et indigeste est dédaignée par la classe aisée. Nous n'en dirons pas autant d'un de ses proches parents le *Turbo crenulatus*, qui serait recherché avec avidité à cause de sa délicatesse s'il n'était pas d'une assez grande rareté. Sur ces mêmes marchés, on rencontre encore de ces coquilles qui ornent à Paris certaines cheminées, nous voulons parler du *Strombus gigas*. Ce mollusque, d'une fécondité extrême, forme à la profondeur de 5 à 15 brasses des bancs où l'on va le prendre en plongeant ; et par cela même il constitue une des grandes ressources pour l'alimentation de ces îles. Sa chair lourde doit, pour être facilement digérée, être traitée comme celle des seiches et des poulpes (1) ; après quoi on la lave à plusieurs eaux, puis on la mange cuite avec du beurre et force condiments.

Arrangé de cette façon, ce strombe est très-nourrissant, de facile digestion et consommé en toute saison, mais plus particulièrement pendant le carême. En fournissant à l'homme une nourriture abondante (2) ; il ne borne pas là ses bienfaits, car sa coquille, qui se vend de 40 à 50 francs le mille, sert à faire des camées de bas prix et de la chaux vive pour les fabriques de sucre.

Dans cette énumération les bivalves figurent aussi pour une large part : en première ligne, nous voyons l'Acéphale le plus prisé de l'endroit ; c'est l'*Ostrea parasitica*. Nous ne donnerons aucun détail relatif à ses qualités nutritives ; mais nous dirons qu'en ce moment où l'ostréoculture est mise à l'ordre du jour, on pourrait bien essayer d'acclimater cette huître en France, sur nos côtes de la Méditerranée. Nous pensons que les essais à tenter réussiraient très-bien, car ces animaux, par leur mode de fixation, pourraient être élevés dans des bouchots analogues à ceux que l'on rencontre sur les côtes de la Rochelle (à Esnandes, etc.), pour la mytiloculture. Ce serait doter notre pays d'un aliment de plus qui rivaliserait pour la délicatesse avec l'huître de Cancale.

Le genre Donax, qui sur nos côtes nous donne deux espèces comestibles, fournit à la Guadeloupe une espèce très-commune, la *D. denticulata ;* aussi, sur toutes les côtes de cette île, sa pêche est-elle l'objet d'un assez grand commerce. Avec cet animal, on fait un potage excellent connu sous le nom de *potage aux chobettes*, dont les créoles se montrent très-friands ; en outre, l'animal qui a servi à sa confection forme encore un mets assez agréable.

Dans quelques maisons, les cuisiniers pilent les animaux et en font une purée qu'ils ajoutent au potage : M. Beau blâme ce procédé, qui, rendant le potage trop substantiel, prive les convives de savourer les autres mets qu'on leur offre.

Les Vénus, genre de bivalves aux gracieuses couleurs, et bien dignes pour la plupart de leur nom, offrent cinq espèces comestibles qu'on apprête comme la Donace, et qui ne lui cèdent guère pour la bonté.

Dans le genre Lucina est la *L. pensylvanica*, dont la chair grasse et savoureuse peut être mise au même rang que l'huître parasite des mangliers ; aussi la vend-on sur les marchés de Saint-Pierre jusqu'à 25 et 30 centimes la douzaine. On la mange, comme les huîtres, crue, avec un peu de poivre et de citron, ou cuite.

Cette espèce, qui n'existe que dans un seul point du littoral, dans la baie du Robert, fut draguée vers 1837 ou 1838, à la prière de M. Brière

(1) Voy. *Essai sur les mollusques considérés comme aliments*, Ch. Ozenne, 1858, p. 14 et 17.

(2) Il se vend jusqu'à 20 et 40 centimes la pièce, suivant sa taille.

On a été plus loin; on a imaginé d'appliquer des vésicatoires sur le col même de l'utérus (teinture de cantharides). Plusieurs médecins se sont même disputé cette *découverte thérapeutique*. Je déclare que c'est encore là une médication que je ne saurais approuver. Souvent elle agit d'une manière fâcheuse sur la vessie; et de plus, lorsque le vésicatoire a produit son effet, la maladie utérine n'est généralement pas modifiée.

Puisque nous avons des moyens d'une application plus facile et d'une efficacité moins douteuse, pourquoi ne pas les employer de préférence à ces procédés violents et infidèles?

C'est encore en Angleterre qu'on a administré des lavements dans lesquels on faisait entrer la dose considérable de 10 gramm. d'aloès pour 120 gramm. d'excipient. Quelques médecins ont eu la bonne volonté de croire et d'écrire pendant quelque temps que cette médication purgative valait mieux que toutes les autres. Nous savons que ce traitement détermine des diarrhées inquiétantes, très-difficiles à guérir. J'ai, du reste, la conviction que les purgatifs ne sont que des adjuvants. Un purgatif très-doux par semaine suffit pour favoriser l'action du traitement, toujours un peu complexe, de la métrite chronique.

M. Fleury a obtenu de bons résultats de la sudation dans la plupart des métrites du corps de l'utérus. Dans les inflammations un peu anciennes du col, les sudations ne suffisent pas.

4° *Médication astringente.* — Je puis dire qu'elle suffit le plus souvent, avec les injections d'eau froide, pour guérir la métrite chronique du col, surtout quand cette dernière est limitée à la membrane muqueuse, ou bien quand le tissu du col n'est que légèrement atteint. Cette médication s'emploie sous forme d'injections, de solutions concentrées et de crayons semblables aux crayons caustiques de nitrate d'argent. Les astringents les plus usités sont:

1° L'alun. Il détermine la formation de pseudo-membranes qui se renouvellent sans cesse, cet inconvénient me l'a fait abandonner;

2° Le sulfate de cuivre. Je lui reprocherai d'agir avec trop d'énergie.

3° L'acétate de plomb. Il est, au contraire, trop peu astringent, et ne produit qu'un effet insuffisant.

4° Le perchlorure de fer. Il est tantôt trop faible, tantôt trop fort. Le degré d'astringence convenable pour un cas donné est difficile à saisir.

5° Le sulfate de zinc et le tannin sont les deux meilleurs astringents que l'on puisse employer dans le traitement de la métrite chronique. Ces deux médicaments réussissent toujours, mais leur usage doit être continué longtemps. Il est même des cas, lorsqu'il existe des ulcérations, par exemple, où la cautérisation est indispensable.

Voici les doses de ces astringents que je prescris en général:

10 grammes de sulfate de zinc pour 100 grammes d'eau, en injection;

Ou bien la solution concentrée suivante:

Tannin.	25 grammes.
Eau distillée.	100 —

On imbibe un tampon de ouate, on l'introduit jusque sur le col à l'aide du spéculum, et on laisse en contact pendant quatre ou cinq heures. Au bout de ce temps, on retire le tampon en tirant sur un fil préalablement fixé à son milieu. Il faut de huit à dix applications faites à trois jours d'intervalle, pour compléter la guérison des cas où la muqueuse du col est seule malade.

Si l'inflammation s'est propagée jusqu'au tissu utérin, je préfère employer les crayons astringents. Ce mode d'application a été imaginé par moi lorsque j'étais médecin à l'hôpital de Lourcine. Les crayons auxquels je donne la préférence, sont composés de trois parties environ de tannin pour une partie de gomme adragante et d'huile de ricin, mélangés de manière, en un mot, à offrir une résistance suffisante pour ne pas trop se déformer. On leur donne une longueur de 3 ou 4 centimètres.

En moyenne huit applications faites à cinq jours d'intervalle ont amené la guérison.

La médication astringente n'offre jamais d'inconvénient et ne détermine aucune douleur.

J'avoue que l'application de tampons imbibés d'une solution concentrée de tannin (25 pour 100), ou bien l'introduction de crayons astringents, sont les seules médications que j'emploie actuellement, lorsqu'il n'y a qu'une inflammation chronique simple de la membrane muqueuse, avec ou sans granulations, mais sans ulcérations, et quand le tissu du col est lui-même peu malade.

5° *Médication caustique.* — Les caustiques remplissent trois indications, savoir:

1° Ils détruisent les parties malades;

2° Ils impriment une activité spéciale à la circulation locale en souffrance;

3° Ils agissent comme révulsifs par l'eschare qui se forme et la suppuration qui lui succède.

Les caustiques employés sont très-nombreux. Je vais vous signaler les plus importants, en indiquant les cas où ils conviennent le mieux.

Le nitrate d'argent solide est surtout employé dans les inflammations chroniques de la muqueuse du col avec des granulations et des excoriations. Il faut le plus souvent de 7 à 10 cautérisations, à cinq ou six jours d'intervalle. Un crayon de 0,02 de long doit être fondu chaque fois, moitié dans le col, moitié en dehors. On ne doit jamais manquer après cette cautérisation de faire une injection abondante pour enlever les résidus du caustique. Si l'on ne devait pas avoir ce soin, il ne faudrait employer que la moitié du crayon de 0,02.

Ces cautérisations sont excellentes, lorsque le parenchyme est sain.

Le nitrate d'argent en dissolution concentrée (2 parties d'eau pour une de sel) n'offre aucun avantage. Ce liquide coule de toutes parts, s'étale sur des parties que l'on voulait respecter, détermine des douleurs inutiles et quelquefois des eschares trop profondes.

Le nitrate acide de mercure est un caustique dangereux. Il est à désirer qu'il rentre dans l'oubli.

La potasse *caustique* et la *pâte de Vienne* ont été préconisées par M. Gendrin.

M. Bennett, son élève, s'est montré partisan de ce procédé. Ils sont aujourd'hui à peu près seuls à employer ces agents. Scanzoni et d'autres médecins ont constaté que l'application de ces caustiques jetait les malades dans une prostration excessive.

La cautérisation au fer rouge, dont on a tant abusé, est un admirable moyen lorsqu'il est bien appliqué. C'est principalement dans les états fongueux du col que le cautère actuel doit être préféré à tout autre caustique, au crayon de nitrate d'argent, par exemple, qui n'est en pareil cas d'aucune utilité.

Pour que le fer rouge produise tout son effet, il faut cautériser superficiellement et aux *deux fers* de la manière suivante: L'un, plus petit, n° 1, est introduit chauffé au rouge blanc dans la cavité du col, puis retiré de suite; l'autre, plus grand, n° 2, également chauffé à blanc, est promené légèrement sur toute la surface du col faisant saillie au fond du spéculum. Après avoir retiré le dernier fer, je fais, le spéculum étant encore en place, une injection de plusieurs litres d'eau froide. Il faut en moyenne de 2 à 5 cautérisations, pratiquées à quinze jours de distance, pour consolider la guérison.

Cette opération, qui effraye si fortement les malades, est la plus innocente de toutes les médications; elle ne détermine aucune douleur, et n'est jamais suivie d'accidents lorsqu'on s'arrête aux cautérisations superficielles.

Les granulations qui ont résisté à l'action des crayons caustiques, cèdent très-vite après une seule application du fer rouge. Lorsque le col est dur, volumineux, il est inutile de s'adresser à un autre traitement que le fer rouge et les injections d'eau froide faites matin et soir. C'est dans ces cas surtout que la galvanocaustique est appelée à rendre d'importants services en trompant la pusillanimité des malades.

6° *Médication hydrothérapique et hydro-sudopathique.* — J'ai l'habitude de faire toujours administrer des injections froides comme adjuvants des autres moyens. Ces injections, qui suffisent dans bien des cas à elles seules pour triompher à la longue de la plupart des inflammations chroniques, sont le complément souvent indispensable des autres méthodes. Ces douches, ainsi que je ne cesse de le répéter, doivent être très-modérées et pratiquées de 2 à 3 fois dans la journée. Je me sers indistinctement pour cela de l'irrigateur Eguisier et des appareils à douches portatifs de M. Charrière. Le petit appareil de M. Charrière, qui ne coûte que 35 fr., est généralement choisi par les malades qui redoutent la dépense.

La médication hydro-sudopathique convient seule dans l'inflammation chronique du corps de l'utérus. Elle consiste à faire suer les malades dans une atmosphère échauffée par une lampe à alcool, et une fois la sueur largement développée, à plonger la malade dans l'eau froide, ou lui administrer une douche en pluie. Ce traitement, violent en apparence, n'a jamais d'inconvénients, et produit d'excellents effets.

7° *Les eaux minérales.* — Cette méthode thérapeutique mériterait d'être mieux connue. Presque toutes ces eaux exercent une heureuse influence sur les affections utérines; malheureusement, on les administre en général fort mal.

Pour obtenir des résultats sérieux, on ne devrait aller aux eaux qu'après avoir préparé leur effet par un traitement antérieur, qui a pour but de détruire tout caractère aigu de la maladie. Si l'affection cède au traitement antérieur, une saison aux eaux minérales, lorsque la position de fortune le permet, consolide la guérison et préserve des rechutes.

Les eaux que l'on conseille sont spécialement les suivantes: Néris, Saint-Sauveur, les Eaux-Chaudes, Cauterets, Ax, Bagnères-de-Luchon, Ussat, Bagnères-de-Bigorre, Sainte-Marie, Ems. Quant à moi, j'accorde la préférence aux eaux d'Ems. Ces eaux ont constamment réussi chez toutes les personnes que j'y ai envoyées, et n'ont jamais produit d'accident. Du reste, elles réunissent toutes les propriétés qu'on accorde aux autres, et conviennent dans tous les cas d'affections utérines. Ajoutons à ces avantages que l'établissement est bien organisé pour ce genre de traitement.

Mes malades prennent un bain entier tous les jours, reçoivent des douches révulsives sur les cuisses et la région lombaire. Elles se font elles-mêmes des injections dans le bain avec l'irrigateur de Charrière. Je préfère ces injections à celles de l'appareil de l'établissement, dont la force de projection est trop considérable pour les douches internes.

OBSERVATION DE CORPS ÉTRANGERS:

Morceaux de verre, étui, clef, fragments de porcelaine qui ont parcouru le tube digestif sans déterminer d'accidents graves.

Par M. Bardinet, professeur à l'École de Limoges.

(Observation présentée à la Société de chirurgie.)

M. Gosselin faisait connaître à la Société de chirurgie de Paris, dans sa séance du 17 octobre 1851, l'observation d'un homme qui avait avalé, à la suite d'un pari, une pipe en terre et son tuyau long de 10 centimètres.

---

de l'Isle, par M. Raoul, et transplantée dans divers lieux et surtout à la baie du François, où elle s'est promptement acclimatée.

M. Beau pense que cette espèce, semée, en France, dans des parages analogues à ceux qu'elle habite (fond de sable fin où la vase n'entre que pour une faible part), serait d'une grande ressource pour la gastronomie.

Les autres Lucines ne viennent qu'en seconde ligne, car leur chair conserve un goût très-prononcé de sulfure, qu'elles prennent dans les vases où elles vivent; cependant on les en prive facilement par un séjour de quelques jours dans de l'eau de mer pure, et alors on les mange cuites dans leurs coquilles, comme chez nous les grands Peignes.

On nous permettra de terminer ici ces détails par une liste complète de tous les mollusques marins édules de ces contrées, afin que si quelques confrères se rendaient dans ces parages, ils puissent goûter les attraits que leur offre la malacologie... alimentaire, ce que nous leur souhaitons de grand cœur.

UNIVALVES.		BIVALVES.	
Ampullaria effusa.	Müll.	*Ostrea parasitica.*	Gmel.
Neritina punctulata.	Lam.	*Area Deshayesii.*	Haul.
Nerita versicolor.	Gmel.	*Donax denticulata.*	Linn.
— *tessellata.*	—	*Venus cancellata.*	—
— *peloronta.*	Linn.	— *granulata.*	Gmel.
Trochus tuber.	—	— *albida.*	—
— *cœlatus.*	Chem.	— *Beauii.*	Recl.
Littorina (les grosses esp.)	—	— *mactroides.*	Lam.
Pyrula morio.	Linn.	*Anomalocardia flexuosa.*	Linn.

UNIVALVES.		BIVALVES.	
Turbo pica.	Linn.	*Capsa rugosa.*	Lam.
— *crenulatus.*	Gmel.	*Lucina pensylvanica.*	Linn.
Strombus gigas.	Linn.	— *tigerina.*	Chem.
— *pugilis.*	—	— *jamaïcensis.*	—
— *gallus.*	—	— *edentula.*	Linn.
— *bituberculatus.*	Lam.		
— *accipitrinus.*	—		
Purpura patula.	—		

— Nous avons toujours une tendance à préférer les choses qui viennent de très-loin, avec de grands noms bien singuliers. C'est le côté le plus curieux de notre matière médicale; qu'une plante vienne de l'Amérique ou des Indes, elle sera la bienvenue, et nous ne ferons pas attention à la plante modeste qui croît à nos pieds. Heureusement des confrères distingués, parmi lesquels nous citerons M. Cazin, M. Dubois et M. Bossu, ont cherché à établir la richesse de notre matière médicale indigène.

Le *Polygonum aviculare*, la *traînasse*, si commune dans nos chemins, dans les lieux incultes, a été employée longtemps comme astringent; puis on l'a abandonnée. Pourquoi? Demandez-le au kina, au cachou, à la ratanhia. Ces médicaments avaient plus d'énergie, on ne saurait avancer le contraire; mais était-ce une raison de rayer le *Polygonum aviculare* de nos traités classiques? Nous ne le pensons pas, car il arrive ainsi qu'on oublie les propriétés de la plante sans songer aux services qu'elle peut rendre à la si nombreuse classe des médecins de campagne.

Une étude récente de M. Paret remettra un peu en mémoire la plante, trop délaissée à notre avis:

« L'infusion du *Polygonum* ne possède pas une saveur désagréable, et prend avec le perchlorure de fer une couleur d'un noir verdâtre très-intense. Cette plante donne 26,87 p. 100 d'un extrait rouge-brun de saveur astringente; pendant son évaporation au bain-marie, il dégage une odeur animalisée ayant quelque analogie avec celle de l'ergotine. Il précipite en noir verdâtre par les sels de fer au maximum. Il faut 100,000 parties d'eau pour décolorer 1 partie d'extrait traité par le chlorure de fer, ce qui indique une forte proportion de tannin, et ce qui donnerait dans la classification établie par M. Soubeiran, en se basant sur cette décoloration plus ou moins facile du tannate de fer, un rang fort convenable au *Polygonum aviculare* parmi les astringents. »

Nous n'insisterons pas; il nous suffit de remettre en mémoire un de ces faits trop oubliés de nos jours; le médecin de campagne, si souvent abandonné à ses propres ressources, a besoin de trouver à ses pieds ses moyens thérapeutiques de chaque jour, et, grâce à Dieu, notre Flore indigène est assez riche pour fournir à ses besoins.

— La ville de Zablagen, dans le Wurtemberg, vient d'être témoin d'un essai de philanthropie appliquée, dont l'heureux résultat inspirera, nous l'espérons, des imitateurs. M. Helgerad a rassemblé 160 ouvriers tous sourds-muets; il leur a appris lui-même l'état de compositeur, et aujourd'hui cette imprimerie silencieuse fonctionne à merveille. On ne saurait trop applaudir à l'idée qu'a eue M. Helgerad, d'utiliser ainsi des malheureux si cruellement traités par la nature; le roi de Wurtemberg a récompensé cette belle innovation par une médaille d'or décernée au chef de l'*Imprimerie des sourds-muets*. Dr E. Renaud.

Il était survenu presque immédiatement de vives douleurs, puis des vomissements et de la diarrhée. — Ces symptômes avaient persisté opiniâtrément, malgré l'emploi régulier des moyens les plus propres à les faire cesser.

Le malade était tombé dans un état d'épuisement tel, que M. Gosselin avait dû se demander s'il ne serait pas opportun de pratiquer l'entérotomie pour enlever le corps étranger. — Il avait cherché d'abord à reconnaître celui-ci et à déterminer sa position à l'aide de la plessimétrie. Il y était parvenu un jour; mais, dès le lendemain, la matité s'était déplacée.

Le malade avait enfin rendu par l'anus « la pipe parfaitement intacte; le tuyau n'avait pas été brisé »; mais, cinq jours après, la mort succédait à un épuisement que rien n'avait pu arrêter.

A l'autopsie, on ne trouvait aucune rougeur ni dans l'estomac ni dans l'intestin grêle; mais il y avait dans le gros intestin de nombreuses ulcérations, les unes récentes, les autres cicatrisées ou en voie de cicatrisation.

Il y avait sur le foie des fausses membranes, et dans la poitrine, du côté droit, une pleuro-pneumonie.

— Après la communication de ce fait, M. Laborie, qui le rapporte dans l'*Union médicale* du 18 octobre 1851, dit qu'une discussion s'est engagée sur la conduite à tenir dans les cas de ce genre. Il ne fait pas connaître l'opinion de la Société; mais il ajoute que personnellement, et malgré le précepte, sans preuves à l'appui, donné par Boyer, il est bien plus disposé à ne pas intervenir chirurgicalement.

Voici un cas dans lequel de nombreux corps étrangers ont traversé le tube digestif, non-seulement sans faire naître une indication d'entérotomie, mais encore sans produire d'accident véritablement grave :

Je suis appelé près d'une jeune femme (Mme L. de L...), que tourmente depuis longtemps une monomanie de suicide, et qui a plusieurs fois tenté de mettre fin à ses jours.

Sa mère m'apprend que, le matin même, elle a avalé plusieurs corps étrangers, et notamment : trois ou quatre fragments de verre, une clef en fer et un étui. — Après avoir avalé tous ces objets, Mme L... s'est persuadée qu'elle n'avait plus que fort peu de temps à vivre. Comme elle est très-pieuse, elle a fait appeler un prêtre et s'est confessée à lui.

Le prêtre lui a fait comprendre que c'était pour elle un devoir de se soigner, et par conséquent de dévoiler ce qu'elle avait fait. Cédant à ses conseils, elle a tout appris à sa mère, qui m'a fait appeler.

La malade paraissait très-calme quand je suis arrivé près d'elle. Le pouls était à l'état normal, ainsi que la chaleur de la peau; les douleurs étaient nulles, du moins au dire de la malade; mais, dans une autre situation d'esprit, elle les eût sans nul doute appréciées différemment.

Malgré cette absence complète de symptômes inquiétants, je ne pouvais manquer de concevoir de vives appréhensions. En dehors, en effet, de l'irritation violente que tous ces corps étrangers me paraissaient devoir inévitablement produire, je craignais que les morceaux de verre ne déterminassent quelques perforations qui auraient promptement entraîné la mort.

Ces perforations me paraissaient devoir être singulièrement favorisées par toute espèce de mouvement; aussi ma première recommandation a-t-elle été de mettre la malade au lit, et de lui faire garder une immobilité absolue.

J'ai pensé ensuite à lui faire prendre des aliments qui pussent envelopper dans leur masse les fragments de verre, et soustraire les parois intestinales à l'action de leurs pointes. Mais c'est là, comme on le pense bien, une indication qui rencontre dans la pratique d'insurmontables difficultés. Quelques aliments que l'on introduise dans l'estomac, on ne sera jamais sûr qu'ils englobent les corps étrangers, qu'ils cheminent avec eux dans toute la longueur du tube digestif, et qu'ils conservent une consistance suffisante pour protéger l'intestin.

Pendant les trois premiers jours, les accidents ont été nuls, ou du moins d'une insignifiance complète. Un peu d'agitation, de l'inappétence, quelques coliques; mais pas de dévoiement, pas de sang par l'anus, ni fièvre ni douleur.

Le quatrième jour, la malade a éprouvé quelques douleurs à l'anus. Sa mère et son mari, qui ne la quittaient pas d'un instant, l'ont placée sur une chaise percée, et quelques moments après, en examinant d'après mes recommandations, les matières rendues, ils y ont trouvé un fragment de verre qu'ils ont conservé pour me le montrer. J'ai constaté que ce fragment provenait d'un carreau de vitre; il était large comme le doigt et long de 6 centimètres; une de ses extrémités était coupée carrément, l'autre se terminait en pointe très-aiguë.

Le lendemain, il a été rendu un deuxième fragment ayant la largeur du premier et 7 centimètres de long. En même temps, il s'est déclaré de la fièvre, et la malade a été prise de dévoiement. J'ai prescrit une application de sangsues sur le ventre, des opiacés et des bains; il en est résulté un très-prompt soulagement.

Quelques jours après, deux morceaux de verre moitié moins grands que les premiers, mais ayant comme eux des bords tranchants et des pointes acérées, se sont échappés sans peine.

Jusqu'alors je n'avais palpé le ventre que légèrement et avec de grandes précautions, dans la crainte de presser les parois intestinales contre quelque corps pointu susceptible de les perforer. Voyant que tous les fragments de verre accusés par la malade avaient été rendus, je me disposais à rechercher la position de l'étui et de la clef qui n'avaient pas encore paru dans les selles; mais, à l'instant même, on a trouvé dans la garde-robe que la malade venait de rendre, un petit morceau de tôle roulé sur lui-même, et provenant d'un encrier de poche. J'ai craint qu'il n'y en eût d'autres du même genre, et je me suis abstenu de toute pression, de toute percussion.

Mes appréhensions n'étaient que trop fondées. Le lendemain, en effet, on remarquait qu'un *bénitier en porcelaine*, qui était ordinairement attaché au mur de l'alcôve, près du lit, avait disparu. On pressait de questions la malade, et on apprenait d'elle que, pendant la nuit, tourmentée de nouveau par ses idées de suicide, elle avait saisi ce bénitier, l'avait brisé entre ses doigts sans faire de bruit, et en avait avalé plusieurs morceaux.

Il ne survint cependant d'autres accidents qu'un peu plus d'altération dans les traits, une fièvre légère, et des coliques qui pouvaient être vives, mais dont la malade se plaignait à peine.

Trois jours après, et à quelques heures d'intervalle, on trouvait dans les garde-robes deux fragments de porcelaine, qui étaient l'un triangulaire, l'autre irrégulièrement cordiforme; ils avaient l'un et l'autre 2 ou 3 centimètres dans un sens, 4 ou 5 dans l'autre. Je les ai examinés avec soin, et je déclare qu'ils étaient bien autrement pointus et tranchants que le verre; la cassure, en effet, au lieu d'être perpendiculaire à la surface, était en certains endroits très-oblique, et la couche qui forme l'émail constituait un tranchant des plus acérés. Il n'y a eu cependant aucun symptôme de lésion intestinale; pas de gonflement du ventre, pas de sang par l'anus.

Un peu plus tard, l'étui s'est présenté. C'était un étui en bois commun, ayant à peu près le volume et la longueur du doigt médius; il était garni d'aiguilles, et cette circonstance m'aurait inquiété, sans la pensée que les liquides avec lesquels il allait se trouver en contact détermineraient le gonflement de ses parois, et par suite une occlusion plus complète. C'est en effet ce qui avait eu lieu; le couvercle tenait si solidement qu'il fut d'abord impossible de l'ôter.

Ce n'est qu'au douzième jour, et alors que tous les autres corps étrangers avaient disparu, que la clef s'est fait sentir au voisinage de l'anus. Elle est sortie sans trop de peine; elle était toute noire et oxydée. Sa longueur était de 11 centimètres; son anneau avait 4 centimètres de large; sa pesanteur, on le voit, au lieu d'accélérer sa marche dans le tube digestif, n'a fait que la retarder.

Débarrassée de tous les corps étrangers qu'elle s'était introduits dans le tube digestif, et soumise à un régime doux, la malade est très-rapidement revenue à son état habituel de santé.

Mais elle est restée en proie à une mélancolie profonde, à un dégoût extrême de la vie, et l'on a bientôt pu reconnaître qu'elle était encore obsédée par ses funestes idées de suicide.

Vainement a-t-on essayé des distractions de tout genre, des voyages, d'un séjour de trois mois à Bordeaux, puis à Paris; rien n'a pu rendre au calme et à la raison cette pauvre malade.

Elle a fini par se tuer, et son genre de mort est assez rare chez les femmes pour que je le mentionne : étant à la campagne avec sa famille, elle a dérobé le fusil de son mari, est allée se cacher derrière une haie, et pressant avec le pied sur la détente, s'est fait sauter la cervelle!

Cette observation, à ne l'envisager que par son côté chirurgical, offre certainement de l'intérêt. Elle prouve que des corps étrangers, les uns pointus et tranchants, les autres lourds et de grande dimension, peuvent parcourir le tube digestif non-seulement sans entraîner la mort, mais même sans provoquer d'accidents véritablement graves. Elle doit dès lors empêcher qu'on ne se décide trop facilement, dans les cas analogues, à une opération aussi grave que l'entérotomie.

DES DIFFÉRENTES SORTES D'ACCIDENTS

causés par les verts arsenicaux employés dans l'industrie (1.)

Rapport présenté à la Commission d'hygiène et de salubrité du 5e arrondissement,

Par M. le docteur Beaugrand.

3° *Effets locaux déterminés par les verts arsenicaux.*

Des éruptions de vésicules et de pustules, suivies parfois d'ulcérations très-douloureuses, de gonflements érythémateux, etc., peuvent se montrer sur les parties de la peau en contact avec les arsénites de cuivre. Ces phénomènes purement locaux, observés chez les ouvriers qui préparent le vert arsenical et chez ceux qui peignent et satinent les papiers de tenture au moyen de cette substance, furent décrits pour la première fois en 1845 par M. le docteur Blandet (*Journ. de méd.* de M. Beau, t. III, p. 112, 1845). Ce travail, assez court, mais renfermant les principaux faits relatifs aux éruptions occasionnées par le vert arsenical, fut bientôt suivi du remarquable mémoire inséré par M. Chevallier dans les *Annales d'hygiène* (t. XXXVIII, p. 96, 1847). Ce savant chimiste traita la question au double point de vue industriel et hygiénique, et montra que les accidents signalés par M. Blandet ont lieu réellement, mais qu'ils ont peut-être été exagérés. Ces recherches étaient restées sinon oubliées, du moins peu connues, quand M. Follin publia (*Archiv. génér. de méd.*, décembre 1857) une observation très-complète et très-détaillée relatant les divers désordres observés chez un ouvrier occupé à la préparation du vert de Schweinfurt.

M. Imbert Gourbeyre prit occasion de ce fait pour montrer, à l'aide de nombreuses citations empruntées à des médecins français et étrangers, que des éruptions de différentes formes ne sont pas rares dans l'intoxication arsenicale, qu'elles ont été notées depuis longtemps, et il reproche à M. Follin d'avoir cru le fait nouveau *sur la foi* de M. Blandet. Il est à regretter que le savant professeur de Clermont, avant d'adresser ce blâme indirect à M. Blandet, n'ait pas pris la peine de relire assez attentivement le travail de ce dernier; il y aurait vu que M. Blandet ne donne nullement le fait comme nouveau, puisqu'il commence ainsi les réflexions dont il accompagne la première observation qu'il rapporte : « *Il n'est pas rare*, dit-il, de voir le coryza initial et la sputation dans l'empoisonnement interne; le gonflement du nez et des lèvres a été observé chez l'assassin Soufflard; l'*éruption de papules et de vésicules* est commune à l'empoisonnement externe et interne. »

A M. Blandet revient très-réellement l'honneur d'avoir le premier, chez nous, décrit les manifestations cutanées observées chez les personnes en rapport avec le vert de Schweinfurt, *en tant que maladie professionnelle*. Nous avons donné un extrait de l'ouvrage du docteur Brockmann (*Monit. des hôpit.*, janvier 1858) relatif aux éruptions qui se montrent chez les ouvriers occupés au grillage des minerais arsénifères du Harz; enfin, tout récemment M. le docteur de Pietra-Santa a communiqué à l'Académie des sciences un travail sur le même sujet (*Ann. d'hyg. publiq.*, octobre 1858), et c'est encore sur des personnes employées à la préparation du vert et des papiers peints qu'ont porté ses recherches.

Nous venons de rencontrer quelques faits analogues, mais développés dans des conditions qui n'avaient pas encore été signalées.

Voici ce dont il s'agit :

Dans quelques ateliers de fleuristes, on emploie, au lieu de pièces artificielles en papier ou en étoffe, des tiges de graminées naturelles sèches et munies de leurs graines. On les trempe dans une couleur verte qui, chez plusieurs fabricants, n'est autre que le vert arsenical de Schweinfurt préparé à l'essence de térébenthine, comme pour la peinture ordinaire; puis les ouvrières les montent et les rassemblent à l'aide de fils de soie sur des tiges flexibles de laiton pour en former des espèces de grappes flottantes destinées à l'ornement des chapeaux de dames. Ces graminées ainsi colorées, étant mises en œuvre alors qu'elles sont encore humides ou saupoudrées au moyen d'un tamisage de ce même vert réduit en poudre, il en résulte que les ouvrières ont les doigts couverts d'une couche plus ou moins épaisse de la couleur arsenicale qu'elles portent incessamment à leur visage, à leur cou, etc. De là sur les parties contaminées des éruptions dont nous allons parler. Les *trempeurs* (ce sont ordinairement des hommes qui font cette opération), soumis aux mêmes influences, sont assujettis aux mêmes inconvénients, et le contact des doigts avec les organes génitaux en urinant, etc., y détermine le développement des mêmes éruptions.

Examinons quelques-uns de ces faits.

Obs. I. — Vermer (François-Léon), âgé de dix-sept ans, petit, contrefait, scrofuleux, est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Bazin, le 27 septembre 1858. Il était occupé depuis huit jours seulement chez le sieur Balny, fabricant de fleurs, faubourg Saint-Martin, n° 108, à tremper les graminées dans un pot de couleur verte arsenicale.

Dès le second jour de ce travail, le tour de la bouche et des ailes du nez, puis le menton, sont devenus le siége d'une éruption de pustules rouges à la base, assez semblables, pour la forme et pour le volume, à celles de l'impétigo. Ces pustules n'ont pas tardé à se recouvrir de croûtes d'un jaune-grisâtre, mamelonnées, opaques.

Le gland est recouvert de vésicules; à la racine de la verge, à son union avec le scrotum et sur le raphé, existe une ulcération ayant succédé à une pustule; une autre ulcération tout à fait semblable se voit sur le côté externe du scrotum du côté droit. Ces ulcérations, de la grandeur d'une pièce de dix sous, sont tout à fait superficielles, très-nettement taillées dans la peau, qui à l'entour conserve sa consistance et sa couleur naturelles; le fond en est légèrement jaunâtre. A la face interne et supérieure des cuisses, existe de chaque côté une plaque d'érythème papuleux d'un rouge framboisé, de la grandeur de la paume de la main, et accompagné de démangeaisons.

Des bains d'amidon, de simples pansements avec le cérat, ont fait prompte justice de ces accidents. Le malade est sorti parfaitement guéri le 15 octobre.

Obs. II. — Vermer (Célestine), âgée de quinze ans et demi, sœur du précédent, forte, bien constituée, d'une bonne santé habituelle, entre le 25 septembre dernier dans le pavillon Sainte-Foi, service de M. Bazin.

Cette jeune fille travaillait depuis cinq semaines seulement dans l'atelier du sieur Balny à monter les graminées teintes au vert arsenical. Les accidents se sont manifestés au bout de quelques jours de travail par des pustules autour des ailes du nez. Ces pustules se sont promptement recouvertes de croûtes d'un jaune grisâtre tout à fait semblables à celles que nous venons de décrire. A la nuque, au niveau de la naissance des cheveux, on voit aussi quelques pustules et une ulcération de la grandeur de l'ongle du pouce environ, à bords rougeâtres, sans dureté, taillés à pic, à fond jaunâtre. Les mains, les avant-bras, présentent des pustules disséminées, mêlées çà et là de papules.

Les mêmes moyens de traitement que dans le cas précédent amenèrent très-promptement la détersion de l'ulcère de la nuque et la guérison des plaques impétigineuses.

Elle sort guérie le 15 octobre.

Obs. III. — Lefebvre (Marie), âgée de vingt-deux ans, demeurant à la Chapelle, rue de la Chapelle, n° 22, est entrée à Saint-Louis, pavillon Sainte-Foi, service de M. Bazin, le 25 septembre 1858.

Cette jeune fille, d'une constitution assez chétive et ne paraissant pas son âge, présente quelques traces de l'affection scrofuleuse; au total, cependant, elle jouit d'une assez bonne santé. Elle travaille chez le sieur Balny depuis trois ans. Pendant ces trois années elle a été atteinte à plusieurs reprises des éruptions dont nous venons de parler, c'est-à-dire de pustules, bientôt recouvertes de croûtes, le plus ordinairement au visage, autour des ailes du nez, au menton ou aux mains et aux avant-bras. Ces accidents se dissipaient dans l'espace de quelques jours, sans autre traitement que de simples lotions, et au bout de sept à huit ou dix jours de repos, elle pouvait reprendre son travail. La dernière atteinte qui a motivé son entrée à Saint-Louis, a été plus grave. Vers la fin du mois d'août dernier, il se fit sur les parties latérales de plusieurs doigts des deux mains des éruptions de pustules qui, n'ayant pas été soignées, se convertirent en ulcérations très-douloureuses; des pustules semblables se formèrent à la circonférence des ailes du nez, s'étendant jusque sur les joues. A la rupture de ces pustules succédèrent des croûtes analogues à celles de l'impétigo, une éruption tout à fait semblable se développa sur le menton.

Lorsque je vis la malade le 27 septembre, ces éruptions occupaient

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er mars.

le siége que nous venons d'indiquer ; elles étaient recouvertes de croûtes mamelonnées d'un jaune grisâtre ou verdâtre, dont l'aspect rappelait celui des croûtes que l'on rencontre dans les syphilides pustuleuses.

Il y avait sur les parties latérales des doigts de la main droite et de la main gauche des ulcérations arrondies de 5 à 6 millimètres de diamètre, dont les bords durs, d'un rouge foncé, étaient taillés à pic ; le fond était tapissé d'une pulpe jaune grisâtre. Une de ces ulcérations, plus profonde que les autres, existait à la commissure qui réunit l'annulaire au médius de la main gauche, simulant au premier aspect une ulcération vénérienne. Ces diverses solutions de continuité sont le siége d'une douleur cuisante quand elles sont restées pendant quelque temps au contact de l'air.

Le même traitement que celui des deux autres malades suffit pour modifier promptement l'aspect des ulcérations; les bords pâlirent bientôt, le fond devint rosé, une cicatrice peu apparente se forma, et la malade put sortir le 28 octobre, après un mois de séjour à l'hôpital.

Obs. IV. — Dumélier (Jenny), âgée de dix-huit ans, bien constituée, d'une excellente santé habituelle, était entrée le 18 août chez le sieur Balny, et bien qu'elle n'eût pas travaillé tous les jours, mais seulement à diverses reprises, elle fut atteinte, vers le 15 septembre, d'une éruption pustuleuse aux mains et aux bras, mais surtout au visage, qui en était couvert comme d'un masque, ainsi que cela se voit souvent chez certains enfants atteints d'*impetigo larvalis*. Les paupières étaient le siége d'un développement de pustules si nombreuses et si rapprochées, que les yeux durent rester fermés pendant sept ou huit jours. Du reste, les conjonctives étaient complétement intactes. Cette malade fut traitée chez elle. Lorsque je vis cette jeune fille vers la fin d'octobre, elle était guérie, et travaillait dans une autre maison; on voyait encore sur son visage des taches rougeâtres, suites de l'affection qu'elle venait d'éprouver.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur les phénomènes pathologiques observés dans ces différents cas; ils ne diffèrent pas de ceux qui ont été notés et décrits par MM. Blandet, Follin et Pietra-Santa. Nous ferons seulement remarquer la promptitude avec laquelle ils peuvent se manifester et l'extension rapide et considérable qu'ils peuvent prendre. Ces inconvénients font que peu d'ouvrières consentent à s'y soumettre, et qu'elles abandonnent l'atelier après quelques semaines ou quelques mois de séjour, dès que survient une éruption. C'est ce dont j'ai pu me convaincre en visitant à deux reprises, à un mois d'intervalle, l'atelier du sieur Balny. Le personnel se renouvelle continuellement.

Il restait une question importante à résoudre. Les herbes ainsi préparées ne pouvaient-elles pas occasionner, chez les personnes qui les portent, les mêmes accidents que chez les ouvrières qui les préparent ?

Pour m'en assurer, j'ai tenu, appliqué pendant trois jours, sur mon avant-bras, une de ces grappes, la mouillant chaque matin ; et à part quelques démangeaisons, déterminées par les frottements des aspérités dont les graminées sont pourvues, je n'ai absolument rien éprouvé. Je me suis assuré, par la même occasion, que la couleur préparée à l'essence de térébenthine tient bien sur la plante et ne se laisse pas délayer par l'eau. Cependant, on a relaté (*Journ. de chim. méd.*, 1857, p. 506) l'observation d'une dame qui, s'étant parée à un bal d'une couronne de ces feuillages, eut les épaules couvertes d'une éruption de boutons très-douloureux.

Les accidents dont nous venons de parler sont-ils dus à un empoisonnement qui aurait seulement ses manifestations à l'extérieur, ainsi que semblerait l'indiquer l'expression d'*intoxication professionnelle* employée par M. Blandet dans son mémoire ?

Je ne crois pas qu'une pareille opinion puisse être soutenue. Les phénomènes produits par l'introduction des composés arsenicaux dans l'économie sont trop connus, trop constants, pour qu'il y ait doute à cet égard. On les retrouve, ces phénomènes, soit sous la forme aiguë, soit sous la forme chronique, dans les cas relatifs à nos deux premières catégories; mais ici il n'y a rien de semblable.

Quelques ouvrières, cependant, m'ont assuré avoir éprouvé des vomissements, mais passagers, surtout après l'opération du *poudrage*, qui s'accomplit sans précautions, à l'aide d'un tamis, sur les plantes fraîchement trempées, et dans le but de leur donner un aspect mat.

Les arsénites de cuivre nous paraissent agir sur la peau d'une manière qui leur est particulière, et produire des éruptions artificielles assez analogues, pour l'aspect, aux éruptions spécifiques de la syphilis, de même que les applications extérieures d'huile de croton-tiglium donnent lieu à un érythème vésiculeux, celles de tartre stibié à de grosses pustules tout à fait semblables à celles de l'*ecthyma* et quelquefois aussi suivies d'ulcérations, et sans qu'il y ait intoxication proprement dite. En un mot, dans la circonstance qui nous occupe, les verts arsenicaux n'agissent pas comme poisons, mais comme irritants locaux.

En définitive, quelles sont les précautions à prendre, sinon pour empêcher complétement, du moins pour atténuer et rendre moins fréquentes les manifestations cutanées déterminées par les arsénites de cuivre ?

1° Les trempeurs pourraient faire usage de gants de peau ou de caoutchouc.

2° Les ouvrières monteuses, assujetties à un travail plus délicat, plus minutieux et qui exige la conservation du tact, ne pourraient l'accomplir avec les mains gantées. Elles devront donc se borner à des soins de propreté, tels que le lavage répété des mains et du visage avec de l'eau de savon, brossage des ongles avant les repas et avant le départ de l'atelier.

3° Le montage des tiges ne doit avoir lieu que quand les herbes trempées sont parfaitement sèches, la préparation que le vert a subie ne lui permettant ni de se délayer ni de se détacher.

4° Le poudrage pourrait être interdit, ou du moins il ne devrait avoir lieu qu'à l'air libre ou dans une pièce séparée de l'atelier, et pour la personne qui fait cette opération, avec un voile de gaze sur la figure.

5° Il reste encore une question que nous devons réserver. Serait-il possible de substituer au vert arsenical, dans l'industrie des fleurs, une couleur complétement inoffensive et aussi belle? On a déjà proposé le mélange d'indigo avec le jaune de curcuma. Il y a là des essais à tenter.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 février 1859. — Présidence de M. de Sénarmont.

M. Carus, récemment nommé à une place de correspondant, adresse ses remercîments à l'Académie et lui fait hommage d'une notice qu'il vient de faire paraître dans les *Annales de la Société des sciences de Leipzig*, sur un crâne humain monstrueux, intéressant au point de vue de l'anatomie philosophique.

— M. Jomard transmet la première partie d'un mémoire de M. Alf. Peney, médecin en chef des armées du Soudan, ayant pour titre : *Etudes sur l'ethnographie, la physiologie, l'anatomie et les maladies des races du Soudan*, en réponse à diverses questions posées par l'Académie des sciences.

Le mémoire de M. Peney est renvoyé à la commission qui avait été chargée de rédiger les instructions pour le voyage de M. d'Escayrac de Lauture, commission qui se compose de M. Jomard, Daussy, Cordier, Moquin-Tandon, Montagne, Geoffroy Saint-Hilaire et Jules Cloquet.

Centre génito-spinal du grand sympathique. — M. Flourens, en présentant au nom de l'auteur, M. Budge, un mémoire imprimé sur un nouveau centre de mouvement dans la moelle épinière, le centre génito-spinal du grand sympathique, lit les fragments suivants d'une traduction de cet intéressant travail :

« On éthérise un lapin mâle adulte jusqu'à complète insensibilité, on ouvre ensuite la cavité abdominale et on met à nu la partie lombaire du nerf sympathique. Pour le trouver, on repousse les intestins, on dégage l'artère aorte et la veine-cave, afin de voir derrière celles-ci les deux nerfs placés très-près l'un de l'autre entre les deux muscles psoas. On aperçoit des filets de communication très-déliés, qui vont d'un nerf à l'autre. Dans la région qui correspond à la cinquième vertèbre lombaire existe un ganglion allongé, où se rendent des filets de communication, partant du troisième et du quatrième nerf lombaire, soit un à un, soit le plus souvent deux à deux. On introduit ensuite avec précaution une petite lame de verre, taillée en pointe, sous les deux nerfs, et on les galvanise en commençant par le ganglion qui vient d'être décrit et en descendant, c'est-à-dire dans la direction de l'anus. Bientôt après que les fils conducteurs ont touché le nerf, on remarque que les conduits déférents, qu'on a eu la précaution de placer également sur une lame de verre, font un mouvement énergique et on général dans la direction des testicules aux vésicules séminales. Ils se tordent et se portent vers la partie inférieure. Peu après que l'on a cessé de produire cette irritation, les conduits déférents reprennent complétement leur tranquillité, et l'irritation répétée à volonté reproduit toujours le même effet. Parfois l'action est tellement forte, que le testicule reposant sur le côté le plus large se redresse et se place sur le plus étroit, ce qui n'arrive cependant pas toujours. Si l'on irrite les nerfs au-dessus du ganglion ci-dessus indiqué, on ne voit aucun mouvement se produire dans les conduits déférents. Mais il recommence immédiatement dès que l'on se reporte sur le ganglion même, ou que l'on place les fils conducteurs au delà de celui-ci.

» On pourrait donc supposer que les fibres des nerfs moteurs qui vont jusqu'aux conduits déférents et partent du nerf sympathique prennent naissance dans les globules ganglionnaires du susdit ganglion, ou bien qu'elles proviennent de la moelle épinière. Pour acquérir une certitude à cet égard, j'ai de nouveau mis à nu chez un lapin fortement éthérisé les conduits déférents et j'ai rompu les quatrième, cinquième et sixième vertèbres lombaires de manière à avoir devant moi la moelle épinière intacte. Lorsque j'eus galvanisé cette portion de la moelle place par place, il se forma une région exactement circonscrite que j'appellerai *centrum genito-spinale*. Elle répond à la quatrième vertèbre lombaire et donne naissance au quatrième nerf lombaire qui se produit entre la quatrième et la cinquième vertèbre. Elle occupe un espace de quelques lignes seulement. Lorsque je m'en écartais audessus et au-dessous, les conduits déférents demeuraient immobiles; mais sitôt que je revenais à cette place, à l'instant même les mouvements péristaltiques des conduits déférents se reproduisaient et cessaient brusquement après l'irritation. Si après la section de l'un des deux nerfs j'irritais la moelle en cet endroit, il ne se manifestait que de très-faibles mouvements à ce même côté (par suite de la communication entre les deux nerfs), mais très-énergiques du côté demeuré intact.

» Indépendamment des conduits déférents, après la même irritation produite aussi bien sur le nerf sympathique que sur la moelle épinière, on voit la vessie et la partie inférieure du rectum se contracter énergiquement. Ces organes, à la vérité, se meuvent spontanément, mais on remarquera tout de suite qu'une nouvelle impulsion doit avoir agi là, tant la dilatation et la contraction de ces parties suivent subitement, constamment et manifestement l'irritation.

» Au moyen de ces recherches, on acquiert une nouvelle preuve qu'une partie du nerf sympathique, que j'appelle *nerf sympathique lombaire*, et qui commence au ganglion ci-dessus décrit, sort de la moelle épinière, et que les mouvements involontaires de la partie inférieure du canal intestinal, de la vessie et des conduits déférents, n'ont pas leur point de départ dans les ganglions, mais bien dans la moelle ; ce qui ne veut pas dire cependant que pour ces mouvements il n'existe pas encore une autre origine nerveuse.

» Cette observation se rattache au fait que j'ai découvert dans les années 1851 et 1852, à savoir : que le nerf sympathique cervical, en tant que ses fonctions sont connues actuellement, prend naissance également dans la moelle épinière. En raison des rapprochements que présente ce sujet si important pour la médecine pratique et pour la physiologie, je renvoie à mon écrit intitulé *Mouvement de l'iris, aux physiologistes et aux médecins*, Brunswick, 1855.

» On connaît donc ainsi dans la moelle épinière et allongée trois centres circonscrits dans un espace relativement très-petit, savoir :

» 1° Le *centrum respiratorium* ou point vital de Flourens à l'extrémité du calamus scriptorius, source des mouvements respiratoires;

» 2° Le *centrum cilio-spinale* de Budge, situé entre la sixième vertèbre cervicale et la quatrième de la poitrine, source des mouvements du dilatator pupillæ et des artères de la tête ;

» 3° Le *centrum genito-spinale* de Budge à la quatrième vertèbre lombaire (chez le lapin), source du mouvement de la partie inférieure du canal intestinal, de la vessie, des *ductus deferentes*. »

Le mémoire de M. Budge sera compris dans le nombre des pièces de concours pour le prix de physiologie expérimentale de 1859.

Ulcère de l'estomac. — M. Flourens, en présentant au nom de l'auteur, M. D. de Luca, chirurgien de l'hospice des Incurables à Naples, un mémoire imprimé ayant pour titre : Diagnose, cure et guérison d'un ulcère de l'estomac, fait connaître le mode de traitement au moyen duquel ce succès a été obtenu.

« L'ulcère de l'estomac étant constaté, M. de Luca, qui avait déjà recueilli plusieurs exemples des bons effets de l'*eau de chaux* pour le traitement des ulcérations de la muqueuse intestinale, eut recours à ce même moyen.

» Le malade fut mis à la diète et à l'usage du lait d'ânesse d'abord, puis du lait de chèvre, unis à l'*eau de chaux*. Au bout de quinze jours, les douleurs étaient très-diminuées ; au bout d'un mois et demi, le malade était guéri. Et cependant le diagnostic n'avait pu laisser de doute, car indépendamment des douleurs locales dans l'estomac, le malade avait rendu du pus dans les excréments. »

— M. Flourens présente encore un opuscule de M. Em. Rousseau, ayant pour titre: *De la non-existence de l'os inter-maxillaire chez l'homme à l'état normal.*

A l'occasion de ce titre, M. Flourens remarque que l'auteur a fait sagement d'exclure les cas tératologiques, puisque dans cette même séance l'Académie reçoit de M. Carus une notice sur un cas de monstruosité qui montre, comme celui sur lequel M. Larcher avait déjà appelé l'attention, un intermaxillaire articulé avec le vomer.

Emploi de la fleur de soufre dans le traitement des affections couenneuses. — M. L. Sénéchal demande l'ouverture d'un paquet cacheté dont l'Académie a accepté le dépôt le 24 janvier dernier. Dans cette note, dont M. le président donne lecture, l'auteur signale le soufre à l'état élémentaire comme pouvant offrir une grande ressource thérapeutique dans le traitement des affections couenneuses, et particulièrement dans le croup. L'hypothèse, à défaut d'observations bien certaines, que les pseudo-membranes qui constituent les diverses affections couenneuses pourraient bien n'être en réalité qu'un parasite végétal, ainsi que semble l'indiquer leur mode d'évolution, leurs rapports avec les tissus qu'elles recouvrent, et surtout leur analogie avec les produits du muguet dont la structure végétale paraît incontestable, m'a suggéré, dit-il, l'idée de les traiter par le soufre, qui est, pour ainsi dire, l'antidote consacré de tout parasitisme animal ou végétal.

La fleur de soufre en insufflations pharyngiennes et nasales fréquemment répétées, la même substance, mélangée avec du miel et donnée par petites cuillerées de temps à autre et à aussi fortes doses que possible, m'ont parfaitement réussi dans quatre cas de croup bien confirmés, les petits malades ayant les amygdales et une grande partie du pharynx tapissés de pseudo-membranes, mais ne présentant pas encore de troubles notables dans la respiration. Dans deux cas, au contraire, où la période asphyxique était bien accusée, les mêmes moyens n'ont produit aucune amélioration. Placé au Muséum d'histoire naturelle en qualité de préparateur d'anatomie, auprès de M. le professeur Serres, je me suis fait un devoir de lui soumettre ces observations, pour lesquelles il a toujours manifesté le plus vif intérêt.

La note contenue dans le paquet cacheté déposé le mois précédent par M. Sénéchal signale, ainsi que l'annonce la lettre, les effets de la fleur de soufre dans le traitement des affections couenneuses.

Action de la santonine sur l'économie animale. — M. Lefèvre adresse, à l'occasion d'une communication faite en septembre 1858, par M. Mialhe, concernant l'action de la santonine sur l'économie animale, une note dans laquelle il est conduit à soumettre à un nouvel examen, au moyen d'observations qui lui sont propres, une opinion généralement accréditée relativement à une modification de la vision chez les personnes atteintes d'ictère.

Suivant M. Mialhe, la santonine « subit dans le sang l'action comburante de l'oxygène avec lequel elle se trouve mise en contact par » l'acte incessant de la respiration. Cette oxydation donne lieu à un » produit nouveau, qui, par sa pénétration dans les humeurs de l'œil » normalement incolores..., produit un ictère passager, et détermine » pour la vision la coloration en jaune ou jaune verdâtre. »

M. Lefèvre s'efforce de prouver par des raisonnements que cette pénétration accidentelle d'un corps colorant dans les humeurs de l'œil n'est pas possible, ni dans le cas d'ingestion de la santonine, ni dans le cas de l'ictère; mais, de plus, il affirme, d'après ses observations, que la vision n'est point altérée chez les ictériques : « Sur plus de cent soixante-dix malades atteints d'ictère, je n'ai pu, dit-il, en trouver un seul me disant : *Je vois jaune.* »

C'est par oubli que dans la leçon clinique de M. Bouchut sur les échinocoques, la planche indiquée comme extraite de la *Pathologie générale* de cet auteur n'a pas été signalée comme se trouvant aussi dans le *Dictionnaire de Nysten* par MM. Ch. Robin et Littré, pour lequel elle a été faite.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 29. — JEUDI 10 MARS 1859. (32e ANNÉE.) N° 29. — JEUDI 10 MARS 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 9 mars 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a ouvert sa séance par l'élection d'un membre associé national. Elle avait à choisir entre trois candidats dont les noms sont trop connus de nos lecteurs pour que nous ayons besoin de rappeler leurs titres à cette distinction, MM. Bouisson, de Montpellier, Goyrand, d'Aix, et Stoltz, de Strasbourg. M. Bouisson a réuni au premier tour une imposante majorité, 48 voix sur 57, et a été proclamé membre associé national. Nous applaudissons de tout cœur à ce choix.

Après cette élection, l'Académie a entendu la lecture de deux mémoires d'une égale importance.

M. Huguier, dans un volumineux mémoire, dont il n'a lu qu'une partie, s'est proposé de combattre une opinion généralement admise par les cliniciens comme par les anatomo-pathologistes, relativement aux chutes de la matrice. La plupart des cas désignés dans les auteurs sous ce nom et sous les noms d'abaissement, de prolapsus, etc., ne seraient en réalité que des cas d'allongement hypertrophique du col. Le véritable abaissement n'aurait lieu qu'exceptionnellement, et sous l'influence de causes particulières exerçant une pression plus ou moins directe sur cet organe. Cette proposition, très-compendieusement développée et étayée d'un grand appareil de démonstration à laquelle l'auteur a fait concourir l'histoire, la clinique, le dessin et les pièces anatomiques, sera très-probablement contestée. Plusieurs membres ont déjà demandé la parole. Mais le bureau a sagement ajourné la discussion pour l'époque où M. Huguier aura communiqué la fin de son travail.

La lecture de M. Sappey a pour objet un point d'anatomie qui touche à la fois à des questions intéressantes de physiologie et de pathologie ; il s'agit de la détermination de la voie par laquelle le sang de la veine-porte est ramené dans la veine-cave inférieure, lorsqu'il ne trouve plus un libre passage à travers le foie. L'existence de ce courant dérivatif, considéré comme un symptôme morbide, et accusant par le fait l'existence d'une cirrhose ancienne et incurable, doit être considérée, d'après M. Sappey, plutôt comme un signe favorable, parce qu'elle écarte le danger de l'hydropisie.

Le travail de M. Sappey est de ceux qui réclament l'honneur d'un rapport. La composition de la commission chargée d'en faire l'examen nous est un sûr garant que cet honneur ne lui manquera pas. — Dr Brochin.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Champouillon.

Des inhalations dans le traitement des maladies chroniques de la poitrine.

Depuis quelque temps il se fait beaucoup de bruit et beaucoup de *poussière* à propos des inhalations dans le traitement des affections chroniques de l'appareil respiratoire. C'est dans les établissements thermaux surtout que l'on s'ingénie à tirer parti des émanations fournies par les sources minérales sulfureuses, en recueillant ces émanations dans des salles où les malades viennent les respirer. Les principes qui prédominent dans cette atmosphère artificielle sont tantôt des gaz (sulfhydrique, azote, acide carbonique), tantôt de la vapeur d'eau minérale, tantôt l'eau minérale elle-même *poudroyée*.

« J'ai peine à m'expliquer, dit M. James, l'empressement qu'on a mis à généraliser cette méthode, dont le mode d'action et l'action elle-même ne reposent encore que sur des données conjecturales. Autant il y aurait injustice à repousser le nouveau procédé sans examen, autant il y aurait imprudence à l'accepter sans contrôle ; il convient donc de suspendre tout jugement jusqu'à ce que l'expérience ait définitivement prononcé. »

Pour moi, je considère que les résultats de l'inhalation et les principes qui servent de base à cette méthode, sont assez connus pour qu'il n'y ait plus rien d'important à obtenir d'expériences ultérieures. Aussi la vogue acquise à ce mode de traitement, la bonne ordonnance des locaux, le tour ingénieux donné aux appareils, me séduisent beaucoup moins que les suites de l'opération ne m'inspirent de défiance. Donc, au point de vue pittoresque, rien ne manque à la chose ; voyons maintenant si elle est aussi satisfaisante sous le point de vue des succès.

Quand ils ont assez de tension pour devenir spontanément libres, les gaz contenus dans l'eau minérale sulfureuse se mêlent en diverses proportions à l'air environnant. En pénétrant dans l'appareil respiratoire, ils s'y comportent à la manière des gaz impropres ou nuisibles aux phénomènes de la respiration. Outre les gaz précités, les émanations provenant des sources salines sulfurées fournissent en même temps de la vapeur d'eau et des principes minéralisateurs ; mais ceux-ci ne peuvent guère être entraînés qu'au moyen de la caléfaction artificielle. Remarquons toutefois que les molécules salines, entraînées de la sorte, sont en bien petit nombre par rapport au volume total des minéraux fixes, qui sont en réalité la partie médicamenteuse des sources. Remarquons, de plus, que si l'évaporation se fait spontanément par le seul effet de la température propre des sources thermales, elle ne fournit que de la vapeur d'eau ordinaire, c'est-à-dire une simple fumigation dont on peut se passer journellement la fantaisie chez soi. Dans l'inhalation de l'eau *poudroyée*, c'est bien réellement de la poussière minérale qui se mêle à l'air que le malade respire : cette poussière peut être froide ou chaude.

L'inhalation des gaz carbonique et sulfhydrique est particulièrement recommandée contre les affections pulmonaires caractérisées par une toux sèche et nerveuse qui fatigue le malade et trouble son sommeil. Ces gaz agissent, dit-on, à titre de calmants. Je comprends autrement leur mode d'action. En effet, si ces gaz ne se trouvent mêlés à l'atmosphère que dans une minime proportion, il est fort douteux que leur vertu sédative s'exerce d'une manière efficace. Si la quantité en est plus considérable, ce qui peut arriver souvent, puisqu'il est impossible de la doser, ils ne calment le malade qu'à la condition d'un commencement d'asphyxie ou d'empoisonnement septique. Ne perdons pas de vue, en outre, que dans une atmosphère ainsi constituée, une partie de l'oxygène est remplacée par des gaz impropres ou nuisibles à la respiration, d'où réduction du champ de l'hématose, surtout pour les phthisiques chez lesquels une portion du tissu pulmonaire, comprimé par le voisinage des masses tuberculeuses, se déplisse incomplétement ou ne se déplisse pas du tout.

Représentons-nous maintenant un poitrinaire enfermé dans une salle remplie de vapeurs d'eau pure ou d'eau minérale sulfureuse, et voyons ce qui advient de cette immersion même momentanée. D'abord, rien n'est plus insalubre, plus repoussant, que ces locaux où plusieurs personnes respirent un air chargé de leurs émanations réciproques. Mais passons sur cette dégoûtante méthode, pour ne nous occuper que des phénomènes physiologiques et des accidents qui s'observent dans ces bains d'étuves.

Le sang, influencé par la température du milieu, s'échauffe par degrés, contenus cependant dans une certaine limite ; cet échauffement s'opère par la surface cutanée plutôt que par la surface pulmonaire (Magendie) : toutefois l'action de l'air chaud et humide accélère la respiration et la rend haletante jusqu'à l'anxiété. Après quelques minutes de séjour dans une étuve, les pulsations s'élèvent rapidement à 100, et même au delà ; le cœur et les carotides battent avec violence ; la sueur coule avec une abondance extrême ; des tintements d'oreille, des vertiges, des éblouissements, l'injection de l'œil, la couleur violacée de la face, dénotent l'accélération et les troubles de la circulation capillaire. La syncope, les ecchymoses, l'épistaxis, peuvent succéder à cette série de malaises. Notons que tous ces phénomènes se produisent à une température de 45 à 50° centigrades.

Condamner les phthisiques au supplice du *vaporarium*, c'est en vérité les condamner à périr victimes du fanatisme insensé des innovations. La position s'aggrave, et la mort est accélérée chez quelques-uns par une recrudescence du mouvement fébrile ou par l'abondance des sueurs ; d'autres finissent par des hémoptysies, dont le mécanisme est facile à saisir. En effet, comme dans l'étuve il y a, d'une part, redoublement d'énergie dans la propulsion des ondées sanguines, et d'autre part, diminution de la pression atmosphérique, et par conséquent tendance des liquides à sortir de leurs réservoirs naturels, l'hémorrhagie est sinon inévitable, du moins imminente, surtout lorsque le poumon est creusé de cavernes.

C'est afin de prévenir ces accidents, et de fournir aux malades autre chose que de la vapeur d'eau pure et simple, qu'on a eu l'idée de pulvériser l'eau sulfureuse de manière à la rendre respirable. On a pensé surtout que son efficacité s'augmenterait des avantages d'une action directe sur les tissus malades.

Rien ne démontre, comme le fait judicieusement remarquer M. Durand-Fardel, que les particules de cette eau fragmentée pénètrent fort avant dans les poumons ; il est plus que probable, au contraire, qu'elles se condensent dans les premières bronches, où elles sont absorbées après avoir toutefois momentanément gêné la respiration. Quoi qu'il en soit, les qualités de la substance respirée changent notablement les résultats de l'opération, suivant la nature de l'affection qu'il s'agit de combattre. Or, chacun sait que l'eau minérale sulfureuse, soit liquide, soit pulvérisée, contient des sels à base de soude, de potasse, de chaux ou de magnésie, matières douées de propriétés excitantes. On conçoit donc que, pour les cas où le médecin juge nécessaire, comme manœuvre propre à favoriser la guérison, de rappeler à l'état aigu une phlegmasie chronique de la muqueuse laryngienne ou bronchique, l'inhalation d'une sorte de brouillard minéral remplisse parfaitement cette indication. C'est par le procédé des stimulations locales sous forme de gargarismes, que l'on guérit pareillement certaines angines gutturales rebelles. Sous ce rapport et dans la limite des cas particuliers que je viens d'énoncer, j'accepte pleinement le système des inhalations comme le moyen thérapeutique le plus rapide dans ses effets, parce qu'il est le plus direct dans son action. Mais il faut se garder soigneusement de continuer ces stimulations jusqu'au point d'atteindre l'état d'acuité fébrile dans la revivification des phlegmasies chroniques. Je ne veux pas marchander mon estime pour la méthode des inhalations, mais je n'ai point une confiance illimitée en ses succès, notamment pour ce qui concerne la tuberculisation pulmonaire.

En effet, lorsque la phthisie s'accompagne de bronchite aiguë, provoquée ou entretenue par la présence des tubercules, des bouffées de poussière minérale ne peuvent qu'être dangereuses et par conséquent inopportunes. Ce n'est point en l'arrosant d'huile qu'on éteint un bûcher. S'il est vrai, comme cela paraît probable, que cette poussière n'arrive point jusqu'au tubercule ou jusqu'au lit qu'il s'est creusé dans le poumon, le but est manqué et l'opération devient inutile. En supposant même qu'une aspiration forcée entraîne les parcelles d'eau sulfureuse fragmentée jusqu'à les mettre en rapport médiat avec les tubercules, ou jusqu'à les introduire dans une caverne, il resterait à démontrer que ces inhalations dissolvent la matière tuberculeuse, dessèchent les cavernes et en sollicitent la cicatrisation mieux que ne le fait l'eau sulfureuse digérée.

Avant d'incliner à une préférence entre ces deux modes d'administration du remède, je voudrais des faits qui prouvent péremptoirement la supériorité des inhalations, et ce sont précisément ces faits-là qui nous manquent. Jusqu'à ce qu'ils se produisent, et que le problème soit résolu, je m'en tiendrais volontiers à l'antique et banal usage de faire boire les eaux minérales au lieu de les faire respirer, cette dernière méthode, hors certains cas, ayant des inconvénients qu'il n'est pas toujours possible de prévoir ou de prévenir.

Par l'inhalation, les substances minérales sont brutalement et pour une courte durée en action sur le tissu pulmonaire ; par la digestion, elles arrivent lentement et d'une manière continue jusqu'au siége du mal, ce qui certes n'amoindrit pas leur efficacité. Le poumon s'offense aisément du contact de ce qui n'est point de l'air pur ; l'estomac est, au contraire, d'une tolérance inépuisable pour tout ce qu'on veut bien lui confier. Que chaque chose reste donc en l'état pour lequel la nature l'a créée.

La méthode inhalante annonce des visées fort ambitieuses : destinée d'abord à pulvériser l'eau minérale, elle cherche actuellement à multiplier ses perspectives et à augmenter ses débouchés.

Jusqu'ici les inventeurs de machines à inhalations n'avaient pu donner à respirer que des gaz, des fumées, des vapeurs ou des aromes ; M. Sales-Girons se propose plus encore, c'est-à-dire de faire respirer les médicaments solubles, tels que l'eau salée, iodée, goudronnée, etc.

Je croyais que la publicité donnée aux effets désastreux qui

résultent de l'introduction de l'iode dans l'appareil respiratoire, avait discrédité pour toujours cette médication quelque peu homicide. Je vois avec douleur que ces avertissements ont été méconnus, ou qu'ils se sont figés dans la mémoire des personnes auxquelles ils étaient adressés.

Il me faut donc faire un nouvel appel aux convictions laborieuses ou récalcitrantes.

(*La suite prochainement.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Deux cas d'épilepsie aiguë.

Par M. le Dr Jules Lecoq, chirurgien de 1re classe de la marine.

C'est d'abord avec une certaine hésitation que je me suis décidé à porter en tête de l'observation qu'on va lire la dénomination d'épilepsie aiguë. En effet, les auteurs classiques les plus modernes qui se sont occupés de l'épilepsie, et que j'ai été à même de consulter, considèrent tous cette affection comme une maladie *apyrétique*, *chronique* et *intermittente* du cerveau, accompagnée d'un certain ordre de manifestations toutes particulières, constamment les mêmes, et qui permettent bien difficilement une erreur de diagnostic; mais nulle part il n'est dit un mot de l'épilepsie aiguë. J'ai dû me demander si cette forme de la maladie n'existait pas, ou bien si on ne pouvait la rencontrer que dans la première enfance, confondue par quelques auteurs avec l'éclampsie; je me suis encore demandé si moi-même je n'avais pas commis quelque erreur; si je n'avais pas pris pour de l'épilepsie aiguë ce qui n'était qu'une congestion encéphalique avec accès épileptiformes, et ce n'est qu'après avoir pesé un à un chacun des symptômes qui passaient devant mes yeux, que je suis resté convaincu que je ne pouvais avoir eu affaire qu'à un cas très-rare, mais bien réel, d'épilepsie aiguë.

Je vais d'abord rapporter le fait tel qu'il s'est présenté, tel que je l'ai recueilli; j'examinerai ensuite comment il peut être interprété, et je ferai en sorte de légitimer la désignation portée en tête de cette observation.

Le nommé Renneville est âgé de quarante ans; marié depuis dix-sept ans, il a eu dix enfants, dont sept sont encore vivants. Après avoir servi pendant dix ans dans la marine militaire, il a été rendu à la vie civile; il exerce l'état de pilote depuis 1851. Peu adonné à la boisson, il ne fait que rarement usage de liqueurs alcooliques. Sa constitution est très-vigoureuse, avec prédominance du tempérament sanguin.

A l'âge de dix-huit ans il eut une fièvre typhoïde, mais jamais avant l'époque actuelle il n'a été atteint d'aucune affection convulsive. Il se rappelle que son père, à la suite d'une chute qu'il fit étant jeune, était devenu sujet à ce qu'il nomme des attaques de nerfs (attaques d'épilepsie bien évidemment). A sa connaissance, aucun autre membre de sa famille n'a jamais présenté rien de semblable. Inutile d'insister davantage sur des commémoratifs qui n'apprendraient rien d'important; je tenais seulement à fixer l'attention sur l'état du père de notre malade, qui, à n'en pas douter, était épileptique; j'arrive au fait important.

Le 23 avril 1857, Renneville voulant intervenir dans une rixe qui avait lieu entre des militaires en état d'ivresse, mais n'étant pas ivre lui-même, reçut sur la tête, à droite de la ligne médiane, un violent coup de sabre qui détermina une plaie profonde suivie d'une perte de sang considérable, et quelques jours après d'une abondante suppuration. La plaie fut pansée avec soin; elle guérit au bout de trois semaines sans que la santé du blessé parût sérieusement influencée par la commotion qu'aurait dû entraîner la violence du coup; cependant, on remarqua chez lui un peu plus de tristesse que d'habitude, plus d'abattement, moins d'aptitude à remplir ses fonctions de pilote; souvent il se plaignait d'un peu de douleur à la tête. Malgré ce léger malaise, Renneville continua son service, très-pénible à cette époque de l'année. Le 21 mai, un mois par conséquent après l'accident, il fut tout à coup douloureusement impressionné en trouvant, en revenant de la mer, un de ses enfants atteint du croup.

Pris subitement de vertiges, il fut obligé de s'asseoir pour ne pas tomber, mais il n'éprouva alors aucun mouvement convulsif, et dès le lendemain il pouvait reprendre son service. Quelques jours plus tard, sans aucune cause appréciable cette fois, il eut de nouveaux vertiges qui n'étaient que le signal d'une première attaque d'épilepsie, durant trois ou quatre minutes, et suivie dans la même journée de dix autres qui se succédèrent presque coup sur coup, ne laissant qu'un repos de dix minutes au plus entre chaque crise. Avec les premières convulsions se déclara une fièvre intense et persistante; la face était fortement colorée, la peau brûlante; le pouls donnait plus de 100 pulsations à la minute. Dans l'intervalle de chaque attaque, le malade reprenait connaissance tout en conservant un air de surprise et de profond abattement; il se plaignait d'un violent mal de tête et portait fréquemment la main à son front.

Un traitement actif, dans lequel les émissions sanguines entraient pour la plus large part, calma momentanément les accidents convulsifs; mais la fièvre persistait malgré cette amélioration apparente, et m'inspirait pour l'avenir de sérieuses inquiétudes. Mes craintes ne devaient pas tarder à se réaliser; quatre jours plus tard, à onze heures de la nuit, un nouveau vertige précéda de quelques instants une nouvelle série d'accès épileptiques, ne laissant entre eux, comme précédemment, que quelques courts moments de repos. Pendant huit jours, malgré tous nos efforts, nous vîmes les mêmes accidents convulsifs se reproduire matin et soir avec une intensité vraiment inquiétante. Pendant la journée, le malade était calme, il conservait toute sou intelligence; il était abattu, fatigué, et plongé dans un demi-sommeil dont il ne sortait qu'avec peine pour répondre aux questions qu'on lui adressait; mais ses réponses étaient toujours parfaitement claires, et n'indiquaient aucun trouble des facultés intellectuelles; le même appareil fébrile persistait avec une égale intensité.

Enfin, au bout du huitième jour, ces crises répétées firent place à un délire aigu à peu près continuel : le malade était en proie à des hallucinations, avec aberration complète de l'intelligence; tantôt il se croyait à bord d'un navire et commandait une manœuvre, tantôt il poussait des cris que rien ne pouvait expliquer; c'était avec peine qu'on parvenait à fixer son attention, et il ne répondait plus qu'avec hésitation et incohérence dans les idées; puis survint un hoquet très-fatigant, qui résista pendant sept jours aux moyens variés employés pour le combattre. Les irrigations froides sur la tête sont seules parvenues à arrêter ces deux symptômes, délire et hoquet; elles ont été continuées pendant huit jours, sans interruption. J'ai assisté à plusieurs des attaques éprouvées par notre malade, et voici à peu près la série des principaux symptômes que j'ai constamment observés.

Les premières crises ont été précédées de vertiges, de cet *aura* caractéristique qui semblait remonter le long du bras pour gagner successivement le cou et la tête; venait ensuite la perte subite et complète de connaissance, l'insensibilité absolue pendant toute la durée de l'attaque; les muscles de la face, du tronc, des bras, étaient agités de mouvements convulsifs; les yeux étaient fortement tournés en haut, les veines du cou gonflées, la face rouge, vultueuse, très injectée; la bouche était déviée à gauche, laissant écouler une écume blanche d'abord, puis teinte de sang; la langue était mordue dans les convulsions des mâchoires, malgré la précaution qu'on avait prise d'interposer un linge épais entre les dents; les pouces étaient fortement portés dans l'adduction, à moitié fléchis dans la paume de la main; cet état durait deux, trois ou quatre minutes, puis le malade tombait dans un sommeil profond, avec ronflement, jusqu'à l'apparition d'une nouvelle crise qui généralement ne se faisait pas attendre plus de dix minutes.

Ce malheureux était tourmenté par 10 à 15 attaques semblables matin et soir; une fois les crises passées, tous les mouvements étaient parfaitement libres, et la sensibilité partout conservée intacte. La fièvre a toujours persisté; c'est bien certainement là une attaque d'épilepsie qu'on peut considérer comme type, et l'erreur ne me paraît possible pour personne.

Le malade a été près de trois mois à se remettre de cette première crise, qui pendant plusieurs jours a mis sa vie en question, et a enfin repris son service de pilote, en apparence complétement guéri. Pendant quinze jours, il put satisfaire aux exigences de son rude métier sans que rien vînt troubler la santé habituelle. Mais le 12 septembre de la même année, se trouvant à la mer dans son bateau pilote, il fut pris tout à coup, au milieu de la nuit, sans cause appréciable, d'une nouvelle attaque d'épilepsie qui nous présenta tous les symptômes déjà signalés plus haut. Même appareil fébrile, mêmes accidents convulsifs se reproduisant matin et soir pendant dix jours au moins, et ne disparaissant que pour faire place à un nouveau délire aigu encore plus violent qu'après la première attaque. J'eus recours, comme précédemment, aux émissions sanguines, aux purgatifs, aux révulsifs cutanés, aux irrigations froides, aux antispasmodiques variés : chloroforme, éther, musc, valérianate de zinc, etc., etc.; mais rien n'y fit, et au bout de quelques jours le délire devint tellement furieux, que je fus obligé de faire attacher le malade. Je dus aussi, bien à regret, suspendre les irrigations froides, qui déjà antérieurement avaient été suivies de bons effets. J'eus alors recours à l'opium donné à la dose continue de 1 centigramme toutes les heures ou toutes les demi-heures, jusqu'à effet appréciable du médicament. 30 centigrammes d'extrait gommeux administrés en vingt-quatre heures procurèrent quelques instants de sommeil et calmèrent sensiblement le délire. Les jours suivants, l'opium fut encore continué aux doses de 20, 25 centigrammes, suivant les indications. Chaque fois que le délire redoublait, on augmentait la quantité d'opium, et par ce moyen, je suis parvenu à me rendre maître de la maladie; mais au même moment, malgré les doses assez élevées d'opium que Renneville prenait tous les jours, il subissait l'influence d'une épidémie de dyssenterie qui régnait à cette époque à Cherbourg. Cette complication n'eut pas de suites fâcheuses, et ne retarda que de quelques jours la convalescence du malade.

Cette seconde attaque d'épilepsie dut m'inspirer de sérieuses appréhensions pour l'avenir, et Renneville fut soumis à un traitement régulier dont l'oxyde de zinc constituait la base. Malgré tous nos efforts, une troisième atteinte d'épilepsie, qui s'est terminée d'une manière fatale, est venue surprendre notre malade au moment où il s'y attendait le moins.

Le 18 juillet 1858, toujours au milieu de la nuit, de nouvelles convulsions épileptiques que rien n'avait annoncées éclatèrent avec une gravité encore plus grande qu'auparavant. Les crises se succédaient matin et soir presque sans interruption, et le malade succomba au milieu des convulsions sans que le traitement pût en rien arrêter ou modifier la marche des accidents. Même succession de symptômes, même appareil fébrile que précédemment.

Cette nouvelle attaque n'a duré que quarante-huit heures, et n'a différé des précédentes que par l'intensité plus grande et la fréquence des crises. J'ai regretté que la famille n'ait pas voulu autoriser l'autopsie.

Deux affections seulement pourraient, il me semble, être confondues avec ce que je viens de décrire sous le titre d'*épilepsie aiguë*, ce sont :

1° L'*éclampsie;*

2° La *congestion encéphalique avec symptômes épileptiformes.*

Mais n'oublions pas que l'éclampsie appartient surtout à l'enfance; qu'il est très-rare de la rencontrer chez l'homme arrivé à un certain âge, et nous avons vu que le malade dont nous venons de parler était âgé de quarante ans. L'éclampsie ne s'annonce pas par cet *aura* si caractéristique, ce vertige précurseur de l'attaque épileptique. Dans les attaques d'éclampsie confirmée, on ne trouve pas cette écume à la bouche que nous avons constamment rencontrée chez notre malade. Dans l'épilepsie, nous voyons les membres agités de secousses brusques et rapides; c'est, au contraire, une violente torsion qu'ils éprouvent dans l'éclampsie. Nous trouvons encore dans l'épilepsie la face violacée, la respiration momentanément suspendue, puis suspirieuse; la sensibilité abolie, avec ronflement profond à la fin de l'accès; rien de semblable dans l'éclampsie, où la face est habituellement pâle, la respiration sifflante, la sensibilité souvent conservée. Je sais bien que malgré ces différences dans quelques-uns des symptômes propres à chacune de ces maladies, il est parfois difficile de décider si on a affaire à de l'éclampsie ou à de l'épilepsie, surtout chez un sujet en bas âge; mais la soudaineté des attaques, l'enchaînement des symptômes que nous avons observés et décrits chez notre malade, son âge avancé et l'exemple du père, qui lui aussi était épileptique, suffisent pour enlever tous les doutes de notre esprit.

Il est encore bien plus difficile, il me semble, de confondre l'affection qui nous occupe avec la congestion encéphalique accompagnée de symptômes épileptiformes. Dans les congestions sanguines du cerveau, les mouvements convulsifs ne constituent qu'un symptôme secondaire, que viennent souvent masquer d'autres symptômes bien plus importants : c'est d'abord la perte complète de l'intelligence, puis l'abolition de la sensibilité et du mouvement. Dans l'intervalle des accès convulsifs, on ne voit pas reparaître l'usage des facultés intellectuelles, et la paralysie du mouvement et de la sensibilité persiste parfois pendant très-longtemps. Dans la congestion cérébrale avec convulsions épileptiformes, on voit manquer la plupart des symptômes qui caractérisent l'épilepsie, tels que le vertige initial, l'écume à la bouche, le ronflement stertoreux annonçant la fin de l'attaque. Si, à la suite des nombreux accès épileptiques que nous avons vus chez notre malade, il s'est produit un peu de congestion encéphalique caractérisée par le délire, le hoquet, etc., etc., ce n'a été là qu'un effet secondaire, une terminaison fâcheuse de la maladie principale, de l'épilepsie aiguë.

Si, comme le fait n'est pas douteux pour moi, le nommé Renneville a succombé à une attaque d'épilepsie, elle était accompagnée de ce cortége de symptômes qui caractérisent les affections franchement inflammatoires, tels que : élévation de la température de la peau, fréquence du pouls, coloration prononcée de la face; c'était en un mot une épilepsie aiguë. Au reste, si comme je l'ai dit au commencement, les auteurs les plus modernes se taisent complétement sur cette forme de la maladie qui nous occupe, et laissent dans l'esprit du lecteur des doutes sur l'existence possible de l'*épilepsie aiguë*, il n'en est pas tout à fait de même de quelques auteurs anciens. Sauvages parle d'une épilepsie fébrile; J. Franck d'une épilepsie inflammatoire, l'épilepsie saturnine si bien décrite par M. Tanquerel des Planches, est toujours une épilepsie essentiellement aiguë. Enfin, MM. Boucher et Cazauvielh ont publié dans les *Archives de médecine* un mémoire qui tend à prouver la nature inflammatoire de l'épilepsie, et ils reconnaissent que l'épilepsie aiguë est possible chez l'homme, quoique excessivement rare.

L'observation suivante, qu'a bien voulu me communiquer M. Fonssagrives, médecin en chef de la marine, me paraît être encore une épilepsie débutant sous forme aiguë, et passant plus tard à l'état chronique; je copie la note de M. Fonssagrives telle qu'elle a été recueillie par lui-même :

Il y a quelque temps, écrit M. Fonssagrives, on apporta dans mon service un soldat vigoureux et pléthorique, qui avait été pris subitement d'accidents convulsifs. A son entrée à l'hôpital, la face était rouge, la langue fuligineuse; je crus à l'invasion d'une fièvre typhoïde, de forme ataxo-adynamique, et j'agis en conséquence. Le jour même, il survint une attaque d'épilepsie, qui se répéta encore le lendemain; je la considérais comme l'expression d'un épanchement séreux intra-ventriculaire, et je conçus des craintes sérieuses pour la marche ultérieure de la maladie. Contre mon attente, au contraire, au fur et à mesure que les crises convulsives se multipliaient, la fièvre tomba, la langue se débarrassa de son enduit, devint rosée et humide, l'intelligence reprit, dans l'intervalle des attaques, sa netteté habituelle, et je pus hardiment amener presque d'emblée le malade à son alimentation ordinaire. L'épilepsie était établie d'une manière définitive; tous les jours le malade avait une attaque régulière, excepté le vendredi ou le samedi de chaque semaine.

Ces deux faits en appelleront-ils d'autres semblables; c'est possible; dans tous les cas, ils me paraissent établir d'une manière incontestable l'existence de l'épilepsie aiguë, souvent très-grave, pouvant entraîner la mort, mais n'étant quelquefois que le début d'une épilepsie qui passe définitivement à l'état chronique, pour se maintenir sous cette forme, de beaucoup la plus fréquente.

LA FIÈVRE JAUNE A LA NOUVELLE-ORLÉANS,

Par le docteur Alfred Mercier.

A peine une légère gelée a-t-elle blanchi le sol, dans les derniers jours d'octobre ou au commencement de novembre, que nos journaux politiques proclament le fait avec empressement et déclarent aux étrangers et aux Américains du Nord qu'ils peuvent sans danger arriver à la Nouvelle-Orléans. Dans leur conviction, cette avant-courrière de l'hiver a la propriété d'éteindre instantanément toute épidémie de fièvre jaune. En cela ils ne sont que les échos d'un des nombreux préjugés populaires qui se perpétuent au sujet de ce terrible fléau, malgré les démentis apportés par les faits et en dépit des réclamations des médecins.

Il est vrai qu'en général la fièvre jaune finit d'exercer ses ravages à l'époque des gelées blanches; mais il n'y a point là une

relation de cause à effet, c'est une simple coïncidence. Voyons d'abord comment cette maladie poursuit son cours dans d'autres centres de population, puis nous examinerons si elle se comporte différemment à la Nouvelle Orléans.

A la Martinique, à la Guadeloupe, etc., on ne voit jamais, que je sache, de gelées blanches. Quand la fièvre jaune y a fait sa moisson, elle s'arrête toute seule. Remarquons, au contraire, qu'à Mempbis, Vicksburg, Natchez, villes situées, comme la Nouvelle-Orléans, sur les bords du Mississipi, mais plus au nord, même les gelées à glace n'ont pas la vertu de couper court aux ravages du fléau. Ce double fait s'observe aussi à la Nouvelle-Orléans. Les épidémies n'y attendent pas la gelée blanche pour clore leur carrière, quand obéissant à la loi encore inconnue qui règle leur cours, elles doivent finir avant l'apparition du froid. C'est ce qui se vit, par exemple, en 1839 et 1853.

Ainsi on lit dans le journal de la Société médicale de cette ville (novembre 1839) : — A partir du mois d'octobre la déclinaison de la fièvre jaune a marché à grands pas, malgré la sécheresse, la douceur de la température et l'arrivée d'un nombre considérable d'étrangers ; à la surprise générale il n'y a point eu de recrudescence ; quelques-uns seulement de ces nouveaux arrivés ont été victimes de leur imprudence. — De même en 1853 le bureau de santé déclara officiellement le 13 octobre que la maladie ne régnait plus à l'état épidémique. Cependant la gelée blancbe n'apparut que le 25 du même mois.

Mais si le typhus d'Amérique, à la Nouvelle-Orléans comme ailleurs, n'attend pas pour s'éteindre que la gelée blanche lui en ait, pour ainsi dire, donné l'ordre, d'autre part il poursuit sa marche malgré l'apparition de ce phénomène météorologique.

En 1857, l'épidémie débuta fort tard et ne prit qu'un très-faible développement ; elle se circonscrivit dans un quartier de la ville d'où elle ne prend pas ordinairement son point de départ, et presque tous les malades furent transportés à l'hôpital de la Charité. Les admissions ne commencèrent qu'en septembre et se poursuivirent jusqu'aux derniers jours de décembre. Cependant le froid fut précoce, les gelées ne manquèrent point. La maladie se produisit sur une petite échelle, mais elle présenta un mauvais caractère, car, sur trois personnes atteintes, il en mourait deux.

Voici le tableau des admissions, des guérisons et des morts, à l'hôpital de la Charité, à partir du 10 septembre jusqu'à la fin de décembre :

	Admis.	Guéris.	Morts.
Septembre.	21	6	15
Octobre.	145	55	90
Novembre.	46	11	35
Décembre.	8	2	6
Total. . . .	220	74	146

Cette année nous avons eu de très-belles gelées blanches le 5 et le 6 novembre, c'est-à-dire à la fin de la première semaine du mois. La semaine suivante, il y eut 70 décès causés par la fièvre jaune. A partir de ce moment, le Bureau de santé cesse de publier ses bulletins hebdomadaires. On assure que, vivement sollicité par le commerce en souffrance, de déclarer que le fléau avait terminé son cours, et ne voulant point tenir un langage contraire aux faits, il adopta un terme moyen, consistant à se taire. Néanmoins les journaux continuèrent d'éclairer le public sur le véritable état des choses, et conseillèrent aux étrangers de se tenir sur leurs gardes. Ceux-ci n'en commencèrent pas moins à affluer dans les rues de la Nouvelle-Orléans, et, chose digne de remarque, on peut répéter ici en partie les paroles du journal médical citées plus haut, à savoir : que malgré la présence d'un nombre considérable de nouveaux hôtes, il n'y a pas eu de recrudescence, et que quelques-uns seulement d'entre eux ont été victimes de leur imprudence.

Pour mon compte, c'est seulement le 17 novembre que j'ai cessé de voir de la fièvre jaune. On a parlé de cas sporadiques depuis le commencement de décembre, et je vois que dans le rapport de la semaine écoulée du 6 au 12 on fait mention de deux décès dus à cette affection.

Les artistes dramatiques arrivés de France vers la fin d'octobre ne purent séjourner en ville ; on se hâta de les transporter à sept lieues de là. Mais le fléau se manifesta dans le village où on les avait établis, et emporta une actrice le 7 novembre ; le lendemain un jeune Français, qui passait sa troisième année en Louisiane, était enlevé de la même manière.

En résumé, quand dans le courant de novembre on voit apparaître des gelées blanches, les chances de prendre la fièvre jaune vont en diminuant de jour en jour ; mais, rigoureusement parlant, ce n'est guère qu'en décembre que ces chances deviennent à peu près nulles.

POLYPE DE L'OESOPHAGE INSÉRÉ DANS LA RÉGION DU LARYNX.

Ligature suivie de résection. Guérison.

Par M. ALBRECHT-TH. MIDDELDORPF (de Breslau) (1).

Jos. Jaensch., berger, né en 1811, perdit par accident l'œil et le bras gauches dans sa jeunesse. Il jouit depuis d'une bonne santé, ne faisant nul excès de nourriture ni de boisson, et s'abstenant surtout d'aliments chauds. Ayant dormi sur le gazon en 1851, il contracta un rhume violent, qui le rendit sourd pendant longtemps. Il persista un catarrhe du pharynx, qui gênait beaucoup la déglutition, surtout celle du pain dur. Excrétion de pituite entre les repas, sentiment de pression à l'épigastre et derrière le sternum, dysphagie non douloureuse, mais croissant peu à peu, très-marquée dans certaines positions du malade, et s'accompagnant d'éructations bruyantes avec toux et dyspnée. La difficulté de la déglutition augmenta de jour en jour ; à peine le patient pouvait-il, avec la plus grande peine, avaler le bol alimentaire. Il fut forcé de boire beaucoup, et de prendre seulement des aliments liquides. Pendant un accès de toux violente, il vomit une fois du mucus sanguinolent. Un jour, après Noël 1852, les troubles de la déglutition ayant atteint leur maximum, il but beaucoup d'eau et fut pris de vomissements énergiques, pendant lesquels se présenta dans la bouche, entre les dents, un corps en tout semblable à un rein de brebis.

Une dyspnée intense s'ensuivit ; le patient parvint à déglutir le corps en question, et alla chercher les conseils d'un médecin, M. Weltzel, qui le conduisit à M. Middeldorpf.

Le doigt, porté dans le pharynx jusqu'à la paroi postérieure du larynx, n'atteignait aucun corps étranger. Une olive d'étain, d'un demi-doigt de diamètre, pénétra en ligne droite sans donner davantage la sensation d'une résistence vaincue. Cependant, lorsque l'instrument était porté à droite, on sentait un obstacle facile à surmonter, et qui n'était pas situé très-profondément. On ordonna au malade de revenir le lendemain, on se proposait de lui donner un vomitif, et, si le diagnostic se vérifiait, de l'opérer.

Le 14 janvier 1853, le malade étant sur une chaise, et M. Weltzel étant présent, on administra beaucoup d'eau tiède et une pilule d'un dixième de grain d'émétique. Cette dose ayant été répétée sept fois en une heure et demie sans résultat, le sulfate de cuivre fut administré et provoqua aussitôt des vomissements violents. L'eau avalée fut d'abord rendu seule, lorsque enfin, après un effort violent, on vit entre les dents un corps turgide et violacé, qu'il d'abord parut être la langue.

Mais le polype, ayant été bientôt reconnu, fut saisi avec la pince de Museux, puis tiré vers la commissure gauche de la bouche, ce qui diminua un peu la difficulté de la respiration. Pendant que les vomissements violents et la dyspnée continuaient, un fil de soie tordu et ciré fut jeté sur le polype, au fond de la bouche, près de la base de la langue. La tumeur fut ensuite sectionnée avec le scalpel, à trois quarts de pouce (pouce du Rhin) en deçà du point où la ligature avait été placée. La masse morbide laissa écouler beaucoup de sang, et se décolora sensiblement. On repoussa alors en arrière le reste de la tumeur et le fil qui la liait. L'un et l'autre furent déglutis. Les chefs de la ligature furent placés dans l'angle gauche de la bouche, puis enroulés autour de l'oreille.

Les vomissements et la dyspnée cessèrent. Le malade était si soulagé, qu'à l'insu du chirurgien il sortit de la ville pour aller donner à manger à ses moutons, puis revint, mangea un peu, dormit bien, et le lendemain matin aborda M. Middeldorpf d'un air joyeux. Il revint souvent, et l'on put s'assurer que le fil descendait profondément, à cause des douleurs qu'on provoquait par des tractions légères dans le lieu où se trouvait la ligature.

On ordonna au malade de ne point toucher au fil, de n'user que d'aliments fluides et glacés, et de revenir tous les deux jours. Rien à noter jusqu'au dix-huitième jour après l'extirpation. Alors le fil coupa le pédicule et remonta dans la bouche. Le sujet obéissant essaya plusieurs fois, mais en vain, de l'avaler. L'anneau formé par la ligature mesurait 12 millimètres de diamètre. Au point lié, la tumeur avait donc 37 millimètres de circonférence.

Aucun trouble ne s'est manifesté depuis ; l'opéré put boire, manger, respirer sans aucune difficulté. L'appétit même s'étant accru, les forces et l'embonpoint sont revenus.

M. Middeldorpf a encore revu son berger cinq ans après ; il se portait très-bien et ne se plaignait de rien. La pituite avait cessé, le toucher ne révélait rien à l'intérieur du cou ; une olive de 8 lignes rencontra, dans la région du larynx, un obstacle qu'il fut facile de surmonter. En résumé, la santé est parfaite.

Examen de la tumeur.— Elle a 3 pouces de long sur un demi de large ; privée de sang, elle pèse 1 once 3 drachmes (environ 44 grammes) ; elle est lisse, luisante, cylindrique, un peu inégale et verruqueuse à sa partie inférieure ; l'épiderme, détruit vers l'extrémité, laisse à nu une surface rouge, ulcérée, saignant facilement.

On trouve à la surface une couche d'épithélium stratifié, pavimenteux, d'une épaisseur qui varie entre 1/20e et 1/2 ligne. Au-dessous se trouve une couche papillaire ; les papilles sont déjà visibles à l'œil nu, elles sont coniques ou pyriformes, longues de 1/7e à 1/5e de ligne, disposées en séries horizontales et assez rapprochées les unes des autres, elles reçoivent des vaisseaux par leur base.

Au-dessous de la couche papillaire se trouve la substance propre de la tumeur. Le professeur Reichert, qui l'a examinée avec soin, l'a trouvée très-vasculaire, mais sans nerfs ; elle est composée d'un tissu conjonctif dont les éléments cellulaires sont encore très-évidents, en d'autres termes, de *tissus conjonctifs non arrivés à maturité;* çà et là on trouve quelques petites taches blanches qui sont composées de gouttelettes de graisse. C'est donc, en résumé, une tumeur fibreuse très-vasculaire et recouverte de papilles.

En comparant la longueur de la portion extirpée et de la portion respectée du polype, en se livrant de plus à diverses explorations et mensurations sur le cadavre, M. Middeldorpf est arrivé à conclure approximativement que l'extrémité du cylindre était environ à 2 pouces du cardia, et que le pédicule se trouvait à peu près au niveau du larynx. Quoique approximatives, les données fournies par l'exploration et par les dimensions de la tumeur concordent d'une manière remarquable. (*Gaz. hebd.*)

(1) Cette observation est extraite de l'ouvrage de M. Middeldorpf ayant pour titre : *De polypis œsophagi atque de tumore ejus generis primo prospere extirpato.*

PERFORATION DE L'INTESTIN GRÊLE PAR DES LOMBRICS.

Par M. BOURGUET, chirurgien en chef des hôpitaux de Rhodez (Aveyron.)

Dourdon, à la suite d'une discussion assez vive avec son neveu et d'une lutte dans laquelle l'un et l'autre, après s'être renversés, furent entraînés dans un escalier d'une douzaine de marches sur lesquelles ils roulèrent jusqu'à la dernière, se plaignit, quelques heures après, de douleurs abdominales dont le siége principal restait fixé au-dessous de l'ombilic, vers la région iliaque gauche. Ces douleurs s'aggravèrent et acquirent assez d'intensité pour faire appeler le lendemain un médecin, qui, entre autres remèdes, prescrivit une application de sangsues sur le côté gauche de l'abdomen ; le jour suivant, de nouvelles sangsues furent conseillées par un second médecin, et appliquées sur la même région. Celles-ci, comme les premières, ne produisirent aucun effet ; les symptômes s'accrurent, et le malade succomba dans la nuit du quatrième au cinquième jour.

Le parquet de Rodez, prévenu de ces faits, dut instruire sur cette affaire ; l'un de ses membres se transporta avec M. le juge d'instruction au hameau de la Pancelle : j'y accompagnai ces messieurs.

Arrivé près du cadavre, je constatai, en premier lieu, l'absence de toute lésion extérieure à la tête, à la poitrine et sur les membres. Mon attention fut attirée ensuite sur l'abdomen, qui était le siége d'une tension considérable et dont le ballonnement était extrême. Les traces de nombreuses piqûres de sangsues se faisaient remarquer vers la fosse iliaque gauche : c'était le point, me dit-on, auquel Dourdon rapportait les douleurs les plus vives.

Après ce premier examen, je dus porter tout naturellement mon attention sur l'état des viscères de l'abdomen, et, après les avoir découverts, je fus frappé tout d'abord par la présence de deux vers intestinaux, de deux lombrics d'assez grande dimension, qui reposaient en dehors des intestins grêles, sur les nombreuses circonvolutions de ces viscères, dont une partie baignait dans un liquide séreux peu abondant, auquel s'était mêlé un peu de pus. De nombreuses plaques rouges, plus ou moins larges, se faisaient remarquer çà et là sur les diverses parties des intestins, mais plus particulièrement sur celles qui siégeaient dans le côté gauche. De fausses membranes s'étaient déjà formées sur quelques anses intestinales et avaient amené de légères adhérences.

Il était évident que Dourdon avait succombé à une violente inflammation des intestins et du péritoine, et que les causes, ou que du moins une des causes de cette inflammation, devaient être rapportées à la présence des deux lombrics qui avaient passé de l'intérieur de l'intestin dans la cavité péritonéale. Il fallait, dès lors, rechercher la voie par où ils étaient passés, et apprécier surtout les véritables causes de l'ouverture intestinale.

Après des recherches fort longues et très-minutieuses, je découvris sur l'intestin iléon, vers l'union de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, une ouverture circulaire, avec totale perte de substance, d'un centimètre et demi à deux centimètres au plus de circonférence, ressemblant par sa forme à celle qui aurait été produite par un emporte-pièce. Les bords de cette perforation étaient, dans une très-petite étendue, légèrement animés du côté de leur surface interne ou muqueuse ; ils étaient amincis et offraient des traces évidentes d'érosions, qui, vu l'absence de toute apparence d'inflammation sur cette partie de l'intestin, ne me laissèrent aucun doute sur la véritable cause de cette lésion, à laquelle bien certainement les violences auxquelles avait été en butte, quelques jours avant, Dourdon, étaien complétement étrangères.

Les lombrics s'étaient attachés à l'intestin, l'avaient rongé, perforé, et, après s'être engagés dans l'ouverture qu'ils avaient produite peut-être même avant la lutte dont il a été question, avaient pénétré dans la cavité abdominale, où leur présence avait occasionné tous les désordres que je venais de constater, et consécutivement la mort de Dourdon. (*Revue de thérapeutique du Midi.*)

DRAGONNEAUX, AU NOMBRE DE SEPT,

développés dans les membres inférieurs ; guérison par l'enroulement du ver.

Par M. Marc FICIPIO.

Une jeune musulmane, huit mois après avoir fait le pèlerinage de la Mecque (en passant par Médine), ressentit tout à coup, un matin, une vive cuisson, accompagnée de démangeaisons insupportables dans les membres inférieurs, surtout à la partie interne des jambes et au creux poplité. En même temps, elle s'aperçut que ces parties étaient le siége de tumeurs dures, rouges, brûlantes.

Le lendemain soir, des ampoules, qui s'étaient formées, ont crevé e laissé écouler un liquide roussâtre, sanieux et assez abondant, et lat malade aperçut, pendant au dehors, l'extrémité d'un corps filiforme ressemblant à une corde de violon, qu'elle reconnut pour en avoir vu quelquefois.

Après des essais infructueux, elle se présenta à M. Marc Ficipio, professeur à l'Ecole impériale de médecine de Constantinople, qui constata l'existence de plusieurs filaires apparaissant au fond d'ulcères sanieux, enflammés, et résultant de la déchirure d'ampoules. Il en fixa un sur une baguette fendue, l'y enroula, et l'attacha sur la jambe. Après des accidents divers, les autres furent saisis de même, et la malade fut chargée de les enrouler chaque jour.

Au bout de six semaines, six filaires, dont quatre à gauche et deux à droite, avaient été extraits. La cicatrisation des plaies avait commencé, lorsqu'un nouveau filaire apparut à la partie inférieure de la jambe droite. Il fut saisi comme les autres, et son extraction fut suivie d'une guérison complète. (*Gaz. méd. d'Orient.*)

SIROP DE CAFÉ COMPOSÉ CONTRE LA COQUELUCHE.

Lorsque la coqueluche a résisté aux agents les plus ordinairement mis en œuvre, le sirop suivant, qui n'est que la formule donnée par M. Delahaye, légèrement modifiée, sera employé avec un plein succès. Nous l'avons expérimenté bien souvent, dit le docteur Courbassier, dans des localités où la coqueluche apparaît chaque année avec un caractère épidémique, et il nous a rarement fait défaut. Voici son mode de préparation :

Prenez 250 grammes de café Moka, ou Martinique, peu torréfié, en poudre; traitez par déplacement au moyen de l'eau bouillante de manière à obtenir :

Infusé. . . . . 500 grammes.

Faites dissoudre dans ce liquide :

Extrait alcoolique de belladone. . 5 grammes.
Extrait alcoolique d'ipécacuanhâ. . 5 —
Extrait alcoolique de quinquina. . . 2 —

Ajoutez :

Sucre. . . . . 500 grammes.

Traitez au bain-marie et filtrez.

La dose pour les enfants de trois à cinq années est de 15 grammes, répétée trois fois dans la journée : le matin, à midi, et le soir au moment du coucher. Au-dessous de cet âge, on diminue la dose de moitié. (*Revue de thérapeutique.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 mars 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Deux notes de M. le docteur Billard (de Corbigny), l'une relative à une théorie sur le traitement des affections croupales, l'autre sur la décomposition du chlorure de sodium au contact des matières organiques et de l'ozone (commissaires, MM. Trousseau et Bouchardat) ;

2° Le rapport final de M. le docteur Cressant sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au village de La Roche (Creuse) [commission des épidémies];

3° Un rapport de M. le docteur Dutrouleau sur le service médical des bains de Dieppe en 1857. (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Six boîtes de bonbons nutrimentifs de l'invention de M. Lailler, pharmacien. (Commission des remèdes secrets et nouveaux);

2° L'observation d'un cas de résection complète du maxillaire supérieur droit, ainsi que de l'apophyse palatine de l'os opposé, de l'os propre du nez et du vomer, suivie de guérison, par M. le docteur Da Costa, de Rio-Janeiro. (Commissaires : MM. Larrey, Velpeau et Jobert (de Lamballe).

3° Un mémoire sur la diastase, par M. Montus, pharmacien à Toulouse. (Commissaires, MM. Longet et Poggiale.)

4° Un pli cacheté envoyé par M. Tugault. (Le dépôt est accepté.)

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un associé national. La liste de candidature porte :

En première ligne, M. Bouisson (de Montpellier); en deuxième ligne, M. Goyrand (d'Aix); en troisième ligne, M. Stoltz (de Strasbourg).

Le nombre des votants est de 57.

Au premier tour, M. Boisson obtient. . . . 48 voix.
— M. Stoltz. 8
Un billet blanc.

M. Bouisson ayant obtenu la majorité des suffrages, est déclaré élu.

LECTURE.

Allongements hypertrophiques du col de l'utérus. — M. Huguier lit un mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus dans les affections improprement désignées sous les noms de descente, de précipitation de la matrice, et sur leur traitement par la résection ou l'amputation de la totalité du col utérin suivant la variété de la maladie.

La première partie de ce travail se résume dans les propositions suivantes :

1° Dans l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale, le col de la matrice forme dans la cavité du vagin une saillie cylindroïde ou conoïde plus ou moins allongée, dont l'extrémité libre s'approche de l'ouverture vulvaire, ou même s'engage entre les lèvres de la partie, sans que le conduit vulvo-utérin soit raccourci ou renversé sur lui-même.

2° Cet allongement, qui a été signalé par Morgagni, Ségard, Bichat, Lallemand, Desormeaux, Lisfranc et Boivin, était considéré par ces auteurs comme une simple variété anatomique.

3° Il a été jusque dans ces derniers temps généralement confondu avec l'abaissement et la descente de la matrice, lorsqu'il n'a pas été pris et traité pour un polype, un renversement chronique, un kyste folliculaire, un squirrhe du col ou une hydropisie de cette partie.

4° Aucune description anatomique et nosologique n'en avait encore été donnée, bien qu'il ait des caractères très-tranchés sous le rapport de ses causes, de son développement, de ses symptômes et de son traitement.

5° Les moyens médicaux et les diverses espèces de cautérisations ne sont applicables qu'aux légers allongements hypertrophiques, et particulièrement à ceux qui, étant peu étendus, sont compliqués d'inflammation et d'engorgement.

6° Lorsqu'un allongement hypertrophique du museau de tanche détermine des accidents sérieux et qu'il a une longueur de 5 à 7 cent., il n'y a qu'un moyen véritablement efficace et curatif à employer, c'est la résection du col à un demi-centimètre au-dessous de l'insertion du vagin. Huit observations rapportées dans ce travail confirment ce précepte.

La deuxième partie de ce travail a pour objet le développement de la proposition suivante :

La maladie que les auteurs et les praticiens désignent sous les noms de prolapsus, de précipitation ou de chute complète de la matrice, n'est autre chose, dans la très-grande majorité des cas, qu'une hypertrophie longitudinale de la portion sous-vaginale de l'utérus, dont le corps et le fond sont restés dans la cavité pelvienne, bien que le vagin soit entièrement renversé et que la tumeur pendante entre les cuisses ait une longueur égale ou supérieure à celle de l'utérus à l'état normal.

Pour démontrer l'exactitude de cette opinion, poursuit M. Huguier, je m'appuierai sur trois ordres de preuves : les faits qui sont disséminés çà et là dans les recueils scientifiques, l'anatomie pathologique et les faits cliniques.

Saviard, auteur de la fin du dix-septième siècle, qui soutenait l'existence de la chute de la matrice, n'a rapporté qu'un seul fait dans lequel l'étendue de la tumeur avait été mesurée pendant la vie; et à l'autopsie, il se trouva que le col de l'utérus était allongé et le fond de l'organe, sorti du bassin de l'hypogastre, c'est-à-dire du grand bassin, était encore sous le pubis.

Morgagni, dans sa 45e lettre, n'a rapporté qu'un seul cas d'autopsie sur la chute de l'utérus, sans renversement de cet organe. Le col de l'utérus et le vagin renversé formaient hors de la vulve une saillie de trois ou quatre travers de doigt, et la partie supérieure ou fond de l'utérus n'était *qu'un peu plus bas que dans l'état naturel.*

Dans le XXe volume des *Archives générales de médecine*, publié en 1829, *Dance* rapporte trois observations de chute de l'utérus. Une des malades meurt; à l'autopsie il trouve une chute incomplète de la matrice; le col avait exactement 3 pouces et demi de long. La hauteur du corps n'était pas altérée.

La sortie complète de l'utérus dans l'affection appelée chute ou précipitation de cet organe est si rare, et l'allongement du col avec la présence du corps dans le bassin si fréquent, que le seul exemple de chute de la matrice avec renversement complet du vagin, représenté par M. Cloquet dans un ouvrage qui renferme 139 dessins d'anatomie pathologique, est confirmatif de notre manière de voir. Le corps de l'utérus était à sa place, le col seul était dans le vagin, complètement renversé ; et la totalité de l'organe gestateur avait 6 pouces de long.

M. Cruveilhier, dans son grand et magnifique ouvrage d'anatomie pathologique, n'a rapporté dans la section des maladies de l'utérus que trois pièces relatives au prolapsus; que toutes trois viennent à l'appui de l'allongement hypertrophique et de la chute incomplète, puisqu'il y avait encore une portion de l'utérus dans le bassin.

A part le cas observé par M. Morel-Lavallée sur le cadavre d'une vieille femme dont la vessie renfermait trois ou quatre calculs, et celui publié par Blandin, où la vessie était remplie de calculs et de matière lithique, je ne connais aucun cas d'anatomie pathologique ou de clinique dans lequel les caractères vraiment pathognomoniques de cette affection aient été indiqués de façon qu'il ne reste aucun doute dans l'esprit d'un homme sérieux.

Ainsi donc, les faits bien authentiques que renferme la science, qui étaient passés inaperçus et restés jusqu'à ce jour sans application, donnent une grande force à ma proposition.

Voyons ce que les observations cliniques et anatomo-pathologiques vont nous apprendre.

Depuis bientôt seize ans, vers le milieu de l'année 1843, époque à laquelle je commençai à appliquer au diagnostic des maladies de l'utérus un nouveau moyen, le cathétérisme utérin, qui ne permet pas d'erreur pour l'affection qui nous occupe, j'ai observé et recueilli avec soin 64 cas de prétendues chutes complètes de la matrice, et sur ce nombre il n'y avait que deux véritables chutes complètes sans allongement hypertrophique de l'organe. Dans un troisième cas, il y avait tout à la fois chute complète, rétroflexion et allongement hypertrophique considérable de la portion sus-vaginale du col.

Pour composer cette série de 64 malades, j'ai pris toutes celles qui, d'après les caractères donnés par les auteurs, pouvaient être considérées comme atteintes de chutes complètes, chez lesquelles la longueur de la tumeur était au moins égale à celle de l'utérus à l'état normal, mais qui le plus souvent la dépassait, et dont le vagin était entièrement renversé ou peu s'en fallait. J'ai mis de côté tous les cas d'abaissement de descente de la matrice, et même ceux dans lesquels le col et le conduit vulvo-utérin, en partie invaginé et renversé, venaient faire une saillie de 2 ou 3 centimètres hors de la vulve, cas que les auteurs et les praticiens désignent sous le nom de semi-prolapsus ou de chute incomplète.

Ce fait d'anatomie pathologique a été plusieurs fois constaté par mon ancien collègue de l'hôpital Beaujon, M. Robert.

A la Société de chirurgie, M. Demarquay présenta, dans la séance du 24 mai 1854, un fait à l'appui de mon opinion. Le corps de l'utérus était à sa position normale; le col était seul précipité; la totalité de la matrice avait une longueur de 12 centimètres.

Depuis cette époque, M. Chassaignac a vu et opéré six malades atteintes de cette maladie; toutes les six avaient un allongement hypertrophique du col. Chez une seule, le corps de l'utérus était complétement sorti parce qu'il était en rétroflexion; mais sitôt qu'on redressait cette partie pour lui rendre sa direction naturelle, elle rentrait dans le bassin, bien que le reste de la tumeur sous-vulvaire ne fût pas réduit.

Enfin, depuis la note que j'ai publiée dans la *Gazette hebdomadaire*, MM. Cazalis et Cusco n'ont plus trouvé à la Salpêtrière que des chutes incomplètes accompagnées d'allongement de la portion sus-vaginale chez les femmes que l'on considérait comme atteintes de précipitation de la matrice.

Dans ce moment, il existe dans le service de M. Cusco, salle Saint-Antoine, n° 14, une femme âgée de quatre-vingt-quatre ans, affligée de cette affection, et cela confirme notre manière de voir; cependant la tumeur est assez longue pour que le vagin soit complétement renversé, aussi bien la paroi antérieure que la postérieure.

Enfin, il en est de même sur les pièces du Musée Dupuytren destinées à servir à l'étude de la précipitation de l'utérus. J'ai fait avec le conservateur du Musée, M. Houel, dont on connaît l'habileté et l'amour pour la science, la visite et la dissection de ces pièces, qui sont au nombre de quatre. Sur trois d'entre elles, il y a une chute incomplète de l'organe; le corps, encore contenu dans le bassin, remonte jusqu'au milieu de la hauteur de la symphyse du pubis. La portion sus-vaginale a subi un allongement hypertrophique et est seule sortie. Sur la quatrième pièce, il y a une chute complète due à deux conditions exceptionnelles : une atrophie considérable de l'utérus, au point que ses parois ont à peine un millimètre et demi d'épaisseur, et un calcul très-volumineux contenu dans la portion de la vessie qui est restée dans la cavité pelvienne.

D'après l'énoncé de ces faits, et les pièces pathologiques que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux, dit M. Huguier en terminant, j'ose espérer qu'il ne restera plus de doute dans votre esprit sur l'exactitude de la proposition que j'ai émise en montant à cette tribune.

Plusieurs membres demandent à faire quelques observations sur cette lecture; mais M. Huguier faisant remarquer que ce travail n'est point terminé et qu'il se propose d'en communiquer prochainement la dernière partie relative au traitement, la discussion est ajournée.

— La parole est à M. Sappey pour une lecture.

Cirrhose. — M. Sappey lit un mémoire sur un point relatif à l'histoire de la cirrhose. Ce mémoire a pour but de déterminer la voie par laquelle le sang de la veine-porte est ramené dans la veine-cave inférieure, lorsqu'il ne trouve plus un libre passage à travers le foie. L'auteur conclut de ce travail :

1° Qu'il n'existe aucun fait bien authentique de persistance de la veine ombilicale chez l'adulte, et que tous les faits qui ont été considérés comme attestant cette persistance doivent être considérés, au contraire, comme autaut d'exemples de dilatation avec hypertrophie de l'une des veinules comprises dans le ligament suspenseur du foie;

2° Que cette veinule, en se dilatant et s'hypertrophiant, amène la dilatation et l'hypertrophie des veines avec lesquelles elle s'anastomose, et devient ainsi le point de départ d'une grande voie dérivative qui s'étend du sinus de la veine-porte vers la veine principale du membre inférieur;

3° Que cette voie dérivative est parcourue par le sang de haut en bas, et non de bas en haut, ainsi que l'avaient pensé et le pensent encore tous les auteurs;

4° Qu'elle peut suivre tantôt les veines sous-aponévrotiques, et tantôt les veines sous-cutanées de l'abdomen; que dans le premier cas il ne se développe sur son trajet ni varices, ni tumeurs variqueuses; que dans le second, au contraire, on voit presque toujours une ou plusieurs de ces tumeurs se produire;

5° Que le courant veineux dirigé du foie avec la veine crurale accuse sa présence par un frémissement perceptible à la main, et par un murmure continu perceptible au stéthoscope;

6° Enfin, que l'existence de ce courant peut être considérée, dans la très-grande majorité des cas, comme un symptôme, bien qu'il accuse toujours une cirrhose ancienne et incurable; doit être accueilli cependant comme un signe favorable, puisqu'il écarte la crainte d'une hydropisie abdominale. (Commissaires : MM. Robert, Barth et Ch. Robin.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Wieland, né à la Havane (île de Cuba); *Etude sur l'évolution de l'utérus pendant la grossesse, et sur le retour de cet organe à l'état normal après l'accouchement.*

Tchayan, né à Péra (Turquie); *Du rhumatisme articulaire aigu et de son traitement.*

Michel, né à Dijon (Côte-d'Or) ; *Observations pour servir à l'histoire de la névralgie d'un membre supérieur.*

Décamps, né à Bray (Somme) ; *Des vices de conformation du bassin chez la femme, de leurs causes, de leur diagnostic, et des indications qu'ils présentent à remplir.*

Landry, né à Saint-Aubin-Jouxte-Boulleng (Seine-Inférieure) ; *De la pneumonie aiguë chez l'adulte.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Jusqu'en 1853, trois établissements hospitaliers, situés au centre du faubourg Saint-Antoine, recevaient les nombreux malades de ce quartier, savoir : l'hôpital de Bon-Secours, l'hôpital Sainte-Marguerite et l'hôpital Saint-Antoine. Le premier de ces établissements a été supprimé pour être réuni à l'hôpital Lariboisière ; le second, connu aujourd'hui sous le nom d'hôpital Sainte-Eugénie, a été converti en hôpital d'enfants. Il ne reste donc plus que l'hôpital Saint-Antoine, dont l'insuffisance se fait d'autant plus sentir que la population ouvrière du quartier tend à s'accroître de jour en jour.

On avait espéré que l'hôpital Lariboisière, qui renferme 600 lits, permettrait de parer à toutes les éventualités; mais l'affluence des malades présentés à cet établissement a démontré le contraire. Dans cette situation, l'administration des hospices, justement convaincue de la nécessité de mettre les moyens d'assistance en rapport avec les besoins constatés, a conçu la pensée d'utiliser de vastes terrains existant dans les dépendances de l'hôpital Saint-Antoine, en y faisant élever des constructions.

Un projet, étudié par ses soins, a reçu l'approbation de l'autorité; il consiste à édifier deux nouveaux bâtiments, qui permettront d'augmenter de 300 l'effectif des lits de malades de l'hôpital Saint-Antoine. L'administration hospitalière, dont la sollicitude est connue des habitants de Paris, n'a pas hésité devant la dépense assez considérable que doit entraîner cet agrandissement, alors qu'il s'agit d'assurer un asile aux membres souffrants de la classe ouvrière, si nombreuse dans ce quartier.

— Une Société de médecine vient d'être créée à Agen. Son bureau est ainsi composé pour l'année 1859 : *Président*, M. le docteur Fraichinet; *vice-président*, M. le docteur Orliac; *secrétaire*, M. le docteur L. Amblard; *trésorier*, M. Magen, pharmacien.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 30. — SAMEDI 12 MARS 1859. (32e ANNÉE.) N° 30. — SAMEDI 12 MARS 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De la mort subite, suite de l'obturation de l'artère pulmonaire par des caillots sanguins, dans les cas de phlegmatia alba dolens et de phlébite oblitérante en général. — Deux cas de chromhydrose, l'une vraie, l'autre simulée. — Des piqûres anatomiques et de leur traitement par l'eau chlorée. — Stérilité guérie par la division du col de l'utérus. — Plaie contuse produite chez un fœtus dans l'utérus. — Règles diététiques à l'usage des asthmatiques. — Couleur rouge des valvules du cœur dans l'empoisonnement alcoolique. — Pommade épispastique à l'huile de croton. — Poudre contre le coryza chronique. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 2 mars. — FEUILLETON. Traité spécial d'hygiène des familles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la mort subite, suite de l'obturation de l'artère pulmonaire par des caillots sanguins, dans les cas de phlegmatia alba dolens et de phlébite oblitérante en général.

Dans la *Revue clinique* du 26 février dernier, nous avons rapporté un cas d'embolie veineuse pulmonaire ayant déterminé la gangrène d'un lobe du poumon. Il nous avait paru que ce fait, dont M. Dumont-Pallier avait déduit avec beaucoup de sagacité des considérations physiologico-pathologiques très-intéressantes sur les caillots fibrineux des veines enflammées, considérés comme éléments des embolies veineuses, serait avantageusement rapproché d'une observation publiée récemment par M. le docteur Charcot, et relative à un cas de mort subite produite par l'oblitération de l'artère pulmonaire chez une femme atteinte de *phlegmatia alba dolens* puerpérale. Mais en nous reportant au texte de cette observation, citée alors seulement de souvenir, nous avons trouvé dans le mémoire que M. Charcot a publié à l'occasion de ce fait dans la *Gazette hebdomadaire* des 29 octobre et 12 novembre dernier, avec la collaboration de M. Benjamin Ball, alors interne à la Pitié, une collection de faits très-intéressants qui nous ont paru jeter une vive lumière sur cette question des embolies veineuses, laquelle a beaucoup occupé dans ces derniers temps l'attention des anatomo-pathologistes. Nous saisissons avec plaisir l'occasion de présenter un rapide résumé de ces faits :

Le premier fait que rapportent MM. Charcot et Ball est celui d'une femme de vingt-trois ans, entrée à l'hôpital de la Pitié le 13 juillet dernier. Cette femme avait été prise quelques jours après être accouchée (le sixième jour) d'une douleur vive dans la fosse iliaque gauche, où l'on constata bientôt l'existence d'une tumeur assez volumineuse, qui ne tarda pas à devenir fluctuante. Bientôt après le membre inférieur gauche devint le siége d'un œdème douloureux avec cordon volumineux sur le trajet de la veine fémorale.

En même temps il survint des frissons erratiques, de la fréquence du pouls, de l'inappétence, et, en un mot, tous les symptômes qui accompagnent d'ordinaire la *phlegmatia alba dolens*. Après quelques jours de durée, cette affection paraissait sur son déclin, lorsque, le 3 mai, vers midi, cette femme fut prise tout à coup d'une gêne considérable de la respiration et d'une anxiété singulière; elle se tenait assise sur son lit, le visage était d'une pâleur extrême, les extrémités froides. Vers deux heures, orthopnée de plus en plus prononcée; pouls très faible, presque imperceptible; visage très-pâle, nullement cyanosé lèvres décolorées. On eut recours aux révulsifs, sans aucun amendement; les accidents s'aggravèrent rapidement, et la malade succomba à quatre heures de l'après-midi. Il n'y avait pas eu de râle laryngo-trachéal; seulement, dans les derniers instants de la vie, il s'était présenté un peu d'écume sur les lèvres.

D'après les circonstances de l'observation, et se fondant sur la connaissance de cas analogues, M. Charcot porta le diagnostic suivant : *Obturation des troncs principaux de l'artère pulmonaire par les caillots détachés des concrétions sanguines formées dans les veines du membre inférieur.*

Ces prévisions ont été pleinement vérifiées par l'autopsie. Voici, en effet, ce qu'elle a révélé.

Les veines fémorale, hypogastrique et iliaque externe gauches, dans toute leur étendue, se présentaient sous la forme de gros cordons durs au toucher. Leur calibre était totalement oblitéré par des caillots fibrineux. Il en était de même de la veine iliaque primitive; mais dans celle-ci le caillot s'arrêtait brusquement au niveau d'un point que la tumeur iliaque avait dû comprimer fortement à une certaine époque, c'est-à-dire à 3 centimètres environ au-dessous de la bifurcation de la veine-cave inférieure. La veine saphène interne et la plupart des veines afférentes de la fémorale étaient également distendues par des caillots dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres à partir du point où elles s'abouchent avec cette dernière veine. La veine iliaque primitive gauche, au contraire, dans sa partie supérieure, et la veine-cave inférieure dans toute son étendue, étaient parfaitement libres.

Le ventricule gauche contenait un petit caillot mou, décoloré et non adhérent. Dans le ventricule droit, on trouvait un caillot rouge et mou, de formation récente, du volume d'un tuyau de plume environ, envoyant des prolongements dans la veine-cave inférieure et dans l'oreillette droite, et qui par en haut pénétrait dans l'artère pulmonaire. A mesure qu'il s'élevait dans le tronc de l'artère pulmonaire, ce caillot augmentait rapidement de volume et de consistance.

Il pénétrait en se ramifiant dans les branches de bifurcation du vaisseau principal, dans les rameaux de 2e et de 3e ordre, et même à droite jusque dans les rameaux de 4e et de 5e ordre. Ce coagulum ramifié, qui obturait ainsi dans sa presque totalité l'artère pulmonaire, présentait dans la plus grande partie de son étendue les caractères propres aux caillots de formation assez récente. Dans les branches droites de l'artère pulmonaire, au moment où elles pénètrent dans le poumon correspondant, on trouvait un coagulum assez volumineux pour distendre fortement la paroi de l'artère dans laquelle il était comme enclavé, placé à cheval sur l'éperon saillant que forment en se bifurquant deux vaisseaux de 3e ordre. En ce point, ce caillot ressemblait sous tous les rapports, par son aspect, sa texture, et par sa consistance, aux coagulums contenus dans les veines iliaques primitive et externe gauches; nulle part il n'adhérait aux parois du vaisseau. Celles-ci étaient parfaitement saines dans toute leur étendue.

MM. Charcot et Benjamin Ball ont rapproché de cette observation un assez grand nombre de faits empruntés, pour la plupart, aux cliniques allemandes, et qui présentent avec elle cela de commun, que la mort subite ou rapide, survenue à une époque plus ou moins rapprochée de l'accouchement, a été la conséquence de l'oblitération de l'artère pulmonaire par des concrétions fibrineuses, sans qu'il y eût altération des parois du vaisseau. Voici la relation très-sommaire de quelques-uns de ces faits :

Dans une observation rapportée par le docteur Klinger, une jeune femme primipare est prise, trois jours après ses couches, de *phlegmatia alba dolens* ; au bout de quelques jours elle allait mieux, lorsque tout à coup elle tombe en poussant un cri, le visage pâle, l'œil éteint, les extrémités froides, le pouls petit, la respiration bruyante, etc., et meurt au bout de trois quarts d'heure.

A l'autopsie, on trouve la veine crurale gauche et toutes ses branches complétement obstruées par des caillots fibrineux, qu'on suit jusqu'au niveau du tiers inférieur de la cuisse. Dans les poumons on trouve des caillots qui peuvent être suivis jusque dans les plus petits rameaux de l'artère pulmonaire.

Trois observations sont empruntées à un travail publié en Allemagne par M. le docteur Necker, sur l'obturation de l'artère pulmonaire, comme cause de morts subites après l'accouchement. L'une de ces observations est presque identique avec la précédente. Dans les deux autres, les veines de l'utérus et de ses annexes étaient seules oblitérées par des concrétions fibrineuses; les veines crurales étaient libres. La mort avait eu lieu de la même manière, subitement, et par suite de l'oblitération de l'artère pulmonaire par des thrombus.

Enfin, dans quelques autres observations, il n'y a point eu non plus d'œdème douloureux, mais l'autopsie a fait découvrir, comme dans ces deux derniers cas, dans une ou plusieurs veines, le plus habituellement dans les veines du bassin, des caillots fibrineux de date plus ou moins ancienne, et dont l'existence a pu quelquefois n'être pas révélée par des symptômes particuliers.

Voilà pour la série des faits d'oblitération de l'artère pulmonaire survenue chez des nouvelles accouchées; mais ce n'est pas dans l'état puerpéral seulement qu'on a rencontré ce genre d'accidents.

L'oblitération de l'artère pulmonaire par des caillots fibreux, sans altération primitive des parois artérielles, a été observée à la suite des affections les plus diverses, toutes les fois qu'elles étaient compliquées de phlébite oblitérante ou de l'oblitération d'une veine par des caillots, sans phlébite. Ainsi, dans deux cas rapportés dans le travail de MM. Charcot et Benjamin Ball, l'affection primitive a été une phlébite; dans une troisième observation, on a vu la mort survenir brusquement chez une femme atteinte d'oblitération veineuse consécutivement à une affection cancéreuse de l'estomac et du pancréas. Deux observations de M. Virchow confirment un fait déjà indiqué par M. le professeur Magnus Huss; savoir, la coagulation spontanée du sang dans les veines des membres, et l'oblitération consécutive de l'artère pulmonaire par des caillots, à la suite de la fièvre typhoïde.

Ces exemples, bien que se rapportant à des faits heureusement très-rares, sont encore assez nombreux toutefois pour légitimer

BIBLIOGRAPHIE.

Traité spécial d'hygiène des familles, particulièrement dans ses rapport avec le mariage, au physique et au moral, et les maladies héréditaires; par le docteur Fr. DEVAY, professeur à l'École de médecine de Lyon (1).

Il n'est pas, entre toutes les branches des connaissances médicales, de sujet sur lequel on ait plus écrit que sur l'hygiène, et la chose est facile à comprendre. On peut jusqu'à un certain point, et certainement à plus juste titre, dire de l'hygiène ce que disait autrefois de la physiologie un vieux médecin, à savoir, que c'est le *roman de la médecine*. Certes il est nécessaire, pour faire un livre d'hygiène, de posséder un grand nombre de connaissances réelles et positives ; mais il est aussi bien des points pour l'éclaircissement desquels le simple bon sens suffit, et bien des sujets qu'embrasse cette science prêtent à des développements dans lesquels un style brillant et imagé trouve facilement son emploi, et suffit pour donner un véritable attrait à l'œuvre. Et en effet, il est plus facile et plus commun de rencontrer des littérateurs élégants et féconds que des penseurs profonds.

De plus, l'hygiène est un champ tellement vaste que, tout en faisant un traité complet d'hygiène, chaque auteur a, par une prédilection involontaire, presque toujours envisagé plus particulièrement une face de son sujet, qui l'hygiène publique, qui l'hygiène de l'individu, celle des diverses professions, etc. C'est au point de vue de la famille, et des rapports que peut avoir l'hygiène avec le mariage, les maladies héréditaires, etc., que s'est principalement attaché l'auteur du volume que nous avons sous les yeux, M. Francis Devay, professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine de Lyon, connu déjà dans la science par d'utiles travaux.

M. Devay n'est pas un de ces phraseurs dont nous parlions plus haut, qui ne voient dans l'étude et l'enseignement de l'hygiène que le côté littéraire ; c'est un homme sérieux, profondément versé dans la connaissance de tous les éléments qui constituent cette science, qui a voulu faire un livre utile et pratique, et qui a réussi.

Il y a plusieurs années, il avait publié sous le même titre un travail dans lequel on trouvait déjà d'excellents conseils, mais qui n'était encore pour ainsi dire qu'une ébauche. Malgré ce qu'il présentait d'incomplet, ce livre obtint en peu de temps un succès assez beau pour que l'auteur, qui depuis sa première publication avait continué ses recherches et agrandi son sujet, jugeât à propos d'en donner une seconde édition, entièrement refondue et tellement augmentée, qu'elle forme un ouvrage tout à fait nouveau.

Un mot sur ce titre, *Hygiène des familles*, et sur la valeur qu'y a attachée l'auteur.

Pour lui, la bonne hygiène est l'hygiène préventive ; or, dit-il, on ne peut le nier, une des plus grandes sommes d'afflictions qui soient départies aux familles, c'est la multiplication parmi elles des affections chroniques et héréditaires. Eh bien, pour extirper du sein de la famille un germe invétéré d'affections constitutionnelles, pour la retremper dans la force, ce n'est pas l'œuvre d'un jour qu'il faut entreprendre ; il faut se placer sous la surveillance directe et continuelle de l'hygiène; il faut qu'elle entre d'une manière intime dans le plan général de l'éducation, et l'on ne peut obtenir ce résultat qu'en augmentant l'influence que le médecin exerce sur la famille. Mais comme cette influence est loin d'être aussi grande aujourd'hui qu'elle l'était autrefois, que l'on a perdu l'habitude de consulter dans certaines circonstances graves le médecin, qui était souvent autrefois l'oracle de la famille, le seul moyen de remédier à cet état de choses, c'était de rassembler sous une forme intelligible et élégante les préceptes qui doivent diriger les actes du chef de famille, et de lui faire comprendre toute l'utilité des conseils qui lui sont adressés dans l'intérêt des siens et de lui-même.

La division des matières traitées dans ce livre est constituée par quatre parties : le sujet de l'hygiène, ou l'individu ; l'hygiène de la famille, ou de l'espèce ; l'hygiène physique, ou l'usage des modificateurs matériels ; l'hygiène morale, ou les modificateurs moraux.

C'est surtout sur la seconde partie, consacrée à l'hygiène de la famille, qu'ont porté les additions les plus nombreuses et les plus importantes du livre de M. Devay, celles qui en ont fait un travail tout à fait neuf et original. Et d'abord, en étudiant les maladies héréditai-

(1) Deuxième édition. Un vol. in-8° de XXIII-765 p. — Chez Labé.

cette conclusion que MM. Charcot et Ball tirent de leurs recherches; savoir, que la mort subite ou rapide par oblitération fibrineuse de l'artère pulmonaire, peut arriver non-seulement dans les cas de *phlegmatia alba dolens* puerpérale, mais encore dans les cas divers où il se forme des caillots fibrineux dans les veines principales des membres.

Deux cas de chromhydrose, l'une vraie, l'autre simulée.

Depuis la publication de notre dernier article sur la chromhydrose dans le numéro du 26 janvier dernier, où nous avons fait connaître un nouvel exemple de cette singulière affection observée par M. le docteur Maker (de Colmar), nous avons reçu deux communications sur ce sujet, l'une de M. le docteur Kirchberg (de Nantes), et l'autre de M. le docteur Duchêne, de Pavilly (Seine-Inférieure).

La communication de M. Kirchberg a pour objet de nous faire connaître un nouveau cas de chromhydrose, qui s'est présenté à son observation, et qui est à ses yeux, comme aux yeux de toutes les personnes qui connaissent la malade, d'une indubitable authenticité.

Voici ce fait :

« Mlle X..., âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, jouissant d'une excellente santé ordinaire, ne fut pas peu surprise, il y a trois mois et demi, de constater un matin, en se regardant à sa glace, une matière bleue abondamment répandue sur une partie de son front, immédiatement au-dessus du sourcil gauche. Elle venait de se laver et de s'essuyer le visage, aussi sa première pensée fut-elle d'accuser la serviette dont elle s'était servie. Elle se lava de nouveau avec grand soin et enleva toute cette matière, qui disparut sous le frottement de la serviette blanche qu'elle tacha en bleu. Etonnée d'un pareil phénomène, Mlle X... en avertit immédiatement sa mère, qui crut d'abord à une plaisanterie, mais dut bientôt se rendre à l'évidence en assistant à la répétition du fait. D'intimes relations d'amitié entre sa famille et la mienne me permettant, dit M. Kirchberg, de voir souvent cette demoiselle, il m'a été très-fréquemment donné de constater moi même ce que la malade m'avait raconté.

» Il y a quelques mois, j'avais été fort intrigué, je l'avoue, par cette coloration bleue se produisant sous mes yeux; mais à l'époque où ce fait s'est présenté à mon observation, la *Gazette des Hôpitaux* venait de publier le travail de M. Leroy de Méricourt. Dès lors plus de doute pour moi, c'était un cas de chromhydrose. Je questionnai la demoiselle sur l'état général de sa santé, et il me fut facile de constater que depuis quelque temps elle éprouvait des symptômes de chloro-hystérie, caractérisés par une céphalalgie revenant de temps en temps, des douleurs à la région épigastrique avec inappétence, des envies de pleurer non motivées, des bouffées de chaleur au visage et au cou, du froid aux pieds, une légère décoloration des conjonctives, des lèvres et des gencives. Sa mère m'apprit que la menstruation, qui jusqu'alors avait été parfaite, était devenue plus abondante, mais plus pâle qu'à l'ordinaire. Du reste, pas de palpitations, et aucun bruit de souffle au cœur et dans les carotides. Rattachant la coloration bleue aux troubles menstruels, je proposai un régime tonique et un traitement ferrugineux. Mais la demoiselle, qui considérait ces troubles comme insignifiants et passagers, ne voulut d'abord rien faire. La transpiration bleue cessa de paraître à l'endroit où elle s'était d'abord manifestée, pour se produire à l'extrémité externe du sourcil gauche. Puis continuant sa marche, elle quitta ce nouveau siége pour se faire au milieu de la joue gauche. C'est toujours là qu'elle s'est manifestée depuis; cependant, très-passagèrement, elle s'est montrée sur la joue droite, jamais ailleurs.

» Ennuyé de cette transpiration bleue, qui, après s'être manifestée le matin principalement, avait fini par se produire abondamment et pendant tout le cours de la journée, surtout à l'époque des menstrues, Mlle X... me consulta sérieusement. Un embarras gastrique avait compliqué ces accidents; il cessa après l'administration de 30 grammes de citrate de magnésie. Une inappétence complète, qui avait persisté après la disparition de l'enduit de la langue produit par l'embarras gastrique, céda à l'usage des pastilles de Vichy continué quelques jours, et l'estomac paraissant désormais bien préparé, on commença un régime tonique et un traitement ferrugineux (30 grammes de lactate de fer chaque jour). Sous l'influence de cette médication, les symptômes de chlorose se sont amendés, la transpiration bleue avait presque cessé. Cependant, ces jours-ci, les menstrues ont reparu encore un peu pâles; la transpiration a reparu également, mais moins abondante qu'aux autres époques. Mlle X... a remarqué que le dimanche la matière bleue est plus abondante, ce qu'elle attribue à l'observation du régime maigre qu'elle n'a pas consenti à cesser le vendredi et le samedi. »

En considérant l'apparition de cette transpiration bleue qui a succédé à des symptômes de chlorose, qui augmente pendant le temps de la menstuation, et s'amende depuis que les troubles menstruels tendent eux-mêmes à disparaître sous l'influence d'un régime analeptique et d'un traitement ferrugineux, M. le docteur Kirchberg se croit fondé à conclure avec M. Leroy de Méricourt que la chromhydrose est liée à des troubles de la menstruation, et qu'elle n'est que l'expression symptomatique d'un état général. Mais dans quelles circonstances les troubles de la menstruation déterminent-ils cette transpiration bleue? — Des travaux ultérieurs, répondrons-nous avec notre confrère, pourront seuls nous instruire à cet égard.

Nous avons dit que M. Kirchberg nous transmettait cette observation comme empreinte du cachet d'une indubitable authenticité. « Sans tenir compte, ajoute-t-il en effet, du caractère de la malade, dont la franchise à toute épreuve ne se prêterait guère à une supercherie, les faits ont été constatés d'une manière si nette, j'ai vu tant de fois cette transpiration bleue se produire sous mes yeux et disparaître en colorant le linge blanc avec lequel on frottait la peau, qu'il ne pourrait me rester dans l'esprit aucun soupçon de simulation. »

— Il n'en est pas de même, ainsi qu'on va le voir, du fait qui nous a été communiqué par M. Duchêne.

« Le nouveau cas de chromhydrose dont vous avez publié l'observation dans le numéro du 15 janvier dernier, nous écrit notre confrère de Pavilly, présente une ressemblance tellement frappante avec un cas de chromhydrose simulée dont j'ai été témoin tout dernièrement, que je crois utile de le publier, afin que mes confrères prévenus se tiennent sur leurs gardes. »

Voici la relation de ce fait assez bizarre de simulation. Nous laissons parler M. Duchêne lui-même :

« Je fus appelé vers 1856, pour la première fois, dit-il, auprès de la fille Prudence, de Limésy, âgée de trente-six ans, réglée depuis l'âge de seize ans, assez régulièrement menstruée.

» Je fus frappé de la coloration bleue des paupières, coloration qui s'étendait depuis le milieu du front jusqu'au milieu des joues. Au premier aspect, la figure semblait, comme le dit fort exactement le docteur Maker, porter les traces d'une violente contusion, ou avoir été badigeonnée avec une solution d'indigo... Je fus tellement frappé de cette dernière idée, que je la manifestai immédiatement, pensant, ce qui était supposable, que cette fille, tissant du coton bleu (elle était tisseuse de profession), avait pu frotter ses paupières avec ses doigts imprégnés de matière colorante.

» Quel fut mon étonnement quand j'appris que cette coloration existait depuis vingt ans! Elle l'attribuait à un sort qu'on lui avait jeté. Dès cette époque des soupçons naquirent dans mon esprit; je me gardai bien de les communiquer, car les renseignements pris par moi auprès du maire, du curé et des principaux habitants du pays étaient tellement favorables à la malade, qu'il eût été imprudent à moi de les émettre. J'attendis donc, et j'observai.

» Exactement comme dans l'observation du docteur Maker, c'était sur les paupières que la coloration normale avait le plus d'intensité; elle s'étendait de là sur le front, les joues, en s'adoucissant, se fondant très-légèrement, ce qui n'empêchait pas de distinguer comme par transparence la teinte rosée des joues; cette couleur ressemblait tout à fait à de l'indigo, franchement bleue, sans reflet noir. Pointillé bleu foncé, ressemblant à une poussière déposée dans les sillons de la peau. J'ai copié presque textuellement le passage correspondant de l'observation du docteur Maker; il m'était impossible de traduire plus exactement ma pensée.

» De temps à autre des plaques d'un bleu moins foncé apparaissaient sur la poitrine, les membres; la fatigue, la marche, la chaleur augmentaient considérablement l'intensité de la coloration, absolument comme dans l'observation du docteur Maker. Enfin, au bout d'un certain temps, la coloration diminuait d'intensité, pour disparaître presque entièrement quelques jours après. Pour compléter le tableau, anorexie, vomissements après les repas. Que n'ai-je une analyse et un examen microscopique pour le rendre plus complet encore!

» Cette chromhydrose était simulée. Comment ai-je pu constater la simulation? Nous y arrivons.

» Indépendamment de la coloration bleue, notre malade simulait tantôt une affection vermineuse, tantôt une affection nerveuse, tantôt un appétit vorace que rien ne pouvait rassasier; elle restait quelquefois, disait-elle, un mois sans manger. Je mis successivement à néant toutes ces prétendues affections, et nous gagnâmes ainsi l'année 1858, mes soupçons ayant singulièrement augmenté. Il ne nous restait plus à prouver qu'une chose, la simulation de la chromhydrose; mais il nous fallait des preuves palpables même pour les moins clairvoyants.

» J'examinai donc de nouveau et dans un jour favorable la coloration des paupières; je trouvai sur l'une d'elles une petite verrue qui m'avait échappé jusqu'alors ou qui avait apparu depuis; cette verrue, en forme de champignon, était supportée par un pédicule très-mince, je l'excisai; le pédicule était *blanc, ainsi que la peau protégée par la verrue*; je fus immédiatement fixé sur la simulation, mais je gardai encore le silence. Le lendemain, après avoir fait part au maire, homme d'une intelligence supérieure, des observations que j'avais faites antérieurement et de ma nouvelle découverte, j'amenai chez lui la prétendue malade, et en sa présence, ainsi qu'en présence d'un notable de l'endroit, je procédai à un lavage complet de la face et des jambes.

» Quand le lavage fut terminé, je demandai brusquement à cette fille de quel bleu elle se servait pour se teindre ainsi; après bien des négations, des hésitations, pressée par nous, elle avoua qu'elle se teignait ainsi depuis vingt ans avec de l'indigo; qu'une vieille femme de ses voisines lui en avait donné le conseil, et que la paresse était son mobile; elle vivait ainsi sans rien faire, exploitant la crédulité publique.

» Plusieurs médecins de Rouen et des environs avaient été dupes de sa supercherie. Cette ruse déjouée, elle a essayé d'autres moyens, eczéma, érysipèle phlegmoneux, crises hystériques complètes, je dirai même savantes, mais sans succès.

» En présence des observations de chromhydrose publiées depuis quelque temps, surtout en présence de celle du docteur Maker, où en serais-je.... sans ma verrue!.... »

Nous sommes parfaitement de l'avis de notre confrère; il faut apporter dans l'observation des faits de ce genre une sévère surveillance pour se mettre à l'abri de la supercherie ou de toute autre cause d'erreur. Mais en admettant que dans le nombre des faits publiés, quelques-uns puissent être suspects, le plus grand nombre offre assurément toutes les garanties de la plus parfaite exactitude.

DES PIQURES ANATOMIQUES

et de leur traitement par l'eau chlorée.

Par M. Félix Garrigou, élève en médecine.

En passant en revue les divers traitements employés jusqu'ici contre les piqûres anatomiques, on peut s'assurer de deux

---

res, l'auteur prétend amener les familles à se préoccuper plus sérieusement qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour du mariage sous le rapport sanitaire.

En passant en revue les affections héréditaires, M. Devay étudie leur filiation et leurs diverses transformations dans les mariages; il prouve qu'il existe une sorte de logique établie entre l'existence de ces affections de la famille et telle ou telle alliance imprudemment contractée. Ces considérations conduisaient tout naturellement M. Devay à reproduire, en résumé du moins, ses précédentes études sur les dangers des mariages entre consanguins, et sur l'influence que ces unions exercent sur les produits du mariage. Nous ne rappelons ici qu'en passant et pour mémoire, que, de toutes les études faites en ce sens depuis quelques années, il résulte que le plus grand nombre des sourds-muets, des aveugles-nés, des idiots, etc., enfin des enfants qui viennent au monde avec quelque infirmité grave, proviennent de mariages entre personnes de la même famille, du même sang, et que ces accidents sont d'autant plus à craindre que le degré de parenté est plus rapproché. Ceci est désormais une vérité acquise à la science, et dont la démonstration appartient certainement bien plus à M. Devay qu'à tout autre physiologiste.

Cette question du mariage, envisagée sous toutes ses faces, est sans contredit une des parties du livre les plus intéressantes et les mieux traitées, ou du moins avec le plus de conscience et de chaleur de conviction. Dans aucun ouvrage spécial, soit de physiologie, soit de pathologie, soit d'hygiène, soit même de théologie, ce sont les théologiens qui ont le plus parlé du mariage, et M. Devay lui-même le rappelle, dans aucun ouvrage, disons-nous, nous n'avons rencontré d'études plus complètes et plus saisissantes, non pas cependant que nous adoptions sans réserve aucune toutes les opinions de l'auteur du *Traité d'hygiène des familles*. Ainsi, nous citerons le chapitre où il est question de la double transmission possible des maladies entre époux. Il est bien évidemment plus de maladies qu'on ne le croyait jadis, qui sont susceptibles de se transmettre d'un époux à l'autre par le seul fait de la cohabitation. D'autre part, il serait ridicule de prétendre qu'il n'est pas malsain pour un des époux de passer des nuits entières dans le même lit, s'imprégnant des mêmes miasmes, des mêmes sueurs que l'autre, affecté d'une maladie chronique organique; mais de là à affirmer, comme le veut M. Devay, que la phthisie pulmonaire, par exemple, est contagieuse entre mari et femme, et à citer une série d'époux qui, se remariant, se rendent successivement phthisiques les uns les autres, il nous semble qu'il y a peut-être plus loin que ne voudrait le faire croire notre savant confrère.

Les faits qu'il cite ne sont pas excessivement nombreux. Il faut bien faire un peu la part des coïncidences; et puis enfin, la tuberculisation est maintenant une affection si répandue, qu'il n'y a rien d'absolument étonnant qu'un homme, veuf d'une phthisique, se remarie à une femme saine en apparence, meure phthisique lui-même au bout de quelque temps, que cette seconde femme meure phthisique ensuite après s'être remariée à un second mari, qui succombe lui-même tuberculeux. Nous ne voyons en tout, là dedans, que quatre phthisiques qui, par un enchaînement bizarre de circonstances, se sont unis successivement les uns aux autres et sont morts de la même maladie, dont ils avaient, jusqu'à un âge donné, porté le germe latent.

Mais, si nous n'admettons pas comme entièrement démontrés tous les faits signalés par M. Devay, nous n'en convenons pas moins qu'il a bien fait de les signaler comme possibles, et d'attirer sur eux l'attention des observateurs sérieux.

Puis vient l'hygiène de l'enfant, à laquelle on ne saurait consacrer trop de soins et trop de veilles. S'il est quelque chose de particulier et de tout à fait spécial dans ce *Traité d'hygiène*, c'est la sollicitude constante que l'auteur a apportée à traiter tous les points relatifs à l'éducation; au physique, pas plus qu'au moral, l'éducation ne se sépare de l'hygiène.

Les considérations qui précèdent suffiront, sans nul doute, pour faire comprendre à ceux qui liront ce compte rendu toute l'importance du livre de M. Devay, et de quel point de vue élevé il a envisagé la question sociale. C'est un de ces ouvrages qui font époque dans la science, et dont le succès est assuré auprès de toutes les intelligences d'élite.

Dr A. Foucart.

Traité complet des paralysies, par le docteur O. Landry. Tome Ier, 1re partie. In-8° de XII-320 pages. Prix : 4 fr. 50. — L'ouvrage comprendra 2 forts vol. in-8°, publiés en 4 parties. Paris, Victor Masson, 1859.

choses : c'est qu'ils ont été fort variés et qu'ils sont souvent demeurés complétement inefficaces. Les divers agents thérapeutiques employés en effet dans ces cas de piqûres sont le lavage, la succion, la cautérisation, la ligature, au moment même de la piqûre ; un peu plus tard, les toniques, le calomel jusqu'à salivation, les sels d'ammoniaque, les sangsues, etc. De tous ces agents, aucun n'attaque directement la cause morbide, ou l'attaque mal ; tous sont employés pour arrêter les effets déjà produits, sans qu'on se préoccupe de ceux qui pourront encore se manifester, la cause n'ayant pas toujours borné son action à la détermination d'un seul accident. Il s'agissait donc de trouver un spécifique dont les effets fussent plus prompts que ceux du mal, et qui pût être directement dirigé contre le virus cadavérique lui-même.

C'est à ce résultat qu'est arrivé M. le docteur Nonat, au moyen de l'eau chlorée. Diverses expériences ont amené ce médecin à employer l'eau chlorée dans les cas qui nous occupent. Il a pu constater les effets presque instantanés du chlore dans l'empoisonnement par l'acide cyanhydrique et l'acide sulfhydrique, d'après une longue série d'expériences qu'il serait inutile et hors de saison de rapporter ici. Mais ce n'est qu'après avoir expérimenté sur lui-même, et s'être assuré des résultats qu'il supposait devoir obtenir, qu'il a conseillé l'usage de l'eau chlorée à ses élèves à la suite de piqûres anatomiques. Depuis 1836 qu'il préconise ce traitement, il ne l'a jamais vu échouer. Voici dans quelles circonstances M. Nonat a pu essayer sur lui-même les effets du chlore :

Le lendemain d'un jour où il avait fait l'autopsie d'une femme morte de fièvre puerpérale, M. Nonat va prendre un bain. Tout à coup il est saisi d'un frisson violent. Il ne sait à quoi l'attribuer. Examinant sa main gauche, dont il souffre quelque peu, il voit des traînées rosées partant d'une excoriation datant de quelques jours, et située à l'angle externe du pouce. Les traînées d'angioleucite se dirigeaient du côté de l'aisselle, où quelques ganglions étaient déjà engorgés. Il rentre aussitôt chez lui, et plonge la main dans un bain d'eau chlorée, qu'il prolonge assez longtemps. Aussitôt les douleurs cessent. Le bain est renouvelé deux ou trois fois dans la journée ; tous les accidents disparaissent peu à peu. Au bout de quelques jours l'inflammation avait disparu, et il n'y avait pas eu le moindre abcès dans l'aisselle.

Chez plusieurs de ses élèves, M. Nonat a vu des résultats tout à fait semblables. Mais ces résultats ne peuvent être obtenus qu'autant qu'il n'y a pas encore infection purulente. Dans le cas contraire, il n'y a aucun espoir à fonder sur le chlore. Les faits que j'ai pu observer de mon côté, soit sur moi-même, soit sur quelques élèves traités d'après les principes de M. Nonat, ont donné des résultats identiques avec ceux de ce médecin. Des observations que j'ai recueillies, je donnerai seulement la suivante, qui m'est personnelle, et qui est intéressante à plus d'un titre.

Je me piquai le jeudi 22 avril 1858 ; j'étais à cette époque chloro-anémique, et par suite prédisposé à toute espèce d'absorption. Je lavai la plaie, et la fis saigner autant qu'il fut possible; mais ce ne l'était guère, vu son exiguïté et sa situation à la face palmaire de la main gauche. J'exerçai de plus une succion prolongée, et ne voyant plus suinter de sang, je lavai de nouveau la main.

Vers six heures du soir seulement, le vendredi, tandis que je me retirais de l'amphithéâtre, j'éprouvai une certaine gêne dans les articulations de la main, et surtout de l'index et du pouce à gauche. Je vis en même temps une angioleucite déjà assez étendue, ayant la forme d'un croissant.

J'appliquai sur les parties enflammées une large couche d'onguent mercuriel ; elle resta en place environ quatre heures. Au bout de ce temps, sentant les douleurs articulaires de la main et du poignet devenir plus intenses, pendant que de nouvelles douleurs naissaient dans l'avant-bras et dans l'aisselle, j'allai réclamer les soins de M. le docteur Nonat. Il enleva l'onguent mercuriel, et me fit immédiatement baigner la main dans une dissolution de chlore. Les douleurs, bientôt calmées, se reproduisirent cependant quelques heures après, mais bien moins violentes. Dans la nuit, elles furent à peine sensibles.

Le samedi, un petit abcès s'étant formé, il fut ouvert, le derme décollé tout autour de la plaie, et un nouveau bain dans de l'eau chlorée me fut ordonné. L'angioleucite n'avait pas fait de progrès pendant la nuit. Dans la journée, je baignai plusieurs fois la main, que dans l'intervalle je tenais enveloppée dans un cataplasme. Le lendemain l'angioleucite avait entièrement disparu. Quant aux douleurs, elles n'existaient plus depuis que les bains d'eau chlorée avaient été souvent répétés.

Le dimanche soir, après avoir marché rapidement pendant près d'une demi-heure, au moment de me mettre à table, je fus bientôt pris de frissons, et quelques douleurs se manifestèrent dans la main blessée. Je me mis aussitôt au lit, et j'eus dans la nuit un véritable accès de fièvre à trois stades parfaitement marqués. Les douleurs de la main n'avaient duré que quelques minutes au moment où j'éprouvai le froid. Le lundi soir, même accès que la veille et à la même heure. Soumis à l'usage du vin de quinquina, j'en pris dans la journée du mardi de très-fortes doses, et le soir je ne ressentis pas mon accès. Depuis, il n'a plus reparu.

Je conservai pendant quelques jours une teinte ictérique très-marquée, qui disparut le jeudi sous l'influence d'un léger purgatif. A ce moment, la plaie de la main était complétement cicatrisée, et l'angioleucite avait disparu depuis plusieurs jours.

Je me suis piqué plusieurs fois depuis lors en disséquant des cadavres non injectés. L'emploi de l'eau chlorée m'a toujours mis à l'abri de tout accident. Parmi mes camarades plusieurs se sont aussi piqués devant moi; je leur ai conseillé d'employer l'eau chlorée, et j'ai eu la satisfaction de voir les piqûres ne donner lieu à aucun accident chez ceux qui ont voulu en faire usage.

STÉRILITÉ GUÉRIE
par la division du col de l'utérus.

Par M. Spencer Wells.

Il n'est pas rare de rencontrer des femmes mariées depuis plusieurs années, désirant vivement, ainsi que leur mari, d'avoir des enfants, et qui cependant n'ont jamais conçu. Ces femmes souffrent ordinairement beaucoup de dysménorrhée, et cela probablement même avant leur mariage. Cette affection dépend, dans beaucoup de cas, de la contraction sur un point ou dans toute son étendue du canal du col de l'utérus.

Dans ce cas, la division du col au moyen de l'hystérotome du professeur Simpson, est quelquefois presque immédiatement suivie d'une conception. Un fait de ce genre a été récemment observé à *Samaritan Hospital.*

Chez une femme mariée depuis huit ans, sans enfants, affectée de dysménorrhée, la cavité du col de l'utérus était si étroite qu'elle donnait avec difficulté passage à une petite sonde. M. Spencer Wells divisa franchement de part en part les deux côtés du col. Un tampon de coton huilé servit de tout pansement pendant quelques jours, et la malade fut perdue de vue.

Ceci se passait il y a deux ans, et la semaine dernière cette femme apportait à l'hôpital un bel enfant âgé de treize mois. La conception avait suivi si rapidement l'opération, que nous pouvons la considérer comme son effet, et comme venant à l'appui des autres expériences de M. Simpson. (*Med. Times and Gazette.*)

PLAIE CONTUSE PRODUITE CHEZ UN FOETUS DANS L'UTÉRUS.

Par M. Lynch.

Les moyens de protection qui entourent l'enfant dans le sein maternel sont loin de le mettre absolument à l'abri des violences extérieures.

Le fait suivant mérite de prendre place dans la série déjà étendue des lésions traumatiques remarquables éprouvées par le fœtus encore renfermé dans l'utérus :

Madame Scott, au huitième mois de sa grossesse, fit une chute sur le dos, contre une pièce de bois; elle dut s'aliter, et resta souffrante pendant huit jours, au bout desquels elle accoucha très-facilement. L'enfant, du sexe féminin, ne respira pas. Il portait sur le dos une plaie contuse, étendue depuis le sacrum jusqu'à l'occiput, et mesurant environ 3 pouces en travers. Il semblait que la peau et les muscles avaient été violemment arrachés des vertèbres et des côtes.

Cette plaie était couverte d'une pellicule de lymphe organisée, et ses bords présentaient cet aspect luisant, lisse, qui dénotait un commencement de cicatrisation. — La mère éprouvait encore des douleurs dans le dos quelques jours après l'accouchement.

(*British Medical Journal*, 24 juillet 1858).

RÈGLES DIÉTÉTIQUES A L'USAGE DES ASTHMATIQUES.

Ce sujet, fort peu étudié, a été réduit par M. Hyde Salter en quatre préceptes des plus faciles à comprendre, sinon à exécuter.

L'influence de la digestion pour produire l'asthme est grandement augmentée par l'état de sommeil; par conséquent les asthmatiques, avant de se mettre au lit, doivent n'avoir rien mangé depuis un temps suffisant pour que la digestion stomacale et même l'absorption aient pu s'effectuer.

Ce temps étant assez long, il est à propos que les asthmatiques rompent le jeûne de bon matin, afin de prévenir l'inanition qui résulterait d'une telle abstinence.

Ils doivent prendre peu de nourriture, et la choisir, en conséquence, parmi les aliments les plus réparateurs.

L'action des aliments, pour produire l'asthme, étant en raison directe de leur indigestibilité, on doit, dans ce cas, préférer un régime simple, composé de substances aisément assimilables.

(*The Lancet.*)

COULEUR ROUGE DES VALVULES DU COEUR
dans l'empoisonnement alcoolique.

Le docteur Voltolini, après avoir énuméré les signes déjà connus de l'empoisonnement alcoolique, décrit un aspect tout particulier sur lequel il appelle l'attention des médecins légistes.

Dans cet empoisonnement, les valvules aortiques et pulmonaires prendraient une couleur rouge cinabre qui donnerait aux valvules une très-belle apparence et qui ne pourrait être effacée. Une quantité remarquable d'un sang noirâtre et fluide remplissait la veine cave ascendante et la veine sous-clavière.

Le docteur Santlus a observé en 1856 la même apparence de valvules. Reste à savoir si cet aspect est caractéristique de l'empoisonnement alcoolique seul, ou si on le retrouve dans les affections qui déterminent la fluidité du sang. L'auteur de cette observation ne l'a jamais trouvé signalé dans les nombreuses autopsies où la fluidité du sang a été observée.

(*Berl. med. Zeitung* et *Med. Times and Gazette.*)

POMMADE ÉPISPASTIQUE A L'HUILE DE CROTON.

M. Bouchardat émet, dans un de ses Annuaires, le vœu qu'on essaye d'appliquer l'huile de croton à l'entretien des vésicatoires. Voici une formule éprouvée avec succès dans un hôpital militaire, par M. Van Bastelaer, de Charleroi :

Pr. Axonge récente.	22 gramm.
Cire blanche.	2
Huile de croton.	6

Fondez la cire avec l'axonge à une douce chaleur. Triturez le mélange dans un mortier chauffé, jusqu'à ce que le tout soit refroidi; mêlez-y alors intimement l'huile de croton.

Cette pommade, plus excitante que la pommade de garou, serait fort bien indiquée chaque fois que l'on craint l'action des cantharides sur les voies urinaires. (*Journ. de pharm. d'Anvers.*)

POUDRE CONTRE LE CORYZA CHRONIQUE.

Contre la maladie à l'état aigu, M. Monneret a observé depuis longtemps déjà qu'on pouvait recourir avec avantage à l'action topique du sous-nitrate de bismuth. Nous avons eu maintes fois l'occasion de faire bénéficier nos malades de cet enseignement. Lorsque le coryza passe à l'état chronique, il ne cède pas toujours au sel de bismuth employé seul. Dans ces cas, M. le docteur Sobrier dit s'être bien trouvé de l'addition de l'iodure de soufre.

Voici sa formule :

Sous-nitrate de bismuth. . . .	4 grammes.
Poudre de réglisse.	8 —
Iodure de soufre.	30 centigrammes.

Il prescrit dix ou douze prises et plus dans la journée, suivant les effets obtenus. (*Rev. de thérap. méd.-chirur.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 mars 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. BOUVIER rapporte un cas où l'extrémité de la canule avait produit l'ulcération de la trachée et la division de sa paroi postérieure dans toute son épaisseur.

Le malade était bossu et ne pouvait respirer qu'en renversant fortement la tête en arrière; cette position vicieuse pouvait être la cause de la pression exercée par la canule sur la trachée. Il existe encore à l'hôpital des Enfants d'autres cas d'ulcérations produites par des canules. M. Bouvier en conclut qu'il y aurait quelque chose à faire pour éviter ce danger; mais il ne veut pas dire que la modification proposée par M. Morel soit la meilleure que l'on puisse trouver pour arriver à ce but.

M. HOUEL confirme l'assertion de M. Bouvier. Les internes de l'hôpital des Enfants ont présenté plusieurs fois à la Société anatomique des trachées ulcérées par la présence de canules. Sur la trachée d'un enfant qui avait gardé la canule cinq jours, l'ulcération s'étendait jusqu'à la bifurcation des bronches. Sur un autre, dont la canule était restée en place vingt-deux jours, et qui avait rendu des fausses membranes jusqu'au vingt et unième, il y avait une ulcération profonde qui avait détruit huit anneaux de la trachée. M. Houel pense que la facilité avec laquelle le contact de la canule produit l'ulcération de la trachée, pourrait bien dépendre de l'épidémie actuelle.

M. GUERSANT a observé des ulcérations de la trachée, dans les cas surtout où la tête était mal placée, de sorte que le bout de la canule appuyait sur les parois du canal, comme dans le fait du bossu dont a parlé M. Bouvier. C'est là une preuve de plus de l'importance des petits soins après la trachéotomie. Il n'a jamais vu d'ulcérations lorsqu'on employait une canule bien faite et que la tête était maintenue dans une position convenable, ou mieux lorsqu'on la changeait souvent de position.

M. MOREL-LAVALLÉE ne comprend pas qu'on attache de l'importance aux soins consécutifs, sans en attacher en même temps à la canule; il pense qu'il y aurait un avantage évident à pouvoir supprimer quelques uns de ces soins, moyennant quelques modifications apportées à cet instrument.

M. Morel-Lavallée explique l'ulcération par les frottements du bord de la canule pendant les mouvements de la trachée.

CORRESPONDANCE.

M. MICHON, juge du concours du Bureau central (médecine), demande un congé. (Accordé.)

— M. LEGOUEST annonce à la Société que M. Bégin, membre honoraire, vient d'être frappé d'une attaque d'apoplexie cérébrale. Appelé auprès de lui par dépêche télégraphique, M. Legouest demande un congé pour la durée de son absence. (Accordé.)

— M. le docteur JUNQUET fait hommage à la Société, par l'intermédiaire de M. Larrey, de son travail intitulé : *Observation de pneumocèle traumatique*. Montpellier, 1859, in-8°.

— M. NORMAND-DUFIÉ, qui a déjà envoyé à la Société un exemplaire de sa thèse inaugurale sur l'*Anesthésie provoquée* (Montpellier, 1858, in-8°), adresse aujourd'hui un deuxième exemplaire de ce travail, avec une lettre de candidature pour le prix Duval.

M. Normand-Dufié ayant occupé dans les hôpitaux militaires une position équivalente à celle d'interne des hôpitaux civils, est inscrit sur la liste des candidats au prix Duval (1858-1859).

M. CHASSAIGNAC soutient que tous les reproches adressés à son procédé par M. Guersant ne sont que des assertions déjà réfutées. M. Guersant admet l'avantage de la fixation de la trachée; mais il la repousse à cause de la difficulté de l'introduction du ténaculum. Si cependant le principe est bon, les difficultés ne sont pas de nature à le faire repousser.

Pour l'hémorrhagie, M. Guersant convient qu'elle est moins à craindre avec une incision courte, mais il a peur qu'on ne rencontre l'artère thyroïdienne de Neubauer ; cette crainte semble peu fondée, car jusqu'ici on ne paraît pas avoir jamais trouvé cette artère pendant une opération. M. Guersant reconnaît encore qu'il y a avantage à introduire le dilatateur de bas en haut, et s'il y renonce, c'est à cause de la difficulté qu'on éprouve à le retirer après avoir placé la canule. Mais cette difficulté n'est rien auprès des avantages de la méthode, et surtout de la facilité extrême d'introduction de la canule. M. Chassaignac déclare qu'il opère toujours par sa méthode, qui doit ses avantages à la précaution de fixer la trachée avant de l'inciser, et d'introduire le dilatateur de bas en haut. En définitive, il ne trouve pas dans les arguments de M. Guersant de quoi lui faire abandonner son procédé.

M. GUERSANT trouve les idées de M. Chassaignac excellentes ; il ne blâme que ses instruments, parce qu'il trouve son ténaculum trop courbe et son dilatateur trop long. Pour remédier à ces inconvénients, il a fait faire un ténaculum coudé, comme l'aiguille de Deschamps, et il se sert du dilatateur ordinaire, dont il tourne la concavité en haut. Ainsi, s'il repousse les instruments, il n'en accepte pas moins les idées de M. Chassaignac.

M. BOUVIER présente le relevé suivant des trachéotomies pratiquées par les internes de l'hôpital des Enfants :

En 1853, M. Maurice pratiqua 2 trachéotomies par le procédé de M. Chassaignac ; dans un des cas, il y eut une hémorrhagie ; les 2 opérations furent suivies de mort.

M. Isambert en pratiqua 2, suivies de mort ; dans l'une des deux, il y avait eu des difficultés pour l'introduction du dilatateur.

MM. Maingault et Aubrée en firent chacun une, suivies de mort.

Total : 6 trachéotomies par le procédé de M. Chassaignac, 6 morts.

Par le procédé mixte, consistant à découvrir la trachée avant d'y placer le ténaculum : M. Marc Sée a fait 2 trachéotomies, dont une suivie de guérison ; M. Isambert en a fait une, suivie de mort.

Total : 3 opérations, 1 succès, 2 morts.

En 1855, M. Isambert fait 4 opérations par le procédé de M. Chassaignac : 1 guérison, 3 morts.

En 1856, M. André fait une trachéotomie par le procédé de M. Chassaignac ; mort.

Il en fait 6 par le procédé mixte, toutes les 6 guérissent.

Total des opérations pratiquées par le procédé de M. Chassaignac en 1853, 1855 et 1856 : 12 opérations, 1 guérison.

Dans sa thèse (p. 25), M. André dit : « Dans une seule circonstance, alors que l'enfant mourait pendant les apprêts de l'opération, nous avons employé la méthode de notre ancien maître, M. Chassaignac... Nous trouvons plus de sécurité dans l'incision successive des couches molles qui recouvrent la trachée... »

Dans la thèse de M. Millard, nous trouvons les observations suivantes, dans lesquelles le procédé de M. Chassaignac aurait été suivi nécessairement d'hémorrhagie.

(P. 21, obs. IV) : « Fille, cinq ans et demi, guérison. Despaignet rencontre quelques difficultés à cause de la situation profonde de la trachée et de la présence de *deux veines qu'il faut écarter.* »

(P. 142, obs. IV) : « Fille, cinq ans, guérison. A 2 centimètres et demi du cartilage cricoïde, les jugulaires antérieures sont reliées par une branche transversale.... Il est décidé que l'incision sera faite plus haut que d'ordinaire, afin de s'arrêter au-dessus de cette branche veineuse, qui sera écartée et tirée vers le sternum au moyen d'une érigne. »

(P. 176, obs. XIX) : « Fille, quatre ans, guérison. Pérotè rencontre d'abord une veine superficielle, qui fournit une certaine quantité de sang, puis évite avec habileté une veine profonde située verticalement au-devant de la trachée. »

(P. 186, obs. XXIII) : « Fille, trois ans, mort. Cette opération (faite par Millard) est assez laborieuse à cause de la présence de deux veines volumineuses, et je ne puis éviter une certaine perte de sang. »

(P. 224, obs. XLIV) : « Fille, sept ans et demi, mort (emphysème énorme). L'opérateur (M. Collin) écarte deux veines profondes au-devant de la trachée, etc. (On a dû inciser au-dessous de l'isthme du corps thyroïde très-développé ; plus tard on a dû agrandir l'ouverture de la trachée par en haut sans dépasser l'isthme.) »

M. Bouvier conclut que, sans rejeter complétement le procédé de M. Chassaignac, on ne doit le garder que pour des cas exceptionnels.

M. BROCA est plus partisan que M. Bouvier de l'emploi du ténaculum ; il est convaincu que M. Chassaignac a été conduit à l'employer parce qu'il avait observé les inconvénients qu'il y a à inciser la trachée sans la fixer. Cependant M. Chassaignac a exagéré la longueur de l'opération par le procédé ordinaire ; elle ne dure guère plus de deux ou trois minutes.

Quant à l'inconvénient de multiplier les instruments, M. Broca le trouve nul, car, lorsqu'on est forcé de prendre une canule et un dilatateur, peu importe de prendre en même temps d'autres instruments.

M. Broca admet sans restriction le procédé mixte dont M. Bouvier a fait ressortir les avantages. L'argument tiré de la nécessité des mouvements de la trachée est en contradiction avec la physiologie, et, d'un autre côté, lorsque la trachée étant découverte, on y enfonce le ténaculum, il ne faut plus que quelques secondes pour que l'incision soit faite ; ainsi, lors même qu'il y aurait un peu plus de difficulté à respirer, il n'en pourrait résulter aucun danger pendant un temps si court. Lorsque, au contraire, on incise sans fixer la trachée, on hésite souvent avant de trouver le point où l'on veut plonger le bistouri, et, de plus, si on substitue le bistouri mousse au bistouri pointu qui a fait la première ouverture, on risque de ne pas retrouver la ponction et d'être contraint d'en faire une seconde.

Pour l'hémorrhagie, il ne faut pas s'attendre à s'en mettre à l'abri par un procédé plutôt que par l'autre. A part l'ouverture des gros vaisseaux qu'on peut éviter, le sang peut couler par les capillaires qu'on divise nécessairement. Cette hémorrhagie capillaire paraît due à une altération particulière du sang, que M. Broca attribue à la diphthérite. Il a vu mourir d'une semblable hémorrhagie un enfant qui n'avait pas perdu plus de quelques gouttes de sang pendant l'opération ; il en existe encore d'autres exemples. Dans un cas, le sang était si diffluent, que le chlorure de fer même en produisait difficilement la coagulation.

Si l'hémorrhagie a lieu, elle sera plus facile à arrêter si la plaie est grande.

En incisant d'un seul coup, on est exposé à couper des vaisseaux, des veines surtout, qui passent devant la trachée, comme M. Broca en a rencontré. Et la précaution d'opérer très-haut n'en mettrait pas à l'abri, car il n'y a en bas que des vaisseaux superficiels, tandis qu'en haut se trouvent les vaisseaux du corps thyroïde, dont la division est bien plus grave, et c'est là que M. Chassaignac fait son incision. Il aura donc, comme les autres, des hémorrhagies, mais il aura plus de peine à les arrêter.

Enfin, M. Broca reproche au procédé de M. Chassaignac de manquer de précision, parce qu'on ne sait pas à quelle profondeur on doit aller, ni à quelle profondeur se trouvent les instruments. M. Chassaignac s'en rend compte, grâce à l'habileté qu'il a acquise, mais il n'en est pas de même pour les autres.

M. CHASSAIGNAC dit que son procédé consiste essentiellement dans la fixation de la trachée, et l'introduction du dilatateur de bas en haut ; ainsi ce qu'on a appelé méthode mixte lui appartient aussi bien que l'incision d'un seul coup. Pendant toute l'année 1856 M. André a fixé le cartilage cricoïde, et les succès ont été nombreux ; plus tard, ils sont devenus plus rares quand on a abandonné cette pratique ; ainsi ce procédé réussit mieux que le procédé ordinaire. M. Millard dit qu'on maintient longtemps l'immobilité de la trachée, mais on peut suivre ses mouvements avec le ténaculum, et d'ailleurs, une fois qu'il est introduit, on peut terminer l'opération très-vite.

— M. LE PRÉSIDENT communique à la Société la lettre suivante, de M. Hervez de Chégoin.

« Monsieur le président,

» En voyant se renouveler avec une multiplicité affligeante, même entre les mains les plus habiles et les plus soigneuses, les cas de mort par le chloroforme, j'ai pensé que la Société de chirurgie ne trouverait pas inopportune la proposition que j'ai l'honneur de lui adresser :

» De vouloir bien examiner s'il n'y a pas lieu de suspendre l'usage de cet agent si précieux et si dangereux, jusqu'à ce que de nouvelles études sur sa composition, son mode d'administration et sur les moyens de limiter son action, nous aient appris à nous en servir avec une innocuité constante, ou nous fassent un devoir, par l'incertitude toujours la même d'obtenir cette sécurité, d'y renoncer définitivement.

» Agréez, etc. HERVEZ DE CHÉGOIN. »

— M. le docteur GIBERT (de Genève), présente un enfant atteint de coxalgie, traité depuis six semaines par des manipulations, et actuellement en pleine voie de guérison.

Résumé de l'observation. — Cet enfant, âgé de huit ans, blond, lymphatique, a été pris, au mois de mars 1858, d'une douleur au genou droit, légère d'abord, puis un peu plus vive, accompagnée de claudication. Pendant trois mois l'enfant continue ses occupations ordinaires, ne présentant que ces deux phénomènes : douleur dans la cuisse et le genou, et claudication. Au mois de juin, douleur à la hanche ; l'enfant est obligé de s'aliter.

Dans le courant de l'été, saison aux bains de mer, sans aucun résultat heureux.

Au mois d'octobre, appareil Martin.

Dans les premiers jours de janvier 1859 M. le docteur Monod me prie de suivre le petit malade, que je trouvai dans l'état suivant, après que j'eus enlevé l'appareil Martin.

Le membre abdominal droit est dans l'abduction et la rotation en dehors. La flexion apparente de la cuisse sur le bassin est peu prononcée ; mais une assez forte ensellure des lombes prouve que la flexion réelle est assez considérable, de 20 à 25 centim. environ. L'allongement apparent est de 2 centimètres et demi, et l'épine iliaque du côté droit est abaissée de 1 centim. et demi.

Effacement du pli de l'aine, aplatissement de la fesse et effacement du pli fessier.

Les mouvements apparents sont assez étendus ; les mouvements réels sont très-limités et ne se font que dans l'étendue de 5 à 6 cent. environ.

L'enfant ne peut pas marcher ; dès qu'il appuie le pied à terre, le corps s'affaisse ; c'est, du reste, la faiblesse plus que la douleur qui domine.

A aucune époque de la maladie il n'y a eu de tuméfaction de la région fessière ou inguinale. Il s'agit ici d'une coxalgie non suppurante.

La santé générale est satisfaisante. Je fis supprimer l'appareil Martin, et immédiatement je commençai des manipulations en suivant les règles que j'ai développées dans ma thèse inaugurale, et que je résume ainsi : mouvements quotidiens prolongés pendant un quart d'heure ou une demi-heure ; d'abord ceux de flexion, plus tard ceux d'adduction, d'abduction et de rotation, en ayant soin de ne jamais dépasser la quantité de mouvement réel et de ne jamais produire de douleur.

La contracture musculaire, extrêmement faible, n'a jamais opposé de sérieux obstacles aux manipulations. La roideur de la jointure, la fausse ankylose, étaient dues aux parties fibreuses, selon toute apparence.

Afin de contribuer au rétablissement de la contractilité musculaire très-affaiblie, je fis placer une barre de fer transversalement au-dessus du lit de l'enfant, avec une poulie mobile. Au moyen d'une corde passant dans la poulie, l'enfant pouvait faire mouvoir sa jambe malade, et pendant cet exercice on avait soin d'immobiliser le bassin.

Dans les premiers jours de février, je fis essayer la marche avec prudence, et graduellement j'augmentai l'espace de temps consacré à la promenade.

Actuellement, 1er mars, l'enfant est dans l'état suivant : l'allongement apparent, la flexion, l'abduction, ont *presque* complétement disparu. Les mouvements physiologiques de la jointure sont, à un pouce près, aussi étendus qu'à gauche ; le mouvement de rotation seul, comme le constate M. le docteur Bouvier, est encore douloureux quand on veut le porter aussi loin qu'à gauche. L'enfant marche en boitant un peu et en portant la pointe du pied en dehors.

— M. PRÉTERRE présente deux malades qui sont le sujet de la communication suivante :

« J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie deux appareils prothétiques que j'ai construits pour deux malades appartenant, l'un au service de M. le professeur Gosselin, et l'autre au service de M. le docteur Huguier.

Le premier de ces malades, porteur d'une division congénitale de la voûte et du voile du palais, est entré le 6 janvier 1859 à l'hôpital Cochin. A cette époque, la déformation comprenait toute la moitié postérieure de la voûte palatine ; l'écartement, très-considérable, laissait entre les deux bords de l'arcade dentaire supérieure un intervalle d'environ 2 centimètres 1/2 à 3 centimètres. Les deux moitiés se relevaient suivant une obliquité très-grande, et les deux lambeaux du voile semblaient se confondre avec les parois latérales du pharynx. M. le professeur Gosselin, après quelques tentatives heureuses destinées à combattre une extrême sensibilité des parties, se décida, le 12 janvier, à faire l'opération, dont le manuel rappelle la méthode de M. Roux. Après avivement préalable, cinq points de suture métallique réunissent les lambeaux, et quelques jours après la réunion est parfaite à la partie postérieure. Restait à combler une perforation médiane longue d'environ 1 centimètre 1/2, et large de 8 ou 9 millimètres. Chargé par M. Gosselin de construire l'appareil prothétique nécessaire, je me suis décidé, pour ce cas intéressant, à l'emploi d'une substance nouvelle dont l'invention est encore due aux Etats-Unis.

L'appareil, (1, 6, 5), se compose d'une plaque exactement moulée, d'après des procédés nouveaux, sur la voûte palatine. Cette plaque est armée de deux lames (2 et 3) en or, et portant à son bord antérieur une incisive médiane droite en pâte minérale (1). Au niveau de la perforation et à la face supérieure de l'appareil, se trouve un léger appendice (L) de forme ovale, faisant saillie et emboîtant par ses bords la scissure.

Le malade n'a son appareil que depuis quelques jours à peine, et cependant il en a déjà une extrême habitude. Il le manie sans la moindre difficulté, et l'élocution semble s'améliorer.

Notre seconde malade est entrée à l'hôpital Beaujon, portant une tumeur cancéreuse du sinus maxillaire gauche. Cette femme, opérée par M. Huguier, a rapidement guéri ; mais, après cicatrisation complète, il subsistait une déformation inévitable que pourtant il fallait réparer, pour rendre à la malade une élocution facile et la mastication du côté gauche. Ici le vide à combler était plus considérable encore que dans le cas précédent ; et, comme la substance nouvelle a pour principale qualité son extrême légèreté, j'ai pensé qu'il serait bon sinon d'appliquer complétement la méthode, du moins de recourir à son emploi pour une partie de l'appareil. Après avoir construit par les procédés ordinaires une plaque métallique parfaitement emboutie sur les surfaces palatines, et découpée au collet des dents pour en embrasser les contours, j'ai fixé sur cette plaque, comme un bloc, et au niveau de la cavité à remplir, la substance nouvelle, ce bloc s'adaptant, du reste, avec perfection aux détails de la cavité.

» Pour compléter la description, j'ajouterai que tout le bord gauche de l'appareil porte les dents qui manquaient à l'arcade dentaire supérieure.

» La malade ôte et remet son appareil sans la moindre difficulté ; elle mâche bien, et l'usage complet de la parole est retrouvé.

» En présentant à la Société de chirurgie ces deux faits, je désire faire constater le progrès important de la prothèse américaine, et montrer comment les plus hautes difficultés doivent être aujourd'hui combattues. Grâce à la nouvelle méthode, des procédés presque mécaniques, et par conséquent infaillibles, remplacent avec grand avantage les efforts infructueux et toujours laborieux des artistes les plus intelligents.

» Je suis heureux d'être, cette fois encore, le premier à mettre sous les yeux de la chirurgie française une aussi précieuse ressource. »

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Cortyl, né à Cassel (Nord) ; *Quelques considérations sur l'accouchement et la conduite de l'accoucheur, avant, pendant et après le travail, surtout au point de vue de la pratique des campagnes.*

Sapin, né à Ponte (Rhône) ; *Considérations sur l'hémostasie dans les hémorrhagies traumatiques.*

Phélippeaux, né à Rochefort-sur-Mer ; *Essai sur les fractures du crâne.*

Kolb, né à Strasbourg (Bas-Rhin) ; *Etudes sur l'hygiène de l'Algérie.*

Caussade, né à Rouffignac (Dordogne) ; *Recherches pour servir à l'histoire pathologique de la cataracte et de son traitement par l'aiguille.*

Bourgade, né à Figeac (Lot) ; *De l'utilité des connaissances botaniques pour le médecin des campagnes.*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 31. — MARDI 15 MARS 1859. (32e ANNÉE.) N° 31. — MARDI 15 MARS 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 MARS 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans la séance du 7 mars, M. Bernard a présenté au nom de M. Kühne la suite des recherches que ce savant a entreprises pour déterminer l'action qu'exercent diverses substances minérales et organiques sur les muscles et les nerfs. Ces recherches ont conduit l'auteur à examiner la question de l'irritabilité propre des muscles, indépendamment de toute influence nerveuse, et cette question, qui avait toujours paru insoluble par les méthodes de recherches usitées jusqu'ici, serait résolue affirmativement d'après le nouveau mode d'expérimentation employé par M. Kühne. Nous renvoyons au compte rendu de la séance pour les détails des expériences.

L'Académie vient de tenir aujourd'hui sa séance publique annuelle sous la présidence de M. Despretz. Elle a consisté, comme d'habitude, dans la lecture d'un éloge historique, dans la proclamation des prix et récompenses décernés pour l'année 1858, et la lecture du programme des prix à décerner pour l'année 1859 et les années suivantes. M. Elie de Beaumont, secrétaire perpétuel pour les sciences mathématiques, a fait l'éloge de l'illustre ingénieur hydrographe, M. Beautemps-Beaupré, qui appartenait à la section de géographie et de navigation. — Dr Brochin.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

Des inhalations dans le traitement des maladies chroniques de la poitrine (1).

Après avoir lancé leurs bordées de vapeur et de poussière contre la phthisie, les partisans de l'inhalation ont eu l'idée d'attaquer par le même moyen certaines affections aiguës de l'appareil respiratoire, telles que l'angine, le croup, la pneumonie, etc.

«Tous ces cathétérismes des bronches, ces dilatations et tubages de la glotte, ces écouvillonnements et raclages du larynx, cette trachéotomie enfin, devenue l'unique ressource dans les affections couenneuses, tout cela me laisse convaincu que la médecine réclamera prochainement contre cet empiètement exclusif de la petite chirurgie, qui s'est emparée trop exclusivement de l'appareil respiratoire depuis le pharynx jusqu'aux ramifications des bronches. On détruit les fausses membranes du croup avec l'application grossière, difficile, douloureuse, quand elle est possible, des solutions de chlorate de potasse ou de soude. Eh bien, qu'au lieu d'attendre que ces membranes se soient formées en couches épaisses, on fasse respirer ces mêmes solutions poudroyées qui, en s'étendant d'une manière continue et naturelle sur le tissu enflammé, les empêche de se former (2). »

Que c'est donc une chose rare que la modération chez les inventeurs, et combien il leur est difficile de demeurer en équilibre sur un succès ! L'enthousiasme n'est ni une qualité ni un défaut : l'enthousiasme est une humeur, et cette humeur entraîne M. Sales-Girons à des entreprises thérapeutiques d'une grande hardiesse. Je crois à mon honorable confrère une entière sincérité dans ses vues, et je tiens ses coagitations pour louables, mais la foi me manque encore.

Jusqu'ici j'ai vécu comme beaucoup d'autres dans l'habitude de voir dans le croup et la diphthérite une maladie générale, de nature infectieuse, et dont le traitement est essentiellement subordonné a deux indications fondamentales, qui sont de détruire les fausses membranes et d'en empêcher la reproduction. On fait choix pour cela de médicaments caustiques, dont l'action est suffisamment énergique pour atteindre, à travers la couenne, la membrane muqueuse, et changer par voie de substitution son mode spécial d'inflammation. Le procédé consiste à porter le remède sur le siége même du mal. Or, en administrant par la méthode de l'inhalation une solution caustique pulvérisée, n'est-il pas à craindre de voir se développer une inflammation de la muqueuse respiratoire dans toute son étendue, et de provoquer par conséquent des désordres assez graves pour compromettre la vie du sujet? Il y a dans ce danger un motif suffisant, ce me semble, pour ne point admettre les inhalations caustiques dans le traitement du croup et de la diphthérite.

M. Sales-Girons pense qu'au lieu d'attendre que les fausses membranes se soient formées en couches épaisses, il serait mieux d'en prévenir la production au moyen de solutions poudroyées, étendues sur les surfaces enflammées. On ne saurait mieux dire, et c'est aussi l'avis des médecins qui emploient les caustiques par attouchement. Malheureusement le croup prend des allures quelquefois si rapides, que le sujet en est comme foudroyé, et la formation des fausses membranes, dans ce cas, suit de bien près l'apparition des symptômes caractéristiques de la maladie. Néanmoins, il n'y aurait pas grand inconvénient, en cédant à une fausse alerte, de cautériser la muqueuse laryngienne, si par le procédé des inhalations on n'allait au delà de ce que l'on veut obtenir.

Emporté par des conceptions théoriques qui offrent de prime abord, je l'avoue, quelque chose d'ingénieux et d'attrayant, M. Sales-Girons passe avec intrépidité par-dessus tous les usages les plus respectés de la thérapeutique, et en vient jusqu'à nous conseiller, sans la moindre hésitation, de traiter la pneumonie par la médication respiratoire. Quelle est la substance médicamenteuse qui doit être inhalée pour ce cas? Je l'ignore : M. Sales-Girons ne l'a pas dit. Voudrait-il bien reconnaître un jour, pour ce mode de traitement de la pneumonie, comme il l'a fait loyalement pour le traitement de la chlorose et de la fièvre intermittente par le fer et la quinine, qu'il a cédé à une illusion de novateur en recommandant la voie de l'inhalation.

Toutefois, ce n'est pas l'unique aveu que j'espère de sa franchise; j'aime à croire que M. Sales-Girons, mieux informé, reconnaîtra pareillement l'erreur qu'il a commise en préconisant les inhalations d'iode dans le traitement de la phthisie, médication, au reste, dont il ne faut lui attribuer ni l'initiative ni la responsabilité.

L'idée de porter l'iode jusque dans l'intérieur des poumons est, en effet, une idée déjà ancienne, quoiqu'on ait essayé de la rajeunir dans ces derniers temps. Je pourrais citer, s'ils n'étaient suffisamment connus, tous les praticiens d'autorité qui, après avoir expérimenté cette méthode thérapeutique, l'ont condamnée ensuite comme désastreuse. Néanmoins, il est un témoignage que je ne veux pas omettre, il est trop important, en ce qu'il émane d'un homme qui a consacré toute sa vie à l'étude et à la mise en valeur des propriétés médicinales de l'iode. Tout le monde reconnaîtra qu'il a fallu à M. Boinet beaucoup d'indépendance et de fermeté pour s'exprimer en ces termes sur le compte de cette substance : « Pour qui connaît l'action de l'iode sur la peau et les muqueuses, soit pur, soit en vapeurs, soit en teinture, il sera facile de comprendre que cet agent, qui dans ces cas agit comme caustique et comme irritant, donnera lieu aux symptômes suivants ; irritation de la membrane muqueuse du pharynx et des bronches, qui se propage à la poitrine ; expectoration abondante de crachats, toux sèche et fatigante ; coloration des pommettes, peau chaude, pouls fréquent. Les vapeurs d'iode peuvent même donner lieu à de la suffocation. » Je puis ajouter qu'elles peuvent donner lieu aussi à des crachements de sang, comme le prouve l'observation suivante, recueillie dans mon service.

B..., jeune homme de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution et jouissant habituellement d'une santé florissante, fut atteint, il y a six mois, d'une bronchite aiguë contractée à la suite d'une averse à laquelle cet homme était resté exposé pendant un quart d'heure. La maladie suivit son cours ordinaire, mais comme la période de déclin tirait en longueur, B... consulta un médecin, qui lui prescrivit 150 inspirations de vapeurs d'iode par jour. Les premières bouffées provoquèrent une recrudescence de la toux, la sécheresse de la bouche, un sentiment de chaleur ardente et de douleurs oppressives dans la poitrine. Le malade, un peu déconcerté par ce premier résultat, se montrait fort médiocrement disposé à une nouvelle tentative, et il ne consentit à reprendre l'expérience que sur l'assurance qui lui fut donnée d'un succès complet et prochain. Mais plus il inspirait, plus la toux devenait forte et intolérable. Bientôt, c'est-à-dire le quatrième jour de ce traitement, B... fut pris d'un crachement de sang qui dura dix-huit heures, avec de courts intervalles de répit.

A peine l'hémoptysie était-elle apaisée, que la bronchite reprit son caractère aigu, accompagnée d'une soif vive, de chaleur humide à la peau et d'expectoration très-abondante. Trois semaines après cet accident, le mouvement fébrile s'était transformé en une fièvre hectique, avec sueurs profuses et anorexie presque absolue. Les crachats étaient de forme nummulaire, et des craquements humides se faisaient entendre particulièrement sous la clavicule gauche. Tout annonçait un travail de tuberculisation rapide, qui fut reconnu et traité d'abord par M. Andral.

Au moment où le malade me fut confié, il présentait tous les signes d'un dépérissement croissant, et je m'attendais à une terminaison prochainement fatale. Cependant, l'application réitérée de vésicatoires volants sous les clavicules, l'emploi prolongé de l'huile brune de foie de morue, produisirent une amélioration telle, que je considère B... comme entièrement rédimé aujourd'hui de cette première *poussée* tuberculeuse. Le murmure respiratoire est pur, quoique voilé sans doute par des couches de fausses membranes qui coiffent le sommet de chaque poumon.

Quelle a été la part de l'iode dans la production des accidents que je viens de rapporter?

Je ne reconnais pas à cette substance la propriété d'engendrer directement le tubercule ; mais la phlegmasie des bronches et l'hémoptysie me paraissent être de son fait, et il n'en faut pas davantage pour faire éclore une phthisie larvée. Dans le cas présent, il y a eu certainement extravagance dans la manière d'employer le remède ; je serais donc, à la rigueur, mal fondé à conclure de l'observation précédente contre l'inhalation de l'iode dans le traitement de la phthisie ; mais sur 78 malades que j'ai soumis à cette médication, je ne pourrais guère en citer qu'une quinzaine qui y sont demeurés indifférents, tandis que tous les autres en ont plus ou moins pâti, et quelques-uns d'une manière sérieuse, bien que j'eusse opéré pour tous avec une grande circonspection.

Voici, entre autres, un cas non moins remarquable que le précédent, sous le rapport de la nature et de la gravité des accidents provoqués par l'inhalation de l'iode.

M. P..., âgé de 41 ans, fortement musclé, d'un tempérament manifestement sanguin, vivant très-sobrement par égard pour un léger catarrhe pulmonaire datant de quatre ans, se refroidit pendant une partie de chasse, et rentra chez lui toussant plus que de coutume.

M. P... a un faible qui le perdra ; depuis qu'il souffre, il n'a pu résister une seule fois à la tentation d'essayer des remèdes qui s'annoncent avec fracas. L'iode devait naturellement avoir son tour ; mais, avant d'en user, le malade voulut bien cependant me demander mon avis. Refuser, c'était pousser M. P... à quelque témérité clandestine ; je lui conseillai donc de respirer pendant une demi-minute, et trois fois par jour, de la vapeur de teinture d'iode, au moyen de l'appareil du docteur Dixon.

A peine ce traitement était-il commencé, que la toux éclata avec une violence extrême ; mais le malade ne se laissa pas rebuter par ce fâcheux début. Au neuvième jour de l'épreuve une quinte convulsive, qui durait depuis un quart d'heure, fut suivie d'une hémoptysie abondante que je parvins à réprimer assez promptement.

Depuis cette époque, la respiration, ample et facile autrefois, est devenue courte et laborieuse. Tout exercice un peu soutenu amène de l'essoufflement. Par la percussion et l'auscultation, il est facile de reconnaître un emphysème presque général dans les deux poumons.

Si l'on veut bien ne pas oublier que l'iode, sous quelque forme qu'il soit inspiré, conserve toujours ses propriétés irritantes, on comprendra aisément les déplorables effets qu'il exerce sur le tissu pulmonaire, ainsi que la funeste activité qu'il imprime à la formation et à l'évolution des tubercules. Je possède plus de quarante observations dans lesquelles cette dernière influence est manifestement démontrée ; aussi pourrait-on, sans exagération, je crois, appeler la méthode des inhalations iodées : *recette pour faire un phthisique.*

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 mars.

(2) Lettre du docteur Sales-Girons à M. le docteur Debout.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Râtelier postiche composant toute la courbure dentaire supérieure tombé dans la gorge. État alarmant. Extraction.

Par M. le Dr Foucaud de l'Espagnery.

Pendant les agitations convulsives d'une attaque nerveuse hystériforme, une jeune femme du faubourg Saint-Germain déplaça ces jours-ci, sans avoir conscience de ce qu'elle faisait, une pièce de prothèse dentaire qu'elle portait à la mâchoire supérieure, et éprouva à l'instant même tous les symptômes d'une imminente suffocation. Les crochets qui servaient d'attaches au râtelier postiche avaient déchiré les tissus de l'arrière-bouche, et les efforts de vomiturition produisaient par le nez et par la bouche des quantités considérables de glaires et de sang. Le volume du corps étranger dans l'isthme du gosier, gênait tellement la voix et toutes les fonctions de la circulation et de l'innervation, que ni la voix ni la physionomie de la malade n'étaient reconnaissables. L'effroi, chez cette jeune femme, était à son comble, et par suite de sa frayeur, ses yeux s'étaient tellement noircis dans tout leur pourtour, qu'on l'aurait crue peinte avec une substance noire.

La malade criait et s'agitait à tel point, n'étant pas encore revenue complétement de son attaque nerveuse, qu'on ne pouvait ni l'approcher ni lui faire ouvrir la bouche. Cependant, à force de moyens, on parvint à la saisir et à essayer de visiter l'arrière-bouche. La tentative fut infructueuse et ne servit qu'à faire descendre plus bas l'appareil dentaire, ce que l'on reconnut au timbre de la voix. Cependant, la malade rassurée par les médecins présents, le docteur Foucaud de l'Espagnery et deux docteurs de ses voisins, se remit un peu. La circulation reprit son cours, la respiration devint moins gênée, et l'on se mit en devoir d'explorer l'arrière-bouche. La pièce n'était plus apparente, et avec une pince à anneau ordinaire, on ne la rencontrait pas non plus. Pressé par l'urgence, M. Foucaud descendit dans l'œsophage une grande pince à anneau, et sentit jusque dans la partie supérieure du pharynx le corps étranger. Alors, à la place de sa pince, replaçant une érigne fermée, et se servant de la saillie de ses mors ajutés comme d'un crochet, il ramena de bas en haut la partie de l'appareil qui répond à la partie antérieure et supérieure de la bouche, et par des tractions successives et non interrompues, il put faire arriver en avant du pilier gauche du voile du palais la partie de l'appareil qui correspondait de ce côté; puis, saisissant la pièce avec les doigts de la main droite, tandis que de la gauche il tenait toujours la bouche béante au moyen d'une cuiller, il arriva, non sans bien des peines, à dégager des tissus pharyngiens de droite les crochets de l'appareil, qui avaient exécuté là une sorte de torsion. Néanmoins, au bout de peu de temps l'appareil fut complétement dégagé, et la malade ne tarda pas à recouvrer sa tranquillité et à se remettre des fatigues de son attaque nerveuse, ainsi que des déchirures multiples que son appareil dentaire avait opérées dans le gosier.

Cet accident, qui pouvait aisément devenir mortel dans de pareilles circonstances, prouve combien les fabricants de prothèses dentaires doivent s'appliquer à fixer avec plus de solidité leurs appareils, et aussi quelles précautions les personnes ou les familles des personnes sujettes aux attaques de nerfs ou accidents nerveux quelconques doivent surveiller les malades pendant les accouchements ou les opérations chirurgicales, afin de prévenir des accidents du genre de celui que nous mettons ici sous les yeux du public.

ÉTAT CIRSOIDE DES ARTÈRES DE L'AVANT-BRAS,

compliqué de phlébectasie artérielle.

Observation communiquée à la Société de chirurgie de Paris, par le Dr Letenneur (de Nantes), membre correspondant.

P....., cultivateur, âgé de quarante-trois ans, demeurant à Ancenis (Loire-Inférieure), fut amené à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 27 mai 1857, à huit heures du soir, pour y subir immédiatement l'amputation du bras droit nécessitée par une hémorrhagie abondante, liée à l'existence d'une lésion grave des vaisseaux artériels et veineux de ce membre.

Le malade nous raconte, et ses souvenirs ne vont pas au delà, qu'à l'âge de sept ans il se fit au doigt annulaire de la main droite, avec une faux, une blessure profonde, qui eut pour conséquence une ankylose angulaire de la deuxième phalange sur la première.

Dès cette époque, il existait une dilatation très-notable des veines superficielles de la main et de l'avant-bras; cette dilatation a toujours été en augmentant, et causait une grande gêne, ainsi qu'un engourdissement d'autant plus marqué que la main restait plus longtemps dans une position déclive. Néanmoins, cet état n'empêcha pas P... de se livrer aux travaux des champs, et ce n'est qu'à l'âge de quarante ans que son mal s'aggravant, il lui devint impossible de se servir de la main droite.

A l'âge de vingt-deux ans, il s'était blessé une seconde fois à l'annulaire droit; la plaie saigna beaucoup, et ne se cicatrisa qu'en laissant à sa place une tumeur du volume d'une grosse lentille. Cette tumeur s'accrut peu à peu, et était arrivée dans les derniers temps au volume d'une petite noix.

Le malade ne peut nous dire si elle était le siége de battements. Quoi qu'il en soit, cette tumeur s'étant ulcérée, donna lieu, le 24 mai 1857, à une hémorrhagie extrêmement abondante, qui ne fut arrêtée qu'au moyen d'une énergique compression. Trois jours après, nouvelle hémorrhagie qui mit en danger la vie du malade, et pour laquelle on appliqua au-dessus de la tumeur une ligature circulaire grâce à laquelle on se rendit maître du sang.

C'est alors que le médecin de P..., le docteur Thoinnet, le décida à venir à Nantes, où il l'accompagna lui-même.

A part la blessure dont nous avons parlé, aucune autre lésion, de quelque nature que ce soit, n'a atteint le membre supérieur; ajoutons qu'il n'y a jamais eu non plus de saignée pratiquée de ce côté.

En arrivant près du malade, je constatai l'état suivant :

Pâleur générale et faiblesse extrême; le pouls, exploré à gauche, est petit, fréquent et dépressible.

La main et l'avant-bras droits posés sur un coussin, ont pour ainsi dire doublé de volume, et présentent une coloration violacée.

Sur le dos de la main, les veines, ayant la grosseur du doigt médius, sont sinueuses, repliées sur elles-mêmes, et ressemblent à un amas de grosses sangsues.

Toutes les veines superficielles de l'avant-bras ont subi une dilatation aussi considérable, mais sont moins sinueuses que celles du dos de la main.

Un mouvement faible mais appréciable, isochrone aux battements du pouls, se fait sentir même dans les veines dorsales.

Lorsqu'on imprime le moindre mouvement au membre, on voit le liquide osciller dans les veines, et le malade se plaint d'une vive douleur et d'une sensation qu'il désigne tour à tour sous le nom de flot ou de vague. C'est l'ondulation veineuse de Bonnet (de Lyon).

La dilatation des veines ne dépasse pas sensiblement le coude.

En touchant légèrement avec l'extrémité du doigt ou avec la main posée à plat les veines de la face dorsale du membre, on sent un frémissement vibratoire continu, non saccadé, sans pulsations, excessivement énergique, et ne s'affaiblissant un peu qu'en approchant du coude.

Lorsqu'on comprime l'artère brachiale au milieu du bras, le thrill cesse immédiatement, et on observe pendant un instant une augmentation de volume des veines, coïncidant avec une sorte d'ondulation de recul. La douleur occasionnée par cette expérience, empêche de la prolonger davantage.

Du côté de la face palmaire, le thrill se fait sentir également, mais ici il est uni aux battements artériels, qui sont beaucoup plus étendus et beaucoup plus énergiques que du côté sain; il est, par conséquent, continu, saccadé.

Bien que les artères radiale et cubitale fassent sentir leurs battements dans une plus grande étendue que de coutume, et même sur tous les points de la face palmaire de l'avant-bras, au tiers inférieur, elles ne présentent aucune tumeur appréciable au toucher à travers les masses veineuses qui existent sous la peau.

En appliquant l'oreille sur le dos de la main et sur tout le trajet des veines radiales, on entend un bruit de souffle continu très-violent.

A la face antérieure du membre, le bruit de souffle est continu, mais avec des renforcements plus sonores, coïncidant à chaque diastole artérielle.

Plus on se rapproche du poignet, plus le bruit continu l'emporte sur le bruit diastolique.

Quand on ausculte, au contraire, en se rapprochant du pli du coude, le bruit diastolique l'emporte sur le bruit continu.

Le thrill et le bruit de souffle vont en s'amoindrissant jusque dans le creux de l'aisselle.

Il existe au cœur, pendant les deux bruits, un souffle assez marqué, qu'on ne peut attribuer à l'anémie, puisqu'il avait disparu dès le lendemain de l'opération.

La température du membre paraît, au toucher, plus élevée que du côté opposé.

Enfin, je dois noter que, contrairement à la remarque faite par M. Broca dans les anévrysmes artérioso-veineux (1), le système pileux du membre malade n'avait subi aucune modification appréciable.

Je diagnostiquai *un état cirsoïde des artères de l'avant-bras, compliqué de phlébectasie artérielle*, c'est-à-dire du passage du sang artériel dans les veines variqueuses.

Comment et par quel mode le système artériel communiquait-il aussi largement avec le système veineux?

Rien dans les commémoratifs de la maladie et dans l'examen du membre ne permettait de croire à un anévrysme artérioso-veineux du pli du coude ou de l'avant-bras.

Il était assez probable que la tumeur du doigt annulaire, qui avait été le siége des hémorrhagies, était un anévrysme de cette espèce; mais l'étranglement produit à la base du doigt par la ligature dont j'ai parlé plus haut, avait anéanti complétement la circulation dans cette partie.

Il était donc évident que la communication entre les artères et les veines avait lieu par le réseau capillaire dilaté.

Contre un pareil état, il n'y avait pas d'autre remède à employer que l'amputation. Elle fut pratiquée, séance tenante, un peu au-dessus du tiers inférieur du bras, dans le point où le thrill et le bruit de souffle semblaient n'exister que par retentissement de voisinage.

L'opération présenta quelques particularités que je ne puis passer sous silence :

La compression de l'artère, soit au bras, soit même dans l'aisselle, ne diminuait que d'une manière peu sensible la masse de sang qui remplissait les veines.

C'est pourquoi, après que le malade eut été soumis à l'action du chloroforme, et pendant qu'un aide comprimait l'artère dans l'aisselle, j'appliquai une ligature au-dessus du coude, afin de prévenir, autant que possible, l'écoulement considérable de sang qui devait résulter de la section des veines.

Malgré cette précaution, un double jet de sang rutilant, évidemment artériel, s'échappa avec violence par le bout inférieur de la basilique et de la céphalique.

L'amputation terminée, le sang coulait abondamment par la plaie, et était fourni non-seulement par les artères, mais encore :

1° Par les veines basilique et céphalique, dont le bout supérieur dilaté laissait couler le sang en bavant;

2° Par une des veines humérales qu'on ne pouvait distinguer de l'artère que parce qu'un des orifices donnait un jet saccadé et l'autre un jet continu;

3° Par le canal médullaire, d'où le sang s'échappait en nappe, et put, quoique avec peine, être arrêté par la compression au moyen d'une boulette de charpie.

(1) On verra tout à l'heure que sur le malade de M. Letenneur, il n'y avait aucune communication artérioso-veineuse. Le développement du système pileux n'a d'ailleurs été décrit par M. Broca que comme un phénomène très-inconstant de la veine anévrysmale. (*Note du secrétaire.*)

Les trois veines dont j'ai parlé furent liées comme l'artère humérale et un grand nombre d'artères musculaires. Ces veines avaient les parois aussi épaisses que celles des artères, et, comme elles, ne s'affaissaient point après la section.

Après la ligature des vaisseaux, qui fut faite aussi vite que possible, le malade eut quelques défaillances. Lorsqu'il fut en état de parler, il se plaignit des secousses qu'il ressentait dans son bras, et qui étaient causées par le choc de la colonne sanguine contre la ligature de l'artère humérale.

Ce choc était, en effet, bien violent, car il imprimait à l'extrémité de l'artère un mouvement très-remarquable. A chaque diastole, le bout de l'artère était projeté en avant de plus d'un centimètre, puis le retrait du vaisseau avait lieu en deux temps très-distincts :

1° Un retrait brusque, comme un tube de caoutchouc qui revient sur lui-même après avoir été tendu;

2° Un retrait lent, en quelque sorte vermiculaire.

Pendant trois jours, le choc de l'artère était assez violent pour soulever la main à travers tout l'appareil.

Dès le quatrième jour, les battements cessèrent, et je n'eus plus à craindre une hémorrhagie secondaire.

Dix jours après l'opération, redoutant l'infection purulente, je conseillai au malade de retourner chez lui, où il reçut les soins éclairés du docteur Thoinnet.

La cicatrisation de la plaie fut prompte et régulière, et la guérison s'est maintenue parfaite jusqu'à ce jour (26 octobre 1857).

Examen du membre amputé. — Les vaisseaux n'ont point été injectés, mais ils ont été disséqués avec le plus grand soin.

Veines. — Les veines superficielles sont partout énormément dilatées. Sur le dos de la main, elles forment par de nombreuses anastomoses un plexus presque inextricable; dans ce point, il y a des veines dans lesquelles on peut faire pénétrer le pouce.

Les veines collatérales des doigts ont le volume d'une plume d'oie. Les veines profondes sont beaucoup moins dilatées. Les veines superficielles au-dessus du tiers inférieur du membre et une des veines humérales ont leurs parois épaisses, dures, artérialisées, et restent béantes après la section.

Une injection d'eau pénètre de haut en bas dans les vaisseaux, et démontre l'insuffisance des valvules.

Dans toute la longueur du membre, la dissection a permis de constater que les veines n'adhéraient dans aucun point aux artères, et par conséquent ne communiquaient point avec elles.

Artères. — L'humérale, au point choisi pour l'amputation, est parfaitement saine; au pli du coude, elle a subi une certaine élongation, et son calibre est un peu augmenté.

La radiale et la cubitale, dans leur tiers supérieur, sont sinueuses; leur volume est doublé; leurs parois sont dures, épaisses, résistant sous le scalpel, mais sans incrustations calcaires.

Dans les deux tiers inférieurs, ces vaisseaux sont beaucoup plus volumineux, contournés sur eux-mêmes en tous sens, et rappelant parfaitement, mais d'une manière exagérée, la disposition des artères représentées par M. Breschet dans sa première planche (*Mémoires de l'Académie de médecine*).

Les parois de l'artère radiale sont épaissies dans toute leur étendue. Les parois de l'artère cubitale sont, au contraire, amincies dans le tiers inférieur de l'avant-bras, et s'affaissent sur elles-mêmes. La lumière de ce dernier vaisseau présente en un point 8 millimètres de diamètre.

Sur le trajet de la radiale, on trouve deux anévrysmes vrais, sacciformes, gros comme des noisettes.

Sur un point de la cubitale, les sinuosités du vaisseau sont si prononcées et groupées dans un si petit espace, qu'on a de la peine à suivre son trajet, d'autant plus que le calibre de cette artère présente en cet endroit des rétrécissements et des dilatations très-marqués et très-rapprochés les uns des autres.

En passant de l'avant-bras à la main, les artères reprennent à peu près leurs caractères normaux.

Les arcades superficielle et profonde sont très-légèrement sinueuses et un peu plus volumineuses que de coutume; on en peut dire autant des artères collatérales des doigts.

Sur la face dorsale du doigt annulaire, on suit une artère accolée à une veine de la grosseur d'une plume de corbeau; puis, au niveau de la tumeur dont nous avons parlé et qui existait au côté interne de ce doigt, les deux vaisseaux se séparent; l'artère poursuit son trajet, et la veine vient s'ouvrir dans la cavité de la tumeur par un orifice déchiqueté, béant, facile à voir après qu'on eut chassé, au moyen d'un filet d'eau, les caillots contenus dans la poche.

Aucun autre orifice vasculaire n'a pu être retrouvé sur la surface interne de la cavité, qui était tapissée par une couche de tissu noirâtre comme gangrené.

A l'extrémité des doigts on a cherché, mais en vain, à retrouver entre les artères et les veines des communications directes par inosculation.

Les anévrysmes cirsoïdes observés à l'avant-bras et à la jambe par Breschet, n'étaient point accompagnés de varices donnant passage à du sang artériel; du moins l'auteur se tait complétement sur ce point.

Dans la discussion qui s'éleva à l'Académie de médecine au sujet du mémoire de M. Robert sur l'anévrysme cirsoïde du cuir chevelu, M. Velpeau rappela qu'il avait observé un cas d'anévrysme cirsoïde à l'avant-bras et à la paume de la main, mais il ne parle pas non plus de l'existence de varices artérialisées.

L'observation précédente offre donc, sous ce rapport, un intérêt tout spécial.

Cette double lésion des artères et des veines paraîtrait, au contraire, assez commune dans l'anévrysme cirsoïde du cuir chevelu.

M. Robert a dit à ce sujet : « S'il y a complication de varices, la peau offre une couleur rouge-violacée ou brune, propre à ce genre d'altération. »

Sans doute il n'y a rien là qui fasse supposer que les veines contiennent du sang artériel, mais la phrase suivante a une signification bien autrement caractéristique : « S'il y a hémorrhagie, ajoute M. Robert, le sang est moins vermeil que le sang artériel proprement dit, il s'élance avec moins de force, le jet en est continu et moins fortement saccadé. »

Il me paraît évident que le sang provient alors des veines et non des artères, car je ne comprendrais pas comment il aurait perdu, lorsqu'il circule encore dans ces derniers vaisseaux, ses caractères essentiels.

Dans les cas analogues à celui que j'ai observé, la communication entre ces deux ordres de vaisseaux est assez facile et assez prompte pour que le sang, en arrivant dans les veines, ressemble encore beaucoup au sang artériel; d'un autre côté, en traversant les nombreuses anastomoses que forme le réseau capillaire dilaté, la colonne sanguine a été pour ainsi dire brisée, et ne reçoit que d'une manière très-incomplète l'impulsion saccadée qui lui vient du ventricule gauche du cœur.

J'ajoute que dans l'anévrysme cirsoïde du cuir chevelu, le sang qui s'échappe des veines doit toujours recevoir un choc intermittent communiqué par les artères voisines.

Chez mon malade, il m'a été impossible de saisir cette nuance indiquée par M. Robert dans la couleur du sang. Tandis que les petites veines donnaient du sang noir, celui qui sortait des grosses veines était aussi rouge que celui fourni par les artères.

Il ne m'a pas été permis non plus de reconnaître pendant l'opération si le jet de sang provenant des veines était légèrement saccadé; mais il est probable qu'il en était ainsi, puisque nous avions constaté l'existence du pouls veineux même dans les points les plus éloignés des artères, ce qui prouve que ce mouvement existait bien dans les veines elles-mêmes.

Du reste, on conçoit très-bien que le passage du sang des artères dans les veines ne doit pas se faire toujours avec la même facilité, et qu'il peut en résulter des nuances nombreuses dans les symptômes.

Dans l'observation qui précède, il est un ordre de phénomènes dont l'importance au point de vue de la physiologie pathologique ne saurait être méconnue : je veux parler des bruits vasculaires.

En général, le thrill et le souffle existent dans des régions où des veines et des artères se trouvent réunies; de sorte qu'il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer et d'isoler par la pensée ce qui se passe dans les deux ordres de vaisseaux: de là la dissidence qu'on trouve dans les auteurs à propos de la théorie de ces bruits. Or il me semble que nous trouvons ici des éléments précieux pour la solution de la question.

Rappelons d'abord qu'en auscultant la face palmaire de l'avant-bras, on entendait chez mon malade le bruit de souffle à double courant, ou le souffle artérioso-veineux, c'est-à-dire un souffle continu saccadé; que ce double bruit avait son summum d'intensité vers le tiers inférieur du membre, là où de nombreuses varices superficielles recouvraient les artères radiale et cubitale, offrant précisément dans ce point l'altération cirsoïde au plus haut degré.

L'explication adoptée par la plupart des chirurgiens sur la production du souffle artérioso-veineux a été formulée par M. Broca (*Traité des anévrysmes*) dans les termes suivants: « Ce bruit, à proprement parler, ne se produit ni dans l'artère ni dans la veine, bien qu'il retentisse à la fois dans ces deux vaisseaux; il se forme au niveau même de l'orifice, dont les bords sont mis en vibration par le passage continuel, rapide et anormal du sang. » — « Comme le thrill, il s'affaiblit à mesure qu'on s'éloigne de l'orifice de communication..... Le souffle artérioso-veineux et le thrill présentent l'un avec l'autre de nombreuses analogies, et il n'en peut être autrement, puisque ces deux phénomènes dépendent d'une même cause: la vibration des bords de l'orifice de communication. »

Quelque séduisante que soit une théorie, il faut bien qu'elle s'incline devant les faits. Or, nous avons vu que chez mon malade les phénomènes dont nous venons de parler existaient au plus haut degré, et que cependant il n'y avait pas d'anévrysme artérioso-veineux.

Le souffle artérioso-veineux se compose d'un bruit doux et continu, et d'un bruit éclatant et intermittent.

Le premier de ces bruits existait, ainsi que le thrill, sans mélange aucun avec le mouvement et le bruit diastoliques, dans les veines de la face dorsale de la main et de l'avant-bras. Dans toutes les veines de cette région, le souffle continu et le frémissement vibratoire se retrouvaient en effet avec *une égale intensité* depuis la base des doigts jusqu'auprès du coude, c'est-à-dire dans tous les points où les veines présentaient une grande dilatation. Il y a donc *un bruit veineux* indépendant des bruits artériels, et n'ayant pas son origine dans la vibration des bords d'un orifice de communication entre les artères et les veines.

Comme causes de ce bruit, nous devons indiquer l'épaississement des parois veineuses, la rapidité exagérée du courant sanguin, enfin la nature du sang, qui ne différait pas d'une manière appréciable du sang artériel.

Les mêmes conditions existant dans les veines de la face palmaire du membre, on y observait également le souffle continu et le thrill; mais ici on trouvait en même temps le souffle intermittent ou *bruit artériel*, dont le siége était nécessairement dans les artères malades de cette région.

Ainsi, l'absence d'un orifice de communication entre les veines et les artères, et la facilité avec laquelle il est possible d'analyser et de décomposer le souffle artérioso-veineux, viennent infirmer de la manière la plus positive la théorie la plus généralement admise, et confirmer, au contraire, les idées développées par M. Monneret dans les *Mémoires de la Société de chirurgie* (volume IIIe.)

ENGOUEMENT INTESTINAL.

Mercure métallique et lavements avec l'irrigateur d'Eguisier;

Par M. le docteur Ferrand (de Mer).

M. Ferrand fut appelé le 11 septembre auprès d'un jeune garçon de dix ans, jouissant d'une bonne santé, quoique très-maigre, et ayant l'habitude de manger avec précipitation pour donner plus de temps au jeu. La veille, cet enfant avait été pris de coliques sourdes, précédées de malaises et de frissons. Le 11 au soir, au moment de sa visite, M. Ferrand le trouva dans l'état suivant: coliques vives et continuelles, vomissements, ventre dur et rétracté, constipation, face pâle, yeux cernés, pouls petit, sans fréquence.

Considérant les accidents dont il était témoin comme liés à un embarras intestinal, cet honorable praticien prescrivit des purgatifs en poudre, en potion, en lavements, avec addition de légers opiacés pour combattre la douleur et faciliter la tolérance des médicaments, mais sans résultat notable.

Le 17, les coliques étaient insupportables, les vomissements incessants; le ventre était tendu, surtout au-dessus de l'ombilic; l'enfant était agité et poussait des cris aigus. M. le docteur Bergeron, appelé en consultation et d'accord avec M. le docteur Ferrand, fut d'avis d'insister sur les lavements salins, le calomel à la dose de 1 gramme en dix paquets, traitement auquel on ajouta la potion de Rivière, et des frictions sur le ventre avec un liniment au chloroforme. Malgré l'emploi de ces moyens, l'état de l'enfant s'aggravait d'une façon déplorable.

La voix s'éteignait, le pouls devenait insensible, mais sans dépasser 110 pulsations. Cette circonstance éloignait l'idée d'une péritonite. Aussi, voyant que le petit malade touchait à une fin prochaine, MM. Bergeron et Ferrand se placèrent de nouveau au point de vue d'un embarras stercoral, et prirent le parti d'employer de concert le mercure administré à l'intérieur et des lavements copieux donnés avec l'irrigateur.

Le 18, après huit jours de maladie, l'enfant avale d'un trait 80 grammes de mercure métallique, et M. Ferrand lui administre lui-même et coup sur coup des lavements abondants avec l'irrigateur du docteur Eguisier.

Dès la première fois l'enfant s'écrie qu'il *est plein;* il réclame le pot et rend le lavement seul. On recommence deux, trois, quatre fois, en augmentant toujours la quantité de liquide. Le quatrième lavement présente quelques débris de matières fécales.

Dans la nuit du 18 au 19, selles copieuses, composées de boulettes dures semblables à des noix de galle, de noyaux de cerises, de mucosités sanguinolentes, de fragments de matière spongieuse friable et de mercure métallique.

Le 20, amélioration sensible, disparition des coliques, sommeil profond. A partir de ce jour, l'enfant revient promptement à l'état de santé. (*Journal de médecine de Bordeaux*).

ABSENCE CONGÉNITALE

d'un sein chez une jeune fille.

Par M. le docteur Staveley King.

Une enfant âgée de dix ans s'est présentée à la consultation de *Metropolitan free hospital*, offrant l'exemple d'une monstruosité assez rare. Toute la glande mammaire droite manquait ainsi que son mamelon. La mamelle opposée était développée normalement. Ici, comme dans tous les cas de ce genre, les insertions dentelées du grand pectoral faisaient défaut. Aucune autre personne de sa famille n'a présenté cette difformité; mais la mère raconte que, pendant sa grossesse, elle avait vu une femme amputée d'un sein, ce qui lui avait causé une très-vive impression. (*Medical Times and Gazette.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 mars 1859. — Présidence de M. de Sénarmont.

M. Babinet fait, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire de M. Tavignot, concernant l'influence fâcheuse qu'exercent sur l'organisation les produits de la combustion du gaz d'éclairage et les appareils imaginés par l'auteur pour porter ces produits hors des enceintes où leur présence serait nuisible.

Avant que les conclusions soient mises aux voix, M. Dumas fait remarquer que ces inconvénients depuis longtemps reconnus ayant fait naître diverses inventions qui ont plus ou moins d'analogie avec celle de M. Tavignot, il semble regrettable qu'on ne trouve pas dans le rapport un examen comparatif des divers appareils qui permette de constater la supériorité attribuée par la commission à celui qu'elle a eu à envisager.

Ces observations ayant été appuyées par M. Pelouze et ayant évidemment obtenu l'assentiment de plusieurs autres membres, l'Académie décide que le rapport sera renvoyé à la commission, qui jugera s'il ne doit pas en effet être modifié dans le sens indiqué.

Irritation chimique des muscles et des nerfs. — M. Cl. Bernard présente, au nom de M. Kühne, une nouvelle note sur ce sujet.

Les substances dont l'auteur a indiqué précédemment les actions irritantes sur les muscles et les nerfs étaient tirées du règne minéral. Celles dont il parle dans cette nouvelle note appartiennent au règne organique, et ont été choisies parmi les substances qui sont connues en général pour avoir des effets sur les matières constituantes des muscles et des nerfs. Il a essayé d'abord quelques acides organiques appliqués sur le nerf moteur ou sur la coupe transversale du muscle. L'acide lactique montra tout de suite des propriétés très-frappantes. La cuisse d'une grenouille fit des convulsions violentes lorsque son nerf était plongé dans un acide lactique très-concentré, et le muscle restait inaltéré et tranquille lorsque le même acide était appliqué sur sa coupe transversale. Néanmoins il devenait rigide lorsqu'il était plongé entièrement dans l'acide. Le même phénomène a lieu quand on remplace l'acide lactique par la glycérine; et ces deux corps, à l'état sirupeux, déterminent presque toujours un tétanos très-fort en agissant sur le nerf, tandis qu'ils ne font rien sur la coupe du muscle même.

Après avoir constaté ce fait, l'auteur a ajouté de l'eau, et il a vu que ces deux substances, à l'état dilué, perdent leurs effets irritants pour le nerf, et que les contractions musculaires commencent seulement dans cette condition à pouvoir être déterminées par de l'irritation directe. L'acide lactique concentré, puis dilué avec la moitié de son volume d'eau, agit très-peu sur le nerf; mais il commence déjà à déterminer des contractions par l'irritation directe. Quand on ajoute encore plus d'eau, on ne détermine jamais une excitation du nerf, tandis qu'on en provoque dans le muscle avec le même acide à une dilution vingt fois plus grande. La glycérine a la même propriété, excepté qu'elle devient inefficace déjà par huit parties d'eau ajoutées; alors elle agit sur le muscle. Pour revenir aux acides organiques, l'auteur a trouvé que les vapeurs de l'acide acétique suffisent pour irriter le muscle, tandis que le nerf est irrité seulement par un acide presque pur qui ne contient pas d'eau. Au contraire, il y a des acides qui n'agissent jamais, quelle que soit leur concentration, ni sur le nerf ni sur le muscle. L'acide oxalique est dans ce cas.

M. Kühne a essayé encore quelques autres substances volatiles, ce sont l'alcool, l'éther et le chloroforme, et il a trouvé que ces substances qui agissent très-peu sur le nerf, qui ne font presque jamais de contractions par le moyen du nerf, déterminent avec rapidité la rigidité morbide des muscles.

Toutes les substances dont il a été question jusqu'ici ne font pas partie de l'organisme même, excepté les chlorures de sodium et de potassium. Mais dans l'organisme il y a une matière qui a l'effet le plus remarquable sur les muscles et sur les nerfs: c'est la bile.

Quand on ajoute une goutte de bile, ou d'une solution aqueuse, du glycocholate et taurocholate de potasse ou de soude pure, tout le muscle se contracte en se formant dans une masse très-caractéristique.

Ce phénomène doit être séparé des contractions véritables, car le muscle mort et rigide, ou déjà putréfié et couvert de vibrions, montre le même phénomène. La vraie contraction paraît au contraire seulement chez le muscle vivant et aussi au moyen de la bile, quand on plonge sa coupe transversale dans une solution de sels biliques. Mais dans ce cas aussi on trouve la plus grande différence entre le muscle et son nerf: c'est qu'une solution de moins de 6 pour 100 n'agit plus comme excitant sur le nerf, tandis qu'une solution de 2 pour 100 détermine encore une contraction violente par l'irritation directe du muscle.

Ceci conduit à une autre question, celle de l'irritabilité musculaire.

On a pensé pouvoir nier une irritabilité des muscles indépendante des nerfs, parce qu'on a dit que chaque excitant qui agit sur le nerf doit exciter aussi le muscle directement, et pour cette cause on ne sait pas si c'est le muscle ou son nerf qu'on a irrité en employant la méthode directe. Nous admettons, dit M. Kühne, que le muscle reçoive toujours une irritation de son nerf quand il se contracte par l'irritation indirecte, et l'irritabilité musculaire surtout ne peut pas être douteuse, parce que le muscle ne se contracterait pas s'il n'était pas irritable pour cet état du nerf irrité. A cause de cela nous aimerons mieux répondre à cette autre question, de savoir quelles sont les substances chimiques qui agissent seulement sur le muscle. J'ai répété les expériences avec le curare, et j'ai trouvé que tous les muscles qui ne se contractaient plus par l'irritation indirecte, par la galvanisation ou l'irritation chimique de leurs nerfs, se contractaient toujours sans différence par tous les moyens chimiques qui agissent sur le muscle non empoisonné. De l'acide chlorhydrique très-dilué à 1 pour 1000, de la potasse ou des sels minéraux, ou des vapeurs d'ammoniaque appliquées sur la coupe fraîche d'un muscle privé de la plupart de ses nerfs par le curare, déterminent tous les phénomènes que nous avons décrits déjà pour les muscles sains. Nous ne pouvons pas prouver que les dernières extrémités des nerfs moteurs dans l'intérieur des muscles soient paralysées par le curare, mais nous pensons que la différence énorme entre le rapport du nerf et du muscle vis-à-vis des agents chimiques, donne une preuve que toutes les substances qui provoquent une contraction musculaire, seulement par leur application sur la coupe transversale qui termine le muscle, irritent le muscle seul et non son nerf dans sa substance, et nous ajoutons la conclusion que chaque partie de la fibre primitive irritée et en état de contraction communique une irritation à la partie suivante, c'est-à-dire que le muscle est conducteur de sa propre activité, tout à fait comme le nerf.

Séance publique du 14 mars 1859. — Présidence de M. Despretz.

M. le Président donne lecture du programme des prix décernés pour l'année 1858 et des prix à décerner pour l'année 1859.

Voici la proclamation des prix décernés pour 1858:

Prix de physiologie expérimentale. — L'Académie a décerné le grand prix de physiologie expérimentale à M. le docteur Jacubowitsch pour son travail sur la structure intime du cerveau et de la moelle épinière chez l'homme et chez les animaux vertébrés.

Elle a accordé un second prix partagé entre MM. Lacaze-Duthiers pour ses travaux sur l'anatomie et la physiologie des mollusques, et Lenhossek pour ses études anatomiques sur le système nerveux central;

Une mention honorable à M. Colin pour avoir perfectionné le procédé expérimental destiné à recueillir le chyle chez les animaux vivants, et l'avoir rendu applicable à l'étude de plusieurs questions nouvelles;

Un encouragement à M. Marey pour ses recherches sur la circulation, et à M. le docteur Calliburcès pour ses travaux relatifs à l'influence de la chaleur sur les tissus contractiles de l'organisme.

Prix relatifs aux arts insalubres. — L'Académie a décerné un prix de 2,500 fr. à M. Damery, et une récompense de 1,500 fr. à M. Herland, pour des inventions qui tendent à diminuer l'insalubrité de certaines professions.

Prix de médecine et de chirurgie. — L'Académie a décerné:

1° A M. Négrier un prix de 2,500 fr., pour son ouvrage sur les ovaires;

2° A M. Landouzy, pour ses recherches sur l'amaurose dans l'albuminurie, une mention de 1,800 fr.;

3° A M. Boudin, pour son Traité de géographie et de statistique médicale, une mention de 1,800 fr.;

4° A M. Denis, pour ses recherches sur le sang, une mention de 1,800 fr.;

5° A M. Giraldès, pour son travail sur l'anatomie du cordon spermatique, une mention de 1,500 fr.;

6° A M. Forget, pour son mémoire sur les anomalies dentaires, une mention de 1,500 fr.;

7° Une mention simple à M. Durand-Fardel pour son travail intitulé: *Traité thérapeutique des eaux minérales de France et de l'étranger, et de leur emploi dans les maladies chroniques;*

Et à M. Lefoulon, pour un mémoire dans lequel l'auteur cherche à démontrer que les déviations des dents dépendent le plus souvent d'un vice de conformation des os maxillaires plutôt que des dents elles-mêmes.

Prix Bréant. — Le prix n'a pas été décerné ; mais l'Académie a décerné, à titre de prix annuel, à M. Doyère la somme de 5,000 fr., pour un travail dans lequel l'auteur a exposé les résultats de ses expériences, soit sur la composition de l'air expiré par les cholériques, soit sur la température du corps de ces malades pendant les derniers instants de leur vie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 janvier 1859. — Présidence de M. DUHAMEL.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. MATTEI lit un travail intitulé : *De l'albuminurie en général, et plus spécialement pendant la grossesse. De l'éclampsie, de l'accouchement prématuré comme moyen de suspendre les convulsions éclamptiques*. (Voir le numéro du 5 mars.)

M. COURSSERANT. Je désirerais savoir si M. Mattei a constaté la présence de l'albumine dans la rétine avant de l'avoir reconnue dans les urines; Græfe, d'après l'inspection de la rétine, a pu annoncer à l'avance qu'on trouverait de l'albumine dans les urines; le fait fut vérifié, et l'albuminurie n'existait pas chez son malade, quand Græfe signala de petites exsudations d'albumine existant sur la rétine.

M. MAGNE. Je ne nie pas la possibilité de l'existence de l'albumine dans la rétine, mais je me demande comment on peut constater ce phénomène, même avec l'ophthalmoscope.

M. COURSSERANT. L'albumine dans la rétine se reconnaît à de petites surfaces blanchâtres circonscrites.

M. MAGNE ne considère pas comme satisfaisante cette description, ces taches blanchâtres pouvant être constatées dans des affections rétiniennes autres que la présence de l'albumine.

M. MATTEI. Je n'ai jamais songé à constater si l'albumine existait dans les yeux primitivement, mais le raisonnement indique que l'œil ne joue ici qu'un rôle secondaire.

En effet, la perte de l'albumine ayant lieu par les reins, on doit retrouver celle-ci dans l'urine, avant de pouvoir en constater la présence dans l'œil; les affections oculaires ne se montrent guère qu'à la troisième ou à la quatrième période.

Hydrophthalmie staphylomateuse de l'œil gauche. Amputation. Emploi du perchlorure de fer. — M. COURSSERANT communique l'observation suivante :

Mlle X..., âgée de 26 ans, employée chez les Sœurs de charité de l'hospice du cloître St-Merry, perdit la vue dès le bas âge, à la suite de la petite vérole. Plus tard, le globe oculaire devint de plus en plus proéminent, de telle sorte que depuis quelques années, par la coloration légèrement bleuâtre de son segment antérieur, par la saillie considérable, irrégulière, bosselée qu'il produisait entre les paupières, il constituait une gêne et une difformité à laquelle la malade désirait qu'il fût porté remède. Cependant, quelque facile que fût, dans son exécution, l'opération indiquée en pareille circonstance, il ne fallait pas perdre de vue que des hémorrhagies souvent graves ont été signalées par les auteurs dans des cas de ce genre. Notre confrère crut donc prudent d'appeler sur ce point l'attention des médecins présents à l'opération.

En effet, si l'on considère que dans les affections de cette nature, une sérosité plus ou moins colorée occupe la place des milieux réfringents de l'œil, lesquels ont entièrement disparu; si, d'un autre côté, on réfléchit qu'après l'amputation d'une partie du staphylome, quelque faible que soit cette perte de substance, tout le liquide intra-oculaire s'écoule au dehors, laissant les membranes oculaires s'affaisser entièrement sur elles-mêmes, on comprendra facilement comment le défaut de pression sur ces dernières peut amener une hémorrhagie, dite avec raison *hemorrhagia a vacuo*, et dont les hémorrhagies consécutives à l'évacuation de l'humeur aqueuse obtenue par la paracentèse de la chambre antérieure, dans les iritis et les choroïdites chroniques, donnent en petit la fidèle reproduction.

Chez Mlle X..., avec quelque lenteur qu'eût été conduit l'instrument, quelque peu étendu que fût le lambeau enlevé au segment antérieur, l'opération terminée, la sclérotique se plissa sur elle-même, et le globe oculaire se trouva transformé en un cordon cylindrique; mais bientôt le sang se ramassant dans l'intérieur du cylindre, distendit la sclérotique et lui donna sa forme primitive; bien plus, le sang continuant à s'épancher derrière le caillot déjà formé dans la coque oculaire, portait ce dernier en avant et distendait la paupière supérieure.

De là une compression suivie des douleurs les plus vives, qui ne cessaient que par l'enlèvement de la plus grande partie du caillot *extra* et *intra-sclérotidien*. Après une heure d'attente auprès de la malade, après l'impuissance bien reconnue de l'eau froide à ralentir l'énergie de l'hémorrhagie, notre confrère imbiba un tampon de charpie de perchlorure de fer liquide à 30°, à moitié affaibli d'eau, et l'enfonça dans la cavité oculaire à travers le caillot sanguin qui la remplissait. A partir de ce moment, aucun écoulement sanguin ne se manifesta.

La douleur occasionnée par cette manœuvre fut assez vive. La malade dormit d'un sommeil assez calme la nuit même qui suivit l'opération; la réaction inflammatoire fut peu prononcée ou presque nulle, grâce au soin qu'on eut d'enlever le tampon le lendemain, et de débarrasser l'œil, les jours suivants, du sang coagulé qui remplissait la partie antérieure de la cavité scléroticale. Néanmoins, trois semaines environ après, la cicatrisation n'était pas encore entièrement terminée à la partie antérieure du moignon.

M. Coursserant a pour but, en communiquant cette observation, de démontrer l'efficacité du perchlorure de fer pour arrêter des hémorrhagies intra-oculaires, dont tous les auteurs reconnaissent la gravité, et le peu de réaction inflammatoire que cet agent hémostatique suscite au sein de l'organisme, alors même qu'il est porté dans l'intérieur de la coque oculaire privée entièrement de ses humeurs.

M. MAGNE. Cette observation, si elle est renouvelée avec succès, aura pour résultat de démontrer l'innocuité du perchlorure de fer en injection oculaire. Mais je me demande pour quelle raison le perchlorure a été employé : l'eau froide injectée n'était-elle pas suffisante ?

M. COURSSERANT. J'aurais craint une irritation de la choroïde.

M. MAGNE. Pour ma part, j'ai eu assez fréquemment occasion d'enlever des yeux et des segments d'yeux, et je n'ai jamais eu à constater ces hémorrhagies dont parle notre collègue. Je rappellerai, entre autres, un fait dont j'ai entretenu la Société.

Il s'agissait d'une dame atteinte d'une désorganisation de la choroïde. Le mot cancer avait été prononcé par plusieurs chirurgiens. J'excisai, avec l'aide de notre honorable confrère et ami M. Boulu, trois bourrelets choroïdiens, gros chacun comme une fraise, et nous obtînmes une cicatrisation rapide, sans accidents consécutifs. L'eau froide avait fait tous les frais du pansement. Et, à ce sujet, j'invoquerai l'expérience de M. Guersant, qui est appelé comme nous à pratiquer ces sortes d'opérations.

M. GUERSANT. Je dois déclarer que dans les amputations partielles ou totales que j'ai eu à faire au globe oculaire, je n'ai jamais eu d'accidents hémorrhagiques.

M. COURSSERANT. Ce qui justifie l'emploi du perchlorure de fer, c'est qu'il s'agissait d'hydrophthalmie; j'insiste sur ce point. La choroïde était comprimée par la sérosité; un segment de l'œil étant amputé, toute la sérosité s'écoule; les vaisseaux comprimés se dilatent; le sang n'est plus arrêté par rien; le perchlorure de fer, en agissant comme coagulant, a remédié à cet accident.

M. MAGNE. On peut toujours en pareil cas établir une compression, un tamponnement avec de la charpie imbibée d'eau glacée. Notre collègue nous a dit, en outre, que l'œil était revenu sur lui-même au bout de trois semaines; mais quand nous nous bornons à l'eau froide, tout accident a disparu cinq ou six jours après l'amputation.

Le secrétaire annuel, Dr Al. MAGNE.

CORRESPONDANCE.

INFLUENCE DU CLIMAT SUR LES PHTHISIQUES.

Monsieur le Rédacteur,

Mon attention a été appelée, il y a quelques semaines, sur les remarques faites dans la *Gazette* par M. Champouillon, relatives à l'influence de divers climats et au choix des localités les plus convenables aux phthisiques, situées au midi de l'Europe et ailleurs.

Comme cette question est d'une très-haute importance pratique, sur laquelle les opinions des médecins sont très-partagées, et comme je ne saurais approuver plusieurs des conclusions auxquelles est arrivé M. Champouillon, peut-être me permettrez-vous d'offrir à vos lecteurs quelques brèves observations à ce sujet, dont je me suis occupé depuis bien des années. M. Champouillon, référant à une de mes publications (à la brochure sur Nice, ou à celle sur Hyères et Cannes), dit qu'il y a trouvé les indications les plus inattendues, et que, paraissant avoir le goût des fantaisies, je m'applique à combattre et à renier les idées actuellement reçues sur les avantages que les poitrinaires peuvent recevoir d'une atmosphère chaude et tranquille. « Du vent et des bourrasques, ajoute-t-il, voilà ce qu'il faut à ces malades ! » Et M. Sée dissimule à peine l'envie qu'il aurait de les envoyer habiter les cimes du Caucase ou de l'Himalaya.

Je ne m'arrêterai pas pour démontrer combien sont exagérées, par ces phrases, mes vues sur le mode d'action curative du climat, puisqu'elles sont exposées en détail, avec l'addition des observations corraborantes de plusieurs médecins très-connus, dans l'ouvrage dont je vous ai fait remettre un exemplaire, et qui m'obtint le prix offert, pour faciliter la solution de cette question, par l'une des principales sociétés médicales des Etats-Unis, ouvrage dont la version française avait été préalablement envoyée à l'Académie de médecine pour concourir pour le prix qui fut décerné au travail de M. Rochard.

D'après les données que nous possédons, il ne paraît pas que la persistance dans « les idées actuellement reçues » ait beaucoup fait pour diminuer la mortalité d'une maladie ordinairement incurable, mais dont la curabilité par l'emploi des moyens appropriés est aujourd'hui assez généralement reconnue; et si l'on est parvenu dans ces derniers temps à obtenir des résultats plus heureux qu'autrefois, c'est justement parce que beaucoup de médecins et de malades ce sont écartés de la voie ancienne, cherchant plutôt à prévenir et à guérir la phthisie par des agents hygiéniques fortifiants que par des remèdes dont l'action est restreinte à pallier le mal, ou à soulager les organes lésés. Ainsi, le changement d'air, les voyages par terre ou sur mer, sur des bâtiments commodes, le séjour en hiver dans un climat convenable, qui permet aux malades de prendre l'exercice journalier en plein air, joints à une nourriture substantielle, sont les principaux moyens qui présentent les chances les plus probables pour renouveler la constitution détériorée, remédier à l'état vicié du sang, favoriser la transpiration cutanée, et par conséquent pour prévenir le dépôt tuberculeux qui résulte de l'état cachectique, ainsi que pour en empêcher l'accroissement lorsqu'il existe déjà : ce n'est donc pas en exposant les poitrinaires aux bourrasques ni en les envoyant habiter les cimes des montagnes élevées, mais bien en leur faisant subir l'influence d'une atmosphère modérément chaude et agitée, dans les lieux à l'abri des influences nocives, que l'on parviendra le plus fréquemment au but désiré.

Il va sans dire que ces moyens ne sont pas applicables à tous les cas; tout dépend des constitutions individuelles, de l'étendue de la lésion locale, et d'autres circonstances particulières sur lesquelles le médecin est appelé à exercer son discernement; mais il conviendrait, au plus grand nombre, beaucoup mieux que l'habitation d'une localité où la température est excessivement égale et exempte de variations.

A Madère, par exemple, le nombre de poitrinaires anglais (à moins que ce ne soit de ceux qui sont gravement atteints) a diminué dans ces derniers temps, parce que beaucoup de ces malades ont trouvé que l'égalité de la température produisait trop de relâchement du système, les réduisant à la condition de plantes exotiques dans une serre chaude, et les rendant incapables de supporter la moindre variation atmosphérique sans en éprouver de graves inconvénients. Le séjour prolongé dans un pareil climat favoriserait, dans beaucoup de cas, la formation des tubercules, ou du moins ne ferait rien pour en débarrasser les organes.

Je ne suis donc pas de l'avis de M. Champouillon, lorsqu'il dit que « l'uniformité de la température est la condition formelle, le moyen le plus efficace qu'on puisse opposer à ces affections. Il faut absolument aux phthisiques un climat où la girouette reste comme ankylosée pendant plusieurs mois consécutifs. » A moins qu'il ne veuille restreindre cette indication aux périodes avancées de la maladie, quand il y a peu d'espoir d'amélioration permanente, quand il s'agit surtout de la lésion locale, et que l'on cherche à faire végéter les malades le plus longtemps possible plutôt qu'à les guérir.

Les médecins militaires et de la marine, tirant leurs données des masses d'hommes agglomérées dans des casernes, à bord des vaisseaux de guerre, et souvent stationnés durant toutes les saisons de l'année dans des localités malsaines ou énervantes, et qui étant malades n'ont pas le pouvoir de se soigner convenablement ni de se diriger à leur gré vers les lieux les plus propres à les rétablir, ne sont pas placés dans les conditions les plus favorables pour pouvoir juger d'une manière impartiale la question de l'influence que peuvent exercer les divers climats sur le cours de la phthisie pulmonaire. M. Champouillon admet qu'avant de prescrire un voyage, il faut au médecin une connaissance préalable parfaite des localités, afin de régler là-dessus le choix et la durée des stations; mais d'après ses communications sur diverses localités, dont il parle d'un ton quelque peu dogmatique, je suis porté à croire que lui, pas plus que M. Rochard, n'a pas une connaissance personnelle de ces localités; qu'il n'a eu que peu de rapports avec les médecins qui les habitent ou avec des malades qui les aient fréquentées, et, j'ose le dire, que les opinions qu'il a émises relativement à quelques-unes d'entre elles ne seraient pas approuvées par ceux qui ont eu le plus d'occasions de connaître leurs particularités.

Ainsi, M. Champouillon recommande à plusieurs reprises Villefranche comme un séjour favorable aux poitrinaires, se réglant apparemment d'après ce qu'en a dit M. Carrière sur ses conditions météorologiques. Mais supposez qu'un malade fût induit à faire choix de ce séjour, qu'y trouverait-il ? Une petite ville aux rues étroites et mal pavées, adossée à une montagne, sans hôtels, sans un seul logement convenable, et manquant de tout, à l'exception des premières nécessités de la vie, sans route carrossable, excepté celle conduisant à Nice par la montagne, qui est en très-mauvais état, et sans société. La recommandation de Venise, Albano et Frascati, aux sujets opprimés de tristesse, est également faite mal à propos.

Ces deux derniers endroits seraient assez agréables pour un court séjour pour quiconque se trouverait à Rome; mais pour y rester plus longtemps, ils seraient des plus ennuyeux, ne possédant aucune ressource. Venise aussi, qui, par la nouveauté de son aspect, plaît au premier abord, serait un lieu de séjour extrêmement triste. Hors la place Saint-Marc et quelques quais, à peine y a-t-il une place exposée au midi où l'on peut se promener; mais on se lasse bientôt de ces promenades de lagunes, dans des gondoles qui, couvertes de drap noir, présentent un aspect assez lugubre. Les voitures sont inconnues à Venise, qui, quoique pouvant convenir à quelques cas exceptionnels, ne serait pas généralement préférée par les étrangers, à cause des agréments qu'elle fournirait pour les distraire pendant un séjour de plusieurs mois. Venise manquant par conséquent d'une condition essentielle pour la préservation et pour la guérison de la phthisie, savoir : facilités pour prendre l'exercice musculaire en plein air, ne saurait être une localité recommandable pour la plupart des malades menacés ou légèrement atteints de cette maladie. Chez les peuples pasteurs qui vivent sous la tente, dit avec raison M. Champouillon, la phthisie est à peu près inconnue.

Craignant que cette lettre ne soit déjà trop longue, je remets à une prochaine occasion les quelques autres observations qu'il me reste à faire à l'égard des localités fréquentées par les malades.

Agréez, etc. EDWIN LEE.

Hyères, 24 février 1859.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur universel* publie un décret impérial du 9 mars pour la promotion et l'admission dans la Légion d'honneur d'officiers et de marins qui ont pris part aux affaires de Chine et à l'expédition de Touranne.

Sur 26 chevaliers, 12 ont été nommés parmi les officiers de vaisseau, 6 parmi les officiers de santé; 1 est ingénieur des constructions navales, 2 appartiennent au corps du génie militaire, 1 à l'artillerie de marine, 3 à l'infanterie de marine, 1 aux équipages de la flotte.

2 chirurgiens sont aides-majors de l'infanterie de marine, les 4 autres font partie de l'état-major des navires placés sous les ordres de l'amiral Rigault de Genouilly. On remarquera enfin que les deux chirurgiens de 3e classe n'ont point encore atteint l'âge de 23 ans, et comptent, l'un deux ans, l'autre seize mois de service dans la marine.

— M. le secrétaire de la Société de médecine de Caen nous prie d'insérer la rectification suivante au sujet de la nouvelle publiée dans le numéro du 10 février dernier, concernant une décision récente de cette Société.

« Monsieur le rédacteur,

» Dans votre numéro du 10 février dernier, vous avez publié un article concernant la Société de médecine de Caen, qui contient une erreur que je vous prie de rectifier. Vous annoncez que cette Société avait proposé pour sujet de prix la question du traitement des anévrysmes externes, et que M. Fayel avait obtenu le prix. Permettez-moi, monsieur le rédacteur, de vous faire connaître que dans ce concours un seul mémoire, dont M. Fayel est l'auteur, a été présenté, et que n'ayant pas paru suffisant pour obtenir le prix, M. Fayel n'a mérité seulement qu'une mention honorable et le titre de membre résidant.

» Recevez, je vous prie, etc. ETIENNE, *secrétaire*. »

Traité de chimie hydrologique, comprenant des notions générales d'hydrologie, l'analyse chimique qualitative et quantitative des eaux douces et des eaux minérales, un appendice concernant la préparation, la purification et l'essai des réactifs, et précédé d'un essai historique et de considérations sur l'analyse des eaux, par J. LEFORT, pharmacien à Paris, membre de la Société d'hydrologie médicale, etc., avec figures intercalées dans le texte. In-8° de XL-622 pages. Prix : 8 francs. Victor Masson, 1859.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 32. — JEUDI 17 MARS 1859. (32e ANNÉE.) N° 32. — JEUDI 17 MARS 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 16 mars 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Huguier a terminé la lecture de son mémoire sur l'allongement du col de l'utérus. Ce travail considérable, plein de faits cliniques, de recherches anatomiques et anatomo-pathologiques, illustré d'une belle collection de dessins, tend à modifier profondément les opinions le plus généralement admises sur tout un ordre de lésions utérines, en substituant à la notion commune de la chute ou de l'abaissement de l'utérus celle de l'allongement hypertrophique partiel ou général de cet organe.

« La chute de l'utérus, dit M. Huguier, qu'elle soit complète ou incomplète, n'est pas une seule maladie, mais bien un ensemble de plusieurs affections désignées sous un seul nom.

» Lorsque l'utérus vient faire saillie au dehors, lors même que le vagin est complétement renversé et que la matrice, par le volume de la tumeur au centre de laquelle elle se trouve, semble entièrement précipitée entre les cuisses, ce n'est pas, dans la très-grande majorité des cas, parce qu'elle est abaissée dans son ensemble et complétement sortie du bassin, mais bien parce qu'elle a subi un allongement hypertrophique partiel ou général.

» Dans l'affection désignée sous le nom de précipitation, l'allongement hypertrophique n'est pas l'exception, mais bien la règle très-générale. »

Telles sont les propositions principales qui résument le résultat des recherches de M. Huguier. C'est à la démonstration, au développement de ces propositions et à l'exposition des conséquences pratiques qui en découlent, qu'est consacré ce volumineux travail. Il nous serait impossible, vu l'étendue de ce mémoire et les nombreux documents historiques, cliniques et anatomiques dont il se compose, d'en présenter ici une analyse détaillée. Mais le soin avec lequel l'auteur a su en condenser et en résumer la substance dans les conclusions générales qu'on lira plus loin, nous dispense de ce travail. On trouvera, en effet, dans ces conclusions, un énoncé de tous les résultats nouveaux constatés par M. Huguier et des indications pratiques qu'il cherche à introduire dans la science.

C'est là, ainsi qu'on en pourra juger, un texte plus que suffisant pour une longue et importante discussion. Assurément, après avoir entendu la lecture du mémoire de M. Huguier, après avoir rapidement parcouru les sommaires des nombreuses observations qu'il renferme, et jeté un coup d'œil sur l'atlas qui l'accompagne, il n'est pas permis un instant de mettre en doute la réalité de la lésion qui y est décrite, sa fréquence plus grande sans doute qu'on ne le pensait généralement, et son influence, probablement aussi plus prépondérante qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent, sur les désordres et les symptômes pathologiques des organes sexuels de la femme.

Mais il est difficile cependant, quelque confiance que l'on ait dans le bon esprit d'observation de M. Huguier et dans la sévérité de ses habitudes scientifiques, de se défendre de l'idée qu'il n'y ait quelque exagération dans cette supputation de la fréquence et du rôle de la lésion dont il s'agit. Comment admettre, en effet, qu'une pareille lésion, assez facilement appréciable après tout pour qui a quelque habitude de ce genre d'exploration, ait échappé à tant d'observateurs attentifs, à tant de praticiens qui ont fait des maladies de matrice le sujet d'une étude spéciale, ou qu'elle ait été si fréquemment confondue avec d'autres lésions? Il y a là évidemment ou le fait d'un singulier jeu du hasard, qui aurait accumulé en quelque sorte sous les yeux et le doigt de M. Huguier les exemples d'une affection relativement rare pour le commun des observateurs, ou une cause quelconque de méprise et de malentendu qui pour être dissipée a besoin de la lumière de la discussion. Et qu'on veuille bien le remarquer, il ne s'agit pas ici seulement d'un fait pathologique sur la valeur duquel il serait à coup sûr toujours intéressant d'être fixé, il s'agirait surtout de reconnaître que l'on s'est généralement mépris jusqu'à présent dans la thérapeutique instituée contre tout un ordre d'affections très-communes, et que, aux divers moyens plus ou moins rationnels généralement employés pour y remédier ou pour en pallier les effets, il faudra substituer désormais le procédé expéditif, mais quelque peu radical, de l'excision.

Ces propositions ne seront certainement pas admises sans contestation. Déjà dans la séance d'hier plusieurs membres ont soulevé quelques objections, et nous avons vu le moment où l'action allait s'engager sur toute la ligne. Mais M. le secrétaire perpétuel a sagement modéré cette ardeur, en faisant remarquer qu'une discussion sur un travail aussi considérable et aussi important ne pourrait être improvisée avec avantage. Il a engagé ceux de ses collègues qui ont des observations à présenter à ce sujet, à prendre préalablement connaissance du mémoire de M. Huguier, qui restera à cet effet déposé pendant toute la semaine dans les bureaux de l'Académie. L'Académie a approuvé cette motion, et la séance a été levée. A mardi donc la discussion.

M. Huguier a été précédé à la tribune par M. F. Boudet, qui a lu un rapport sur un mémoire de M. Lefort, relatif à la composition chimique des eaux minérales de Saint-Alban, près de Roanne. Il résulte des analyses très-soignées, d'après le témoignage si compétent de M. le rapporteur, que M. Lefort a faites sur les lieux mêmes, que ces eaux contiennent des substances actives dont on ne paraissait pas jusqu'à présent avoir soupçonné l'existence. Cette nouvelle révélation de la chimie, en ouvrant la voie à de nouvelles expérimentations, pourra avoir une certaine influence sur l'usage médical ultérieur de ces eaux. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

Théorie et traitement des affections nerveuses.

Nous avons vu que le mouvement oscillatoire, la vibration, était le grand fait qui dominait tous les phénomènes soumis à notre observation. Ai-je besoin d'ajouter que, en énonçant une telle proposition, je suis d'accord avec les savants les plus considérables de cette époque; et faut-il vous rappeler que les beaux travaux de M. Grove sur la corrélation des forces physiques sont venus montrer tout récemment la vibration servant de point de jonction entre la chaleur et le mouvement? C'est-à-dire que la vibration serait la loi la plus générale jusqu'à présent connue.

Ce qui m'appartient, c'est d'avoir voulu, — bien antérieurement aux travaux dont je vous parle, — appliquer cette théorie à la recherche des phénomènes physiologiques et pathologiques du système nerveux.

Si je ne craignais de vous fatiguer, j'insisterais sur le caractère d'universalité de cette loi; mais, tout en évitant ce qui est du domaine de la physique proprement dite, permettez-moi d'éclairer par quelques exemples encore, empruntés à la physiologie, le mécanisme des affections dont nous allons nous occuper. Cela est d'une grande importance.

Quand on applique le stéthoscope sur un muscle au moment où il se contracte, l'oreille perçoit un bruit comparable à celui que fait une voiture roulant dans le lointain : c'est le frémissement vibratoire de Laënnec, le bruit rotatoire de Wollaston. Dernièrement M. le docteur Collongues, à l'aide d'un instrument analogue au stéthoscope, et qu'il a nommé dynamoscope, a fait une étude particulière de ces bourdonnements, qu'on peut saisir en l'absence de toute contraction musculaire, et qui se continuent, en certaines parties du corps, même après que la vie a cessé.

A la suite des travaux qui exigent une contention soutenue de l'esprit, comme les spéculations métaphysiques, les calculs mathématiques, etc., la fatigue se traduit par un malaise singulier, par une sensation de vibrations internes excessivement pénibles. Les sentiments qui saisissent fortement les belles âmes, l'admiration, l'enthousiasme, déterminent un frisson qui, partant du sommet de la tête, parcourt tout le corps. Les passions violentes ainsi que les sentiments nous font vibrer; on dit *trembler* de peur et *trembler* de colère. Ce qu'on appelle la *chair de poule*, qu'est-ce autre chose qu'une vibration des papilles du chorion?

Ces oscillations nerveuses, ces névropallies, sont donc compatibles avec un état de santé parfaite.

Remarquez, en passant, qu'il n'est peut-être pas dans notre langue deux idées qui aient autant de modes d'expressions, autant de synonymes, et qu'une idée qui peut se traduire par autant de mots dans toutes ses nuances doit être une idée vraie. Vibration, oscillation, fourmillement, chatouillement, trépidation, brouhaha, frissonnement, tressaillement, tintouin, frémissement, tremblement, ondulation, titillation, vacillation, etc., etc.

Etudions maintenant ces mêmes phénomènes au point de vue pathologique.

Migraine (*irisalgie*). — Les personnes sujettes à la migraine savent que cela commence par un nuage central qui trouble la vision; lorsqu'on a regardé un objet très-éclairé, il reste aussi un point obscur sur la rétine qui peut donner une idée de ce nuage de la migraine aux personnes qui n'y sont pas sujettes. — La circonférence de ce nuage se déchiquète bientôt en zigzags présentant 10 à 12 dents périphériques (il est impossible de les compter exactement), et ce pourtour du nuage central est bleuâtre, ressemblant à la lumière électrique ou à celle des étoiles. Cette image remue sans cesse en oscillant; puis bientôt, à cette sensation, succèdent des vomissements, et dans quelques cas des fourmillements ressentis le long du nerf médian et du nerf cubital. Certains amaurotiques, complétement aveugles, ont, en même temps que la migraine, cette forte division de lueurs.

Cette figure lumineuse, ce *phantasme*, suit les mouvements de l'œil; on la voit plus vive en fermant les yeux; quand les yeux sont ouverts, on n'aperçoit que les objets qui sont autour d'elle; ainsi, en regardant le visage d'un voisin, on ne voit pas le milieu de ce visage.

Où cela se passe-t-il? dans la rétine? C'est douteux, bien que ce seul nerf optique semble devoir donner naissance à des phénomènes de vision. J'inclinerais plutôt à placer le véritable siége de cette affection dans l'iris, à cause des vomissements qui l'accompagnent et la suivent; les chirurgiens ont, en effet, depuis longtemps remarqué que si, dans l'opération de la cataracte, on touchait l'iris, on déterminait des vomissements presque immédiats. (Ces vomissements s'expliqueraient par les anastomoses de la 3e et de la 5e paires, avec quelques filets du pneumo-gastrique.)

Voici donc un premier fait pathologique attesté par un nombre considérable de malades attentifs, par MM. Labarraque fils, Foucault, Jules Pelletan, Lubanski, etc., qui l'ont constaté sur eux-mêmes. Ce fait, à lui seul, irrécusable comme il l'est, suffirait pour étayer mon dire. Mais il en est d'autres que nous verrons tout à l'heure. Un mot encore au sujet de la migraine. Comment la guérir? On a essayé contre elle toutes les médications. La belladone si vantée ne fait rien; les autres antispasmodiques, rien non plus. On peut l'arrêter dès le début, en portant dans l'estomac les stimulants fonctionnels, c'est-à-dire des aliments : 80 grammes de vin de Bordeaux et un biscuit suffisent le plus ordinairement. On pourrait encore, dans les cas où la migraine revêtirait une grande intensité, administrer au malade la potion que je prescris contre les névropallies les plus graves, et à laquelle j'ai dû souvent des succès inespérés. J'aurai souvent occasion de vous en parler, car elle est indiquée toutes les fois que le système nerveux est atteint. Je la formule ainsi :

Quinine brute.	2 grammes.
Alcool ou teinture de cannelle.	q. s. pour dissoudre.
Eau.	q. s. pour étendre sans précipiter.
Sirop.	15 grammes.

Le but que je me propose en prescrivant cette potion quinique, est de faire naître dans l'organisme, dans le système nerveux, des vibrations soudaines qui neutralisent celles que je redoute; c'est, en un mot, d'agir par substitution, ainsi qu'on le

dit dans les cours et les ouvrages de thérapeutique.

Je vous ai tracé tout à l'heure le tableau de l'irisalgie ; mais les phénomènes qui caractérisent cette cruelle affection ne sont pas toujours aussi nettement dessinés. Quelquefois le début s'annonce par un simple éblouissement de peu de durée, auquel succèdent la céphalalgie et les vomissements. Enfin, il est des migraines qui ne sont pas des irisalgies ; ce sont des céphalalgies sous-occipitales, par exemple, suivies de vomissements. Dans celles-ci, l'image ne se produit pas, mais quel que soit le nerf d'où parte la souffrance, c'est toujours une névropallie.

Si de l'œil nous passons à l'oreille, nous allons retrouver des phénomènes analogues ; seulement, les perceptions pathologiques seront en rapport avec le mode fonctionnel différent des nerfs, propres à ces différents organes. Dans l'œil, c'était une image, une lueur ; dans l'oreille, ce sera un bruit, un bourdonnement particulier, d'abord très-léger, très-net, puis plus confus, plus large, avec des alternatives, des oscillations comparables à ce qui se passait dans l'appareil de la vision ; un peu plus tard arrivent des éructations, des vomissements, etc. Les anastomoses de la huitième paire, avec le rameau de la cinquième paire qui se distribue à l'oreille, rendent compte ici encore des phénomènes consécutifs.

Cette névralgie, à laquelle j'ai imposé le nom de *névrotopallie*, n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer. Je l'ai observée trois fois ; la première, sur une maîtresse de pension d'Argentan, dans le département de l'Orne. Cette dame y était sujette chaque fois qu'elle écoutait de la musique après avoir mangé. Chez les deux autres malades, la cause était moins clairement indiquée.

M. le docteur Lubanski, un de mes anciens élèves, a observé sur lui-même une névralgie semblable, mais dont le point de départ était la membrane pituitaire. Le nez était le siége d'insupportables démangeaisons intérieures, avec exacerbations oscillatoires bien marquées suivies de vomissements, absolument comme ce que l'on éprouve dans l'iris quand s'annonce la migraine. Je dois dire que je n'en connais pas d'autre exemple.

Pour tous ces cas, l'explication est la même ; elle est donc bonne puisqu'elle s'applique aux faits qui se sont produits après elle. C'est là le caractère des bonnes généralisations, et je vous demanderai, entre parenthèses, à quoi servent les généralisations qui n'expliquent rien ?

Tous ces cas encore sont guéris par la quinine donnée sous la forme que je vous ai indiquée plus haut. Une observation pratique est ici de quelque importance : il faut faire attention aux substances dans lesquelles on fait avaler le quinquina. On a l'habitude, pour en masquer la saveur amère, de conseiller aux malades de prendre leur potion dans du café ou du chocolat. Mais il arrive que le plus grand nombre des personnes se dégoûtent de ces aliments, après qu'ils leur ont ainsi servi d'excipient, et n'en peuvent plus jamais reprendre comme nourriture. Cela mérite considération.

Dans une prochaine leçon, je vous parlerai de l'angine de poitrine.

HOTEL-DIEU. — M. Robert.

Phlegmon du tissu cellulaire situé sous le muscle grand fessier.

Cette affection, assez rare du reste, n'est décrite dans aucun traité de pathologie chirurgicale ; aussi pensons-nous que l'observation suivante et les quelques réflexions qui l'accompagnent, auront un grand intérêt pour le praticien.

Au n° 23 de la salle Saint-Paul est une jeune fille de seize ans, pâle, lymphatique ; elle n'est pas encore réglée. Elle est apprentie couturière, et fait tous les jours des courses fort longues. Vers la fin de décembre, elle a eu plusieurs fois les pieds mouillés ; est-ce là la cause de la maladie qu'elle porte ? Cela est possible ; mais je crois bien que la fatigue excessive y a contribué aussi pour une grande partie. Le dimanche avant Noël, en regagnant son domicile, elle fut prise de violentes douleurs dans la fesse gauche ; elle eut beaucoup de peine à aller jusque chez elle : elle se coucha aussitôt, et le jeudi suivant elle se décida à entrer à l'hôpital. Elle fut placée dans un service de médecine où on lui fit appliquer des ventouses et un vésicatoire volant ; enfin elle passa dans notre service.

L'affection que porte cette malade était si peu caractérisée et présentait une telle difficulté dans le diagnostic, que je dus passer en revue toutes les lésions que l'on peut rencontrer dans la hanche, le bassin, la partie supérieure de la cuisse, etc. La malade nous était annoncée comme ayant une coxalgie : elle souffrait dans la fesse et jusque dans le genou ; je voulus donc m'assurer d'abord de l'état de la hanche. Or je pus faire exécuter au membre tous les mouvements dont il est susceptible, et cela sans difficulté et sans douleur pour la malade. Donc l'articulation coxo-fémorale est saine. J'ai voulu savoir ensuite si les articulations du bassin étaient malades, bien que cela soit excessivement rare chez une jeune fille de seize ans. J'ai pressé vigoureusement, en aucun point je n'ai provoqué de douleur ; les articulations sont saines. J'ai dû m'assurer aussi de l'état des os du bassin, car on sait que chez les sujets lymphatiques le refroidissement peut amener des inflammations sous-périostiques. L'os iliaque m'a paru intact, car la douleur siégeait vis-à-vis du trou sciatique, là précisément où il n'y a point d'os.

J'ai ensuite exploré les muscles. On sait que chez les jeunes gens lymphatiques on observe quelquefois des inflammations du psoas et du tissu cellulaire qui l'entoure ; chez notre malade il n'y a aucun signe de psoïtis, car la cuisse est étendue sur le bassin, et la douleur siége en arrière, dans la fesse. L'inflammation du muscle psoas se traduit au contraire par une flexion permanente de la cuisse sur le bassin, et la douleur est située en avant dans la fosse iliaque interne.

Enfin j'ai pressé sur le point précis où la malade accuse de la douleur ; c'est le milieu de la fesse gauche, vis-à-vis du trou sciatique. J'ai voulu savoir si le muscle grand fessier était le siége d'une inflammation, et pour cela j'ai fortement fléchi la cuisse sur le bassin ; or, dans cette position, le muscle grand fessier, qui est extenseur de la cuisse, aurait dû être le siége de vives souffrances s'il avait été enflammé : la malade n'a éprouvé que peu de douleur. Mais si l'on presse sur ce point, la malade souffre considérablement. Où donc siége le mal ? Dans le tissu cellulaire situé sous le muscle grand fessier, tissu cellulaire qui est très-abondant en cet endroit, qui est filamenteux, peu chargé de graisse, et par conséquent susceptible de s'enflammer facilement et même de suppurer. J'ai eu, en effet, l'occasion d'ouvrir un certain nombre d'abcès sous-fessiers.

Le tissu cellulaire qui est sous-jacent à ce muscle peut être comparé au tissu cellulaire qui avoisine tous les muscles de l'économie ; or on sait que la fatigue musculaire excessive peut amener des phlegmons péri-musculaires ; ainsi j'ai vu plusieurs fois des abcès sous le muscle grand pectoral à la suite de violente fatigue dans les membres supérieurs. J'ai vu plusieurs fois aussi des phlegmons sous-fessiers chez des individus qui avaient beaucoup marché.

Ceci posé, examinons maintenant quels sont les caractères de ces abcès. Quand cette inflammation n'est pas très-profonde, il y a dans la fesse un peu de gonflement et une légère douleur qui augmente par les mouvements du membre et par la pression. Les phénomènes généraux sont en proportion de la gravité et de l'étendue de l'inflammation. Or, chez notre jeune fille, il y avait une douleur profonde, qu'exaspéraient les mouvements de la cuisse portés au delà d'un certain degré ; il y avait de la fièvre, langue blanche, peau sèche et chaude.

Chez certains malades, j'ai vu l'inflammation pénétrer profondément dans le trou sciatique et donner lieu à des accidents de sciatique aiguë très-intense. Ainsi j'ai soigné à l'hôpital Beaujon un porteur d'eau qui présentait tous les symptômes de la névralgie sciatique la plus violente ; il y avait chez lui une phlegmasie considérable du tissu cellulaire sous-jacent au muscle grand fessier ; je fis appliquer des sangsues et des cataplasmes pour tâcher d'éviter la suppuration ; mais cela fut inutile. Il survint bientôt des frissons irréguliers, et un abcès se forma. Les douleurs de sciatique étaient atroces. Je diagnostiquai un phlegmon sous-fessier avec propagation au tissu cellulaire qui entoure le nerf sciatique, et inflammation de celui-ci. Au bout de quelques jours, je pratiquai une large incision parallèle aux fibres du grand fessier ; il en sortit une grande quantité de pus : l'inflammation se calma et les douleurs disparurent complétement ; un mois ou cinq semaines après, il était parfaitement guéri.

Chez notre jeune fille je diagnostiquai donc un phlegmon sous-fessier commençant ; je prescrivis des ventouses, des bains, des cataplasmes, etc. La douleur avait disparu au bout de quelques jours ; mais la persistance de la fièvre me donnait une certaine inquiétude ; en effet, je vis bientôt se présenter à la fesse droite tous les phénomènes que nous avions observés pour la fesse gauche. Depuis trois jours que cette inflammation occupe la fesse droite, la fièvre a disparu, la peau est fraîche, et, grâce à l'emploi des moyens que j'ai cités plus haut, les mouvements sont libres dans les deux membres. Néanmoins, comme la constitution de cette jeune fille est mauvaise, il faut se tenir sur ses gardes contre les accidents possibles.

Depuis cette époque, l'amélioration a toujours été progressant ; nous avons fortifié la constitution de la malade en lui donnant du fer, des bains sulfureux, une bonne alimentation ; les douleurs vagues ont disparu, la fièvre a cessé, les mouvements sont devenus faciles, et le 6 février, la malade sort de l'hôpital complétement guérie.

Epiplocèle ancienne ; hydrocèle aiguë du sac ; réduction lente et graduelle de la tumeur, et guérison radicale par l'emploi d'un bandage à pelote d'abord concave, puis plane, puis enfin convexe.

Salle Saint-Jean n° 15 ; M..., quarante-cinq ans, garçon pharmacien, est entré à l'hôpital le 13 octobre 1858 ; bonne constitution, bonne santé habituelle, rien de particulier dans les antécédents. Le malade raconte que depuis un certain nombre d'années il portait dans la région inguinale du côté gauche une tumeur qui avait tous les caractères d'une hernie, se gonflant au moindre effort, rentrant au contraire quand le malade était couché ; peu à peu cette tumeur a augmenté de volume, mais sans jamais donner lieu à aucun trouble fonctionnel du côté du ventre. Enfin, il y a quelques jours, après un travail forcé, la tumeur présenta un nouvel aspect ; il y avait déjà quelque temps que le malade ne pouvait plus la réduire.

Au premier abord, le diagnostic pouvait paraître assez embarrassant. Il n'y avait actuellement, et il n'y avait jamais eu d'ailleurs aucun trouble du côté de l'intestin, ni dans l'état général du malade : j'ai donc exclu de suite l'idée d'une hernie intestinale. Mais il n'en est pas de même des épiplocèles, qui ne déterminent que des troubles fonctionnels légers, et même presque nuls quelquefois, car les fonctions de l'épiploon sont très-vagues ; les épiplocèles se réduisent beaucoup plus difficilement que les entérocèles, mais les malades ne s'en occupent pas, en général, parce que ces hernies ne sont pas douloureuses, et ils n'ont pas le soin de les réduire ; or il arrive que l'épiploon contracte des adhérences solides avec l'anneau qui lui livre passage, et dès lors la hernie devient irréductible.

Ces tumeurs, qui ne sont autre chose que des hernies épiploïques, sont susceptibles de s'enflammer, mais elles ne présentent alors aucun des phénomènes de l'étranglement d'une hernie intestinale : le cours des matières fécales est libre, le trouble général est presque nul, on voit à l'aine gauche une tumeur volumineuse, bien circonscrite, peu ou point douloureuse, et offrant une sensation manifeste de fluctuation. Que s'est-il donc passé dans cette hernie ? L'épiploon a contracté des adhérences avec tout le pourtour de l'anneau herniaire, il bouche donc complétement cet anneau, et empêche toute communication entre la cavité du sac herniaire et le reste du péritoine ; le sac s'enflammant exhale une quantité variable de sérosité qui s'accumule dans sa cavité et forme une tumeur fluctuante, dont le diagnostic peut présenter quelques difficultés, mais que l'on parvient facilement à surmonter.

En pareille circonstance, on ne peut guère hésiter qu'entre un kyste et une hydrocèle aiguë d'un sac herniaire. Heureusement les phénomènes que présente alors le malade sont peu graves, et il n'y a aucun péril à attendre quelque temps afin de permettre à la nature d'agir un peu et de mieux dessiner les caractères de la maladie : c'est ainsi que doit se conduire un chirurgien prudent lorsque le diagnostic ne lui paraît pas suffisamment éclairé.

Mais tel n'était pas le cas de notre malade : les antécédents qu'il nous racontait expliquaient parfaitement les différentes phases par lesquelles avait passé la tumeur qu'il portait ; l'examen de la tumeur faisait reconnaître une certaine quantité de liquide à travers lequel on sentait une masse dure, qui ne pouvait être autre chose que de l'épiploon : je diagnostiquai donc une hernie épiploïque ancienne enflammée, avec exhalation de sérosité dans le sac, en un mot une hydrocèle aiguë du sac herniaire.

Sous l'influence du repos et de l'emploi des émollients, la tumeur a bientôt diminué de volume, graduellement l'inflammation s'est apaisée et le liquide s'est résorbé. Enfin le malade s'est retrouvé exactement dans le même état où il était avant cette inflammation du sac herniaire, c'est-à-dire avec une épiplocèle ancienne irréductible. Mais fallait-il laisser ce malade dans cet état ? Evidemment non : il faut tenter la guérison radicale de cette hernie. Or, comment peut-on arriver à ce résultat ?

Il n'y a aucune opération chirurgicale à pratiquer.

Mais il est un moyen dont on peut, je dirai même dont on doit essayer l'application en pareil cas, c'est la compression permanente à l'aide d'un bandage à pelote concave. Cette pelote doit non-seulement contenir exactement la hernie, mais encore elle est destinée à presser uniformément et graduellement la tumeur, de manière à en amener insensiblement la réduction. Or je dois vous dire en passant qu'il est extrêmement difficile de faire fabriquer un semblable bandage qui remplisse parfaitement les indications que je viens de vous formuler ; sur le nombre considérable de bandagistes qui existent à Paris, celui qui a le mieux compris les indications à remplir est assurément M. Carville.

Mais supposons cette difficulté vaincue, et voyons ce qui va résulter de la pression continue et constante à laquelle la hernie va être soumise nuit et jour. Notez bien ceci : le bandage doit rester appliqué *nuit et jour* ; en effet, il ne s'agit pas ici de contenir simplement une hernie et de l'empêcher de sortir, afin qu'elle ne s'étrangle pas ; la pression à laquelle vous soumettrez la hernie épiploïque a pour but de produire la rétrocession lente et graduelle de la portion d'épiploon herniée. Il faut que la pression soit faite constamment et sans interruption, de manière à ne pas perdre, en supprimant le bandage pendant la nuit, le terrain que l'on peut avoir gagné en comprimant la hernie pendant le jour. Sous l'influence de cette compression méthodique, l'épiploon rentre petit à petit dans la cavité abdominale, et l'on comprend dès lors que la pelote concave, qui pressait convenablement sur la hernie au moment de sa première application, présente bientôt une concavité trop grande relativement à la hernie diminuée de volume ; il faut donc, à mesure que la rentrée de l'épiploon s'opère, diminuer d'autant la concavité de la pelote en la remplissant avec des rondelles d'agaric. C'est ainsi que l'on arrive à maintenir au-devant de l'épiploon hernié une pression lente et constante, qui finit par produire la réduction complète de la hernie. La pelote à l'aide de laquelle on applique cette compression devient donc de moins en moins concave par le remplissage avec les rondelles d'agaric ; il arrive bientôt un moment où cette pelote, de concave qu'elle était, devient plane ; enfin, lorsque l'on a obtenu la rentrée totale de l'épiploon, elle doit être convexe afin de s'opposer à la reproduction de la hernie. Telles sont les phases que doit suivre le traitement de ces épiplocèles, traitement qui consiste simplement en une pression permanente, graduée et lente, au moyen de laquelle on arrive le plus souvent à la guérison.

Mais comment peut-on expliquer la rentrée de l'épiploon dans la cavité abdominale, ou, en d'autres termes, la disparition de la tumeur? On peut croire que dans certains cas l'épiploon, soumis pendant longtemps à une pression constante, finit par s'atrophier; bien que ce résultat ne me semble pas impossible, je crois que la cause principale de la guérison consiste dans l'extension graduelle des adhérences filamenteuses qui unissent le collet du sac à l'anneau fibreux, extension qui résulte de la pression permanente du bandage, et permet enfin la rentrée de l'épiploon dans l'abdomen; quelquefois même l'épiploon peut se réduire entraînant avec lui le sac herniaire dans la cavité abdominale; vous savez, en effet, que le sac herniaire ne contracte ordinairement avec l'anneau qui lui livre passage que des adhérences filamenteuses peu résistantes; le sac est donc mobile, et les exemples de réduction d'une hernie en bloc ne sont que trop fréquents, circonstance dont on comprend d'ailleurs toute la gravité lorsqu'il s'agit d'une entérocèle étranglée. L'observation de ce qui se passe dans ces cas explique parfaitement la possibilité de la réduction totale de la hernie sous l'influence d'une pression permanente.

J'ai déjà plusieurs fois obtenu à l'aide de ce bandage la guérison d'épiplocèles irréductibles, et l'on doit toujours tenter d'obtenir ce résultat, car ces hernies peuvent s'enflammer et donner lieu à des accidents graves. Ainsi, il y a dix-huit mois environ, j'ai eu à traiter une hernie épiploïque enflammée; elle était grosse comme le poing; sous l'influence des sangsues et des émollients, l'inflammation disparut; je fis alors porter à la malade un bandage à pelote concave, et au bout de quelques mois la hernie était rentrée.

Enfin dernièrement j'ai donné mes soins à la femme d'un avocat qui portait dans l'aine gauche une petite tumeur grosse comme une noix; la tumeur était fluctuante, indolente, et ne produisait aucun trouble du côté de l'intestin; cette dame avait déjà consulté un chirurgien qui, croyant à l'existence d'un kyste, avait proposé de faire une petite opération. J'examinai la tumeur, et je sentis un pédicule qui s'enfonçait en arrière; je rejetai donc l'idée d'un kyste; je diagnostiquai une épiplocèle, et conseillai à la malade de porter un bandage à pelote concave; ce qui, vous le comprenez fort bien, ne pouvait avoir aucun inconvénient dans l'hypothèse d'un kyste, et devait au contraire amener la guérison si c'était une épiplocèle. M. Carville exécuta le bandage, et fit à différentes reprises un remplissage avec des rondelles d'agaric; au bout de sept ou huit semaines, la malade était guérie; il n'y avait plus rien dans l'aine. C'était donc bien une épiplocèle.

Revenons maintenant à notre malade.

Convaincu chez lui de l'existence d'une épiplocèle, je fis exécuter par M. Carville un bandage à pelote concave, qui, après quelques corrections, se moula parfaitement sur la hernie. Le malade porta ce bandage jour et nuit, et, comme il m'exprima le désir de retourner à son travail, je lui permis de quitter l'hôpital, en lui recommandant de venir toutes les deux ou trois semaines nous montrer l'état de sa hernie.

Le 8 novembre, le malade se présente à nous : on constate déjà une diminution notable de la tumeur; il reste encore un peu de liquide dans le sac; j'adresse le malade à M. Carville pour qu'il diminue un peu la concavité de la pelote.

Le 23 novembre, l'affaissement de la hernie est encore plus considérable; il n'y a plus que quelques gouttes de liquide dans le sac herniaire. Il faut continuer la pression en introduisant de nouvelles rondelles d'agaric dans la concavité de la pelote. Le résultat que nous avons déjà obtenu depuis quatre semaines environ me fait grandement espérer une guérison complète.

Le 7 décembre, l'amélioration est évidente; le sac existe encore, mais il ne renferme plus qu'une très-petite quantité d'épiploon.

Enfin, le 26 décembre, il n'existe plus de grosseur dans l'aine; le malade est complétement guéri. Je lui conseille néanmoins de porter encore pendant un ou deux mois la pelote, qui est maintenant convexe, afin de prévenir tout retour de la maladie.

OCCLUSION INTESTINALE

concomitante d'une hernie inguinale droite. Diagnostic. Indication de l'entérotomie. Mort sans opération. Incertitude sur la cause du mal même après l'autopsie.

Par M. Jules Roux, chirurgien en chef de la marine, à Toulon.

M. E..., âgé de quarante-neuf ans, négociant, d'une bonne constitution et d'un tempérament bilioso-sanguin, n'ayant jamais dans ses antécédents présenté de dérangement trop prononcé des voies digestives, éprouvait depuis le 1er juin 1857 une constipation assez opiniâtre, que les lavements seuls pouvaient vaincre, quoique incomplétement, lorsque le 14 du même mois il fut pris de malaise général, de coliques violentes et de suppression absolue des garde-robes. Pas de fièvre.

Le 15, cet état persiste, et le médecin appelé prescrit : cataplasmes sur l'abdomen, lavements émollients, boissons délayantes.

Le 17, aggravation de tous les symptômes : douleurs abdominales plus vives, léger ballonnement du ventre, persistance de la constipation, hoquets, nausées, vomissements, mouvement fébrile. — Sangsues, cataplasmes, lavements répétés, purgatif avec huile de ricin; pas de selle.

Le 18 au soir, on m'appelle en consultation avec un troisième confrère, et nous constatons ce qui suit : vomissements fréquents de matières liquides, porracées, sans odeur fécale; coliques arrachant des cris au malade, augmentant par exacerbation à des intervalles rapprochés ou par la moindre pression; météorisme de l'abdomen circonscrit à la région cœcale et au trajet des côlons ascendant et transverse jusqu'à l'angle gauche de celui-ci; les régions ombilicale, hypogastrique, celles du côlon descendant et de l'S iliaque, n'offrent rien de particulier, et sous quelque rapport semblent indifférentes à ce qui se passe dans la moitié droite du gros intestin; coexistence d'une hernie inguinale droite très-volumineuse, indolore, facile à réduire, mais difficile à maintenir par un bandage à large pelote; pouls fort, souple, sans fréquence; facies non altéré, peau médiocrement chaude; agitation, anxiété, soif, inappétence, insomnie.

Si l'occlusion était évidente ici et son siége aisé à déterminer, il n'était pas facile d'en préciser la cause. La constipation invincible, les vomissements opiniâtres sont les caractères pathognomoniques de l'occlusion intestinale. Le siége en existait-il ici à l'angle gauche du côlon transverse, car toute la partie droite du gros intestin était dessinée par une tuméfaction considérable, des bosselures manifestes, une dureté insolite, une douleur s'exaspérant par la moindre pression? Partout ailleurs l'abdomen était souple, indolore, bien que sensiblement météorisé, et l'entéro-épiplocèle susceptible d'obscurcir le diagnostic, fut jugée étrangère à l'occlusion, car les parties qui la constituaient, sans douleur et sans constriction aucune, rentraient et sortaient au gré de l'explorateur. Ainsi, la distension des intestins était limitée entre la valvule iléo-cœcale empêchant le retour des matières, aussi pas de vomissements stercoraux, et l'angle gauche de l'arc du côlon, aussi pas de distension au-dessous.

Mais quelle était la nature de l'occlusion? L'affection récente et comme subite excluait l'idée des lésions organiques habituellement lentes dans leur action, et amenant le trouble avant l'abolition de la fonction. Nous avons exclu l'étranglement possible de la hernie concomitante, et on pourrait le rattacher à un étranglement interne; mais telle n'était pas la physionomie des symptômes; il y manquait l'altération caractéristique de la face, la petitesse spéciale du pouls, le froid général de la peau, la sueur glacée, la marche rapide des accidents; phénomènes qui n'ont apparu qu'aux dernières heures de la vie, alors seulement que l'affecton a dans ses résultats pris secondairement les caractères d'un étranglement interne. L'organisme luttait en quelque sorte contre la rétention des matières fécales, puisque le réservoir continuait à se distendre, et pas encore contre leur incarcération définitive. Il me semblait qu'il y avait ici quelque chose qu'on pouvait rapprocher de ce qui se passe dans la vessie quand, distendue outre mesure, elle a perdu pour ainsi dire le moment de sa contraction. De même, sous l'influence d'une circonstance quelconque, le gros intestin, privé de son ressort par excès de distension, pouvait ne plus être à même de vaincre une résistance dont il triomphe habituellement dans l'état normal. — Bouillons; limonade; onctions sur l'abdomen avec onguent mercuriel belladoné; cataplasmes; lavements très-purgatifs.

Le 19, même état. — Même prescription.

Le 20, le malade a dormi. Pouls fort, fréquent et souple; mêmes vomissements liquides, aqueux, porracés, sans odeur stercorale; météorisme plus considérable; dureté plus grande à la région cœcale, à celle des côlons ascendant et transverse; empâtement du côlon descendant, de l'S iliaque et de l'intestin grêle. — Cathétérisme intestinal; un purgatif drastique. Entérotomie imminente.

L'opération sanglante est repoussée : on adopte les deux premiers moyens. Le cathétérisme pratiqué avec une sonde œsophagienne, introduite toute entière par l'anus, ramène quelques débris de matières fécales. Second cathétérisme et injection d'eau tiède et d'huile, lavements ensuite, huile de croton tiglium, 4 gouttes : pas de selle, vomissements répétés.

A midi, le facies du malade s'altérait, le pouls faiblissait, et la douleur était moindre dans l'abdomen; il était temps encore de pratiquer l'entérotomie.

Le lendemain la scène s'assombrissait encore, et dans la nuit le malade expirait.

Autopsie faite dans la chambre du défunt dix heures environ après la mort. — Température élevée.

Une incision pratiquée dans la région iliaque droite, parallèlement au ligament de Fallope, me fait arriver par degrés et sans toucher au péritoine sur le cœcum énormément distendu. A peine ai-je divisé les premières tuniques de cet intestin, qu'il éclate brusquement, projetant dans toutes les directions une grande quantité de matières stercorales.

L'ouverture de l'abdomen montre alors ce qui suit : distension énorme du cœcum, des côlons ascendant et transverse jusqu'à l'angle gauche de ce dernier; prodigieuse quantité de matières fécales liquides, très-fétides, sans nul corps étranger; couleur brunâtre de la muqueuse, trahissant peut-être un état phlegmasique assez avancé; nulle part de lésion organique, nulle trace d'invagination, de bride, de rétrécissement. Je remarque que les angles du côlon transverse semblent bridés par le mésocôlon, très-étroit. L'angle gauche est enfoncé, assez faiblement contracturé; le droit le franchit aisément, et passe sans beaucoup de résistance dans le côlon descendant. D'un autre côté, la valvule iléo-cœcale est intacte. Le côlon descendant, l'S iliaque, le rectum, vides de matières, contiennent quelques gaz et sont entièrement sains.

On observe encore : état normal de l'intestin grêle, même dans la portion herniaire; il est distendu par des gaz; traces assez légères d'épiploïte et de péritonite partielles. Pas d'étranglement, d'invagination, etc.

De ce qui précède peut-on conclure :

1° Que l'occlusion intestinale s'est produite ici sous l'influence des causes, insignifiantes en apparence, qui, distendant outre mesure l'intestin, lui ont fait perdre la faculté de se contracter?

2° Que le cathétérisme rectal avec une sonde en gomme élastique beaucoup plus longue et des injections appropriées, auraient pu devenir une ressource utile, aidés du massage de l'abdomen?

3° Que l'entérotomie, pratiquée sur le cœcum, aurait été probablement un moyen victorieux, en faisant cesser la rétention des matières, en permettant l'introduction directe de liquides propres à modifier l'intestin et à lui rendre son action?

Quoi qu'il en soit de ces appréciations, comme il est très-probable que l'occlusion intestinale a eu pour cause, dans l'observation qu'on vient de lire, la *perte du ressort de l'intestin*, c'est une cause de plus d'occlusion à enregistrer et à placer après toutes celles si bien indiquées par MM. Nélaton et Jamain dans leurs livres si justement devenus classiques.

DEUX PRONOSTICS ERRONÉS.

Par M. le docteur Bergeret (de Saint-Léger-sur-Dheune).

1° Pronostic d'avortement dans un cas de perforation de l'œuf au quatrième mois de la gestation. La grossesse se prolonge quatre mois au delà.

Le mardi 4 janvier 1859, Mme M... (de Chamilly) accoucha à dix heures du soir d'un septième fils. Cette dame, jeune (trente ans) et robuste, quoique d'apparence délicate, éprouva dans la première semaine de septembre une perte abondante avec vives douleurs du ventre et des reins. Je crus à une fausse couche imminente. Le col ayant toute sa hauteur, un lavement laudanisé calma les coliques; la perte diminua, et trois jours après cette dame ne perdait plus qu'un liquide légèrement sanguinolent.

Depuis cette époque, tous les jours, particulièrement au lever et au coucher, il se produisait un écoulement tantôt de sérosité citrine, tantôt d'eau sanguinolente. Cette dame pouvait à volonté, sous l'influence des contractions des muscles abdominaux, faire écouler de ce liquide. Je diagnostiquai une perforation de l'œuf, et pronostiquai un avortement prochain; néanmoins, les pertes continuèrent ainsi quatre mois sans avortement.

Au commencement d'octobre, un jour cette dame, en visite d'une de ses amies, visite d'une demi-heure environ, cette dame, dis-je, perdit assez pour tremper à tordre, chemise, jupes nombreuses, robe, et mouiller le siége sur lequel elle était assise.

Je portai alors le diagnostic d'une perforation de l'œuf à sa partie supérieure, perforation assez élevée pour que le liquide amniotique ne s'écoulât qu'en partie, et qu'il en restât assez pour que le fœtus fût baigné et continuât à se développer.

Le 4 janvier, Mme M... accoucha; je ne pus assister à la délivrance, mais sur ma recommandation l'œuf me fut conservé. Cet œuf, que je possède encore aujourd'hui, présente deux ouvertures avec bords calleux : l'une est située à gauche, presque au centre du placenta; le bord supérieur en est bourgeonné, l'inférieur est éraillé; l'autre est située à droite et presque symétriquement placée à la première : elle est moins grande que celle-ci. De ce second orifice jusqu'à la déchirure faite par la tête pour sortir de l'œuf, toute la paroi ovique présente une bande irrégulière épaissie avec des débris de fausses membranes.

Cette observation démontre que les résultats si merveilleux publiés par Meissner, d'accouchements prématurés provoqués par la ponction de l'œuf à sa partie supérieure, ne sont pas dûs à la seule ponction, mais peut-être au contact plus ou moins prolongé de l'instrument, ou bien au décollement de l'œuf.

Quoi qu'il en soit, la perforation de l'œuf à sa partie supérieure ne fait pas avorter nécessairement.

Mme M... n'a eu aucune suite fâcheuse après cette délivrance; elle a été rétablie aussi rapidement que de ses couches précédentes.

2° Pronostic de mort pour l'enfant, présentant sur la région lombo-sacrée une vessie grosse comme un œuf de dinde, simulant une hernie arachnoïdienne remplie de liquide céphalo-rachidien.

L'enfant, né le 4, était en nourrice à Beaugey le 5.

Le 12, j'allai dans ce pays; je vis, à l'ossification peu avancée des os du crâne, à l'extérieur grêle, aux jambes chétives, au faible poids de cet enfant, qu'il n'avait pas plus de huit mois environ.

Le 15, la nourrice me fit prévenir que l'enfant avait des coliques et des convulsions, que depuis deux jours il n'était pas allé du ventre. Quelques gouttes d'huile suffirent pour rétablir les fonctions intestinales.

Le 18, la nourrice très-effrayée me fait savoir que l'enfant a sur les reins une vessie grosse comme le poing. J'allai de nouveau à Beaugey, et je constatai une ampoule présentant quelques bosselures, mais d'une forme générale ovoïde, de la grosseur d'un demi gros œuf de dinde, s'étendant des dernières vertèbres dorsales jusqu'au milieu du sacrum. Le liquide contenu dans cette poche me parut diminuer par la pression; à la limite inférieure de cette tumeur, les apophyses sacrées manquent; à sa limite supérieure, l'apophyse épineuse de la dernière dorsale est sensible au toucher, mais les épineuses lombaires paraissent ne pas exister, ou du moins ne sont pas perceptibles au toucher au travers de la collection.

De plus, l'aspect de la tumeur, les coliques et les convulsions des jours précédents, me firent nécessairement porter le diagnostic des hernies arachnoïdiennes. Les contractions des muscles abdominaux, me disais-je, ont troublé les fonctions respiratoires, qui ont congestionné le cerveau; cette congestion a comprimé le liquide céphalo-rachidien, qui a hernié l'arachnoïde à son extrémité médullaire, où l'ossification des lames vertébrales manque ou est peu avancée. Je pronostiquai la mort de l'enfant, car la rupture de l'ampoule était certaine. Je fis, malgré cela, appliquer des compresses trempées dans une décoction d'écorce de chêne. L'action tannante de ces compresses fut inutile, la vessie creva pendant la nuit. On ne put pas me recueillir le liquide contenu dans cette poche, comme je l'avais si expressément recommandé, pour y chercher le sucre découvert par M. Cl. Bernard.

Le lendemain je fus prévenu de cette rupture; j'en prévins le père, en lui annonçant que certainement son enfant mourrait dans la journée. L'enfant ne mourut pas, et heureusement je ne pus pas en faire l'autopsie, comme j'y étais autorisé.

Le 22, je retournai à Beaugey; à ma grande surprise l'enfant tetait bien; le pertuis unique par où le liquide s'est écoulé, est situé à la

partie inférieure de la tumeur, au milieu de la hauteur du sacrum, à un centimètre de la tige médiane. L'exploration étant très-facile actuellement, on sent les apophyses épineuses lombaires à peine développées.

Le 31, j'ai vu cet enfant, qui prend du développement; la peau est recollée; pas de nouvelle collection.

Le 13 février, l'enfant va de mieux en mieux.

De quelle nature était cette collection séreuse? Etait-ce du liquide céphalo-rachidien? Je n'ose l'affirmer, car ce serait contraire à toutes les observations recueillies jusqu'à ce jour. Etait-ce un liquide collectionné par suite d'irritation dermique causée par la malpropreté? Cet enfant est tenu très-soigneusement.

Ce qu'il y a de particulier, c'est que cette collection ne s'est manifestée qu'après les convulsions, qu'elle siégeait sur l'épine rachidienne, et qu'elle avait cet aspect caractéristique de la collection du spina bifida. En admettant que le liquide céphalo-rachidien formait le contenu de cette poche, il faudrait également admettre que l'arachnoïde était herniée en plusieurs points, que ces hernies étaient crevées longtemps avant la poche collective, que les lambeaux de ces poches multiples s'étaient rétractés entre les lames vertébrales, et qu'après la rupture de la poche collective, la peau s'appliquant sur ces lambeaux et la compression aidant, ces lambeaux avaient formé obstacle à l'écoulement total du liquide céphalo-rachidien.

La peau est toute recollée aujourd'hui, l'enfant peut parfaitement continuer à se développer.

NOTE SUR L'INFLUENCE DE L'ATTITUDE DES FEMMES pendant l'accouchement, sur la production des fistules vésico-vaginales.

Par M. le docteur R. R. M. Ilvaine.

Je lis dans le numéro du 4 janvier dernier de la *Gazette des Hôpitaux* que M. Robert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, en parlant d'un cas de fistule vésico-vaginale traité par la méthode américaine, ajoute que les fistules vésico-vaginales, rares en France, sont au contraire fréquentes en Angleterre et en Amérique, en raison de la position que dans ces deux pays on fait prendre aux femmes pendant l'accouchement : on les fait asseoir sur un fauteuil.

Dans ce cas le savant professeur de l'Hôtel-Dieu est tombé dans une erreur que je me propose de lui signaler, s'il entend par Amérique les Etats-Unis. Dans les Etats-Unis, en effet, on accouche les femmes comme en France : au lieu de les faire asseoir sur un fauteuil, on les place sur un lit et sur le dos. Il y a quelques médecins qui les font coucher sur le côté gauche, telle est au moins la doctrine enseignée actuellement dans les écoles que je connais; peut-être que la coutume signalée par le savant professeur existe dans quelques Etats du Sud, où les femmes noires, qui accouchent les esclaves, n'ont d'autres instructions que ce qui leur a été communiqué par la tradition de leurs prédécesseurs; aussi ne puis-je rien affirmer à leur égard, et n'entends parler ici que des médecins, car dans notre pays il n'existe pas de sages-femmes autorisées. Je puis donc affirmer que le mode d'accouchement dont il est question, n'ayant jamais été enseigné dans nos facultés, il faut chercher pour les fistules vésico-vaginales une autre cause que celle qui a été signalée.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 mars 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de Martin Duclaux, médecin des épidémies de l'arrondissement de Villefranche (Rhône), sur les épidémies qui ont régné dans cette localité en 1858 ;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de Vaucluse, du Gard, de la Sarthe, de la Côte-d'Or, de l'Orne et des Basses-Alpes pendant l'année 1858.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Barthez, qui prie l'Académie de l'inscrire au nombre des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique ;

2° Trois observations d'hémacélinose de Werlhof (genre purpura), par M. le docteur Dubourg (de Marmande), correspondant de l'Académie (commissaire, M. Devergie);

3° Un mémoire de M. Pétrequin (de Lyon), ayant pour titre : *De la ponction prostatique de la vessie et de la restauration de l'urèthre dans un cas de destruction de ce canal par une contusion violente du périnée* (commissaires, MM. Velpeau et Jobert);

4° Un paquet cacheté adressé par M. le docteur Tampier. (Accepté.)

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. F. Boudet, en son nom et au nom de MM. Poggiale et Henry, lit un rapport sur l'analyse chimique de l'eau minérale de Saint-Alban (Loire), par M. J. Lefort.

Les analyses de M. Lefort, exécutées aux sources mêmes, font connaître la proportion considérable d'acide carbonique contenu dans l'eau de Saint-Alban, et ajoutent la potasse, l'iodure de sodium et l'arséniate de soude à la liste des substances qui y avaient été signalées.

Les recherches qu'il a faites pour y découvrir la présence du brome, de la strontiane, de l'acide phosphorique, de la lithine, de l'acide azotique et de l'ammoniaque, ont été toutes négatives.

M. Lefort n'y a pas rencontré non plus la plus légère trace de sulfate : c'est peut-être, dit M. le rapporteur, la seule eau minérale qui en soit aussi parfaitement exempte. Elle est d'ailleurs très-riche en bicarbonate de soude, de chaux et de magnésie. Le fer y existe à l'état de bicarbonate et dans une proportion suffisante pour lui donner les véritables caractères d'une eau ferrugineuse.

La présence de l'iodure de sodium et de l'arséniate de soude constatée pour la première fois dans l'eau de Saint-Alban, ajoute M. le rapporteur, ne peut manquer de lui faire acquérir une nouvelle importance au point de vue médical.

En résumé, la commission propose d'adresser des remercîments à M. Lefort, dont le mémoire contient des faits importants pour l'hydrologie médicale, et de renvoyer ce travail au comité de publication. (Adopté.)

LECTURE.

Allongements hypertrophiques du col de l'utérus. — M. Huguier lit la troisième et dernière partie de son mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus dans les affections improprement désignées sous les noms de descente, de précipitation de la matrice, et sur leur traitement par la résection ou l'amputation de la totalité du col utérin, suivant la variété de la maladie.

M. Huguier résume l'ensemble de ce travail dans les conclusions suivantes :

1° La chute de l'utérus, qu'elle soit complète ou incomplète, n'est pas une seule maladie, mais bien un ensemble de plusieurs affections désignées sous un seul nom.

2° Lorsque l'utérus vient faire saillie au dehors, lors même que le vagin est complétement renversé et que la matrice, par le volume de la tumeur au centre de laquelle elle se trouve, semble entièrement précipitée entre les cuisses, ce n'est pas, dans la très-grande majorité des cas, parce qu'elle est abaissée dans son ensemble, et complétement sortie du bassin, mais bien parce qu'elle a subi un allongement hypertrophique partiel ou général.

3° Dans l'affection désignée sous le nom de précipitation, l'allongement hypertrophique n'est pas l'exception, mais bien la règle très-générale.

4° Deux variétés principales d'hypertrophie longitudinale : la *sous* et la *sus*-vaginale, qui constituent en quelque sorte deux maladies différentes, peuvent simuler la descente et la précipitation de la matrice.

Première partie. — 5° Dans la première espèce d'allongement, le col de la matrice forme, dans la cavité du vagin, une saillie cylindroïde ou conoïde plus ou moins allongée dont l'extrémité libre s'approche de l'ouverture vulvaire ou même s'engage entre les lèvres de la partie, sans que le conduit vulvo-utérin soit raccourci, invaginé, ou renversé sur lui-même.

6° Elle a été jusque dans ces derniers temps confondue avec l'abaissement et la descente de la matrice, lorsqu'elle n'a pas été prise et traitée pour un polype, un renversement chronique, un kyste folliculaire ou squirrhe du col ou une hydropisie de cette partie.

7° Aucune description complète n'en avait encore été donnée, bien qu'elle ait des caractères très-tranchés sous le rapport de son développement, de ses symptômes et de son traitement.

8° Les moyens médicaux et les diverses espèces de cautérisation ne sont applicables qu'aux hypertrophies légères et à celles compliquées d'inflammation et d'engorgement.

9° Les pessaires sont le plus souvent inutiles ou dangereux.

10° Lorsqu'un allongement hypertrophique du museau de tanche détermine des accidents sérieux, et qu'il a une longueur de 5 à 7 centimètres, il n'y a qu'un moyen véritablement efficace et curatif à employer : c'est la résection du col à un demi-centimètre au-dessous de l'insertion du vagin.

Nous avons rapporté dans ce travail 8 observations qui viennent confirmer ce précepte.

Deuxième partie. — 11° La maladie que l'on a désignée jusqu'à ce jour sous les noms de prolapsus, de précipitation ou chute complète de l'utérus, n'est très-généralement autre chose qu'une hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale de l'organe dont le corps et le fond sont restés dans la cavité pelvienne, bien que le vagin soit entièrement renversé et que la tumeur pendante entre les cuisses ait une longueur égale ou supérieure à celle de l'utérus à l'état normal.

L'exactitude de cette proposition se prouve par les recherches historiques, l'anatomie pathologique et les faits cliniques.

12° Les faits d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, que l'on trouve rapportés çà et là dans les auteurs des deux derniers siècles et de celui-ci, étaient passés inaperçus et avaient été jusqu'à présent entièrement perdus pour la science; les auteurs mêmes de ces faits n'en avaient tiré aucune conclusion pratique, et avaient toujours confondu cette affection avec la véritable précipitation de l'utérus.

13° On ne trouve dans presque aucun ouvrage la preuve irrécusable, séméiotique et anatomo-pathologique de l'existence de la chute complète de l'utérus.

14° Au contraire, les faits d'anatomie pathologique que nous avons décrits, ceux que plusieurs de nos collègues ont, depuis nos observations, démontrés à la Société de chirurgie, et ceux contenus dans le musée Dupuytren, prouvent la fréquence de l'allongement hypertrophique et celle de la chute du col seulement, dans l'affection appelée précipitation de la matrice.

15° L'hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale du col et la chute de l'utérus ont des caractères pathologiques et séméiologiques différents qui servent à distinguer ces deux affections.

16° Le relâchement, l'affaiblissement et la distension forcée, pas plus que la destruction des ligaments larges ou des ligaments ronds, ne concourent d'une manière bien efficace à la chute de l'utérus; il n'en est pas de même des altérations analogues des ligaments utéro-lombaires.

17° Dans le traitement de cette affection, on ne devra avoir recours à une opération sanglante ou chirurgicale proprement dite, que lorsqu'elle détermine des accidents sérieux, et que l'on a la certitude que les moyens médicaux et prothétiques sont insuffisants.

18° Toutes les opérations qui ont été inventées jusqu'à ce jour pour remplir les indications thérapeutiques qu'elle réclame sont insuffisantes. Elles peuvent être utiles dans le cas de simple chute de l'utérus sans allongement hypertrophique, et sous ce rapport elles doivent rester dans la science.

19° Dans cet allongement hypertrophique du col, suivi de la précipitation de cette partie et du renversement du vagin, la seule opération qui remplisse les principales indications et qui puisse être suivie de succès, c'est l'amputation du col au-dessous de l'insertion du vagin plus ou moins près du corps de l'organe, suivant le degré de l'allongement.

20° Cette opération ne devra jamais être pratiquée avant d'avoir pris préalablement des précautions contre les inflammations consécutives. Ces précautions devront être continuées avec le plus grand soin pendant les quinze ou vingt premiers jours qui la suivront.

21° Les artères du tissu utérin sont très-difficiles à saisir et à lier; il faut se servir, pour y arriver promptement et sûrement, d'une espèce de ténaculum qu'on laisse à demeure jusqu'à ce qu'il tombe spontanément.

22° L'écraseur linéaire nous a paru utile pour terminer la section du col, surtout si cette partie est très-vasculaire.

23° Lorsque la maladie est précédée d'une rectocèle ou d'une cystocèle volumineuse, ou même de ces deux affections à la fois, après avoir enlevé le col il peut être nécessaire d'opérer isolément les hernies du rectum et de la vessie, comme cela nous est arrivé plusieurs fois avec succès.

24° L'opération est contre-indiquée lorsqu'il existe tout à la fois un bassin et une ouverture vulvaire fort larges, un périnée plus ou moins déchiré, et un affaiblissement considérable de toutes les parties molles qui forment le plancher du bassin.

25° Lorsque l'on n'opère pas dans les conditions indiquées dans la précédente conclusion, la maladie ne récidive pas, et la santé redevient aussi florissante qu'elle était avant le développement de l'affection.

Le mémoire dont nous venons de reproduire les conclusions, est accompagné d'un atlas composé d'un grand nombre de dessins représentant tous les degrés et toutes les variétés de l'affection dont il s'agit. M. Huguier le met sous les yeux de l'Académie.

Après cette lecture, MM. Moreau et Depaul présentent quelques observations; quelques autres membres demandent également la parole.

M. le Secrétaire perpétuel fait remarquer qu'il serait plus convenable de renvoyer la discussion à la séance prochaine. Vu l'étendue et l'importance de ce travail, le conseil a décidé qu'il serait imprimé dans le prochain volume des Mémoires actuellement à l'impression. Il ne sera par conséquent pas possible de l'insérer dans le Bulletin, qui n'en reproduira seulement que les conclusions. Mais afin que les membres qui désireront prendre part à la discussion puissent consulter à loisir le mémoire, il sera déposé provisoirement dans les bureaux.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

La vraie vérité sur M. Vriès dit le DOCTEUR NOIR, par Ch. Fauvel, interne en chirurgie à l'hôpital de la Charité. Un vol. in-8° de 64 pages. Prix, 75 c. — Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Sourd.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 33. — SAMEDI 19 MARS 1859. (32e ANNÉE.) N° 33. — SAMEDI 19 MARS 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur un nouveau signe diagnostique tiré de l'exploration de la sensibilité et de la force musculaire à l'aide des armatures métalliques.

Nos lecteurs se rappellent peut-être les communications que M. le docteur Burq a faites à diverses époques à l'Académie de médecine et à d'autres corps savants, sur la propriété qu'ont les métaux appliqués sur la surface du corps d'exercer une action directe sur les fonctions nerveuses et sur les fonctions musculaires qui en dépendent. M. Burq, dans divers mémoires ou articles que nous avons reproduits, a indiqué les applications dont ce fait lui paraissait susceptible, soit à la thérapeutique, soit au diagnostic et à l'étude d'un certain ordre d'affections nerveuses. M. le professeur Trousseau, dans ses leçons cliniques, a appelé récemment l'attention de son auditoire sur quelques-uns de ces faits et sur les résultats de divers essais auxquels M. Burq s'est livré avec son autorisation, sur plusieurs malades de son service. Voici quelques-uns de ces résultats, qui, ainsi qu'on en jugera, sont dignes d'une sérieuse attention.

Une femme de vingt-quatre ans est entrée le 18 janvier dernier à l'Hôtel-Dieu, dans le service de la clinique de M. Trousseau, pour une hémiplégie du côté droit. Cette malade, d'une constitution robuste, est douée d'une bonne santé habituelle, quoique assez irrégulièrement menstruée, surtout depuis cinq mois qu'elle est entrée en condition à Paris. Elle n'a jamais eu, dit-elle, d'attaques de nerfs.

Le 8 janvier, ayant eu une vive frayeur pendant qu'elle avait ses règles, celles-ci se sont aussitôt arrêtées, et elle a été prise d'accidents cérébraux, et notamment d'un violent délire qui a duré deux jours. Dès qu'elle a recouvré le calme et la raison, elle s'est aperçue qu'elle était atteinte d'une hémiplégie complète du côté droit, accompagnée de roideur et même de contractions. Ainsi, sa main est restée fermée plusieurs jours de suite, pendant lesquels la paralysie était si prononcée, surtout dans le membre supérieur, que la malade n'avait en quelque sorte plus conscience de l'existence de ce membre.

A la visite du 19, voici ce que l'on constate :

Les mouvements sont à peu près revenus ; la main qui était fermée s'est rouverte, la malade la sent bien, ainsi que le bras : mais il subsiste encore dans le côté frappé une lourdeur et une faiblesse considérables ; la main droite peut exercer une pression de 15 kilogrammes au dynamomètre, tandis que de la main gauche on obtient aisément une pression de 30 kilogrammes.

Du côté de la sensibilité, on constate une dépression semblable ; presque tout le côté droit du corps est à peu près uniformément anesthésié, à l'exception de la jambe, où l'insensibilité paraît un peu moins prononcée qu'à la cuisse.

L'œil droit, dont elle ne voyait presque plus, a recouvré une partie de ses fonctions, et le trouble qui en résulte détermine de l'amblyopie lorsque la malade regarde avec les deux yeux. En outre, on constate encore une certaine roideur au cou et à l'avant-bras. Il n'y en a presque plus dans le membre inférieur.

L'exploration attentive de tous les autres organes, exploration faite surtout au point de vue de l'existence d'une névrose, ne révèle rien ni sur les côtés du thorax ni le long du rachis. Le vertex est seul le siége d'un peu d'hyperesthésie.

Arrivons au diagnostic de cette paralysie : la soudaineté des accidents a fait exclure tout d'abord l'idée d'une paralysie par hémorrhagie ou par ramollissement. M. Trousseau a songé alors à une paralysie par congestion consécutive à la suppression menstruelle, bien que du délire pendant deux jours soit chose très-rare après une simple congestion. Mais le défaut d'uniformité ou d'harmonie dans la distribution de l'insensibilité à droite, certaines apparences nerveuses de la malade, l'hyperesthésie du sommet de la tête, si semblable à ce qu'on a appelé le clou des hystériques, avaient déjà jeté du doute à cet égard dans son esprit, et l'avaient disposé à admettre seulement l'existence d'une simple paralysie nerveuse, lorsque les expériences que nous allons rapporter sont venues éclairer et compléter le diagnostic.

M. le docteur Burq, dans ses essais sur les applications thérapeutiques des métaux contre les névroses, a eu maintes fois occasion d'observer le fait suivant, à savoir : que dans les paralysies idiopathiques ou paralysies purement nerveuses, et dans celles-là seulement, lorsqu'on vient à appliquer sur une partie quelconque de la peau (surtout à l'avant-bras, parce qu'il se prête mieux à ce genre d'exploration) un métal, qui devra varier suivant les individus, tantôt du cuivre, tantôt du fer ou de l'acier, d'autres fois de l'argent, de l'or, du platine, etc. (c'est le plus souvent le cuivre ou l'acier qui produit cet effet), le plus ordinairement on voit reparaître la sensibilité, et cela au bout d'un temps quelquefois très-court. La sensibilité reparaît d'abord à l'endroit où le métal a été appliqué, puis dans les parties voisines, et puis après, si les muscles étaient eux-mêmes paralysés ou seulement amyosthénisés, on voit revenir la force musculaire.

Les médecins et les élèves qui suivent les visites de M. Trousseau, ont déjà pu voir M. Burq produire ces phénomènes sur plusieurs malades du service. Nous nous rappelons, entre autres, un malade atteint de polyurie, dont il a été déjà question, mais à un autre point de vue, dans cette *Revue*. Chez ce malade, qui était anesthésique et amyosthénique au plus haut degré, une application de quelques plaques d'acier sur l'avant-bras faisait revenir en moins de deux minutes la sensibilité à l'état normal ; elle semblait en même temps tripler la force musculaire, la faisant monter de 15 ou 20 kilogrammes à 40, 50 et même jusqu'à 65 kilogrammes, tandis que rien de semblable ne se passait du côté qui n'avait reçu le contact d'aucun métal, ou qui au lieu d'acier avait reçu du cuivre, par exemple.

Voici une autre épreuve qui a été faite chez la malade dont il vient d'être question, alors qu'il restait encore dans l'esprit de M. Trousseau quelque hésitation sur le diagnostic. Pendant qu'en vue de la possibilité d'une congestion, en même temps qu'à cause de la suppression des règles, on pratiquait une saignée à cette malade, M. le docteur Burq appliquait sur le bras paralysé une de ses armatures métalliques, et la saignée n'était pas encore terminée que, là où il y avait un instant auparavant de l'anesthésie, la malade éprouvait presque de l'hyperesthésie, tant la sensibilité était devenue vive et aiguë à la moindre piqûre, et pendant ce même temps rien n'était changé soit à la cuisse, soit à la jambe où aucun métal n'avait été appliqué.

— C'est surtout dans le diagnostic différentiel de l'anémie et de la chlorose que le nouveau signe diagnostique dont nous nous occupons paraît devoir être utile.

La chlorose et l'anémie, comme tout le monde le sait, ont à première vue la plus grande ressemblance. Ces deux affections ne diffèrent même pas sensiblement quant à leurs signes stéthoscopiques ; mais où l'on observe les plus grandes ressemblances, c'est dans les signes *névroscopiques*.

La chlorose est toujours, en effet, une maladie névrosique. Avant comme pendant, on observe constamment des signes de névropathie soit du côté des organes des sens, soit vers les viscères, soit même du côté de l'intelligence.

Quelques-uns de ces signes, tels que la dyspepsie, la gastralgie, peuvent bien encore se rencontrer dans l'anémie ; mais alors leur intensité est moindre, et d'ailleurs ils sont peu nombreux.

Or voici les résultats différents que donne dans ces deux cas l'exploration esthésique et dynamométrique :

Chez l'anémique, à part le cas de complication de chlorose, bien entendu, la sensibilité cutanée est toujours normale, et la force musculaire *harmonique*, suivant l'expression même de M. Burq, c'est-à-dire dans une relation telle entre les deux côtés du corps, qu'alors même qu'elle a subi une diminution, la force de pression de la main droite est encore, comme à l'état normal, environ de un cinquième ou un sixième supérieure à celle de la main gauche.

Dans la chlorose, au contraire, on rencontre, d'après M. Burq, dans la très-grande majorité des cas, à un degré plus ou moins élevé, suivant l'intensité de la maladie, du côté de la peau, de l'anesthésie ou de l'analgésie, et du côté des muscles, de l'amyosthénie ; mais, chose bien étrange, une amyosthénie plus marquée à droite, qui vient détruire la relation normale, l'*harmonie* entre les forces musculaires, qui se traduisait par une différence de pression de 1/5e ou 1/6e en faveur du côté droit ; si bien que si l'on pratique l'exploration dynamométrique contrairement à toutes les prévisions, et alors même que les malades ont la conscience et affirment pertinemment qu'ils sont plus forts de la main droite que de la main gauche, la pression de celle-ci est ou très-notablement supérieure ou sensiblement égale à celle de la main droite.

On comprend le parti qu'on peut tirer de ces différences dans les résultats de l'exploration, lorsqu'il s'agit de distinguer auquel des deux états morbides en question l'on a affaire.

Énorme tumeur fibro-graisseuse du cou. — Extirpation. Guérison.

Une jeune fille de 21 ans, Eugénie D..., est entrée, le 16 novembre dernier, à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. le professeur Nélaton, portant sur la partie latérale droite du cou une tumeur volumineuse.

La limite supérieure de cette tumeur remonte jusqu'aux régions parotidienne et mastoïdienne correspondantes, et la limite inférieure dépasse de 5 ou 6 centimètres le niveau de la clavicule ; elle s'étend en arrière jusqu'aux apophyses épineuses cervicales, en suivant à peu près dans ce sens la direction du bord externe du trapèze ; en avant, elle dépasse la ligne médiane d'environ 2 centimètres, en refoulant vers la gauche le larynx et la trachée.

Le volume de la tumeur peut être approximativement comparé à celui d'une tête d'adulte ; à cause de ce volume considérable, la tête de la malade se trouve naturellement inclinée vers l'épaule opposée. Sa forme est grossièrement arrondie avec prédominance du diamètre vertical, qui est de 20 centimètres ; par la palpation, on reconnaît que sa surface n'est pas parfaitement lisse, mais légèrement lobulée. Cette tumeur n'est point fluctuante ; sa consistance, qui n'est pas partout exactement uniforme, est intermédiaire à celle d'un lipome et d'une tumeur fibreuse. La peau est saine, sans adhérence ni amincissement.

Malgré son relief considérable, il devient évident, par une exploration attentive, que cette tumeur est réellement située audessous du sterno-mastoïdien correspondant. En effet, pendant la contraction, on constate que ce muscle, parfaitement distinct à ses deux extrémités, s'aplatit au contraire à sa partie moyenne en s'appliquant intimement à la surface extérieure de la tumeur, avec laquelle il paraît alors se confondre.

Si l'on cherche à apprécier le degré de mobilité de la tnmeur, on reconnaît qu'elle peut glisser jusqu'à un certain point sur les parties profondes de la région cervicale sans être toutefois parfaitement mobile. Point de battements, de pulsations, rien qui puisse faire soupçonner une origine vasculaire.

La saillie antérieure du cartilage thyroïde se trouve repoussée à gauche jusqu'à une distance de 2 centimètres environ de l'angle de la mâchoire ; malgré cela le larynx et la trachée se meuvent facilement pendant la déglutition, sans imprimer aucune impulsion à la tumeur ; il ne se trouve, à gauche de ces organes, aucun relief, aucune saillie qui puisse faire soupçonner un développement anormal du lobe thyroïdien correspondant.

La tumeur est complétement indolente et l'a toujours été, soit spontanément, soit à la pression ; pas de céphalalgie ni d'étourdissements, pas de dyspnée ; la malade n'est gênée uniquement que par le poids et le volume de cette tumeur.

La maladie a débuté, il y a quatre ans et demi, sur la partie latérale et moyenne du cou ; depuis deux ans elle s'est accrue d'une manière plus rapide ; nous avons pu apprécier nous-même cet accroissement du mal depuis que la malade est dans nos salles, et aujourd'hui la jeune fille désire vivement en être débarrassée.

Après un examen attentif et plusieurs fois répété, M. le professeur Nélaton rejette la possibilité d'un goître unilatéral, par cette considération que la tumeur ne suit pas les mouvements du larynx, et que, d'une autre part, si le goître parenchymateux (auquel seul pourrait s'appliquer la consistance de cette tumeur) peut bien se développer *inégalement* sur les deux lobes du corps thyroïde, jamais il ne l'a vu, surtout avec ce volume, se borner *à un seul lobe* d'une manière tout à fait exclusive ; que le cas se présente bien quelquefois pour les goîtres kystiques, mais qu'ici le défaut de fluctuation doit faire repousser absolument l'existence d'une collection liquide. A cause de la consistance assez ferme de la tumeur, et malgré son développement rapide et le jeune âge de la malade, M. Nélaton croit devoir arrêter son diagnostic à l'idée d'une tumeur fibreuse, plutôt qu'à celle d'un lipome. Tout en prévoyant les graves dangers d'une opération qui doit mettre à nu tous les organes importants de la partie latérale droite du cou, il ne se dissimule pas non plus que l'affection, par ses progrès ultérieurs, devra prochainement apporter

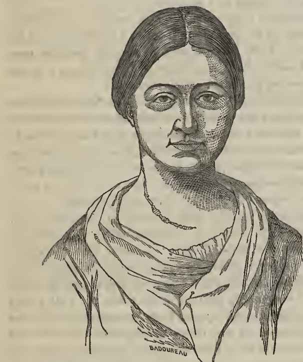
des troubles graves à l'exercice des fonctions des organes voisins ; aussi, tenant compte surtout de cette dernière considération et en même temps du jeune âge de la malade, de la difformité très-choquante dont elle est affectée, de la nature bénigne du tissu de cette tumeur, d'un certain degré de mobilité, et enfin de la possibilité d'une opération heureuse, il se décide à la tenter.



Le 6 décembre 1858, l'extirpation est pratiquée suivant les règles habituelles, et sous l'influence du chloroforme; aucune ligature ne fut nécessaire.

La tumeur, enkystée par une enveloppe cellulo-fibreuse complète et très-résistante, se laisse disséquer presque sans effusion de sang et avec facilité, sauf au niveau du sommet des apophyses transverses cervicales, auxquelles elle adhère assez intimement. Les fibres étalées du peaucier et du sterno-cléido-mastoïdien avaient été reconnues et en partie divisées à la surface de la tumeur; la veine jugulaire externe avait été ménagée; quant à la veine jugulaire interne, aux artères carotide et sous-clavière, aux nerfs pneumo-gastrique, phrénique, plexus brachial et cervical, ils furent dénudés par cette large plaie, que des lambeaux cutanés, taillés à dessein, purent recouvrir complétement.

Après l'opération, la malade tomba dans un état syncopal qui cessa en maintenant la tête dans une position fortement déclive, mais qui se reproduisit opiniâtrément et à plusieurs reprises pendant plus de vingt minutes. La malade ayant à peine perdu quatre ou cinq cuillerées de sang et n'ayant nullement souffert, M. Nélaton se demande si cette syncope persistante ne peut pas être attribuée à l'attouchement ou à la simple dénudation des nerfs de la région, et en particulier du pneumo-gastrique et du phrénique.



La tumeur enlevée pèse 2,405 grammes ; sa densité, représentée par 0,95, est inférieure à celle de l'eau; une enveloppe cellulo-fibreuse dense l'entoure complétement. Une section, pratiquée au milieu de cette tumeur, la montre constituée par du tissu adipeux, renfermé dans une foule d'aréoles cellulo-fibreuses, qui donnent à la masse générale une consistance supérieure à celle des lipomes ordinaires et une teinte un peu plus pâle; en un mot, c'est une tumeur *fibro-graisseuse* dont le tissu peut être jusqu'à un certain point comparé, pour l'aspect et la résistance, au pannicule cellulo-graisseux dense et serré qui double normalement la peau de la plante du pied ou de la région cervicale postérieure.

Le 7 décembre, lendemain de l'opération, fièvre modérée, 108 pulsations.

Le 9, on enlève les quelques points de suture qui avaient servi à rapprocher modérément les lèvres de la plaie.

Le 10, presque plus de fièvre, 90 pulsations.

Les jours suivants, suppuration modérée, point de rétention de pus; état très-satisfaisant.

Le 6 janvier 1859, cicatrisation complète; guérison. Les mouvements du cou ne sont nullement gênés par la cicatrice, qui est presque linéaire.

Depuis que cette observation a été recueillie, la cicatrisation s'est parfaitement consolidée. On jugera par les figures ci-dessus de l'état de cette jeune fille avant et après l'opération.

Traitement du cancer.

Nous avons reçu de plusieurs de nos lecteurs des lettres dans lesquelles on nous demande compte, d'une manière plus ou moins pressante, de ce que nous savons sur le mode de traitement du cancer de M. Vriès (plus connu sous le nom du Docteur noir), et du silence que nous avons gardé jusqu'à présent sur des faits qui ont eu un si grand retentissement dans la presse et dans les salons.

Nous pourrions nous borner à répondre à nos honorables correspondants qu'ils sont un peu impatients dans leur désir, bien naturel d'ailleurs, d'être fixés sur la valeur de ces faits. Nous aimons mieux cependant leur donner quelques explications.

Moins prompts que les gens du monde à nous prendre d'enthousiasme pour tout ce qui a une certaine apparence de merveilleux ou un cachet d'excentricité; mais moins sceptiques aussi que certains confrères, toujours prêts à repousser, avec le superbe dédain de la science, les avances de l'empirisme, nous avions jugé prudent de nous abstenir jusqu'à ce qu'il nous fût possible d'apercevoir quelque lueur de vérité au milieu des versions contradictoires qui nous arrivaient de toutes parts. Un seul fait reproduit avec éclat par la presse extra-scientifique était loin de suffire en effet pour asseoir un jugement, d'autant que ce fait pouvait être très-diversement interprété. Une appréciation, quelque réservée qu'elle eût été, nous eût donc paru d'autant plus inopportune, qu'elle n'eût probablement pas manqué de servir de texte à des commentaires plus ou moins intéressés. Or nous n'étions pas plus jaloux de mêler notre voix au concert d'une foule aveuglément enthousiaste, que d'encourir le reproche de juger sans voir, de condamner sans entendre.

Mais puisque nous sommes mis en demeure de rompre le silence, voici en quelques mots le fait qui a produit toute cette émotion :

Un artiste célèbre, M. S.., était affecté depuis plusieurs années d'une tumeur de mauvaise nature de la lèvre supérieure, qualifiée depuis par les chirurgiens éminents qui ont été appelés à lui donner leurs soins ou leurs conseils, de *tumeur mélanique*. Ces chirurgiens avaient émis l'avis qu'il y avait lieu de pratiquer l'ablation de cette tumeur. Ce fut alors que M. S... se mit entre les mains de M. Vriès, qui passait pour avoir guéri plusieurs cancers. Après cinq mois d'un traitement dont M. Vriès s'est réservé le secret, et qui a consisté principalement en moyens internes, la tumeur, qui s'était ramollie pendant la durée de ce traitement, tomba partiellement en gangrène. En huit jours, elle était entièrement éliminée.

Tel est le fait en peu de mots.

Dans l'ignorance où nous sommes des moyens mis en usage, n'y a-t-il pas lieu, avant de leur attribuer cette guérison, de se demander si la maladie abandonnée à elle-même n'aurait pas pu avoir la même issue ? En d'autres termes, ne pourrait-on pas reconnaître là un exemple de guérison spontanée par gangrène ?

L'élimination des tumeurs cancéreuses par gangrène est rare ; cependant les annales de la science en renferment assez d'exemples pour que les phénomènes qui accompagnent les terminaisons de ce genre, aient été étudiés avec soin. Bornons-nous à rappeler les faits qui sont consignés dans tous les traités classiques. Ouvrez le *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer, t. VII, pages 240 et 242, édit. de 1834. Cet illustre chirurgien nous dit « .... Cependant, comme dans quelques cas la gangrène s'empare de la tumeur et la sépare des parties saines; on a regardé cette terminaison comme un bienfait de la nature, et l'on s'est félicité d'un accident qui devait amener la guérison de la maladie. » Il termine en citant le fait d'une princesse russe qui portait une tumeur cancéreuse d'un volume énorme, laquelle fut éliminée par gangrène.

Dans l'ouvrage de Tanchou sur le *Traitement des affections cancéreuses* (1844), on trouve six observations de cancers disparus par gangrène. M. Velpeau a vu la gangrène envahir des masses cancéreuses, mais il ne lui a pas sans doute été donné de voir tout le tissu hétéromorphe détruit par le sphacèle, car il ajoute : « Mais la gangrène, laissant toujours sur place une partie du mal, ne produit pas ce qu'on peut entendre par guérison; ce n'est qu'une sorte de destruction opérée accidentellement par la nature. » *Traité des maladies du sein*, 2e édit., 1858, page 514.

Dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine en 1850, M. Broca étudie avec soin la gangrène des tumeurs cancéreuses : il admet une *gangrène générale*, une *gangrène partielle*; il en décrit une espèce qu'il désigne sous le nom de *gangrène progressive*, dans laquelle la destruction marche de proche en proche dans toute l'épaisseur de la tumeur, et ne s'arrête quelquefois qu'après avoir détruit toute la substance du cancer. Cette dernière dénomination se trouve appuyée sur un fait d'Abernethy.

Mais c'est assez nous arrêter sur ce point. Nous avons voulu seulement constater ce fait, à savoir, qu'une tumeur cancéreuse d'un volume considérable pouvait disparaître par les seuls efforts de la nature.

Il est une autre question de la plus haute importance, c'est celle qui consiste à déterminer si la gangrène d'une tumeur cancéreuse met à l'abri d'une récidive.

Tous les malades chez lesquels une semblable terminaison a été observée ont vu le cancer récidiver; une malade de M. Rigal (ouvrage de M. Tanchou) n'avait pas encore vu de récidive dix-huit ans après l'élimination; mais il est dit dans cette observation que la tumeur n'était pas ulcérée, qu'on fit une incision et qu'on inocula la gangrène. Etait-ce bien là un cancer, et n'avait-on pas pris une tumeur adénoïde du sein pour une tumeur carcinomateuse? Et, d'ailleurs, est-il possible d'inoculer la gangrène ?..... Cette observation ne nous paraît pas suffisante pour porter la conviction dans les esprits.

Il serait cruel, nous en convenons, d'enlever les illusions aux malheureux affectés de cancer, et qui, en face d'un fait de ce genre, pourraient conserver quelque espoir; mais, avant tout, nous devons dire la vérité.

La question peut donc être posée en ces termes :

1° Des masses cancéreuses peuvent-elles disparaître spontanément ?

2° L'élimination spontanée met-elle plus complétement à l'abri des récidives que les opérations faites avec le bistouri, les caustiques, etc. ?

A la première question, nous répondrons par l'affirmative; à la dernière, par la négative. Aussi, en face des accidents que peut provoquer la mortification d'une surface étendue, ne verrions-nous aucun avantage à provoquer la gangrène, quand bien même cela serait possible.

Il nous serait maintenant possible d'expliquer ce qui s'est passé dans le cas de M. S... La gangrène aurait fait disparaître la tumeur cancéreuse, et de s'écrier alors bien haut : Nous avons un spécifique contre le cancer !

Plaise à Dieu que l'éminent artiste soit guéri radicalement! Le jour où on nous indiquera un remède capable de guérir le cancer, ou seulement de l'arrêter dans sa marche, nous l'accueillerons avec la plus vive reconnaissance, quelle que soit son origine, quelle que soit la source d'où il émane. Malheureusement l'histoire de M. S... ne nous prouve pas qu'on ait trouvé ce remède.

Cependant, bien que ce fait n'ait très-probablement pas la valeur qui lui a été attribuée, l'issue favorable n'étant, suivant toute apparence, que le résultat d'une heureuse coïncidence, il suffisait pour nous imposer le devoir d'y regarder de près. Le seul moyen de lever les doutes, c'était de procéder à une expérimentation publique. MM. Velpeau et Manec dans cette bonne pensée ont consenti à confier à M. Vriès un certain nombre de malades de leurs salles atteints de cancers dûment constatés. Cette expérimentation, commencée il y a bientôt deux mois, se poursuit encore en ce moment; et bien que jusqu'à présent rien dans les faits en observation ne paraisse justifier les espérances de M. Vriès, nous n'en considérons pas moins comme un devoir de laisser poursuivre les expériences jusqu'au bout.

Voilà pourquoi nous avions jusqu'à présent gardé le silence sur M. Vriès et sa méthode ; voilà pourquoi nous ne pensions pas devoir le rompre encore aujourd'hui, le terme assigné à la durée des expériences n'étant pas encore expiré. Quand ce terme sera venu, nous dirons ce que nous aurons vu, et nous porterons à la connaissance de nos lecteurs le jugement qu'auront formulé MM. Velpeau et Manec, heureux de le proclamer bien haut si les résultats étaient favorables, mais pénétré dans tous les cas de l'impérieux devoir de dire toute la vérité. Jusque-là, nos honorables correspondants voudront bien prendre patience et nous permettre de rentrer dans le silence, que nous n'avons rompu que pour donner ces explications.

LUXATION SIMULTANÉE DES DEUX EXTRÉMITÉS DE LA CLAVICULE.

Par M. MOREL-LAVALLÉE.

Observation communiquée à la Société de chirurgie dans la séance du 9 mars.

Je vous présente un cas extrêmement rare, presque unique; c'est qu'il faut des circonstances vraiment exceptionnelles pour qu'un os perde ainsi tous ses rapports articulaires.

L'astragale est celui qui en a offert le plus d'exemples; tantôt, sous la pression oblique du tibia, il est chassé de sa loge comme un noyau de cerise entre les doigts; tantôt, par un mécanisme moins facile à saisir, il se retourne sens dessus dessous, et se luxe pour ainsi dire sur place. Quelques autres os courts sont susceptibles de lésions analogues; mais l'os des îles est le seul des os plats où on l'ait constatée. J'ai cité (*Thèse sur les luxations compliquées*) le seul fait qui soit à ma connaissance; c'est celui d'un cavalier qui fut lancé à terre et sur lequel son cheval s'abattit : l'os des îles du côté gauche fut trouvé, à l'autopsie, complétement luxé à ses deux extrémités. Il y a un os long qui forme à cet égard un contraste singulier, contraste qui semble être passé inaperçu, et qui méritait cependant d'être remarqué. En effet, cet os se déplace si souvent à la fois à ses deux extrémités, qu'on a regardé cette luxation simultanée comme la règle; — c'est le maxillaire inférieur.

Mais cet os présente une disposition unique : il est replié sur lui-même, de façon que ses deux extrémités, situées sur la même ligne

transversale, doivent être souvent affectées au même degré par l'abaissement excessif de sa partie moyenne. C'est donc, à ce point de vue, un os auquel sa conformation et ses connexions ont assigné une place à part. Effectivement la lésion redevient rare pour les autres os longs. Boyer l'a rencontrée une fois sur le péroné, qui, repoussé en baut par une luxation du pied, se déplaça à ses deux articulations et remonta le long du tibia.

Je n'en ai pu découvrir que deux exemples pour le cubitus (*thèse citée*), et le seul que je connaisse pour l'bumérus est celui que j'ai observé sur une des victimes de la catastrophe du chemin de fer de Versailles, et dans lequel il y avait à la fois luxation de l'avant-bras en arrière et luxation de l'humérus en baut et en dehors, avec issue des deux tiers de longueur de cet os à travers les chairs de l'épaule.

Enfin, jusqu'ici, on ne connaissait qu'un seul fait de luxation simultanée des deux extrémités de la clavicule ; encore l'observation qu'on en a publiée est-elle très-incomplète. J'ai pensé que le nouvel exemple que je soumets à votre examen n'en aurait que plus d'intérêt pour vous.

Ce malade, du nom de Louis Meunier, est un bijoutier âgé de quarante ans, et demeurant rue des Écluses, 25. Il est, comme vous voyez, d'une moyenne complexion.

Voici comment l'accident lui est arrivé. Par suite de manque d'ouvrage dans son état, il faisait momentanément celui de voiturier. Le 18 février dernier, sa voiture le gagne en longeant un tas de planches ; le côté gauche, appuyé contre un des angles de cette pile de bois, la roue qui s'avance derrière lui porte violemment sur la partie postérieure et externe de l'épaule droite. Un fort craquement, accompagné d'une vive douleur, se produit dans l'épaule droite et dans le cou, ainsi que dans le côté gauche.

Le lendemain, à la visite, voici ce que nous constatons :

Les *mouvements* actifs du membre sont rendus impossibles par la douleur qu'ils déterminent à l'épaule ; les mouvements passifs sont tous conservés.

L'attitude est, dans son degré le plus prononcé, celle des fractures et des autres luxations de cet os : membre pendant sur le côté du corps, l'avant-bras soutenu par l'autre main, la tête inclinée du côté malade et presque immobile. Il est vrai que la tête ayant été un peu atteinte par la roue, la difficulté de ses mouvements a une cause complexe. Le trait le plus saillant de l'attitude est l'abaissement considérable du moignon de l'épaule.

La *déformation* est des plus caractéristiques : les creux sus et sous-claviculaires, assez profonds du côté sain, sont entièrement effacés. Mais ce qui frappe surtout, c'est une tumeur située en avant et un peu au-dessous de la fourchette sternale, tumeur sans changement de couleur aux téguments, dure, du volume d'une noix, et se continuant manifestement avec la clavicule, dont elle partage les mouvements. La position exacte de la tumeur, que l'absence de gonflement permet parfaitement de reconnaître pour l'extrémité sternale de cet os, est celle de la luxation complète en avant, mais à peine complète.

La tête de la clavicule fait saillie de toute son épaisseur au-devant de la cavité qu'elle a quittée, mais sans tendance bien marquée à croiser le sternum en dedans ; et au lieu de descendre, comme c'est la règle dans la luxation en avant, elle s'élève plutôt un peu. Elle semble passer entre les deux chefs du sterno-mastoïdien, dont l'externe est devenu plus antérieur. Comme la tête de la clavicule masque la cavité qu'elle a abandonnée, celle-ci est assez difficile à explorer ; le doigt en reconnaît cependant la vacuité et même la configuration.

On ne saurait donc au fond méconnaître une luxation en avant ; mais en suivant du doigt la clavicule à partir de son extrémité interne, on trouve un changement singulier dans la direction de cet os, dont l'extrémité externe, au lieu de se porter au moignon de l'épaule, répond juste au milieu de l'intervalle qui sépare l'épaule de la partie latérale du cou ; c'est au point que la clavicule semble affecter une position antéro-postérieure, perpendiculaire à celle qui lui est naturelle.

Son extrémité externe soulève les téguments et se reconnaît à la vue et au toucher de la manière la plus nette, à sa forme aplatie et régulière.

Elle est située à près de trois travers de doigt de la facette articulaire de l'acromion, un peu au-dessus de l'épine scapulaire, qu'elle ne déborde pas sensiblement.

Le relief de l'extrémité claviculaire sur l'acromion, très-prononcé du côté sain, a entièrement disparu du côté malade, comme la clavicule a disparu de la facette articulaire de l'acromion.

Il n'y a plus dans ce point qu'une sorte de petit bourrelet à résistance élastique, qui ne peut être autre chose que le fibro-cartilage resté attaché à l'acromion.

La clavicule mesure d'ailleurs 16 centimètres, comme celle du côté sain. L'extrémité externe de cet os est donc également luxée. Par suite de son déplacement en arrière, la portion du trapèze insérée à la clavicule forme, par son relâchement, une tumeur mollasse du volume d'une moitié d'orange. Cette tumeur est située, bien entendu, derrière l'extrémité externe luxée, et par conséquent plus près du cou que du moignon de l'épaule.

Il semblerait que la distance de l'acromion au sternum dût être diminuée, et cependant elle donne 19 centimètres des deux côtés, le malade étant sur son séant, et les épaules autant que possible à la même hauteur.

La clavicule n'est pas mobile, comme pourrait le faire présumer la rupture complète de tous les ligaments.

Par une pression alternative exercée sur les extrémités, elle exécute aisément, suivant sa longueur, un mouvement de navette d'environ 2 centimètres ; mais latéralement elle résiste à toute pression, à tout effort, excepté à son extrémité interne, qui rentre et ressort aisément.

Chose remarquable, cette luxation antérieure de l'extrémité sternale, se réduisait par une impulsion de l'épaule en arrière. C'est que cette manœuvre, en raison du changement de direction de la clavicule, n'agissait plus par un mouvement de bascule ; mais l'épaule, portée en arrière, attirait directement dans ce sens la clavicule, dont l'extrémité interne retombait dans la cavité.

Les jours suivants, et dès le lendemain, par je ne sais quelle cause, cette manœuvre échouait, et la luxation n'était plus réductible que par une impulsion de l'épaule en avant. Mais celle de l'extrémité externe résista à tous nos efforts, même à un crochet d'acier, enfoncé à travers la peau sur la face supérieure de cette extrémité, avec la précaution préalable d'avoir poussé la peau en sens inverse, en arrière, afin de faciliter le jeu du crochet.

Cette tentative resta sans succès comme sans inconvénient.

Quant à la réduction de l'extrémité interne, un 8 de chiffre fait avec une alèze, pliée en cravate, suffit d'abord à la maintenir ; plus tard il fallut recourir à un bandage de corps qui assujettissait le coude au-devant de la poitrine ; la pelote d'un bandage herniaire, appliquée autour du thorax, assurait encore mieux la réduction, qui était d'ailleurs complète. Du reste, un simple oreiller roulé sous l'épaule du côté malade aurait suffi, si le décubitus prolongé dans cette position avait été supportable.

Je ne reviendrai pas ici sur le mécanisme de cette luxation simultanée, que j'ai indiqué ailleurs (*Essai sur les luxations de la clavicule*) ; je me bornerai à rappeler que la luxation de l'extrémité externe a dû se produire la première.

On peut dire, dès aujourd'hui, que la luxation de l'extrémité interne guérira parfaitement, et que l'autre restera irréductible ; ce fut le contraire dans le cas de Richerand et Gerdy. Quant aux fonctions du membre, elles n'en seront pas notablement altérées.

J'ai négligé à dessein une fracture de deux côtes du côté opposé, là où avait porté l'angle de la pile des planches.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 mars 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Un malade présenté par M. Morel-Lavallée, et affecté de luxation des deux extrémités de la clavicule (voir plus haut), a donné lieu à la discussion suivante :

M. CHASSAIGNAC met en pratique un mode de réduction qui lui a parfaitement réussi dans un cas de luxation complète de l'extrémité externe de la clavicule.

Voici en quoi il consiste :

L'opérateur, appuyant contre sa poitrine l'épaule du côté sain, passe un bras en avant et l'autre en arrière de la poitrine du malade, croise ses mains au-dessous du coude, et obtient par cette espèce d'amplexation une élévation tellement prononcée du moignon de l'épaule que l'extrémité externe de la clavicule reprend ses rapports normaux. M. Chassaignac n'a point encore appliqué cette méthode de réduction à des luxations doubles de la clavicule semblables à celle qui fait l'objet de la présentation actuelle.

M. Chassaignac essaye ce procédé sans obtenir la réduction.

M. MOREL-LAVALLÉE. Ce procédé, qui peut réussir dans les cas ordinaires de luxation de l'extrémité externe, échoue ici parce que la clavicule, n'étant plus retenue à son extrémité sternale luxée, suit l'épaule en dehors, et conserve toujours ses rapports pathologiques avec l'acromion.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, les ouvrages suivants :

A. Chrestien (de Montpellier). *Observation ayant pour but d'éclairer le traitement de la fièvre puerpérale*. Montpellier, 1858, in-8°.

Ch. Barreswil. *Répertoire de chimie pure et appliquée*. 2e livraison ; oct. 1858, in-8°.

Ad. Gubler. *Mémoire sur les paralysies alternes en général et particulièrement sur l'hémiplégie alterne avec lésion de la protubérance annulaire*. Paris, 1859, in-8°.

— M. le docteur Albert Michaelis, chirurgien de l'hôpital militaire de Comorn (Hongrie), adresse un exemplaire de son ouvrage intitulé : *Compendium der Lehre von der syphilis*. Wien, 1859, in-8°. L'auteur demande qu'un rapport soit fait à la Société sur les opinions qu'il a développées dans cet ouvrage. (Rapporteur, M. Follin.)

— M. Ferrand (de Mer) adresse à la Société la lettre suivante, en réponse aux objections que son observation de trachéotomie a soulevées dans le sein de la Société.

Monsieur le président,

M. le docteur Chassaignac persistant à douter de l'existence du croup chez mon petit opéré, je tiens à bonneur de justifier aux yeux de la Société de chirurgie le diagnostic que j'ai porté ; j'ajouterai, pour compléter les renseignements déjà donnés, qu'une épidémie de croup sévissait à Mer lorsque j'ai opéré l'enfant Miraut ; qu'à la même époque (janvier 1853), j'ai fait deux autres trachéotomies, l'une à la fin de décembre 1852, l'autre le 6 février 1853, et que j'ai soigné d'autres enfants atteints de diphthérite.

M. Chassaignac doute parce que des débris de fausses membranes ne sont pas sortis par la plaie peu de temps après l'opération ; mais les couennes, souvent si adhérentes sur les amygdales et sur les vésicatoires, ne peuvent-elles pas l'être aussi dans le larynx ou dans la trachée, et parce qu'elles ne sont pas expulsées, est-ce une raison pour nier leur existence, lorsque sur le même sujet on en voit ailleurs ? N'a-t-on pas trouvé chez des enfants morts à la suite du croup des plaques adhérentes dans le larynx, lorsque pendant la vie on n'en avait aperçu aucune trace sur les amygdales ?

Tout le monde sait que les pseudo-membranes, surtout celles qui sont cautérisées, peuvent se dissoudre sur place et disparaître peu à peu sous forme de détritus. On ne saurait donc nier l'existence du croup dans le larynx, et même dans la trachée, par ce seul fait que des fausses membranes ne sont pas expulsées.

J'arrive maintenant au reproche qui m'est adressé d'avoir cautérisé la trachée inutilement, et d'avoir peut-être causé les désordres qui ont empêché d'enlever la canule dans les délais ordinaires. Je commencerai par établir que l'obstacle à la respiration n'était pas au-dessous de la canule, puisque l'enfant respirait bien lorsqu'elle était en place ; cet obstacle était donc au-dessus, dans le larynx ; or j'ai cautérisé la trachée par simple attouchement, non par instillation, et je ne vois pas comment le caustique aurait pu déterminer des désordres là où il n'a pas porté. J'ai cautérisé la trachée, parce que, le larynx étant envahi, la trachée pouvait par voie de continuité être tapissée aussi de fausses membranes plus ou moins adhérentes, et que je redoutais *surtout* la transmission du mal du côté des bronches ; j'ai cautérisé à plusieurs reprises pour être plus sûr d'amener ce résultat ; c'est ainsi que souvent on est obligé de renouveler l'application des caustiques pour limiter un érysipèle, ou pour arrêter la marche envahissante des fausses membranes dans l'arrière-gorge.

Je suis surpris d'ailleurs de voir MM. Chassaignac et Guersant attribuer à une solution de nitrate d'argent au quart un effet assez énergique pour produire une escbare qui aurait été *cinq semaines* à se détacher.

Je ne connais pas le mémoire de M. le docteur Miquel ; mais je lis dans le *Guide du praticien* de Valleix, t. Ier, p. 195 :

« La cautérisation avec le nitrate d'argent mérite réellement la pré- » férence qu'on lui accorde par son efficacité et son *innocuité*. Cette » cautérisation est en effet superficielle ; assez considérable pour mo- » difier l'inflammation, elle ne l'est pas assez pour produire la désor- » ganisation qu'on a à craindre de la part des acides concentrés. »

MM. Trousseau et Pidoux, dans leur *Traité de thérapeutique*, p. 410 du tome Ier, disent « que le crayon de nitrate d'argent ou une » solution saturée de ce sel produit instantanément une eschare su- » perficielle qui tombe au bout de peu de jours, et même quelquefois » au bout de peu d'heures. »

Enfin, aujourd'bui même, dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 5 mars, je lis que M. le docteur Loiseau et M. le docteur Maurel (de Montmartre) ont instillé à diverses reprises 20 gouttes de solution de nitrate d'argent au quart dans les voies aériennes de deux enfants qui ont guéri rapidement.

Comment donc admettre que les simples cautérisations faites par attouchement sur l'enfant Miraut ont pu déterminer des désordres graves ?

Il me paraît plus rationnel de considérer l'observation que j'ai adressée à la Société de chirurgie comme un exemple probant de ces cas de croup cbronique persistant, signalés déjà par plusieurs auteurs.

J'ai l'honneur, etc. FERRAND, D.-M.-P.

INCIDENT.

M. LE PRÉSIDENT, au nom du bureau, donne la parole à M. le secrétaire général pour une communication.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL rappelle que dans la dernière séance, à la suite de la proposition de M. Hervez de Chégoin relative à la suppression du chloroforme, la Société de chirurgie, sur la demande de plusieurs de ses membres, a chargé son président d'inviter M. Maisonneuve à donner des renseignements sur l'accident récent qui est survenu dans son service, et qui a été la cause déterminante de la proposition de M. Hervez de Chégoin. Conformément à cette décision, M. le président a écrit à M. Maisonneuve la lettre suivante :

« Paris, le 4 mars 1859.

» Mon cber collègue,

» La Société de cbirurgie est assez vivement émue des nouveaux cas de mort par le cbloroforme, pour qu'un de nos collègues n'ait pas craint de proposer dans la dernière séance qu'on suspendît l'usage de cet agent anesthésique.

» Vous savez que nos collègues Richet et Marjolin sont venus nous lire l'observation très-détaillée de leurs cas malbeureux avec la plus entière bonne foi.

» Faites comme eux, mon cber collègue, pour que mercredi prochain nous puissions discuter en toute connaissance de cause la proposition de M. Hervez de Cbégoin, à savoir : si l'on doit continuer à se servir du chloroforme.

» Si vos occupations vous empêcbaient de prendre part à la discussion, je vous serais très-reconnaissant de m'adresser votre observation, dont la lecture serait faite par le secrétaire général.

» Agréez, etc.

» *Le président de la Société de chirurgie*, G. DEGUISE. »

M. le président n'a pas tardé à recevoir de M. Maisonneuve la réponse suivante, dont le bureau a décidé qu'il serait donné lecture en séance :

« Mon cber collègue,

» Du jour où sous votre présidence le droit de réponse a été supprimé dans le sein de la Société de chirurgie, j'ai cru devoir, jusqu'à des temps meilleurs, m'abstenir de prendre part à toute discussion.

» Veuillez donc m'excuser de ne pas me rendre à votre invitation.

» Du reste, le fait auquel vous faites allusion n'aurait qu'un faible intérêt dans la circonstance, puisqu'il a trait non pas à un accident dû au chloroforme, mais bien à une congestion cérébrale survenue pendant les efforts de réduction d'une luxation de la cuisse chez un malade d'une soixantaine d'années qui avait été à peine étourdi par le chloroforme, et qui ne le respirait plus du tout depuis plus de vingt minutes quand cette congestion subite s'est manifestée.

» Agréez, etc. MAISONNEUVE. »

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer que les récriminations contenues dans la lettre précédente s'adressent à la Société, et non à lui-même ; qu'il n'a jamais retiré la parole à M. Maisonneuve, mais que dans la dernière discussion sur la cautérisation en flèches, la clôture, proposée par M. Gosselin et appuyée par deux autres membres, fut mise aux voix et adoptée ; que par conséquent ce n'est pas à M. le président, mais à la Société tout entière, que M. Maisonneuve adresse aujourd'hui ses récriminations.

A la suite d'une courte discussion, la Société adopte à l'unanimité l'ordre du jour suivant, proposé par M. Bouvier :

« La Société de cbirurgie passe à l'ordre du jour, en regrettant » d'autant plus le refus de M. Maisonneuve, qu'il le fonde sur un motif » qui n'a rien de réel, les discussions étant toujours libres dans le sein » de la Société, comme par le passé. »

— M. VERNEUIL donne l'analyse verbale d'un travail manuscrit adressé à la Société par M. le docteur G. Hayward (de Boston), un des cbirurgiens les plus distingués des Etats-Unis. Ce travail, intitulé *Remarks on the danger of the inhalation of chloroform*, est la confir-

mation de deux articles intéressants publiés déjà par l'auteur sur le même sujet en 1847 et 1850 (1).

M. Hayward, ému des accidents mortels causés par le chloroforme sans qu'on puisse accuser ni l'impureté de la substance, ni les trop grandes quantités employées, ni l'impéritie ou l'imprudence des chirurgiens, se demande si on ne devrait pas en cesser l'usage. En effet, on ignore comment il cause la mort, et ses effets sont parfois si rapides, qu'aucune précaution ne peut sûrement prévenir le résultat fatal.

Faut-il pour cela abandonner l'anesthésie, ce bienfait inappréciable non seulement pour les opérés, mais aussi pour les chirurgiens? Cela ne serait pas nécessaire si on remplaçait le chloroforme par une substance *également efficace, aussi facile à administrer et entièrement innocente*. L'éther sulfurique rectifié possède certainement ces qualités; M. Hayward l'a employé sur plusieurs centaines de malades, qui tous ont été rendus insensibles et immobiles sans en éprouver jamais le moindre effet fâcheux.

Moins actif que le chloroforme, l'éther n'a jamais mis plus de huit minutes à produire l'anesthésie complète. Il faut même beaucoup moins de temps si on fait inspirer les vapeurs pures, c'est-à-dire sans mélange d'air, comme il l'a vu faire dans un hôpital de Naples sur un malade qui fut endormi en une minute vingt secondes; mais ce mode d'administration cause parfois une toux violente, et ferait craindre l'asphyxie. Cependant M. Palasciano, qui agit toujours ainsi, n'a jamais vu de symptômes graves, les légers troubles observés se dissipant très-vite.

L'éther est donc aussi efficace que le chloroforme : il produit une insensibilité plus complète; ses effets sont plus fugaces; il provoque moins de vomissement, de nausées et de céphalalgie. On l'administre facilement à l'aide d'une éponge concave, assez large pour couvrir le nez et la bouche, il est très-bien toléré si le malade respire régulièrement. Les personnes qui redoutent l'odeur de l'éther sont rares, et d'ailleurs elles peuvent le respirer sans grande difficulté.

M. Haward considère l'éther comme très-innocent, car il ne connaît aucun cas de mort qui puisse lui être attribué. On objecte que cela est dû à son usage beaucoup moins répandu, mais cela n'est pas rigoureusement exact; si l'éther n'est pas employé en Angleterre et dans beaucoup de pays de l'Europe, en revanche il est en usage à Lyon, à Naples, et à peu près exclusivement dans les principaux hôpitaux des Etats-Unis.

L'auteur, soit dans sa pratique particulière, soit en sa présence, quel que soit l'âge des sujets (depuis trois semaines jusqu'à soixante-dix ans), n'a jamais rien vu d'alarmant. Les maladies du cœur, du poumon, du cerveau ou du système nerveux, ne lui semblent plus aujourd'hui une contre-indication; seulement les vapeurs doivent être mêlées d'une plus grande proportion d'air et inspirées plus lentement.

L'état que l'éther produit sur l'économie est un narcotisme, une intoxication analogue à celle des boissons alcooliques, mais plus passagère et moins dangereuse, parce que les vapeurs éthérées sont beaucoup plus vite éliminées que celles de l'alcool. L'éther, cependant, respiré trop longtemps, pourrait détruire la vie en congestionnant le cerveau, comme cela arrive aussi quelquefois pour les spiritueux. Mais jamais une personne prudente n'encourra ce danger.

M. Haward, après avoir cité l'opinion de Snow sur les causes réelles de la mort par le chloroforme, termine en engageant vivement ses confrères à faire au moins un essai sérieux de l'éther sulfurique rectifié.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Robert, Richet et Verneuil.

M. ROBERT répond à la question contenue dans la note de M. Haward : Doit-on renoncer seulement à l'usage du chloroforme, ou bien faut-il abandonner l'anesthésie? Pour l'anesthésie, peu importent les décisions des sociétés savantes, le public l'a adoptée et ne l'abandonnera pas. D'ailleurs, il ne faut pas oublier qu'elle rend de très-grands services à la chirurgie, et peut-être pourra-t-on par des précautions rendre les accidents plus rares. Si on ne peut cesser l'emploi de l'anesthésie, on ne renoncera pas plus au chloroforme; car on ne peut le remplacer par l'éther, qui est souvent insuffisant, et présenterait également des dangers, puisque ce qui est grave dans l'anesthésie c'est la perte du sentiment, et par suite de la faculté conservatrice, perte qui est nécessairement dangereuse. Quant à l'amylène, son emploi est complètement abandonné.

M. Robert a longtemps employé un mélange d'éther et de chloroforme à parties égales en volume. Par ce moyen, les premières inspirations emportent plus d'éther, et le malade se familiarise plus facilement avec l'agent; l'effet est constant, l'anesthésie plus lente, et la période d'agitation moins violente.

Les modes d'administration du chloroforme ne sont bons qu'à condition de donner le moyen de doser la quantité de chloroforme contenue dans l'air respiré, comme on le ferait pour un médicament toxique, car le chloroforme est en effet un poison. Si on introduit un animal dans un air chloroformé à un certain degré, il n'est qu'anesthésié; mais si on dépasse certaines proportions, il est foudroyé si cependant la proportion n'est pas trop considérable, l'électrisation peut le rappeler à la vie. Il suit de là que, ne sachant pas la susceptibilité des malades, on doit commencer par de faibles doses, car la quantité nécessaire est très-variable.

Dans les progrès de l'anesthésie, il arrive un moment où toutes les fonctions sont abolies, excepté la circulation et la respiration; si l'on va plus loin, ces fonctions cèdent à leur tour en commençant par la respiration, et la mort arrive. Dans quelques cas, cependant, c'est la circulation qui a cessé la première.

M. Robert s'élève contre l'usage des compresses, de la charpie et des éponges sur lesquelles on verse le chloroforme, et qui ne permettent aucun dosage; il pense qu'on doit toujours avoir recours aux appareils, et il préfère l'appareil de M. Charrière, avec lequel il est impossible d'augmenter la dose de vapeur au delà de ce que donne le tricot complétement imbibé. Il a constaté les avantages de cet appareil par l'expérience suivante : Il a chloroformé deux chiens de même taille, l'un avec l'appareil Charrière, et l'autre avec une éponge renfermée dans une vessie. Or, il a été impossible de faire périr l'animal qui respirait dans l'appareil, tandis que l'autre est mort en huit ou dix minutes.

On a dit qu'il n'était pas nécessaire de pousser bien loin l'anesthésie; mais il faut qu'elle soit assez complète pour qu'il n'y ait pas d'agitation; dans certains cas même, comme pour la réduction des hernies et des luxations, il faut aller jusqu'à la suppression de l'action musculaire.

En terminant, M. Robert propose de passer à l'ordre du jour.

M. GIRALDÈS établit que, quoi qu'on ait dit, le chloroforme n'est pas menacé d'être remplacé par l'éther dans la pratique des chirurgiens anglais. L'éther, au contraire, est abandonné en Angleterre et en Ecosse.

Pour l'amylène, on en a rejeté l'usage sans l'avoir suffisamment expérimenté; il peut être utile dans certains cas; ainsi il est indiqué, comme l'a dit Græfe, pour faciliter l'examen des yeux malades chez les enfants.

Lorsque la mort arrive par l'usage du chloroforme, elle n'est pas toujours causée par les troubles de la respiration, car M. Giraldès a vu des animaux mourir de syncope cardiaque. Du reste, on ne produit jamais sur les animaux la mort instantanée, comme dans les accidents arrivés à l'homme; aussi ces expériences ne servent-elles à rien.

M. Giraldès ajoute que d'après des calculs approximatifs publiés par la *Revue de Westminster*, la proportion des morts a été de 1 sur 16,000; tous les cas de mort connus s'élèvent à 79 depuis douze ans qu'on emploie le chloroforme dans tout le monde civilisé; il n'y a donc pas lieu de s'effrayer beaucoup.

M. LEGOUEST. Je regrette de ne point partager l'opinion favorable de M. Robert sur l'emploi d'un mélange d'éther et de chloroforme comme agent anesthésique, et d'être obligé de sacrifier les espérances qu'il pouvait concevoir sur l'innocuité de ce mélange.

Dans le seul cas, en effet, où j'ai vu la mort survenir pendant l'anesthésie, on employait précisément un mélange d'éther et de chloroforme. C'était en 1851, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Valette. Cet habile et honorable chirurgien rendit compte, dans les journaux de l'époque, de cet accident, qui survint dans les circonstances suivantes :

Un jeune homme était soumis sans succès depuis assez longtemps à l'influence de l'éther administré sur une éponge contenue dans une vessie. Afin d'amener une anesthésie plus rapide, on versa quelques gouttes de chloroforme sur l'éponge imbibée d'éther. A peine le malade avait-il fait quelques inspirations qu'il succomba.

Je ne sais si M. Robert attache quelque importance aux proportions de l'un et de l'autre liquide dans le mélange qu'il se propose d'expérimenter de nouveau, et s'il a pris soin de mesurer également ou inégalement l'éther et le chloroforme dans les expériences qu'il a déjà faites. Dans le cas que je viens de rappeler, les proportions étaient fort inégales et ne furent pas rigoureusement appréciées; mais l'éther était évidemment en quantité beaucoup plus considérable que le chloroforme.

Quant au dosage du chloroforme, que M. Robert considère comme devant toujours être pratiqué, je le crois impossible avec les appareils employés aujourd'hui. L'appareil de M. Charrière ne remplit pas le but que M. Robert lui attribue, celui de dispenser à volonté une quantité plus ou moins grande de chloroforme. La largeur de la surface exhalant les vapeurs de chloroforme influe moins sur le dégagement de celles-ci que la température, et surtout que la rapidité du courant d'air formé par les inspirations plus ou moins longues et plus ou moins accélérées du malade.

Je ne pense pas que les appareils dont nous disposons mettent plus à l'abri des accidents que l'éponge ou la compresse convenablement employées. Je ne doute pas que M. Robert n'ait pas pu amener la mort chez des chiens soumis à l'administration de doses considérables de chloroforme au moyen d'appareils; mais je ne m'étonne pas non plus qu'il ait vu les animaux succomber lorsqu'il leur a administré le chloroforme sur une éponge renfermée dans une vessie. Ce dernier procédé confinant les vapeurs de chloroforme, diffère beaucoup de l'administration sur une éponge à l'air libre, et lui est certainement inférieur.

Dans ma pensée, les doses de chloroforme inhalé sont sans importance, car le plus grand nombre des accidents se sont produits dans les premiers moments de l'administration de l'agent anesthésique, alors qu'une très-faible quantité en avait été inhalée.

Lorsque MM. Richet et Marjolin nous rapportèrent les faits malheureux arrivés entre leurs mains aussi prudentes qu'expérimentées, je fus frappé de leur coïncidence avec ce que j'observais dans mon hôpital. J'avais remarqué depuis quelque temps que les malades que je chloroformais étaient très-difficiles à anesthésier, qu'ils conservaient une agitation inaccoutumée, que la nuit suivante était sans repos, et qu'ils se plaignaient, le lendemain, de pesanteur de tête. J'examinai avec soin mon chloroforme, et je le trouvai de mauvaise qualité. Aujourd'hui que les besoins toujours croissants de la chirurgie demandent des quantités considérables de chloroforme à l'industrie, celle-ci, afin d'augmenter ses bénéfices, prépare le chloroforme avec des alcools de qualité inférieure, provenant de la distillation des grains ou des pommes de terre. Je crois donc qu'il importe plus que jamais de s'assurer de la bonne qualité du chloroforme, précaution que l'habitude si familière de cet agent fait quelquefois négliger.

Les communications de MM. Richet et Marjolin m'ont d'autant plus surpris, qu'elles nous ont été faites coup sur coup, et que les accidents rapportés sont survenus en dépit des précautions les plus minutieuses, tandis que pendant toute la guerre d'Orient, où les circonstances étaient sans doute moins favorables à l'observation rigoureuse des règles de l'administration du chloroforme, sur 18 à 19,000 opérations, deux cas de mort seulement ont été observés : le premier, dans une ambulance de l'armée anglaise, le second dans nos rangs, à l'hôpital de Kaulidjé, sur la rive asiatique du Bosphore.

J'ai failli, pour ma part, avoir à déplorer, dans cette campagne, un accident du même genre : je liais l'artère poplitée sur un jeune militaire atteint d'hémorrhagie consécutive, et qui déjà avait perdu beaucoup de sang sur le champ de bataille. Au moment de serrer ma ligature, afin d'empêcher les cris et l'agitation du malade, incomplétement anesthésié, je fis ajouter sur la compresse quelques gouttes de chloroforme. Le laps de temps fort court nécessaire à nouer mon fil et à en couper un des bouts suffit pour que le cœur ne battît plus et que la respiration cessât de s'effectuer.

Incontinent j'exerçai sur le thorax et l'abdomen une pression vigoureuse pour expulser le plus possible de vapeurs de chloroforme, et ordonnant à un aide de provoquer l'inspiration par l'élévation des épaules, je continuai artificiellement la respiration en pressant de mon côté sur la base du thorax. Après six ou huit minutes de ces manœuvres restant sans succès, je crus mon malade mort, et ne voulant pas que ses compagnons de salle en aient la confirmation immédiate, je demandai un brancard pour porter l'opéré au grand air; les brancards étaient introuvables, et pour ne pas sembler croire à un accident, je continuai mes manœuvres pendant quinze ou vingt minutes environ. Tout à coup, une inspiration naturelle se fit, et le malade revint à lui sans transition : je respirai avec lui.

En terminant, je dirai que je partage, avec M. Giraldès et pour les raisons si heureusement exprimées par M. Robert, l'opinion de cet honorable collègue sur la proposition de M. Hervez de Chégoin.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DÉSORMEAUX.

ERRATUM AU PROCÈS-VERBAL DU 2 MARS. — M. Chassaignac demande l'insertion au procès-verbal des chiffres qu'il a opposés à ceux de M. Bouvier, dans la discussion sur la trachéotomie.

En 1856, à l'hôpital des Enfants, toutes les opérations, moins 4, ont été faites avec le ténaculum cricoïdien : on a obtenu 18 succès sur 54 opérations. En 1857, on renonce au ténaculum, et sur 70 opérations, 18 succès seulement. En 1858, dans le premier semestre, sur 54 opérations, le chiffre des succès diminue encore, et se réduit à 13.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 6 mars 1859, M. Louis Orfila, agrégé en exercice de la Faculté de médecine de Paris (section de physique, chimie, pharmacie et toxicologie), est chargé du cours de pharmacie à ladite Faculté, pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire.

— Par arrêté du 14 mars, M. Reveil, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est chargé de suppléer, pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire, M. Caventou, professeur de toxicologie de ladite Ecole.

— Par arrêtés du 6 mars 1859, M. Gressent, professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de Rouen, est nommé professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dites, en remplacement de M. Aubé, démissionnaire.

M. Gressent sera chargé en même temps de la suppléance de la chaire de matière médicale et de thérapeutique.

M. Tinel, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à la même Ecole pour les chaires d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Gressent.

M. Duprey, professeur suppléant, hors cadre, est nommé professeur suppléant pour les chaires de sciences accessoires, en remplacement de M. Blanche, appelé à d'autres fonctions.

M. Duprey continuera à être chargé exclusivement de la suppléance de la chaire de pharmacie et de toxicologie.

— Le tribunal civil de Lyon, dans son audience du 9 mars 1859, a condamné la femme Bernet-Joly à 15 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine;

Et à 40 fr. de dommages-intérêts envers l'Association des médecins du Rhône, partie civile aux débats.

Ce jugement est moins important pour nous par le montant de la somme allouée, que par la manière dont il consacre le droit des médecins à réclamer des dommages-intérêts, et par les sévères considérants qu'il émet sur la conduite du médecin qui avait prêté assistance à la délinquante.

Deux prévenus, la femme Bernet-Joly et le docteur Murat, comparaissaient devant le tribunal correctionnel : la première, sous la prévention d'exercice illégal de la médecine; le second, comme complice des faits reprochés à la femme Bernet.

Plusieurs témoins ont déclaré que ce docteur Murat signait, sans observation ni contrôle, les ordonnances dictées par la somnambule. Parfois même on les lui portait dans la pièce voisine, où il se tenait, et les signait de confiance.

Le tribunal a renvoyé d'instance le docteur Murat d'après les considérants suivants :

« Attendu qu'il est constant que, oubliant le respect qu'il doit aux titres qu'il porte, Murat a aidé et assisté la femme Bernet en signant sans contrôle ni vérification des ordonnances qu'il n'avait pas rendues, et qu'il s'agit d'examiner si le fait qu'il a commis constitue une complicité légale;

» Attendu qu'aux termes des articles 59 et 60 du Code pénal, il ne peut y avoir complicité qu'autant qu'il y a délit, et qu'il s'agit d'examiner si l'exercice illégal de la médecine sans usurpation du titre constitue un délit ou une simple contravention;

» Attendu, il est vrai, que le texte de la loi de ventôse qualifie cette infraction de délit, mais que cette loi est antérieure au Code pénal, qui, dans son article 1er, édicte d'une manière générale que la contravention est l'infraction que les lois punissent des peines de police;

» Attendu, enfin, que la jurisprudence de la Cour de cassation, ainsi que celle des Cours impériales, qui a longtemps varié sur ce point, paraît être fixée par l'arrêt du 30 avril 1858, rendu, toutes chambres réunies, par laquelle la Cour suprême range l'infraction, objet du procès, dans la classe des contraventions;

» Attendu, en conséquence, que les faits établis contre Murat constituent, de sa part, l'oubli le plus complet des devoirs de sa profession, et un abandon regrettable de la dignité que le titre honorable de docteur en médecine devait lui faire conserver, mais qu'aux termes de la loi ils ne constituent pas une complicité punissable. »

(*Gazette médicale de Lyon*.)

(1) *In surgical reports and miscellaneous papers on medical subjects*, p. 226-237. Boston, 1855.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 34. — MARDI 22 MARS 1859. (32e ANNÉE.) N° 34. — MARDI 22 MARS 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 MARS 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans le numéro de mardi dernier nous avons publié, à l'issue même de la séance publique, la liste des lauréats de l'Académie pour la physiologie et la médecine. Nous sommes quitte envers nos heureux confrères; mais nous restons encore redevable vis-à-vis de nos lecteurs, qui désirent sans doute savoir quels sont les faits ou points nouveaux et les applications utiles que les travaux récompensés ont introduits dans la science. C'est cette deuxième dette dont nous allons commencer à nous acquitter aujourd'hui, en parlant d'abord du jugement de l'Académie sur le prix de physiologie expérimentale.

Nous avons exposé à plusieurs reprises les remarquables travaux de M. Jacubowitsch sur la structure intime du cerveau et de la moelle épinière chez l'homme et chez les animaux vertébrés. On se rappelle que l'auteur, se guidant d'après les connaissances physiologiques acquises sur le système nerveux, s'est proposé d'élucider les résultats de la physiologie expérimentale par l'anatomie de texture. Ces études histologiques l'ont conduit à distinguer comme parties constituantes essentielles du système nerveux, trois ordres d'éléments nerveux : 1° les cellules étoilées, les plus volumineuses (cellules de mouvement) ; 2° les cellules fusiformes, les plus petites (cellules de sensibilité) ; 3° les cellules rondes ou ovales, de volume moyen (cellules ganglionnaires). De ces trois éléments nerveux partent des prolongements que l'auteur appelle les cylindres-axes nerveux représentant également trois espèces de nerfs, savoir : les nerfs de mouvement, qui partent des cellules étoilées; les nerfs de la sensibilité, qui émanent des cellules fusiformes; et les nerfs ganglionnaires, qui proviennent des cellules ganglionnaires.

Ces trois ordres de nerfs, comme les cellules nerveuses correspondantes, diffèrent entre eux par leur volume, et, en outre, par le névrilème qui les entoure. Ces cellules nerveuses s'unissent entre elles de différentes manières à l'aide des prolongements qui en émanent, et qui leur servent de moyens de connexion. Enfin tous les éléments nerveux s'associent pour former les cordons nerveux, de telle manière que tous les nerfs sont de nature mixte, c'est-à-dire qu'ils contiennent dans des proportions différentes des cylindres-axes appartenant à des cellules de mouvement, à des cellules de sensibilité et à des cellules ganglionnaires.

Comme corollaires physiologiques de ses recherches anatomiques, M. Jacubowitsch conclut que les diverses propriétés élémentaires et physiologiques du système nerveux de l'homme et des mammifères sont localisées dans des éléments hystologiques (cellules ou fibres) distincts et caractérisés par des différences de forme et de volume. Il admet, en outre, que ce n'est ni la grandeur des éléments nerveux, ni l'étendue, ni le poids de la masse nerveuse totale ou de ses diverses parties, qui déterminent chez les divers animaux le degré d'élévation physiologique, mais que c'est plutôt la quantité des éléments nerveux eux-mêmes en rapport avec la masse du tissu cellulaire, qui entre également dans la constitution des centres nerveux.

En un mot, M. Jacubowitsch « a reconnu et décrit trois formes particulières de cellules nerveuses en rapport les unes avec les autres et en connexion avec trois ordres de fibres nerveuses différentes. Il a déterminé la disposition exacte de ces divers éléments hystologiques nerveux dans la moelle épinière, la moelle allongée et le cerveau ; il a indiqué les points des centres nerveux dans lesquels ces cellules ou fibres se groupent, s'accumulent, se mélangent, se séparent, apparaissent ou disparaissent. »

C'est cet important et beau travail que l'Académie a récompensé en décernant à son auteur le prix de physiologie expérimentale.

La commission, par l'organe de son savant rapporteur, M. Cl. Bernard, en déclarant ce travail digne du prix, et en félicitant M. Jacubowitsch d'avoir suivi dans ses recherches anatomiques les indications fournies par la physiologie expérimentale, n'a pas entendu laisser comprendre par là que l'appui que la physiologie donne à l'induction anatomique puisse jamais dispenser de demander la vérification de celle-ci à l'expérimentation directe.

« L'expérimentation seule, dit le rapporteur, délicatement conduite et instituée dans des conditions que l'auteur de ces recherches sera à même de mieux déterminer que personne, pourra plus tard démontrer si les éléments nerveux, fibres ou cellules, que M. Jacubowitsch a étudiés et caractérisés avec tant d'habileté, ont toujours et nécessairement une fonction différente par cela seul qu'ils offrent un volume relatif différent et qu'ils ont une configuration distincte. » Il s'agit ici, en effet, d'une des questions d'anatomie et de physiologie générale les plus importantes, savoir si la forme des éléments histologiques constitue un caractère suffisant à lui seul pour les différencier physiologiquement. C'est ce qu'il reste à déterminer; et c'est en indiquant et en ouvrant à la physiologie expérimentale ce nouveau champ d'expérimentation, que le travail de M. Jacubowitsch, qui semblait d'abord plus anatomique que physiologique, rentrait de la manière la plus heureuse dans les conditions du concours de physiologie. Le monde savant tout entier applaudira à la décision de l'Académie. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

Des phlegmasies aiguës de la peau dans le cas d'œdème.

On sait que lorsque la peau vient à s'enflammer chez un individu affecté d'anasarque, soit à la suite de mouchetures, soit spontanément, cette inflammation, qui se termine souvent par gangrène, constitue une complication très-grave, rapidement mortelle. La mort survient alors avec des symptômes que l'on rapporte habituellement à une intoxication par la gangrène; mais si on veut analyser ces symptômes, on voit facilement qu'ils sont les signes ordinaires d'une concrétion cardiaque; et effectivement c'est cette lésion qui, en fin de compte, termine la maladie et les jours du malade, que la phlegmasie cutanée soit gangréneuse ou non.

La formation de la sécrétion cardiaque est facile à comprendre. En effet, le sang est habituellement appauvri dans le cas d'anasarque; il est non-seulement pauvre en globules, mais il est encore pauvre en albumine. Il en résulte que lorsque la fibrine du sang vient à augmenter sous l'influence de la phlegmasie cutanée, la proportion de la fibrine augmentée est d'autant plus considérable qu'il y a un plus grand abaissement des globules et de l'albumine. Le sang très-fibrineux devient alors coagulable à l'excès, et il arrive un moment où cette coagulabilité s'exprime par la formation d'une concrétion polypiforme dans le cœur ou les gros vaisseaux.

Les symptômes de ces concrétions cardiaco-vasculaires sont, comme on le sait, l'anxiété précordiale, la dyspnée, l'altération des traits et l'état grippé de la face, le pouls petit, filiforme, les mains froides, les lèvres violettes, les jugulaires gonflées, etc.

Or ces symptômes peuvent être facilement observés à la fin des anasarques compliquées de phlegmasies cutanées, comme aussi on peut constater nécroscopiquement la concrétion cardiaque qui les occasionne.

Tels sont les différents points que M. Beau a exposés dans une de ses conférences cliniques, et que l'on retrouvera en grande partie dans la thèse de M. Roques, un de ses élèves. (*Des caillots fibrineux du cœur considérés comme cause de mort dans les phlegmasies.* 26 août 1858.)

L'observation suivante, recueillie avec beaucoup de soin et dans tous ses détails par M. Ball, interne du service, vient à l'appui de ce qui précède.

L. P..., âgée de cinquante-huit ans, est entrée le 11 janvier 1859 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Beau, salle Saint-Vincent, n° 24.

Cette femme, d'une taille moyenne, d'une apparence un peu chétive, paraît, au premier abord, plus âgée qu'elle ne l'est en réalité; elle a les cheveux presque blancs et le visage creusé de rides profondes.

L'œdème des membres inférieurs dont elle est affectée s'est développé il y a deux ans, à la suite d'un brusque refroidissement. Pendant qu'elle travaillait dans une cour, toute mouillée de sueur, elle reçut sur le dos un baquet d'eau froide. Une anasarque assez prononcée, ayant débuté par les extrémités inférieures, en fut la conséquence. Traitée à la Charité par M. Briquet (drastiques, diurétiques), elle se trouva désenflée au bout de seize jours. On avait constaté l'existence d'un léger bruit de souffle au cœur et d'une faible proportion d'albumine dans les urines. Après un séjour de six semaines à l'hôpital, elle a pu reprendre ses occupations ordinaires.

Pendant dix-huit mois elle a joui d'une assez bonne santé, bien que l'appétit et les forces ne soient jamais revenus à leur état primitif. La moindre fatigue amenait aussitôt une violente dyspnée.

L'œdème des pieds a reparu sans cause appréciable il y a trois semaines, et depuis lors l'état de la malade n'a pas cessé de s'aggraver. Elle n'a pas suivi de traitement sérieux avant son admission à l'hôpital.

Etat actuel (12 janvier). — La malade est dans le décubitus dorsal, et ne peut changer de position qu'avec la plus grande difficulté. La face est bouffie; quelques veines turgescentes font saillie à la face, au front, à la région cervicale; les jugulaires sont un peu tendues.

Une anasarque déjà très-considérable règne sur toute la surface du corps; c'est aux membres inférieurs que l'œdème est le plus prononcé. Il n'existe pas cependant de crevasses ni de rougeur à la surface de la peau, malgré sa tension extrême. Les parties tuméfiées reçoivent facilement et conservent assez longtemps l'impression des doigts.

L'abdomen est proéminent; ses parois sont infiltrées; dans une zone semi-circulaire, qui en occupe le tiers inférieur, on perçoit de la matité; au-dessus la sonorité est un peu exagérée.

A l'auscultation de l'appareil pulmonaire, on entend quelques râles vibrants en avant et en arrière; la percussion donne partout de la sonorité; la malade tousse un peu, sans expectoration.

L'auscultation du cœur fait reconnaître l'existence d'un bruit de souffle très-léger au premier temps, ayant son maximum à la pointe; il ne s'entend distinctement que dans un espace très-limité. De temps en temps, le cœur offre des intermittences et des redoublements. Isochronisme parfait du cœur et du pouls radial; bien que très-faibles, les pulsations sont parfaitement distinctes : 84 pulsations.

La malade prétend éprouver de l'appétit; cependant les aliments lui pèsent, et la digestion se fait lentement et laborieusement. Il existe une soif intense. Langue rouge, dépouillée de ses papilles épidermiques; constipation absolue depuis quatre ou cinq jours.

Le foie, peu douloureux à la pression, offre en avant une matité qui s'étend du sixième espace intercostal jusqu'à 1 centimètre au-dessous du rebord des fausses côtes; sa hauteur totale est de 10 centimètres.

La rate n'a pas été percutée.

Les urines, rares, épaisses, assez colorées, renferment une petite quantité d'albumine.

L'intelligence, la mémoire et les sens ont conservé toute leur intégrité.

On prescrit : Tisane d'asperges, 1 pot; chiendent nitré, 1 pot. Eau-de-vie allemande, 12 grammes; 1 portion alimentaire.

Le 13 janvier, la malade a eu une selle peu abondante hier; elle se trouve un peu soulagée aujourd'hui. Même quantité d'albumine dans les urines.

Le 14, point de selle depuis hier. L'anasarque augmente; tension des parois abdominales extrême. — Eau-de-vie allemande, 12 gr.

Le 15, trois selles liquides hier. L'infiltration se maintient au même point que la veille. — Eau-de-vie allemande, 12 grammes.

Le 16, plusieurs selles dans la journée. Douleur assez vive dans le flanc droit, où il existe un peu de rougeur. Tension des parties parvenue au plus haut degré. Amélioration notable du pouls (104 pulsations); jugulaires fortement tendues.

Le 17, on constate ce matin à la visite un érysipèle assez étendu, occupant un espace d'environ 10 centimètres de largeur à partir de l'épine iliaque antéro-supérieure, et se dirigeant en avant vers la ligne médiane. La tension du système veineux est extrême; les jugulaires font une saillie très-caractérisée au-dessous de la peau, surtout à gauche. Le pouls, faible et précipité, offre 112 pulsations; la respiration est un peu accélérée (22 respirations par minute). Il n'existe aucune matité aux deux bases. Le bruit de souffle au premier temps offre à peu près la même intensité. La quantité d'albumine est restée sensiblement la même dans les urines.

Le 18, la malade a eu hier au soir des vomissements verdâtres assez abondants; langue sèche, soif, constipation; pâleur extrême de la face; lèvres complétement blanches. L'érysipèle n'a pas augmenté d'étendue. Le pouls est très-petit, difficile à compter (120 pulsations). Il existe beaucoup de dyspnée. Les jugulaires offrent une tension extrême; l'anasarque fait encore des progrès. — Diète absolue; potion de Rivière.

Le 19, les vomissements ont redoublé d'abondance; la malade a eu hier au soir un délire bruyant.

Ce matin, il y a de l'affaissement, de la stupeur; on ne sent plus le pouls radial; les battements cardiaques sont précipités, irréguliers, tumultueux; on n'entend pas de bruit de souffle. Les veines du cou sont excessivement tendues; dyspnée excessive. A l'auscultation, on n'entend que des râles vibrants; pas de matité soit en avant, soit en arrière. La surface de l'érysipèle, qui a fait quelques progrès, s'est couverte de phlyctènes. Les extrémités sont glacées. La chaleur naturelle a presque complétement disparu aux mains, aux pieds, au front, au nez, aux lèvres.

Dans le courant de la journée, le délire loquace n'a pas reparu; les vomissements se sont calmés. Vers six beures, le délire s'était reproduit; la malade marmottait continuellement des paroles confuses et peu intelligibles. Absence complète du pouls; refroidissement progressif de toute la surface du corps; dyspnée intense; tension extrême des jugulaires; sueur visqueuse; insensibilité complète à la piqûre.

La malade a succombé le 20 janvier, à deux heures du matin.

Autopsie faite 32 heures après la mort. — Le cadavre présente une infiltration générale; l'abdomen est proéminent, les parois en sont œdématiées. L'érysipèle, couvert de quelques pblyctènes, s'étend depuis la ligne médiane jusqu'en arrière du grand trocbanter. Veines du cou et de la face très-turgescentes.

A l'ouverture du crâne, il ne s'écoule point de sérosité; les méninges sont rouges, injectées, surtout à droite; l'encéphale n'offre aucune lésion appréciable.

A l'ouverture du tborax, point de liquide dans les plèvres; point d'adbérences aux parois tboraciques.

Le cœur est volumineux. Mesuré de la base (des ventricules) à la pointe, il offre 11 centimètres; horizontalement, à la base, il en présente 11 1/2. L'oreillette droite, très-distendue, offre un diamètre transversal de 6 centimètres 1/2; l'oreillette gauche en a 5 1/2.

Les orifices du cœur droit n'offrent aucune lésion. L'orifice aortique, libre de toute incrustation valvulaire, permet l'introduction de deux doigts; les valvules sigmoïdes sont parfaitement suffisantes. L'orifice mitral n'admet guère qu'un seul doigt; il ne présente d'ailleurs aucune incrustation; la valvule mitrale est seulement un peu épaissie. En somme, il y a rétrécissement léger de cet orifice.

Les cavités du cœur et de l'artère pulmonaire renferment des caillots qui seront étudiés plus loin.

Les poumons, un peu congestionnés vers la base, sont d'une coloration normale dans la plus grande partie de leur étendue; à la coupe, on voit sortir des vaisseaux divisés une multitude de petits caillots, les uns rouges, les autres d'un blanc jaunâtre. Quelques tubercules crétacés existent au sommet gauche. Il y a de l'emphysème vésiculaire des deux côtés.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une quantité fort considérable de sérosité.

Le foie, assez volumineux, offre un aspect cbagriné à sa surface. A la coupe, il présente des granulations jaunâtres, à un degré peu avancé; il offre au microscope quelques faisceaux de tissu conjonctif, surtout au voisinage des vaisseaux. Les vésicules renferment une quantité considérable de graisse.

Les reins, un peu plus volumineux qu'à l'état normal (0,125 sur 0,065, rein droit; 0,115 sur 0,05, rein gauche) sont parfaitement blancs à l'extérieur; leur surface est un peu bosselée. A la coupe, toute la substance corticale est infiltrée et épaisse; cette partie du rein est parsemée de petits points rouges très-visibles. La substance tubuleuse est d'une pâleur extrême, et disparaît complétement sur plusieurs points.

La principale altération que présentent ces organes, examinés au microscope, est une abondance extraordinaire de vésicules graisseuses. Les cellules épithéliales, un peu augmentées de volume, renferment beaucoup de granulations de graisse. Les canalicules, sur plusieurs points, renferment des cylindres fibrineux; mais aucun dépôt plastique n'a été constaté dans les espaces intermédiaires.

Les capsules surrénales sont parfaitement saines.

La rate, peu volumineuse, n'offre rien de particulier.

Le système veineux est entièrement rempli de caillots à divers degrés de consistance.

Dans les cavités gauches du cœur, on trouve quelques coagulums mous, d'une couleur rougeâtre; un vaste caillot, blanc dans la majeure partie de son étendue, rouge vers la surface, distend l'oreillette droite, pénètre dans le ventricule, qu'il remplit en entier, et se prolonge, d'une part dans la veine-cave inférieure, d'autre part dans l'artère pulmonaire.

Le calibre du vaisseau est entièrement oblitéré jusque dans l'intérieur des petites ramifications de cinquième ou de sixième ordre.

Le caillot qui siége dans l'artère, de forme parfaitement cylindrique, est blanc au centre, et se trouve enveloppé à l'extérieur d'une coucbe rougeâtre de nouvelle formation, qui ne recouvre pas entièrement la surface du noyau blanc central. Cette disposition persiste dans les branches de bifurcation de l'artère, et ce ne sont que les rameaux de troisième et quatrième ordre qui renferment des caillots entièrement mous, au centre comme à la périphérie.

Il est digne de remarque, qu'à la bifurcation de cbaque brancbe artérielle il existe un petit ménisque de substance blancbe, au milieu de la masse rougeâtre qui constitue le caillot oblitérant dans cbaque petite artère, comme si la coagulation du sang avait débuté au niveau des bifurcations vasculaires.

Les limites entre le caillot artériel et le caillot cardiaque sont nettement indiquées par un étranglement circulaire, sur lequel se dessine le triple feston des valvules sigmoïdes.

Les parois de l'artère, complétement saines et vierges de toute infiltration sanguine, n'offrent pas la moindre adhérence avec le produit qu'elles renferment.

Le caillot de la veine-cave inférieure, quoique d'une faible consistance et d'une couleur rougeâtre dans la plus grande partie de son épaisseur, offre un substratum fibrineux blanc, bien organisé dans toute sa longueur.

La bifurcation droite de la veine-cave n'offre qu'un caillot mou, interrompu par places. La dissection n'a pas été poussée fort loin de ce côté.

La bifurcation gauche, au contraire, est remplie par un coagulum presque blanc, plus résistant et mieux organisé que celui du vaisseau principal, et qui se prolonge dans toutes les ramifications de l'arbre veineux. A la jambe, il peut être suivi jusque dans le mollet, et à mesure qu'on s'éloigne du centre circulatoire, à mesure que le calibre des vaisseaux devient plus étroit, les portions rouges du caillot disparaissent; il se trouve alors réduit à ses parties blanches et résistantes. Vers la portion inférieure de la veine fémorale et dans les veines du mollet, on trouve un long cordon fibrineux, blanc, très-résistant, sans aucune adhérence aux parois vasculaires; on dirait une corde de fouet.

Examinée au microscope, la partie blanche du caillot pulmonaire se composait de granulations très-fines, extrêmement nombreuses: au milieu de ces éléments on voyait des globules sanguins altérés, et des gouttelettes graisseuses en très-grande abondance.

On y rencontrait aussi, mais en quantité beaucoup moindre, des globules blancs.

Après avoir traité la préparation par l'éther pour dissoudre les gouttelettes graisseuses, on voyait pâlir tous les éléments par l'addition d'acide acétique: ils ne disparaissaient cependant pas en entier.

Les parties blancbes des caillots trouvés sur d'autres points de l'économie (veines du mollet, jugulaires), offraient au microscope une apparence identique, mais un peu plus avancée.

DE LA DYNAMOSCOPIE DANS L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE,

Par M. le docteur COLLONGUES.

Je divise les onze observations que je vais rapporter en trois catégories:

Première catégorie. — Observations d'hémorrhagie cérébrale qui se terminent par la mort peu de jours après l'attaque.

Deuxième catégorie. — Observations d'hémorrhagie cérébrale dans lesquelles les personnes atteintes survivent avec une paralysie.

Troisième catégorie. — Observations d'hémorrhagie cérébrale foudroyante.

Première catégorie.

OBS. I. — Le 16 novembre 1856, à six heures du soir, Mme L..., âgée de soixante et onze ans, venait de terminer son déjeuner, lorsqu'elle fut prise d'un étourdissement et tomba sans connaissance au milieu de la chambre. La domestique n'a pas eu assez de forces pour mettre Mme L... au lit; il a fallu trois hommes pour arriver à ce résultat, car Mme L... est excessivement grosse et grande. Elle est d'une constitution sanguine très-pléthorique. Arrivé quelques minutes après l'accident, je m'empresse d'examiner s'il n'y a pas paralysie d'un côté ou de l'autre, et je trouve le côté droit dans un état de complète résolution. Plus de sentiment, plus de mouvement de ce côté. Le côté opposé conserve le mouvement soit spontanément, soit provoqué en remuant les membres de la malade. La bouche est déviée du côté paralysé. La face exprime un caractère de stupeur et d'hébétude; la respiration est douce, l'intelligence nulle; la circulation ne paraît pas modifiée. 75 pulsations régulières par minute.

Auscultation dynamoscopique. — Côté droit, bourdonnement nul; petillement vague. Côté gauche, le bourdonnement semble paraître et disparaître; petillement assez fort. Une saignée très-copieuse est pratiquée; un lavement avec gros sel est administré.

Le soir, l'état est le même.

Auscultation. — Côté droit, bourdonnement très-vague et très-sourd; petillement nul.

Le 17, l'intelligence n'est pas revenue; la respiration est bruyante et difficile. Le mouvement est conservé du côté gauche et nul du côté droit. La malade n'entend rien, même quand on crie très-fort dans son oreille. Les yeux sont ouverts et semblent fixer quelque chose. Le pouls est plus fébrile; 88 pulsations.

Auscultation. — Côté droit, bourdonnement petit, profond, vague; petillement nul. Côté gauche, bourdonnement assez distinct; il disparaît; petillement petit.

Traitement. — Une purgation, et sangsues aux tempes.

Vers midi, le bourdonnement et le petillement nous ont donné les mêmes résultats.

Le soir, la fièvre est plus intense; 110 pulsations. La rougeur de la face n'a pas diminué; la respiration est devenue bruyante; la malade a fait dans son lit et elle ne remue que sa main gauche, avec laquelle elle semble quelquefois chercher quelque cbose. Le sentiment est nul du côté paralysé, et assez vague de l'autre côté.

Le thermomètre indique 36° sous l'aisselle de chaque côté.

Auscultation. — Côté droit, bourdonnement et petillement nuls; côté gauche, *ibid.*

Le 18 au matin, la respiration est devenue bruyante, et la figure a pris le caractère hippocratique; la malade sue. Le pouls est assez fréquent, 104 pulsations; il est plein. L'intelligence n'est pas revenue. La déglutition est difficile. Il sort continuellement du mucus par le nez et par la bouche. L'agonie s'est prolongée jusqu'à la nuit suivante.

L'auscultation dynamoscopique, faite trois fois dans cet intervalle de temps, n'a montré que les mêmes absences de bruits.

OBS. II. — M. C..., rue du Petit-Parc, à Passy, ancien sous-intendant militaire en retraite, perd connaissance le 9 juillet 1857, après avoir dîné, et tombe à terre. M. C... avait eu une attaque d'apoplexie cérébrale treize mois auparavant. Il avait eu une hémiplégie gauche qui s'était dissipée. Arrivé auprès du malade une demi-heure environ après l'accident, je le trouvai dans l'état suivant: il est couché sur le dos; la face est congestionnée, grimacée; la respiration est bruyante et le coma profond. Si l'on parle fort, il entend, car il indique le lieu où se trouve une clef dont on a besoin. Il y a des soubresauts très-violents dans les muscles du côté droit; le côté gauche est dans une résolution complète. La sensibilité paraît nulle des deux côtés, aux bras ainsi qu'aux membres inférieurs. Pouls à 95 pulsations, dicrote; il y a plus de mouvements du côté droit que du côté gauche.

Le thermomètre indique 30° à la voûte crânienne; 35 sous les aisselles des deux côtés.

Auscultation dynamoscopique. — Du côté droit, bourdonnement sourd, embarrassé, il baisse et disparaît. Petillement petit, très-fort et très-fréquent. Du côté gauche, bourdonnement petit, égal, continu, très faible.

Traitement. — 15 sangsues à l'anus; sinapismes aux membres inférieurs; tisane de chiendent miellée.

A neuf heures du soir, coma complet. On ne peut arracher une parole au malade. L'intelligence est complétement perdue; la respiration n'est pas embarrassée, mais on entend à chaque inspiration un ronflement très-fort; il n'y a plus de soubresauts dans les tendons. Le mouvement est perdu des deux côtés. Lorsqu'on a élevé le bras droit ou le bras gauche, ils retombent sur le lit comme des masses inertes. La sensibilité est également perdue; car on ne voit aucun signe de sensation se produire, à moins d'un pincement très-fort de la peau des mains, des avant-bras, des bras. Pouls à 110 pulsations, plein, non résistant. Le côté droit est moins embarrassé que le côté opposé.

Auscultation. — Côté droit, bourdonnement sourd, embarrassé, inégal, lent; il baisse et devient très-profond et très-rare; petillements très-rares. Côté gauche, bourdonnement et petillement presque nuls.

Traitement. — Purgation avec l'huile de ricin; lavement avec sulfate de soude.

Le 10 juillet, l'état n'a pas changé; le malade est resté dans la même position que la veille. Le coma est aussi profond; l'auscultation de la poitrine ne permet de constater aucun râle; les battements du cœur sont sourds, profonds; le pouls est petit et fréquent. Le mouvement et la sensibilité sont dans le même état que la veille; le malade est allé dans son lit sans s'en apercevoir. Il peut boire sans difficulté, mais il ne paraît pas le désirer, car il refuse la cuillerée qu'on lui présente. Pouls à 115 pulsations; il est encore fort et résistant.

Auscultation. — Côté droit, bourdonnement sourd, embarrassé, plus fort que celui du côté gauche; il est inégal et lent; petillements rares, avec le caractère que j'ai appelé *éteint*. Côté gauche, bourdonnement, petit, plus développé que la veille, éteint, faible, mais continu; petillement nul.

A dix beures du soir, il n'y a pas de mieux. La boisson est prise avec plus de difficulté; la respiration est plus fréquente et plus bruyante; quelques râles sibilants se font entendre à l'auscultation, le coma existe toujours, ainsi que l'absence d'intelligence, de sensibilité et de mouvement. Il y a eu quelques selles assez copieuses. Le pouls est devenu plus petit et plus irrégulier.

Auscultation. — Côté droit: bourdonnement presque nul; on l'entend mieux à certains moments; il est excessivement faible; petillement nul. Côté gauche: bourdonnement très-petit, aussi peu développé que de l'autre côté et souvent non entendu; petillement nul.

Le 11 juillet, M. C... est à l'agonie; respiration latente; figure décomposée; pouls complétement irrégulier; râles sibilants; ronflements et mucosités remplissant toute la poitrine. On s'attend à une mort prochaine, qui arrive en effet à deux heures de l'après-midi.

Auscultation. — Bourdonnement nul des deux côtés, ainsi que le petillement.

OBS. III. — Mme M...., cinquante-six ans, est d'une constitution assez délicate. Elle a eu quatre attaques d'apoplexie avec hémiplégie du côté gauche. Les autres maladies qu'a éprouvées Mme M... ont été sans gravité. Dans le moment actuel, elle éprouvait beaucoup de gêne pour marcher, et souvent sa tête paraissait être très-affaiblie; elle ne pouvait parler qu'avec la plus grande difficulté.

Le 6 septembre 1857, elle s'est levée comme à l'ordinaire et s'est occupée toute la journée. Ce n'est qu'après le dîner, vers six heures, qu'elle a éprouvé de la céphalalgie et que son langage est devenu diffus; à six beures et demie, elle perdait connaissauce complétement et était frappée d'une nouvelle attaque d'apoplexie. On vint me chercher, et lorsque j'arrivai, je la trouvai dans l'état suivant: Elle est couchée sur le dos; la peau est moite dans toute sa surface; toute la face est congestionnée; les yeux sont saillants et comme sortant de leur orbite; ils sont très-rouges; le pouls est assez fort et très-fréquent; le côté gauche offre volontiers du mouvement quand on pince la peau. La paralysie est complète du côté droit. La respiration est très-difficile; les sons sont très-mal articulés; la malade paraît ne pas entendre, et elle avale avec une très-grande difficulté. La percussion et l'auscultation donnent des signes négatifs. Il est impossible de voir la langue. Il y a des selles involontaires.

Le thermomètre indique 36° entre les cuisses et 37° sous l'aisselle des deux côtés.

Auscultation dynamoscopique. — Côté droit paralysé, bourdonnement assez net et distinct; il est tantôt fort, tantôt faible; mais il y a des intervalles très-longs de disparition. Côté gauche: bourdonnement le plus souvent vague, cacbé et nul.

Traitement. — Saignée de 500 grammes; sinapismes promenés sur les membres inférieurs; diète absolue; eau sucrée.

Le 7 au matin, les convulsions ont diminué après la saignée, mais elles ont continué jusqu'à trois heures du matin. Alors la malade a paru engourdie d'un sommeil comateux. Le pouls est plus faible, 108 pulsations. La malade ne paraît pas souffrir. La sensibilité est exagérée au côté gauche et nulle du côté droit. Elle ne donne aucun signe de connaissance. La déglutition est très-difficile; c'est à peine si la malade peut avaler quelques tasses de tisane.

Auscultation. — Bourdonnement affaibli des deux côtés; on ne l'entend presque plus aux extrémités digitales.

Le soir, les symptômes se sont aggravés encore, et la malade est insensible à tout; la figure se décompose. Le pouls est irrégulier et détraqué. Le bourdonnement n'existe plus aux doigts. J'ai pu alors faire une remarque que j'avais déjà faite chez une autre malade quelques beures avant la mort: c'est qu'en écoutant les deux régions latérales du crâne avec le dynamoscope, il existait un côté où le bourdonnement était plus fort que de l'autre côté, et de ce côté le bourdonnement était comme tremblotant.

La mort a lieu le 8 septembre, vers trois heures du matin.

OBS. IV. — Mme V..., âgée de soixante-cinq ans, est frappée d'une attaque d'apoplexie cérébrale le 23 août 1858, à quatre heures du soir.

Cette dame était venue de Bordeaux pour passer la saison d'été à Passy. En revenant d'une course à Paris, elle est prise subitement dans les Champs-Elysées de tournoiements de tête; les jambes semblent lui refuser le mouvement. Grâce à une amie qui l'accompagnait, elle a pu monter dans une voiture, et être ramenée chez elle à quatre heures du soir. Appelé à cinq heures, je trouvai Mme V... dans l'état suivant : elle est couchée sur le dos; la figure est rouge, tuméfiée, l'œil ouvert, et il est facile de se convaincre en approchant de très-près une allumette enflammée qu'elle n'y voit plus. La respiration ne paraît pas gênée. Je crie très-fort pour lui faire plusieurs questions; elle reste immobile et sans parole. En examinant le côté droit, je le trouve complétement privé de mouvement et de sentiment. Le côté gauche n'est pas paralysé. Ainsi elle remue sans cesse la main gauche, et la porte souvent à sa tête et à sa bouche. Lorsqu'on la pince, elle s'en aperçoit, et crie ou se retire brusquement. Elle n'a pas eu de selle. Le pouls est plein, fort; 75 pulsations.

Auscultation dynamoscopique. — Côté droit, bourdonnement et petillement nuls; côté gauche, bourdonnement et petillement nuls.

Traitement. — Saignée.

A dix heures du soir, même état.

Auscultation. — Bourdonnement et petillement nuls des deux côtés. A la tête, le bourdonnement et le petillement ne sont pas entendus.

Le 24, la malade reste plongée dans un coma profond. Rien ne la réveille, quelque bruit que l'on fasse. La saignée de la veille n'a rien produit; la malade semble plus affaissée; elle a beaucoup transpiré.

Le thermomètre indique 37° entre les cuisses et aux aines, 37 sous les aisselles, 32 à la voûte crânienne et 36 à la région épigastrique.

Auscultation. — Bourdonnement et petillement nuls des deux côtés.

J'ai visité quatre fois Mme V... dans la journée, et chaque fois l'auscultation dynamoscopique a été la même.

Traitement. — Sangsues et une purgation.

Le 25, les lavements purgatifs et la purgation ont amené des matières fécales abondantes. Aucun changement dans l'état antérieur; il y a eu une fréquence plus grande dans le pouls et plus de faiblesse. La malade est toujours dans un état comateux. Le côté droit n'est pas plus sensible et reste paralysé; elle peut continuellement remuer le côté gauche. Elle urine et va dans son lit.

Trois fois dans cette journée j'ai visité Mme V..., et trois fois à des heures bien différentes. J'ai toujours trouvé absence de bourdonnement et de petillement des deux côtés.

Le 26, à sept heures du matin, la malade meurt.

Auscultation deux heures après la mort. — Bourdonnement excessivement faible à la région précordiale. Il n'existait pas ailleurs.

De cette première catégorie d'observations, on peut déduire que lorsque dans l'hémorrhagie cérébrale la mort n'est pas instantanée, mais qu'elle suit de près le moment de l'attaque, depuis la première heure jusqu'au troisième, quatrième ou cinquième jour :

1° Le bourdonnement peut rester supprimé pendant tout le temps de la vie aux extrémités digitales et des deux côtés, soit du côté paralysé, soit du côté non paralysé.

2° Le bourdonnement peut exister par exception du côté paralysé et ne pas exister du côté non paralysé.

3° Le bourdonnement peut exister du côté paralysé et ne pas exister du côté non paralysé.

4° Enfin, le bourdonnement peut exister des deux côtés. Quelques heures avant la mort, ordinairement le bourdonnement se supprime complétement à l'extrémité des doigts. Les petillements sont rares, petits, éteints et souvent très-vagues.

5° L'auscultation, localisée à la tête, y montre un bourdonnement très-fort et normal. Il peut être plus fort d'un côté que de l'autre. Ce bourdonnement peut être plus fort en un point de la voûte crânienne.

DEUX CAS DE GANGRÈNE TRAUMATIQUE DITE MOMIFIANTE.

Présentés à la Société de chirurgie, dans la séance du 9 mars 1859.

M. Larrey, pendant son inspection médicale de 1858 en Algérie, avait vu, à l'hôpital militaire de Mascara, deux cas intéressants de gangrène traumatique, dont le médecin en chef, M. Durand, vient de lui transmettre les pièces anatomiques, avec les observations recueillies par M. Hémard, aide-major de 1re classe. C'est pour les ajouter aux faits de gangrène déjà communiqués par lui à la Société (1), que M. Larrey croit utile de présenter ceux-ci avec les membres momifiés, qu'il déposera au Musée du Val-de-Grâce. Voici les notes qu'il a reçues de M. Hémard :

Obs. I. — *Gangrène momifiante de la main et de l'avant-bras par suite d'un coup de feu.*

Nous ne pouvons détailler l'observation suivante autant que nous le voudrions, parce que nous n'avons pas été à même de voir le blessé qui en est l'objet, pendant les quinze premiers jours qui ont suivi son accident.

C'est à M. Thune, médecin de la colonisation, et à M. le médecin major Lecœur, que nous devons quelques renseignements sur le début de ce cas chirurgical exceptionnel.

Le 4 juin 1858, Brabim Ben Mohama, jardinier arabe, âgé de vint-cinq ans, d'une bonne constitution, appartenant à la race blanche, reçut à cinq pas environ un coup de fusil chargé à plomb n° 6.

La partie antérieure et inférieure de l'avant-bras gauche fut criblée par la charge.

Au dire des témoins et du blessé, le sang s'écoula abondamment en nappe pendant un quart d'heure; puis l'hémorrhagie s'arrêta sous l'influence de compresses imbibées d'eau vinaigrée, dont on recouvrit la blessure. Pendant huit jours on continua ce traitement, après quoi on fit appeler M. Thune, médecin de la colonisation.

(1) *Bulletins de la Société de chirurgie*, séances des 18 février, 24 avril et 28 décembre 1858.

Notre confrère nous dit qu'en entrant dans la case où était couché le blessé, il perçut une forte odeur de gangrène. On leva l'appareil, et une quantité considérable de pus s'écoula de la plaie. Au premier coup d'œil on constatait un gonflement de tout l'avant-bras. Des phlyctènes existaient à la face antérieure et à la face postérieure du poignet. La main était moins tuméfiée, mais elle avait déjà une teinte bistre très-remarquable. Déjà les doigts commençaient à être effilés, roides, et à prendre ce caractère de momification qui n'a fait que s'accroître depuis.

L'amputation fut considérée comme d'une nécessité immédiate, mais le malade ne voulut point s'y soumettre. Pendant huit jours encore personne ne vit cette plaie.

Le 18 juin seulement, Brabim demanda à entrer à l'hôpital. Voici ce que l'on constatait à cette époque : La main avait pris une coloration noire foncée. Les téguments étaient desséchés d'une manière notable, et résonnaient, lorsqu'on les percutait avec le doigt, comme l'aurait fait un corps inerte. Toutes les articulations des phalanges étaient dans un état complet de rigidité; celle du poignet l'était également, quoique d'une manière moins prononcée. La teinte noirâtre des téguments s'étendait jusqu'au quart inférieur de l'avant-bras. A la partie moyenne de ce dernier existait une dépression de toutes les parties molles, d'où s'échappait une quantité considérable de pus. Au tiers supérieur, une solution de continuité existait, à un point assez avancé pour permettre d'entrevoir le radius et le cubitus. Enfin, au-dessus de cet endroit, il existait une ligne circulaire, vermeille, qui établissait le point où devait commencer la restauration organique des tissus.

Il y avait une indication bien marquée de régulariser cette plaie, en amputant l'avant-bras. Le blessé n'y consentit pas encore cette fois, disant que sa main n'était pas morte, comme nous semblions le croire, puisqu'il percevait les sensations habituelles des doigts. On ne put le désabuser, et il fallut bien abandonner cette plaie au soin de la nature.

Pendant quinze jours la suppuration fut très-considérable, puis elle diminua, tout en devenant de bonne nature. Pendant ce temps, les parties mortifiées se desséchèrent, et les os se trouvèrent à nu, dans une étendue de près de 4 centimètres. Au-dessus de ce point, les tissus vivants étaient d'un rouge vif; les bourgeons charnus abondaient; la plaie était aussi belle que possible.

Les choses en étaient là, lorsque le 26 juin le blessé s'échappa de l'hôpital. Quatre jours après il reparut, et nous demanda spontanément à être amputé. Nous reconnûmes alors que le radius s'était fracturé la veille à la partie la plus supérieure du point où cet os était dénudé. Dès lors il n'y avait plus qu'à scier le cubitus, au niveau où les parties osseuses n'étaient plus recouvertes par les bourgeons charnus. C'est ce que nous fîmes. Puis nous réséquâmes l'extrémité du radius, qui s'était fracturé en bec de flûte.

Ce fragment était d'une ténuité extrême, produite aux dépens de la surface intérieure, et très-sûrement par le défaut de nutrition de l'extrémité inférieure de l'os.

Le cubitus, par contre, était dans un état normal. Dès le moment qui suivit l'opération, la cicatrisation marcha rapidement. Les extrémités osseuses furent recouvertes en peu de jours, et aujourd'hui, 15 février 1859, le moignon, quoique très-conique, est complétement cicatrisé.

Quant à l'avant bras, nous l'avons suspendu au soleil pendant quinze jours, pour achever sa dessiccation, et pour consolider, sans aucun moyen auxiliaire, sa momification naturelle.

Obs. II. — *Gangrène momifiante du doigt indicateur par suite d'une morsure de vipère.*

Achmed Tcheffer, indigène, dit charmeur de serpents, est entré à l'hôpital de Mascara le 6 août 1858, pour y être traité d'une plaie à la main gauche.

Il y a un mois, cet homme a été mordu à l'indicateur gauche par une vipère cornue. Voici les caractères de la lésion qui en est le résultat : les deux dernières phalanges de l'index sont noires, dures, desséchées, on peut dire momifiées. La première phalange est, à son extrémité inférieure, dans le même état que la précédente. En haut, elle est dénudée; entre ces deux points se trouve un détritus produit par la suppuration des parties molles. Lorsqu'on veut faire agir le doigt, le fléchir, par exemple, il se luxe. En examinant en quel état se trouve l'articulation métacarpo-phalangienne, on voit que le ligament latéral externe est détruit, ainsi que la partie externe du fibro-cartilage glénoïdien.

La main a subi une augmentation considérable de volume; elle est en ce moment empâtée sur toutes ses faces. Il n'y a aucun caractère inflammatoire appréciable.

En interrogeant le blessé, voici ce qu'il nous apprend. Il y a trois semaines, il a été mordu par une vipère à la partie moyenne de la première phalange de l'index gauche.

Connaissant les suites dangereuses de l'action du venin de ce reptile, Tcheffer porta immédiatement une petite corde le plus haut possible sur le doigt mordu, et le fit serrer très-énergiquement par son frère. Puis il appliqua une seconde ligature sur le poignet, avec un linge plié en cravate, et il garda le tout, sans y toucher, pendant trois jours.

Après ce temps, les deux ligatures furent enlevées. La main était alors très-gonflée, et, au dire de cet homme, le doigt mordu avait déjà pris la teinte noire que nous lui trouvions en ce moment.

La chirurgie n'avait que peu de chose à faire en ce cas. Le doigt étant luxé et porté à angle droit, fut enlevé avec de forts ciseaux, en détruisant dans un premier temps le ligament interne, et dans un deuxième la peau intra-digitale.

Il n'y eut qu'une hémorrhagie insignifiante. Le pansement consista dans l'application de quatre bandelettes de diachylon, qui rapprochèrent les lambeaux. La main fut entourée de compresses résolutives, et soutenue avec une planchette. Ce pansement fut renouvelé tous les deux jours jusqu'au 19 août, époque à laquelle le blessé sortit de l'hôpital complétement guéri.

Ici encore, comme dans le cas précédent, on voit une gangrène détruire les tissus à l'endroit où la cause mortifiante a exercé ses effets, et l'extrémité inférieure se dessécher et conserver pour toujours sa forme première.

Cette pièce pathologique, aussitôt après son ablation, a été exposée pendant huit jours au soleil pour achever la dessiccation de la partie moyenne de la première phalange; ce qui a eu lieu sans qu'on ait employé aucun autre moyen de conservation.

N. B. Le nom de charmeur se donne à certains indigènes qui, aux yeux de leurs coreligionnaires, ont reçu de Dieu le don d'être réfractaires à l'action du venin des reptiles. Les hommes qui exercent cette industrie se rendent sur les marchés, dans les endroits où il y a foule, et là ils exhibent tantôt des vipères communes, tantôt des vipères cornues, jouent avec ces reptiles, s'en font mordre l'avant-bras, quelquefois même le nez, et reçoivent de l'argent des spectateurs émerveillés.

Ces serpents ne sont pas privés de leurs crochets, comme on le croit généralement. Le sang coule de la plaie qu'ils font. Les pigeons, les poules qu'on leur fait mordre pendant la représentation, meurent presque instantanément. Il est donc probable que le secret des charmeurs consiste à faire mordre un certain nombre de fois différents objets ou animaux, pour épuiser l'action délétère du venin, avant de s'y exposer personnellement. Ne peut-on pas admettre aussi que l'organisme s'habitue à l'action affaiblie d'un venin, comme il est constaté qu'il arrive progressivement à tolérer certains poisons?

Dans le cas dont il s'agit, nous n'avons pu, malgré toutes nos questions, obtenir de Tcheffer la révélation des circonstances qui ont entouré son accident. Le charmeur était humilié d'avoir failli; il était par cela même très-peu communicatif, et s'est invariablement renfermé dans cette réponse : « Dieu l'a voulu ainsi. »

DE QUELQUES ESPÈCES DE RHUMATISMES PEU CONNUES, quoique fort communes, et de leur guérison par la faradisation.

Par M. Briquet.

Aujourd'hui que le médecin est à peu près maître d'enlever à son gré toutes les hyperesthésies des muscles, et qu'il est bien constaté que les rhumatismes de ces organes, à moins qu'ils ne soient très-aigus et qu'ils ne s'accompagnent de phénomènes inflammatoires très-prononcés, peuvent disparaître en un instant sous l'influence de l'électrisation localisée; aujourd'hui qu'il est également bien constaté que la douleur rhumatismale, quel que soit son degré d'ancienneté, peut être enlevée complétement en quelques minutes, il ne sera pas sans intérêt de revenir sur quelques espèces de rhumatismes, qu'à raison de leur ancienneté, et en quelque sorte de leur droit de domicile, on est dans l'usage d'abandonner à elles-mêmes, ou de ne combattre que par des moyens insignifiants.

Parmi ces espèces de rhumatismes, il en est deux sur lesquelles je me propose d'attirer l'attention des praticiens.

La première est une variété de la migraine qui a été présentée quelquefois sous le nom d'irisalgie. Il est des personnes qui sont sujettes à ce qu'elles appellent des migraines, ou qui sont fréquemment atteintes de douleurs vagues dans les muscles; quand ces personnes, habituées à une vie tranquille, sortent pour aller au grand air et s'exposer aux rayons du soleil, la vive lumière blesse leurs yeux, et pour se défendre contre cet éclat trop vif, elles froncent le sourcil, rapprochent les paupières, plissent la peau du front et mettent en contraction l'orbiculaire des paupières, le sourcilier et la portion antérieure de l'occipito-frontal; au bout de quelques instants de cette contraction permanente, un peu de malaise, puis bientôt de la douleur apparaissent dans ces muscles; cette douleur augmente, devient très-forte au-dessus de l'œil et au front, et se change bientôt en une migraine qui s'étend sur les deux côtés de la tête, soit, le plus souvent, au côté où l'œil est le plus sensible, et alors, si l'on presse avec le bout du doigt les divers muscles dont il vient d'être question, on y provoque une douleur assez vive : ce genre de migraine peut, comme tout autre, être assez douloureux pour amener des vomissements et pour forcer à garder le lit. Tout cet appareil de douleurs peut être enlevé à l'instant même; il suffit pour cela de faradiser les muscles douloureux à la pression. A cet effet, on se sert de l'appareil Morin et Legendre, et terminant les deux fils de l'appareil par des éponges, on fait passer les courants au travers des muscles, pendant quatre ou cinq minutes. Cette opération, qui est à peine douloureuse, suffit chez des sujets très-impressionnables ou chez qui la migraine n'est pas forte. Quand, au contraire, la douleur est très-vive, il faut faradiser la peau, pendant deux minutes au plus, à l'aide d'une éponge d'un côté, et du pinceau métallique d'un autre côté.

En agissant ainsi, on est certain d'enlever immédiatement la migraine; mais ce n'est pas tout, il faut prévenir la récidive; or on arrive à ce résultat en recommandant à la personne de porter, au moment où elle sort, des lunettes à verres bleus, verts ou de couleur de fumée, afin de modérer l'éclat de la lumière; il faut aussi que cette personne prenne bien garde de ne pas contracter les muscles qui entourent l'orbite; au bout d'une demi-heure de sortie, on peut retirer les lunettes, l'œil est habitué à la lumière et la migraine est évitée.

Cette espèce de rhumatisme est très-commune; bon nombre de dames ne peuvent sortir dans la ville pour aller faire des visites ou se promener à la campagne, sans avoir la migraine au bout de quelques heures; en pareil cas, le médecin pourra, quand elles le voudront, faire disparaître la douleur et leur rendre la liberté pour la journée; de plus, avec un bon conseil, il pourra les mettre à l'abri d'une souffrance qui, par sa fréquente répétition, devient un véritable fléau.

La seconde espèce de rhumatisme musculaire dont je veux parler intéresse aussi la tête; elle est fort commune, et elle est quelquefois considérée aussi comme une migraine.

Beaucoup de personnes lymphatiques, à peau blanche ou peu animée, sujettes aux douleurs rhumatismales, contractant fréquemment des coryzas, s'enrhumant assez facilement, très-sensibles au froid, ont, le matin en se levant, la tête lourde; une douleur sourde gêne les mouvements de leur cou; il leur semble qu'une calotte de plomb leur couvre la tête; si l'on presse le cou, les environs des oreilles, les tempes et le front, on fait naître une certaine douleur dans l'endroit pressé.

Ces malaises attristent, donnent de la mauvaise humeur, rendent incapables de mouvements, occasionnent de la répugnance pour toute espèce de travail, et préoccupent beaucoup les personnes qui en sont atteintes, parce qu'elles ne savent jamais si leur malaise se dissipera dans la journée, ou si au contraire elles sont destinées à souffrir longtemps. En effet, assez souvent les avages à l'eau fraîche et les soins que nécessite la toilette du matin enlèvent assez bien, quoique lentement, cet état de souffrance; mais souvent aussi cet état pénible dure toute la journée; il est même des sujets chez lesquels il est continuel, et pour lesquels la vie devient insupportable. J'ai vu des dames devenir tristes, moroses et en quelque sorte hypochondriaques sous l'influence de cette souffrance continue.

Rien n'est plus facile à faire cesser que cet état, qui dépend d'un simple rhumatisme des muscles du cou, car les douleurs de la tête n'en sont qu'une extension; il suffit de faradiser les muscles du cou, soit en faisant à l'aide des éponges passer le courant à travers les muscles si la douleur n'est pas trop forte, soit en agissant sur la peau à l'aide du pinceau métallique si le rhumatisme est intense ou s'il est tenace.

Comme cette espèce de rhumatisme cède assez facilement, ainsi que la première, il vaut mieux commencer par faradiser les muscles, opération qui est à peine douloureuse, et si l'on ne réussit pas, on arrive à faradiser la peau. Dans tous les cas, il ne faut jamais cesser l'électrisation que quand le patient ne sent plus ses douleurs. Mais il ne suffit pas d'enlever la souffrance, il faut encore en prévenir le retour.

La chose est d'autant plus importante que le rhumatisme reparaît tous les matins, et qu'on le retrouve en s'éveillant. La prophylactique de cette sorte d'infirmité est fort simple. Tous les rhumatisants qui ont des douleurs aux lombes savent que quand ils restent baissés quelque temps, le tronc à demi fléchi, ils éprouvent en se redressant une douleur assez vive, qui dure en proportion du temps qu'a duré la flexion du corps.

Dans cette circonstance, les muscles des lombes, tiraillés par l'extension forcée de leurs fibres, sont le siége de cette douleur. La même chose arrive aux muscles du cou, quand, pendant le sommeil de toute une nuit, les muscles de la partie postérieure de cette région sont tendus par le fait de la flexion de la tête sur le menton, position que donnent forcément les oreillers sur lesquels on se place.

Ces muscles ainsi tiraillés deviennent douloureux, et le matin en s'éveillant on se sent le cou tout endolori, surtout à l'endroit des attaches musculaires, derrière les oreilles et aux lignes courbes de l'occipital.

Pour parer à cela, une simple précaution suffit: il faut, en se mettant au lit, se placer une sorte de traversin sous le cou, ou s'arranger pour que l'oreiller, ne dépassant pas le haut du cou, emboîte bien cette partie et laisse la tête libre de se développer en arrière; de cette manière les muscles splénius, complexus, trapèze, ne sont plus tendus, et le matin la tête est libre et complétement exempte de ce gravedo si pénible.

Quand même ces deux affections dont je viens de parler seraient anciennes, cela n'entraverait en rien la guérison; il est remarquable de voir jusqu'à quel point on peut faire disparaître des douleurs très-anciennes. J'ai vu, entre autres, une douleur rhumatismale qui siégeait dans les muscles de la poitrine, et qui durait depuis douze ans, être enlevée complétement et sans retour par une seule faradisation; j'en ai vu d'autres qui avaient opiniâtrément résisté pendant longtemps à toutes sortes de médications, être radicalement enlevées en une seule séance. Enfin je puis assurer, d'après une expérience de plus d'une année, faite sur des centaines de personnes, que tout ce qu'i s'appelle douleur rhumatismale des muscles peut, dans la très-grande majorité des cas, être enlevé par la galvanisation; et ce qui paraîtra le plus extraordinaire, c'est que ce sont les rhumatismes les plus anciens, les plus fixes et les plus tenaces, qui sont habituellement le mieux et le plus radicalement enlevés.

M. Duchenne, en établissant l'électrisation localisée, a fourni aux médecins une arme à l'aide de laquelle ils pourront se rendre utiles dans nombre de cas où on ne les rappelait plus, et procurer à leurs malades une guérison instantanée, chose peu commune dans la pratique de la médecine. (*Bulletin de thérap.*)

FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE
à forme apoplectique.

Par M. le docteur Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

La fièvre intermittente pernicieuse affecte dans nos contrées plusieurs formes. Tantôt elle se montre avec des symptômes graves de pleuro-pneumonie; dans ce cas, elle prend le nom de pernicieuse pneumonique. D'autres fois, on observe des vomissements et un flux diarrhéique abondant. Ces phénomènes sont suivis de la faiblesse ou de l'absence du pouls, et de l'abaissement de la température animale: à cet ensemble de phénomènes, on donne le nom de fièvre pernicieuse cholériforme. Enfin, il est une troisième variété, la plus grave de toutes peut-être, parce qu'elle peut passer inaperçue, et que l'expectation est impossible: c'est la fièvre intermittente pernicieuse à forme apoplectique.

Dans ce dernier cas, la scène s'ouvre par des symptômes graves de congestion cérébrale, avec perte de l'intelligence et de la parole, et refroidissement des extrémités. Le malade tombe comme frappé d'un coup de massue. Il y a coma profond ou convulsions générales, respiration stertoreuse et altération des traits. Si un secours prompt et immédiat, un traitement antiphlogistique énergique, par exemple, ne vient pas conjurer la congestion cérébrale, cette dernière se transformera en apoplexie. L'hémorrhagie cérébrale donnera lieu alors aux phénomènes de paralysie, variables suivant le siége de l'épanchement sanguin cérébral. Dans le cas contraire, après une ou deux saignées faites coup sur coup, on constatera ordinairement l'absence de symptômes de paralysie, l'affection restant bornée seulement à une simple congestion cérébrale. Mais d'ordinaire, et pendant que les phénomènes congestionnels ont lieu, il se présente d'autres symptômes qui, quoique fugaces et difficiles à reconnaître, n'en existent pas moins. Ce sont des frissons irréguliers, des bâillements, des pandiculations, un malaise avec refroidissement général, une céphalalgie vive qui ajoutent encore à la gravité des symptômes de la congestion cérébrale, tout en donnant à cet ensemble symptomatique un cachet particulier, une physionomie toute spéciale. Le médecin témoin de cette scène peut de prime abord diagnostiquer une attaque d'apoplexie. Mais son examen ne doit pas s'arrêter à cette première donnée; il doit voir là autre chose qu'une congestion cérébrale, s'il existe depuis quelque semaines, dans le pays où il observe, une épidémie de fièvres intermittentes, et surtout si le malade, après le traitement antiphlogistique ordinaire, ne présente pas d'accidents de paralysie. S'il accuse des frissons erratiques et des bâillements, il doit se hâter de donner l'antipériodique par excellence, le sulfate de quinine à hautes doses, pour empêcher la réapparition, la répétition des mêmes accidents, parce que si le traitement dirigé contre l'apoplexie a empêché le développement de ses symptômes ordinaires, la fièvre pernicieuse se montrant de nouveau avec son effrayant cortége, emporterait rapidement le malade.

L'observation suivante se rapporte à un cas de ce genre qui peut être désigné sous le nom de fièvre intermittente pernicieuse à forme apoplectique.

Lacroix (Paul), né à Renung (Landes), âgé de 66 ans, fixé à Aire depuis longtemps, et atteint de bronchite chronique depuis trois ans, fut pris tout à coup, le mardi 26 octobre, à midi, et par un froid rigoureux, d'accidents congestionnels cérébraux graves. Ce vieillard tombe comme frappé par la foudre; il perd immédiatement l'usage de l'intelligence et de la parole. Je me trouvais à deux pas de son habitation. Cinq minutes après le début des accidents, je lui pratiquai avec beaucoup de peine une forte saignée du bras, car il se débattait tellement que trois hommes vigoureux pouvaient à peine maîtriser ses mouvements. En même temps, nous observons les symptômes suivants:

Refroidissement général, bâillements et tremblements fugaces; facies exprimant la souffrance; traits contractés. Légère déviation de la bouche; puis des convulsions générales se déclarent, suivies d'une courte rémission. Aux convulsions, qui ont duré vingt minutes, succède un coma assez profond. Il y a perte de la parole et de l'intelligence. Une première saignée du bras n'amène aucun résultat heureux. Le malade se trouve toujours plongé dans la prostration la plus complète. Il n'entend même pas notre voix qui l'appelle. Deux heures après, nous pratiquons une seconde saignée du bras moins forte que la première; puis des sinapismes sont appliqués aux membres inférieurs. Enfin nous conseillons l'administration d'une potion tonique, dans le cas où le malade se trouverait mieux.

Vers cinq heures du soir, et à ma troisième visite, Lacroix se trouve mieux. Il a d'abord recouvré l'intelligence trois heures après le début des accidents, et la parole cinq heures après. Il se plaint d'une céphalalgie frontale assez vive et d'une grande faiblesse. Le pouls est lent et fort, la chaleur de la peau vive; bâillements répétés; un peu de gêne de la parole. Du reste, il n'a nullement conscience de ce qui vient de se passer.

Enfin, vers neuf heures du soir, je revois le malade, qui accuse une grande chaleur, de la céphalalgie et point d'accidents de paralysie. L'absence de l'hémiplégie et la constatation des symptômes déjà signalés nous mettent sur la voie du diagnostic. C'était une fièvre pernicieuse à forme apoplectique qu'il fallait enrayer immédiatement. A cet effet, nous conseillons l'administration de quinze pilules de 10 centigrammes chacune, à prendre six dans la nuit et six le lendemain matin, l'accès, d'après nos prévisions, devant se reproduire vers midi.

Le mercredi 27, à la visite du matin, le malade, à part de la céphalalgie frontale et un certain état de prostration, se trouve assez bien. Le traitement se borne à l'administration de six pilules de sulfate de quinine. L'amélioration dure jusqu'à midi. A cette heure-là, qui correspond à celle du début de l'attaque de la veille, le malade éprouve du malaise, des bâillements, du délire, et ces symptômes durent à peu près pendant trois heures. Le calme revient dans la nuit, qui est assez bonne.

Le jeudi 28, nous administrons une bouteille d'eau de Sedlitz pour combattre des symptômes d'embarras gastrique qui s'étaient manifestés. A midi, l'accès se reproduit très-affaibli, et depuis ce moment la convalescence s'établit, après avoir pendant quelque temps continué l'usage du sulfate de quinine.

Rien d'insolite ne s'est présenté depuis cette époque. Trois semaines après le début des accidents, Lacroix est parfaitement rétabli.

Cette observation donne lieu à des considérations très-importantes sous le point de vue pratique. Et d'abord se présente la question du diagnostic différentiel, d'une part entre la congestion cérébrale simple et l'apoplexie, et de l'autre entre la congestion simple et celle compliquée de fièvre intermittente pernicieuse. Les caractères distinctifs qui servent à reconnaître ce dernier cas, quoique difficiles à distinguer dans certaines circonstances, sont néanmoins saisis et séparés par une analyse attentive et raisonnée. Dans les deux cas, le début est brusque, violent: perte de connaissance, coma ou convulsions, déviation de la bouche, pouls lent et fort pour la congestion cérébrale; refroidissement général, bâillements, pâleur de la face pour l'accès pernicieux, tels sont les symptômes graves du début qui paraissent simultanément. Plus tard, le diagnostic devient de plus en plus facile, si, au lieu des phénomènes paralytiques, on constate des frissons erratiques, des bâillements, et surtout la périodicité, qui fixera définitivement le médecin. Il s'empressera de la combattre ou mieux de la prévenir, si, par une observation attentive de l'affection essentielle et de sa complication, il a été assez heureux pour reconnaître les symptômes d'une fièvre pernicieuse apoplectique.

NOTE SUR LES DANGERS DES PAPIERS PEINTS AU VERT DE SCHEELE,

Par M. le docteur Paillon, de Sainte-Foy (Rhône).

J'ai donné lecture à la Société impériale de médecine de Lyon, dans sa séance du 21 février, d'un mémoire *sur le danger que présentent les papiers peints au vert de Scheele, non glacés, employés comme tenture des appartements*, et j'ai cité à l'appui de ma thèse plusieurs cas d'ophtbalmie et d'empoisonnement, recueillis dans ma pratique particulière, déterminés et entretenus par cette nouvelle cause de maladie. Mon travail est donc antérieur à la publication que la *Gazette des Hôpitaux* vient de faire sur le même sujet dans les numéros du 1er et du 8 de ce mois. Il est vrai que l'auteur de l'article fait remonter à plusieurs années les expériences suivies dans cette direction, en Allemagne, en Angleterre et en Suède; mais je ne sache pas qu'elles fussent connues en France, ou du moins que le résultat en ait été vulgarisé par les feuilles médicales de notre pays.

Ce qu'il y a de certain, et ce que je puis affirmer, c'est que, pour ma part, elles m'étaient complétement inconnues quand j'ai composé mon travail, et je puis ajouter que mes collègues de la Société de médecine de Lyon n'en avaient pas davantage connaissance, si j'en juge par le silence qu'ils ont gardé sur ce point dans la discussion qui a suivi ma communication.

L'Académie impériale de médecine de Paris pourra, d'ailleurs, se convaincre de ma sincérité par la lecture de mon mémoire, que je lui ai récemment transmis. Les membres de ce corps savant verront, en le parcourant, les diverses phases d'incertitude et de tâtonnements par lesquelles il m'a fallu passer avant d'arriver à préciser le véritable caractère et de déterminer nettement l'origine des deux faits morbides qui m'ont mis sur la voie de cette intéressante question de pathogénie.

Au reste, si je réclame l'insertion de cette note et des détails qu'elle contient, c'est moins en vue de revendiquer une priorité à laquelle, somme toute, j'attache une importance très-secondaire, que pour montrer, par des témoignages d'une irrécusable valeur, l'exactitude des résultats de mon observation personnelle et la justesse de l'interpétation dont ils ont été l'objet de ma part.

Je suis heureux de m'être rencontré sur ce point avec des praticiens tels que MM. Taylor, de Londres, Basedow, Hoffmann et Acherson, d'Allemagne, praticiens dont la sagacité est notoire et l'opinion justement considérée dans la science.

Les faits énoncés dans cette note venant confirmer de tous points les propositions émises dans le travail de notre collaborateur M. Beaugrand, nous n'avons qu'à signaler avec satisfaction cette concordance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets des 12 et 19 mars 1859, ont été nommés dans la Légion d'honneur:

Au grade d'officier, M. Buisson, chirurgien principal de la marine;

Au grade de chevalier, M. Vincent, médecin civil requis, chargé du service de santé au dépôt des prisonniers arabes de l'île Sainte-Marguerite.

— Par arrêté du 7 mars 1859, M. Munch est nommé aide de chimie, physique et pharmacie à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Broc, dont les fonctions triennales sont expirées.

— M. Sturne, officier de santé à Blendecques (Pas-de-Calais), auteur d'un opuscule sur l'angine couenneuse, contre laquelle il préconisait l'huile de croton tiglium en topique, fut appelé, il y a peu de jours, pour donner ses soins à une jeune fille de seize ans, affectée d'angine croupale; le danger était pressant. Ce médecin pratiqua la trachéotomie, mais ne s'étant pas pourvu de la canule, il la remplaça par un fragment de sonde en gomme élastique qui s'obstrua rapidement; pour dégorger ce tube, il appliqua sa bouche sur le bout externe de cette sonde, et il aspira avec force les mucosités qui asphyxiaient la malade. A peine de retour chez lui, M. Sturne ressentit les effets de l'inoculation de l'angine couenneuse. La maladie fit de très-rapides progrès, et deux jours après notre infortuné confrère succombait victime de son dévouement. Il laisse une veuve et deux enfants en bas âge.

(*Journal des connaissances médicales.*)

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Nº 35. — JEUDI 24 MARS 1859. (32ᵉ ANNÉE.) Nº 35. — JEUDI 24 MARS 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 MARS 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

A la suite d'un rapide résumé du travail de M. Huguier (numéro du 17 mars), nous avons émis l'opinion que dans cette œuvre, dont nous nous plaisions d'ailleurs à reconnaître le mérite, M. Huguier ne s'était pas assez défendu contre cette tendance trop commune à exagérer la valeur et les conséquences du fait que l'on croit avoir découvert, ou que l'on a contribué du moins à éclairer de quelques lumières nouvelles. Il nous était également difficile d'admettre, en effet, quelque dignes de foi que nous parussent les résultats de ses observations, que l'hypertrophie du col utérin eût été aussi universellement méconnue, et qu'elle fût aussi commune que l'affirmait M. Huguier. Aussi n'y avait-il pas un grand mérite prophétique à annoncer que ces propositions seraient certainement contestées.

M. Depaul, dans une argumentation aussi solide par le fond que convenable dans la forme, semble avoir pris à tâche de corroborer cette première impression par l'autorité de son jugement et de son expérience. Là où, faute de textes ou de faits précis à articuler, nous énoncions à l'improviste et sous forme dubitative, quelques-uns des motifs de notre résistance, M. Depaul, après une étude attentive du travail de M. Huguier, aidé d'ailleurs de ses souvenirs cliniques et de sa connaissance spéciale du sujet, a pu être beaucoup plus affirmatif et beaucoup plus explicite dans son opposition.

Les citations empruntées aux ouvrages de Boivin et Dugès, et à un mémoire beaucoup plus récent de M. Herpin (de Genève), en rétablissant dans toute sa vérité historique l'état des connaissances acquises sur l'allongement hypertrophique du col utérin, ne laissaient plus guère sur le terrain de la discussion que les questions relatives à la fréquence de cette affection, à son étiologie et à son traitement.

Trop de prétention à la précision est souvent nuisible en médecine. Que faut-il entendre par hypertrophie du col? où commence-t-elle? Si l'on qualifie telle tout prolongement du col au delà d'une limite convenue, et évaluable en centimètres et en millimètres, évidemment l'hypertrophie serait bien plus commune que ne l'admettent généralement les praticiens. Mais si, comme le veut le bon sens, on réserve cette qualification pour tout prolongement porté au point de devenir une cause notable de gêne, ou de déterminer des accidents morbides plus ou moins sérieux, il reste à démontrer que cette hypertrophie pathologique, la seule digne de ce nom, soit aussi fréquente que l'avance M. Huguier. Que s'il faut recourir à l'hystéromètre pour l'apprécier, c'est beaucoup trop pour un trop mince résultat; car une hypertrophie du col qui ne pourrait être diagnostiquée que par un pareil moyen pourrait être négligée sans beaucoup d'inconvénients sans doute; et l'on sait, d'un autre côté, si c'est toujours impunément que l'on manie cet instrument.

Mais il est une question bien autrement sérieuse que celles du diagnostic, de la fréquence et des rapports de l'hypertrophie avec les autres lésions de l'utérus; c'est la question du traitement: l'amputation du col! M. Depaul, pressé par le temps, n'a pu qu'à peine l'aborder, et le peu qu'il en a dit n'est pas fait pour atténuer nos préventions à cet égard.....

Mais nous n'avons pas l'intention de refaire ici, ni même de commenter ce substantiel discours, que nous nous sommes attaché à reproduire le plus fidèlement possible dans le compte rendu. Nous y renvoyons le lecteur, en l'ajournant à mardi prochain pour la suite de cette discussion. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

De l'ovarite.

L'ovarite se définit naturellement: l'inflammation de l'ovaire. C'est une question assez difficile à traiter, quoique cette affection soit très-fréquente; les auteurs l'ont fait toujours obscurément, en ce qu'ils n'ont jamais isolé l'ovarite des inflammations voisines. Cette affection s'accompagne, en effet, constamment de l'inflammation du tissu cellulaire environnant, du tissu cellulaire du ligament large, d'un phlegmon iliaque du même côté, plus rarement d'une métrite aiguë ou chronique; il en résulte que l'ovarite est presque toujours comme noyée dans une *cellulite*.

Des travaux très-nombreux ont été faits sur l'ovarite. En Angleterre, on compte ceux de Kruger, de Seymour et de Filt; en Allemagne, Clarus (1812); en France, Montault (1827), Mme Boivin et Dugès (1832), la thèse de M. Chéreau (1844); deux articles, l'un du *Compendium*, l'autre du *Guide du médecin praticien* par Valleix; enfin M. Moutard-Martin a lu sur l'ovarite (1854) un excellent travail.

Pour faire la description de l'ovarite, nous allons suivre l'ordre habituel, et commencer par traiter l'anatomie pathologique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il y a trois périodes à considérer: la congestion inflammatoire, la suppuration diffuse, la suppuration collectionnée ou formation des abcès.

a. *Congestion inflammatoire.* — Dans cette première période, l'ovaire est tuméfié, doublé et triplé de volume; sa membrane fibreuse extérieure est d'un rouge vif, distendue, luisante; l'ovaire pressé entre les doigts produit une sorte de crépitation. Si l'on y pratique une section, on trouve l'intérieur d'une rougeur très-vive; le tissu est ramolli, friable; on ne distingue plus les vésicules de Graaf: c'est une véritable diffusion sanguine.

b. *Suppuration diffuse.* — Dans cette seconde période, l'ovaire est le siége d'une suppuration dans toute son étendue; c'est une masse grisâtre, ramollie, diffluente; en un mot, c'est une désorganisation de l'ovaire. Dans d'autres cas, sur un tissu rouge, comme dans la première période, on voit disséminés des points de suppuration grisâtre.

Dans une variété décrite par M. Négrier, ces points grisâtres ne seraient autre chose que les vésicules de Graaf enflammées et remplies de pus.

c. *Suppuration collectionnée ou formation des abcès.* — Cette période est assez commune. Le pus se rassemble soit en un foyer unique, soit en plusieurs foyers. Souvent il y a une quantité de petits foyers qui tous sont isolés, sans communication aucune; d'autres fois, au contraire, tous ces foyers multiples communiquent, et ils finissent par se réunir pour n'en former qu'un seul. Quelquefois un seul abcès s'est formé d'emblée; alors le pus a détruit toute l'organisation de l'ovaire: il s'est formé une membrane pyogénique qui tapisse toute la face interne de la membrane fibreuse de l'ovaire, et cette membrane albumino-fibrineuse enkyste alors le pus.

Quand cet abcès est une fois formé, peut-il y avoir absorption des parties liquides du pus, et peut-il y avoir résorption? Il n'y en a pas d'exemple, bien que cela puisse arriver. Les parois de l'abcès contractent des adhérences avec les parties voisines, et ses modes de terminaison peuvent avoir lieu de la manière suivante:

1° L'abcès peut s'ouvrir dans le tissu cellulaire du ligament large qui l'entoure, et alors on a toutes les conséquences d'un phlegmon péri-utérin, très-difficile à isoler de l'ovarite.

2° L'abcès peut s'ouvrir dans l'abdomen; alors il survient une péritonite aiguë nécessairement mortelle.

3° L'abcès peut s'ouvrir à travers les parois abdominales extérieures, ce qui donne lieu à la formation d'une fistule ovarique dont la terminaison n'est jamais heureuse.

4° L'ouverture dans la cavité utérine peut se faire soit directement par une fistule, soit par l'intermédiaire de la trompe de Fallope.

5° L'ouverture peut se faire enfin dans le vagin, dans la vessie, dans l'intestin. M. Becquerel a observé un cas d'ouverture dans l'intestin chez une jeune femme de vingt et un ans; le pus s'écoula par l'anus; M. Becquerel crut un moment à la guérison; mais la suppuration ayant continué, la jeune femme succomba dans le marasme.

Tels sont tous les modes de terminaison de l'ovarite.

Etiologie. — Pour quelques médecins, l'étiologie de l'ovarite est d'une obscurité absolue. Suivant Valleix, à part l'accouchement récent, il n'existe aucune autre cause connue; pour beaucoup d'autres praticiens, les causes sont au contraire nombreuses.

Il est évident maintenant que l'ovarite se développe très-souvent à la suite de l'accouchement, surtout lorsqu'il survient une métrite aiguë, une métro-péritonite ou une inflammation des annexes de l'utérus. Pour s'en convaincre, il suffit d'avoir recours aux statistiques suivantes:

Sur 686 cas de métro-péritonite suite d'accouchement, Mme Boivin et Dugès ont noté 37 cas d'ovarite: mais ils n'ont observé que d'après leur diagnostic, sans avoir fait d'autopsie.

M. Robert Lee, au contraire, nous donne des cas autopsiés, et sur 56 cas de métro-péritonite il a trouvé 32 ovarites: la proportion est bien augmentée, comme on le voit.

Enfin M. Tonnelé, médecin distingué de Tours, sur 222 cas de métro-péritonite, a observé 58 cas d'ovarite.

Ces différents relevés statistiques suffisent pour démontrer l'évidence de l'influence de l'accouchement sur la production de l'ovarite.

On a bien indiqué d'autres causes: suppression brusque de la menstruation, chutes, coups sur l'abdomen, etc.; mais il ne faut leur donner aucune valeur, parce que ce sont là les causes de toutes les autres affections de l'utérus.

Récemment M. Charles Bernard, dans des recherches intitulées: *Rapports réciproques entre les troubles de la menstruation et l'ovarite*, qu'il a lues pour appuyer sa candidature à la Société des hôpitaux, a essayé de fonder la cause de l'ovarite sur les troubles de la menstruation, et il admet trois ordres de troubles: dysménorrhée, aménorrhée et métrorrhagie.

1° La dysménorrhée serait produite par des troubles constitutionnels, par une altération générale de la constitution, par les scrofules, par toutes les lésions anciennes du péritoine, de l'utérus et de ses annexes. De cette altération de la constitution découlerait une dysménorrhée qui aurait une tendance à produire l'ovarite, dont la marche serait subaiguë ou chronique. Evidemment il est difficile d'admettre une pareille conclusion. Pourquoi ne ferait-on pas aussi bien le même raisonnement pour toutes les autres affections de l'utérus?

2° L'aménorrhée serait produite surtout par deux grandes causes: émotions morales très-vives et refroidissement subit survenant pendant la menstruation, et l'ovarite s'ensuivrait; mais cette ovarite serait à l'état aigu. Il est aussi difficile d'admettre celle-ci que la précédente, parce que ces raisons ont été données pour toutes les maladies de l'utérus et de ses annexes.

3° Quant à la métrorrhagie, voici ce qu'en dit M. Bernard: chez certaines femmes, des émotions vives ou un refroidissement survenant brusquement au moment de l'apparition des règles peuvent les supprimer; mais quelques jours après il survient une métrorrhagie supplémentaire, et ce serait cette métrorrhagie qui produirait aussi une ovarite à l'état aigu. Il n'y a pas plus de raison d'admettre cette explication, que celle donnée par ce médecin pour l'aménorrhée et la dysménorrhée.

En fait de causes connues, il n'existe donc, à proprement parler, que l'accouchement et la métro-péritonite; s'il y en a d'autres, on les ignore encore.

Symptômes. — Pour bien étudier les symptômes de l'ovarite, nous allons la considérer dans son état le plus simple, isolée de toutes les inflammations qui pourraient l'accompagner.

Modes de début. — Le début est celui de toutes les phlegmasies; il n'a pas été étudié d'une manière particulière. Il existe deux modes de début: l'un aigu, qui se traduit par de la douleur, de la fièvre, une intensité plus grande des accidents; l'autre latent, qui se traduit à peine par quelques douleurs sourdes et vagues du côté de l'ovarite.

Les symptômes de la maladie confirmée sont de deux espèces:

Symptômes locaux. — Douleur. — Elle siége au point où se trouve l'organe malade; elle n'est jamais d'une intensité très-grande, pas assez violente pour arracher des cris aux malades. Elle s'irradie autour de l'ovaire enflammé et dans un rayon assez restreint: Valleix cite un cas où il l'a vue se propager à la cuisse du côté correspondant à l'ovarite, de manière à gêner les mouvements dans la marche. Elle augmente par la pression, par la palpation, par la percussion, par le toucher vaginal et le toucher rectal; les mouvements, les secousses, agissent dans le même sens. Cette douleur décroît enfin avec le temps de la maladie, et c'est au début qu'elle a le plus d'intensité.

Développement d'une tumeur. — Il faut rejeter l'ovarite compliquée d'un phlegmon des ligaments larges, car dans ce cas il est très-difficile de l'isoler. Dans l'ovarite sans complication, on trouve une tumeur mobile, du volume d'une grosse noix à celui

d'un œuf de poule; elle siége ordinairement au côté interne de la fosse iliaque, en arrière et un peu au-dessus du pubis. Elle s'accompagne d'une grande sensibilité : on constate son existence au moyen de la palpation du ventre, par la percussion qui peut beaucoup aider, enfin par le toucher vaginal et le toucher rectal.

Chaleur. — Plusieurs femmes accusent une chaleur âcre beaucoup plus intense que dans les autres inflammations de l'utérus.

Influence de l'ovarite sur la menstruation. — Elle a produit quelquefois de la dysménorrhée. M. Charles Bernard est allé plus loin. Suivant lui, les troubles fonctionnels (dysménorrhée, aménorrhée, métrorrhagie) qui ont produit l'ovarite, deviendraient les symptômes de cette affection. La dysménorrhée serait le symptôme d'une ovarite subaiguë ou chronique; l'aménorrhée serait le signe de l'ovarite aiguë; la métrorrhagie, enfin, se manifesterait chez des femmes atteintes d'ovarite qui seraient irritables et nerveuses.

Il faut faire aussi bon marché de ces idées sur les symptômes que de celles sur l'étiologie.

Symptômes généraux. — *Digestion.* — Les mêmes symptômes que ceux de toutes les phlegmasies : on observe quelquefois au début des vomissements et des nausées; la constipation opiniâtre qui se remarque se rencontre aussi dans toutes les autres inflammations des organes du bassin. C'est la même cause qui produit des envies fréquentes d'uriner avec une émission des plus pénibles.

Circulation. — Il y a de la fièvre plus ou moins intense, subordonnée à la présence d'un phlegmon du tissu cellulaire ambiant; on observe des frissons répétés à la période de suppuration : ils augmentent le soir et la nuit.

Système nerveux. — Les auteurs français n'ont rien constaté; mais, suivant Clarus en Allemagne, les membres inférieurs sont souvent agités par des convulsions; les malades leur impriment avec force des mouvements de flexion et d'extension; ce même auteur aurait observé des troubles de l'intelligence, et une espèce de délire érotique qui ressemblerait tout à fait à de la nymphomanie.

Marche. — Pour la marche et la durée, on a admis trois variétés : l'ovarite aiguë, que nous venons de décrire; l'ovarite subaiguë, la plus fréquente de toutes (d'après la *Clinique* de Lisfranc); enfin, l'ovarite chronique, qui existe probablement, mais dont jusqu'à présent les auteurs n'ont présenté aucune observation.

Terminaisons. — Il en existe de plusieurs sortes :

1° *Résolution.* — C'est la terminaison la plus fréquente et la plus habituelle de l'ovarite.

2° *Suppuration.* — C'est un mode assez fréquent. Sur sept cas d'ovarite aiguë observés par M. Becquerel, il s'est trouvé trois cas qui se sont terminés par suppuration. Cette terminaison est en général annoncée par des frissons plus ou moins prolongés, une fièvre intense, de la chaleur de la peau. La suppuration peut se terminer par résorption, mais cela est très-rare. Quand le pus s'est aggloméré et qu'un abcès s'est formé, il est nécessaire qu'il s'ouvre une issue par les voies que nous avons citées en parlant de l'anatomie pathologique.

Quand l'ouverture a lieu soit dans le tissu cellulaire du ligament large, soit dans l'abdomen, soit à l'extérieur des parois du ventre, c'est presque nécessairement un cas de mort; la guérison peut arriver, au contraire, quand cette ouverture se fait soit dans l'utérus, soit dans le vagin, la vessie ou l'intestin.

Diagnostic. — Le diagnostic est assez facile s'il n'y a pas de phlegmon péri-utérin, parce qu'il suffit de se rappeler tous les signes que nous avons donnés. Dans les cas où le phlegmon péri-utérin existe, il est presque impossible de faire la part de chaque affection.

Pronostic. — Il présente un certain degré de gravité.

Traitement. — Pour l'ovarite simple, isolée de toute complication, de toute inflammation concomitante, un traitement héroïque ce sont les émissions sanguines locales. Rarement il est besoin d'une légère saignée. Mais il faut des sangsues dont le nombre soit proportionné à la force de la maladie; il faut répéter les applications une, deux, trois et même quatre fois, jusqu'à ce qu'on soit maître de la maladie. Grands bains souvent renouvelés; interdire les bains de siége, qui portent à la congestion des organes. Purgatifs légers, qui peuvent favoriser l'ouverture de l'abcès dans l'intestin.

Dans une marche subaiguë, il faut employer les vésicatoires, que l'on répétera souvent.

Enfin, comme dernier conseil, s'il existe un abcès, il ne faut jamais l'ouvrir.

DU TRAITEMENT MÉDICAL

de l'angine couenneuse et du croup.

Par M. le Dr Constantin (de Contres).

Au moment où la question du croup occupe si vivement le corps médical, je viens raconter le résultat de mes observations.

J'ai suivi avec beaucoup d'intérêt tout ce qui a été écrit sur cette cruelle maladie depuis quelques années ; c'est surtout après les dernières discussions académiques que je me suis décidé à vous communiquer le résultat d'une expérience d'une quinzaine d'années, afin surtout de conserver à la pathologie interne ce qu'elle a le droit de revendiquer dans la première et la deuxième période de cette maladie ; ensuite de détruire l'opinion émise à l'hôpital d'administrer exclusivement l'ipécacuanha, et de condamner le tartre stibié comme ayant des effets désastreux.

J'ai employé le tartre stibié à très-haute dose depuis quinze ans sur des enfants de tout âge, je dirai presque avec audace, puisque je l'ai administré à des enfants de trois à quatre ans jusqu'à 9 grammes dans l'espace de trois ou quatre jours, et que j'ai obtenu la guérison sans aucune espèce d'accident.

J'ai, il est vrai, rencontré quelques légères éruptions stibiées peu nombreuses sur diverses parties du corps; cela est pour moi sans importance.

Chez un jeune enfant de cinq mois, j'ai vu succéder au croup une pneumonie qui a emporté le malade au huitième jour.

Toutes les fois que je suis arrivé à la première période du croup, j'en ai presque toujours triomphé en un ou deux jours.

Dans la deuxième période (dyspnée progressive, menace d'asphyxie et de suffocation), les accidents mettaient quatre ou cinq jours à disparaître. Comme il n'est pas toujours facile d'assigner les limites de la deuxième avec la troisième période (dite d'asphyxie et suffocation), j'ai tout lieu de croire que j'ai obtenu quelques guérisons à cette dernière période.

Il est une remarque que je ne puis passer sous silence, qui pour moi est d'une grande valeur, c'est que chaque fois que j'ai changé mon mode d'administration, j'ai été obligé d'y revenir, car je n'obtenais pas le même effet curatif, et plusieurs fois j'ai failli perdre mes malades.

J'ai soigné avec le même succès des enfants de un à deux ans, tandis que la trachéotomie réussit rarement dans la première et la deuxième année.

Je suis loin de m'élever contre la trachéotomie, que je regarde comme le moyen *in extremis*; mais je ne suis pas de l'avis de MM. Trousseau et de ses adeptes, qui veulent qu'on fasse l'opération vierge de traitement médical (1) ; je comprends que dans ce cas on obtienne plus de succès, mais si l'expérience vient confirmer les résultats que j'ai obtenus, de quel côté sera l'avantage d'un traitement médical que tout le monde pourra employer, et d'une opération qui ne pourra être faite que par un petit nombre de médecins, sans parler de l'espèce de supplice que cette opération fait éprouver aux malades; en cela, je partage l'opinion de MM. Malgaigne et Bouchut, de ne pratiquer la trachéotomie que lorsque le traitement médical n'aura pas apporté d'amélioration.

C'est surtout dans la première période que le tartre stibié est employé avec succès : il a presque toujours pour effet de changer la nature de l'inflammation et d'empêcher la deuxième période; c'est là qu'est le mérite, car il vaut mieux prévenir que guérir.

Le signe pathognomonique de la guérison du croup, c'est l'aphonie qui succède et persiste apres la guérison; j'ai vu un enfant de cinq ans qui a eu une aphonie complète et un strabisme convergent qui ont duré une année entière.

En 1828 j'eus à soigner, avec plusieurs de mes confrères, dans la commune de C..., petit village de Picardie, 12 cas de croup sans en guérir un seul. Chez un enfant à qui on ne put faire prendre que du sucre candi, j'eus l'idée de saupoudrer d'émétique tous les morceaux de sucre qu'on lui a donnés, il a vécu 4 jours, quand les autres enfants mouraient dans l'espace de 24 à 36 heures.

En 1832, dans une autre commune, nous eûmes la douleur de perdre 18 malades sans en sauver un seul, et depuis, jusqu'en 1843, j'ai soigné quelques cas isolés sans plus de succès.

En 1843 je fus appelé pour un enfant de trois ans, dans la commune que j'habite; après avoir employé tous les moyens conseillés par les auteurs, cet enfant mourut dans la nuit suivante.

Le surlendemain 18, je fus appelé pour la sœur de l'enfant qui était mort du croup; étant absent, et n'étant rentré que vers trois ou quatre heures de l'après-midi, je trouvai la mère en pleurs, me disant: Je vous attends depuis le matin pour ma petite, qui est bien plus mal que lorsque je suis venue vous chercher pour mon fils, que vous n'avez pu sauver ; c'est pour ma satisfaction que je vous prie de venir, car, dit-elle, il n'y a plus rien à faire.

Arrivé auprès de cette enfant, je la trouvai très-gravement malade : elle avait la face bouffie, couverte de sueur ; les lèvres livides, les yeux saillants, la toux rauque et bruyante; la tête était renversée en arrière, la respiration pénible, l'inspiration sonore, anxieuse; l'expiration prolongée, le pouls développé et très-fréquent; battements violents des carotides, quintes de toux, avec menace de suffocation. La malade était en proie à une grande anxiété; après chaque quinte, elle était abattue et fatiguée ; il y avait de l'aphouie; les amygdales étaient gonflées et couvertes de taches assez étendues et d'un blanc jaunâtre.

Enhardi par le succès que j'ai toujours obtenu dans les pneumonies, je me décidai à employer l'émétique uni à l'opium de la manière suivante :

Potion faite avec :

Emulsion simple	250	grammes,
Sirop de morphine.	60	—
Tartre stibié.	1	—

Mêlez. A prendre par demi-cuillerées, de demi-heure en demi-heure.

Dans l'intervalle, de l'eau et du sirop de gomme. Il était cinq heures lorsqu'on commença l'emploi de cette potion.

Je vis la malade à dix heures du soir : même état.

Le lendemain 19, à six heures du matin, il y avait peu de changement dans sa position. Je ferai remarquer que son frère était mort à cette heure-là.

A midi, nouvelle potion; la respiration était moins bruyante, il y avait un peu moins de suffocation; les matières des vomissements étaient épaisses et filantes ; je crus remarquer quelques petites parcelles de fausses membranes.

Le 20, à sept heures du matin, il y avait dans les vomissements des débris de fausses membranes très-distinctes; la tête n'était plus renversée en arrière, il y avait moins d'anxiété, la respiration était plus régulière et plus facile, le pouls avait repris de la force, il était moins fréquent, ainsi que la toux, qui était encore rauque; l'aphonie existait toujours.

A midi, nouvelle potion.

Le 21, il y a une grande amélioration, tous les symptômes disparaissent; la petite malade est très-fatiguée; on cesse la potion stibiée, croyant être en pleine convalescence, mais tout à coup, le 12, vers deux heures du matin, tous les accidents reparaissent avec la même intensité. On revint de suite à l'emploi de la potion, et on vit bientôt disparaître un à un tous les symptômes graves qui étaient survenus. On continua jusqu'au lendemain, et depuis la guérison ne s'est pas démentie.

J'ai été appelé deux jours après pour deux autres malades, mais étant arrivé au début, c'est-à-dire croup confirmé, ou première période, j'employai une potion moins forte :

Émulsion simple.	250 grammes.
Tartre stibié.	60 centigr.
Sirop de morphine.	50 grammes.

J'administrai cette potion de la même manière que la première, et les accidents disparurent, chez l'un en vingt-quatre heures, et chez l'autre en trente-six heures.

Ces résultats avaient frappé l'attention des habitants du pays; aussi, quelques jours après, je fus appelé par deux autres malades lorsqu'ils étaient déjà arrivés à la deuxième période : l'un guérit en quatre jours ; l'autre resta cinq jours dans le même état, et ce ne fut que le septième jour que je vis disparaître tous les symptômes. Il prit plus de 9 grammes d'émétique, car je fus obligé d'administrer la potion à 1 gramme, et il lui est resté un strabisme convergent et une aphonie qui ont duré une année entière.

Enfin, j'ai soigné un enfant de cinq mois : une pneumonie consécutive l'a emporté au huitième jour.

En somme, sur 9 malades dans cette petite épidémie, j'en ai guéri 7; le premier n'a pas été soumis au même traitement que les autres.

Appelé dans la commune de L ..., où déjà 18 malades avaient succombé au croup, j'ai soigné une jeune fille de trois ou quatre ans, arrivée vers la fin de la deuxième période. Il y avait suffocation, menace d'asphyxie ; la face était bouffie, d'une pâleur mortelle, et couverte d'une sueur froide; les lèvres étaient bleues; le pouls battait à plus de 150 pulsations; enfin cette jeune fille était dans un état qui me laissait peu d'espoir.

Je lui administrai la plus forte potion; je fus effrayé de l'effet qu'elle produisit; le pouls était tombé en très-peu de temps à moins de 50 pulsations. Je n'osais rester plus longtemps auprès de la malade; j'allai chez M. le curé du pays, où je restai jusqu'au lendemain matin. Arrivés ensemble chez la malade, nous trouvâmes dans les matières des vomissements comme de petites limaces d'un gris jaunâtre, qui n'étaient que des plaques de fausses membranes; il y en avait un assez grand nombre. Ces plaques étaient très-épaisses et de la grandeur de 3 ou 4 centimètres. Elle n'entra en convalescence que le cinquième jour.

J'ai également soigné deux autres enfants dans cette commune, l'un à la deuxième période et l'autre à la première. Le premier a mis quatre jours à guérir, et le deuxième trente-six heures.

J'ai été appelé dans la commune de D... pour une petite fille de quatre ou cinq ans; il était mort quelques jours auparavant un petit garçon du même âge (du croup) : je n'avais pas vu cet enfant.

Cette petite fille était très-gravement malade, j'employai la potion stibiée par cuillerées à café de quart d'heure en quart d'heure. N'obtenant pas de vomissements et voyant les symptômes s'aggraver, je fus obligé de changer et de donner la potion par demi-cuillerées à bouche, de demi-heure en demi-heure. Après ce nouveau mode d'administration, les choses ont changé un peu de face, et ce n'est qu'après un traitement de cinq jours que j'ai vu arriver la guérison.

Ma potion se modifie de la manière suivante :

Potion n° 1.

Émulsion simple.	250 grammes.
Poudre de morphine.	60 —
Émétique.	1 —

Potion n° 2.

Émulsion simple.	250 grammes.
Poudre de morphine.	52 —
Émétique.	80 centigr.

Potion n° 3.

Émulsion simple.	250 grammes.
Poudre de morphine.	45 —
Émétique.	60 centigr.

De sorte que j'emploie l'une ou l'autre de ces potions selon que je la crois nécessaire.

Il serait inutile de rapporter un plus grand nombre de faits; seulement j'affirme avoir traité 53 cas de croup bien confirmé, la moitié au moins appartenant à la deuxième période, sur lesquels j'ai obtenu 46 guérisons. De ce nombre, j'ai la conviction d'avoir guéri quelques cas arrivés à la troisième période.

Il est une remarque, c'est que chez les sept malades qui ont succombé, le tartre stibié a produit très-peu de vomissements, ce qui est pour moi le signe d'une altération profonde de l'action nerveuse caractérisant l'anesthésie diphthéritique.

---

(1) L'interprétation que l'auteur donne ici de l'opinion énoncée par M. Trousseau à l'Académie n'est pas tout à fait exacte. M. Trousseau a constaté ce fait que la trachéotomie avait d'autant plus de chances de réussir que le malade était vierge de traitement ; mais il n'en a pas conclu qu'on ne dût pas tenter un traitement médical avant de recourir à l'opération. (*Note de la rédaction.*)

ACCIDENTS DÉTERMINÉS

par l'action de la lumière électrique,

Par M. Charcot.

Le 14 février dernier, deux chimistes distingués se réunirent pour faire des expériences sur la fusion et la vitrification de certaines substances par l'action de la pile électrique. Ils se servirent d'une machine de Bunsen, forte de 120 éléments et dépourvue de ses manchons de verre. Les expériences durèrent environ une heure et demie; mais, dans cet espace de temps, l'action de la pile dut être fréquemment interrompue, et celle-ci ne fonctionna pas, en tout, plus de vingt minutes. A la distance où les expérimentateurs étaient du foyer (50 centimètres), ils ne pouvaient être et n'étaient pas sensibles à l'élévation de température. Néanmoins, le soir même et pendant toute la nuit, ils éprouvèrent dans les yeux une très-grande fatigue, et virent presque continuellement des éclairs et des étincelles colorées.

Le lendemain, ils portaient l'un et l'autre à la face un érythème de couleur pourpre, avec sentiment de gêne et de tension. Chez M. F..., dont le côté droit de la face était exposé au foyer lumineux, la rougeur occupait tout ce côté, depuis la racine des cheveux jusqu'au menton, et les étincelles ne s'étaient montrées que devant l'œil droit. Chez M. M..., qui s'était tenu la tête baissée, et dont la face proprement dite avait été protégée contre le foyer par le front, celui-ci était seul envahi par l'érythème. Sur l'un comme sur l'autre expérimentateur, l'aspect de la peau dans les endroits atteints était exactement celui d'un *coup de soleil*. Une légère desquamation s'établit au bout de quatre jours et dura cinq ou six jours.

Cet effet de la lumière électrique est des plus curieux, et la pathologie peut y trouver la raison du vrai *coup de soleil*. Tout le monde sait que certaines personnes contractent ce genre d'érythème sans avoir réellement subi l'insolation, et seulement pour s'être promenées au grand air par un jour plus ou moins chaud. La chaleur même n'est pas une condition nécessaire pour la production de la maladie; car il y a telle peau délicate qui subit cette influence dès le printemps, même sous un ciel couvert. C'est là un fait entièrement analogue à celui que nous venons de raconter. Tous deux concourent à démontrer que, dans le rayonnement de la lumière, ce ne sont pas les rayons calorifères qui attaquent la peau. Qu'est-ce donc? Sont-ce les rayons éclairants? Non; ou, du moins, l'intensité de la lumière ne joue en ceci qu'un rôle secondaire. En effet, dans les expériences où M. Foucault est parvenu, en attelant les unes aux autres des machines de Rhumkorff, à produire des étincelles dont la longueur croît avec le nombre des bobines, et où il a pu, au moyen d'un interrupteur à double effet, doubler le nombre de ces étincelles sans diminuer leur énergie, il a été atteint de maux de tête, de troubles de la vue, d'érythème, bien que la lumière fût moins intense que celle de la flamme d'une lampe d'émailleur.

M. Despretz a constaté aussi, à ses dépens, que la lumière de 100 couples de Bunsen détermine des maux d'yeux, et que celle de 600 couples produit l'érythème presque instantanément. Restent les rayons dits *chimiques*, qui ont la propriété de déterminer la combinaison du chlore avec l'hydrogène, et de décomposer le chlorure d'argent. C'est cet ordre de rayons qui paraît être l'agent principal, essentiel, des accidents. Il suffit, en effet, pour préserver les yeux et le visage, de faire passer la lumière électrique à travers un verre d'urane, qui retient une grande partie des rayons chimiques; et si M. Foucault a eu le désagréable privilége d'être la première victime du coup de soleil électrique, c'est que le premier il a supprimé l'œuf de verre dans ses expériences. L'action si rapide et si énergique de la lumière électrique se comprend d'autant mieux que les rayons chimiques y sont, comme on sait, plus abondants que dans la lumière solaire.

(*Gazette hebdomadaire*).

ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE PURULENT.

Opération, injection iodée, guérison.

Par M. le docteur Boullet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Sully (Loiret).

Le 26 mars 1858, je fus appelé chez le sieur Tiburce, commune de Bonnée. C'est un homme de trente-cinq ans, d'une bonne constitution. Le début de la maladie remonte à un mois.

A la suite d'une course qui l'avait mis en sueur, il a éprouvé un refroidissement; quelques jours après il a été pris de frisson, puis de fièvre. Cette fièvre n'a pas tardé à être accompagnée de toux et de gêne considérable, avec oppression dans le côté droit. Aucune médication directe n'a été opposée à ces premiers accidents. Lorsque je fus appelé par le malade, l'officier de santé qui le soignait le croyait atteint d'une affection typhoïde.

Je trouve le malade dans son lit, se tenant sur son séant; il ne peut rester couché, surtout du côté gauche. Le pouls est à 140, l'amaigrissement est considérable. Il a le teint pâle et terreux qui accompagne la fièvre hectique; il tousse sans expectoration; la respiration est courte. Il n'y a aucune infiltration des membres.

A la percussion, le côté gauche est complétement sonore; le côté droit est, au contraire, d'une matité complète dans toute son étendue, excepté au sommet, en arrière comme en avant, et cela dans le tiers supérieur.

L'auscultation constate dans toute l'étendue du poumon gauche une respiration presque puérile; à droite, on ne peut constater de bruit respiratoire qu'au sommet et surtout en avant, où on l'entend encore distinctement jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessous de la clavicule.

Le cœur, pas plus que le foie, n'offre de déplacement notable.

J'avais donc là un épanchement dans la plèvre droite, probablement limité en haut et surtout à la partie antérieure par des adhérences.

Mais de quelle nature était ce liquide? La date de l'épanchement et divers signes annonçant la présence du pus dans un point de l'économie ne pouvaient me faire hésiter longtemps.

L'opération me parut dès lors une ressource presque nécessaire. J'en avertis le malade tout en instituant un traitement énergique, pour arriver à la résorption si elle était possible.

J'obtins presque de suite un effet évident. Le pouls devint moins fréquent, et l'épanchement diminua, car je parvins à entendre un léger bruit respiratoire au-dessous de l'omoplate et dans l'aisselle.

Mais mon malade allait toujours s'affaiblissant, miné de plus en plus par la fièvre hectique. Trois semaines donc après ma première visite je proposai l'opération; n'ayant pu l'y décider, je revins à la charge huit jours plus tard, accompagné de mon confrère le docteur Boyer, de Lorris, qui, joignant son autorité à la mienne, m'aida à décider le malade et m'assista dans l'opération, qu'il avait, comme moi, reconnue indispensable.

Je pratiquai donc la thoracentèse le 27 avril, un mois après ma premièce visite. En retirant le trocart, je vis s'écouler de ma canule un pus jaunâtre, homogène, sans odeur, mais tellement épais qu'il ne sortait de la canule que goutte à goutte. Je fis injecter de l'eau tiède pour l'étendre. Il revint bientôt après quelques quintes de toux qui aidèrent l'écoulement, lequel fut alors facile et abondant. Comme il était mélangé avec l'eau injectée, je ne pus le mesurer exactement, mais il m'a semblé en avoir retiré au moins deux litres.

Quand l'écoulement fut arrivé à sa fin, je fis des injections d'eau tiède répétées, jusqu'à ce que cette eau revînt sinon limpide, au moins très-peu chargée de matières purulentes. Alors, par une dernière injection, j'introduisis dans la plèvre une solution composée de :

Eau distillée.	50 grammes.
Teinture d'iode.	50 —
Iodure de potassium.	10 —

Lorsque j'eus retiré ma canule, bien que les deux ouvertures ne fussent plus parallèles, il s'écoula encore un peu de pus coloré par l'injection.

Ainsi, sauf une ou deux cuillerées à café, les 110 grammes de l'injection iodée restèrent dans la plèvre sans y déterminer aucun accident inflammatoire ou autre. Seulement l'absorption de l'iode m'a paru plus lente que de coutume. En effet, tandis que je l'avais vu apparaître dans la salive quelques minutes après l'injection, à la suite d'une ponction de tumeur de l'ovaire, ici ce fut le deuxième jour seulement que le malade accusa la saveur caractéristique dans la bouche.

Un bien-être remarquable suivit l'opération. Nous pûmes constater que le poumon n'avait pas été gêné dans son expansion : le bruit respiratoire s'entendait partout très-distinctement et presque aussi fort que du côté sain.

L'ouverture donna pendant plusieurs semaines passage à un écoulement presque continuel de pus qui n'accusa jamais la présence de l'iode. Quelquefois l'ouverture interne se bouchait, et il se formait alors une tumeur purulente sous-cutanée, que je faisais disparaître en rétablissant le petit orifice. Cet écoulement de pus se maintint jusqu'au 15 juin, c'est-à-dire pendant près de six semaines.

Mais la nature était venue à mon aide d'un autre côté. Le 14 mai, dans un de ces moments où l'ouverture cutanée s'était formée spontanément, le malade avait eu une *vomique*.

A partir de ce jour, le pus avait deux issues : la plaie et les bronches; et lorsque le 15 juin la plaie cessa d'en fournir, les bronches continuèrent à donner passage au pus jusqu'à la fin d'août, époque à laquelle le malade vint m'annoncer tout joyeux qu'il avait été complétement débarrassé de sa toux et de ses expectorations purulentes, à la suite d'une ribotte.

Depuis le jour de l'opération la fièvre avait été en diminuant : l'appétit et les forces étaient revenus. L'embonpoint avait suivi, et à la fin et même au milieu de septembre le malade commençait à reprendre ses travaux.

Le bruit respiratoire s'entendait dans tout le côté malade, mais il était toujours un peu plus obscur que du côté opposé; la poitrine était sensiblement diminuée de capacité, et l'épaule même abaissée.

DE L'AGLOBULIE.

Par M. le docteur Emile Marchand, de Sainte-Foy (Gironde).

M. le docteur Emile Marchand, à l'occasion de la question de la surexcitation nerveuse et de la chloro-anémie récemment discutée à l'Académie de médecine, nous transmet, avec prière de les reproduire, les conclusions suivantes d'un Mémoire sur l'hystérie qu'il a adressé à l'Académie en 1844 :

J'appelle *aglobulie* la diminution des globules du sang, par opposition au mot *polyglobulie*, qui représente l'augmentation des globules, la pléthore.

L'aglobulie est une maladie très-commune.

L'aglobulie se traduit toujours à l'extérieur par des troubles dans le système nerveux.

Les troubles du système nerveux sont d'autant plus graves, en général, que l'aglobulie est plus prononcée.

Les manifestations morbides produites par l'aglobulie affectent le système nerveux de la vie volontaire, et le système nerveux de la vie végétative. Aux premières se rattachent les convulsions, les paralysies, les léthargies hystériques; l'aphonie hystérique, l'asthme hystérique; les troubles des organes des sens que l'on appelle nerveux (certaines amblyopies, certaines amauroses, les sifflements d'oreilles, etc.). Aux secondes se rattachent les névroses, les phénomènes chlorotiques, les palpitations nerveuses du cœur et des gros vaisseaux, les bruits vasculaires, la diminution de la calorification, certains troubles des fonctions utérines, etc.

En général, les maladies appelées *nerveuses* dépendent de l'aglobulie, ou coïncident toujours avec elle.

L'aglobulie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

La plupart des femmes ont un léger degré d'aglobulie, ce qui rend compte de leur susceptibilité nerveuse, etc.

Les femmes ont moins de globules que les hommes; elles sont plus sujettes aux troubles nerveux. Cette diminution doit être attribuée à leur hémorrhagie périodique, car toute hémorrhagie diminue les globules.

Les règles ont donc pour usage, entre autres, de produire chez la femme la susceptibilité nerveuse qui la caractérise.

Les phénomènes nerveux de la grossesse dépendent de la diminution des globules.

Il est d'observation que les maladies nerveuses tendent à disparaître après l'âge critique. A cette époque de la vie, les globules tendent à augmenter par suite de la cessation des règles.

Les femmes supportent mal les saignées et la diète, parce que ces moyens diminuent les globules et augmentent la surexcitation nerveuse.

L'hystérie est l'aglobulie des femmes de vingt-cinq à cinquante ans; la chlorose est l'aglobulie des jeunes filles et des jeunes gens; l'hypochondrie est l'aglobulie des hommes faits.

La diète trop longtemps prolongée, les émissions sanguines trop fréquentes, amènent l'aglobulie, et par suite la surexcitation nerveuse.

Les antispasmodiques peuvent calmer la surexcitation nerveuse, mais ils ne la guérissent jamais. Pour obtenir une guérison radicale, il faut remonter les globules à leur chiffre normal.

La *polyglobulie* émousse la sensibilité nerveuse et conduit à l'*apathie*.

Les polyglobuliques ont des maladies qui leur sont particulières : la goutte, la gravelle, les hémorrhagies cérébrales, etc.

En résumé, les manifestations fonctionnelles du système sanguin et les manifestations fonctionnelles du système nerveux, *sont en raison inverse*.

Voilà ce que j'écrivais en 1844, et je suis très-flatté de voir qu'en 1859 cette doctrine paraît avoir fait son chemin; encore quelques années, et tous les praticiens reconnaîtront que l'aglobulie est la lésion organique qui produit la surexcitation nerveuse dans le plus grand nombre des cas.

Proposition. — La surexcitation nerveuse chez une personne qui a plus de 130 pour mille en globules, a pour cause une lésion du solide, et le pronostic est très-grave.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 mars 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans le département du Loiret. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Meucourt (de Verdun) et Parise (de Lille), qui sollicitent le titre de membre correspondant;

2° Une note de M. le docteur Affre (de Biarritz), sur l'allongement du col utérin;

3° Un mémoire de M. le docteur Valat (de Montpellier), sur le cancer des dents (commissaires, MM. Barth et Oudet);

4° Une note de M. Delabarre, sur un nouveau mode d'administration du chloroforme, consistant à faire fumer les vapeurs anesthésiques dans un chibouk, au lieu de les administrer sur des éponges ou dans des appareils qui ne permettent pas d'apprécier exactement les doses absorbées dans chaque aspiration (l'auteur ne demande pas de commissaires);

5° Une lettre de M. le professeur Bouisson (de Montpellier), qui remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant membre associé national.

6° Une lettre de M. Boutigny (d'Evreux), qui demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé le 28 septembre dernier.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture du contenu de ce pli, qui renferme la formule d'un vin anti-lymphatique.

Suc de grande capucine. . . . }	Parties égales.
Alcool fin à 36°. . . . . }	
Du mélange ci-dessus. . . .	50 grammes.
Quinquina gris concassé. . . .	25 —

Phosphate de chaux provenant de la décomposition de 1 gramme de chlorure de calcium dissous dans l'eau et versé goutte à goutte dans une dissolution de 1 gramme 50 de phosphate neutre de soude.

Ecorce d'oranges amères. . . .	2 grammes.
Vin blanc de Bordeaux. . . .	1 litre.

Faites macérer pendant huit jours, en agitant fréquemment, puis filtrez.

La note renferme les détails des procédés chimiques à l'aide desquels on obtient le phosphate de chaux qui entre dans cette formule. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. Roche dépose sur le bureau, au nom de M. Beaugrand, bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine, une brochure intitulée : *Des différentes sortes d'accidents causés par les verts arsenicaux employés dans l'industrie*. (Mémoire inséré dans les numéros des 1er et 8 mars de la *Gazette des Hôpitaux*.) C'est, dit M. Roche, l'historique le plus complet des accidents causés par les diverses préparations arsenicales connues sous les noms de *vert de Scheele*, *vert de Schweinfurt*, etc., dont on se sert pour la confection des papiers peints, des fleurs artificielles, et de diverses autres industries semblables. Ce travail se recommande d'ailleurs par le nom de son auteur, dont on connaît le mérite et l'érudition.

— M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Lassaigne, professeur de chimie à l'École d'Alfort et membre correspondant de la Compagnie.

— L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination des commissions de prix pour l'année 1859. Pendant qu'on fait circuler les urnes pour recueillir les votes, M. le président donne la parole à M. De-

·paul, inscrit le premier pour la discussion sur le travail de M. Huguier.

M. DEPAUL. Messieurs, ce n'était pas sans raison que j'exprimais dernièrement la difficulté qu'il y aurait à entamer de suite une discussion sur le très-intéressant travail de notre collègue M. Huguier. Ce mémoire n'a pas moins de trois cents pages in-folio, et depuis la semaine dernière je me suis imposé la tâche laborieuse de le relire, de le méditer; malheureusement, malgré tout mon bon vouloir, je n'ai pu réussir à l'étudier scrupuleusement dans toutes ses parties. Cependant, je crois en avoir pris suffisamment connaissance pour pouvoir présenter à son auteur quelques observations qu'on ne trouvera peut-être pas dénuées de fondement.

D'ailleurs, M. Huguier lui-même a proclamé l'utilité d'une discussion; il a reconnu qu'il était nécessaire que son mémoire subît l'épreuve d'un débat académique. « Quand des opinions nouvelles, dit-il en commençant, sont émises dans la science avec la prétention de remplacer celles qui règnent depuis des siècles, c'est au grand jour qu'elles doivent se produire, c'est au sein des sociétés savantes qu'elles doivent être discutées; c'est pourquoi je viens soumettre à votre jugement un travail où je professe des idées entièrement neuves sur certaines lésions de la matrice. »

Nul plus que moi ne se plaît à rendre justice au zèle scientifique de M. Huguier, aux éminents services qu'il a rendus à la chirurgie; nul n'apprécie mieux la valeur des travaux dont il a enrichi l'art, et en particulier les qualités sérieuses qui distinguent son dernier mémoire; mais je dois déclarer que j'y ai découvert aussi certaines exagérations, sur lesquelles je demande à l'Académie la permission de présenter quelques remarques.

Je dois d'abord bien préciser la nature et la portée du travail que je viens discuter.

M. Huguier a lu deux mémoires en quelque sorte distincts. Dans le premier, il a décrit l'allongement hypertrophique de la portion *sous-vaginale* (que j'aimerais mieux nommer *intra-vaginale*) du col utérin; dans le second, il a traité de l'allongement hypertrophique de la portion *sus-vaginale*. C'est là une distinction très-importante, fondamentale, dont je reconnais toute l'utilité pratique. Enfin notre collègue a eu soin de nous dire qu'il voulait, dans l'un comme dans l'autre cas, ne s'occuper que de l'hypertrophie verticale, laissant de côté les engorgements partiels du corps utérin, qu'il admet cependant, et avec raison, contrairement à certains auteurs, qui les ont niés bien à tort dans des publications récentes.

Cela posé, suivons M. Huguier dans les sentiers où il s'engage, et discutons successivement les questions qui se rattachent à l'allongement hypertrophique des portions sous et sus-vaginales du col de la matrice.

Je m'occuperai d'abord de l'hypertrophie de la portion intra-vaginale, abstraction faite de l'abaissement ou de la chute de l'utérus.

Notre honorable collègue a débuté par un reproche qui m'a vivement touché, et qui a dû causer aussi quelque émotion parmi les praticiens éminents qui peuplent cette enceinte. Il a dit que la plupart des chirurgiens distingués se contentaient de regarder à la vulve, et qu'en y voyant le museau de tanche, ils déclaraient qu'ils avaient affaire à un prolapsus utérin. C'est une erreur! Ceux qui procèdent ainsi ne sont point des chirurgiens distingués, ce sont des médecins ignorants, et qui sont étrangers aux notions les plus élémentaires du diagnostic. Mais ce n'est pas de la sorte qu'ont coutume de procéder les chefs de service de nos hôpitaux; ce n'est pas ainsi que font nos maîtres et qu'ils nous ont appris à faire. En voyant apparaître à la vulve le museau de tanche, nous ne nous croyons pas plus autorisés à conclure *de visu* à une descente de matrice, que de conclure à une présentation de l'épaule, lorsque la main de l'enfant se montre hors du bassin.

Le reproche de M. Huguier n'est point fondé, et notre honorable collègue ne l'aurait assurément pas formulé, s'il avait poussé plus loin ses recherches bibliographiques. Il se serait convaincu que les praticiens n'avaient pas attendu jusqu'à ce jour pour reconnaître l'hypertrophie en longueur du col utérin et la distinguer de la procidence de cet organe. Il n'a trouvé, dit-il, sur ce sujet qu'une indication assez vague, qu'une phrase assez concise dans l'ouvrage de Dugès et Boivin.

J'ai été plus heureux que M. Huguier: j'ai rencontré dans le même ouvrage plus d'une mention de l'allongement hypertrophique du col utérin. Permettez-moi de le prouver par quelques citations. On lit: page 89: « .... La main, portée sur l'hypogastre, pourra reconnaître le vide que laisse dans l'excavation pelvienne l'abaissement de la matrice, et ce sera le plus sûr moyen de distinguer la descente de l'*élongation du col* qu'on a quelquefois rencontrée. » — Page 91: « .... La matrice déplacée se gonfle, *s'allonge* parfois au point de doubler presque ses dimensions; *son col surtout s'accroît dans ce sens*..., etc. » — Page 193: « .... Le col de l'utérus s'allonge quelquefois considérablement; ... mais il ne faudrait pas prendre pour des prolapsus tous les cas où le col a acquis isolément une grande longueur...., etc. »

Voilà donc quelques citations qui démontrent jusqu'à l'évidence que l'hypertrophie du col utérin était assez bien connue dès l'année 1833, d'où date la publication du *Traité des maladies de l'utérus* par Dugès et Boivin, et que cette affection était nettement distinguée de la descente de matrice. Les auteurs que je viens de citer ne se contentent pas de parler de cette lésion d'après leur seule expérience; ils rappellent aussi des faits de la même nature observés par le professeur Lallement, par Leroux (de Dijon), par Buisson et par Bicbat.

Voilà des particularités qui avaient échappé à M. Huguier dans l'historique qu'il nous a tracé de la question. Notre honorable collègue aurait pu citer aussi un très-important travail de M. Herpin (de Genève), publié dans la *Gazette médicale* en janvier 1856, et intitulé *De l'allongement démesuré du col de la matrice*. Ce travail renferme deux observations que je vous demande la permission d'analyser succinctement.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, dont le col utérin proéminant en dehors de la vulve, présentait une longueur de 6 centimètres, *sans procidence de l'organe*. Cette lésion n'empêcha pas la femme de devenir enceinte et d'accoucher heureusement. Des topiques astringents d'abord, puis l'application d'un pessaire, suffirent pour soulager la malade et lui permettre de vaquer à ses occupations comme si l'utérus avait été dans son état normal.

Le second fait est relatif à une femme de soixante-quinze ans, dont le col utérin, long de 6 centimètres, proéminait au delà des grandes lèvres depuis plusieurs années, sans qu'il en fût résulté quelque incommodité sérieuse. Le repos, les astringents, un bandage contentif en T, furent le seul traitement conseillé par M. Herpin.

M. Herpin, dans ce même travail, fait un historique de la question beaucoup plus complet que celui qu'en a tracé M. Huguier; et après avoir rappelé les faits divers épars dans la science, il pose en principe que le col utérin peut s'allonger sans qu'il y ait procidence de l'organe; que si son extrémité dépasse l'orifice vulvaire, elle se gonfle et s'hypertrophie; que cet allongement n'empêche pas la fécondation; que ce n'est pas une altération très-grave, et qu'on peut aisément y remédier par des moyens fort simples.

Je le répète, ce n'était donc pas une lésion méconnue. J'en appelle à tous les praticiens qui ont acquis quelque expérience des maladies utérines. En est-il un qui n'ait pas rencontré un ou plusieurs cas d'allongement hypertrophique du col utérin? Pour mon compte, j'en ai observé assez souvent déjà non-seulement dans ma pratique, mais encore à l'hôpital dans les divers services que je fréquente.

Un mot maintenant sur les causes de cette affection. Je crois, messieurs, qu'il importe de tenir le plus grand compte des variétés individuelles, ou, pour mieux dire, originelles. Rien n'est variable, en effet, comme la forme et les dimensions du col utérin; il en est de cet organe comme du nez. J'ai beaucoup étudié l'utérus chez les toutes petites filles, et bien souvent j'ai trouvé le col tellement volumineux ou tellement allongé chez des nouveau-nées qu'on aurait cru avoir affaire à un état pathologique. C'est là une circonstance qu'il ne faut pas perdre de vue dans l'étiologie de la lésion qui nous occupe.

Cependant je reconnais avec M. Huguier qu'elle peut être déterminée par des causes directes incontestables. Laissons de côté la grossesse, pendant laquelle, comme chacun le sait, les dimensions du col utérin augmentent très-sensiblement. Mais est-il une affection chronique quelconque de la matrice, surtout la phlegmasie de la muqueuse ou du tissu propre, qui ne s'accompagne pas à la longue de l'hypertrophie partielle ou générale de l'organe? Or vous savez bien que c'est particulièrement sur le col que s'exerce le travail hypertrophique. Ce fait est connu depuis longtemps, et vous en trouverez de nombreux exemples dans l'ouvrage de Dugès et Boivin. Mais si l'allongement hypertrophique du col utérin est assez fréquent en lui-même, il est rare, quoi qu'en dise M. Huguier, qu'il soit porté à 6 et 7 centimètres. Je ne l'ai, quant à moi, que très-rarement observé sur un nombre très-considérable de femmes que j'ai examinées depuis plus de quinze ans.

S'il est des femmes qui ont le col utérin plus volumineux ou plus long qu'à l'état normal, il en est aussi chez lesquelles cette portion de la matrice fait défaut, et chez qui cette lésion est congénitale. J'ai été appelé quelquefois en consultation auprès de femmes en couches par des confrères étonnés de ne point découvrir le col utérin. J'ajouterai cependant que c'est là une particularité peu commune. Je ne la signale que pour appuyer l'opinion émise plus haut, à savoir: que rien n'est variable comme les dispositions individuelles du col de la matrice.

J'aborde la question du diagnostic. Contrairement à M. Huguier, je crois qu'il n'est rien de si facile que de reconnaître un allongement hypertrophique du col utérin. Avec un peu d'attention, un praticien quelque peu exercé ne saurait s'y méprendre, surtout s'il sait bien se servir des différents modes d'exploration que vous connaissez. Souvent le toucher vaginal suffira; mais, combiné avec le palper hypogastrique, il fournira des renseignements d'une précision parfaite, puisqu'il permettra de saisir la matrice entre les deux mains et d'en apprécier très-approximativement les dimensions. Je ne connais pas de meilleur procédé de mensuration. Enfin, s'il était insuffisant, on aurait recours simultanément au toucher rectal et à l'introduction d'une sonde dans la vessie.

M. Huguier donne la préférence au spéculum; je ne suis pas de son avis. Le spéculum, en refoulant par son extrémité supérieure le cul-de-sac vaginal, met à découvert non-seulement la portion intra-vaginale, mais encore une certaine étendue de la portion sus-vaginale du col de la matrice; si bien qu'au lieu d'avoir la mesure exacte de la lésion, on en exagère plus ou moins la longueur. C'est un inconvénient auquel on n'est pas exposé avec le doigt.

Notre collègue préconise aussi l'emploi de la sonde utérine. Je me suis déjà prononcé, dans une autre discussion, contre l'abus du cathétérisme utérin. C'est, à mon sens, un procédé souvent inutile, toujours dangereux, et fréquemment trompeur. Chez beaucoup de femmes, il provoque de vives douleurs, il donne lieu à des hémorrhagies. Il expose à des péritonites très-graves, et quelquefois mortelles. A une autre époque, j'ai rapporté cinq ou six cas de mort résultant de l'introduction d'une sonde métallique dans la matrice. Depuis, j'en ai pu recueillir encore de nouvelles observations. Enfin, c'est une méthode très-propre à provoquer des fausses couches, toujours suivies dans ce cas d'accidents redoutables, comme il m'a été donné d'en observer un exemple.

Vous me direz que c'est le seul moyen de mesurer mathématiquement la longueur de la cavité utérine. Et que m'importe de l'avoir à un centimètre près! Ne vaut-il pas mieux commettre à cet égard une erreur légère, que d'exposer les malades à des dangers de mort? Je crois donc que, dans l'immense majorité des cas, les procédés ordinaires de mensuration suffisent; et je voudrais qu'on restreignît l'usage de l'hystérométrie aux circonstances tout à fait exceptionnelles où les dimensions de l'utérus ne peuvent être appréciées par les différents modes de toucher.

J'arrive au traitement. M. Huguier a proposé l'amputation du col de la matrice dans certaines conditions que je vais tâcher de préciser en quelques mots:

1° Toutes les fois que l'allongement hypertrophique dépasse 5 centimètres;

2° Lorsque la femme éprouve de grandes incommodités ou des accidents fâcheux;

3° Quand tous les autres moyens de traitement ont échoué.

Ces préceptes sont excellents; mais, par malheur, M. Huguier ne les a pas toujours religieusement observés; c'est ce que je me propose de démontrer tout à l'heure. Pour le moment, je déclarerai que l'amputation du col utérin doit être une ressource extrême; car la médecine et la chirurgie ne sont pas à ce point désarmées contre cette lésion, qu'il faille nécessairement recourir à une opération sanglante. Ajoutez à cela que les femmes n'en sont pas toujours fort incommodées, qu'elles peuvent vaquer à leurs occupations, et qu'elles sont susceptibles de devenir grosses. On peut s'en convaincre en lisant les faits rapportés par Dugès et Boivin, et ceux plus récents et plus complets de M. Herpin (de Genève). Avant donc que de faire intervenir l'instrument tranchant, on essayera du repos, des astringents, des moyens contentifs, de la cautérisation avec le nitrate d'argent, et surtout de la cautérisation au fer rouge, moyen très-puissant et sans gravité, sur lequel il ne m'appartient pas de m'étendre ici longuement.

Je le répète, l'amputation du col utérin devra être pratiquée comme une *ultima ratio*; car ce n'est pas une opération aussi indifférente, aussi inoffensive, qu'a semblé le dire M. Huguier.

Je me souviens d'avoir assisté, il y a quatorze ou quinze ans, mon maître M. P. Dubois, pour une opération de ce genre, qui ne tarda pas à être suivie d'une péritonite mortelle.

M. Giraldès a perdu aussi à la Charité une femme dont il avait amputé le col utérin.

Pendant mon externat dans le service de Lisfranc, j'ai vu plusieurs femmes mourir de cette opération.

Je l'ai pratiquée deux fois, et j'ai perdu une de mes malades.

M. Huguier paraît avoir été plus heureux, puisqu'il n'a vu succomber aucune des malades dont il rapporte les observations: mais la plupart ont éprouvé des accidents graves, et en particulier des hémorrhagies abondantes, qui ont nécessité le tamponnement du vagin.

J'ai dit plus haut que notre éminent collègue n'avait pas toujours exactement conformé sa conduite à ses préceptes. Je vois, en effet, en analysant ses observations, qu'il a opéré quelquefois sans avoir eu recours préalablement aux médications ordinaires, et qu'il a amputé plus d'un col utérin dont la longueur ne dépassait pas 4 ou 5 centimètres.

Après avoir discuté une à une les observations de M. Huguier et avoir fourni la preuve de ce qu'il vient d'avancer, l'orateur termine en déclarant que l'amputation du col utérin est une opération très-grave, qui peut compromettre la vie des malades soit par péritonite, soit par métrorrbagie; qu'il faut rarement y avoir recours, et ne la pratiquer, dans les cas d'absolue nécessité, qu'après avoir épuisé la série des moyens proposés contre l'hypertrophie du col de la matrice.

— Il est quatre heures et demie, l'Académie va se réunir en *comité secret*.

— **M. DEPAUL** continuera son argumentation dans la prochaine séance.

M. LE PRÉSIDENT fait connaître à l'Académie le résultat du scrutin. Voici la composition des commissions de prix:

Prix de l'Académie (perchlorure de fer). — MM. Robert, Bouillaud, Bouchardat, Velpeau et Larrey.

Prix Portal (étranglements internes). — MM. Barth, Huguier, Jobert, Cloquet et Cruveilhier.

Prix Civrieux (diathèse syphilitique). — MM. Lagneau, Ricord, Rostan, Trousseau et Jolly.

Prix Capuron (rétroversion de l'utérus). — MM. Paul Dubois, Moreau, Danyau, Cazeaux et Depaul.

Prix Barbier. — MM. Michel Lévy, Rayer, Mêlier, Grisolle et Nélaton.

Prix Amussat (chirurgie expérimentale). — MM. Malgaigne, Gimelle, Bouvier, Laugier et Renault.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Danyau sur les candidats au titre de correspondants nationaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Besnard, né à Rueil (Maine-et-Loire); *Considérations sur les tumeurs blanches en général*.

Korassandjian, né à Constantinople (Turquie); *Diagnostic raisonné des affections du larynx*.

Poirée, né à Faverois (Haut-Rhin); *De la phthisie pulmonaire, de ses causes et de son traitement*.

Laguille, né à d'Antully (Saône-et-Loire); *De la maladie d'Addison*.

Autreux, né à Amiens (Loire-Inférieure); *Du traitement des tumeurs hydatiques du foie par les ponctions capillaires et par les ponctions suivies d'injections iodées*.

Lardeur, né à Saint-Omer (Pas-de-Calais); *De l'influence excitatrice de l'électricité appliquée aux organes de sécrétion; de ses bons effets pour ramener ou augmenter la sécrétion du lait chez les nourrices*.

Borde, né à Pau (Basses-Pyrénées); *Du rhumatisme articulaire aigu et de son traitement*.

Lafont-Marron, né à Orthez (Basses-Pyrénées); *Du rachitisme intra-utérin*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Dénis, docteur en médecine et en chirurgie, ancien médecin militaire, décoré de la croix du Lion néerlandais, chevalier de l'ordre de Léopold, président de la commission médicale de la ville de Malines, vient de mourir dans cette ville à l'âge de soixante-treize ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie. (*Presse méd. belge.*)

— L'*Écho des Vallées* annonce que Bagnères n'a pas cessé de donner des bains pendant tout l'hiver, et que les bains et les douches de vapeur des thermes de la ville fonctionnent les dimanches et les jeudis de chaque semaine.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 36. — SAMEDI 26 MARS 1859. (32e ANNÉE.) N° 36. — SAMEDI 26 MARS 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. | Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux nouveaux cas d'ictère grave.

Depuis qu'un nouvel élément a été introduit dans l'histoire de l'ictère grave, savoir le rapport de l'atrophie jaune aiguë du foie avec le groupe des symptômes qui caractérisent cette affection, tous les cas nouveaux d'ictère grave qui se produisent ont le privilége d'exciter l'intérêt. C'est probablement aussi à ce surcroît d'attention de la part des observateurs qu'est due la plus grande fréquence apparente de cette affection, dont on ne signalait auparavant que de loin en loin de rares exemples. Quoiqu'il en soit, voici deux cas nouveaux que le hasard a réunis dans un même service, celui de M. Hérard, à l'hôpital Lariboisière, qui par les circonstances au milieu desquelles ils se sont développés, la communauté d'origine et de symptômes, et surtout les particularités de l'autopsie, dont les résultats ont été identiques, paraissent de nature à jeter quelque jour sur l'histoire encore si obscure de cette affection. Nous en empruntons la relation au compte rendu de la Société médicale des hôpitaux, où la communication de ces deux observations a été faite.

Ces deux malades habitaient un même garni à Montmartre, boulevard des Poissonniers. L'un, le nommé Boucher, âgé de quarante-neuf ans, était typographe; l'autre, Torgé, âgé de cinquante-neuf ans, était terrassier. Tous deux étaient d'une assez forte constitution, d'une bonne santé habituelle, mais adonnés l'un et l'autre aux boissons alcooliques. Ils sont tombés malades presque le même jour; c'était au milieu du mois de juin 1858, pendant les chaleurs accablantes qui ont régné à cette époque de l'année. Ils ont éprouvé à peu près les mêmes symptômes initiaux : frisson, fièvre, céphalalgie, inappétence, soif vive, quelques vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, diarrhée, et surtout, dès le principe, un sentiment de prostration extrême. Chez tous deux, l'ictère s'est manifesté trois jours après le début des accidents. Tous deux sont entrés dans le service le 22 juin.

L'attention fut tout d'abord frappée par la coloration particulière du corps. Cette coloration, dit M. Hérard, était franche et des plus accusées; chez Boucher, elle se rapprochait davantage de la teinte citron; chez Torgé, elle était d'une nuance plus orangée, ce qui semblait dépendre d'une injection plus prononcée des yeux, de la face et des téguments.

Chez l'un et l'autre, on remarquait de petites taches noires sans saillies de la peau, ne s'effaçant pas par la pression, et manifestement déterminées par un épanchement sanguin dans le tissu même de la peau. Ces pétéchies se rencontraient au tronc et aux membres.

Les deux malades étaient dans le décubitus dorsal, et tout mouvement leur était extrêmement pénible. L'intelligence était parfaitement conservée; pas d'agitation, pas de délire, seulement rêves pénibles et pressentiments sinistres. Langue sèche, ridée; inappétence absolue, soif vive, ballonnement du ventre, douleurs épigastriques plus vives et accompagnées chez Torgé de vomissements aqueux, laissant déposer une matière filante d'un brun-noirâtre, constituée par du sang altéré. Absence presque complète de fièvre ; 80, 90 pulsations sans chaleur de peau ; respiration normale.

Enfin M. Hérard note comme symptôme digne d'attention une impossibilité presque absolue d'uriner chez les deux malades, non pas par rétention de l'urine dans la vessie dilatée, mais par défaut de sécrétion. Point d'hémorrhagies muqueuses ou viscérales. La palpation et la percussion du ventre ne dénotaient pas de changements appréciables dans la position et le volume des principaux organes, notamment du foie.

Le traitement a consisté surtout dans l'administration de toniques (vin, quinquina) et d'acides (suc de citron) ; de plus, chez Torgé, on a cherché à combattre les douleurs épigastriques et les vomissements par quelques ventouses scarifiées et par l'ipécacuanha, qui provoqua d'abondantes évacuations et amena un notable soulagement.

Le lendemain 24, les deux malades étaient à peu près dans le même état. Le soir, Boucher avait la respiration haute, difficile ; il succomba dans la nuit.

Le dénûment fut un peu moins précipité chez Torgé ; il fut précédé de quelques phénomènes cérébraux, petits mouvements convulsifs portant surtout sur les muscles de la face, soubresauts des tendons, contraction des pupilles, refroidissement de la peau, etc. Mort le 26 au soir, huitième jour de la maladie.

L'autopsie a révélé une telle similitude d'altérations, que M. Hérard a cru pouvoir les décrire simultanément.

Le corps est uniformément jaune, avec une teinte rouge noirâtre dans les points déclives et soumis à une pression.

Le foie a son volume ordinaire ; l'aspect extérieur et intérieur en est sensiblement le même qu'à l'état normal, si ce n'est que l'on remarque çà et là à la surface, comme dans le parenchyme, une coloration jaune-clair, surtout prononcée chez Boucher ; mais, du reste, aucune trace d'inflammation, de congestion, de ramollissement, de dégénérescence. M. Ch. Robin a examiné au microscope le tissu hépatique, et il a constaté l'intégrité la plus parfaite de ce tissu, et en particulier la conservation des cellules.

Rien à signaler à la vésicule biliaire, non plus que dans les canaux excréteurs. L'intérieur de ces canaux n'était pas injecté, et le duodénum, dans le point où venaient s'aboucher ces canaux, avait conservé sa coloration normale.

L'estomac et les intestins contenaient un liquide brunâtre, et présentaient des traces d'hémorrhagies sous-muqueuses.

Chez celui des deux malades qui avait eu des convulsions, les méninges étaient fortement congestionnées.

Les poumons étaient fortement congestionnés.

— Quelle serait la conséquence à tirer de ces deux faits par rapport à la question anatomo-pathologique qui nous occupe ?

En présence de l'intégrité du tissu du foie chez les deux sujets dont il vient d'être question, il n'est plus possible de maintenir à l'altération des cellules hépatiques le caractère pathognomonique qui lui a été assigné. Cependant on ne peut méconnaître, d'après les faits déjà nombreux inscrits dans les annales de la science, que cette lésion est fréquente. A quoi peuvent donc tenir les différences constatées sous ce rapport ? Probablement, dit M. Hérard, à la marche plus ou moins rapide de la maladie. L'opinion de notre confrère, et c'est celle que nous avions hasardée déjà nous-même lorsque nous avons entretenu pour la première fois nos lecteurs de cette question, est que la lésion dont il s'agit est probablement un des effets et non la cause de la maladie. « Si, comme nous le croyons, dit-il, la lésion hépatique est ellemême un effet d'une cause morbide qui la précède et la domine, on comprendra que la maladie peut tuer avant d'avoir eu le temps de parcourir toutes ses phases, avant d'avoir produit tous ses effets. » Or, dans les deux observations que l'on vient de lire, la maladie a été remarquable par une marche véritablement foudroyante, puisque l'un des malades a été emporté le sixième jour et l'autre le huitième.

Ce qui contribue, aux yeux de notre confrère, à restreindre encore l'importance de la lésion du foie dans la maladie qui nous occupe, c'est qu'on a observé aussi la diminution du volume et la destruction des cellules dans d'autres affections. Nous avons rapporté dans le mois de juin dernier (19) un fait susceptible, il est vrai, d'une interprétation différente, mais qui, rapproché des deux observations de M. Hérard, peut être invoqué à l'appui de sa thèse; c'est un cas d'atrophie jaune du foie commençante sans ictère, chez un sujet mort d'une maladie intercurrente avec la dernière évolution de l'affection hépatique.

D'après ces raisons, nous sommes de l'avis de M. Hérard, l'expression d'*atrophie jaune aiguë du foie* ne saurait être maintenue pour désigner l'affection à laquelle ont succombé ces deux malades, puisque la lésion qui sert à dénommer la maladie peut ne pas exister. La dénomination d'*ictère grave* doit jusqu'à nouvel ordre lui être conservée.

Ceci n'est pas une simple question de nomenclature. Du moment où la lésion à laquelle on avait cru devoir assigner le premier rôle dans l'ictère grave n'en est plus même une condition essentielle et se trouve reléguée au rang des effets secondaires, il y a lieu de reviser les théories de la production des principaux symptômes, et en particulier de l'ictère, des hémorrhagies et des accidents cérébraux, fondées soit sur la présence de la bile dans le sang, suivant les uns, ou, suivant les autres, sur l'entrave apportée par la suspension de la sécrétion bilieuse dans les diverses mutations organiques qui s'effectuent au sein de l'économie.

Cas de croup traité par les vomitifs, puis par la méthode de M. Loiseau, et enfin par la trachéotomie. — Guérison.

En publiant dans la *Revue* du 5 mars dernier deux cas de croup guéris par le cathétérisme et la cautérisation du larynx d'après la méthode de M. Loiseau (de Montmartre), nous avons annoncé qu'il nous était parvenu aussi quelques communications dans lesquelles on nous apprenait que ce moyen avait échoué.

FEUILLETON.

Application de l'électricité à la thérapeutique.

Il y a plus d'un siècle (1748) que les savants ont cherché pour la première fois si l'électricité ne serait d'aucun secours dans le traitement des maladies. La simple curiosité avait d'abord dirigé les expérimentateurs ; ils voulaient seulement connaître les effets que produirait l'électricité sur l'organisme ; de là aux applications thérapeutiques il n'y avait qu'un pas, il fut bientôt franchi. Nous n'avons pas l'intention de dire ici les premiers tâtonnements du siècle dernier, les lecteurs qui voudraient approfondir ce point le trouveront développé tout au long dans un petit volume fort curieux de M. Guitard, de Toulouse (1).

Les applications de l'électricité à la thérapeutique ont-elles beaucoup produit jusqu'à ce jour ? Tout le monde connaît les beaux travaux de M. Duchenne (de Boulogne). Les résultats, pour avoir été lents à se produire, n'en sont pas moins remarquables.

L'électricité médicale entre dans la médecine officielle. Déjà à plusieurs reprises la *Gazette* a touché quelques points importants de cette application. Le bon accueil qui a été fait à ces lignes rapides, nous permet d'espérer qu'on ne lira pas sans intérêt quelques détails sur des appareils dont les noms se trouvent à chaque instant sur les lèvres des praticiens.

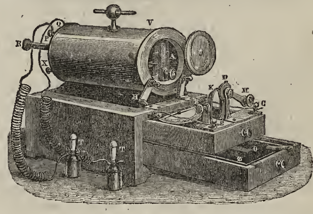
Nous trouverons aussi dans cette étude le moyen de nous acquitter d'une dette un peu ancienne déjà.

Un homme dont le nom est à jamais lié à l'étude des sciences physiques, M. Ganot, nous avait adressé son *Traité de physique*, livre que tous nos jeunes aspirants au doctorat ont ou devraient avoir entre les mains. Des éditions successives rapidement enlevées en font une publication presque périodique qui lui permet de se tenir au courant de tous les progrès.

Concision, clarté, élégance de l'illustration, tout est réuni pour en faire une œuvre d'élite tout à fait digne de sa réputation. Son savant auteur ayant bien voulu nous confier les planches qui ont rapport aux applications de l'électricité à la thérapeutique, nous détacherons de son livre quelques feuillets qui permettront à nos lecteurs d'apprécier la valeur de ce *Traité*, que nous recommandons à toute la jeune génération médicale.

Parmi les appareils électro-médicaux, nous nous bornerons aujourd'hui à parler de ceux de MM. Duchenne (de Boulogne) et Pulvermacher. Ils ont été, en 1851, l'objet d'un rapport à l'Académie de médecine. Ils appartiennent bien à la science, et méritent une description sérieuse.

M. Duchenne (de Boulogne) a inventé deux appareils, l'un dit *électro voltaïque*, l'autre *électro-magnétique*. (Fig. 1.)



L'appareil *électro-voltaïque* se compose d'une bobine à deux fils, renfermée dans un étui de laiton V (fig. 1). Cette bobine est fixée sur une boîte de bois, dans laquelle sont deux tiroirs. Le premier contient une boussole faisant l'office de galvanomètre, et servant à mesurer l'intensité du courant inducteur par la déviation qu'il imprime à l'aiguille ; le second renferme une pile à charbon, disposée de manière à présenter le plus petit volume possible. L'élément zinc Z a lui-même la forme d'un petit tiroir, dans lequel est une solution de sel marin et une pla-

(1) *Histoire de l'électricité médicale*, par M. Guitard. A Paris, chez V. Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Nous aurions pu ajouter toutefois que, malgré cet insuccès, le cathétérisme n'avait point été sans utilité.

Voici en effet la relation d'une très-intéressante observation qui nous est communiquée par M. le docteur Radat, de Sainte-Marie-aux-Mines, où l'on verra que si le cathétérisme et la cautérisation ont été impuissants pour produire la guérisou, ils n'ont très-probablement pas été complétement étrangers à la solution heureuse de la maladie, dont la plus grande part revient évidemment à la trachéotomie.

Appelé le 22 décembre 1858 près de F..., petite fille de deux ans et demi, d'une bonne constitution, atteinte d'un simple malaise et d'enrouement, M. le docteur Radat prescrivit un vomitif qui fut suivi d'amélioration. Deux jours après, le croup, dont on n'avait fait que soupçonner l'apparition, parut confirmé. Des fausses membranes tapissaient la profondeur de la gorge et une partie de l'amygdale droite. Toux rauque et caractéristique. — Application de 2 sangsues sur les parties latérales et supérieures du cou. L'ipéca stibié, difficilement pris par la petite malade, est remplacé par une potion avec tartre stibié, 10 centigrammes, dans eau distillée, 50 grammes, par cuillerées à dessert de quart d'heure en quart d'heure.

Des vomissements abondants suivent l'administration de cette potion, et à midi l'enfant rejette des fausses membranes diphthéritiques.

(Dans l'après-midi, 40 centigr. de calomel en quatre doses, et le soir, il est fait, à l'aide d'un tube de verre recourbé, des insufflations de poudre d'alun et de tannin dans l'arrière-gorge et vers l'orifice supérieur du larynx.)

Le croup n'était alors qu'à sa première période; mais l'enfant ayant paru beaucoup plus mal dans la nuit du samedi au dimanche 26 décembre, M. Duclout fut appelé en toute hâte, et jugea convenable de pratiquer immédiatement le cathétérisme du larynx selon le procédé de M. Loiseau. Cette opération fut ensuite renouvelée à huit heures du matin, à midi et le soir, et suivie chaque fois de l'injection d'une solution saturée de sulfate de cuivre. Ce premier temps était presque aussitôt suivi de l'écouvillonnement du larynx, que M. Duclout pratiquait à l'aide d'une baleine flexible armée d'une éponge. Des efforts de toux violents et prolongés suivaient constamment ces manœuvres, et il était rare que la baleine ne ramenât pas quelques débris de fausses membranes.

Les 27 et 28, même traitement trois fois dans la journée, suivi à l'exclusion de tout autre, avec recommandation de chercher à alimenter l'enfant avec du bouillon. La solution saturée de sel de cuivre est étendue d'eau pour provoquer simplement des efforts d'expectoration.

Le 29, ne remarquant pas de changement notable, et voyant l'enfant s'affaiblir, M. Radat propose une nouvelle consultation, dans laquelle il est décidé qu'on ne recourra à la trachéotomie que s'il n'y a pas d'amélioration prochaine; et l'on revient aux moyens précédemment employés. On procède en conséquence, séance tenante, à un nouveau cathétérisme, à l'injection du sel de cuivre, affaiblie à l'écouvillonnement, puis on administre la potion stibiée dans la nuit.

Le 30 au matin, il y a eu rejet abondant de matières collantes, glutineuses. L'enfant, très-affaibli, est laissé tranquille; le cathétérisme et l'injection ne sont recommencés qu'à une heure, puis le soir. La potion vomitive est également donnée pour la nuit, mais cette fois la prostration est telle que l'administration de l'émétique n'est suivie d'aucun effet; la respiration s'embarrasse, l'agitation et les angoisses de l'enfant sont extrêmes; il semble chercher l'air qui lui manque en portant instinctivement, par intervalles, ses mains à son cou; le pouls est à près de 200, la voix éteinte, les yeux ternes, les membres pendants, le teint plombé, la peau froide, et déjà l'anesthésie a fait de tels progrès que la petite malade ne sent plus lorsqu'on la pince.

En présence de ces symptômes, la trachéotomie fut jugée indispensable et pratiquée sans plus de retard.

M. Radat y procéda, assisté de M. Duclout, qui voulut bien lui prêter son obligeant concours. L'incision fut faite lentement, sans que la petite malade parût en souffrir, tant l'anesthésie asphyxique était prononcée.

La lenteur était commandée par une hémorrhagie assez abondante fournie par une des veines thyroïdiennes, qui céda bientôt à la compression; puis, dès que le suintement du sang fut modéré, la trachée fut ouverte par une ponction transversale, et en incisant ensuite les anneaux du tube aérien de bas en haut, vers le cartilage cricoïde.

Ce temps de l'opération fut accompagné d'un sifflement d'air considérable et de l'expulsion au loin de mucosités sanguinolentes qui s'échappèrent à la fois par la plaie et par la bouche. Dès cet instant, l'hémorrhagie cessa complétement, et l'enfant, qui, à deux reprises différentes, avait semblé devoir expirer entre les mains de l'opérateur, se ranima aussitôt.

La canule placée (canule double, perfectionnée, de M. Mathieu), la plaie fut cautérisée avec le nitrate d'argent et recouverte d'un taffetas ciré. On réchauffa l'opérée à l'aide de boules d'eau chaude, de frictions sèches avec de la flanelle; on lui fit avaler quelques cuillerées à café de potion cordiale, et à une heure de l'après-midi, trois heures après l'opération, la réaction était complète.

L'enfant, par les efforts de toux, rejetait une grande quantité d'écume sanguinolente par la canule, qu'une garde avait soin de désobstruer presque à tous les instants: et c'est ainsi que les signes d'asphyxie s'étaient peu à peu dissipés; la respiration était redevenue libre et complète; l'enfant, parfaitement bien, avait même pris un peu de bouillon. Le lendemain matin, à six heures, après quelques heures d'un sommeil paisible, ayant fait un effort pour se mettre sur son séant, la circulation de l'air par la canule fut tout à coup interceptée; la respiration ne se faisait plus qu'imparfaitement, elle était haute, très-gênée, le pouls fréquent, la face vultueuse, exprimant l'anxiété.

Pensant tout d'abord à une obstruction de la canule, M. Radat la retira aussitôt, mais ni cette extraction, ni l'introduction d'une sonde en gomme élastique très-souple, à une profondeur de 8 à 10 centimètres, ni l'insufflation modérée d'air par cette sonde, ni quelques gouttes d'eau injectées dans la trachée par la canule, ne purent changer cet état alarmant, qui allait s'aggravant à chaque instant, lorsque enfin il se fit un mouvement brusque d'expiration, des mucosités sanguinolentes apparurent au fond de la plaie, et avec elles se trouvaient des fausses membranes dont on fit l'extraction avec des pinces. Ces membranes étaient épaisses, tomenteuses, veloutées, rougeâtres d'un côté, plus lisses et blanches du côté opposé; l'une d'elles formait un anneau complet et venait évidemment de la trachée-artère, dont elle représentait le calibre.

Aussitôt après l'extraction de ce corps du délit, la canule fut remise en place, et tout rentra dans le calme sans que l'amélioration se soit un instant démentie depuis.

Les troisième et quatrième jours, l'amélioration continue; la canule intérieure, très-fréquemment nettoyée, livre passage à des matières qui, en restant plastiques, ne sont plus sanguinolentes. Les parties membraneuses n'ont plus la même organisation, la même vitalité; elles sont toujours élastiques, comme de nature caoutchoutique, mais elles présentent moins d'épaisseur et n'ont plus que l'apparence de débris diphthéritiques.

Le cinquième jour, ces matières sont remplacées par une expectoration muqueuse révélée à l'auscultation par la présence de râles à grosses bulles, et les narines, restées sèches jusqu'alors, commencent à s'humecter.

Les sixième et septième jours, l'état de la petite malade est des plus satisfaisants. Les nuits sont bonnes, la gaieté est revenue; la bronchite est modérée; il est permis d'alimenter. La plaie elle-même a un aspect vermeil dans la plus grande partie de son étendue, sans traces aucunes de fausses membranes, et tout va tellement bien le huitième jour que nous nous décidons à retirer la canule.

Le dix-septième jour, la sortie de l'air par la plaie a entièrement cessé. L'enfant a repris toute sa gaieté, dort et mange comme à son état habituel. La nutrition a repris toute l'activité qu'elle a dans le jeune âge.

Le vingt-septième jour, la cicatrice, bien régulière, est achevée sans que l'opération ait même en rien modifié le timbre de la voix.

— La trachéotomie suivie du succès le plus complet, tel est le fait capital de cette observation. Ce résultat est d'autant plus encourageant, que jamais cette opération, dit notre honorable correspondant, n'avait été tentée à Sainte-Marie-aux-Mines. « Mais est-ce à dire pour cela, ajoute-t-il, que les autres moyens, et notamment la méthode Loiseau, aient été inutiles? Telle n'est assurément pas ma pensée. En chirurgie comme en médecine, il y a pour guérir les maladies une série de moyens dont l'emploi successif constitue le traitement rationnel. C'est ainsi que dans le cas de croup dont je viens de rapporter l'histoire, le cathétérisme du larynx et les injections ont pu ne pas avoir été inutiles. Seule, personne ne l'ignore, la méthode Loiseau a donné des guérisons. Mais lors même qu'elle échoue, n'est-il pas possible de lui reconnaître certains avantages? C'est ainsi que je me suis demandé si elle n'a pas sur les autres méthodes de traitement le mérite de laisser le sujet à peu près vierge de médications débilitantes, et de ménager ainsi au chirurgien de meilleures conditions pour l'opération si celle-ci devient urgente. Cette méthode ne fait-elle pas aussi gagner du temps? Elle retarde le moment de l'opération, et peut-être permet-elle à l'asphyxie de ne s'établir que lentement, d'être latente, comme on a dit, au lieu de se montrer mortelle dès les premiers jours. Or, comme le croup est une affection à périodes réglées dont on connaît la marche, plus on pourra opérer tard sans compromettre la vie, plus on aura, je crois, de chances de succès. C'est ainsi que la petite F... était malade depuis neuf jours au moment de l'opération. Huit jours après, on lui retirait la canule; en moins de trente jours la guérison était achevée. Cet heureux résultat, obtenu après cinq jours d'efforts opiniâtres dans l'emploi de la méthode Loiseau, sans bronchite grave ni pneumonie consécutive, sans extinction de voix ni même d'enrouement, doit d'ailleurs servir d'enseignement sur l'innocuité de la méthode, et engager les praticiens à essayer avant d'en venir à la trachéotomie, ressource extrême à laquelle on ne doit se décider qu'en cédant aux indications les plus pressantes et lorsqu'il n'est plus permis de compter sur les autres moyens. »

Hématurie. — Rétention d'urine. — Fièvre urineuse. Mort. — Fongus de la vessie.

Les auteurs anciens décrivent sous le nom générique de fongus de la vessie des tumeurs qui ne sont pas toutes de même nature. Boyer, Desault, Chopart désignent sous ce nom des tumeurs siégeant au bas-fond de la vessie, pédiculées ou sessiles, susceptibles ou non de saigner et de donner lieu à une hématurie. Ils ont confondu dans une même description des tumeurs appartenant à la prostate et des tumeurs formées loin du col de la vessie, aux dépens de la muqueuse vésicale.

Ces productions sont le plus souvent des encéphaloïdes: nous disons le plus souvent et non toujours; elles n'offrent pas, en effet, constamment ce caractère. On rencontre quelquefois effectivement chez les femmes des tumeurs grisâtres, saignantes, faisant une saillie considérable à la vulve, qui viennent de la vessie et sortent par l'urèthre. Ces malades guérissent très-bien après l'ablation de leur tumeur. M. Gosselin a eu occasion d'observer un cas de ce genre suivi de guérison rapide, sans récidive.

Voici un fait recueilli dans le service de M. le professeur Gosselin, à l'hôpital Cochin, par M. P. Tillaux, interne, qui a bien voulu nous le communiquer. Il se rapporte, comme on le verra, au genre encéphaloïde.

Alexandre D..., âgé de cinquante-quatre ans, est entré dans

---

que rectangulaire en charbon de coke bien calciné comme celui de la pile Bunsen. Dans la partie centrale du charbon est une petite cavité O, où l'on verse une faible quantité d'acide azotique qui est absorbée. Deux petites lames de cuivre L et N communiquent, la première avec le zinc (pôle négatif), la seconde avec le charbon (pôle négatif). Quand les tiroirs sont fermés, les pôles L et N sont en contact avec les bouts inférieurs des boutons de cuivre E et C; de ces derniers partent deux fils de cuivre EF, CB, qui conduisent le courant aux pièces H, G, dont la première est mobile. Quand elle est abaissée, le courant passe; mais si elle est relevée, comme le montre le dessin, le courant est interrompu.

Le courant induit ne prenant naissance qu'au moment où le courant inducteur commence ou finit, il importe que ce dernier éprouve des intermittences continuelles. Dans cet appareil, elles peuvent être rapides ou lentes à volonté.

Pour les intermittences rapides, le courant passe dans une pièce A de fer doux, qui oscille très-vite sous l'influence d'un faisceau de fil de fer doux placé dans l'axe de la bobine et s'aimantant temporairement quand le courant passe. C'est cette pièce A qui dans son mouvement de va-et-vient interrompt et rétablit le courant inducteur, et par suite fait naître le courant induit.

Pour les intermittences lentes, on fixe a pièce oscillante au moyen d'une petite tige *a*, puis, au lieu de faire passer le courant par la pièce A, on le fait passer par une lame élastique K, et par les dents d'une roue de bois D, qui sont en métal et en communication avec le pied I et le bouton C. En tournant la manivelle M, le courant s'interrompt toutes les fois que la lame K cesse de toucher une dent: et comme il y a quatre dents, il y a quatre intermittences par révolution, ce qui permet, en tournant plus ou moins vite, de varier à volonté le nombre des intermittences, et par suite des commotions dans un temps donné.

Pour transmettre les commotions, on fait arriver les bouts du fil induit à deux boutons P et Q, sur lesquels on fixe deux longs fils de cuivre recouverts de soie, et terminés par des excitateurs à manche de verre T T. Ce sont ces excitateurs qu'on applique sur les organes, de manière à faire passer le courant dans telle partie du corps qu'on veut.

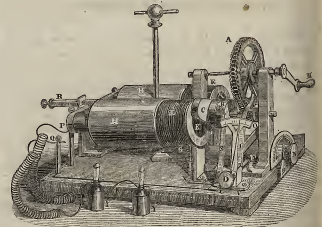
Enfin l'appareil porte un *graduateur* destiné à faire varier l'intensité du courant. Ce graduateur consiste en un cylindre de cuivre rouge qui enveloppe la bobine, et qui peut se tirer plus ou moins comme un tiroir, à l'aide d'une tige graduée R. Le maximum d'intensité a lieu quand le graduateur est tiré de manière à découvrir tout à fait la bobine, et le minimum quand il la recouvre. Cette influence du cylindre enveloppé, observée par MM. Doré et Duchenne, s'explique par des courants d'induction qui se produisent dans la masse.

Cet appareil est celui que M. Duchenne emploie de préférence; il se servait aussi autrefois d'un appareil *électro-magnétique*, dans lequel il ne fait plus usage de la pile, mais de l'action inductrice d'un fort aimant, comme dans l'appareil de Clarke.

L'aimant K K (fig. 2) est à deux branches réunies à leurs extrémités postérieures par une armature de fer doux; devant leurs extrémités antérieures est une armature C, aussi en fer doux, pouvant tourner sur un axe horizontal auquel le mouvement est transmis par un pignon O, une grande roue A, une chaîne à la Vaucanson, et une manivelle M.

Sur les deux branches des aimants s'enroule un fil de cuivre recouvert de soie destiné à recevoir l'induction des aimants; puis sur le premier fil, un second E E, destiné à recevoir le courant induit de deuxième ordre.

(Fig. 2.)



Cela posé, lorsqu'on imprime à la pièce C un mouvement de rotation plus ou moins rapide, cette pièce s'aimantant à chaque passage

la salle Cochin le 21 janvier 1859. Jusqu'à l'âge de cinquante ans, il n'avait jamais souffert en urinant. Il y a trois ans seulement qu'il a commencé à souffrir de temps en temps dans les reins, et depuis cette époque il pissait quelquefois du sang; l'hématurie durait ordinairement un jour et une nuit, pour disparaître ensuite.

Vers le mois de juillet dernier, il remarqua qu'il urinait plus souvent que d'habitude, c'est-à-dire quatre ou cinq fois, et quelquefois plus, dans la nuit; la miction était aussi plus fréquente dans le jour. Depuis le mois de juillet, il a pissé du sang cinq ou six fois; l'hématurie coïncidait toujours avec des excès de travail. Il n'éprouvait aucune douleur en urinant.

Le 17 janvier, il fit de vains efforts pour uriner; un médecin appelé à le sonder ne put retirer, à l'aide de la sonde, que quelques caillots. Un bain de siége n'amena aucune amélioration. Pendant les trois jours qui suivirent, le malade fut en proie à une grande anxiété; il perdait beaucoup de sang par l'urèthre; mais la vessie était pleine, il urinait par regorgement.

Le jour de son entrée à l'hôpital, on constate, à la visite du soir, que la vessie remonte jusqu'à l'ombilic. Le malade se plaint beaucoup du ventre et des reins; la face est pâle, anxieuse; il raconte les détails qui précèdent d'une voix entrecoupée. Le cathétérisme est facilement pratiqué avec la sonde ordinaire, mais il ne sort pas une goutte d'urine; une aspiration faite avec la seringue amène quelques caillots.

Les douleurs persistent toute la nuit; le malade rend une grande quantité de sang par regorgement, car la vessie ne diminue pas.

Le 22 au matin, M. Gosselin injecte un peu d'eau tiède dans la vessie pour délayer les caillots, et fait pratiquer de nouvelles aspirations avec la seringue. Les premières aspirations sont très-difficiles et n'amènent que quelques caillots; pendant une demi-heure environ, on fait successivement des injections et des aspirations, ce qui permet de vider complétement la vessie, après avoir changé sept ou huit fois la sonde, dont les yeux étaient souvent obturés par des caillots.

Après la visite, le malade éprouve un frisson intense.

Le soir, la vessie est de nouveau pleine; la même opération est pratiquée, mais beaucoup plus facilement; quatre aspirations suffisent.

Le 23, l'urine est moins sanguinolente, le cathétérisme suffit pour vider la vessie. On sonde trois fois par jour; fièvre et agitation.

Le 24, l'urine est de moins en moins sanguinolente, mais elle devient fétide; le délire éclate dans la nuit; fièvre intense. Le malade meurt le 25.

Autopsie. — Les reins et les uretères sont parfaitement sains; la vessie présente une altération très-remarquable: les parois sont épaissies, la muqueuse est fortement injectée; sur la paroi inférieure, au niveau de l'embouchure de l'uretère gauche, existe une tumeur du volume d'un œuf de pigeon; elle est grisâtre, couverte de stries sanguinolentes, villeuse, érodée à sa surface, molle, parfaitement pédiculée, et flottante dans la cavité vésicale. Elle est située assez loin du col de la vessie pour ne pouvoir s'obturer, comme dans un cas rapporté par M. Cruveilhier.

L'examen microscopique de la tumeur, fait par M. Gosselin, a démontré que l'on avait eu affaire à une tumeur de mauvaise nature, à un encéphaloïde, et non pas seulement à un polype cellulo-vasculaire ou à une hypertrophie des éléments de la muqueuse vésicale.

L'autopsie n'a rien révélé dans les autres organes. Les reins étaient sains ainsi que le cerveau.

A quoi faut-il attribuer la mort dans ce cas? Ce n'est pas à l'hématurie, car le malade a perdu peu de sang. Pour M. Gosselin, il y a eu une fièvre d'infection, une véritable fièvre urineuse à forme cérébrale.

ANEKTASIS PULMONUM NEONATORUM VIVENTIUM.

Absence totale de dilatation des vésicules pulmonaires observée sur des enfants nés vivants.

Par M. le docteur Bezeth (de Rotterdam).

J'ai remarqué dans le numéro du 14 août dernier un article, traduit de l'anglais, de Th. Williams, médecin de l'hôpital de Leith, et intitulé: *L'état du poumon peut ne pas être toujours une preuve irrécusable que l'enfant a vécu.* Cet article prouve que la *Gazette des Hôpitaux* met aussi ses colonnes à la disposition d'articles venus du dehors, j'ose donc espérer que les quelques faits que j'ai recueillis, soit en Hollande, soit parmi les Allemands, seront accueillis avec la même bienveillance; ils tendront à prouver que l'état du poumon peut ne pas être toujours une preuve que le nouveau-né a donné des signes de vie même pendant plusieurs heures.

Obs. I. — Société pratique de pathologie et d'anatomie à Amsterdam (*Nedl. weekblad voor geneeskundigen*, 14 avril 1852).

M. le docteur Lehman, agrégé de l'Athénée et de la Maternité d'Amsterdam, montre les poumons d'un enfant né avant terme qui a vécu douze heures, c'est-à-dire qui a respiré et crié. Les deux poumons étaient petits, couleur de plomb, anémiques, tous les vésicules pulmonaires dépourvues d'air, de façon que ces deux poumons, tant dans leur entier que coupés par morceaux, allaient au fond de l'eau. A l'examen microscopique, on trouvait dans les vésicules pulmonaires des cellules épithéliales nombreuses, de forme et de grandeur très-variables.

M. le docteur Lehman raconte qu'il avait vu un autre fait de ce genre sur un enfant né avant terme qui avait respiré aussi pendant plusieurs heures.

Ces faits sont d'une importance extrême sous le point de vue médico-légal, et doivent nous rendre très-circonspects pour décider une question par la docimasie pulmonaire, surtout dans les cas où les enfants sont nés avant terme. Il paraît qu'à cette époque la vie intra-utérine (la vie fœtale) peut se prolonger quelque temps après que l'enfant est né, pendant le temps que l'air met à pénétrer dans la trachée et les bronches, sans que pour cela les vésicules pulmonaires participent à cette respiration.

Obs. II. — Docteur Mecklenburg, médecin cantonal (Kreis Physicus) à Deutsch-Crone, requis par les autorités locales pour examiner un cadavre d'enfant. — N..., fabricant de voitures, maltraitait sa femme, qui accoucha presque aussitôt. L'enfant vécut trois quarts d'heure; il ne cria pas, ne proféra aucun son, mais fit des mouvements, et ouvrit la bouche à plusieurs reprises comme pour respirer. C'était un enfant du sexe féminin, très-petit et délicat; pesant 4 livres 3/4 et long de 15", il avait néanmoins tout l'aspect d'un enfant « mûr » et bien conformé.

M. le docteur M... trouva, en ouvrant le thorax avec prudence, le poumon refoulé en arrière, surtout le gauche, le droit un peu plus en avant. Ni l'un ni l'autre ne recouvraient le péricarde. L'aspect des poumons était d'un brun clair, bords et angles très-tranchants, d'une texture dense. Mis dans l'eau, ils allaient au fond en entier, et coupés par morceaux, exprimés sous l'eau, ils ne dégageaient pas de bulles d'air; à l'incision, ils ne donnaient pas la sensation de crépitation et ne laissaient pas exhaler de sang. La substance pulmonaire était normale. (*Carpers viertel Jahrschrift für gerichtliche und offentliche Medicin*, Juli 1852, p. 146.)

Obs. III. — Docteur Fr. Brefeld, Rigurungs rand., à Breslau, cite l'examen d'un enfant nouveau-né très-petit. — Cet enfant, depuis sa naissance, de midi jusqu'au soir, avait donné des signes non douteux de vie et avait crié; cependant les poumons, tant entiers que coupés en deux et mis dans l'eau, allaient au fond, quoique avec une certaine tendance à surnager; coupés par petits morceaux, ils allaient au fond de l'eau. Seulement le bord du poumon droit paraissait contenir plus ou moins d'air et surnageait. (*Carpers viertel Jahrschrift für gerichtliche Medicin, etc.*, Aprill 1857, p. 239.)

Les observations citées ne sont pas les seules que je connaisse; elles n'ont fait que venir à l'appui d'un fait très-curieux cité par Billard:

Obs. IV. — *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*, 3e édition belge. Bruxelles, 1835, page 294. — Trois jumeaux ayant été apportés à l'hospice des Enfants-Trouvés, le 20 octobre 1826, le plus petit, qui était du sexe féminin, me frappa par la lenteur de ses mouvements, l'état d'affaissement dans lequel il se trouvait et la nature particulière de son cri, qui ne consistait qu'en une *reprise aiguë* entrecoupée et pénible. La poitrine s'élevait et s'abaissait assez régulièrement, mais elle rendait à la percussion un son mat dans toute son étendue, et l'application du stéthoscope ne faisait nullement entendre la respiration. Le cœur battait 50 fois par minute. On fit boire à l'enfant quelques cuillerées d'eau sucrée, etc.; cependant, malgré ces soins, il s'éteignit huit heures après sa naissance.

L'autopsie ayant été faite le lendemain, on trouva le cordon ombilical encore mou. La trachée-artère ayant été liée au-dessus du larynx, on plongea dans l'eau le cœur et les poumons. Ils se précipitèrent sur le-champ au fond du vase; cependant leur tissu n'était pas engorgé; le droit seulement offrait à son bord postérieur une légère congestion. Chaque lobe du poumon fut séparé et plongé dans l'eau; ils se précipitèrent ensemble avec une égale vitesse. Le cœur était plein de sang, les ouvertures fœtales étaient encore libres. — Ainsi la respiration ne s'est pas établie chez cet enfant, ou du moins l'air n'a pénétré que dans les premiers rameaux bronchiques.

« Il n'est pas ordinaire, ajoute Billard, de rencontrer une absence d'air aussi complète chez les enfants qui, comme celui dont il vient d'être question, vivent pendant quelque temps pour ainsi dire de la vie embryonnaire, soit que leur sang conserve les principes vivifiants qu'il avait reçus de la mère, soit que l'oxygène de l'air, absorbé par la peau ou les membranes muqueuses, pénètre dans le torrent de la circulation; soit enfin que cet élément de la vie ne soit pas encore à cette époque d'une aussi grande importance qu'il le sera plus tard. »

Quoi qu'il en soit, l'état anormal dont il est question ne peut pas être nommé du nom de *atilektasis pulmonum* (ἀτελής, incomplet, et ἔκτασις, dilatation), admis d'après les travaux de E. Jœrg, pour indiquer la dilatation incomplète des poumons ou des vésicules pulmonaires; mais si l'on veut un nom pour l'indiquer plus exactement, ce serait celui de *anektasis pulmonum*, que j'ai inscrit en tête de ces lignes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 mars 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu de M. V. Baud un travail intitulé *Emploi thérapeutique des corps gras phosphorés*. Paris, 1858. In-4°.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Affection de l'artère sous-clavière. — M. Morel-Lavallée fait la communication suivante:

Le 9 février 1859, est entré B..., âgé de cinquante-trois ans, serrurier. Complexion moyenne, plutôt un peu faible; pas d'antécédents héréditaires, pas de maladie antérieure.

Il y a un an et demi, en portant son sac d'outils d'environ 6 kilogr. sur l'épaule droite, il éprouva une douleur constrictive qui s'étendait depuis la partie moyenne du sternum jusqu'à la mâchoire, où elle était à son maximum d'intensité. Sa durée fut de deux ou trois minutes. Deux ou trois jours après, en montant une côte rapide, il éprouva un très-fort accès de suffocation, qui le força de se jeter un instant sur l'herbe pour respirer plus à l'aise. A partir de ce moment, ces accidents de dyspnée se sont présentés de nouveau, même quand le malade n'était pas fatigué. Des palpitations s'y sont jointes depuis environ six mois, sans cause connue, même au lit, violentes jusqu'à l'étouffement. Il en a été guéri à l'Hôtel-Dieu, par M. Heurteloup, au moyen de la digitale et de l'application de vingt et un vésicatoires successifs; mais il lui est toujours resté une oppression qui survient à la moindre fatigue, en même temps que les battements du cœur s'exagèrent, ce qui lui rend impossible l'exercice de ses membres supérieurs, et par conséquent de sa profession.

Le thorax est aplati à sa partie supérieure, du côté malade. A gauche, il semble aussi un peu plus large de ce côté. Serait-ce une anomalie congénitale?

En portant le doigt dans la région claviculaire gauche, on y sent, dans la direction des branches qui émergent en ce point de la sous-clavière, et surtout le long d'une de ses branches qui se porte du côté

---

devant les pôles des aimants K K, exerce dans ceux-ci, sur la distribution du magnétisme, une réaction qui fait naître dans le premier fil un courant induit du premier ordre, tandis que celui-ci développe en même temps dans le fil E E un courant induit du deuxième ordre. Ces courants peuvent se recueillir à part à l'aide d'un système de pièces P ou Q qui sont doubles chacune, mais dont, pour chaque système, une seule est visible sur notre dessin. Le courant se rend ensuite par des fils de cuivre enroulés en hélice sur deux excitateurs Y Y, qu'on tient à la main par deux manches de verre pour porter à volonté le courant sur la partie malade.

Enfin, on règle l'intensité des commotions au moyen d'un bouton à vis N, qui sert à rapprocher ou à écarter des aimants la pièce C. Mais le principal régulateur se compose de deux cylindres de cuivre rouge HH, qui enveloppent les bobines et peuvent en recouvrir une partie plus ou moins grande, d'après le tirage qu'on imprime à un tiroir R, auquel ils sont fixés. Les commotions atteignent leur minimum d'intensité lorsque les cylindres recouvrent en entier les bobines, le maximum, quand celles-ci sont entièrement découvertes; phénomènes qui s'expliquent par les courants d'induction qui se développent dans la masse des cylindres.

M. Pulvermacher a imaginé à son tour une nouvelle pile (*chaîne galvanique*), remarquable par sa grande tension et par la facilité avec laquelle on la fait fonctionner. Cette pile, qui a beaucoup de rapport avec la pile à colonnes, est représentée dans la figure 4, au moment où on reçoit la commotion. La figure 3 en représente les détails.

Elle se compose d'une suite de petits cylindres de bois M et N, sur lesquels s'enroulent, l'un à côté de l'autre, sans se toucher, un fil de zinc et un fil de cuivre. A chacun de ses bouts, le fil de zinc *ab* du cylindre M s'articule au fil de cuivre du cylindre N, au moyen de deux petits anneaux de cuivre implantés dans le bois. Puis le zinc du cylindre N se replie de même au cuivre du troisième cylindre, et ainsi de suite, de manière que constamment le zinc d'un cylindre forme avec le cuivre du suivant un couple tout à fait comparable à ceux de la pile à colonnes. Le tout formant ainsi une espèce de chaîne qu'on tient par les deux bouts, on plonge cette chaîne dans un verre contenant du

(Fig. 3).



(Fig. 4).

vinaigre plus ou moins étendu d'eau. Les petits cylindres de bois, qui sont poreux, s'imbibant alors du liquide, font l'office des rondelles acidulées de la pile à colonnes, et l'action chimique qui se produit entre le zinc et l'acide acétique donne naissance à un courant d'autant plus intense que les couples sont plus nombreux. Avec une chaîne de cent-vingt couples, on reçoit de très-fortes secousses.

Pour interrompre le courant, ce qui est nécessaire pour les commotions, M. Pulvermacher fait usage des deux armatures A, B (fig. 4), auxquelles sont fixés les deux pôles de la pile M. L'armature B ne sert qu'à mieux établir le contact avec la main; mais l'armature A, qui a le même usage, sert en outre à l'interruption du courant. Pour cela, elle contient un petit mouvement d'horlogerie qui fait osciller une pièce de manière que tantôt le pôle communique intérieurement avec la paroi *i* de l'armature, et tantôt il n'y communique pas. La rapidité des oscillations, et par suite le nombre des secousses, peuvent varier dans de certaines limites, à l'aide d'un petit régulateur qu'on fait marcher à la main. Enfin, le mouvement d'horlogerie se monte en tournant une clef *d* qui sert de poignée à l'armature.

Tels sont les détails donnés par M. Ganot dans son *Traité de physique*. Nous avons mieux aimé donner à nos lecteurs cette petite page physico-médicale, que de faire une analyse sèche et sans intérêt d'un ouvrage important et d'une utilité incontestable.

Nous avons vu la construction des appareils les plus célèbres en électrothérapie; il nous reste à voir la manière de s'en servir et les reproches qu'on leur a adressés. Nous en ferons le sujet d'un prochain feuilleton.

Dr E. Renaud.

externe de la base du sterno-mastoïdien, un frémissement cataire très-prononcé qui coïncide exclusivement à la systole du ventricule gauche. On le retrouve au doigt dans l'intervalle des scalènes, sur l'artère sous-clavière, et en suivant ce vaisseau jusqu'à la clavicule. Au toucher, on ne le retrouve plus dans l'aisselle ni ailleurs; mais à l'oreille, on le constate à son maximum sur le passage de la sous-clavière, et on le suit décroissant, *en avant et en bas*, jusqu'au-dessous de la partie moyenne de l'intervalle de la clavicule au mamelon, *transversalement*, du côté sain à trois travers de doigt à droite du sternum; du côté malade, jusqu'à l'extrémité de ce diamètre transversal, ainsi que dans l'aisselle.

Le seul point où il soit un peu perceptible en arrière se trouve au-dessus de l'angle supérieur de l'omoplate. La percussion donne un son partout normal. Murmure vésiculaire normal. Volume du cœur normal. Bruits du cœur normaux quant au timbre et à l'intensité, autant du moins qu'il m'est permis de le constater. Le rhythme seul est modifié. J'ai d'abord constaté quelques intermittences que je ne retrouve plus à un examen prolongé; elles se rencontrent également dans l'artère malade. Le pouls radial du côté gauche paraît un peu moins intense que du côté droit, et est de temps en temps surtout un peu en retard sur ce dernier. Ce retard d'ailleurs ne paraît pas constant.

Le maximum du bruit de râpe sur le trajet de la sous-clavière, à son émergence du thorax; sa circonscription, sur le trajet de ce vaisseau et de ses branches; son absence sur le trajet de la carotide et de l'aorte, indique manifestement le siége de la lésion sur ce vaisseau, et à une distance rapprochée de la clavicule. L'intégrité de la sonorité de la poitrine, l'étendue du murmure vésiculaire, exclut l'idée d'une tumeur d'un volume notable. La sensation tactile du frémissement vasculaire, le caractère râpeux du bruit de souffle coïncidant exclusivement au premier temps, montrent évidemment un rétrécissement du calibre artériel. Est-ce un rétrécissement proprement dit? Est-ce un soulèvement de productions crétacées? Est-ce un anévrysme peu développé communiquant avec le vaisseau par un orifice étroit et irrégulier? Quoi qu'il en soit, il y a une remarque à faire ici au point de vue des signes physiques : l'éloignement de l'artère et de sa veine satellite, la précision avec laquelle on peut appliquer le doigt sur l'artère, ne montrent-ils pas que les phénomènes se passent dans ce vaisseau?

Quant au traitement, il serait réduit, selon nous, à celui qu'indiquent les symptômes : combattre la dyspnée par l'hygiène et un exercice extrêmement modéré, en ajoutant de temps à autre, quand l'indication s'en présenterait, quelques saignées pour désemplir le système circulatoire.

— M. CHASSAIGNAC présente une jeune fille atteinte d'une exostose située à la branche droite du maxillaire inférieur. Cette exostose a paru à M. Chassaignac être la conséquence d'un abcès sous-périostique qui communiquait avec l'alvéole. La tumeur présente aujourd'hui des points très-durs, résistants, et d'autres plus mous. Ce chirurgien se demande, afin de produire le moins de désordres possible à la face, quel est le procédé opératoire qui doit être mis en usage. Devra-t-on employer le procédé de Roux, qui pratiquait une incision au-dessous de la mâchoire? M. Chassaignac ne le croit pas praticable dans ce cas. Faudra-t-il fendre la lèvre ou bien attaquer la tumeur par la cavité buccale? Ce sont autant de questions que ce chirurgien a cru devoir soumettre à la Société.

M. VERNEUIL pense qu'il s'agit chez cette jeune malade d'un kyste maxillaire, qui présente des points malades à sa base, et il croit que l'on doit chercher à l'attaquer par la bouche; on ne devra reséquer que la partie saillante de l'exostose, et la partie dure pourra être enlevée avec une petite scie introduite par une ponction cutanée; mais il faudra au préalable, comme l'a conseillé Langenbeck, perforer la base de la tumeur, et chacune des moitiés devra être attaquée séparément. Comme cette lésion n'est point de nature maligne, il importe moins de tout enlever.

M. LENOIR pense, comme M. Verneuil, qu'il s'agit ici d'un kyste de la mâchoire, et alors il conseille de disséquer la membraue gengivale; après avoir mis à découvert la production morbide, il enlèverait par abrasion tout ce qu'il pourrait et ferait suppurer le reste; mais les procédés d'ablation des exostoses ne lui paraissent point devoir être employés dans ce cas.

M. GOSSELIN. Après les communications qui nous ont été faites sur le chloroforme, après la proposition de M. Hervez de Chégoin surtout, il était indispensable que la Société de chirurgie s'occupât un peu de l'anesthésie. Mais il me semble que nous n'avons rien à dire qui n'ait été déjà dit sur ce sujet, et je suis convaincu que nous n'aurons pas de discussion réelle, parce que nous sommes tous d'accord sur les points fondamentaux.

En effet, que nous demande-t-on? Est-ce de supprimer tout à fait les anesthésiques de la pratique chirurgicale? A cette question nous répondrons tous : Non, cette suppression n'est pas possible. Vous répéterez avec MM. Robert, Giraldès et Legouest, que les malades voulant les anesthésiques, et les chirurgiens en ayant besoin, il n'y a pas à songer à nous priver de cette excellente ressource.

Les anesthésiques étant conservés, en est-il un qu'on puisse, dans l'état actuel de la science, substituer au chloroforme? Ici nous répondons encore d'un commun accord qu'il n'en est aucun. Sans doute, on pourra employer les anesthésiques locaux, si on en trouve qui soient suffisants pour la plupart des cas. Ce résultat n'a pas encore été obtenu jusqu'à ce jour. Sans doute aussi on pourra employer l'amylène ou l'éther comme anesthésique général. Mais ces deux substances ne sauraient être conservées autrement que pour quelques cas exceptionnels. Pour l'amylène, on vous a dit avec raison qu'il ne donne qu'une anesthésie temporaire, insuffisante pour beaucoup d'actions chirurgicales; il est incommode, difficile à se procurer, et surtout il peut occasionner la mort. Pour l'éther, que j'ai employé comme la plupart d'entre vous avant le chloroforme, il a les inconvénients, déjà signalés autrefois, de demander beaucoup de temps, de procurer une ivresse bruyante, loquace, parfois érotique chez les femmes, d'exiger des appareils spéciaux. De plus, il ne donne pas les anesthésies profondes, avec résolution musculaire, dont nous ne pouvons plus nous passer aujourd'hui pour le redressement des membres dans les arthrites, pour la réduction des fractures, des luxations, des hernies. Or si l'on veut essayer d'arriver à une anesthésie de ce genre avec l'éther, on expose le malade à la mort tout aussi bien qu'avec le chloroforme. N'oubliez pas, en effet, qu'à l'époque où M. le professeur Bouisson a publié son ouvrage sur les anesthésiques, il a réuni le tableau de cinq morts par l'éther, et que, depuis ce temps, M. Barrier en a eu un autre exemple, qui est cité dans le rapport bien connu de M. Robert.

Je continue, pour ma part, à donner la préférence au chloroforme, non-seulement parce que les autres agents ne lui sont pas supérieurs, mais aussi parce que je ne vois pas que les cas de mort soient assez fréquents pour effrayer et nous faire changer nos habitudes. Pour apprécier exactement les revers du chloroforme, il faudrait en savoir au juste le nombre, et pouvoir le comparer à celui des sujets qui ont été soumis à l'action de cet agent anesthésique. Or ces deux termes du problème ne peuvent être obtenus qu'approximativement. M. Giraldès nous citait une statistique anglaise donnant 68 cas de mort par le chloroforme. J'ai relevé tous ceux qui sont relatés dans nos journaux français, et dont un certain nombre est emprunté aux publications étrangères, et je n'en ai trouvé que 44. Sans doute nos journaux n'ont pas reproduit tous ceux que la presse étrangère a publiés; mais je suis certain au moins que les 24 cas que je n'ai pas retrouvés n'appartiennent pas à la France, et que le nombre des exemples rapportés par les auteurs français est de 18 seulement, chiffre peu effrayant sans doute, comparativement au nombre des sujets qui depuis douze ans ont joui des bénéfices du chloroforme. Mais je crois être autorisé à réduire encore ce chiffre. En effet, sur les 18 cas, 8 appartiennent aux premières années (1848 et 1849) pendant lesquelles nous donnions tous cet agent trop peu mélangé d'air et fort imprudemment. Je n'attacherai donc d'importance réelle qu'aux 10 derniers cas de mort observés dans ces dix dernières années, soit un par an, l'un dans l'autre, pour toute la France.

Envisagées ainsi, les morts par le chloroforme sont de moins en moins effrayantes. Mais je vais plus loin : parmi ces 10 cas, je laisse de côté ceux qui ont eu lieu en province, chez les dentistes, en ville même, dans des conditions enfin où nous ne sommes pas en mesure d'affirmer qu'il n'a pas été commis d'imprudence, et je tiens compte surtout de ceux dont on a été témoin dans les hôpitaux de Paris. Ils sont au nombre de 4, 3 pour les hôpitaux civils, 1 pour les hôpitaux militaires. Quatre en dix années! En regard de ces faits, combien peut-on placer de malades chloroformés dans le même laps de temps?

Ici nous ne pouvons faire que des approximations; il y a à Paris 30 services actifs de chirurgie; on soumet dans chacun d'eux 5 à 10 ou 12 malades par mois au chloroforme. Nous sommes ainsi conduits pour dix années au chiffre de 18 à 30,000, soit 1 mort sur 6,000 ou sur 9,000 chloroformés. Je trouve, quant à moi, cette proportion très-faible en présence des avantages de l'anesthésie, et surtout quand je songe aux compensations données par le chloroforme. En effet, s'il occasionne la mort de quelques malades, et j'accepte la chose comme inévitable, il en préserve certains autres. Nous avons de moins aujourd'hui, grâce au chloroforme, les morts par douleur, par épuisement nerveux, par perturbation morale; nous avons aussi une diminution de gravité dans la fièvre traumatique, et même dans l'infection purulente. J'ai la conviction que cet agent, en diminuant la secousse nerveuse, diminue les chances de mort consécutive.

Ma dernière raison pour conserver le chloroforme, c'est que j'ai une confiance absolue dans la manière dont je l'administre et dans les moyens qui sont à ma disposition pour obvier aux premiers accidents, lorsqu'ils arrivent. Pour ce qui est du mode d'administration, je distingue deux choses : le principe et l'application. Or nous sommes tous d'accord sur le principe. Il ne faut pas donner les vapeurs de chloroforme pures, il faut qu'elles soient mélangées à l'air : à une grande proportion d'air pendant les premières inhalations, et à une quantité de plus en plus faible à mesure que la tolérance s'établit. Pour l'application, nous sommes tous d'avis qu'il faudrait pouvoir doser le chloroforme; malheureusement ce vœu est impossible à réaliser. En effet, il n'en est pas d'un médicament donné par les voies respiratoires comme de ceux que nous donnons par les voies digestives. D'abord, si les vapeurs inhalées entrent pendant l'inspiration, une certaine partie est rejetée pendant l'expiration; comment apprécier exactement la proportion de ce qui reste et de ce qui est rejeté? Ensuite la quantité reçue dans les voies respiratoires à chaque inspiration variant suivant la volatilité de l'agent anesthésique et surtout suivant l'étendue plus ou moins grande des inspirations, comment savoir exactement la quantité en plus qui entre dans les voies aériennes et en sort, quand les inspirations s'accroissent?

Enfin, quand bien même on saurait quelle quantité est reçue dans les voies aériennes, pour que le dosage fût complet, il serait indispensable de connaître la quantité de vapeurs qui est absorbée. Tout ce qui n'est pas expulsé n'est pas pour cela absorbé; une partie des vapeurs peut rester comme emmagasinée dans les dernières ramifications bronchiques ou sur quelques points du trajet aérien : il est impossible d'apprécier exactement s'il en est ainsi, où si tout a été absorbé. Le dosage exact du chloroforme est donc pour moi chose impossible, et on doit se résigner à des approximations. Pour résoudre le problème de donner le chloroforme progressivement et cependant à des doses suffisantes, on peut simplement se servir d'un appareil spécial, du mouchoir, du cornet, de l'éponge, ou, comme je le fais habituellement, d'une compresse nouée en cul-de-sac, au fond de laquelle on met un tampon de charpie ou de ouate plus ou moins volumineux, suivant l'âge et la susceptibilité présumée du sujet. J'accorde très-volontiers à M. Robert qu'avec l'appareil dont il nous a parlé on peut satisfaire au principe général que j'ai posé en commençant, mais je ne lui accorderais pas aussi volontiers qu'on y satisfait mieux qu'avec les autres moyens. Tout chirurgien qui veut donner le chloroforme progressivement et bien mélangé avec l'air, peut le faire aussi bien avec les autres procédés qu'avec l'appareil de M. Charrière.

Le précepte auquel j'attache le plus d'importance dans l'administration du chloroforme, est, comme je l'ai déjà dit ici, d'interrompre souvent l'inhalation. Chez tous les malades, j'interromps après les trois ou quatre premières inspirations; je laisse faire une ou deux inspirations sans chloroforme, et je reprends; j'interromps et reprends de la même façon, tant que le sujet n'est pas endormi. De plus, j'interromps quand le pouls faiblit, quand le malade s'agite, et surtout quand je lui vois faire tout à coup des inspirations beaucoup plus profondes que celles qu'il faisait auparavant. Au moyen de ces intermittences répétées, le chloroforme a le temps de se répartir dans toute l'économie, sans concentrer son action sur les fonctions indispensables à la vie. Elles constituent, pour moi, le moyen principal d'éviter les accidents sérieux, ceux surtout qui dépendent de la paralysie du cœur.

J'ai confiance, en outre, dans les percussions et pressions faites sur la poitrine dans les cas où la respiration se suspend tout à coup pendant les inhalations, comme dans ceux où le cœur ralentit ou suspend ses battements. Je sais bien que la respiration artificielle est le moyen auquel la plupart des chirurgiens accordent aujourd'hui la préférence contre les accidents du chloroforme; mais pourtant j'entends encore préconiser les insufflations bouche à bouche, la situation de la tête en bas, la traction de la langue hors de la bouche, la titillation de l'ouverture du larynx. Je ne nie pas l'utilité de ces moyens, mais le plus efficace est celui dont j'ai parlé, et comme le temps presse en pareil cas, c'est celui auquel on doit recourir d'abord, non pas seulement en vue de faire la respiration artificielle, mais aussi en vue de réveiller, par les secousses de la poitrine, les fonctions du cœur plus ou moins engourdi. Ma confiance dans ce moyen n'est pas fondée sur des faits cliniques seulement; j'ai eu deux ou trois fois une cessation de la respiration, qui a cédé promptement à quelques percussions et pressions de ce genre; mais je crois que les autres moyens auraient réussi de même, parce que les intermittences de l'inhalation avaient rendu l'accident moins sérieux. Cette confiance résulte surtout d'une expérience que j'ai faite souvent, et que je répète tous les ans au moins une fois devant les élèves de l'hôpital Cochin.

Elle consiste à faire respirer du chloroforme à deux chiens jusqu'à mort apparente, avec cessation de la respiration et du pouls, puis à laisser l'un et à faire des pressions continues sur le thorax de l'autre. Le premier reste mort, le second revient presque toujours à la vie après dix, quinze, et même vingt minutes.

M. LARREY croit la discussion épuisée, au moins pour le moment, et qu'il sera difficile de la continuer dans des termes différents de ceux qui ont eu lieu il y a quelques années au sein même de la Société de chirurgie, et plus tard à l'Académie de médecine. Il propose donc de restreindre la discussion à l'opportunité de l'emploi du chloroforme.

M. ROBERT, qui partage la manière de voir de M. Larrey, croit que toute discussion est impossible, et il demande que l'on mette aux voix la proposition de M. Hervez de Chégoin, qui est rejetée à l'unanimité.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC présente les os de la jambe d'une jeune femme, qui a été amputée pour une tumeur myéloïde il y a huit jours. Il existait dans la partie supérieure du tibia, sous les cartilages, une masse qui avait la plus grande analogie avec l'encéphaloïde, et que le microscope a démontré être formée par des myéoplaxes, ce qui fait penser à M. Chassaignac, d'après les opinions dernièrement émises par M. Follin au sein de la Société, que la maladie ne récidivera point.

M. GIRALDÈS combat l'idée qui veut que les tumeurs myéloïdes soient toujours bénignes. Dans le 9e volume des *Transactions* de la Société pathologique de Londres, il y a un cas de généralisation de ces tumeurs, et il en connaît encore un autre exemple où la maladie s'était reproduite dans les viscères.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, HOUEL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 10 janvier dernier, MM. Delioux de Savignac et Sené Pradier, chirurgiens de la marine en retraite, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— La Faculté de médecine de Paris, consultée par M. le ministre de l'instruction publique sur l'opportunité de la création de chaires nouvelles, vient d'émettre, à une grande majorité, le vœu que la chaire d'histoire de la médecine soit rétablie.

— Dans la séance extraordinaire du 15 février dernier, la Société impériale de médecine de Constantinople a procédé au renouvellement de son bureau. Ont été nommés : président, M. Pincoffs; vice-présidents, MM. Schinas, Baptiste Spadaro; secrétaire général, M. Mühlig; secrétaire spécial, M. Razis; trésorier, M. G. Della Sudda.

— La *Gazette médicale d'Orient* donne les détails suivants sur l'épidémie de peste qui règne dans une partie de l'Empire ottoman : A Benghasi, du 7 décembre au 16 janvier, date du dernier rapport de l'inspecteur sanitaire, il n'y avait plus eu de nouvelle attaque de peste. A Derna, du 6 au 12 décembre, il y avait eu 59 décès et 95 attaques; du 13 au 19, 32 décès et 59 attaques; du 20 au 26, 41 décès et 86 attaques. A Merdji, du 9 au 16 décembre, 4 décès, chiffre des attaques inconnu; du 17 décembre au 8 janvier, 6 décès, 6 attaques. A Guégueb la santé publique était bonne. D'Audjlah pas de nouvelles.

— Une erreur typographique s'est glissée dans notre dernier numéro, page 138, dans les formules des potions conseillées par M. Costantin contre le croup. A la place de *Poudre de morphine*, il faut lire *Sirop de morphine*. Nous rétablissons d'ailleurs ces formules.

Potion n° 1.

Émulsion simple.	250 grammes.
Sirop de morphine.	60 —
Émétique.	1 —

Potion n° 2.

Émulsion simple.	250 grammes.
Sirop de morphine.	52 —
Émétique.	80 centigr.

Potion n° 3.

Émulsion simple.	250 grammes.
Sirop de morphine.	45 —
Émétique.	60 centigr.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 37. — MARDI 29 MARS 1859. (32e ANNÉE.) N° 37. — MARDI 29 MARS 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL COCHIN (M. Gosselin). Anévrysme de l'artère poplitée droite ; traitement par la compression incomplète d'abord, puis totale de la fémorale ; abcès consécutif du sac ; guérison. — De la dynamoscopie dans l'hémorrhagie cérébrale. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 21 mars. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Edwin Lee sur l'influence du climat sur la phthisie. — Nouvelles.

PARIS, LE 28 MARS 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a reçu dans la séance du 21 mars une nouvelle communication de M. le professeur Pouchet, qui a trait, mais indirectement, à la question de la génération spontanée. Parmi les nombreuses objections qui lui ont été adressées à ce sujet, on s'est servi en particulier de cet argument, que l'atmosphère étant remplie de corpuscules organiques et d'œufs toujours prêts à se développer sous l'influence de conditions favorables, c'était là une cause fréquente de méprises dans l'appréciation du résultat des expériences qui ont pour objet de démontrer la génération spontanée. C'est cette objection que M. Pouchet a cherché à détruire en instituant une nouvelle série de recherches à l'aide desquelles il croit être parvenu à démontrer que les corpuscules suspendus dans la poussière atmosphérique ne sont ni des œufs ni des corpuscules organiques.

On trouvera dans le compte rendu de la séance l'extrait et les conclusions d'un mémoire de M. Jeannel sur l'absorption et l'assimilation des huiles grasses émulsionnées et sur l'action dynamique des sels gras à base de mercure; ainsi qu'une note de M. T. L. Phipson relative à l'action de la santonine sur la vue.

Ce petit tribut payé à la dernière séance, revenons à la séance publique annuelle et aux travaux couronnés.

— Les travaux relatifs à la médecine et à la chirurgie, qui ont été l'objet des récompenses et des distinctions de l'Académie, sont, d'après leur ordre de mérite, les travaux de M. Négrier sur les ovaires ; les recherches de M. Landouzy sur l'amaurose dans l'albuminurie ; le *Traité de géographie et de statistique médicales* de M. Boudin ; les recherches de M. Denis sur le sang ; un travail de M. Giraldès sur l'anatomie du cordon spermatique; un mémoire de M. A. Forget sur les anomalies dentaires et leur influence sur les maladies des os maxillaires ; le *Traité de thérapeutique des eaux minérales* de M. Durand-Fardel, et un mémoire de M. Lefoulon sur les déviations des dents.

Quelques-uns de ces travaux, tels que le *Traité de géographie médicale* et le *Traité de thérapeutique des eaux minérales* sont déjà connus de nos lecteurs ; nous n'aurons donc à nous occuper ici que des travaux inédits ou qui du moins n'ont pas encore reçu la même publicité que les ouvrages que nous venons de citer.

Tout le monde connaît les belles recherches de M. Négrier sur les ovaires et sur la menstruation. On sait que ces recherches sont devenues le point de départ d'un grand nombre de travaux et la base des théories le plus universellement admises aujourd'hui sur cette importante fonction. M. Négrier avait communiqué récemment à l'Académie un travail supplémentaire renfermant un grand nombre de faits confirmatifs de ses précédents travaux, relativement à l'anatomie, aux fonctions, à la pathologie, soit des ovaires, soit de l'utérus, à l'inflammation des ovules, et à l'hystérie en particulier. C'est ce travail supplémentaire que l'Académie a récompensé par le prix de médecine et de chirurgie.

Dans deux mémoires successifs adressés à l'Académie en 1849 et 1850, sur l'affaiblissement de la vue dans la néphrite albumineuse, M. Landouzy a établi : 1° Que les troubles de la vue sont un symptôme fréquent de la néphrite albumineuse ; 2° que ces troubles constituent une nouvelle espèce d'amaurose qu'on peut appeler *amaurose albuminurique*. Ces résultats des recherches cliniques de M. Landouzy ont reçu depuis de nombreuses confirmations ; nous rappellerons entre autres les recherches intéressantes que M. le docteur Lecorché a entreprises sur ce sujet, sous la direction de M. Rayer, et qui sont consignées dans sa dissertation inaugurale de l'année dernière.

Les travaux de M. Denis sur le sang et ses principes immédiats sont connus depuis longtemps, et ont reçu sur beaucoup de points la sanction de l'expérience et des applications devenues usuelles en pathologie et en physiologie. Aussi n'est-ce point à titre de nouveauté, mais comme confirmant les résultats de ses premiers travaux, que l'Académie a honoré d'une distinction les communications que M. Denis lui a adressées sur le même sujet dans le cours de ces dernières années.

M. Giraldès avait soumis à l'Académie des recherches anatomiques sur un organe placé dans le cordon spermatique, et dont l'existence n'a pas été signalée par les anatomistes. L'organe en question, dit le rapporteur de la commission, paraît représenter chez l'homme le canal de Rosenmuller, et n'être qu'une dépendance du corps de Wolf. Il est formé de tubes renflés, dont les ampoules, les dilatations, se détachent de l'ensemble pour former des vésicules séparées. La dilatation ultérieure de ces vésicules est le point de départ de certains kystes du cordon testiculaire. L'auteur démontre par des observations que ces tumeurs, qui n'ont point été signalées sur le fœtus, sont assez communes au moment de la naissance : fait important, au jugement de la commission, et dont il faudra tenir compte désormais dans l'histoire des kystes de l'épididyme.

Enfin, dans un mémoire sur les anomalies dentaires et leur influence sur les maladies des os maxillaires, M. A. Forget a traité des altérations de nutrition et de développement des dents. Une observation intéressante de tumeur développée dans l'os maxillaire inférieur et le traitement que cette tumeur a exigé, ont amené M. A. Forget à conclure qu'elle n'est autre qu'un produit de la fusion des follicules ou de leur supersécrétion, ainsi que de la fonction exagérée de la membrane périosto-dentaire. Se fondant sur le siége de la tumeur, sur l'absence des dents, sur la nature de la production, examinée d'ailleurs au microscope avec le plus grand soin, M. Forget formule sa pensée en disant que des tumeurs osseuses peuvent être le résultat d'un surcroît d'action des follicules dentaires et de leur enveloppe. Il résulte, en outre, de son travail, un fait complétement nouveau, à savoir : que les dents se trouvant par anomalie dans l'épaisseur des maxillaires, peuvent y subir des transformations telles, que, dans certains cas, elles constituent de véritables tumeurs dont la nature et l'origine n'avaient pas été entrevues jusqu'ici.

Tels sont les travaux auxquels l'Académie, sur le rapport de la commission des prix de médecine et de chirurgie, a accordé des récompenses. Il nous reste à parler maintenant du travail qui a mérité le prix annuel du legs Bréant.

Cette année, pas plus que les précédentes, l'Académie n'a jugé qu'il y eût lieu à décerner le prix ; mais elle a distingué par une récompense, suivant l'intention du testateur, un travail qui rentre dans les conditions du programme. C'est le travail de M. Doyère sur la composition de l'air expiré chez les cholériques, et sur la température du corps de ces malades pendant les derniers instants de leur vie.

Avec le secours d'un appareil de son invention qui, par sa simplicité, dit la commission, rend les recherches de ce genre plus abordables pour les médecins, et assez exactes pour donner des résultats comparables, M. Doyère a fait des analyses comparatives de produits expirés chez les cholériques et chez l'homme sain ; chacune de ces analyses comprend la détermination de l'oxygène consommé et celle de l'acide carbonique produit. M. Doyère a constaté ce résultat (que nous avons déjà fait connaître à l'époque de ses premières communications) que l'air expiré par les cholériques contient plus d'oxygène que dans l'état normal, et que plus le choléra était grave, plus l'expiration donnait d'oxygène. Il a constaté également, dans les mêmes circonstances, un abaissement notable et constant de la proportion de l'acide carbonique. La conséquence de ces premiers résultats est qu'on peut, par l'analyse des produits expirés, mesurer la gravité du mal. Ainsi, chez les cholériques qui ont guéri promptement, l'oxygène absorbé n'est pas tombé au-dessous de 3 p. 0/0, ni l'acide carbonique exhalé au-dessous de 2, 3 p. 0/0 ; et par contre, aucun malade n'a été sauvé après que les chiffres donnés par l'analyse étaient tombés plus bas que 1,75 pour le premier gaz, et 1,45 pour le second, et cela dans le cas même où l'amélioration des symptômes avait fait concevoir de grandes espérances.

Un résultat que la commission signale comme l'un des plus intéressants dans le travail de M. Doyère, c'est que, malgré la diminution d'activité de la fonction respiratoire, malgré la combustion moindre du carbone, la température du corps ne va pas moins s'accroissant d'une manière notable; et alors qu'il ne s'échappe plus par le poumon qu'une quantité d'acide carbonique beaucoup plus faible que celle de l'état physiologique, on voit la température axillaire marquer 40 degrés et plus. Ce n'est pas tout. M. Doyère a constaté encore ce fait inattendu, qu'aux approches de la mort, lorsque la circulation s'embarrasse et va s'arrêter, lorsque la fonction respiratoire devient d'instant en instant moins active, la température axillaire augmente chez les cholériques, à ce point qu'elle s'élève jusqu'à 43 degrés, c'est-à-dire qu'elle atteint alors un maximum auquel elle ne monte que très-rarement dans les maladies fébriles, pendant le cours desquelles on observe la plus grande production de chaleur. Au moment où la mort survient, ce singulier phénomène d'ascension de la température cesse brusquement.

On sait que des faits analogues ont été constatés par d'autres observateurs pour d'autres maladies, telles que la fièvre typhoïde, la scarlatine, la fièvre jaune, etc. ; il y a donc lieu de se demander si cette production subite d'une plus forte somme de chaleur, au moment où la vie va finir, appartient seulement à l'agonie de certaines maladies, ou si ce n'est pas un des phénomènes de l'agonie elle-même, quelle que soit la maladie qui ait existé. — C'est une question que M. Doyère n'a pu que se poser, et que le rapporteur de la commission propose aux observateurs comme nouveau sujet de recherches. L'Académie, en donnant à M. Doyère le prix annuel de la fondation Bréant, a entendu surtout « récompenser un travail dont l'objet a été de chercher à éclairer de la lumière des sciences physiques d'importants problèmes de pathologie, et encourager les tentatives de ce genre, à la condition toutefois de ne point méconnaître les lois de la vie et de prendre pour appui et pour guide la méthode expérimentale. » — Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. GOSSELIN.

Anévrysme de l'artère poplitée droite ; traitement par la compression incomplète d'abord, puis totale de la fémorale. Abcès consécutif du sac. — Guérison.

(Observation recueillie par MM. Léon LABBÉ et Paul TILLAUX, internes des hôpitaux.)

Les exemples de guérison d'anévrysmes poplités par la compression ne sont plus rares aujourd'hui. Mais dans la plupart de ceux qui ont été publiés, on n'a pas toujours suffisamment insisté sur le but qu'a voulu se proposer le chirurgien, et sur les motifs qui lui ont fait donner la préférence à l'un des modes connus de compression. Depuis surtout que MM. Vanzetti et Michaux ont fait connaître les succès obtenus par la compression digitale, on se demande si ce procédé séduisant doit être employé d'emblée, ou s'il vaut mieux n'y recourir qu'après avoir mis en usage pendant un certain temps la compression incomplète avec les appareils.

Dans l'observation qu'on va lire, MM. Broca et Gosselin, qui ont dirigé ensemble le traitement, ont voulu ne faire d'abord que la compression incomplète de l'artère fémorale, dans le double but de favoriser le développement de la circulation collatérale avant l'oblitération définitive de l'artère, et d'obtenir le dépôt, dans la poche, de caillots actifs ou fibrineux. Ils auraient voulu même obtenir la guérison par ce seul mode de traitement, mais obligés d'y renoncer par les douleurs et la fatigue du malade, ils ont dû terminer par la compression totale faite avec les doigts.

On verra cependant que la compression digitale a été modifiée par l'application sur les doigts d'un sac à plomb, qui a permis à chacun des aides de continuer sans fatigue et sans souffrance la compression pendant au moins quinze minutes.

Cette observation se fait remarquer encore par cette circonstance qu'il eût été impossible d'obtenir avec les appareils une compression totale. Les pelotes étaient dérangées au bout de quelques minutes par les contractions musculaires, ou bien par les pulsations toujours très-fortes de l'artère. Si l'on n'avait pas eu la ressource de la compression digitale, la ligature fût devenue indispensable. Il est vrai que, faite dans ces conditions, c'est-à-dire après une compression préparatoire qui, quoique incomplète, avait amené la dilatation des collatérales et des modifications importantes dans le sac, elle aurait eu bien plus de chances de succès que si on l'avait pratiquée tout d'abord.

H... (Charles-Édouard), âgé de cinquante ans, employé au chemin de fer d'Orléans, s'est toujours assez bien porté. Il n'a jamais eu de syphilis; il n'existe actuellement aucun symptôme qui puisse indiquer une maladie du cœur.

Il y a environ dix-huit mois (avril 1857), cet homme fit une chute de la hauteur d'un mètre environ; la partie antérieure et inférieure de la cuisse droite porta sur une pièce de bois à bords mousses. Une ecchymose survint au niveau de la partie contuse et se dissipa bientôt, à la suite de l'application de liquides résolutifs. Cet accident ne l'empêcha pas de continuer son travail; notons cependant qu'à dater de ce jour il exista un léger endolorissement dans le jarret et le mollet.

Un mois environ après l'accident, des douleurs se manifestèrent dans le jarret.

Au mois de novembre dernier, du gonflement s'est montré au niveau des malléoles. A cette époque, H... consulta M. le docteur Maugeret, médecin de la station de chemin de fer à laquelle il était attaché. Ce dernier constata positivement un anévrysme poplité. Des battements très-manifestes existaient alors; ces battements, au dire du malade, se seraient montrés bien antérieurement, mais il est impossible, d'après les renseignements fournis, de préciser la date de leur apparition. Le repos au lit fut conseillé, mais le malade ne tint aucun compte de cette recommandation.

La tumeur ayant augmenté, et des douleurs étant survenues dans le mollet, MM. les docteurs Bisson et Gallard, médecins de la compagnie du chemin de fer d'Orléans, furent consultés; ils déclarèrent que le moment était venu d'entreprendre un traitement chirurgical, et donnèrent au malade le conseil d'entrer à l'hôpital Cochin, où il se rendit en effet le 21 novembre 1858.

L'examen direct révèle :

1° Une augmentation légère du volume de tout le mollet, et un peu de dilatation des veines superficielles de la jambe.

2° Au niveau du creux poplité : tumeur grosse au moins comme un œuf d'oie, assez bien circonscrite par en haut, mais mal limitée par en bas; offrant des battements isochrones à ceux du pouls, battements très-forts, faciles à constater par la vue et le toucher; la compression de l'artère crurale les fait cesser complétement. Les doigts, placés transversalement de chaque côté de la tumeur, sont écartés à chaque pulsation. A l'auscultation on entend un bruit de souffle intermittent.

3° La peau, au niveau de la tumeur, présente sa coloration normale; point de gonflement au niveau des malléoles ni d'œdème de la jambe.

4° L'examen le plus minutieux ne révèle aucune altération ni du côté du cœur ni dans le reste de l'arbre circulaire artériel.

Le 25 novembre, le malade est examiné par M. Broca, dont M. Gosselin avait réclamé les conseils et l'intervention pour toute la durée du traitement. Ces deux chirurgiens décident que le traitement par la compression intermittente et incomplète sera d'abord employé, dans le but de faciliter le développement des artères collatérales et d'obtenir la formation de caillots fibrineux. Ce jour même, à l'aide des doigts appliqués dans la région de l'aine, on comprime l'artère fémorale pendant deux heures le matin (de 11 h. à 1 beures), et une beure le soir (de 5 à 6 heures). Le malade ne s'est nullement trouvé incommodé.

Le 26, on commence la compression incomplète avec l'appareil de M. Broca. Cet appareil est placé par M. Broca lui-même à neuf heures du matin. L'une des pelotes, correspondant à la région de l'aine, est seule appliquée sur l'artère; elle est à dessein assez peu serrée pour que l'on puisse encore constater dans la tumeur quelques légères pulsations. Quelques minutes après une douleur vive se fait sentir dans le mollet et le jarret; elle devient assez intense pour donner au malade un malaise général et une agitation nerveuse très-marquée, qui obligent à enlever la pelote au bout d'une demi-beure.

A onze heures la pelote est néanmoins remise en place; la douleur dans le mollet et le jarret reparaît, mais bien moins vive que la première fois. La compression est continuée jusqu'à cinq beures du soir; on a été obligé de resserrer souvent l'appareil, parce que les battements redevenaient trop forts dans la tumeur.

A cinq heures, le malade se plaignant de souffrir beaucoup dans l'aine, M. Gosselin déplace la pelote et la fixe sur l'artère à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la cuisse. Cette pelote est restée appliquée jusqu'à minuit; mais à de fréquents intervalles on a été obligé de remédier à sa tendance au déplacement.

A minuit, le malade souffrant beaucoup de la compression fémorale, on réapplique la pelote au niveau de l'aine; puis, à sept heures du matin, elle est de nouveau portée au tiers supérieur de la cuisse.

Le malade prend une potion avec dix gouttes de teinture de digitale et quatre pilules de Vallet.

Le 27, à la visite du matin, les pulsations de la tumeur sont toujours très-fortes, et pour les amoindrir sensiblement, on est obligé de pousser la compression au point de déterminer de la douleur. MM. Gosselin et Broca conviennent que si le malade souffre trop, on cessera la compression pendant une heure ou deux, ou plus, s'il est nécessaire.

A onze beures, les souffrances sont violentes, la compression est cessée; la peau de l'aine est rougeâtre et un peu violacée.

A deux heures de l'après-midi, la pelote est réappliquée, mais cette fois au-dessus de l'arcade pubienne (compression sus-inguinale).

Les battements deviennent imperceptibles, mais reparaissent bientôt après.

Un aide, placé en permanence à côté du malade, resserre l'appareil aussitôt que les pulsations redeviennent trop fortes.

A cinq heures, M. Gosselin trouve le malade mécontent, anxieux, se plaignant de souffrir au niveau du point comprimé, dans le jarret, le mollet et même le talon. Le pouls est fréquent et fort. Compression à la partie moyenne de la cuisse; douleurs vives; la pelote est placée à 2 centimètres plus haut, et cette fois elle est supportée jusqu'à onze beures du soir; mais, au moindre mouvement du malade, elle se déplace assez pour que les pulsations reprennent une grande force.

A onze heures et demie la pelote est remontée un peu plus haut encore; le malade s'est endormi, et jusque vers six heures du matin la compression a été opérée d'une manière satisfaisante.

Le 28 novembre, vers six heures du matin, les douleurs du jarret et du mollet étaient tellement intenses, que le malade a enlevé lui-même l'appareil tout entier.

A neuf beures, M. Broca, présent à la visite, replace une pelote vers la partie moyenne du triangle de Scarpa; puis il fait appliquer le sac à plomb au niveau de la naissance de la fémorale. Si les douleurs deviennent trop vives, le malade pourra desserrer la pelote, mais il devra maintenir la compression avec le sac à plomb.

A deux heures, la pelote est desserrée, puis mise de nouveau en place à trois beures.

A quatre heures, le malade souffre horriblement; il enlève l'appareil.

A cinq heures, M. Gosselin trouve le malade ne faisant plus la compression qu'avec le sac à plomb. L'appareil de M. Broca n'est pas réappliqué, et à neuf beures du soir survient un paroxysme tel dans les douleurs au niveau du mollet et de la tumeur elle-même, que le malade ne peut supporter même la pression du sac à plomb.

A partir de ce moment jusqu'à six heures du matin, des douleurs violentes ont existé sans interruption; le malade ne pouvait plus étendre la jambe sur la cuisse, et il était obligé de changer incessamment de position. Agitation extrême, sommeil nul. — Deux pilules d'extrait d'opium de 0,05 chacune avaient été administrées à neuf beures et demie.

Le 29, ce matin, à six beures, l'appareil a été remis en place incomplétement par le malade, et à huit heures et demie M. Gosselin réapplique sac et pelote. La poche anévrysmale est moins réductible, et les parois paraissent plus épaisses. — Saignée de 300 grammes.

Le 30, sauf cinq ou six interruptions très-courtes pendant les vingt-quatre heures, la compression au niveau du tiers inférieur de la cuisse a été très-bien supportée. — 10 centigrammes d'extrait d'opium. La tumeur n'est plus réductible, et les battements ont diminué d'une manière notable. Il est convenu qu'on fera alternativement la compression avec le sac à plomb et la pelote de l'appareil.

Le 1er décembre, le malade a supporté la compression alternative toute la journée et toute la nuit sans en être incommodé; au contraire, les douleurs reparaissaient aussitôt que la compression était moins complète. Les battements sont moins forts, et semblent perçus à travers une paroi plus épaisse.

Le 2, la compression a été supportée. Le malade a dormi.

Le 3, le malade est un peu découragé, et se plaint de la compression.

Les 4, 5 et 6, on comprime alternativement avec le sac à plomb et la pelote. Les battements de la tumeur n'ont pas beaucoup diminué ces derniers jours. Quoique moins souffrant, H... se plaint de la durée du traitement, et demande avec instance qu'on l'accélère le plus possible.

Le 7 décembre (onzième jour), la tumeur paraissant plus dure, et une artère collatérale pouvant être sentie de chaque côté du genou, MM. Broca et Gosselin décident que la compression totale doit être essayée.

L'appareil à pelotes, chez notre malade, n'étant pas suffisant pour faire disparaître complétement les battements, parce que les pelotes glissent facilement au moindre mouvement et que le plus petit déplacement suffit pour permettre le passage du sang, il est convenu qu'à partir de dix heures du matin des élèves resteront à demeure auprès du malade, en ayant soin d'avoir toujours une main sur la tumeur, afin de remettre la pelote en place aussitôt que les moindres battements reparaîtront dans l'anévrysme.

Le 8, quoique l'appareil ait été remis en place à tous moments, on n'a pu parvenir à empêcher complétement la circulation dans l'artère fémorale. Il n'y a pas de diminution sensible dans la force des pulsations de la tumeur; seulement la poche est de moins en moins réductible. Il est décidé que pour interrompre complétement le cours du sang, la compression digitale permanente sera faite par des aides.

Elle est commencée ce jour-là même (douzième jour), à huit heures et demie du matin. Douze élèves se sont offerts et ont été utilisés pour l'exécuter sans interruption jusqu'au lendemain matin. Deux sont restés en permanence auprès du malade pendant deux heures, l'un comprimant, pendant que l'autre avait une main sur la tumeur pour chercher si les pulsations reparaissaient. La compression était faite au pli de l'aine. Au commencement, chacun des aides comprimait avec ses deux mains à la fois; mais comme la fatigue arrivait promptement, ils eurent l'idée d'utiliser bientôt une manœuvre que M. Broca avait exécutée devant eux, l'application sur la main du sac à plomb (d'environ un kilogramme). Cette ressource permit à chacun des élèves de continuer la compression, sans fatigue, pendant dix et quinze minutes; nous-même, qui avons été chargé de ce service la nuit, nous l'avons continuée quarante et quarante-cinq minutes de suite. Cette compression a empêché totalement les battements dans la tumeur. Les aides ont d'ailleurs apporté les plus grandes précautions pour que la compression ne fût pas interrompue au moment où ils se succédaient.

A cinq heures du soir, le malade, qui n'avait éprouvé jusqu'à ce moment d'autres souffrances que celle perçue au pli de l'aine (point comprimé), est pris tout à coup d'une douleur excessivement vive dans le jarret et le mollet; elle a persisté jusqu'à six heures et demie.

A ce moment, un œdème considérable de la jambe se manifeste rapidement, et le pied se refroidit un peu. Les battements de la tumeur ne sont presque plus perceptibles.

A neuf beures du soir, l'œdème a beaucoup diminué; cessation complète des battements. Néanmoins, la compression est continuée toute la nuit.

Le 10, on cesse de comprimer à huit heures et demie. MM. Gosselin et Broca constatent l'absence des battements, et sont d'avis que la compression ne sera plus pratiquée. En dehors et en dedans du genou, on sent battre des collatérales qui sont encore bien développées. La jambe et le pied conservent leur chaleur. Dans la journée, le malade est pris de douleurs qui s'étendent du creux du jarret jusqu'au pied. — Frictions avec le baume tranquille et le laudanum.

Le 11, les battements ne reparaissent pas daus la tumeur; celle-ci diminue de volume. Les collatérales fonctionnent bien. Le malade souffre toujours de temps en temps dans le jarret, et surtout dans le pied.

Le 13, les douleurs ont sensiblement diminué.

Le 14, pendant la nuit, deux accès de douleurs très-vives. On sent au côté externe du creux du jarret une tumeur molle et fluctuante qui paraît être un abcès.

Les 15 et 16, douleurs modérées.

Le 17, une ponction exploratrice est pratiquée; le trocart joue librement dans un espace assez étendu; mais l'on ne parvient pas, même avec la seringue à aspiration appliquée à l'embouchure de la canule, à donner issue à aucun liquide. Lorsque la canule a été retirée, en soufflant avec force par son pavillon, on fait sortir quelques gouttelettes de sang noirâtre, qui donnent lieu de penser que la collection de liquide est formée par du sang plutôt que par du pus. Il faut noter que l'apparition de la tumeur n'a été accompagnée d'aucuns pbénomènes inflammatoires bien marqués, ni locaux, ni généraux. Une douleur locale intense a seule attiré l'attention.

Les 18, 19, 20, rien de remarquable à noter.

Le 21. Ce matin on a commencé l'application de la glace à demeure; en même temps on exerce sur la tumeur une compression modérée.

Le 22, augmentation notable de la tumeur à sa partie centrale. Fluctuation de plus en plus marquée. Continuation de l'emploi des mêmes moyens. Les douleurs sont par moments plus intenses au niveau du jarret et du pied.

Le 24, la piqûre du trocart est complétement cicatrisée. Les douleurs ont été très-vives hier toute la journée et toute la nuit. La tumeur est rouge et plus fluctuante que jamais.

Le 26, le malade continue à souffrir beaucoup. Nouvelle ponction exploratrice; écoulemeut d'un liquide brunâtre, très-fétide. Le malade ne mange pas; il paraît complétement démoralisé.

Le 30, la tumeur devient plus fluctuante; elle s'étend en haut et en bas. Le malade éprouve toujours des douleurs.

Le 3 janvier 1859, la tumeur étant devenue plus proéminante, et du pus s'étant fait jour pendant la nuit par la cicatrice rouverte de la dernière ponction, M. Gosselin introduit par cet orifice un stylet cannelé et fait une incision de 4 centimètres environ. Il s'écoule une grande quantité de pus épais, non mélangé de caillots sanguins. On évite d'introduire le doigt et de presser sur la tumeur, dans la crainte de déranger quelques caillots protecteurs. Le pus n'est pas fétide.

Le 4. Ce matin le malade se sent très-soulagé. Pendant toute la journée d'hier, il est sorti beaucoup de pus sans mélange de sang. Aujourd'bui le cataplasme est couvert de pus sanguinolent, et par la plaie sortent d'assez longs caillots aplatis, rouges en général, striés par places de lignes grisâtres, qui paraissent fibrineuses.

Le 5, pus très-sanguinolent. Le malade souffre de moins en moins, et son état général s'améliore.

Le 7, la suppuration est très-abondante, mais moins sanguinolente. Les douleurs diminuent chaque jour. L'état général est plus satisfaisant.

Le 8, moins de sang dans le pus.

Le 18, la suppuration continue, abondante, plus séreuse, un peu fétide. L'état général est bon, malgré le retour de quelques douleurs.

Le 19. Aujourd'hui, ce n'est pas seulement du pus qui tacbe le pansement, mais un peu de sang pur et caillebоté.

Le 27. Depuis quelques jours la suppuration a considérablement diminué. Il n'est plus sorti de sang. Le pansement n'a plus lieu qu'une fuis par jour, et c'est à peine s'il est taché de pus.

Le 14 février. Depuis trois semaines la cicatrisation a marché sans aucune particularité. Aujourd'hui elle est à peu près terminée.

Le 24, il n'y a plus au niveau de l'abcès qu'une plaie superficielle très-petite, dont la cicatrisation semble devoir se compléter d'ici à quelques jours. Le malade, après avoir marché depuis une quinzaine de jours avec des béquilles, commence à ne plus se servir que d'une canne. Le genou a repris la presque totalité de ses mouvements de flexion et d'extension. Les douleurs ont entièrement disparu, et il ne reste de l'ancienne tumeur qu'un peu d'induration mal circonscrite dans le jarret. On sent toujours battre sur les parties latérales du genou des collatérales très-développées; mais nous n'avons pu jusqu'ici trouver de battements sur le trajet de la tibiale postérieure, ni sur celui de la pédieuse.

DE LA DYNAMOSCOPIE DANS L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE (1).

Par M. le docteur Collongues.

Deuxième Catégorie.

Cette catégorie comprend tous les cas d'apoplexie suivie d'hémiplégie avec conservation de la vie.

Obs. I. — M. le baron de J..., habitait Passy depuis longtemps, et allait tuus les jours à Paris pour ses affaires. Un jour, le 2 janvier 1857, vers trois heures de l'après-midi, il ne peut plus avancer, il sent ses jambes lourdes, se traîne comme il peut jusqu'au premier corridor qu'il rencontre, et tombe sans pouvoir bouger. Ce ne fut que quelque temps après qu'il put appeler à son secours, demander une voiture et donner son adresse. Il fut transporté à son domicile, et je fus appelé aussitôt.

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 mars.

Je constatai une paralysie complète du côté gauche, insensibilité des membres supérieurs et inférieurs, ainsi que du côté droit; la figure grimaçant et la lèvre déviée du côté paralysé; la langue est embarrassée, mais non paralysée, car M. de J... peut nous exprimer tout ce qu'il éprouve. La vue est assez nette; il y a pourtant un affaiblissement du côté gauche. Nul phénomène précurseur n'avait annoncé l'irruption de cette maladie. L'état de l'intelligence m'a paru sain; la respiration est libre; le pouls indique 80 pulsations, il est plein, régulier.

Auscultation dynamoscopique. — Côté droit, bourdonnement fort, égal, régulier comme dans l'état normal; petillement distinct, rare. Côté gauche, bourdonnement tantôt imperceptible, et quelquefois comme s'il existait légèrement, petillement éteint.

Une saignée est pratiquée.

Le soir, l'auscultation dynamoscopiqne donne les mêmes résultats.

Le 3 janvier au matin, M. le docteur Vosseur vient voir le malade, et nous pensons avoir à traiter une hémorrhagie cérébrale. L'état n'a pas changé depuis la veille. M. J... conserve toute son intelligence. La paupière supérieure gauche est plus affaissée; le malade peut parler; il n'est pas allé à la selle. Nous sommes d'avis de ne pas insister sur l'émission sanguine et de donner de l'eau de Pulna, en renouvelant fréquemment les sinapismes sur les extrémités inférieures.

Auscultation. — Côté droit: bourdonnement comme à l'état normal; petillement comme à l'état normal. Côté gauche: sourd, vague ou non entendu.

Le soir, le bourdonnement et le petillement sont comme dans l'auscultation pratiquée le matin.

Le 4, M. de J... est dans la même situation; le pouls n'est pas aussi élevé; la parole est plus facile; cependant le malade se fatigue vite et ne peut entretenir une conversation soutenue.

L'auscultation dynamoscopique fournit les mêmes résultats, c'est-à-dire qu'il y a une grande difficulté à saisir le bourdonnement du côté paralysé, tandis qu'il est facile de le distinguer du côté opposé. Nous avons ausculté les deux bras et les deux avant-bras comparativement.

Le bourdonnement du côté paralysé nous a toujours paru inférieur, et il ne nous était pas même souvent possible de l'entendre; du côté opposé, il est toujours resté évident.

Nous n'avons rien noté de particulier sous le rapport du bourdonnement et de la guérison jusqu'au 20 janvier.

Depuis ce moment seulement, la paupière supérieure gauche a commencé à se relever, et il nous a semblé remarquer un léger mouvement imprimé à l'épaule gauche par les efforts de la volonté; du reste, le malade, qui ne sentait pas du tout le côté paralysé jusque-là, a commencé à sentir la partie supérieure du bras.

Auscultation. — Côté droit: bourdonnement normal; petillement normal. Côté gauche: bourdonnement sourd, profond, obscur et nul; petillement parfois très-fort et très-distinct.

L'auscultation du bras nous permet d'entendre un certain bruit à la partie supérieure.

Nous permettons à M. de J... de se lever, et il a commencé à manger. Comme unique traitement, nous avons employé la pommade à la strychnine en frictions.

Le 1er février, M. de J... est allé auprès de son feu, porté sur un fauteuil, et il a pu rester levé pendant trois heures sans éprouver une trop grande fatigue. Un sinapisme, appliqué au moment de l'attaque et resté trop longtemps, a produit une plaie difficile à guérir et qui fait beaucoup souffrir le malade. A notre visite, nos trouvons M. de J... levé et nous avons avec lui une longue conversation, sans qu'il en soit fatigué. La paupière du côté gauche n'est plus paralysée et suit les mouvements de la volonté. Les mêmes souffrances se font sentir dans le bras gauche et semblent se prolonger jusqu'à la main. M. de J... essaye de marcher et il ne peut se soutenir sur la jambe; mais le sentiment est revenu, et il la meut à volonté. Ainsi le sentiment et le mouvement sont revenus au membre inférieur.

Auscultation. — Côté droit: bourdonnement et petillement normaux. Côté gauche: bourdonnement moins sourd et très-peu développé, comparativement à l'autre côté; petillement rare et petit.

L'auscultation des membres inférieurs permet d'entendre le bourdonnement dans les parties où antérieurement il n'existait pas.

Le 15, M. de J... se lève tous les jours; il a pris deux repas par jour, et peu à peu il a pu s'appuyer sur le membre inférieur gauche. Il ne lui est pas encore possible de marcher.

Auscultation. — Côté droit: bourdonnement à l'état normal. Côté gauche: bourdonnement toujours plus profond, et quelquefois on ne le distingue pas.

Le 30, nous avons fait faire des béquilles, et, avec ce soutien, M. de J... peut faire à grand'peine quelques pas. Tous les jours nous le faisons s'exercer et plusieurs fois par jour; il peut actuellement rester levé presque toute la journée, manger avec sa famille et écrire. Le bras est toujours paralysé; il ne peut lui imprimer aucun mouvement. Il y a quelquefois dans la nuit un soubresaut, et il en souffre beaucoup.

Auscultation. — Côté droit: bourdonnement normal, petillement idem. Côté gauche: bourdonnement petit, assez évident, mais profond et régulier.

Dans le mois de mars, M. de J... a pu marcber seul et à l'aide d'un bâton; mais il a toujours conservé la paralysie du membre supérieur gauche. Aussi l'auscultation dynamoscopique de ce côté nous a toujours fourni une diminution très-grande du bourdonnement, bien qu'il n'y ait pas eu absence totale et qu'il soit devenu de plus en plus net de ce côté.

Obs. II. — M. P... est employé dans une teinturerie de Passy comme caissier depuis cinq ans. Il est chargé de temps en temps de faire des recouvrements et d'aller faire quelques courses. Pendant qu'il était en tournée, le 30 octobre 1857, il sentit ses jambes plier; n'étant pas loin de sa demeure, il voulut y retourner. Il a mis une demi-heure pour faire trente pas, et, arrivé chez lui, la concierge et un domestique sont parvenus à lui faire monter l'escalier, qu'il n'aurait pu gravir tout seul. Arrivé une beure après, je le trouvai dans l'état suivant: la langue est embarrassée; elle est déviée du côté gauche; le malade ne paraît pas du tout avoir perdu connaissance; les facultés intellectuelles ont toujours été dans un état parfait d'intégrité; la paralysie du côté gauche est complète; le côté droit n'est pas atteint; le malade remue la main, serre les petits objets, presse la main fortement. La paralysie est complète, tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs; la paupière gauche est affaissée et le malade ne peut lui imprimer de mouvement d'élévation. Les muscles sont flasques. La paralysie de la sensibilité est, dans ce cas, liée à la paralysie du mouvement. Nous avons beau pincer la peau, le malade n'exprime aucune souffrance, et cette anesthésie affecte tout le côté gauche. La bouche est déviée, la face est pâle. Le pouls est presque normal, un peu vif et fort: 75 pulsations. La respiration est normale, la déglutition n'est pas difficile, la peau est chaude.

Auscultation dynamoscopique. — Côté gauche, bourdonnement vague, obscur et presque nul; petillement petit, éteint, rare. Côté droit, bourdonnement fort, rapide, bruyant; petillement plus distinct et plus fréquent.

Une saignée est pratiquée; sinapisme et eau de Pulna, un demi-verre toutes les trois beures.

Le soir, à dix heures, même état que précédemment. Le malade n'a pu dormir; il a souffert de la tête.

Auscultation. — Côté gauche, bourdonnement sourd, vague ou nul; petillement rare. Côté droit, bourdonnement très-net et très-fort; petillement rare et éclatant.

Le 31, au matin, M. P... a beaucoup souffert du bras et de la jambe; il lui semblait qu'elles remuaient et qu'il les faisait agir. La tête est douloureuse du côté droit et sur les yeux. Il semble que M. P... parle mieux et plus distinctement. Il n'y a pas eu de garde-robe; la langue est cbargée; les membres sont dans le même état que la veille; la résolution est complète. Il est impossible à M. P... de faire un seul mouvement ni avec son bras gauche, ni avec le membre inférieur correspondant.

Le thermomètre indique 36 degrés sous les aisselles, tant du côté droit que du côté gauche.

Auscultation. — Côté gauche, bourdonnement vague ou nul; petillement petit et peu distinct. Côté droit, bourdonnement fort et très-distinct, plus doux que la veille; petillement rare et fort. — Une purgation, une bouteille d'eau de Sedlitz. Les sinapismes sont promenés aux extrémités inférieures.

Le soir, le bourdonnement et le petillement des deux côtés présentent les mêmes caractères.

Le 1er novembre, il y a une légère amélioration. La parole n'est presque pas embarrassée, et la paupière supérieure du côté gauche ne tombe plus sur l'œil. Le malade a senti un fourmillement toute la nuit dans tout ce côté, et principalement dans la jambe. Il ne lui est pas possible d'exécuter un mouvement, malgré l'insistance qu'il y met. Il se plaint moins des reins. Il témoigne le désir de manger. Le pouls est fort, 90 pulsations. — Quelques sangsues sont appliquées, une à une, derrière les oreilles.

L'auscultation dynamoscopique est pratiquée sur tout le côté gauche. A l'extrémité des doigts, bourdonnement nul ou très-vague. Au poignet, bourdonnement nul; à l'avant-bras et au coude, également nul; au bras, vers la région de l'épaule, il est assez distinct; il est entendu vers le cou et l'épaule. Le petillement à l'extrémité des doigts est obscur. Sur le membre inférieur, le bourdonnement ne paraît pas distinct. Du côté droit, il paraît être normal partout, ainsi que le petillement.

Le 4, la fièvre a disparu et l'amélioration continue, car il y a eu deux mouvements involontaires dans la jambe gauche, et un volontaire très-léger. La main est restée dans le même état. La paupière supérieure du côté gauche suit les mouvements de la volonté. Le malade demande à manger; les selles ont été abondantes. La sensibilité est obtuse à la partie inférieure, et le malade se plaint quand on le pince un peu fortement. La main est insensible, mais non la partie supérieure du bras.

Auscultation. — Côté gauche, bourdonnement sourd, profond; petillement rare. Le bras fait entendre le bourdonnement à la partie supérieure. Côté droit, bourdonnement très-distinct et très-net; petillement fort.

Le traitement consiste en simples frictions avec l'eau de mélisse et des lavements purgatifs. Trois tasses de bouillon par jour pour régime.

Vers le 15 novembre, M. P... pouvait remuer la jambe gauche et la porter hors de ses couvertures. Il ne pouvait exécuter aucun mouvement avec la main. Du reste, la parole est facile; le malade est très-gai et demande à se lever. Nous permettons de le transporter sur un fauteuil. Les fonctions digestives s'accomplissent bien, les selles également, sous l'influence d'un peu de rbubarbe; il n'y a point de fièvre. Si nous ne réglions pas notre malade pour la nourriture, il mangerait autant qu'avant sa maladie.

Auscultation. — Côté gauche, bourdonnement sourd, profond; il nous a été possible de l'entendre sur tout le bras; petillement assez fréquent et petit, simple. Côté droit, bourdonnement distinct et fort, petillement fréquent.

Le 2 décembre, M. P... se plaint de fourmillements très-nombreux dans tout le côté paralysé; il éprouve pendant la nuit des soubresauts qui l'empêchent de dormir et qui font sauter la main paralysée. Du reste, il remue le bras vers l'articulation de l'épaule, mais il ne peut imprimer aucun mouvement à la main, et si on le pince, il n'éprouve aucune souffrance; il en est autrement lorsque l'on va plus haut, car il éprouve une sensation désagréable. A mesure que l'on avance vers le coude, le bras est sensible. Du reste, M. P... peut se lever et marcher pendant quelques instants dans la chambre, sans appui; il ne souffre pas de la tête; il peut lire et écrire sans trop de fatigue. Il peut faire deux repas sans assouvir sa faim; les digestions se font régulièrement. Les selles sont régulières; il urine bien et naturellement. Nulle altération dans l'intelligence. Le pouls est normal.

Ausculiation. — Côté gauche, bourdonnement assez net, mais obscur; il est facile de l'entendre sur l'avant-bras, au tiers supérieur; petillement rare et simple. Côté droit, bourdonnement plus fort que du côté opposé; il est à l'état normal; petillement assez fréquent.

Vers le 15 décembre, nous commençons le traitement par l'électricité.

L'électricité est employée tous les jours, et cbaque séance a duré de dix minutes à un quart d'heure.

Le 20 décembre, M. P... n'éprouve aucune modification sur le membre supérieur gauche par le contact de l'électricité. Son application a été de dix minutes. C'est au moyen de l'appareil Legendre et Morin que nous avons opéré. Le membre électrisé n'a rien éprouvé, et le malade n'a rien ressenti. Si cette application, au lieu d'être faite à l'avant-bras, est prolongée jusqu'au bras, les muscles se contractent et le malade s'en plaint. Du reste, M. P... se lève presque toute la journée; il mange comme en état de santé, et son esprit n'éprouve aucune lassitude. Toute la nuit est assez tranquille; il dort.

L'auscultation dynamoscopique est faite, et le bourdonnement du côté gauche, bien que l'on puisse l'entendre, est obscur et montre une grande différence avec le côté droit. Ce bourdonnement, écouté au moment de l'électrisation, n'éprouve pas de changement. Le petillement existe des deux côtés.

Le 12 janvier, M. P..., après avoir subi un certain nombre de séances d'électrisation, n'éprouvait aucune amélioration du côté de l'avant-bras et de la main. Il peut actuellement gravir les escaliers sans soutien; il marche sans béquilles. La main est insensible et ne peut agir.

L'auscultation dynamoscopique est pratiquée, et il y a toujours les mêmes différences du côté gauche.

A cette époque, je me suis décidé à faire connaître ce fait à plusieurs confrères, et M. P... a eu l'obligeance de se rendre avec moi au Cercle de la presse scientifique, où plusieurs personnes se sont plu à examiner ce qu'il serait facile de distinguer dans tous les hôpitaux sur un hémiplégique quelconque.

Vers la fin de janvier, l'électricité n'ayant pas réussi, j'ai employé les bains de Baréges sans modifier la paralysie du bras gauche, et surtout celle de la main, qui reste toujours impotente.

La différence dans les bruits dynamoscopiques existe toujours; seulement on trouve que du côté gauche le bourdonnement, qui reste petit, profond, sourd, devient moins vague, plus distinct.

Nous avons été obligé, à ce moment, de conseiller à notre malade de prendre des dispositions conformes à sa situation, et il a résolu de se retirer dans une maison de santé pour y terminer sa vie.

Nous avons eu, il y a peu de temps, des nouvelles de M. P..., et nous avons appris que rien n'était changé dans sa position.

Obs. III. — L... (Pierre), ébéniste, né à Paris, âgé de quarante-sept ans, entre à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier le 19 octobre 1856. Il est coucbé à la salle Saint-Gabriel, n° 12. La vie de L... est un peu désordonnée; il aime les plaisirs et la table. Il a été porté à l'hôpital quelque temps après une perte de connaissance, et présentant tous les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale. Au moment de notre visite, il est hémiplégique, et toute la maladie se renferme dans ce symptôme.

Auscultation, le 13 février. — Du côté non paralysé, bourdonnement continu; petillement fréquent.

Le 15, bourdonnement distinct, continu, clair du côté non paralysé; petillement normal. Côté paralysé, bourdonnement et petillement nuls.

Le 24, il y a quatre jours que le malade se lève dans la journée; mais les mouvements du côté paralysé sont abolis; il ne peut faire usage de ses membres. L'amélioration n'est pas sensible.

Auscultation. — Côté gauche (non paralysé), bourdonnement normal; petillement clair, petit, simple. Côté droit, bourdonnement et petillement nuls.

Le 27 au matin, même état.

Auscultation. — Côté gauche, bourdonnement clair, ordinaire, continu; petillement simple et double. Côté droit, bourdonnement lointain, continu; petillement nul.

Le 2 mars, bourdonnement et petillement distincts du côté gauche, nuls du côté droit.

Le 5, le malade va mieux, il se lève depuis le 29 février; il est d'abord resté assis, puis il a pu faire quelques pas à l'aide d'une cbaise.

Auscultation. — Côté gauche, bourdonnement fort, clair, légèrement sonore, mugissant; petillement rare, simple, faible. Côté droit: avec une attention un peu vive, on distingue le bourdonnement; il a le même timbre que de l'autre côté; mais il est petit, profond; petillement de temps en temps, simple, clair, de relâchement.

De ces trois observations, on peut déduire que dans cette deuxième catégorie d'observations, le bourdonnement suit une loi régulière.

1° Le bourdonnement, ou bien n'est pas entendu du côté paralysé et sur les parties paralysées, ou bien il est petit, profond, vague, obscur.

2° Le bourdonnement existe à l'état normal du côté non paralysé et sans variation, soit au moment de l'attaque, soit après.

3° Le bourdonnement, qui a été supprimé ou très-obscur du côté paralysé au moment de l'attaque, peut reparaître le jour suivant un peu plus fort, plus distinct. Il reste pourtant obscur et avec des caractères très-différents de celui du côté opposé pendant tout le temps de la paralysie.

4° Dans un membre paralysé, on peut suivre avec le dynamoscope, suivant la force du bourdonnement, les endroits plus ou moins paralysés, et quels sont les points où se limite la paralysie. Le petillement du côté paralysé y est petit, éteint.

M. le professeur Fuster (de Montpellier) est le premier qui ait expérimenté la dynamoscopie à l'hôpital Saint-Eloi. J'arrivai de Toulouse, en 1855, avec ces idées nouvelles, et depuis lors il n'est pas un service que M. Fuster ne m'ait rendu pendant mon séjour auprès de lui. Il m'est aussi agréable de rappeler souvent dans mes travaux le souvenir du maître qui a bien voulu, sans autre raison que l'amour de la science, me venir en aide par son amitié et son concours si dévoués. Il m'a aidé et secondé à classer toutes les expériences qui avaient été faites ou qui étaient à faire. Il engageait ses élèves à apporter dans cette étude le soin que réclament les choses qui n'ont pas encore reçu la sanction de tout le monde et qui ont besoin de nombreux examens. Voulant terminer l'année scolaire de 1856 par un service plus éclatant à la cause de la dynamoscopie, et voulant en quelque sorte mettre son nom à côté de tout ce qui lui paraît un progrès et un moyen de rendre service à l'humanité, il a consacré quelques conférences à ses élèves pour leur développer les expériences qui lui parais-

saient les plus sérieuses et les plus remarquables, et il en a tiré les déductions les plus importantes. Dans ses appréciations, il n'a jamais voulu faire la théorie de la dynamoscopie, et il m'a conseillé de ne la faire que le plus tard possible. J'ai suivi ce conseil et je le suivrai longtemps encore, parce que je pense avec lui que les théories même les meilleures, peuvent être fausses, tandis qu'un fait et les corollaires qu'on en peut déduire ont toujours une bonne raison d'être.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 mars 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Corpuscules en suspension dans l'atmosphère. — M. POUCHET communique un mémoire ayant pour titre : *Étude des corpuscules en suspension dans l'atmosphère.*

Des faits et des expériences que rapporte l'auteur dans ce mémoire, il résulte que l'air n'est point, comme l'ont avancé récemment plusieurs naturalistes, le véhicule des œufs, et que la poussière en est si peu le réceptacle, que lorsqu'on soumet cette dernière à une température élevée, elle n'en est pas moins féconde en animalcules que celle qui n'a point été échauffée ; ce qui n'aurait pas lieu si l'hypothèse de la dissémination aérienne était fondée.

Sur l'absorption et l'assimilation des huiles grasses émulsionnées. — M. JEANNEL adresse un mémoire intitulé : *Recherches sur l'absorption et l'assimilation des huiles grasses émulsionnées et sur l'action dynamique des sels gras à base de mercure.*

Ayant résolu, dit l'auteur, d'étudier l'action de quelques oxydes métalliques en combinaison avec les acides gras et dissous dans les huiles grasses, j'ai songé à injecter dans l'intestin grêle ces dissolutions huileuses, préalablement émulsionnées dans l'eau distillée au moyen de très-petites doses de carbonate alcalin ou de savon. J'espérais en assurer ainsi l'absorption directe par la digestion intestinale, en évitant la ligature de l'œsophage et les complications qui en sont les conséquences. Les expériences que j'ai entreprises sur ce sujet, et que je fais connaître dans le présent mémoire, m'ont fait reconnaître que l'huile grasse ainsi émulsionnée est rapidement absorbée quand, au moyen de l'éventration, opération qui ne compromet point la vie du chien, on l'injecte dans l'intestin grêle ; elle est également absorbée rapidement quand on l'injecte dans le péritoine, et l'émulsion est remplacée par un liquide albumino-fibreux ; enfin l'huile grasse émulsionnée ne produit pas chez le chien de phénomènes pathologiques lorsqu'elle est injectée dans la jugulaire, même à la dose de 20 grammes dans 300 grammes d'eau distillée avec quelques décigrammes de savon ou de carbonate de soude ; l'huile est parfaitement bien tolérée ou assimilée.

Pour la seconde partie de mon travail, c'est-à-dire dans les expériences qui avaient pour but de constater l'action des sels gras à base de mercure sur l'économie animale, les résultats auxquels je suis arrivé peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1° L'oléostéarate de mercure ne cause aucune irritation sur le derme dénudé ; il n'y est pas absorbé en proportions notables ;

2° L'oléostéarate de mercure introduit dans le tissu cellulaire ou appliqué sur les plaies, ne produit aucune irritation ;

3° L'action primitive de l'oléostéarate de mercure est essentiellement vomitive et purgative ;

4° Les chiens de forte taille n'éprouvent qu'une action vomi-purgative à la suite de l'injection dans l'intestin grêle d'une dose de 3 grammes de ce sel, représentant 6 décigrammes d'oxyde de mercure ;

5° Une dose de 5 à 6 décigrammes représentant 10 à 12 centigrammes d'oxyde de mercure ne cause aucune irritation, aucun symptôme appréciable chez les chiens de très-petite taille ;

6° Une dose de 2 à 5 grammes chez les chiens de taille médiocre détermine, outre des effets vomitifs et purgatifs d'une extrême violence, des symptômes qu'on peut considérer comme ceux de l'intoxication mercurielle aiguë ;

7° L'injection des sels gras à base de mercure dans la jugulaire prouve que le mercure, indépendamment de toute irritation résultant de l'application locale, exerce avant tout une action éméto-cathartique très-énergique, accompagnée de l'hémorrhagie de toute la surface du gros intestin ;

8° La mort est précédée d'un affaiblissement ou d'un commencement de paralysie des membres postérieurs ;

9° L'élimination immédiate du mercure injecté dans les vaisseaux à l'état de sel gras se fait probablement par la salive et certainement par les liquides gastriques ;

10° Sous la forme de sel gras émulsionné, il est possible d'introduire dans le système vasculaire sanguin, sans produire immédiatement la mort, une quantité de mercure six à huit fois plus forte que sous la forme de sel soluble dans l'eau ;

11° Les sels gras à base de mercure, administrés chez l'homme à doses assez élevées pour déterminer rapidement le gonflement des gencives ou pour produire les effets spécifiques de mercuriaux, dans le traitement de la syphilis, ne provoquent que des phénomènes locaux à peine appréciables. (Commissaires, MM. Andral, Rayer, Bussy.)

Action de la santonine sur la vue. — M. T. L. PHIPSON adresse la note suivante sur ce sujet :

« ... Au commencement du mois de février, j'ai pris une dose de 5 grains de santonine à 2 heures 15 minutes de l'après-midi. Entre 5 et 6 heures, ses effets se sont fait sentir : j'ai cru voir une teinte verdâtre très-pâle sur des rideaux blancs ; mais je l'ai attribuée d'abord à l'imagination. A 6 heures, la flamme du gaz, des chandelles, le feu et tous les objets blancs fortement éclairés avaient une teinte jaune-verdâtre très-intense. Les autres objets conservaient leurs couleurs ordinaires. Ces effets continuèrent sans intermittence pendant toute la soirée, et commencèrent à s'affaiblir seulement vers les 10 h. 30 m. Cependant ils furent encore appréciables, quoique très-faibles, à minuit et jusqu'à 2 heures de la nuit, lorsque je me suis couché. Le lendemain, tout effet avait disparu.

» On a essayé d'expliquer ce phénomène remarquable de la coloration de la vue. Les uns ont dit qu'il se produit un ictère passager, pendant lequel le sérum du sang serait coloré en jaune. Ce sang coloré, circulant dans les vaisseaux de l'œil, ferait voir les objets en jaune verdâtre, en orangé, en vert ou même en rouge, selon les circonstances. M. de Martini semble croire, au contraire, que la santonine a une action particulière sur la rétine même.

» Je suis porté à penser que le sérum du sang est réellement coloré par l'assimilation de la santonine, et je me base sur deux observations. J'ai constaté que la santonine se transforme sous l'influence des oxydants en une nouvelle substance jaune-verdâtre, brillante et cristallisée, que j'appelle santonéine ; et cette substance se trouve dans l'urine des personnes qui font usage de la santonine. Ainsi, lorsqu'on traite la santonine par l'acide azotique concentré et bouillant, elle décompose l'acide en s'oxydant et en donnant lieu à la santonéine. Celle-ci, insoluble dans l'eau, se dissout dans l'alcool, d'où elle cristallise ; elle se combine aussi avec les alcalis, qui semblent embellir sa teinte. De plus, M. Luntzweert, d'Ostende, a observé autrefois que la santonine jaunit sous l'influence prolongée des rayons solaires, ainsi que je l'ai constaté moi-même depuis ; de sorte que la santonéine semble avoir grande tendance à se former.

» D'après ces faits, il me paraît évident que la santonine est oxydée dans le corps par l'oxygène de la respiration et passe à l'état de santonéine. »

M. GAILLARS envoie une observation d'un *cas de prolapsus complet de l'utérus traité et guéri par la méthode éphestoraphique.* Cette pièce est destinée au concours pour les prix de médecine et chirurgie. (Réservé pour la future commission.)

CORRESPONDANCE.

Influence du climat sur la phthisie.

Monsieur le rédacteur,

Des opinions diverses ont été exprimées relativement à Nice comme séjour d'hiver pour les poitrinaires. Quelques médecins qui n'y ont pas séjourné, jugeant d'après la quantité annuelle de pluie (26 pouces cubes, autant qu'en Angleterre), croient qu'il y a beaucoup d'humidité dans son atmosphère. D'autres, avec plus de raison, disent que son climat est sec ; et, en effet, pour quiconque a observé ses particularités pendant quelques années, il ne saurait y avoir de doute sur ce point. Le climat de Nice est modérément sec ; il est très-excitant pour quelques constitutions. La pluie tombe principalement à des époques fixes, en automne et au printemps), laissant de longs intervalles de beau temps ; il est vrai qu'à la campagne et dans les jardins des environs il tombe une forte rosée, ce qui entretient cette luxuriance de végétation qui la caractérise. Mais la présence journalière du soleil, le plus souvent depuis son lever jusqu'à son coucher, et l'agitation de l'air par les vents alternant de la mer et de la terre, font que la sécheresse y prédomine, ce dont on peut se convaincre par l'observation de la rapidité avec laquelle le linge sèche, et avec laquelle la poussière, bientôt après la cessation de fortes pluies, s'accumule sur les routes.

M. Champouillon cependant place Nice dans la catégorie des climats humides ; une particularité propre au climat de Rome, dit-il, c'est l'humidité presque continuelle de son atmosphère. » Puis il remarque, à l'égard de Nice : « L'atmosphère n'est pas humide à Rome au même degré qu'à Nice et à Naples. » Mais Rome et Nice se trouvent dans des conditions tout opposées quant au climat ; l'air est agité à Nice, tandis qu'à Rome il est généralement calme, et l'humidité existe à tel point dans son atmosphère, que souvent, par un temps serein, le pavé est si mouillé au coucher du soleil, que les chevaux glissent en marchant, et il faut que le cavalier ait soin de tenir son cheval bien en bride.

M. Champouillon s'exprime défavorablement à l'égard de Nice comme station pour les poitrinaires, citant MM. Barth, Fodéré et Honoraty, qui dit : « Laissez aller à Nice ceux qui s'ennuient plutôt que ceux qui souffrent de la poitrine ; » puis, référant à la cohue des Anglais, M. Champouillon ajoute : « Quant aux tuberculeux, voulez-vous savoir ce qu'ils deviennent ? Allez au cimetière ! » Le fait est, cependant, que le plus grand nombre des familles anglaises séjournant à Nice, sont bien portantes et vont pour y passer l'hiver agréablement ; que la mortalité parmi les visiteurs anglais est très-faible, les décès dépassant rarement 7 ou 8 dans les six mois, dont la plupart sont des gens âgés, ou qui succombent à des maladies chroniques ou accidentelles.

La fréquence de la phthisie pulmonaire chez les indigènes a été aussi beaucoup exagérée. Elle ne sévit que sur la classe de la population qui est la plus exposée aux influences anti-hygiéniques et débilitantes, et elle succède souvent à des maladies inflammatoires des organes de la respiration négligées ou mal traitées. Elle se rencontre rarement chez les classes plus élevées, dans des conditions d'aisance, et parmi les populations des campagnes environnantes. Ce n'est donc pas au climat que doit être attribuée son existence exceptionnelle.

Un médecin anglais, qui vient de publier (en anglais) un petit ouvrage sur cette localité qu'il a habitée pendant plusieurs années, dit que le docteur Vial, médecin de l'hôpital militaire, l'informa que, sur la garnison de 12,000 hommes, il y avait eu l'hiver dernier 38 malades dans l'hôpital (des cas de bronchite, rhumatisme, etc.) dont pas un seul ne fut atteint de phthisie, et qu'il n'avait pas eu de cas de ce genre à traiter en ville, quoique ses malades soient précisément des individus des classes inférieures, chez lesquelles cette maladie se rencontre le plus fréquemment.

Nice est, à mon avis, un séjour d'hiver très-favorable au plus grand nombre de poitrinaires, de tempérament lymphatique et scrofuleux, pourvu que la lésion locale ne soit pas trop avancée, et qu'il n'existe pas un état d'excitation générale, en ce que, dans les différents quartiers de la ville et dans les environs, il y a une grande diversité de sites où les conditions du climat sont assez variées pour qu'elles puissent répondre à diverses indications, et surtout en ce que ce séjour offre beaucoup d'attraits par la beauté de ses paysages, ses nombreux jardins remplis de fleurs, de plantes exotiques et d'orangers, ainsi que par l'aspect animé de la ville et des environs, pour la vie au dehors ; qu'il y a bien peu de jours où les malades soient forcés de garder la maison à cause du mauvais temps, en prenant des précautions convenables pour se garantir contre les variations atmosphériques que l'on y rencontre parfois, lesquelles, d'ailleurs, affectent le plus souvent le littoral et ne s'étendent pas au delà.

« Pour moi, dit M. Durand (*Gazette des Hôpitaux*, avril 1857), j'ai vu des poitrinaires qui ont séjourné à Nice, qui en sont revenus améliorés. Du reste, cette ville se trouve dans des conditions qui sont communes à la plupart des localités du littoral méditerranéen, fréquentées par les malades de cette espèce ; l'atmosphère maritime n'est là ni plus nuisible ni plus salutaire qu'ailleurs ; enfin les phthisiques, qui ont tant besoin de se perdre de vue, trouvent à Nice des moyens variés de se distraire, ne fût-ce que par le spectacle d'un admirable panorama. »

A l'égard de cette localité comme des autres, il faut savoir choisir les cas que l'on y envoie, ainsi que les sites, selon les indications que présentent les particularités individuelles. Dans beaucoup de cas, il faut aussi, pour ainsi dire, mesurer la dose de ce climat (comme également d'un climat sédatif). Un séjour de deux ou trois mois à Nice conviendrait souvent à des malades qui ne se trouveraient pas bien s'ils y restaient quatre, cinq ou six mois, lors même qu'ils seraient dans une position à l'abri des variations de température et des vents. Par ce prolongement de séjour, il survient souvent, chez des malades qui ont reçu le conseil d'y passer l'hiver, une surexcitation fébrile, l'hémoptysie et l'aggravation des symptômes, qui démontrent la nécessité d'un changement de lieu.

Cannes, qui n'est éloignée de Nice que de trois heures par le grand chemin, se trouve à peu près dans les mêmes conditions météorologiques que Nice et ses environs. Il y fait un peu plus chaud en hiver que dans la ville de Nice (la moyenne étant de 10° centigrades), et il y a moins de variations dans sa température au printemps. La quantité moyenne de pluie est de 25 pouces ; le nombre de jours pluvieux est marqué par M. Sève à 52, tandis qu'à Nice il est à 60. M. Champouillon l'a dit : « Sous le rapport de l'éclat du ciel, de la pureté et de la sécheresse de l'atmosphère pendant la nuit, le bassin de Cannes n'a peut être pas son pareil sur les côtes européennes de la Méditerranée. Il semble que cette résidence ait été créée tout exprès pour les poitrinaires lymphatiques et scrofuleux ; mais elle devient intolérable pour les sujets nerveux, qui s'agitent et se tourmentent sous l'influence d'un air habituellement très-excitant. »

A Cannes aussi, il tombe une forte rosée, et la végétation est très-luxuriante. Plusieurs plantes des pays tropicaux sont cultivées en pleine terre ; il y a de jolies promenades dans les environs ; mais les hôtels n'y sont que de second ordre, et sont peu propres à loger pour longtemps des familles. La ville est mal éclairée, et il y a un grand défaut de ressources, en comparaison de celles que présente Nice. M. le docteur Sève, dans sa *Notice médicale* formant l'appendice d'un ouvrage qui vient de paraître (*Cannes et ses environs*), fait les observations suivantes relatives à l'action de ce climat, qui confirment les miennes sur le *modus operandi* du climat en prévenant ou en arrêtant le développement des tubercules : « L'action physiologique de l'air de Cannes sur l'organisation humaine, qui frappe tout d'abord sur la surface cutanée, peut y jouer un rôle important ; elle développe et entretient cette activité vitale à la périphérie du corps, si puissante pour faciliter les sécrétions et dégager les organes profondément placés des turgescences morbides qui tendent à s'y produire. » Il cite aussi M. Gerdy, qui dit : « La circulation capillaire n'est suffisamment étudiée ni dans les livres ni dans les écoles, et cependant de quelle importance n'est-elle pas dans les maladies et dans la pratique médicale ! Si c'est elle qui nous nourrit, puisqu'elle fait le sang ; si c'est elle qui nous dépure, puisqu'elle décompose nos tissus, elle est véritablement la clef de tout l'édifice physiologique, en même temps qu'elle doit être l'aboutissant de toute la thérapeutique. «

Edwin LEE.

Le 25 juin 1857, je disais ici même, à propos d'un ouvrage publié par M. Edwin Lee : « On trouve dans ce petit livre les indications les plus inattendues relativement à la cure de la phthisie par l'influence climatérique. L'auteur, qui paraît avoir le goût des fantaisies, etc. »

Après avoir lu attentivement les deux lettres explicatives de mon honorable confrère, je suis obligé de convenir que je n'ai point encore changé d'avis.

CHAMPOUILLON.

La Société médicale du 2e arrondissement vient d'adresser la lettre suivante aux membres des sociétés médicales des autres arrondissements de Paris :

Considérant :

1° Le but qu'on s'est proposé en constituant des sociétés médicales d'arrondissement, à savoir : la sauvegarde des intérêts moraux et professionnels ;

2° Le préjudice considérable causé aux médecins de Paris par les individus qui se livrent illégalement à l'exercice de la médecine ;

3° Les moyens d'action que nous offre la législation actuelle pour réprimer ce genre de délit ;

4° L'insuffisance des peines encourues par les délinquants, lorsqu'ils sont poursuivis à la requête du ministère public et sans qu'il y ait de partie civile ;

5° L'élévation possible du chiffre des dommages-intérêts en raison directe du nombre des médecins qui se déclarent lésés en se portant partie civile ;

6° Considérant enfin les heureux résultats obtenus au moyen des mesures adoptées par les sociétés médicales de Lyon et de Blois pour la répression de l'exercice illégal de la médecine ;

La Société médicale du 2e arrondissement a décidé :

1° Qu'une invitation serait adressée à chacune des autres sociétés d'arrondissement, à l'effet de s'entendre sur les moyens et dispositions à prendre pour réaliser à Paris les mesures qui ont été mises en pratique avec succès par nos confrères de Lyon et de Blois ;

2° Qu'en conséquence, chaque Société serait invitée à déléguer, le plus tôt possible, deux de ses membres, lesquels, se réunissant à leurs collègues délégués des autres sociétés, aviseraient immédiatement à la mise en pratique des mesures adoptées à Lyon et à Blois, mesures dont il leur sera donné connaissance par les membres de la commission du 2e arrondissement.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 MARS 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

La science a dit hier son premier et probablement aussi son dernier mot sur le prétendu spécifique du cancer de M. Vriès. Par suite d'une circonstance énoncée dans l'important document que l'on trouvera textuellement reproduit au compte rendu, M. Velpeau a été amené à entretenir l'Académie, plus tôt qu'il n'avait eu d'abord l'intention de le faire, des expériences instituées dans son service et dans celui de son collègue de la Charité, M. Manec.

Rien, absolument rien, a dit M. Velpeau, n'est venu justifier les annonces de M. Vriès. Seize malades atteints de cancer ont été soumis pendant deux mois à l'expérimentation ; aucun n'a été guéri. L'un d'eux est mort. Chez tous les autres le mal a suivi sa marche habituelle, et quelques-uns inclinent visiblement vers le terme fatal. En somme, après deux mois de traitement, tous sont exactement dans le même état que s'ils n'avaient pas été traités. « Pour M. Manec comme pour moi, a ajouté M. Velpeau, la question est jugée. Nous savons depuis longtemps que M. Vriès se trompe ou en impose, quand il dit avoir trouvé l'antidote du cancer. » Nous pouvons hardiment ajouter que la conviction de MM. Velpeau et Manec est aussi la nôtre, et celle de tous les médecins qui ont suivi les expériences de la Charité.

Triste résultat où vont venir se heurter tant de décevantes espérances, nées d'un fait exceptionnellement heureux, et entretenues par cette vogue irréfléchie qui ne manque jamais de s'attacher à qui sait flatter à la fois les désirs les plus légitimes de la foule et son irrésistible penchant pour tout ce qui est excentrique ou merveilleux !

Après l'exposé si net et si précis qu'on lira plus loin, l'Académie, sur les propositions de MM. Michel Lévy et Trébuchet, a voté à l'unanimité le renvoi du compte rendu de M. Velpeau à l'autorité supérieure.

Ce vote semblait devoir mettre un terme à tout. Cependant un dernier scrupule a encore arrêté M. Velpeau, qui s'est empressé de le soumettre à l'Académie. M. Velpeau a rappelé qu'il avait consenti à laisser M. Vriès continuer ses expériences pendant six mois. Devait-il, nonobstant l'expression si catégorique de son opinion, tenir son engagement ; ou bien, après la déclaration qu'a faite M. Vriès de ne pas renoncer à ses convictions, même si le remède échouait au bout du temps convenu, pouvait-il se considérer comme dégagé vis-à-vis de lui et lui interdire l'entrée de l'hôpital ?

M. Davenne, directeur général de l'assistance publique, s'est levé là-dessus, et a déclaré que du moment où M. Velpeau retirait la main qui protégeait M. Vriès vis-à-vis de l'administration, toute garantie cessait aussitôt à ses yeux, et qu'il ne devait pas supporter plus longtemps de semblables essais sur les malades qui lui sont confiés, sous peine de se montrer complice d'une honteuse mystification publique.

Les expériences sont donc dès à présent terminées. L'Académie, en votant le renvoi du compte rendu aux ministres compétents, a du même coup sanctionné le jugement de M. Velpeau, et mis l'autorité en demeure de prendre à l'égard de M. Vriès, en raison de la position exceptionnelle dans laquelle il se trouve, telles mesures que prescrivent les lois. Là se hornait son devoir avec son droit.

En ne considérant que les faits et ne se guidant que d'après la considération des intérêts bien entendus de la société, de la dignité et des droits de notre profession, nul doute que le corps médical tout entier ne sanctionne de son approbation le vote de l'Académie, comme l'Académie elle-même a sanctionné le jugement d'un de ses membres. Mais si l'on se préoccupe de l'effet de ce vote sur l'opinion publique, peut-être jugera-t-on qu'on aurait dû s'arrêter au scrupule qui avait arrêté un instant M. Velpeau.

Déclarer close au bout de deux mois une expérimentation que l'on s'était engagé à laisser poursuivre jusqu'au terme de six mois, n'est-ce pas s'exposer aux yeux du monde au reproche de partialité, et lui laisser le prétexte de croire au mauvais vouloir des médecins à l'égard d'un homme étranger à la médecine ? Cette idée, nous l'avouerons, nous a préoccupé un instant, et nous n'avons pas tardé à reconnaître que nous n'avions pas été seul accessible à cette susceptibilité peut-être exagérée. L'un des hommes les plus considérables et les plus autorisés de notre profession nous exprimait ce matin encore la même opinion. Cependant une plus mûre réflexion, en présence surtout des faits révélés par la note de M. Velpeau, ne permet pas de s'arrêter à un pareil scrupule. L'insignifiance des moyens mis en usage par M. Vriès devait en effet *à priori* faire pressentir assez les résultats qu'une expérience de deux mois n'a que trop bien mis en évidence. Maintenant le public est averti : *Qui vult decipi decipiatur.*

Après cette communication qui a produit une vive émotion dans l'assemblée, l'ordre du jour appelait la suite de la discussion sur le travail de M. Huguier. M. Depaul a continué l'argumentation commencée dans la séance précédente, et il a dû, faute de temps, en renvoyer encore la fin à la séance prochaine. Nous reviendrons sur l'ensemble de cette argumentation quand elle sera terminée. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU D'ORLÉANS. — M. VALLET.

Résection partielle de l'os maxillaire supérieur, pour l'extraction de polypes volumineux des fosses nasales, du pharynx et du sinus maxillaire.

Pour arriver d'une manière certaine à la guérison d'un polype occupant ces différentes régions, il est indispensable pour le chirurgien d'acquérir une connaissance exacte du lieu de son implantation et de la direction de ses divers embranchements.

Sans cela, les opérations pratiquées pour son extraction ne seraient la plupart du temps que palliatives.

Tous ceux qui se livrent à la pratique de la chirurgie savent combien il est difficile d'obtenir des notions exactes à cet égard ; et cependant, sans elles, l'opérateur est forcé d'agir au hasard et sans avoir pu se tracer de règles fixes.

La lecture des observations que nous ont transmises Ledran et Levret, confirme ce que j'avance, en nous faisant connaître leurs tentatives multipliées et le plus souvent infructueuses.

La ligature, que ce dernier a mise surtout en honneur, en proposant des instruments plus ou moins ingénieux, est une ressource insuffisante, même avec les perfectionnements si variés qu'on leur a fait subir, lorsqu'on doit agir contre un polype volumineux et à branches multiples.

L'arrachement, que Dupuytren avait adopté presque exclusivement, produisait presque toujours des succès incomplets, quoiqu'il le fit précéder d'opérations préliminaires.

Les mêmes errements avaient été suivis par les chirurgiens jusqu'à nos jours, lorsque, reconnaissant l'insuffisance de ces procédés pour arriver à une guérison solide, quelques-uns plus hardis ou mieux inspirés, cherchèrent à se frayer une voie plus sûre en mettant complétement à découvert le siége de la maladie.

M. Flaubert fils, de Rouen, ayant à traiter un polype volumineux naso-pharyngien que son père avait essayé d'enlever à plusieurs reprises et sans succès, à l'aide de la ligature et de l'arrachement, se décida à pratiquer l'ablation de l'os maxillaire supérieur, sain et en totalité, pour découvrir le mal plus largement et le détruire ainsi à sa racine.

Le succès répondit à son attente ; cette opération, quoique assez mal accueillie alors par les chirurgiens et par la presse médicale, trouva cependant des imitateurs, et bientôt, marchant sur les traces du chirurgien de Rouen, MM. Michaux, de Louvain, Robert et Maisonneuve pratiquèrent la résection du maxillaire supérieur dans des cas semblables.

Dans sa séance du 1er décembre dernier, l'Académie de médecine recevait de M. François, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, la communication intéressante d'une pareille tentative suivie de réussite.

Ces faits, répétés à des intervalles assez rapprochés, ne semblent-ils pas indiquer une tendance à adopter d'une manière générale ce mode d'opération dans le traitement de cette affection ?

En présence d'une opération aussi grave par elle-même et par ses suites, ne doit-on pas rechercher un autre moyen d'arriver à un résultat aussi satisfaisant, en tentant, pour la guérison des polypes de cette nature, un procédé opératoire qui d'abord fasse courir aux malades moins de dangers, et qui ensuite les mette à l'abri de ces troubles fonctionnels qu'éprouvent les organes en rapport avec cette partie de la mâchoire supérieure ?

M. Nélaton, sans doute, avait été frappé de ces fâcheux inconvénients, lorsqu'il a mis en pratique un procédé dont Manne, d'Avignon, avait en quelque sorte indiqué le premier temps, mais dont il doit néanmoins être regardé comme l'inventeur.

Ces réflexions m'ont conduit à chercher s'il ne serait pas possible de mettre à découvert le siége des polypes et de les détruire à leur racine, en ayant recours à une opération à la fois plus simple dans son exécution et moins grave dans ses conséquences.

La résection partielle du maxillaire supérieur m'a paru pouvoir atteindre ce but.

Cette modification, qu'indiquait M. Gosselin aux chirurgiens en 1850 (1), n'avait point été mise en pratique par ceux appelés à faire une opération semblable, quoique déjà cette résection partielle du maxillaire supérieur eût été exécutée avec succès par A. Bérard et par M. Michon pour d'autres maladies, et par M. Huguier pour un polype carcinomateux des fosses nasales.

Les observations suivantes viendront confirmer la valeur de ce précepte, et enhardiront, j'ose l'espérer, les chirurgiens qui auront à traiter à l'avenir des polypes avec embranchements multiples, s'étendant à la fois aux fosses nasales, au pharynx et au sinus maxillaire.

OBS. I. — R..., âgé de neuf ans, de Bonny (Loiret), ayant toujours joui d'une bonne santé avant le développement de l'affection actuelle, issu de parents sains et qui n'ont jamais présenté de symptômes de maladie cancéreuse, est entré à l'Hôtel-Dieu d'Orléans le 25 octobre 1857.

Ce petit malade est atteint depuis trois ans d'un polype dont l'existence n'a été reconnue au début que par la saillie qu'il faisait dans la fosse nasale gauche, et par les épistaxis auxquelles il donnait lieu.

On avait essayé à plusieurs reprises de l'en guérir en faisant des tentatives de ligature et d'arrachement qui chaque fois furent suivies d'hémorrhagies abondantes.

Sous l'influence de ces essais, et surtout depuis le dernier, la tumeur avait paru faire des progrès plus rapides.

Etat actuel. — Le côté gauche de la face présente une déformation très marquée. La racine du nez est soulevée et aplatie. L'angle interne de l'œil est aussi refoulé en haut ; cependant il n'existe pas de larmoiement.

Un prolongement de la tumeur, ressemblant à un polype muqueux vasculaire, remplit toute la fosse nasale gauche, qui est également soulevée et très-élargie ; il occupe toute sa cavité en refoulant fortement la cloison vers la narine droite, qui se trouve ainsi entièrement obstruée. Un autre prolongement s'étend dans la cavité du sinus maxillaire qu'il rend proéminente dans sa partie antérieure devenue plus large et bombée, sans offrir toutefois d'amincissement dans la paroi osseuse.

Cette saillie se prolonge jusqu'à l'éminence malaire qui est déjetée en arrière, jusqu'à la fosse zygomatique et au-dessus de l'arcade dentaire qui soulève la portion de la lèvre correspondante.

En arrière, la tumeur apparaît dans le pharynx, tend fortement le voile du palais en le projetant en avant ; elle dépasse son bord libre, surtout à gauche.

Cette portion du polype saigne avec une grande facilité dès qu'on l'explore à l'aide du doigt.

La tumeur n'a donné lieu à aucun trouble cérébral. L'ouïe et la vue sont intactes ; la déglutition se fait péniblement ; la phonation est altérée. L'odorat est complétement aboli, et le petit malade ne peut plus respirer que par la bouche.

Son état général annonce une constitution grêle et un développement moins avancé qu'il ne l'est ordinairement à cet âge.

L'aspect extérieur indique un commencement d'anémie, dont on se rend facilement compte par les pertes de sang abondantes qui ont toujours suivi les tentatives d'arrachement.

Dans ce cas, l'indication ne peut être douteuse ; la maladie devait être enlevée en totalité, et, pour atteindre ce résultat, une des pre-

(1) Thèse de concours pour la chaire de médecine opératoire.

mières conditions de l'opération était de mettre la tumeur largement à découvert, afin de reconnaître ses points d'implantation, de les détruire, et de favoriser ainsi l'extraction des diverses branches qui la composent. En un mot, il était nécessaire d'avoir recours à une opération complexe.

Le 4 novembre 1857, en présence de mes collègues de l'Hôtel-Dieu et de plusieurs confrères de la ville, l'enfant, sans être soumis à l'action du chloroforme, est couché la tête très-élevée et solidement maintenue par un aide.

Une incision verticale, commençant un peu au-dessus et en dedans de l'angle interne de l'œil, est dirigée jusqu'à la lèvre supérieure, qu'elle divise en longeant le côté gauche du nez.

Un premier lambeau, comprenant tout ce côté externe de la lèvre, est disséqué en mettant à nu l'os maxillaire supérieur jusqu'au-dessous du rebord orbitaire. Un second, contenant la lèvre et toute la portion gauche du nez, est séparé jusqu'à la ligne médiane et déjeté à droite en laissant apercevoir la portion volumineuse du polype qui occupe toute la fosse nasale.

A l'aide de la cisaille de Liston, la branche montante du maxillaire est divisée à sa base. Une seconde section est faite à 1 centimètre au-dessous, et avec la gouge et le maillet ces deux sections sont prolongées sur la lame osseuse antérieure du sinus maxillaire, et réunies par une section verticale en ayant soin d'éviter les vaisseaux et les nerfs sous-orbitaires.

Cette portion osseuse est enlevée, ainsi que l'apophyse montante de la base au sommet, qui n'adhère que faiblement.

La cavité du sinus et toute la fosse nasale, devenues béantes, laissent à découvert le polype dans une grande étendue et permettent d'aller à la recherche de ses points d'insertion.

La branche nasale arrachée avec les doigts, il devient facile de reconnaître qu'il est implanté par un large pédicule sur le cornet moyen, s'étendant jusqu'à l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde gauche à laquelle il était intimement uni.

Il est possible alors de le détruire avec les ciseaux courbes et le bistouri boutonné; saisi ensuite avec les pinces de Muzeux, et après quelques fortes tractions, la branche occupant le pharynx, et la plus volumineuse, peut être extraite. Celle logée dans le sinus maxillaire est ramenée ensuite avec facilité.

Les diverses parties du polype rassemblées représentent une tumeur du volume d'un œuf de poule, pyriforme; la petite extrémité correspondant à la portion nasale et la plus grosse à la portion faisant saillie dans le pharynx.

Son organisation offre tous les caractères de celle des polypes fibreux.

A part quelques vaisseaux ouverts dans la dissection du lambeau externe, la perte de sang a été peu considérable.

Les pédicules paraissant complétement détruits, nous jugeâmes inutile d'avoir recours à la cautérisation ou à la rugination.

Le polype enlevé, on aperçoit une large cavité formée par le sinus maxillaire et toute la profondeur des fosses nasales et du pharynx communiquant ensemble.

Après quelques moments d'attente, la suture entortillée est pratiquée de la lèvre à l'angle de l'œil. Six points de suture mettent en contact les lèvres de la plaie.

Suite de l'opération. — Le premier jour, le petit malade est calme et prend du sommeil, qui n'est plus accompagné de ce bruit de ronflement auquel donnait lieu l'occlusion des fosses nasales. Il avale avec facilité des boissons et du bouillon.

Le cinquième jour, nuit tranquille; bouillon répété plusieurs fois dans la journée; pouls calme.

Le sixième, un peu de rougeur s'étant manifestée à l'extrémité supérieure de la plaie et autour de la première épingle, celle-ci est enlevée. Pouls à peine fébrile; le malade respire facilement la bouche fermée. — Deux soupes lui sont accordées.

Le septième jour, la troisième et la cinquième épingle sont retirées, et les lèvres de la plaie sont solidement réunies; l'adhésion de la surface interne des lambeaux est achevée.

Aucun écoulement ne se fait par la fosse nasale; la joue est légèrement tuméfiée; la nourriture est augmentée.

Le huitième, il s'exhale par la narine une mauvaise odeur, qui cesse après quelques injections d'eau légèrement chlorurée répétées deux fois par jour.

La dernière épingle est enlevée, la réunion est complète.

La région correspondante au sinus maxillaire s'affaisse, et cette partie du visage reprend sa forme normale. Les os propres du nez, qui étaient fortement soulevés, sont revenus à leur position naturelle.

Le malade guéri reste encore pendant un mois en observation. — Au moment de son départ il n'existe aucun larmoiement.

Obs. II. — Peu de temps après, entre à l'Hôtel-Dieu (25 décembre 1857) le nommé B..., jeune garçon âgé de 15 ans, habitant Ardon, village des environs d'Orléans, d'une petite stature, corps grêle, cependant d'une assez bonne santé jusqu'au moment où l'affection a commencé à se développer.

A l'instant de son entrée, nous constatons l'existence d'une production grisâtre dans la narine gauche et s'avançant jusqu'à son ouverture. Elle a refoulé à droite la cloison des fosses nasales, sans cependant obstruer entièrement la narine droite. Le nez est soulevé du côté gauche. Il existe un larmoiement habituel, et l'œil gauche fait saillie en avant en présentant un léger strabisme. La vue de ce côté est néanmoins intacte.

A l'intérieur de la bouche les désordres sont beaucoup plus prononcés. La voûte palatine a changé de forme; elle est bombée à gauche et proéminente dans la bouche. La portion osseuse de ce côté est presque entièrement détruite, — il n'en reste plus qu'une faible partie sur les côtés, — la tumeur n'est plus recouverte que par la membrane muqueuse.

Le voile du palais est fortement repoussé en arrière, et toute la portion libre, d'horizontale qu'elle était, est devenue verticale. Il a perdu sa mobilité. La déglutition ne s'exécute plus que difficilement. La voix est nasillarde, et le sommeil s'accompagne d'un ronflement très-incommode pour les autres malades.

Le doigt porté derrière le voile du palais reconnaît le polype, qui paraît ferme, et les mouvements qu'on lui imprime de bas en haut se communiquent à la branche nasale qui est repoussée en avant. Cet examen ne peut être fait que très-rapidement et sans pouvoir le répéter, le petit malade s'y refusant avec obstination.

Un stylet, introduit entre le polype et la cloison, heurte contre un corps résistant et ne peut pénétrer profondément.

Il est donc impossible d'obtenir une idée exacte sur le volume du polype, sur sa consistance et sur le siége de son implantation.

Des épistaxis abondantes et répétées ont eu lieu spontanément ou par des causes très-légères par la branche nasale. Une tentative d'arrachement a eu lieu il y a un an; elle a été accompagnée d'une forte hémorrhagie.

Le malade, peu intelligent, ne peut assigner d'époque fixe au début de la maladie; il en fait remonter l'origine à deux ans; il est probable qu'elle a commencé beaucoup plus tôt.

Il ne pouvait y avoir de doute sur la nécessité d'opposer promptement à cette affection un traitement complétement curatif.

Malgré les données incertaines recueillies sur les caractères physiques de la tumeur et sur son siége, encouragé par le succès que nous venions d'obtenir, nous nous décidâmes à tenter le même procédé que celui mis en usage chez Rosier, nous réservant de le modifier, si, chemin faisant, il apparaissait des difficultés imprévues.

Après avoir cherché à rétablir les forces du petit malade par un régime substantiel et par l'usage combiné du fer et du quinquina, il fut soumis le 7 janvier dernier à l'opération suivante, sans avoir recours à l'action du chloroforme.

Même incision verticale étendue du niveau de l'angle interne de l'œil au bord libre de la lèvre, dissection des deux lambeaux, section de l'apophyse montante du maxillaire supérieur à sa base, à l'aide de la pince tranchante, de la gouge et du maillet.

La branche nasale se trouvant ainsi largement à découvert, il devient possible de reconnaître une large adhérence du polype à l'apophyse ptérygoïde gauche, et en dedans et en arrière à la cloison des fosses nasales.

Ces adhérences, détruites à l'aide des ciseaux courbes, le polype fortement saisi avec la pince de Muzeux, résiste aux tractions exercées sur lui, et nous pouvons alors constater qu'il remplit toute la cavité supérieure du pharynx.

Son volume considérable et sa consistance dure s'opposent à ce qu'il puisse être extrait par l'ouverture qui a été pratiquée, son tissu trop résistant ne pouvant subir l'allongement et la réduction nécessaires pour pouvoir franchir l'espace obtenu par les sections osseuses. Pour vaincre cette difficulté, deux partis restent à prendre :

Enlever le maxillaire supérieur en totalité ou élargir la voie déjà commencée en prolongeant la section partielle du maxillaire de la base de l'apophyse montante à l'arcade dentaire.

Je m'arrête à cette dernière résolution et j'y procède de la manière suivante :

La muqueuse de la voûte palatine est divisée par une incision en T, en laissant intact le voile du palais; la substance osseuse étant détruite, comme il a été dit, les lambeaux de cette membrane sont facilement écartés, et mettent à nu la branche palatine du polype. A l'aide de deux sections pratiquées avec la scie à chaînettes, une portion de l'os maxillaire est détachée; elle comprend la partie de l'arcade dentaire où sont implantées les trois dents : incisive latérale, canine et première petite molaire gauche. Il en résulte une large ouverture qui met à découvert le polype et permet de l'atteindre plus facilement. Sa dureté et son grand volume le font arc-bouter solidement contre la colonne vertébrale, l'apophyse basilaire et la portion de la voûte palatine restée intacte. Il paraît en quelque sorte enclavé dans cet espace, et quoique libre de ses adhérences, il présente une telle résistance aux tentatives d'extraction, qu'il devient nécessaire de l'enlever partiellement; d'abord la portion antérieure séparée à l'aide de ciseaux, et ensuite la portion postérieure saisie avec la pince de Muzeux, ne peuvent être extraites qu'à la suite de grands efforts.

Après l'ablation complète du polype, on peut aisément constater que la forte pression exercée par une tumeur aussi solide et aussi volumineuse sur la partie postérieure du pharynx, en a détruit ou écarté les parties molles, et que le corps d'une des premières vertèbres (je présume la première) peut être senti à nu.

La grande quantité de sang qu'a perdue ce petit malade pendant une opération si laborieuse, amène, après sa terminaison, une longue syncope à laquelle a succédé pendant toute la journée un grand affaiblissement.

Les lèvres de la plaie sont réunies par cinq points de suture entortillée. Les lambeaux de la muqueuse palatine sont abandonnés à eux-mêmes.

Examen de la tumeur. — Les deux parties de la tumeur, séparées pour en faciliter l'extraction, présentent, en les réunissant, le volume d'une orange légèrement aplatie sur les côtés.

De la partie antérieure se détache la branche qui occupait la fosse nasale; au dessous d'elle naît la portion correspondant à la voûte palatine, elle est arrondie et mamelonnée.

En arrière se trouve la portion la plus volumineuse, qui occupe toute la cavité supérieure du pharynx, dans laquelle elle était solidement logée; à la partie postérieure et en haut se remarquent deux petites facettes dont la texture cartilagineuse est très-prononcée.

La tumeur offre les diamètres suivants :

Sa grande circonférence	21	centimètres.
Sa petite circonférence	18	—
Sa hauteur	7	—
Sa largeur	6	—
Son poids est de	90	grammes.

Elle est dense, ferme et d'un blanc mat; son tissu est très-résistant. Les branches nasale et palatine sont composées de fibres blanchâtres entre-croisées comme dans les polypes fibreux. Le reste de la tumeur présente tous les caractères du tissu cartilagineux, crie sous le bistouri et résiste à la section.

Pendant la nuit qui suit l'opération, le petit malade ne peut prendre que peu de sommeil; les boissons et le bouillon sont avalés avec assez de facilité.

Le huitième jour, il s'est écoulé par la bouche quelques liquides mêlés de sang; le pouls est resté faible, la déglutition des liquides continue à être facile, la parole très-difficile.

Le neuvième, larmoiement et tuméfaction de la joue, accompagnés de rougeur. — Onctions avec la pommade aux concombres.

Le dixième, l'imminence d'érysipèle a disparu. — Potages légers, vin de Bordeaux; la deuxième et la quatrième épingle sont retirées.

Le onzième, il s'écoule par la bouche des liquides qui exhalent une mauvaise odeur. — Injections d'eau tiède par les narines et dans la bouche, qui sont continuées pendant plusieurs jours.

Les forces du malade paraissent augmenter.

Le douzième, les dernières épingles sont enlevées; la réunion des lèvres de la plaie ne s'est point accomplie entièrement dans la partie supérieure; elle se fera secondairement.

Pour faire disparaître plus rapidement l'écartement qui existe entre les deux portions de l'os maxillaire, un fil très-solidement tendu est fixé autour de la dent petite molaire qui reste et celle correspondante du côté droit. A l'aide de ce moyen, elles sont mises en contact dans la partie supérieure.

L'ouverture de la voûte palatine tend chaque jour à diminuer d'étendue. Aujourd'hui, elle ne présente plus que cinq millimètres en largeur et dix en longueur.

Le résultat favorable que nous avons obtenu chez ces deux malades ne semble-t-il pas établir que, dans certains cas, ce nouveau procédé devra être préféré à la résection du maxillaire supérieur en totalité, puisqu'il n'a pas, comme cette dernière opération, le grave inconvénient de causer des mutilations qui dérangent l'harmonie des traits du visage, qui détruisent la moitié de l'arcade dentaire et de la voûte palatine, et enfin le plancher de l'orbite, qui donne lieu souvent au prolapsus de l'œil ?

Le procédé opératoire que nous venons de mettre en pratique si heureusement, nous paraît constater un progrès à la faveur duquel on pourra désormais substituer une opération plus simple à une opération compliquée, et qui offre surtout le grand avantage de remplacer le sacrifice du maxillaire supérieur en totalité, par une perte de substance très-limitée et, en quelque sorte insignifiante, comme dans la première observation, et dont les traces peuvent s'effacer très-rapidement.

Le premier cas, en effet, nous a fourni l'occasion de vérifier un point important et curieux de pathologie physiologique des os, propre surtout à ceux du crâne et de la face, caractérisé par la tendance remarquable de la nature à fermer et à réparer les pertes de substance que ces os ont subies.

Chez notre premier malade, des recherches attentives ne permettent plus de reconnaître, au moment de son départ, le vide qui résultait de l'ablation de l'apophyse montante et de la lame osseuse du sinus maxillaire. Il est remplacé par un léger sillon qui devra disparaître plus tard.

L'âge peu avancé de R... devait, à la vérité, favoriser ce travail réparateur; des circonstances aussi favorables devront se rencontrer dans la plupart des cas analogues, puisque l'observation a démontré que cette maladie se développait presque toujours à une époque de la vie peu avancée.

Chez le second malade, la perte de substance osseuse plus considérable a laissé un écartement qui tend chaque jour à diminuer dans les points correspondants à l'apophyse montante, et qui deviendra moins apparente, nous n'en doutons pas, par l'action réparatrice de la nature dans celui qui existe à la voûte palatine et peut-être même sur le bord de l'arcade dentaire.

Dans tous les cas, il deviendrait aisé d'en faire disparaître les inconvénients à l'aide d'un obturateur de petite dimension, et dont l'application serait facile.

Il nous reste à examiner si la résection partielle du maxillaire supérieur serait suffisante pour enlever des polypes volumineux, et dont l'insertion serait plus profonde, comme à la base du crâne et à la partie la plus élevée du pharynx.

Nous n'hésitons pas à l'admettre pour la plupart des cas.

Notre première opération terminée, il nous a été facile de reconnaître, et nous l'avons fait constater par tous les assistants, que la voie large que nous avions frayée si rapidement, permettait à l'œil de pénétrer jusqu'aux régions indiquées plus haut.

Dans la seconde, elle avait atteint des dimensions encore plus étendues, puisqu'il nous a été possible d'extraire un polype d'un volume et d'une consistance plus considérables.

Un semblable résultat se comprend aisément en réfléchissant aux changements qui s'opèrent dans les fosses nasales, par le refoulement de la cloison, et par l'aplatissement ou la destruction des cornets par suite du développement progressif du polype dans cette cavité.

Si par une circonstance qui n'aurait pu être prévue à l'avance, la résection partielle du maxillaire était reconnue insuffisante pour rendre l'extraction possible, elle deviendrait une opération préliminaire à l'ablation de l'os en totalité.

La séparation de l'apophyse montante déjà exécutée, et l'incision verticale en constitueraient le premier temps, et il deviendrait facile alors de mettre en pratique le procédé de M. Gensoul, en exécutant les incisions transversale et verticale à l'aide desquelles se forment les deux lambeaux destinés à mettre l'os à découvert. La durée de l'opération en serait à peine augmentée.

Sans vouloir conclure de ces faits que dans le traitement des polypes naso-pharyngiens, l'ablation de l'os maxillaire supérieur sain doive être abandonnée, je crois être autorisé à admettre que, dans bien des cas, la résection partielle de cet os peut être suffisante pour se frayer une voie sûre et large qui permettra d'at-

teindre et de guérir des polypes volumineux et multiples, ainsi que le prouve le double succès que j'ai obtenu.

DÉBILITÉ CACHECTIQUE.

Purpura. Gangrène de la langue. Mort.

Par M. Léon Nolé (de Cintegabelle).

Un nommé G..., âgé d'environ quarante-huit ans, petit propriétaire-cultivateur à Saint-Quire (Ariége), avait habituellement joui d'une assez bonne santé, quoiqu'il fût d'une constitution médiocrement forte, et qu'il se livrât parfois jusqu'à l'excès à ses travaux ordinaires. Mais, père de trois enfants en bas âge, et d'ailleurs peu satisfait de sa dernière récolte, il crut devoir chercher à épargner sur ses faibles ressources et à s'en préparer activement de nouvelles. Aussi, dès le mois de décembre 1853, commença-t-il de s'occuper, non-seulement durant tout le jour, mais encore même pendant une bonne partie de la nuit, à cultiver tour à tour tantôt ses champs et tantôt ceux de son maître. Sa nourriture habituelle ne consistait guère que dans du pain dur, et, ce qui plus est, ordinairement moisi, préparé même avec des farines avariées, tandis que d'un autre côté sa boisson ordinaire n'était que de l'eau pure.

De l'ensemble de ces circonstances il résulta un dépérissement insensible des forces. Ce fut d'abord une lassitude extrême et une sensation fort pénible de brisement des membres qu'il éprouva après chaque journée de travail.

Mais l'hiver étant beau, ce laborieux cultivateur, qui tenait essentiellement à en profiter le mieux possible, continua d'épuiser sa santé par ses rudes exercices de chaque jour, ainsi que par son alimentation à la fois insuffisante et vicieuse. Aussi, comme il fallait bien s'y attendre, le malaise général empira ; il survint des douleurs insupportables vers les épaules, et bientôt encore une sensation d'accablement après le moindre travail. Puis, quelques jours plus tard, il se manifesta une petite toux fatigante, sans expectoration, mais avec une certaine gêne de la respiration ; après quoi, enfin, l'appétit ainsi que le sommeil se perdirent, et les jambes s'infiltrèrent peu à peu.

Cependant, à dater de ce moment, tout exercice étant devenu réellement impossible, G... fut définitivement contraint de rester chez lui, et se résigna, bon gré, mal gré, à garder un repos qui lui était d'ailleurs si nécessaire. Mais il ne changea rien à son régime ordinaire; son état ne fit donc que s'aggraver.

Vers le 18 ou 20 mars 1854, il parut successivement sur le tronc, devant la poitrine, ainsi que sur les cuisses, de nombreuses taches, très-petites, tout au plus lenticulaires, mais d'ailleurs bleuâtres et livides, de *purpura* ; puis, cinq ou six jours plus tard, un bouton aphtheux se fit remarquer vers le milieu du bord gauche de la langue, et, dès le lendemain, fut remplacé par un petit corps noirâtre, en même temps qu'il s'établit un commencement de salivation.

Ce nouveau mal ayant paru faire des progrès assez rapides, un homme de l'art fut d'abord mandé le 28 mars. Celui-ci examina la langue, porta un instrument tranchant sur le point affecté, puis se retira, après avoir recommandé au malade de se gargariser fréquemment avec de l'eau froide.

Appelé à mon tour à donner mes conseils, je vis G... le 30. Il était alors dans son lit, plein d'anxiété, ne pouvant ni dormir ni manger, et ayant d'ailleurs la déglutition un peu difficile. Son visage était pâle et sensiblement altéré. Une salive glaireuse, abondante et surtout très-fétide, s'écoulait continuellement de sa bouche. Boursouflure légère, mais un peu douloureuse, de la région sous-mentonnière.

Quant à la langue, elle était réellement tuméfiée, mais sans rien d'excessif, offrant d'ailleurs une couleur livide et une certaine douleur à la pression. Vers le milieu de son bord gauche se faisait remarquer une masse noirâtre, comme charbonneuse, ayant à peu près le volume d'une petite châtaigne, et qui, sans guère dépasser le niveau des chairs environnantes, pénétrait assez profondément dans le tissu lingual, avec lequel elle se confondait d'une manière insensible et sans aucune ligne de démarcation tranchée. Je n'y observai, d'ailleurs, aucune trace de l'action d'un instrument tranchant.

J'essayai moi-même de détacher, au moyen d'une forte spatule, une partie de cette sorte d'eschare; mais celle-ci adhérait si fortement à la langue, que je ne pus en enlever qu'une couche très-légère. J'usai alors de ciseaux courbes, et je réussis un peu mieux.

Malgré la petite toux qui par moments fatiguait la malade, je n'observai rien d'anormal du côté de la poitrine. Mais en revanche je constatai l'amaigrissement notable du malade, la faiblesse marquée de son pouls, d'ailleurs agité par la fièvre, la persistance de quelques pétéchies noirâtres sur différents points du corps, ainsi que la bouffissure marquée du pourtour des malléoles. Pas d'appétit; au contraire, dégoût, nausées, constipation. — Bouillon de poule concentré; potion tonique; quelques cuillerées de vin; gargarismes avec décoction de quinquina; lavement laxatif.

Le 31, la tumeur gangréneuse de la langue avait gagné sensiblement en profondeur, en s'étendant vers la base de cet organe. La celui-ci paraissait plus épais, et sa couleur était violacée. Je remarquai aussi son endolorissement, notamment au pourtour de la partie mortifiée. Déglutition un peu plus pénible que la veille; haleine horriblement fétide. Nouvelle excision d'une partie de l'eschare; mais je crois inutile, vu que la propagation de la dégénérescence gangréneuse est incessante, de pénétrer profondément dans les chairs. Je cautérise avec le nitrate d'argent un petit aphthe développé sur le bord droit de la langue, et qu'on dit tout à fait semblable au premier. — Collutoire avec chlorure d'oxyde de sodium concentré; mêmes gargarismes; potion avec sulfate de quinine; lavement avec décoction de quinquina. Bouillon et vin.

Le 31; je revois G...... Il est très-abattu, en proie à des angoisses continuelles; tantôt somnolence et tantôt délire; déglutition fort pénible et gêne de la respiration; pouls petit et très-fréquent; face pâle et terreuse, yeux larmoyants. Tout concourt à indiquer un état général très-grave. Quant à l'état local, l'aggravation est au moins aussi manifeste : en effet, la gangrène occupe maintenant toute la moitié postérieure du côté gauche de la langue; il est même assez difficile de préciser les limites du mal en arrière.

Quoi qu'il en soit, G....., pressentant sa fin prochaine et inévitable, se refuse désormais à tout nouveau moyen de traitement.

A dater de ce moment, délire de plus en plus marqué, puis coma de plus en plus profond, et enfin mort dans la nuit du 4 au 5 avril.

Réflexions. — Il est depuis longtemps hors de doute que la langue, de même que la plupart des autres organes, peut être parfois frappée d'une gangrène plus ou moins étendue; cependant il est vrai de dire, et il est juste de reconnaître qu'un semblable accident est loin d'être commun, ainsi, du reste, que les annales de la science peuvent le prouver.

On s'accorde, par exemple, assez généralement à considérer la glossite suraiguë, et partant accompagnée d'un gonflement excessif de l'organe affecté, comme susceptible d'aboutir assez rapidement à ce travail de destruction. Mais, comme il n'arrive presque jamais qu'on ne combatte point cette phlogose exagérée avec toute l'énergie convenable, la terminaison grave dont il s'agit est par conséquent ordinairement évitée.

Malheureusement pour mon infortuné client, il ne s'agissait point chez lui d'une affection inflammatoire de la langue *franche* et portée à son plus haut degré, c'est-à-dire telle qu'il eût été probablement possible d'en triompher en peu de temps, en usant largement du traitement antiphlogistique le plus actif. On a vu en effet, que sous l'influence de travaux excessifs et longtemps continués, ainsi que d'une alimentation on ne peut plus malsaine, les forces générales se sont d'abord insensiblement épuisées, et que c'est au moment même où tout indiquait chez G... un état de débilité profonde, qu'un simple bouton aphtheux est devenu le point de départ de la dégénérescence rapide d'une portion de la langue.

Cette affection pouvait-elle guérir quand j'ai été appelé à la combattre? Pour moi je ne le pense pas, car il y avait ici un vice radical de la constitution qui ne pouvait que rendre inutiles toutes les ressources de la thérapeutique, et c'est ce qui est en effet arrivé. (*Journal de médecine de Toulouse.*)

FIÈVRE INTERMITTENTE. — POTION IODÉE.

On a proposé l'emploi de la teinture d'iode comme traitement des fièvres intermittentes. M. Barilleau, ayant eu l'occasion d'essayer cette médication, a vu la maladie disparaître dans trente-sept cas, sur quarante qu'il a traités. La formule employée est la suivante :

Infusion de camomille. . . .	100 grammes.
Teinture d'iode.	30 gouttes.

Mêlez; à prendre en trois fois.

On continue pendant plusieurs jours de suite l'usage de cette potion. (*Bulletin de la Société de méd. de Poitiers.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 mars 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements des Hautes-Alpes, de la Creuse et de la Charente-Inférieure. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Aguilhon, qui sollicite le titre de membre correspondant;

2° Une observation de pustule maligne sur la face dorsale du gros orteil gauche, par M. le docteur Lefèvre, de Saint-Ermé. (Commissaires, MM. Nélaton et Delafont.)

3° Un mémoire sur les propriétés fébrifuges et antipériodiques de la racine de groseillier, par M. le docteur Lacroix. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

4° Un travail intitulé *Supplément au mémoire sur la nutrition des enfants nouveau-nés avec le lait de vache modifié suivant un procédé particulier*, par M. le docteur Herschell. (Commissaires : MM. Chevallier, Bouvier et Blache.)

COMMUNICATION.

M. Velpeau a la parole pour une communication.

Expériences sur le traitement du cancer à l'hôpital de la Charité. — M. Velpeau expose en ces termes le compte rendu des expériences instituées par M. Vriès dans les salles de MM. Manec et Velpeau à la Charité.

Vous avez tous entendu parler d'un prétendu médecin noir qui, possesseur d'un antidote du cancer, aurait déjà guéri bon nombre de malades, un entre autres qui a servi de base au plus étrange retentissement.

Comme mon nom s'est trouvé mêlé à cette histoire, j'ai été questionné, harcelé de tous côtés et de toutes façons, par une infinité de personnes.

Il n'y avait rien de vraisemblable dans ce qui m'était raconté à ce sujet, et je n'ai jamais cru à la spécificité du prétendu quinquina du cancer. Mais l'émotion était si générale au sein des familles et même parmi les médecins, que j'ai pensé être utile à tout le monde en mettant l'empirique en demeure de donner les preuves de son assertion.

Même en admettant la bonne foi partout, les cures invoquées pouvaient être inexactes, exceptionnelles ou passagères, ou bien encore ressortir d'erreurs de diagnostic. Il était possible, d'un autre côté, que les remèdes employés n'eussent rien de spécial, et que l'inconnu en fût tout le prestige.

Eviter ce double écueil me parut facile. A un certain degré et sous de certaines formes, les cancers sont aujourd'hui d'un diagnostic aussi simple que celui de la phthisie au troisième degré. Leur incurabilité, hors des opérations, par les ressources usuelles de la thérapeutique, n'est pas contestable non plus.

En conséquence, une douzaine de cancers dûment constatés ont été offerts par moi à M. Vriès, qui s'est engagé à les guérir sans opération au moyen de son antidote.

M. Manec, mon collègue à la Charité, à qui j'en ai parlé, s'est associé à mes vues, en laissant mettre aussi plusieurs cancéreux de ses salles en expérimentation; de sorte que c'est sous nos yeux à tous deux, au grand jour, en présence d'un grand nombre de médecins, de praticiens de tout âge et d'élèves, que le traitement nouveau a été poursuivi.

Toutes les précautions ont d'ailleurs été prises pour que le résultat en fût concluant : une fois le diagnostic posé et les malades acceptés, nous avons laissé M. Vriès maître des prescriptions. Ordre a été donné aux sœurs, aux gens de service et même aux élèves, de faire ce qu'il dirait, de ne le troubler en quoi que ce fût. J'ai eu soin, en outre (et il y avait lieu), d'insister à plusieurs reprises, en plein amphithéâtre, pour que chacun gardât son sérieux en présence de ce qui allait se passer, pour que toute apparence de moquerie fût mise de côté dans les salles.

Les expériences ont été commencées le 27 janvier et suivies sans interruption jusqu'à ce jour. En voici le bulletin et les observations détaillées, signés par M. Manec, par M. Vriès et par moi dès le début. Nous verrons tout à l'heure où en sont les pauvres malades actuellement.

(Ici M. Velpeau dépose sur le bureau le registre des observations, qu'il laisse à la disposition de ses collègues.)

Ainsi, rien, absolument rien, n'est venu justifier les annonces de M. Vriès. Le cancer n'est guéri chez aucun de nos seize malades. Une malade, la femme du n° 24, est morte au bout de dix jours. Chez tous les autres, le mal a suivi sa marche habituelle. Les souffrances ont été tantôt plus, tantôt moins vives. Ainsi qu'il arrive souvent, des plaques ou des pelotons fongueux se sont parfois détachés des masses principales; mais les tumeurs n'ont jamais cessé de s'accroître et de se multiplier. En somme, après deux mois de traitement, tous ces pauvres cancéreux sont exactement dans le même état que s'ils n'avaient point été traités du tout.

Il est juste d'ajouter que M. Vriès a demandé dès le principe plusieurs mois, et que depuis il a dit qu'il lui fallait quatre ou six mois avant de renoncer à ses convictions; de plus, il accepte qu'avec réserve les malades des n°s 23, 24, 25 et 26; de même que j'ai, de mon côté, fait quelques réserves pour les n°s 28, 30 et 32. Il est vrai encore que nous étions convenus de ne rien dire de l'expérimentation avant de l'avoir conduite jusqu'au bout. Mais, d'une part, en faisant connaître aujourd'hui l'état de la question, nous pouvons laisser M. Vriès libre de continuer ses expériences dans nos salles; et d'autre part, M. Vriès ou ses amis ont si vite fait usage dans la presse extra-médicale de ce qui se passait à l'hôpital, au détriment de la vérité, que je suis depuis longtemps délié de tout engagement envers eux.

D'ailleurs, à quoi bon temporiser davantage? Pour M. Manec comme pour moi, la question est jugée. Nous savons depuis longtemps que M. Vriès se trompe ou en impose, quand il dit avoir trouvé l'antidote du cancer.

Ce matin même, 27 mars, en présence de M. Davenne, directeur de l'assistance publique, de M. Roger, directeur de l'hôpital, des élèves internes et d'un grand nombre de médecins du dehors, nous lui avons communiqué, M. Manec et moi, l'état des malades, il a constaté l'exactitude des faits; il avoue que tout dans les bulletins du registre que voici est conforme à la vérité; puis, sans en donner de raison, il a refusé de signer ce dernier procès-verbal, quoiqu'il ait signé le premier sans difficulté. Comme il persiste à soutenir qu'il guérira les malades si on lui accorde les six mois indiqués, je lui ai adressé la question suivante : Si au bout des six mois les malades ne sont pas guéris, conviendrez-vous au moins que vous vous êtes trompé, et que vous ne possédez pas le spécifique du cancer? — Non, a-t-il répondu, « si pas guérir les malades de l'hôpital, moi guérir les cancers à la ville. » Il est clair dès lors que dans six mois nous ne serons pas plus avancés que maintenant, et que cet homme veut simplement gagner du temps au profit de son exploitation. Or c'est là une comédie ou une mystification à laquelle notre dignité d'homme et de médecin ne nous permet pas de nous prêter plus longtemps.

Nous venons, en conséquence, proclamer aujourd'hui la vérité devant vous, à savoir que :

1° L'antidote du cancer n'est pas encore trouvé, et qu'il n'y a malheureusement pas d'illusion possible à ce sujet;

2° M. Vriès n'a guéri aucun des cancers traités par lui sous nos yeux;

3° Tous les cancéreux de nos salles vont de plus en plus mal, à tel point que plusieurs d'entre eux ne tarderont pas à succomber;

4° M. Vriès n'a jamais guéri un seul cancer.

Les remèdes employés par M. Vriès, insignifiants et sans action sur l'économie, sont des substances presque inertes qui se trouvent partout, dans toutes les pharmacies, ne viennent pas des régions tropicales, et ne doivent rien à la végétation des Indes. Les analyses qui en ont été faites par MM. Mialhe, Robin, Ossian Henri, Regnault, le prouvent sans réplique.

Un mot d'explication maintenant sur mon intervention dans cette affaire, bien plus digne, j'ai honte de le dire, des verges du ridicule ou de la police que d'un examen scientifique sérieux.

Si j'avais su que des expériences semblables aux miennes eussent été tentées avec un résultat négatif par le même individu à l'hôpital des cancéreux de Londres, qu'il en avait été de même dans le service de M. Bazin à l'hôpital Saint-Louis; si j'avais connu les élucubrations mystiques de M. Vriès sur le fameux temple de marbre aux Champs-Elysées, je n'aurais certes pas pris la peine d'examiner les prétentions et les affirmations d'une intelligence de cette trempe; mais privé de ces renseignements, et croyant en partie à la bonne foi des person-

nages, j'ai eu la faiblesse de les écouter et de leur entr'ouvrir une porte honorable.

On voit, du reste, par ma lettre au *Moniteur des hôpitaux* du 1er mars, que j'ai pris mes précautions, et que toutes mes réserves à ce sujet n'étaient que trop nécessaires.

Je ne croyais pas à la valeur du remède au commencement :

1° Parce qu'on ne citait qu'un fait un peu sérieux, et qu'un fait ne suffit point en pareille matière; la science en possède de semblables sans qu'il ait été possible d'en tirer parti dans la pratique; d'ailleurs, en l'admettant comme positif, ce fait s'explique naturellement en dehors de toute médication spéciale;

2° Parce qu'il n'est pas vraisemblable qu'une lésion aussi matérielle, aussi réfractaire que le cancer, se laisse éteindre par une matière végétale donnée à l'intérieur, et qui ne produit aucun effet appréciable.

3° Parce que le prétendu remède trouvé chez les sauvages était une plante qu'on appliquait en topique à nu sur le mal, tandis qu'ici il s'agit de pilules avalées par les malades.

4° Parce qu'un antidote du cancer, maladie essentiellement spéciale, ne peut pas l'être en même temps de la phthisie, de l'éléphantiasis, etc.

5° Parce qu'enfin ce que j'entendais et ce que je voyais était trop contraire à l'ordre de la logique des choses.

J'ai consenti à essayer cependant parce que :

1° Ne pas croire, n'implique pas la négation absolue du fait ; puis, je serais personnellement si heureux d'une semblable découverte, qu'à ceux qui m'en parlent je suis toujours disposé à répondre : Voyons!

2° Parce que ne pouvant pas, ne voulant pas surtout discuter la guérison d'un pauvre malade qui lit ou peut lire ce que l'on dit de lui, qu'il serait cruel de désabuser en cas qu'il y eût erreur, je n'étais pas fâché de constater ce qu'il pouvait y avoir de vrai ou simplement d'apparent au fond de tout ce bruit.

3° Parce qu'enfin, ne sachant point affirmer ou nier ce que je ne sais pas, j'avais besoin de voir par moi-même, et de bien voir en dehors de toute supercherie possible, pour répondre en pleine connaissance de cause aux questions qui m'étaient incessamment faites.

Aujourd'hui, ma conviction est absolue :

1° Parce que M. Vriès n'a guéri aucun des cancéreux qu'on lui a confiés, soit à Londres, soit à l'hôpital Saint-Louis, soit à la Charité, soit en ville, et que son traitement n'a jamais entravé en quoi que ce soit la marche de la maladie.

2° Parce que la composition du remède, qui devrait toujours être la même s'il s'agissait d'un spécifique, varie au contraire souvent entre les mains de l'inventeur. Aux Indes, c'était une plante appliquée en cataplasmes sur les tumeurs ; en Angleterre, c'était de l'aloès ou de l'iode ; à Paris, c'est une poudre végétale inerte avec du nitre ou de l'alun pour les pilules, et de l'arow-root, et du sucre ou du camphre pour les poudres, etc.

3° Parce que M. Vriès n'a aucune idée de ce que c'est qu'un cancer, ni de l'examen des malades.

4° Parce que ce monsieur ne semble avoir fait aucune étude médicale ; à tel point que pour lui les malades vont mieux quand ils le lui disent, et que si on conteste la réalité de ce qu'il avance en pareil cas, il appelle volontiers un homme du monde pour décider le fait. A tel point encore que je l'ai vu dire, avec un aplomb, un sang-froid inqualifiables, en présence d'un moribond, d'un cancer à la dernière période : « Ce malade aller mieux, en voie de guérison ; vous adopterez ma méthode dans six mois! » et appeler aveugles ceux qui lui font alors la moindre observation!

5° Parce que rien de ce qu'il a dit n'est arrivé.

6° Parce que, si on lui fait remarquer que les malades qu'il avait promis de guérir sont morts, il se borne à répondre qu'il n'est pas le bon Dieu, qu'on ne peut pas empêcher la mort.

7° Parce qu'il n'y a que contradiction dans ce qu'il avance.

Pour prouver qu'il a guéri des cancers en ville, son panégyriste (*La vérité sur le Docteur noir*) cite M. Sax, dont, par un sentiment facile à comprendre, je ne veux pas parler ; un M. Levry, mort depuis ; un cas d'hydropisie, une malade atteinte d'ulcères aux jambes, et un cas de rhumatisme. D'un côté, il croit que toute amélioration avec son traitement est précédée d'une crise, et il annonce d'un autre côté, dans un journal politique, que tous les malades de la Charité vont mieux, que quelques-uns sont en voie de guérison, quoiqu'il n'y ait eu de crise chez aucun d'eux, etc.

8° Parce que depuis dix ans qu'il a quitté l'Inde (à son dire), il aurait eu le temps de consommer une cargaison entière de végétaux exotiques, et qu'on ne lui en connaît de dépôt nulle part;

9° Parce que les plantes médicinales se dénaturent à la longue, et ne conservent guère ainsi leurs propriétés indéfiniment;

10° Et parce que plusieurs pharmaciens de Paris qui ont préparé ses médicaments n'ont eu recours à aucune substance dite tropicale.

Voilà, messieurs, les divers motifs qui m'ont fait agir comme vous venez de voir, et sur lesquels je me fonde pour affirmer que M. Vriès n'a point trouvé le spécifique du cancer, n'a jamais guéri de cancer véritable, et n'en guérira jamais avec le traitement qu'il emploie.

Telle est la stricte, la triste vérité, la vérité malheureuse s'il en fut, car l'existence d'un pareil antidote serait le bienfait le plus désirable du monde, et, de quelque couleur qu'il soit, celui qui en dotera la médecine aura droit à la reconnaissance de l'humanité tout entière.

Mon devoir est rempli, le public va être averti; s'il continue d'être dupe et de se faire exploiter, c'est qu'il le voudra bien, nous n'avons pas à nous en occuper.

C'est l'affaire de ceux qui ont mission de veiller à l'application des lois et au respect de la morale comme de la probité générale.

Ceux qui voudront en savoir davantage sur le côté bizarre et bouffon du personnage n'ont qu'à jeter les yeux sur la brochure de M. Fauvel (*La vraie vérité sur le Docteur noir*).

M. MICHEL LÉVY demande que la note de M. Velpeau soit envoyée officiellement à l'autorité supérieure. (Bravo!)

M. TRÉBUCHET est d'avis qu'il en soit donné communication à MM. les ministres de l'instruction publique et des travaux publics, avec la demande expresse de mettre un terme au scandaleux trafic de M. Vriès. (Oui! oui!)

PLUSIEURS VOIX. Il faut en référer directement à M. le ministre de la justice.

M. GIBERT demande que l'Académie n'exige point de mesures trop sévères contre M. Vriès. (Murmures prolongés.)

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL. Je crois qu'il suffit que l'Académie exprime par un vote l'opportunité de transmettre à l'autorité supérieure la communication de M. Velpeau, selon la proposition qu'en vient de faire M. Michel Lévy.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la proposition de M. Michel Lévy.

L'Académie décide *à l'unanimité* que la note de M. Velpeau sera envoyée officiellement, et dans le plus bref délai, à l'autorité supérieure.

M. VELPEAU. Il est encore une question que je crois convenable de soumettre à l'Académie. Je vous ai dit, messieurs, que j'avais consenti à laisser M. Vriès continuer ses expériences pendant six mois. L'Académie pense-t-elle que je doive tenir cet engagement, afin d'ôter à ce monsieur tout prétexte d'invoquer notre mauvais vouloir? ou bien, après la déclaration qu'il m'a faite de ne pas renoncer à ses convictions, même si son remède échoue au bout du temps convenu, faut-il me considérer comme dégagé vis à-vis de lui, et lui interdire l'entrée de l'hôpital?

M. DAVENNE, directeur général de l'Assistance publique. Messieurs, tant que M. Velpeau a consenti à couvrir de sa haute autorité les expériences de M. Vriès, je n'ai vu aucun inconvénient à laisser cet empirique pénétrer dans nos salles d'hôpital. Mais, après la déclaration que nous venons d'entendre, et maintenant que la main de M. Velpeau s'est retirée de M. Vriès, je ne crois pas devoir supporter plus longtemps de semblables essais sur les malades qui nous sont confiés. Ce serait manquer à notre mission, forfaire à nos devoirs les plus sacrés ; ce serait se montrer complice d'une honteuse mystification publique. (Applaudissements vifs et prolongés.)

Discussion sur le mémoire de M. Huguier.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'allongement hypertrophique du col utérin. La parole est à M. Depaul.

M. DEPAUL. Messieurs, je crois avoir démontré, dans la dernière séance, que l'allongement hypertrophique du col utérin avait été décrit avant M. Huguier, que son diagnostic était bien connu, et, en général, très-facile ; que l'usage de la sonde utérine est inutile dans ce cas et souvent dangereux ; que les allongements de 5 à 7 centimètres sont très-rares ; que le plus souvent cette lésion ne présente ni gravité ni inconvénients, et qu'elle cède généralement aux moyens les plus simples, au repos, aux astringents, à la cautérisation avec le nitrate d'argent ou avec le fer rouge. Enfin je crois avoir prouvé, par une analyse exacte des observations de M. Huguier, que notre honorable collègue n'avait pas toujours mis rigoureusement en pratique les excellents préceptes qu'il donne dans son mémoire.

Je me propose aujourd'hui, si le temps me le permet, de présenter quelques réflexions touchant la seconde partie de ce travail, qui me paraît de beaucoup la plus importante. Si je voulais la résumer en quelques mots, je dirais que trois idées fondamentales dominent le mémoire de M. Huguier. La première, c'est que jusqu'à ce jour la majorité des chirurgiens et des médecins avaient méconnu l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col utérin, qu'ils confondaient avec la descente complète de la matrice ; la seconde, c'est que la découverte de cette lésion est due à l'hystérométrie, et qu'il est impossible d'en établir le diagnostic sans le cathétérisme utérin; la troisième, enfin, c'est qu'on ne peut remédier à cette altération par aucune des médications ordinaires lorsque l'allongement dépasse 5 centimètres, et qu'il est dès lors nécessaire de recourir à l'amputation du col exubérant.

Je vais m'efforcer de démontrer :

1° Que la chute de la matrice n'est point une lésion hypothétique, qu'elle existe réellement;

2° Que l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col utérin n'existe pas dans les termes où l'a posé M. Huguier;

3° Que l'opération proposée par notre collègue n'est pas nouvelle, qu'elle est depuis longtemps décrite dans la science ; qu'elle est dangereuse, pleine de difficultés, et qu'on ne doit y avoir recours que dans quelques cas extrêmement rares.

Qu'est-ce donc que cette portion sus-vaginale du col utérin, que M. Huguier déclare être si fréquemment le siége d'un allongement hypertrophique? Cette partie du col de l'utérus, assez variable suivant les sujets, ne dépasse guère pourtant, en général, un centimètre à un centimètre et demi. Sa structure ne diffère en rien de celle du reste de l'organe. Pourquoi une portion si petite, si courte, et toute semblable au tissu voisin, aurait-elle le funeste privilége de s'hypertrophier plus souvent et à un plus haut degré que le reste de la matrice? Où et comment M. Huguier en a-t-il donné la preuve? Est-ce, comme il le prétend, au moyen du cathétérisme utérin? Mais parce que sa sonde a pénétré quelquefois jusqu'à 8 ou 10 centimètres, est-ce une raison de proclamer qu'il y avait allongement de la portion sus-vaginale du col utérin? Cette particularité ne pouvait-elle pas tenir aussi bien à une hypertrophie du corps de la matrice et à un excès de longueur de sa cavité?

M. Huguier a fait grand bruit de la confusion qui règne dans la classification des différents degrés du prolapsus utérin ; il a prétendu que ce défaut de précision était un des meilleurs arguments contre l'existence de cette lésion. Mais, en vérité, je ne vois pas où notre collègue a pu trouver l'occasion d'adresser aux auteurs classiques un semblable reproche. Prenez l'excellent ouvrage de Levret, l'article de Jourdan dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, le traité de Dugès et de Mme Boivin, et vous verrez si le plus grand accord ne règne pas entre ces auteurs relativement à la classification des diverses formes du prolapsus. Tous admettent trois degrés principaux : le prolapsus commençant, ou abaissement ; le semi-prolapsus, chute ou descente ; enfin le prolapsus complet, ou précipitation. Voilà les trois grands degrés admis par tout le monde; mais entre chacun de ces degrés, les auteurs que je viens de citer admettent des degrés intermédiaires. Qu'y a-t-il là de vague, de confus, d'irrationnel, de contradictoire?

Dugès et Mme Boivin ne se sont pas contentés de décrire avec une grande précision, une rigoureuse exactitude, les lésions dont il s'agit; ils en ont aussi donné des figures dessinées avec soin dans l'atlas que voici. (L'orateur met ces planches sous les yeux de ses collègues.)

M. Huguier accuse encore les auteurs qui l'ont précédé de s'être occupés exclusivement du déplacement, sans paraître se soucier de l'hypertrophie utérine. Mais c'est là une erreur énorme. Tous les écrivains, anciens et modernes, ont reconnu et signalé l'hypertrophie de la matrice, et surtout de son col, dans les cas de prolapsus. Levret, Jourdan, mais surtout Dugès et Mme Boivin, en ont clairement parlé.

M. Huguier a invoqué en témoignage de cette singulière assertion des observations empruntées à la thèse de concours de M. J. Cloquet et à l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier. J'ai lu ces observations, et je crois y avoir trouvé la preuve du contraire de ce qu'avance M. Huguier. Dans chacun de ces faits, l'hypertrophie, soit partielle, soit générale, de l'utérus, est parfaitement indiquée. Le mécanisme du prolapsus utérin est merveilleusement décrit par M. Cruveilhier, qui n'omet pas de faire jouer un rôle, le rôle qui lui convient, à l'hypertrophie de l'organe. C'est aussi par une interprétation erronée de certaines observations de Mauriceau et de Saviard, que M. Huguier a cherché à démontrer que la chute de l'utérus avait seule été connue et décrite par les auteurs, à l'exclusion de l'hypertrophie.

Notre collègue nous a parlé des pièces déposées dans le musée Dupuytren et de l'opinion de M. Houel, qui serait conforme à la sienne. J'ai examiné ces pièces, j'ai vu M. Houel ; mais je regrette de n'avoir pu vérifier la parfaite exactitude des assertions de M. Huguier à cet égard.

C'est encore à tort que notre collègue fait dire aux auteurs que la chute complète de l'utérus est une lésion très-commune. Jamais personne n'a prétendu chose pareille. Les 64 faits allégués par M. Huguier ne l'autorisent pas, selon moi, à formuler cette accusation. Ce n'est qu'une interprétation forcée qui peut avoir amené notre collègue à tirer une semblable conséquence de cette petite statistique. En effet, dans la plupart de ces observations de prolapsus utérin, l'hypertrophie de l'organe est assez clairement signalée.

M. Huguier basarde sur la descente de la matrice une théorie qui ne me paraît pas très-heureuse. Il admet que le mouvement de descente de l'utérus a quelque chose d'actif. Selon lui, la portion sus-vaginale du col, en s'allongeant, entraînerait le corps vers la vulve. Je vous le demande, messieurs, cela paraît-il vraisemblable? Comprend-on que le col, en s'hypertrophiant, pousse le corps utérin en bas, où il y a tant d'obstacles à vaincre, au lieu de le pousser vers le haut, où il n'aurait à triompher que de la pression intestinale?

M. Huguier se fait-il une juste idée des résistanoes que la matrice est obligée de surmonter pour descendre vers la vulve? Voici, messieurs, une chute de l'utérus produite artificiellement sur un cadavre. Il a fallu les efforts combinés de trois hommes pour placer la matrice à l'entrée du vagin, comme vous le voyez ici. Ne vaut-il pas mieux admettre le mécanisme classique, le mécanisme adopté par tous les auteurs, qui pensent que le prolapsus de la matrice s'opère passivement, et qu'il ne peut se produire sans une altération préalable, un relâchement ou un ramollissement des parois vaginales? Enfin, le col utérin formant une saillie hors de la vulve, est embrassé d'une manière plus ou moins étroite par l'orifice vaginal ; il en résulte comme une sorte d'étranglement qui détermine presque infailliblement une hypertrophie si elle n'existe déjà. De sorte qu'on ne saurait guère admettre de prolapsus utérin sans un certain degré d'hypertrophie du col, soit primitive, soit consécutive.

Aussi ai-je cru pouvoir et devoir insister sur cette vérité, que l'hypertrophie de la matrice, dans le prolapsus de cet organe, est reconnue depuis longtemps, et qu'elle est facile à constater.

M. Huguier réclame des autopsies. Qu'avons-nous besoin de ces preuves d'amphitbéâtre, lorsque nous pouvons si bien vérifier cette lésion par l'observation clinique?

Rien n'est facile, je le répète, comme de mesurer les dimensions de l'utérus sans l'intervention de l'bystéromètre. On y parvient à merveille à l'aide des différents modes d'exploration que vous connaissez. Voyez, par exemple, si par le toucher rectal il n'est pas fort aisé de reconnaître si la matrice est bien à sa place, si elle occupe encore l'excavation pelvienne et si elle a conservé ses dimensions normales!

M. Depaul, après avoir fait cette démonstration sur une pièce fraîche, ajourne, à cause de l'heure, la suite de son argumentation à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 16 mars, M. Cornilliac, chirurgien de 2e classe de la marine, à la Martinique, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Nous apprenons qu'à la demande des élèves espagnols qui suivent ses leçons à Paris, M. le professeur Trousseau vient d'être nommé, par S. M. la reine d'Espagne, chevalier de l'ordre de Charles III.

— M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, continuera son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants, à dater d'avril : 1° tous les jours, les visites à huit heures; 2° tous les jeudis, visites, leçons, opérations, de huit heures à dix heures.

— M. Pajot, agrégé désigné par la Faculté pour suppléer M. le professeur Moreau pendant le semestre d'été, commencera le cours d'accouchements le lundi 4 avril prochain, à trois heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Histoire des substances précieuses, par J. RAMBOSSON. Un vol. in-12. Librairie française et étrangère, quai Malaquais, 3, à Paris.

Étude sur le rétrécissement organique de l'urèthre et sur son traitement, comprenant l'exposé des principes professés par M. Ch. Phillips à l'Ecole pratique de Paris ; par le docteur H. KUBORN. Un vol. in-8° de 147 pages. — Paris, librairie de Victor Masson.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 39. — SAMEDI 2 AVRIL 1859.

(32e ANNÉE.)

N° 39. — SAMEDI 2 AVRIL 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

La Faculté de médecine de Paris a ouvert hier ses cours d'été; ils auront lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
Pharmacie	MM. L. Orfila, agrégé	Lundi, mercredi, vendr.	A 10 h. 3/4.
Accouchements, mal. des femmes et des enfants.	Moreau, remplacé par M. Pajot, agrégé	Lundi, mercredi, vendr.	A 3 h.
Pathologie médicale	Duméril, remplacé par M. Becquerel, agrégé	Lundi, mercredi, vendr.	A 2 h.
Pathologie chirurgicale.	Gosselin	Lundi, mercredi, vendr.	A midi.
Hygiène	Bouchardat	Lundi, mercredi, vendr.	A 4 h.
Histoire naturelle médicale	Moquin-Tandon	Mardi, jeudi, samedi.	A 11 h.
Anatomie pathologique	Cruveilhier	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Thérapeutique et matière médicale	Grisolle	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Médecine légale	Adelon, remplacé par M. Tardieu, agrégé.	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h.
Clinique médicale	Bouillaud, Piorry	à la Charité.	Tous les jours de 6 à 10 h. du matin.
	Rostan, remplacé par M. N. G. de Mussy, Trousseau	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale	Jobert (de Lamballe), Laugier	à l'Hôtel-Dieu.	
	Velpeau	à la Charité.	
	Nélaton	à l'hôp. de la Faculté.	
Clinique d'accouchements.	P. Dubois	à l'hôp. de la Faculté.	

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Fractures traumatiques des cartilages du larynx.

Un fait de fracture multiple des cartilages du larynx suivie d'emphysème et de mort, recueilli dans le service de la clinique chirurgicale de M. le professeur Laugier, à l'Hôtel-Dieu, a fourni à M. Cavasse le texte d'une bonne dissertation inaugurale sur les fractures traumatiques du larynx.

Le silence presque absolu des auteurs sur ce genre de fractures, donne un intérêt particulier à ce fait. On nous saura donc gré de faire connaître les résultats des recherches que M. Cavasse a faites à cette occasion sur ce point peu connu de pathologie chirurgicale. Mais avant d'exposer ces résultats, nous allons faire connaître d'abord le fait.

Le nommé C., âgé de 48 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 novembre dernier, dans la nuit, venant de faire une chute dans un escalier. Sa tête est renversée en arrière : les yeux sont pleins d'anxiété, la bouche ouverte, la face pâle, les lèvres un peu cyanosées; le corps est couvert d'une sueur froide, le pouls fréquent et un peu fort. La respiration est stertoreuse et sifflante, et bien que l'inspiration soit plus difficile que l'expiration, elle est moins douloureuse. La voix est aphone, quoique les sons soient articulés. L'oppression augmente au moindre effort pour parler. Le cou est volumineux. On constate un épanchement d'air dans le tissu cellulaire. L'emphysème est profond et n'existe pas dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il ne dépasse pas, sur les côtés, les bords postérieurs des sterno-mastoïdiens, et s'arrête en bas au sternum, en haut au maxillaire inférieur.

Il existe, dans la région sus-hyoïdienne, une plaie oblique en bas et de droite à gauche, commençant à droite à trois travers de doigt de la symphyse du menton et finissant à gauche vers le milieu de l'os hyoïde. En haut, le maxillaire est complétement dénudé; en bas, la plaie est assez profonde pour que le ventre antérieur du digastrique droit et la moitié du digastrique gauche soient à nu. On ne trouve pas de communication apparente avec la bouche ou avec le larynx. Expectoration peu fréquente de crachats sanguinolents et spumeux; déglutition douloureuse; pouls fort et fréquent. — A onze heures, le malade meurt brusquement, avant qu'on ait eu le temps d'appeler l'interne de garde.

La dissection de la région laryngienne montre, outre l'emphysème déjà constaté :

1° Un épanchement de sang tout autour du larynx;

2° Une fracture verticale du cartilage thyroïde *ossifié*, siégeant sur la ligne médiane et le séparant en deux parties symétriques, mobiles l'une sur l'autre;

3° Une déchirure de 2 millimètres de diamètre de la membrane crico-thyroïdienne;

4° Une fracture verticale et dentelée sur le côté droit du cartilage cricoïde, à 8 millimètres de la ligne médiane;

5° Une fracture, à sa base, de la corne supérieure droite du cartilage thyroïde;

6° Une déchirure des ligaments de l'articulation crico-thyroïdienne droite;

7° Une fracture de la grande corne droite de l'os hyoïde;

8° Le larynx étant ouvert, une fracture articulaire et une luxation du cartilage arythénoïde droit et une déchirure de la muqueuse de 3 millimètres d'étendue, au niveau même de la fracture de l'arythénoïde, un peu au-dessous des cordes vocales droites, qui ont une grande mobilité et sont déjetées vers l'axe du larynx;

9° Un épanchement ecchymotique dans tout le tissu cellulaire sous-muqueux, peu prononcé dans les replis arythéno-épiglottiques.

L'épanchement d'air s'était fait par la plaie de la muqueuse, il s'étendait jusque dans les médiastins; mais il n'était pas assez abondant pour déterminer l'asphyxie. Les poumons étaient congestionnés, ainsi que le cerveau.

— Un fait analogue, mais dont l'issue a été plus heureuse, s'est présenté dix-huit mois environ auparavant dans le service de M. Maisonneuve à la Pitié. Voici dans quels termes M. Cavasse le rapporte :

Un jeune homme de vingt-quatre ans fut renversé par une voiture de laitier, dont la roue lui écrasa le larynx en passant en travers sur la partie antérieure du cou. Transporté immédiatement à l'hôpital (le 10 mai 1857), il y fut confié aux soins de M. Maisonneuve. Lors de son arrivée, il était dans un état de demi-asphyxie, la face violacée, la respiration anxieuse et sifflante, le cou considérablement tuméfié et portant les traces d'une violente contusion. Une large saignée diminua momentanément la menace d'asphyxie, et l'on put espérer voir la respiration reprendre son jeu naturel. Mais cette espérance ne se soutint pas longtemps : malgré deux nouvelles saignées, pratiquées le lendemain ou le surlendemain, la dyspnée fit de nouveaux progrès; enfin, le 15 mai, au moment de la visite, les accidents devinrent si urgents, que M. Maisonneuve crut devoir pratiquer immédiatement la trachéotomie. L'opération présenta de très-grandes difficultés, à cause de la déformation du larynx et de la tuméfaction des parties molles. La canule une fois placée, le malade, qui était en proie à toutes les angoisses d'une asphyxie imminente, put respirer à pleins poumons, et le calme se rétablit comme par enchantement.

Huit jours après, le cou était dégonflé, les ecchymoses avaient presque entièrement disparu, l'ouverture trachéale était réduite juste aux dimensions de la canule. Le calibre du larynx étant presque complétement obstrué, on dut renoncer, après de nombreuses et vaines tentatives, à rétablir le passage de l'air par les voies naturelles; le malade quitta l'hôpital le 11 mars 1858, conservant sa canule, qu'il s'était habitué à ôter et à remettre lui-même avec la plus grande facilité.

— M. Cavasse a réuni à ces deux faits treize autres observations qu'il a relevées dans divers ouvrages et recueils chirurgicaux, et un certain nombre d'expériences qu'il a instituées sur des cadavres. De l'examen de ces observations et de ces expériences, il a déduit quelques principes qu'il nous reste à exposer. C'est ce que nous ferons dans la prochaine *Revue*.

Traitement du croup par l'émétique coup sur coup à haute dose.

En ce moment où l'épidémie du croup est si grave, il est important de multiplier les exemples de guérisons obtenues par le traitement médical.

M. Bouchut vient de guérir en quelques jours à l'hôpital Sainte-Eugénie trois cas de croup par l'émétique à haute dose, et il nous semble que ces faits, comme ceux de M. le docteur Constantin, dont nous avons récemment parlé, méritent quelque considération de la part des praticiens. Dans tous ces cas, l'émétique a été donné de la façon suivante :

Julep gommeux.	100 grammes.
Sirop diacode.	45 —
Tartre stibié.	50 à 75 centigr.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme, par M. de Scanzoni, professeur d'accouchement et de gynécologie à l'Université de Wurtzbourg, traduit de l'allemand par MM. Dor et Socin (1).

Depuis une quinzaine d'années surtout, les travaux importants sur la pathologie des organes génitaux de la femme se sont multipliés, et sauf quelques rares exceptions, on peut dire que les maladies du système vulvo-utérin et de ses annexes, sont aussi bien connues que celles des autres appareils de l'organisme humain, bien que leur étude sérieuse ne date guère que du commencement de ce siècle. Cependant il est quelque chose de bizarre, c'est qu'au moment où nous écrivons, il n'existe pas encore un traité complet de ces affections, ce que l'on doit peut-être attribuer à cette circonstance que, formé de parties externes et de parties profondes, l'appareil génital de la femme semble ressortir et de la médecine et de la chirurgie; les chirurgiens ne traitent pas de l'ovarite, par exemple, et les médecins ne s'occupent guère dans leurs livres des abcès folliculaires de la vulve, dont ils renvoient l'histoire à leurs collègues; et les élèves, ballottés des uns aux autres, sont forcés, pour apprendre l'histoire de ces affections si diverses, de feuilleter de volumineux traités généraux, où ils trouvent tronqués et morcelés les renseignements dont ils ont besoin, ou de compulser des mémoires insérés dans les journaux scientifiques, et de perdre un temps qu'il leur serait si utile d'économiser à une époque de la vie où il est surtout précieux.

Dans l'espèce, les Allemands sont plus avancés que nous. Leur tendance à scinder la science, à multiplier les spécialités, à faire, pour ainsi dire, autant de chaires qu'il y a d'appareils dans le corps humain (ce que nous sommes loin d'approuver, pour le dire en passant), les a conduits à rassembler sous un même titre, la *gynécologie*, toutes les maladies particulières aux femmes, de l'enseignement desquelles est chargé le professeur d'accouchements. En France, Capuron avait tenté cette voie, mais sans succès; et tandis que ses travaux sur les accouchements sont restés, son livre des maladies des femmes et des enfants est aujourd'hui plongé dans l'oubli le plus profond, et disons aussi le plus mérité.

Frappés de cette lacune, et désireux de la combler, deux jeunes médecins, également bien versés dans la langue allemande et dans la langue française, anciens élèves eux-mêmes du professeur Scanzoni, ont voulu faire profiter les élèves et les médecins de notre pays des travaux du praticien de Wurtzbourg. C'est la traduction de cette œuvre, accueillie en Allemagne avec la plus grande faveur, que nous allons essayer de faire connaître à nos lecteurs.

Entrons donc immédiatement en matière, et exposons en peu de mots la marche qu'a suivie le professeur allemand.

Son livre est divisé en sept parties consacrées à la pathologie et à la thérapeutique des affections :

1° De l'utérus; 2° des ligaments de l'utérus; 3° des trompes; 4° des ovaires; 5° du vagin; 6° de la vulve; 7° des mamelles.

On voit que l'auteur a classé les organes par rang d'importance, en tenant compte du rôle qu'ils jouent dans l'acte de la génération. Peut-être eût-il été plus logique d'adopter une autre division et de procéder des organes externes aux organes internes, en commençant par la vulve et le vagin et terminant par les ovaires; mais ce n'est là, après tout, qu'une affaire de détail qui n'a pas grande valeur en elle-même; et pourvu que toutes les matières soient traitées, peu importe dans quel ordre elles le soient, lorsque la classification ne se rattachent pas de questions de doctrine, et ici il ne peut y en avoir.

C'est par des remarques générales sur la symptomatologie des maladies de l'utérus, sur les divers modes d'exploration de l'organe et sur la thérapeutique, que commence la première partie. A l'occasion de la thérapeutique générale des maladies de l'utérus, faisons remarquer que le professeur de Wurtzbourg préconise de la manière la plus énergique les émissions sanguines directement pratiquées sur le col utérin, et principalement les applications de sangsues. Nous devons dire que nous sommes beaucoup moins convaincu que M. Scanzoni de l'efficacité de ce traitement. Les affections purement congestives de la matrice sont chose assez rare. Quant aux inflammations, on arrive à un résultat aussi complet, sinon plus, par les émissions sanguines locales pratiquées sur le bas-ventre; nous disons plus complet peut être, car les sangsues appliquées sur le col utérin n'agissent que sur l'organe lui-même, tandis que sur le bas-ventre, elles agissent également sur les parties voisines de l'utérus, et il est extrêmement fréquent de voir le péritoine se prendre partiellement par suite du travail inflammatoire de l'utérus.

Par contre, nous avons remarqué un article où sont étudiées les flexions de l'utérus, et nous avons été heureux de voir le professeur, sans nier ces dérangements de l'organe, élever quelques doutes sur l'importance qu'on leur a attribuée, regarder un peu comme une

(1) Un vol. in-8° de 560 pages, avec figures dans le texte. — J. B. Baillière et fils.

Une demi-cuillerée à bouche toutes les heures.

Voici ces observations, telles qu'on les trouve dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

1° Une petite fille de 3 ans, convalescente de rougeole, fut admise à l'hôpital le 18 janvier dernier. Elle avait alors de la toux, la voix sourde, la respiration difficile et sifflante, sans présenter, du côté de la poitrine, d'autres signes stéthoscopiques qu'un peu de râle sibilant. En examinant le fond de la gorge, on y constatait seulement de la rougeur. Dans la nuit, il y eut trois accès de suffocation assez longs. Le 19, toux rauque un peu voilée, voix faible, peu de dyspnée, sensibilité intacte, pouls à 124; vers le bord gauche de la langue existe une petite plaque couenneuse. M. Bouchut prescrit un julep gommeux contenant :

Tartre stibié.	50 centigr.
Sirop diacode.	16 grammes.

à prendre par cuillerée à café de demi-heure en demi-heure. Cette potion provoque quatre vomissements et de nombreuses garde-robes.

La nuit du 19 au 20 est assez bonne.

Le 20, toux plus grasse; voix toujours voilée, extrêmement faible ; respiration moins bruyante ; pouls à 128 ; absence d'albumine dans les urines ; la fausse membrane qui occupait la langue a disparu. — 50 centigr. de tartre stibié comme la veille; looch blanc avec 15 grammes de sirop diacode.

Le 21, respiration plus facile; suspension de l'émétique, qui n'a produit que de la diarrbée sans vomissements. On croit l'enfant guérie, lorsque dans la nuit un nouvel accès de suffocation met encore sa vie en péril.

Le 22, reprise de la potion émétisée à 50 centigrammes.

Le 23, l'urine présente des traces visibles d'albumine ; la toux est rauque, la voix faible ; quelques fausses membranes situées à la face interne des joues sont cautérisées. La potion émétisée est continuée pendant trois jours. Les accès de suffocation ne se reproduisent plus, mais la voix reste éteinte ; il y a peu d'appétit; l'enfant est pâle. Cependant la convalescence s'établit, et l'albumine, dont la présence dans les urines n'a pas été constante, finit par disparaître tout à fait. Cette petite a quitté l'hôpital le 11 février.

Dans ce premier cas, la pièce de conviction a manqué; il n'y a pas eu de fausses membranes rejetées au dehors ; mais il y en avait dans la bouche, et l'on pouvait rationnellement diagnostiquer un croup pseudo-membraneux.

2° Chez une seconde malade, âgée de sept ans, la nature de la maladie s'est dessinée par des signes non douteux. Le 1er février, à son retour de l'école, cette enfant se plaint de maux de tête.

Le 2, elle soufre de la gorge; on lui prescrit un vomitif et un purgatif.

Le 3, la voix s'éteint graduellement, la respiration devient sifflante et s'entend à distance.

Le 4, admission à l'hôpital. On constate, avec les phénomènes qui précèdent, un peu de toux rauque et de l'abattement. Sur l'amygdale gauche existe une plaque blanchâtre arrondie, de 6 à 7 millimètres de diamètre ; on voit une autre tache, de même nature, mais plus petite, sur l'amygdale gauche. Ces plaques sont cautérisées avec le crayon de nitrate d'argent, et l'on prescrit la potion émétisée à 50 centigrammes. Cette potion provoque de nombreux vomissements avec expulsion de fausses membranes ; la respiration devient plus facile, moins sifflante, mais vers le soir, elle s'embarrasse de nouveau, la voix s'éteint, et un instant l'enfant paraît menacée de suffocation; on administre de l'eau tiède pour faciliter l'action de l'émétique, et la petite malade *rend une fausse membrane tubulée longue de 7 ou 8 centimètres,* suivie de quelques autres fragments plus petits.

Le 5, on aperçoit de nouvelles fausses membranes sur la luette: toux plus grasse, pas d'albumine dans les urines. Potion avec 75 centigrammes de tartre stibié; six vomissements, deux selles diarrhéiques.

Les 6 et 7, même traitement.

Le 8, suspension de l'émétique ; looch blanc avec 15 grammes de sirop diacode.

Le 10, il y a encore quelques fausses membranes sur l'amygdale gauche et dans les narines ; mais l'enfant est gaie, mange avec appétit; la toux est plus claire, la respiration parfaitement libre, et M. Bouchut conseille aux parents d'emmener la petite malade.

3° Enfin, au n° 21 de la salle Sainte-Marguerite était couchée une grande fille de treize ans, entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie pour une plaque de favus, et qui le 27 janvier fut prise du malaise précurseur de l'angine couenneuse. En effet, le 28, des fausses membranes se montrèrent dans le fond de la gorge et furent immédiatement cautérisées; mais dès le soir la respiration devint difficile, la toux rauque, la voix s'affaiblit. — Nouvelle cautérisation; potion avec 25 centigrammes de tartre stibié.

Le 29, même état; cautérisation, potion avec 50 centigrammes de tartre stibié ; expulsion d'un lombric sans fausses membranes.

Le 30, même traitement.

Le 31, julep avec 25 centigrammes de tartre stibié et 30 gr. de sirop diacode.

Le 1er février, première apparition des règles, simple gargarisme avec le miel rosat. Julep avec 50 grammes de sirop de mûres.

Le 8, la toux est grasse, la voix forte, naturelle, l'appétit revient. Le malade sort de la salle le 12.

Chez ce dernier sujet, les urines ne sont devenues albumineuses que huit jours environ après l'invasion de la maladie. Le second en a présenté à peine des traces. Le premier en avait un jour et n'en avait plus le lendemain, puis il en offrait le jour suivant; en sorte que ce phénomène, qu'on a donné comme signe de diphtbérite généralisée, serait loin d'être probant, si nous en jugeons par ces faits.

Quoi qu'il en soit, et pour en revenir à la question capitale qui nous occupe, nous voyons que dans ces trois cas, et dans le second surtout, la guérison a été incontestablement due au tartre stibié. Mais il ne suffit pas de prescrire l'émétique à la dose de 5 à 10 centigrammes, comme on le fait généralement. Il faut que ce sel produise une secousse dynamique puissante et souvent renouvelée. Il faut donc pour cela, ainsi que l'a fait M. Constantin, le donner tout d'abord à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, avec un peu de sirop diacode, et le faire prendre de demi-heure en demi-heure par cuillerée à café; de cette façon, les enfants vomissent fréquemment, et en vomissant ils ont des chances de guérir. Si, au contraire, le tartre stibié est digéré, il y a superpurgation, et le tartre stibié ne fait que jeter les petits malades dans un état de prostration dangereux. Nous ajouterons à ces remarques, que chez la petite malade qui fait le sujet de la seconde observation, la religieuse de la salle voyant survenir un accès de suffocation qu'elle supposait, avec raison, produit par la présence d'une fausse membrane laryngée, doubla, dans ce moment critique, la dose de tartre stibié, et fit prendre pardessus deux verres d'eau tiède. Sous l'influence de cet adjuvant du vomitif, l'enfant fit un violent effort et rendit un tube membraneux long de 7 ou 8 centimètres.

Emploi du marteau Mayor dans un cas d'asphyxie par le gaz acide carbonique et mort imminente. — Guérison.

Depuis les curieuses et intéressantes recherches de MM. Rayer et Hervieux sur les effets de l'application du marteau Mayor chez les agonisants, plusieurs praticiens ont eu l'heureuse idée de saisir la précieuse indication qui ressortait de ces expériences, et de l'appliquer à quelques-uns de ces cas où la vie ne semble près de s'éteindre que par suite d'une perturbation fonctionnelle de courte durée, dont une stimulation énergique peut instantanément enrayer les funestes effets. Quelques-uns de ces essais ont été couronnés des plus heureux résultats. Les journaux belges ont publié, il y a déjà longtemps, en 1848, l'histoire d'un malade sur le point de succomber à un dernier accès de fièvre pernicieuse et qui fut ranimé par l'usage de ce moyen. Nous avons rapporté depuis (numéro du 1er juillet 1854) un exemple remarquable d'asphyxie par écume bronchique où la mort imminente a été conjurée avec bonheur par M. Aran.

Quelques semaines après, un de nos correspondants, M. le docteur Mavel (d'Ambert), nous communiquait la relation de deux cas où il avait presque littéralement arracbé les malades à la mort par l'emploi du marteau brûlant. Enfin, tout récemment, notre savant collègue M. le docteur Debout rappelait, dans le *Bulletin de thérapeutique*, un cas dans lequel, il y a près de douze ans, il a tiré d'un état de mort apparente une femme épuisée par une abondante métrorrbagie avec le secours du marteau Mayor et des lavements de vin combinés.

Nous trouvons dans le dernier cahier du même recueil la relation du fait suivant, qui témoigne des avantages que l'on peut tirer de cette médication dans l'asphyxie par le gaz acide carbonique.

Un ouvrier du chemin de fer, âgé de vingt-quatre ans, est apporté, le 21 février dernier, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Aran.

Cet homme, d'une forte et robuste constitution, d'un tempérament sanguin, a été trouvé aspbyxié dans sa chambre par les vapeurs de gaz acide carbonique. Au moment où il est placé dans son lit, à six heures du soir, il est sans connaissance; il a la face turgescente et les veines du cou fortement tuméfiées, le pouls insensible à la radiale, les pupilles dilatées, mais encore un peu contractiles; les muscles des mâchoires fortement serrés, la respiration très-embarrassée, l'inspiration très-courte et l'expiration prolongée; la sensibilité générale éteinte partout, les membres supérieurs et inférieurs contracturés. Immédiatement des applications du marteau Mayor sont faites sur la poitrine : à la première application au creux épigastrique, la respiration s'arrête brusquement, et, peudant que les mains s'agitent comme pour repousser une agression dont elles n'ont pas le sentiment bien précis, les yeux s'ouvrent largement sans que la vue paraisse rétablie, et une large inspiration témoigne ensuite du retour de la respiration à des conditions plus naturelles. Douze fois le marteau est appliqué sur la poitrine, le long des insertions du diaphragme et à la face antérieure du thorax, et chaque application réveille de plus en plus la vitalité. Le pouls recommence à battre à la radiale, 120 pulsations ; pourtant la parole ne se rétablit qu'une beure après, et la connaissance n'est complète qu'à deux heures du matin. Une saignée du bras de 400 grammes et des frictions vinaigrées sont employées après les cautérisations pour hâter le retour de la vie.

Le lendemain 22 février, on trouve le malade entièrement revenu à lui; la face est encore congestionnée, vultueuse, et il y a tendance à l'assoupissement; 84 pulsations. — Saignée du bras dc 400 grammes.

La somnolence persisté encore le 23 et le 24; elle diminue et disparaît sous l'influence des purgatifs. Le malade reste encore quelques jours à l'bôpital pour attendre la cicatrisation de quelques-unes des cautérisations faites avec le marteau, lesquelles ont laissé une petite eschare.

---

affaire *de mode* ou comme un moyen de cacher l'ignorance où l'on est de la cause réelle de ces malaises, la manie que l'on a de tout attribuer aujourd'hui aux flexions utérines, et signaler enfin comme dangereux les instruments dits pessaires intra-utérins, si vantés dans ces derniers temps.

L'histoire des maladies des ligaments de l'utérus et des trompes est fort courte, ce qui n'a pas lieu d'étonner, vu le peu de connaissances que l'on possède à leur sujet. Cependant, il est un point qui a été passé sous silence par M. Scanzoni, c'est l'histoire des phlegmons des ligaments larges, dont M. Nonat a fait depuis une dizaine d'années une étude toute spéciale, et sur laquelle il a jeté une vive lumière. L'omission du nom du médecin de la Charité dans la bibliographie de la périmétrite est une omission que l'auteur se hâtera de réparer dans une seconde édition.

Les maladies des ovaires ont reçu plus de développements, bien que M. Scanzoni déclare tout d'abord que les travaux des modernes ont été, dans cette espèce des affections des organes génitaux de la femme, presque sans fruit pour la pratique. Que si l'on nous rappelait les tentatives faites dans ces derniers temps pour traiter par les injections iodées les kystes de l'ovaire, nous dirons que M. Scanzoni, d'accord avec la plupart des chirurgiens allemands, leur est peu favorable. Mais pour être juste, nous devons dire aussi que les traducteurs, pour combler la lacune volontaire du professeur, ont ajouté un court chapitre où ils ont brièvement rappelé les résultats obtenus par M. Boinet dans des cas de ce genre, et les conclusions adoptées par l'Académie de médecine à la suite de la discussion qui y fut soulevée.

Les maladies du vagin ont été étudiées avec un soin tout particulier, et d'une manière fort complète ; nous avons été heureux d'y trouver un exposé, peut-être un peu trop court, des procédés d'autoplastie par glissement de notre savant maître M. Jobert, les seuls presque jusqu'à ce jour qui aient réussi dans le traitement des fistules vésico-vaginales, et une discussion lumineuse à la suite de laquelle le professeur de Wurtzbourg émet cette opinion, parfaitement conforme à la vérité selon nous : que rien n'est plus difficile que de se prononcer sur l'existence de la blennorrhagie chez la femme. Cependant nous ne pouvons partager sa manière de voir lorsqu'il affirme que le caractère qui distingue le catarrhe simple vaginal du catarrhe blennorhagique, c'est que ce dernier est le seul dont le produit mis en contact avec d'autres muqueuses, y provoque une affection toute semblable. L'observation des faits démontre, en effet, qu'il suffit d'un simple écoulement leucorrhéique, d'un simple catarrhe vaginal sans infection préalable par un individu contaminé, pour que la femme détermine une blennorrhagie chez l'homme qui a des rapports avec elle. D'où cette proposition maintenant généralement admise et parfaitement vraie, que la plupart des chaudes-pisses sont données par des femmes qui ne l'ont pas.

Le volume se termine par l'histoire des maladies de la mamelle.

Nous n'avons eu d'autre intention dans cette rapide esquisse que d'exposer brièvement l'ordre dans lequel sont étudiés les divers états pathologiques des organes qui constituent l'appareil sexuel de la femme, dans le traité de M. Scanzoni. Il a évidemment un grand avantage sur tous ceux qui ont été faits jusqu'à présent, c'est d'être complet. Quant aux détails dans lesquels entre l'auteur à propos de chaque affection, nous aurions souhaité les voir un peu plus étendus, car, tel qu'il est, il ne dispense pas toujours de recourir aux sources originales, que, du reste, avec la plus grande bonne foi et suivant une méthode que nous voudrions voir se généraliser en France, l'auteur indique à la fin de chaque article sous le titre de bibliographie. Le succès que nous promettons à l'ouvrage de M. Scanzoni engagera probablement l'auteur à entrer dans quelques développements nouveaux, et à en faire deux volumes.

Quant aux traducteurs, auxquels revient aussi une part d'éloges, pour le service qu'ils ont rendu à la littérature médicale, nous ne sommes pas compétent pour les louer de la fidélité de leur traduction. L'auteur l'a revue lui-même, c'est assez en prouver la valeur. Mais nous les engagerons, dans la nouvelle édition, dont nous osons prédire l'apparition prochaine, à faire disparaître quelques mots par trop germaniques : les *néoplasmes*, par exemple, pour les tissus de nouvelle formation ; la *gynécologie*, que l'intelligent éditeur a eu le bon esprit de remplacer, au titre du livre, par l'expression plus intelligible de *Traité des maladies des organes sexuels de la femme.*

Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Traité élémentaire de physiologie humaine, comprenant les principales notions de la physiologie comparée ; par J. Béclard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Troisième édition, revue, corrigée et augmentée. Un fort vol. grand in-8° de plus de 1,000 pages, avec 213 figures intercalées dans le texte. Prix, 12 fr., rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie. — Paris, chez Labé.

Sycosis ou Mentagre, par le docteur M. Chausit. Un vol. in-8° de 150 pages. — Paris, chez Leclerc, rue de l'École-de-Médecine, 14.

L'illustre docteur Matheus, par Erckmann-Chatisan. Un vol. in-8°. Librairie nouvelle, boulevard des Italiens, à Paris. Prix, 1 fr.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Richet.

Tumeur hypertrophique des glandules du sac lacrymal (1).

Le nommé B..., âgé de dix-neuf ans, est entré à l'hôpital Saint-Louis pour y être opéré d'une tumeur située à l'angle interne de l'œil gauche. Cette tumeur, du volume d'une grosse noix, occupe tout l'espace laissé libre entre le tendon dit réfléchi de l'orbiculaire, c'est-à-dire la bride fibreuse qui attache la commissure interne au squelette, et que j'ai nommée *aponévrose d'insertion des paupières*, et l'arcade orbitaire supérieure. Elle déplisse la paupière supérieure et repousse le globe oculaire en bas et en dehors, en lui faisant faire une notable saillie en dehors de l'orbite.

La peau qui la recouvre est adhérente, et offre une coloration rougeâtre; elle est parcourue par des veines variqueuses qui annoncent sa participation à la vascularisation de la tumeur elle-même. Sa mollesse pourrait faire croire à une fluctuation, que quelques personnes paraissent en effet avoir cru y reconnaître; elle est mobile, mais cependant paraît adhérente dans le point qui répond au sommet du sac lacrymal. Enfin, en introduisant le doigt entre elle et l'arcade orbitaire, il me semble qu'elle offre des bosselures très-peu prononcées, il est vrai, mais néanmoins sensibles lorsqu'on l'explore avec attention.

Le malade déclare qu'elle a commencé à paraître, il y a dix-huit mois, sous forme d'un gros pois, immédiatement au-dessus de l'insertion de la commissure interne; qu'elle était mobile alors, et que son œil a eu depuis cette époque quelque tendance à larmoyer; il est vrai, dit-il, que l'autre pleure également quelquefois, mais sensiblement moins.

La narine de ce côté est libre. Le malade n'éprouve aucune douleur de tête; il n'a point d'écoulement par les fosses nasales. Enfin, il ne paraît éprouver d'autres douleurs qu'une sensation de gêne et de pression sur le globe oculaire.

Mon collègue M. Denonvilliers, auquel je fis voir le malade pour avoir son avis, pensa comme moi qu'il n'y avait à hésiter pour le diagnostic qu'entre un kyste sébacé, ou une tumeur molle, moins solide, provenant du sac lacrymal.

Croyant y reconnaître une fluctuation profonde, il penchait vers l'idée d'un kyste, tandis que, fondé sur les bosselures que j'avais cru y reconnaître, sur le développement de la tumeur en haut de la tumeur, sur l'absence de fluctuation bien franche, je croyais, au contraire, à l'existence d'une tumeur solide, d'autant mieux d'ailleurs que les kystes sébacés occupent de préférence la région sourcilière. J'ajoutais que cette production me paraissait, d'après les antécédents et les symptômes observés, avoir pour point de départ non les os ni le périoste, mais le sac lacrymal, et j'exprimai la pensée, d'après un fait que j'avais vu antérieurement, que nous pourrions bien avoir affaire à une maladie des glandes de la muqueuse des voies lacrymales, à une hypertrophie glandulaire analogue à celle de la pituitaire et du voile du palais.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante, en présence de M. Denonvilliers, qui voulut bien me prêter sa bienveillante assistance. Une incision longitudinale de 3 centimètres de longueur, faite selon les plis longitudinaux de la paupière supérieure, mit à nu la tumeur, que nous reconnûmes de suite être formée de matière jaunâtre homogène. La dissection en fut faite non sans difficulté, à cause des adhérences du kyste aux tissus périphériques.

Du côté de la voûte orbitaire, je fus obligé de raser le périoste et de détacher la poulie dans laquelle se réfléchit le muscle grand oblique, que je disséquai et rejetai sur le globe oculaire. Je parvins alors à abaisser la tumeur, et je constatai qu'elle s'introduisait par une sorte de pédicule allongé dans une espèce de rainure creuse assez longue pour y introduire l'extrémité du doigt auriculaire, rainure que nous reconnûmes être la gouttière lacrymale circonscrite en arrière par la crête de l'os unguis.

Je poursuivis la dissection jusqu'en arrière du tendon dit réfléchi de l'orbiculaire, et d'un coup de ciseau je l'excisai un peu au-dessous de cette bride fibreuse.

Voici maintenant la tumeur: elle est fendue par le milieu; vous voyez l'aspect jaunâtre de la coupe; cela ressemble à s'y méprendre à celui des tumeurs dites adénoïdes du sein ou aux hypertrophies parotidiennes, ou mieux encore aux tumeurs hypertrophiques glandulaires du voile du palais ou des fosses nasales. En pressant, il en sort une bouillie assez épaisse qu'on dirait contenue dans un tissu aréolaire. C'est bien là ce qu'on aurait appelé autrefois du tissu encéphaloïde. Pour nous, c'est une hypertrophie glandulaire. L'examen microscopique, fait par M. Ch. Robin, confirme de tous points ces données. Voici ce que m'écrit, en effet, notre savant collègue: « Tumeur formée de tubes glandulaires volumineux pleins d'épithélium, très-mous, se rompant facilement, et difficilement isolables dans une grande étendue. Epithélium miliaire à noyaux libres, semblables à ceux qu'on trouve dans les glandes de la pituitaire. »

Ainsi se trouve vérifié de tous points le diagnostic qui avait été porté avant l'opération: à savoir, qu'il s'agissait d'une hypertrophie glandulaire ayant pour point de départ les glandules de la muqueuse du sac lacrymal. Il serait extrêmement difficile de supposer que cette tumeur a pris origine dans d'autres éléments anatomiques, dans les glandes sébacées, par exemple; car celles qu'on trouve dans cette région donnent naissance, comme partout ailleurs, lorsqu'elles deviennent malades, à des kystes contenant de la matière sébacée. D'ailleurs, l'élargissement de la gouttière lacrymale, le prolongement pédiculé de la tumeur dans cette gouttière, prolongement que j'ai été obligé de poursuivre jusqu'au-dessous du tendon de l'orbiculaire, en enlevant toute la portion du sac lacrymal qui dépasse le cordon; tout, en un mot, démontre que la tumeur avait son point de départ dans les parois du sac lacrymal lui-même.

Ce fait, qui jusqu'à présent, je le pense du moins, n'a pas d'analogue dans les annales de la science, m'a paru digne de votre attention en ce qu'il vient compléter les études faites sur les tumeurs hypertrophiques des glandules muqueuses en général, et particulièrement des glandes de la pituitaire et de ses prolongements. Il faudra donc désormais faire entrer en ligne de compte les hypertrophies glandulaires du sac lacrymal dans le diagnostic différentiel des tumeurs qui se développent dans le grand angle de l'œil et peuvent donner lieu à l'exorbitis.

J'appellerai encore votre attention sur un point qui n'a aucun rapport avec le sujet que je viens de traiter; je veux parler des fonctions du muscle grand oblique. J'ai dit que j'avais mis à découvert le tendon du grand oblique, et que j'avais même été forcé de détacher la poulie de réflexion. L'opération étant terminée et le malade étant plongé dans l'anesthésie, je crus pouvoir me permettre de vérifier les expériences de Bonnet (de Lyon) sur l'action de ce muscle. J'exerçai donc de légères tractions sur le muscle fixé de nouveau par des pinces à l'arcade orbitaire, et nous vîmes de la manière la plus manifeste le globe de l'œil se porter en roulant sur son axe antéro-postérieur en bas et en dehors, ainsi que l'avait vu Bonnet dans ses expériences sur le cadavre. Le malade sera suivi avec soin, et je vous rendrai compte des suites de l'opération et de ce qui adviendra des mouvements du globe de l'œil.

(1) Cette observation a été lue à la Société de chirurgie dans la séance du 23 mars.

TRAITEMENT DES NÆVI.

M. le docteur Cosfeld dit avoir obtenu de très-bons résultats de l'emploi d'un collodion corrosif (1 partie de sublimé corrosif pour 8 parties de collodion) dans le traitement des nævi. L'eschare tombe du dixième au quatorzième jour sans donner lieu à la suppuration. La douleur est légère, la cicatrice presque nulle. Lorsque les nævi sont petits, il suffit de les toucher une fois seulement avec le caustique. Dans le cas contraire, il serait nécessaire de passer le pinceau à plusieurs reprises, mais en ne cherchant à obtenir leur destruction que peu à peu.

(*Berl. med. Zeit.*, et *Med. Times and. Gaz.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 mars 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

Après la lecture du procès-verbal, M. VERNEUIL, chargé d'examiner un mémoire manuscrit de M. Hayward *sur le danger du chloroforme*, rend compte de ce travail en quelques mots, et termine en proposant que des remercîments soient adressés à l'auteur. (Adopté.)

COMMUNICATION.

Examen de l'œil par l'ophthalmoscope. — M. FOLLIN présente à la Société deux instruments relatifs à l'examen de l'œil par l'ophthalmoscope.

Le premier est un œil artificiel qui permet de démontrer facilement la théorie de l'ophthalmoscope. Une lentille biconvexe, simulant le cristallin, est placée au-devant d'une rétine de verre dépoli et éclairée artificiellement. Cette lentille peut être éloignée ou rapprochée de la rétine de façon à représenter les principales conditions de la myopie ou de la presbytie. En plaçant devant cet œil artificiel des lentilles biconcaves, on simule très-exactement les différents procédés d'examen de l'œil normal par l'ophthalmoscope.

Dans un premier cas, l'image de la rétine artificielle éclairée va se faire à une certaine distance en dehors de l'œil, au foyer de la lentille biconvexe. De même la rétine normale éclairée par l'ophthalmoscope va faire son image en dehors de l'œil à la distance de la vision distincte. Cette image réelle renversée est plus grande que l'objet. On la trouve en des points différents qui varient suivant l'étendue de la vision distincte, de 5 à 45 centimètres. On peut dans l'œil artificiel la recevoir sur un écran.

Si l'on place entre cette image et le cristallin artificiel une lentille biconvexe, on rapetisse cette image, qui devient ainsi plus lumineuse, plus nette et plus rapprochée de l'œil. C'est là le procédé à l'aide duquel on observe le plus souvent la surface rétinienne sur le vivant.

Enfin, en plaçant devant le cristallin artificiel, avant le point où se forme l'image rétinienne, une lentille biconcave, on redresse et on agrandit cette image. C'est ici la démonstration du procédé d'examen par l'image droite.

Il est possible à l'aide de cet appareil de faire encore d'autres combinaisons de lentilles qui reproduisent assez bien les différents procédés d'examen de l'œil par l'ophthalmoscope.

M. Follin répète la plupart de ces expériences devant la Société. Il en résulte que dans les différents cas il s'agit d'images aériennes réelles ou virtuelles que l'observateur doit examiner à la distance de sa propre vision distincte.

M. Follin montre ensuite un ophthalmoscope posé sur un pied fixe, et dans lequel la tête du malade est immobilisée. Cet instrument, qui fait voir l'œil par le procédé de l'image renversée, convient pour les démonstrations cliniques, les observations minutieuses, la reproduction des lésions rétiniennes par le dessin.

RAPPORT.

M. BOINET lit le rapport suivant sur deux observations de M. Sistach, aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Toulon:

Messieurs, dans le courant de mai 1858, M. Sistach, médecin aide-major au 42e de ligne, vous a adressé deux observations sur lesquelles une commission, composée de MM. Larrey, A. Guérin et Boinet, a été chargée de vous faire un rapport.

La première de ces observations est l'histoire d'un cancer encéphaloïde de l'os iliaque gauche, qui s'est propagé par infection dans le tissu osseux. La seconde est une observation de congélation des deux pieds survenue dans des circonstances particulières.

La première observation a trait à un jeune soldat de vingt-trois ans, de bonne constitution, né de parents sains, qui, le 7 juin 1855, à l'attaque du mamelon Vert, reçut sur les deux membres inférieurs une grande quantité de pierres et de terre projetée par l'explosion d'une bombe. Cet accident ne produisit aucune trace de contusion et ne l'empêcha pas de continuer encore pendant deux jours son service; mais le 9 juin, après avoir reposé la nuit sous la tente, ce militaire ressentit à son réveil, et pour la première fois, à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, une douleur très-vive.

A partir de ce moment, ce jeune soldat, nommé P..., ne put faire régulièrement son service, et comme sa maladie n'avait pu être reconnue, il fut forcé de rester dans les rangs.

Six mois après l'apparition des douleurs, on remarqua vers le point douloureux, à la racine de la cuisse, un gonflement assez bien circonscrit, qui, progressant peu à peu, nécessita l'entrée du malade à l'infirmerie vers la fin de janvier 1856. Évacué de Crimée sur Constantinople au mois de mai suivant, il arriva à l'hôpital militaire de Toulon le 24 juillet 1856. Aucun traitement n'avait été tenté.

Au mois d'octobre, dans le but de reconnaître la nature de la tumeur, on pratiqua, à quelques jours d'intervalle, trois ponctions exploratrices avec un trocart à hydrocèle. Chaque ponction donna issue à du sang liquide et vermeil, qui se coagula aussitôt. Cette tumeur étant devenue le siége de douleurs lancinantes qui ne permettent ni repos ni sommeil, M. Secourgeon, médecin en chef, pratique, le 14 octobre 1856, la ligature de l'artère fémorale au-dessus de l'origine de la fémorale profonde. Cette opération n'a d'autres résultats que de faire disparaître les douleurs lancinantes, mais elle n'apporte aucun changement appréciable dans le volume de la tumeur.

Un mois après cette ligature, la tumeur faisait des progrès comme par le passé; elle n'était le siége ni de battements, ni de soulèvement, ni de fluctuation; elle ne présentait ni égalités ni bosselures; elle était un peu douloureuse à la pression, sans changement de couleur à la peau, et avec le stéthoscope laissait entendre à de rares intervalles soit un bruit de souffle peu prononcé, soit quelquefois un bruit de sifflet passager. On ne sent les pulsations ni de l'artère fémorale, ni de la poplitée, des tibiales ou de la pédieuse. Le malade, qui a considérablement maigri, reste couché et ne peut remuer le membre inférieur gauche.

Le 23 décembre, la tumeur a fait de tels progrès qu'elle menace de se rompre; les douleurs sont insupportables. Dans une consultation qui a lieu entre MM. les docteurs Goffres, Reynaud, Saint-Martin-Tabouret, etc., il est décidé qu'on reviendra aux ponctions exploratrices, puisqu'une première fois elles n'ont été suivies d'aucun accident, et qu'elles ont produit un soulagement momentané dans cette tumeur, qui est considérée comme une tumeur sanguine de nature indéterminée, malgré l'opinion de M. Goffres, qui pense que cette tumeur est un ostéosarcome.

La ponction donne issue à 450 grammes de sang rouge, rutilant, artériel, qui ne sort pas en jet; il se coagule promptement. Cette évacuation sanguine diminue seulement la tension de la tumeur, mais elle ne soulage ni n'affaiblit le malade, qui, pris de diarrhée quelques jours après, perd peu à peu ses forces et succombe le 16 février 1857.

A l'autopsie, faite avec le plus grand soin, on trouve les lésions suivantes:

La tumeur, qui est volumineuse, et qui a 19 centimètres de hauteur, ressemble à un kyste. Elle est adhérente seulement à la face externe du pubis gauche, qui est fracturé, et au fémur dans son cinquième supérieur, au niveau du col et du grand trochanter, qui sont fracturés. L'enveloppe de cette tumeur est cellulo-fibreuse, résistante, et facile à séparer des tissus voisins. Dans la cavité de cette tumeur on trouve du sang liquide et des caillots noirs, dont quelques-uns adhèrent aux parois, qui sont bosselées et hérissées de gros mamelons fongueux. Dans d'autres points, on rencontre une véritable bouillie splénique épaisse. L'intérieur de la cavité présente de nombreuses ramifications vasculaires très-distinctes, et même des veines d'un assez gros volume.

Les deux os iliaques, sciés en différents points, offrent des cavités anfractueuses remplies de matière cérébriforme. Les mêmes lésions anatomiques se voient dans un grand nombre d'os, dont le tissu spongieux est converti en une substance molle, friable, vasculaire, rougeâtre, renfermée dans de larges aréoles fragiles; dans les deux fémurs, surtout dans le gauche, dans les tibias, le sacrum, les vertèbres lombaires, la première dorsale; dans le corps de ces vertèbres, on voit de petits kystes du volume d'une noix environ, renfermant une bouillie noirâtre, un séquestre spongieux. Les autres vertèbres ne contiennent pas de kystes, mais leur tissu spongieux est plus raréfié et plus vasculaire que dans l'état normal. Les rotules, les os des membres supérieurs, ne présentent aucune altération.

Tous les cartilages articulaires et les fibro-cartilages intervertébraux sont sains. Les ganglions mésentériques n'offrent aucune altération, les ganglions inguinaux sont médiocrement volumineux, indurés et noirâtres; rien à noter ni dans les artères, ni dans les veines, ni dans les autres tissus.

Rien dans l'abdomen, la poitrine et la cavité crânienne.

Telle est en résumé l'intéressante observation adressée par notre confrère M. Sistach. Il considère ce cas comme une tumeur encéphaloïde hématode, caractérisée, d'après notre collègue M. Broca, par l'extravasation du sang. En effet, à part la constatation matérielle qui fait défaut dans l'autopsie, de la communication des foyers sanguins avec les artères, on trouve dans les détails de l'autopsie tous les éléments qui composent la définition de M. Broca.

Dans les réflexions dont notre confrère fait suivre cette observation, il fait remarquer l'heureuse influence de la ligature de la fémorale et des ponctions évacuatrices. Cette ligature et ces ponctions ont bien paru soulager le malade momentanément, en diminuant la tension et la douleur; mais ce soulagement a été si peu de chose et de si courte durée, qu'il vaudrait mieux, je crois, en pareil cas, se dispenser de faire une opération aussi grave que celle de la ligature de la fémorale, si elle ne doit pas produire un meilleur résultat, car, dans le cas qui nous occupe, elle n'a été suivie d'aucune amélioration pour la guérison de la tumeur, pas plus que les ponctions, qui d'ailleurs avaient été pratiquées dans le seul but de reconnaître la nature de la tumeur.

Ce qu'il y a de curieux dans cette observation, ainsi que le fait remarquer avec raison notre confrère, c'est l'intégrité du tissu cartilagineux au milieu de lésions osseuses si étendues et si multiples; c'est la généralisation du cancer dans le tissu osseux, à l'exclusion de tous les autres tissus, ce qui vient confirmer cette proposition émise par plusieurs observateurs, et en particulier par notre collègue M. Broca, que

le cancer primitif des os a plus de tendance à produire des cancers par infection dans le système osseux que partout ailleurs.

Sur 13 cas de cancers des os, M. Lebert a rencontré dix fois cette infection cancéreuse, et M. Broca 3 fois sur 5.

Relativement au diagnostic, M. Sistach fait remarquer que le cancer des os présente souvent de grandes difficultés, non-seulement au début, où le seul symptôme est la douleur, mais encore lorsque la maladie a pris une certaine extension.

Dans le cas qui nous occupe, la maladie, annoncée seulement par des douleurs, est restée longtemps méconnue, et plus tard, sa nature éminemment vasculaire, malgré les ponctions exploratrices, a donné lieu à un ensemble de symptômes qui ont fait croire à une tumeur sanguine ou même à un anévrysme. Si d'ailleurs on analyse les quelques faits qui ont été publiés dans la science, on acquiert bien vite la conviction, dit notre confrère, que toujours l'ostéosarcome débute par des douleurs vagues, qui durent un certain temps avant l'apparition d'une tumeur.

C'est ainsi qu'il en a été d'une tumeur encéphaloïde du fémur, publiée par M. Nélaton (*Union médicale*, 1849, page 589). Le début avait commencé par des douleurs vagues qui, pendant deux mois, avaient entravé la marche sans qu'il y eût aucune trace de tumeur.

Le docteur Robert Horks rapporte un cas de tumeur encéphaloïde de l'humérus, qui a débuté par des douleurs sourdes et de la gêne dans les mouvements du membre.

Le malade fut d'abord traité pour des douleurs rhumatismales. La douleur s'était montrée en juillet 1845, et ce ne fut qu'en avril 1846 qu'une tumeur apparut. (*Union médicale*, 1848, page 382.)

M. Musset a publié une observation d'ostéosarcome du fémur qui avait commencé par des douleurs que l'on attribuait à une coxalgie rhumatismale. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, tome I, p. 849.)

M. Larrey nous a communiqué une observation de M. Lacome, relative à un ostéosarcome du membre supérieur. Le mal avait débuté par des douleurs vagues. (*Bull.*, tome Ier, page 903.)

M. Huguier vous a apporté l'observation d'une tumeur ostéosarcomateuse de la partie postérieure et supérieure de l'os iliaque droit. Sans cause connue, le malade ressentit pour la première fois des douleurs dans la fesse droite. (*Bull.*, tome III, page 265.)

M. Ad. Richard a fait connaître un ostéosarcome de l'humérus, qui avait commencé par des douleurs attribuées à un rhumatisme. Le même chirurgien a encore signalé le cas d'une malade de M. Velpeau, atteinte d'un cancer de l'humérus droit qui avait débuté par des douleurs; enfin, dans la même séance de la Société de chirurgie, M. Richard nous a encore rappelé que le hasard avait mis sous nos yeux, deux exemples observés chez deux jeunes gens qui, sans cause connue et au milieu d'une santé parfaite, sans antécédents héréditaires, avaient éprouvé pendant deux ou trois mois le même et unique symptôme initial, la douleur, et avaient vu apparaître la tuméfaction. (*Bullet.*, tome IV, p. 282.)

Après avoir rappelé tous ces faits, que vous connaissez pour la plupart, M. Sistach croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Que le cancer des os débute toujours par des douleurs vagues, indéterminées, qui privent souvent le membre de ses fonctions et apparaissent assez longtemps avant toute apparition de tumeur. Celle-ci se développe ordinairement sur les points qui ont été douloureux.

2° Que dans le cas de diagnostic difficile, alors que la tumeur revêt les caractères qui appartiennent en partie au cancer, en partie à un anévrysme, les douleurs primordiales constituent un élément important de diagnostic différentiel, puisqu'elles entraînent la certitude d'un cancer des os.

Obs. II. — *Congélation des deux pieds. Remarques sur le traitement chirurgical de la gangrène par congélation.*

La seconde observation de M. Sistach est un cas de congélation des deux pieds, traitée par l'ablation des parties mortifiées et la résection des saillies malléolaires.

Il s'agit d'un nommé A..., fusilier au 86e de ligne, âgé de 38 ans, et au service depuis l'âge de 20 ans. Ce militaire, dès son arrivée devant Sébastopol, va dans les tranchées, supporte les grands froids, sans indisposition aucune, jusqu'au jour où, atteint de fièvre, il est obligé de garder le lit.

Le lendemain, 2 février 1856, A... est envoyé sur un brancard à l'hôpital, où il se lève plusieurs fois et parcourt la salle sans rien ressentir aux pieds.

Couché sur un lit de camp, élevé de deux pieds environ au-dessus du sol, il a pour tout vêtement son pantalon et sa capote, qu'il garde au lit, et par-dessus une vieille couverture de campement. Il avait quitté ses chaussures. Il était dans une salle où il n'y avait ni poêle ni appareil calorifère. Pendant la nuit A... eut un peu de délire, et à la visite, le lendemain, 3 février, il prend une potion ipéca-stibiée, reste au lit toute la journée et ne se lève que pour aller au baquet, soutenu par un infirmier.

Le 4 février, se trouvant mieux, le malade veut se lever; mais à peine essaye-t-il de marcher, qu'il tombe à la renverse; il ne peut faire usage de ses pieds, qui sont très-tuméfiés, violacés et couverts de phlyctènes.

Le même jour A... est évacué sur Constantinople, et le 19 février il entre à l'hôpital de Gulané. Bientôt la gangrène se limite, les articulations tibio-tarsiennes s'entr'ouvrent, et une suppuration sanieuse et fétide s'écoule.

Le 15 mars, à l'aide de ciseaux, on sépare les portions mortifiées au niveau de chaque articulation tibio-tarsienne, et l'on abat séparément d'un trait de scie la partie saillante de chaque malléole. La cicatrisation se faisait régulièrement, et le 12 juillet il ne restait plus sur chaque moignon qu'une plaie de la largeur d'une pièce de 2 francs.

Le lendemain, A... est évacué en France; mais pendant la traversée, la pourriture d'hôpital, qui s'était déclarée chez un blessé, envahit les plaies de notre malade, qui est débarqué le 24 juillet à l'hôpital Saint-Mandrier, à Toulon.

Trois cautérisations avec le fer rouge sont pratiquées à quelques jours d'intervalle, et le 1er septembre, toute trace de pourriture d'hôpital avait disparu. Mais à cette époque les deux moignons présentaient une vaste plaie, qui comprenait toute la largeur de la surface articulaire. Le 11 octobre 1856, A... est transporté à l'hôpital militaire de Toulon. A la fin du mois d'août 1857, les deux moignons sont en partie cicatrisés, recouverts d'une cicatrice rouge, tendue, luisante, assez épaisse, adhérente aux parties profondes; au centre de cette cicatrice existe encore une petite plaie de la dimension d'une pièce de 50 centimes, recouverte d'une croûte. Depuis trois mois seulement, A... se lève et peut marcher à l'aide de jambes pilons. La santé générale est bonne, et n'a souffert aucune atteinte d'un long séjour au lit. Les ulcérations des moignons ne sont pas entièrement cicatrisées. A la fin de novembre, elles se ferment, se rouvrent sans cause connue, et existent encore vingt mois après l'ablation des pieds. Ennuyé d'un aussi long séjour à l'hôpital, A... va rejoindre son régiment à Mâcon, et attendre sa retraite.

Cette observation est de la part de notre confrère l'objet de plusieurs considérations pratiques très-importantes, au point de vue de la congélation et du résultat final des opérations. Il cherche à démontrer le peu de résistance qu'oppose au froid l'homme qui se trouve sous une influence morbide même passagère, et pense que la production de la congélation des pieds chez son malade a été la conséquence bien moins d'un abaissement de température que d'un affaiblissement de la vitalité produit par la potion ipéca-stibiée, la diète et le repos absolu, qui ont déterminé une débilité plus grande. En effet, A... passe une première nuit sur le lit de camp de l'hôpital, sans ressentir aucun effet fâcheux du froid; il peut même se lever et marcher sans souffrir des pieds, et ce n'est que le lendemain, après une potion débilitante et alors que la température n'a pas changé, qu'il ressent les premiers phénomènes de la congélation.

Une autre question, que se pose M. le docteur Sistach, est de savoir s'il vaut mieux attendre la séparation spontanée des parties sphacélées, ou bien procéder à l'amputation dans la partie saine.

Dans le cas actuel, dit il, alors que la nature avait déjà établi la séparation des parties mortifiées et des parties vivantes jusque dans l'intérieur des articulations tibio-tarsiennes, on ne peut pas considérer cette ablation des parties sphacélées, à l'aide de ciseaux, et la section des malléoles, comme une opération dont le résultat favorable doive être attribué à l'action de l'instrument tranchant. Il me paraît, au contraire, que la nature doit revendiquer en grande partie les suites heureuses de cette double amputation, en faveur de laquelle le chirurgien n'a fait qu'accélérer le moment de la séparation spontanée des parties. Nous voyons, en effet, que lorsque le chirurgien peut seul réclamer le succès de son opération, le couteau a toujours été porté sur les parties vivantes, et à une certaine distance du sillon éliminateur. C'est ainsi que M. le professeur Lustreman a pratiqué cinq fois avec succès l'amputation de la jambe au lieu d'élection pour des sphacèles du pied, et que M. Valette a pratiqué une double amputation sus-malléolaire. Que conclure de ce fait, par rapport à la question des amputations consécutives à la congélation? C'est qu'il ne saurait y avoir de règle absolue pour le chirurgien. C'est que dans certaines circonstances, il faut abandonner aux seuls efforts de l'organisme le soin d'éliminer les parties mortifiées, comme le recommandait Baudens. D'autres fois, il faut venir en aide à cette action de la nature, qui est trop faible, à moins de complications à redouter, qui contre-indiquent toute intervention; et, enfin, c'est que, dans d'autres cas, il faut puiser dans l'étude raisonnée et approfondie de la constitution médicale, du changement de localité, de l'amélioration des conditions hygiéniques, de l'absence des influences épidémiques, ainsi que dans l'examen minutieux de la résistance vitale de chaque blessé, cette hardiesse chirurgicale qui fait sacrifier les membres, pour soustraire les malades aux souffrances et au mouvement fébrile produit par le travail d'élimination, ainsi qu'à tous les dangers inséparables de toute suppuration abondante et durable. Et n'est-ce pas en tenant compte de toutes ces influences multiples, d'une durée variable, que l'on peut apprécier tout ce que paraissent avoir de trop absolu certaines opinions émises?

Notre collègue M. Legouest a observé qu'une diarrhée très-intense survenait chez tous les hommes dont les extrémités inférieures avaient été congelées en totalité, et que pas un de ces blessés ne survivait. M. Valette a constaté aussi, de son côté, que dans tous les cas de sphacèle des deux pieds, où il s'était borné à aider au travail éliminateur de la nature, en s'abstenant d'opérations, la mort avait été la conséquence de cette conduite trop réservée; tandis que dans le seul cas où il a amputé, il a guéri son malade. Est-ce à dire qu'une diarrhée mortelle se montrera toujours chez les congelés des deux pieds, et que toujours aussi la mort sera la conséquence de la séparation spontanée des parties mortifiées? Nullement; ces faits ne sauraient avoir une valeur absolue, et ce n'est qu'en les acceptant comme expression d'influences particulières qu'ils auront une signification réelle, et c'est ainsi qu'en suivant les circonstances judicieusement appréciées, tantôt avec Baudens on devra s'abstenir de toute intervention chirurgicale, et tantôt avec M. Schrimpton on devra amputer primitivement, et secondairement avec MM. Lustreman, Legouest, Ladureau et Valette. C'est en faisant aussi la part des circonstances, que l'illustre Larrey a obtenu plusieurs succès dans des cas de gangrène traumatique, en pratiquant l'amputation avant la délimitation des parties sphacélées.

La question des amputations consécutives à la congélation soulève bien d'importants problèmes qui méritent un examen sérieux et attendent une solution définitive. Si l'on se décide à opérer, faut-il agir sur un point rapproché ou éloigné des parties mortifiées? Faut il, par exemple pour un sphacèle du pied, pratiquer l'amputation de la jambe au lieu d'élection, comme M. Lustreman, ou l'amputation sus-malléolaire, comme M. Valette? Dans les cas de congélation des deux pieds, que l'on doit sacrifier, n'a-t-on pas à décider encore la question de simultanéité ou d'ajournement pour l'amputation de chaque jambe, et la question de siége de chaque opération? Tout autant de questions qui jettent souvent l'opérateur dans la perplexité! Et c'est sans doute sous la pression de cette indécision qui règne dans la pratique sur le siége de l'opération, que plusieurs praticiens ont pu dire avec Baudens : La nature trace le cercle de démarcation entre les parties vivantes et les parties mortes beaucoup mieux que la main du chirurgien, et au prix de moins grands sacrifices.

Et lorsqu'il s'agit d'une amputation double, que de motifs sérieux pour en redouter le résultat final! Sans parler de la brusque soustraction d'une partie de l'organisme, de l'ébranlement nerveux qui en résulte, des chances plus grandes d'inflammation et de suppuration, de la modification subie par les forces plastiques, toutes raisons qui rendent très-graves ces opérations doubles, rappelons surtout que leur gravité réside bien plus dans l'étendue des surfaces traumatiques et le rapprochement du tronc, que dans la simultanéité des deux amputations. Est-il besoin d'ajouter que dans ces cas il ne saurait y avoir nul avantage à amputer les deux membres à des hauteurs inégales, et qu'on s'exposerait, en agissant différemment, à diminuer la solidité de la sustentation, et, par suite, à compromettre le résultat définitif de cette double opération?

En résumé, les deux observations de M. Sistach ont été recueillies avec grand soin; elles sont complètes et bien faites, et les réflexions qui les accompagnent peuvent être considérées comme deux mémoires importants, l'un sur le diagnostic différentiel du cancer des os et des tumeurs sanguines, et l'autre sur la conduite à suivre dans les cas de congélation.

La commission vous propose de remercier M. Sistach de ses deux intéressantes communications.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. RICHET présente une tumeur formée par une hypertrophie des glandules du sac lacrymal, ayant donné lieu à une déviation du globe oculaire avec légère exophthalmie, et communique l'observation suivante. (Voir plus haut.)

M. GIRALDÈS, à l'occasion de ce malade, demande si M. Richet ne pense pas que la tumeur pourrait avoir pris naissance dans les glandules de la caroncule lacrymale et de la membrane clignotante.

M. RICHET répond que pour l'extirpation de cette tumeur il a dû enlever toute la portion du sac qui dépasse en haut le tendon direct de l'orbiculaire.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, A. GUÉRIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Cavasse, né à Cannes (Var); *Essai sur les fractures traumatiques des cartilages du larynx.*

Devouges, né à Belloy (Seine-et-Oise); *Quelques considérations sur la chirurgie comparée des membres supérieurs et inférieurs.*

Fabre, né au Dreil (Cantal); *De la cystine des sédiments, de la gravelle et des calculs cystiques.*

Vibert, né au Puy (Haute-Loire); *Etudes sur l'évolution de quelques maladies chroniques.*

Feylant, né à Courtoirac (Dordogne); *Des fractures de la jambe.*

Mène, né à Vaugirard (Seine); *De la névralgie fémoro-poplitée et de son traitement par la cautérisation transcurrente.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 23 mars 1859, sont autorisés à se faire suppléer dans leur chaire, pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire, près de la Faculté de médecine de Paris :

M. Moreau, professeur d'accouchements, par M. Pajot, agrégé;

M. Duméril, professeur de pathologie médicale, par M. Becquerel, agrégé;

M. Adelon, professeur de médecine légale, par M. Tardieu, agrégé;

M. Rostan, professeur de clinique médicale, par M. Noël Guéneau de Mussy, agrégé.

— Par arrêtés du 26 mars, le docteur Maximin Legrand est nommé chef de clinique médicale dans le service de M. le professeur Piorry, à l'hôpital de la Charité, à partir du 1er avril.

M. le docteur Panas est nommé aide d'anatomie à la Faculté de médecine, à partir du 1er avril.

— Par arrêté du 26 mars, M. le docteur Dauner est nommé chef des travaux anatomiques et professeur suppléant pour l'anatomie et la clinique externe à l'École préparatoire de Tours.

— Par décret du 20 mars, M. Rozan, médecin aide-major de 1re classe au 2e régiment de voltigeurs de la garde impériale, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

—Nous sommes heureux d'annoncer que l'Association de prévoyance des médecins de la Seine vient de revevoir, par testament du docteur Bertrand, médecin à Paris, la somme de 30,000 francs.

— Les sociétés médicales des 5e, 6e et 7e arrondissements de Paris ont donné leur adhésion à la proposition de celle du 2e, et ont nommé pour leurs délégués :

Celle du 5e, MM. les docteurs Simonot, Morpain;
Celle du 6e, — — Collomb, Al. Mayer;
Celle du 7e, — — Perrin, Frère.

— M. A. Becquerel, agrégé de la Faculté de médecine, chargé cette année de suppléer M. le professeur Duméril dans la chaire de pathologie interne, commencera son cours le mercredi 6 avril, à 2 heures.

Il consacrera ce semestre à l'histoire des maladies du système nerveux.

— M. le docteur Ambroise Tardieu, professeur agrégé, commencera le cours de médecine légale à la Faculté de médecine le mardi 5 avril, à 4 heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public et gratuit sur les maladies vénériennes, lundi 4 avril, à midi, et le continuera, à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

Clinique. — La visite des malades aura lieu à 1 heure, après chaque leçon.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 40. — MARDI 5 AVRIL 1859. (32e ANNÉE.) N° 40. — MARDI 5 AVRIL 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 AVRIL 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. le docteur Ollier a déjà communiqué à l'Académie un mémoire très-intéressant sur le phénomène de la reproduction des os par le périoste, et en particulier sur les propriétés de cette membrane transplantée au milieu des tissus étrangers à l'ossification normale. Il vient de lui adresser, dans la séance du 28 mars, un nouveau travail dans lequel il expose les résultats curieux de nouvelles recherches expérimentales dans lesquelles il s'est proposé de suivre les effets de la transplantation d'os et de portions de périoste d'une espèce animale à une autre. On lira avec intérêt l'exposé de ces résultats dans le compte rendu de cette séance.

L'Académie a reçu dans cette même séance plusieurs travaux destinés au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

— Dans sa séance d'aujourd'hui, l'Académie vient de procéder à la nomination d'un correspondant pour la section d'économie rurale. Les candidats présentés par la section étaient, par ordre de mérite : 1° M. Renault ; 2° M. Delafond ; 3° MM. Bouley, Lavocat et Lecoq. Sur 43 votants, M. Renault a obtenu 36 suffrages, M. Bouley 4, et MM. Lavocat et Lecoq chacun un.

En conséquence, M. Renault a été proclamé correspondant de l'Académie. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. ROBERT.

Fracture de l'os malaire droit ; guérison avec enfoncement et anesthésie permanente d'une portion de la moitié droite de la face ; fracture de la mâchoire inférieure avec paralysie momentanée du nerf dentaire inférieur ; fracture oblique de la partie supérieure de l'humérus droit ; guérison.

Les fractures des os de la face, de la région sous-orbitaire ou malaire, de même que celles de la mâchoire inférieure, donnent quelquefois lieu à des phénomènes d'anesthésie permanente ou passagère dus à la compression de quelques-uns des nombreux filets nerveux que la cinquième paire distribue à la face. C'est ainsi que l'on observe quelquefois la paralysie du nerf sous-orbitaire dans les fractures du bord inférieur de l'orbite ou de l'os malaire ; toutefois les cas d'anesthésie permanente de ce nerf sont fort rares, car M. Malgaigne, dans son *Traité des fractures et des luxations*, n'en rapporte qu'un seul exemple ; quant à la compression du nerf dentaire inférieur par fracture de la mâchoire, elle est également fort rare ; je n'en connais d'autre fait que celui rapporté par A. Bérard, dans lequel la paralysie n'a été que temporaire.

L'observation suivante offre donc un très-grand intérêt, les deux lésions dont nous venons de parler se montrant réunies chez la même malade, qui portait en outre une fracture oblique de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Marguerite B..., âgée de soixante-quatre ans, marchande des quatre saisons, couchée au n° 5 de la salle Saint-Paul, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 21 janvier 1859.

C'est une femme de petite taille et de constitution chétive, mais qui cependant jouit d'une bonne santé habituelle. Dans la soirée du 20 au 21 janvier, elle a été accrochée par une voiture qui l'a violemment jetée à terre : est-elle tombée sur la chaussée ou sur le trottoir ? La malade ne saurait le dire : elle ignore même sur quel côté du corps elle est tombée ; mais je suis autorisé à dire que c'est sur le côté droit, puisque toutes les lésions qu'elle présente sont localisées sur cette moitié du corps.

Examinons maintenant quelles sont ces lésions.

On remarque d'abord une ecchymose considérable sur tout le côté droit du visage. Cette ecchymose me fit immédiatement soupçonner une fracture des os de la face, et je procédai aussitôt à l'examen des parties. Je commençai par l'apophyse orbitaire externe ; en effet, cet os est saillant, assez grêle, peu protégé en avant par les parties molles, et n'est pas soutenu en arrière, où il forme une partie de la paroi externe et de la paroi inférieure de l'orbite. Cette apophyse était fracturée, et l'on sentait facilement la mobilité du fragment, ainsi que la crépitation déterminée par les mouvements imprimés à l'os ; la fracture comprenait l'angle externe et une partie du bord inférieur de l'orbite, qui présentait un certain degré d'enfoncement, tandis que l'os malaire faisait une saillie très-évidente en dedans de la partie moyenne de ce même bord. Le résultat de ce déplacement est facile à comprendre : le nerf sous-orbitaire est fortement comprimé ; la lèvre supérieure, la joue, les gencives du côté droit de la mâchoire supérieure sont frappées d'anesthésie complète. J'essayai immédiatement d'opérer la réduction de la fracture en introduisant mon doigt indicateur entre le globe oculaire et le fragment, je ne pus y parvenir.

J'ai voulu m'assurer ensuite s'il n'y avait pas d'emphysème dans le tissu cellulaire ambiant, et pour cela j'ai pressé sur les téguments, recherchant cette crépitation fine particulière qui résulte du passage de l'air dans les mailles du tissu cellulaire.

Vous savez que l'emphysème indique toujours l'ouverture d'une cavité qui est en communication avec l'air atmosphérique ; à la face, on l'observe après les fractures du sinus frontal, des os du nez ; après les fractures du sinus maxillaire, il s'étend à la joue ; je l'ai même vu, dans un cas, se propager jusque sur le cou.

Chez cette malade, malgré les recherches les plus attentives, je n'ai pu constater l'existence de cette crépitation fine ; il n'y a pas d'emphysème, mais j'ai senti une espèce de crépitation molle fournie évidemment par le frottement de quelques caillots sanguins, crépitation qu'il est d'ailleurs facile de différencier de celle de l'emphysème. Passant alors à l'examen de la mâchoire inférieure, j'ai saisi le corps de cet os avec les deux mains, je l'ai secoué dans tous les sens ; il n'est pas fracturé. Mais portant la main sur la branche droite de l'os, j'ai senti un peu au-dessous de l'origine du canal dentaire inférieur une saillie osseuse ; j'ai pressé avec le doigt sur cette saillie, elle s'est aussitôt réduite en donnant lieu à une crépitation manifeste. Il y avait là une fracture très-oblique de la branche du maxillaire, qui, commençant sur le bord antérieur de cette branche, se portait obliquement jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire.

Cette variété de fractures du maxillaire inférieur est très-rare ; pour ma part c'est la première que je vois : on comprend, en effet, que cette partie de l'os, qui est large, forte et résistante, soit peu exposée à cet accident.

D'ailleurs cette fracture ne présente pas beaucoup de gravité. Le déplacement était peu considérable, la réduction a été très-facile, et depuis lors les fragments se sont maintenus en place. D'ailleurs il n'y a pas là de puissance musculaire capable de produire le déplacement des fragments : la branche du maxillaire donne attache en dehors au muscle masséter, en dedans au ptérygoïdien interne. Or ces deux muscles se font équilibre, et, loin de produire un déplacement, ils tendent au contraire à maintenir les fragments en contact.

Il y a encore un phénomène nerveux sur lequel je veux appeler votre attention : cette fracture du maxillaire siége au niveau de l'origine du canal dentaire inférieur ; je me suis demandé dans quel état se trouvait le nerf dentaire.

La nature a prévu les cas de fracture, et il y a toujours entre le nerf et le canal osseux qui lui livre passage, un espace suffisant pour permettre au nerf une certaine mobilité, de sorte que l'os peut se fracturer sans que le nerf participe aux résultats du choc.

Mais que deviennent les fonctions du nerf dentaire ?

J. L. Petit, dans son *Traité des maladies des os*, dit que les fractures du maxillaire inférieur doivent s'accompagner de douleur, de paralysie. Mais on sait aujourd'hui que J. L. Petit était très-jeune lorsqu'il publia cet ouvrage, et l'on comprend dès lors que ses idées étaient purement hypothétiques.

Chez notre malade il n'y a pas de douleur, mais la malade se plaint d'un léger engourdissement dans certains points de la lèvre inférieure. J'explorai celle-ci avec une aiguille, la sensibilité y était très-obtuse. Cependant je ne trouve rien qui indique une lésion sérieuse du nerf, et je pense qu'il y a simplement un peu de compression par un caillot sanguin résultant de la fracture. Je suis d'autant mieux autorisé à émettre cette opinion, que la réduction a été immédiatement obtenue.

En résumé, cette fracture de la mâchoire est très-curieuse à cause de sa rareté, mais, sous le rapport du pronostic, elle ne présente pas de gravité.

Le côté droit du thorax a été violemment contus, mais il n'y a pas de fracture de côtes.

Enfin, la dernière lésion sérieuse que présente cette femme est une fracture du bras droit immédiatement au-dessous de l'insertion deltoïdienne ; la fracture est très-oblique de haut en bas et de dehors en dedans ; il y a très-peu de déplacement.

J. L. Petit a dit, et Boyer, qui avait en lui une foi aveugle, a répété que dans les fractures de l'humérus, au-dessous de l'insertion deltoïdienne, le fragment supérieur est attiré en dehors par les contractions du deltoïde, qui, écartant les fragments osseux, s'opposeraient à la consolidation de la fracture.

C'est là une nouvelle erreur de J. L. Petit, erreur qui tend encore à prouver que le *Traité des maladies des os* ne contient que des idées spéculatives et a été fait à un âge où son auteur n'avait pas encore l'expérience voulue ; cette erreur vient de ce que J. L. Petit s'occupait seulement de l'action des muscles qui s'attachent aux fragments et qui doivent les solliciter dans leur direction, et qu'il ne tenait pas compte de la direction des fractures. Ce qu'il dit est vrai pour les fractures transversales de l'humérus : dans ce cas, le fragment supérieur est attiré en dehors par les contractions du deltoïde ; mais quand la fracture est très-oblique de haut en bas et de dehors en dedans, comme chez notre malade, il n'y a pas de déplacement, le fragment inférieur formant un plan résistant sur lequel le fragment supérieur vient nécessairement s'appuyer.

Cette fracture de l'humérus ne présente d'ailleurs aucune gravité ; il n'y a pas d'ecchymose ni de contusion des parties molles.

Quel est le traitement à employer chez cette malade ?

Les deux fractures de la face ne nécessitent aucun pansement ; il n'y a pas de puissance musculaire qui puisse amener de déplacement des fragments ; par conséquent, il n'y a pas d'appareil à placer.

Il n'en est pas de même de la fracture du bras. Il faut placer un appareil ; mais auquel doit-on donner la préférence ? Il y a deux manières de panser les fractures de l'humérus.

Quand on veut que le malade puisse se lever, on peut employer le mode de pansement que Celse a décrit en quelques mots : *Oportet brachium ad pectus deligare, nequid moveatur.* Dans cet appareil, la poitrine forme une sorte d'attelle, on remplit le vide de l'aisselle avec de la ouate ; puis à l'aide de bandes et d'un bandage de corps, on comprime l'humérus contre le thorax. Mais l'humérus est le plus grêle de tous les os longs ; le contact du fragment se fait par des surfaces fort étroites et qui ont une grande tendance à la mobilité ; on peut donc craindre qu'il n'y ait pas de consolidation et qu'il se forme une fausse articulation. Et, en effet, sur le nombre total des pseudarthroses observées sur toutes les parties du corps, celles de l'humérus figurent au moins pour un tiers ; la cause en est évidemment dans le petit volume de cet os et dans l'extrême facilité avec laquelle les fragments peuvent se déplacer.

Le second mode de pansement consiste à entourer complétement le bras d'attelles, que l'on fixe solidement avec des bandes ; puis on attache le bras contre la poitrine. Ce moyen est bon, mais encore faut-il en surveiller attentivement l'application, car il peut encore permettre une certaine mobilité entre les fragments.

Dans ces derniers temps, on a voulu employer les appareils inamovibles, pour permettre aux malades de se lever. Mais ces appareils me semblent avoir un inconvénient grave : en effet, au moment où l'appareil est mis, il remplit parfaitement toutes les indications. Il serre également tous les points du membre, et la fracture est exactement contenue ; mais au bout de trois ou quatre jours, les choses sont bien changées : l'épaule est très-charnue, or on sait combien l'immobilité et la compression amènent promptement l'amaigrissement des parties ; dès lors, l'appareil n'emboîte plus exactement le membre, les moindres mouvements se transmettent à la fracture, et il peut s'établir une pseudarthrose ; voici en effet comment les choses se passent : le fragment inférieur, qui présente des saillies osseuses considérables, est maintenu par l'appareil, le fragment supérieur est fixé à l'épaule, c'est donc la fracture qui est le siége des mouvements du membre. Je suis convaincu qu'un grand nombre de pseudarthroses ne reconnaissent pas d'autres causes.

Enfin, il y a l'appareil de Scultet, mais il est très-volumineux et très-gênant ; il n'est d'ailleurs pas nécessaire ici d'appliquer quatre attelles, trois sont suffisantes ; j'en ai placé une en dehors, l'autre en dedans, et la troisième en avant ; sous ces attelles, je mets des compresses graduées, pour que la pression soit égale sur tous les points, et je recouvre le tout d'un bandage roulé. Le membre est ensuite étendu sur un coussin : la malade est donc obligée de rester au lit ; malgré l'ennui que les malades

en éprouvent, je donne la préférence à ce mode de traitement, qui a l'avantage d'écarter toutes les chances de non-réunion.

Dès les premiers jours on note qu'aucun déplacement ne s'est opéré ni dans le bras ni dans la mâchoire inférieure; de ce côté, il est à remarquer que l'engourdissement dont la lèvre inférieure et le menton étaient le siége au moment où la malade est entrée à l'hôpital, va sans cesse en diminuant; notre pronostic se réalise donc : le caillot qui s'est formé autour du nerf dentaire inférieur, au niveau de la fracture, est en voie de résorption; la compression du nerf n'a donc été, ainsi que nous l'avions annoncé, que momentanée; dans le fait rapporté par A. Bérard, la paralysie n'avait duré également que peu de jours.

Au contraire, l'anesthésie causée par la compression du nerf sous-orbitaire, résultat de la fracture avec enfoncement de l'os malaire, persiste au même degré que le premier jour; il y a toujours un certain enfoncement du fragment, un déplacement en arrière auquel il est impossible de remédier.

L'appareil du bras a été levé le 3 mars; la fracture de l'humérus est bien consolidée; on s'occupe maintenant de faire exécuter à la malade quelques mouvements du bras, de la main et des doigts, afin de recouvrer plus vite les fonctions de ce membre.

La fracture de la mâchoire inférieure est complétement guérie; la sensibilité est entièrement revenue dans toutes les parties qui reçoivent des filets du nerf dentaire.

Enfin la fracture de l'os malaire est consolidée; mais la déformation de la région sous-orbitaire persiste, ainsi que l'anesthésie de la joue, de la lèvre supérieure et de l'aile droite du nez. Les gencives de la moitié droite de la mâchoire supérieure ont recouvré leur sensibilité.

Tel est l'état de la malade au moment de sa sortie de l'hôpital, qui a lieu le 20 mars.

AMPUTATION DU COL DE L'UTÉRUS

pratiquée avec succès pour un cancer encéphaloïde de l'organe. Quelques réflexions sur cette opération.

Par M. le docteur Fano, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc.

J'ai pratiqué avec le plus grand succès, il y a à présent plus de sept mois, l'amputation du col de l'utérus pour un cancer encéphaloïde de cette portion de la matrice; la tumeur a été soumise à la Société médicale du troisième arrondissement.

Voici tout d'abord cette observation :

Cancer encéphaloïde de la portion vaginale du col de l'utérus. — Ablation de toute la partie altérée avec l'instrument tranchant. — Guérison très-prompte.

Mme L..., de Nogent-le-Rotrou, âgée de quarante-cinq ans, a toujours joui d'une bonne santé. Bien réglée jusque il y a environ un an, elle s'est aperçue, à cette époque seulement, de quelques irrégularités dans la menstruation; bientôt l'écoulement sanguin par les parties génitales est devenu plus fréquent, et finalement des pertes en rouge ont eu lieu d'une manière continue. La malade a reconnu, il y a quelque temps, que la vulve donnait issue à une grosseur qu'elle a considérée comme un *polype*, et c'est dans le but de s'en faire délivrer qu'elle est venue réclamer à Paris les secours de l'art.

J'ai vu Mme L... pour la première fois le 24 août dernier, et j'ai constaté chez elle les particularités suivantes : La santé est bien conservée, l'embonpoint n'a pas diminué, les principales fonctions organiques n'ont subi aucun trouble; la vulve est baignée par une petite quantité de sang. En introduisant un doigt dans le vagin, on rencontre à une petite distance de l'entrée de ce canal une tumeur du volume d'une pomme, plutôt sphérique que piriforme, à grosse extrémité tournée en bas, se continuant en haut, sans ligne de démarcation tranchée avec le corps de l'utérus, d'une consistance assez prononcée, excepté à sa partie inférieure, où elle offre une portion ramollie et pourvue d'une fente dont on peut très bien circonscrire les deux lèvres antérieure et postérieure, cette dernière beaucoup plus volumineuse que l'autre. En portant le doigt vers le cul-de-sac antérieur et postérieur du vagin, il est facile de se convaincre que la portion sus-vaginale du col de l'utérus est parfaitement saine, et que l'altération morbide s'arrête à une certaine distance de l'insertion du vagin sur le col. La tumeur est complétement indolente par elle-même et à la pression; l'exploration de la partie inférieure augmente notablement l'écoulement sanguin, et le doigt ramène quelques détritus qui s'écrasent facilement.

Il ne pouvait y avoir le moindre doute sur l'existence d'un *cancer du col de l'utérus*, et d'accord avec M. le docteur Dreyfus, médecin de la patiente, nous convînmes de pratiquer l'ablation de la partie altérée. Cette opération fut exécutée le 26 août de la façon suivante :

La malade étant couchée en travers du lit, le siége sur le bord et soulevé par des oreillers, les jambes fléchies sur les cuisses, ces dernières sur le bassin, et ces diverses parties convenablement assujetties, les grandes lèvres sont écartées et la commissure postérieure de la vulve déprimée au moyen d'une valve de spéculum en ébène; j'implante alors une pince de Museux dans le tissu du col utérin, et j'attire cet organe vers la vulve; une autre pince de Museux, implantée au-dessus de la première, me permet de compléter l'abaissement du col de l'utérus de manière à avoir sous les yeux toute la partie altérée. M. Dreyfus se charge de maintenir le col de l'utérus fixé hors de la vulve, en exerçant des tractions continues sur les pinces de Museux. Je prends de la main droite une paire de longs ciseaux courbes sur le plat, et me dirigeant sur l'indicateur de la main gauche appuyé au niveau des limites de l'altération morbide, je coupe couche par couche et de gauche à droite toute l'épaisseur du col utérin, de façon à séparer nettement la portion malade de la portion saine. Pendant le cours de l'opération, une artère fut ouverte, et le vaisseau fournit pendant quelques instants un jet de sang assez considérable. Après l'ablation complète de la tumeur l'écoulement sanguin persista, et il fallut songer à l'arrêter.

Deux moyens se présentaient ici : la cautérisation de la surface sanglante au moyen d'un cautère chauffé à blanc, ou bien le tamponnement du vagin. Nous avions du perchlorure de fer à notre portée; je préférai porter sur la surface saignante des boulettes de charpie trempées dans ce liquide affaibli par l'addition d'une petite quantité d'eau; par-dessus ces premières boulettes, j'en plaçai d'autres de charpie sèche, si bien que le vagin tout entier en fut rempli. Quelques rondelles d'agaric furent appliquées à l'extérieur, c'est-à-dire sur la vulve, et le tout soutenu au moyen d'un bandage approprié. Nous restâmes auprès de la malade jusqu'à ce que l'appareil à tamponnement, qui fut en partie renouvelé, cessât d'être imbibé par le sang. J'oubliais de mentionner que, pour prévenir une rétention d'urine, j'avais au préalable passé une sonde par l'urèthre jusque dans la vessie.

Le soir, je revois Mme L..., qui se trouve bien, et qui n'a pas eu d'hémorrhagie nouvelle; son état est des plus satisfaisants.

Le lendemain, la malade demande à manger, et nous lui accordons des bouillons.

Le 28, je retire quelques-unes des boulettes de charpie; l'urine est expulsée de la vessie sans le secours de la sonde.

Le 29 et le 30, j'achève de dégager le vagin, et, pour faciliter la sortie de la charpie durcie par l'imbibition du sang coagulé, je pratique des injections d'eau tiède.

Dès le 4 septembre, la patiente se lève.

Le 6, nous l'examinons au spéculum, et nous constatons que la surface de section présente une couleur rosée, et est surmontée de bourgeons charnus de bonne nature. L'écoulement sanguin ne s'est pas montré de nouveau; l'état général est tellement bon que Mme L... veut à toute force retourner à Nogent-le-Rotrou.

Depuis son départ de Paris, elle a été revue dans le pays qu'elle habite par un de nos confrères, M. le docteur Henry, qui nous a confirmé la persistance de la guérison.

La tumeur que nous avons enlevée avait tous les caractères physiques d'un cancer encéphaloïde du col de l'utérus. Elle était formée d'un tissu dur, résistant, excepté à la partie inférieure, où elle était ramollie, et présentait une surface inégale avec une ouverture correspondant à l'orifice du museau de tanche. La coupe de la production morbide permettait de reconnaître une trame fibreuse infiltrée d'une matière molle, laissant écouler par la pression ou par le raclage avec l'ongle, un suc entièrement analogue à du suc cancéreux.

L'amputation du col de l'utérus proposée par Osiander et pratiquée par lui, ainsi que par Dupuytren, Récamier, Lisfranc, etc., est une opération qui semble effrayer quelques chirurgiens modernes; il y a à peine quelques jours, un de nos confrères les plus distingués disait à la tribune de l'Académie de médecine que l'amputation du col utérin devait être pratiquée comme une *ultima ratio*, et il citait à l'appui de cette proposition quelques faits malheureux survenus après cette opération. D'autres chirurgiens, désireux sans doute de faire tomber en discrédit l'instrument tranchant pour y substituer des procédés opératoires nouveaux, annoncent également que l'amputation du col de l'utérus est une opération des plus graves. Nous croyons pour notre part que les uns et les autres sont tombés dans une exagération fâcheuse, et que l'amputation du col utérin doit rester dans la pratique et est même préférable à d'autres procédés opératoires, à la condition que les indications de cette ablation soient bien saisies par le chirurgien, et que l'opération elle-même soit exécutée d'après certaines règles.

Examinons, en effet, les dangers attribués à l'amputation du col de l'utérus. Ce sont l'hémorrhagie, la péritonite, les inflammations purulentes du bassin, la phlébite, la perforation du péritoine, du rectum ou de la vessie.

L'hémorrhagie est sans doute l'accident le plus à craindre; les artères qui se distribuent dans le tissu du col utérin ne peuvent être liées après l'ablation de l'organe, ou bien encore le sang s'écoule en nappe. Chez Mme L... une artère assez volumineuse fut ouverte dans le cours même de l'opération, et lança un jet de sang rouge pendant quelques instants. Toutefois il se présente deux moyens pour arrêter l'hémorrhagie, le tamponnement du vagin et la cautérisation avec le cautère actuel. Cette dernière pratique devrait avoir la préférence dans le cas où la perte de sang serait abondante. Aujourd'hui que nous possédons dans le perchlorure de fer un agent hémostatique d'une efficacité non douteuse, il nous semble qu'il est beaucoup plus facile de se rendre maître de l'écoulement sanguin en appliquant sur la surface cruente des boulettes de charpie imbibées du liquide. C'est le parti que nous avons pris chez la malade, et l'on a vu les résultats favorables qui en ont été la conséquence.

La péritonite n'est à redouter que lorsque l'instrument tranchant dépasse les limites de la réflexion du péritoine, soit en avant, soit en arrière du col utérin; en bornant l'amputation à la portion vaginale de l'organe, cet accident ne saurait arriver. L'instrument tranchant l'emporte ici sur le caustique en ce sens que ce dernier dépasse souvent, contre le désir du chirurgien, les limites du mal.

Les inflammations purulentes du bassin sont la conséquence de la propagation au tissu cellulaire pelvien de la phlegmasie du tissu du col. Les caustiques ou des instruments autres que le bistouri n'en mettent pas à l'abri.

Pareille réflexion s'applique à la phlébite, qui est du reste très-rare. Quant à la perforation du péritoine, du rectum ou de la vessie, il nous semble tout aussi difficile de les mettre sur le compte du procédé opératoire que la lésion de l'artère brachiale que l'on produit quelquefois dans la saignée de la veine médiane basilique.

En résumé, le seul reproche plausible que l'on puisse faire à l'amputation du col utérin par l'instrument tranchant est la crainte de l'hémorrhagie, et nous croyons avoir prouvé que cet accident peut être combattu avec efficacité par les moyens hémostatiques dont la chirurgie dispose.

DE LA DYNAMOSCOPIE DANS L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE (1).

Par M. le docteur Collongues.

Troisième catégorie.

Obs. I. — François (Charles) entre à l'Hôtel-Dieu de Toulouse le 25 février 1855; il est couché au no 6 de la salle Notre-Dame. Il y a quinze jours qu'il est devenu sourd; il saigne du nez toutes les nuits. Jamais il n'a eu de maladie; il lui semble qu'on lui parle continuellement à l'oreille; la face est bouffie; il n'a pas envie de vomir; il est constipé. La fièvre est peu intense, 80 pulsations. Il se plaint sans cesse de la tête. Pas de toux. Rien n'est fourni par l'auscultation ni la percussion.

Auscultation dynamoscopique. — A l'extrémité des doigts, bourdonnement sourd, égal, continu, rapide. A la tête, bourdonnement plus fort, surtout du côté gauche. Le bourdonnement de la tête m'a paru digne de la plus grande attention,

Cette observation était recueillie à une heure de l'après-midi; à deux heures, le malade est frappé d'une attaque d'apoplexie cérébrale. Je me transportai à l'instant même auprès de lui, et le trouvai dans l'état suivant : insensibilité complète de tout le corps; râle trachéal avec sortie d'un mucus spumeux, sanglant, par les narines et la bouche. Le mouvement n'existait nulle part; le malade avait eu plusieurs selles involontaires; il était insensible à tout.

Auscultation dynamoscopique. — A l'extrémité des mains, absence de bourdonnement et de petillement. A la tête, bourdonnement excessivement fort et aussi évident qu'il l'est, à l'état normal, à l'extrémité des doigts.

Le malade meurt deux heures après le début de l'attaque.

Après la mort, le bourdonnement est resté obscur et vague sur toutes les parties du corps, excepté à la tête, où il est resté très-fort jusqu'à la troisième beure après la mort.

Le thermomètre indique à la tête 33°, au creux axillaire 35°, à la région épigastrique 31°.

Autopsie. — Caillot volumineux à la base du cerveau.

Obs. II. — Le 14 septembre 1857, M. B... était dans son lit et dormait depuis une demi-heure, lorsque tout à coup il se réveille en sursaut, crie qu'il étouffe et se lève pour aller chercher de l'air à une fenêtre de la chambre qu'il parvient à ouvrir. La gêne qu'il éprouve n'étant pas apaisée par l'air extérieur, il retourne auprès de son lit, s'assied sur son chevet et tombe après avoir perdu connaissance. On le couche, et on vient me chercher. Je me rends auprès de M. B... quinze minutes après l'accident, et aussitôt je le fais couvrir de sinapismes; il est frictionné aussi fortement que possible avec de l'ammoniaque. L'auscultation du cœur me fait entendre quelques battements sourds et très-rares, quatre ou cinq par minute, et bientôt ils s'arrêtent pour ne plus reparaître.

L'auscultation dynamoscopique me donna les résultats suivants :

A l'extrémité des doigts, bourdonnement nul, ainsi que le petillement.

Vers la région épigastrique et précordiale, bourdonnement petit, lent, peu nourri, profond, peu distinct.

A la tête (côté droit), bourdonnement aussi fort qu'à l'extrémité des doigts chez un homme bien portant. Il est moins fort du côté gauche, quoique très-développé.

Cette auscultation me fit persister dans la médication la plus énergique qui pût être employée, et pendant une heure je cherchai à rappeler le malade à la vie. Tout fut inutile; seulement le bourdonnement persista jusqu'à seize heures après la mort.

Le thermomètre indiqua 35° à la voûte crânienne, 36° sous les aisselles et 35° à la région précordiale.

Obs. III. — Au mois de mai 1858, G..., rentier à Passy, à la suite d'une colère violente, se dirigeait, accompagné de deux de ses amis, chez le commissaire de police pour lui déposer une plainte, lorsqu'il tomba frappé de mort subite, à la deuxième marche de l'escalier qu'il descendait. J'arrivai auprès de lui vingt minutes après l'accident. L'auscultation dynamoscopique, pratiquée sur tous les points de la surface du corps, ne me permet de rien entendre. C'est le premier exemple que j'ai rencontré de l'absence totale du bourdonnement immédiatement après la mort. Les battements du cœur étaient nuls, la chaleur éteinte, la température sous l'aisselle est égale à 26°. Il est néanmoins digne de remarque que lorsque j'ai pratiqué l'insufflation, il y a eu une expiration prolongée de très-longue durée, et un râle trachéal qu'il m'a été facile de reproduire dix ou quinze fois. La mort était réelle et instantanée.

Obs. IV. — M. E..., rue de la Tour, 52, à Passy, était couché depuis une heure, lorsqu'il s'agite, se penche sur le bord de son lit; sa femme s'éveille, le retient au moment où il allait se laisser tomber, et reconnaît que son mari est mort. Elle crie au secours; on vient me chercher, et j'arrive à l'instant même. C'est à peine s'il s'est écoulé dix minutes; M. E..., au moment où j'arrive, est couché dans son lit, la figure très-pâle, la bouche entr'ouverte et fermée par de la mousse; la respiration est nulle, plus de pouls ni de battements au cœur. J'essaye de le saigner, et quelques gouttes de sang seulement s'échappent par les ouvertures faites. Les frictions générales, l'ammoniaque promenée sous le nez, les pressions sur la poitrine, l'insufflation, rien ne peut rappeler la vie.

L'auscultation dynamoscopique est pratiquée, et offre les considérations suivantes :

Auscultation de la moitié du crâne du côté droit : bourdonnement

---

(1) Fin. — Voir les numéros des 22 et 29 mars.

aussi fort à cette région qu'il l'est à l'état normal; le côté gauche du crâne présente un bourdonnement plus fort que du côté droit.

Toute la région pectorale et épigastrique offre un bourdonnement distinct et fort. Rien n'y masque ce bruit.

A l'extrémité des doigts du côté droit, le bourdonnement et le petillement m'ont offert des particularités excessivement remarquables; tantôt je n'entends rien, tantôt j'entends un bourdonnement pareil à celui de la région épigastrique et non à celui du crâne, où il est presque le double plus fort, puis j'entends ce bourdonnement se supprimer brusquement pour reparaître plus tard. Le petillement existait, et il se présentait, par intermittences, assez rapproché et comme par fusées. A l'extrémité des doigts du côté gauche, absence totale de bourdonnement et de petillement.

Le thermomètre indique 36 degrés à la voûte crânienne, 34 sous l'aisselle, et 35 à la région précordiale.

De cette troisième catégorie d'observations on peut déduire que :

Après une attaque d'apoplexie foudroyante avec mort instantanée, le bourdonnement et le petillement peuvent disparaître exceptionnellement de toute la surface du corps. Il est plus fréquent d'entendre, à l'extrémité des doigts, quelques petites décharges de petillements, et surtout de distinguer, dans la première heure qui suit la mort, un bourdonnement très-fort, très-distinct dans toute la surface de la voûte crânienne ou sur un côté seulement. Le bourdonnement, sur les autres parties, est beaucoup plus petit et moins distinct. A l'extrémité des doigts, le bourdonnement peut exister ainsi que le petillement, et avec des caractères pareils à ceux que l'observation IV nous a donnés. Nous n'avons pas observé qu'il en fût ainsi dans les autres genres de mort, où il est plus fréquent d'entendre le bourdonnement vers la région épigastrique et précordiale, et de ne jamais l'entendre à l'extrémité des doigts.

La dynamoscopie dans l'hémorrhagie cérébrale prouve :

1° Que le bourdonnement n'est pas dû à la contraction musculaire;

2° Qu'il n'est pas dû à la circulation sanguine;

3° Qu'il n'appartient pas à la chaleur animale;

4° Qu'il peut éclairer le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Le bourdonnement appelé par les auteurs bruit rotatoire ou de contraction musculaire, n'est connu de tous les médecins que comme un bruit produit par la contraction musculaire. Un grand nombre d'observations que je me propose de faire connaître peu à peu, l'étude assidue de ce bruit dans tous les états, soit physiologiques, soit pathologiques, m'ont rendu possible son entière connaissance; aussi me semble-t-il naturel, autant que cela pourra paraître hasardé aux autres, de détruire avec assurance une opinion généralement accréditée, et de conclure que le bourdonnement n'est pas un bruit de contraction musculaire.

Je me propose de publier plusieurs séries d'observations de maladies, au point de vue de la manière d'être du bourdonnement dans chacune d'elles; et, après en avoir tiré des déductions partielles, je démontrerai qu'on peut en tirer des lois générales et des conclusions que nous allons mettre en évidence.

Mais détruire une opinion généralement reçue n'est pas une raison pour que nous formulions de suite une théorie nouvelle du bourdonnement. Il est probable que nous n'aborderons pas de longtemps cette question, notre intention n'étant pas en ce moment de nous occuper de la nature du bourdonnement. Ce qui nous intéresse principalement, c'est de trouver, dans les applications pratiques de nos observations dynamoscopiques, une application utile aux praticiens autant qu'à la science elle-même. Nous y chercherons aussi un des premiers éléments de la science du pronostic, et il est probable que, le dynamoscope se perfectionnant, l'étude du bourdonnement prendra une importance telle dans cette partie de la pathologie si difficile, que cette science pourra peut-être se passer de tous les autres signes. Pour le moment, nous considérons l'auscultation dynamoscopique, au point de vue du pronostic, comme un moyen à ajouter à ceux que nous possédons, moyen qui, au besoin, peut servir à contrôler les autres.

Nous avons commencé cette série de recherches pathologiques par l'étude de la dynamoscopie dans l'hémorrhagie cérébrale, parce que cette maladie est celle qui présente le plus d'intérêt et que son étude est facile pour ceux qui n'ont pas l'habitude du dynamoscope, et nous en avons déduit les conséquences suivantes :

1° *Le bourdonnement n'est pas un bruit de contraction musculaire dans l'hémorrhagie cérébrale.*

L'expérience sur laquelle on s'est basé pour dire que le bourdonnement, ou bruit rotatoire, est un bruit de contraction musculaire, est cette expérience de Wollaston : « Si vous mettez, dit-il, l'extrémité du doigt dans votre oreille, vous entendrez un bruit qui augmente avec le degré de la contraction des muscles qui le provoquent, de telle sorte que si vous voulez juger du degré de contraction d'un muscle, vous le pourrez par la force du bruit entendu. » Laënnec a répété les expériences de Wollaston, en y ajoutant celles d'Ermann, et il ne paraît pas entièrement convaincu que ces expériences soient vraies. Il admet cependant, comme Wollaston, que le bruit rotatoire est un bruit de contraction musculaire. M. Beau, dans la préface de son livre sur l'auscultation, fait remonter cette manière de voir à Jos. Lud. Boyer, dans un livre publié en 1760 (*Specimen physiologicum de perpetua fibrarum muscularium palpitatione.*) C'est ainsi que le bruit rotatoire est connu de tous les médecins comme un bruit de contraction musculaire.

Nous allons prouver que le bourdonnement n'est pas un bruit dû à la contraction musculaire dans l'hémorrhagie cérébrale.

Troisième catégorie d'observations. — *a.* Après la mort, dans le cas d'hémorrhagie cérébrale avec suppression immédiate de la respiration et des battements du cœur, si le bourdonnement était la conséquence des contractions fibrillaires insensibles du muscle, s'il y avait le moindre rapport avec la fibre musculaire et le bourdonnement, il faudrait que là où les muscles existent, le bourdonnement fût plus fort que dans les régions où il n'y en a pas, que là où la masse musculaire est plus forte le bourdonnement fût plus fort, et l'observation nous démontre que le bourdonnement est plus fort dans la voûte crânienne. Il est si fort dans ce point une demi-heure, une heure après l'accident, que jamais, dans la vie physiologique, il n'est entendu plus fort, même aux extrémités digitales; et à l'état physiologique, la voûte crânienne est la région où on l'entend le moins.

b. Si, après la mort, le bourdonnement dépendait de la contraction fibrillaire des muscles, comme les muscles ne changent jamais de place, il y aurait toujours un rapport exact entre le bourdonnement et la place des muscles, et jamais il ne pourrait y avoir de changement. Mais nous avons appris par expérience que le genre de mort influe sur le point où le bourdonnement est le plus distinct après la mort. C'est ainsi que dans l'hémorrhagie cérébrale foudroyante, nulle part la force du bourdonnement n'égale celle qu'il a dans la voûte crânienne. Dans la mort par une maladie du cœur, nulle part le bourdonnement n'est plus fort que dans la région précordiale, où il expire en dernier lieu, du reste, comme dans presque toutes les maladies.

c. Une observation (obs. III) nous a appris que dans un cas de mort subite, le bourdonnement avait disparu entièrement et immédiatement de toute la surface du corps; et cependant nous pouvions entretenir, à l'aide d'un soufflet, le mouvement de la respiration. Il suffisait d'une toute petite insufflation pour qu'il se fît immédiatement une expiration très-prolongée avec beaucoup de bruit, expiration beaucoup plus forte et plus prolongée que l'inspiration. Jamais le bourdonnement ne disparaîtrait subitement s'il se rattachait à la contraction musculaire.

d. Une observation enfin (obs. IV) qui semble prouver d'une manière évidente que le bourdonnement ne dépend pas, après la mort, de la contraction fibrillaire, est celle qui nous le montre existant par intermittence du côté droit à l'extrémité digitale, et n'existant pas du tout du côté gauche. Est ce qu'il serait possible qu'il y ait d'un côté des contractions fibrillaires, tandis qu'il n'y en aurait pas du côté opposé, dans un cas de mort subite? Et cette observation nous rappelle tout ce que nous avons pu entendre durant la vie dans certains cas d'hémorrhagie cérébrale.

Première catégorie d'observations. — *a.* Nous avons vu un cas (obs. III) dans lequel, d'un côté, il y avait paralysie et bourdonnement, tandis que du côté opposé il n'y avait ni bourdonnement ni paralysie. Ce fait nous a paru une véritable exception. Il nous serait impossible de l'admettre si le bourdonnement suivait la contraction de la fibre musculaire. Donc le bourdonnement, dans ce cas, ne devait pas dépendre de ces contractions.

b. Il est assez commun de voir, dans un cas d'hémorrhagie cérébrale où la mort a lieu dans les premiers jours qui suivent l'attaque, le bourdonnement supprimé, tant du côté paralysé que du côté qui ne l'est pas; et pourtant la contraction musculaire se fait d'un côté et ne se fait pas de l'autre.

On pourra exciter la contraction en pinçant le malade, et alors, obéissant de ce côté non paralysé à l'excitation musculaire, il y aura mouvement, le bras se lèvera et les muscles se contracteront; mais ou aura beau prêter l'oreille, le bourdonnement restera muet. Du côté opposé, aucune brûlure, aucune excitation quelconque ne produira de mouvement ni de contraction musculaire; et là, comme de l'autre côté, le bourdonnement restera muet. Donc la cause de sa production n'est pas plus d'un côté que de l'autre, et ne dépend pas de la fibre musculaire, qui se contracte d'un côté et n'agit pas de l'autre.

c. Dans quelques cas, l'observation montre la suppression du bourdonnement ou son abaissement considérable du côté paralysé, et les variations que l'on trouve du côté opposé dans les cas de maladies très-graves, c'est-à-dire un bourdonnement tremblotant qui baisse et disparaît. Est-ce que la contraction musculaire peut subir ces variations pendant une minute, alors même que le malade continuerait à contracter ses muscles? Donc, la contraction musculaire ne peut expliquer encore cette manière d'être du bourdonnement.

2° *Le bourdonnement n'est pas un bruit dépendant de la circulation sanguine.*

Première catégorie d'observations. — Pas une seule observation ne nous montre que le bourdonnement peut être en rapport avec la circulation : soit que le bourdonnement se supprime des deux côtés, soit qu'il existe du côté paralysé et pas de l'autre, soit qu'il existe du côté sain et qu'il n'existe pas du côté paralysé, dans tous les cas, le bourdonnement n'est jamais en rapport avec la circulation sanguine. En effet, si le bourdonnement est entièrement supprimé des deux côtés, le pouls est distinct, souvent normal, souvent fébrile, et la circulation est normale. Si le bourdonnement existe d'un côté et n'existe pas de l'autre, le nombre des pulsations qui existent d'un côté est égal à celui qui existe de l'autre côté, et le cœur, qui lance l'ondée sanguine à travers l'aorte, la répartit aussi bien du côté droit que du côté gauche. Enfin, dans cette série d'observations, on observe des cas, soit des deux côtés, soit d'un seul côté, dans lesquels le bourdonnement, d'abord très-distinct, baisse et disparaît. Je n'ai jamais remarqué que la circulation, dans ces cas, fût d'abord irrégulière, puis intermittente, et enfin qu'elle fût insensible.

Deuxième catégorie d'observations. — Ici, nous ne trouvons pas une seule exception à ce fait général, que chez un homme frappé d'hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie, et survivant plus ou moins longtemps, le bourdonnement est supprimé, diminué, affaibli du côté paralysé et conservé à l'état normal, souvent même avec exagération, du côté opposé. Avons-nous jamais obervé une diminution, soit dans le nombre des pulsations, soit dans la force du pouls des deux côtés du corps? Jamais!

Donc le bourdonnement n'est pas du tout en rapport, et dans aucun cas, avec la circulation sanguine.

3° *Le bourdonnement n'est pas un bruit qui puisse être attribué à la chaleur animale.*

Première catégorie d'observations. — *a.* Le bourdonnement peut subir des variations très-grandes.

b. Nous l'avons vu absent des extrémités digitales pendant toute la durée de la vie; la chaleur thermométrique a toujours été uniforme et assez élevée aux mains.

c. Nous l'avons vu absent du côté non paralysé et persistant de l'autre, et le thermomètre a indiqué une égale température d'un côté et de l'autre.

d. Nous avons vu le bourdonnement très-fort, baisser et disparaître immédiatement, et la chaleur animale persister uniformément égale.

e. Nous avons vu le bourdonnement absent du côté paralysé et très-fort de l'autre côté, et la température de l'aisselle des deux côtés était égale.

Deuxième catégorie d'observations. — Si le bourdonnement subit dans ces cas une loi qui est uniforme, celle de baisser, de se supprimer du côté paralysé, et de persister de l'autre, la température du corps des deux côtés ne subit pas de variation : elle est égale des deux côtés.

Donc la chaleur animale ne peut avoir aucun rapport avec la manière d'être du bourdonnement.

Troisième catégorie d'observations. — *a.* Nous trouvons la chaleur animale aussi forte à la tête que sous les aisselles, à la région précordiale, et nous avons noté une différence notable entre la force du bourdonnement à la voûte crânienne et les autres régions du corps.

b. Nous avons remarqué un cas où il y avait absence totale de bourdonnement à la surface du corps, et non de la chaleur animale, qui a persisté quelque temps.

c. Enfin, nous avons rapporté l'observation d'un homme qui, après la mort, a présenté l'intermittence du bourdonnement d'un côté, et son absence de l'autre. Il n'y a pas eu de variations pour la chaleur animale.

4° *La dynamoscopie peut éclairer le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale.*

Après la mort, l'auscultation dynamoscopique nous montre que le bourdonnement varie d'intensité suivant les points où l'hémorrhagie présumée s'est faite. C'est ainsi que le bourdonnement est très-fort à la voûte crânienne dans trois cas de mort subite que j'ai rapportés, et que je n'hésite pas, malgré l'absence d'observation autopsique, à ranger dans les cas d'hémorrhagie cérébrale foudroyante. J'ai relaté un cas de mort subite ne se rapportant pas à l'hémorrhagie cérébrale; mais je l'ai relaté dans le but de montrer les résultats de la dynamoscopie, et pour indiquer que l'on pouvait faire ainsi un diagnostic après la mort, ce qui était impossible jusqu'à présent sans la nécropsie. D'après les données dynamoscopiques, le sujet dont je parle ne serait pas mort d'une rupture vasculaire, car le point où elle se serait faite aurait été distingué par le dynamoscope; il faut donc rattacher ce cas à une disparition instantanée de la vie, et c'est le seul cas véritable que je connaisse de mort subite. La dynamoscopie retarde, comme on le voit, les limites de la vie, et permet, après l'arrêt de la respiration, de la circulation, de porter un jugement sur ce qui s'est passé de grave pour rompre l'équilibre de l'organisme, et cela parce que la vie entière n'est pas éteinte. J'ai été appelé au mois de novembre 1858 à donner des soins à un homme âgé de cinquante ans, dans la famille duquel l'hémorrhagie cérébrale est héréditaire : son père, son frère et sa sœur sont morts ainsi. M. D... éprouve des frissons et sent de la difficulté à parler; il souffre de la tête. Du reste, M. D... peut marcher; il me donne les deux mains, qui obéissent à sa volonté, et il peut me serrer indistinctement soit avec l'une, soit avec l'autre main. L'observation dynamoscopique prouve qu'il y a absence totale de bourdonnement du côté droit et persistance de l'autre côté. Attribuant cela à une congestion cérébrale, je pratiquai une large émission sanguine, et après cette perte de sang j'écoutai à l'extrémité digitale : le bourdonnement était rétabli du côté où il avait disparu et était aussi fort que du côté opposé. Je me félicitai, grâce au dynamoscope, d'avoir évité une hémorrhagie cérébrale. Il n'en fut pas ainsi, car le lendemain on vint me chercher, parce que M. D... était frappé d'une paralysie du côté droit. Tout ce que la dynamoscopie a pu éviter, c'est la mort.

5° *La dynamoscopie éclaire singulièrement le pronostic de l'hé-*

morrhagie cérébrale. — Dans la première catégorie de faits, le pronostic ne reste pas douteux, grâce à l'intervention du dynamoscope; c'est ainsi que, dans le cas où le bourdonnement est absent à l'extrémité digitale pendant tout le temps de la durée de la respiration et de la circulation, dans les premières vingt-quatre heures, la mort arrive bientôt dans les troisième, quatrième ou cinquième jour.

Dans le cas où le bourdonnement présente du côté non paralysé des variations d'intensité et de disparition, tandis qu'il est absent du côté paralysé, il est presque certain que la mort ne se fera pas attendre, surtout si l'absence du bourdonnement du côté sain est beaucoup plus longue que sa présence.

Les variations dans le bourdonnement, quelles qu'elles soient du reste, indiquent une très-grande gravité, mais ne sont pas un signe certain de mort.

Dans la deuxième catégorie, où il y a survivance après une attaque, on trouve toujours du côté sain un bourdonnement distinct, presque tout à fait normal.

Enfin, dans la troisième catégorie, la cessation de la respiration et la cessation de la circulation n'indiquent pas la mort; il faut attendre que le bourdonnement ait cessé sur toute la surface du corps; et ici nous voyons seulement un cas de mort subite, mort qu'on ne peut attribuer à l'hémorrhagie cérébrale. La dynamoscopie dans ce cas change entièrement le pronostic. La mort foudroyante a lieu dans un cas et n'a pas lieu dans les trois autres.

6° *La dynamoscopie peut éclairer le traitement.* — Dans la première catégorie d'observations, la dynamoscopie apprend que jusqu'à présent la saignée est inutile, aussi bien que tout autre traitement.

Dans la deuxième catégorie, la dynamoscopie donne la confiance que toute espèce de traitement peut avoir des chances de réussite.

La saignée pratiquée à M. D..., dont nous avons rapporté l'observation, n'empêcha pas l'hémorrhagie de se déclarer vingt-quatre heures après.

Dans la troisième catégorie, la dynamoscopie apprend que l'on doit faire des tentatives de traitement, alors même que la respiration et la circulation sont inappréciables.

Ainsi la dynamoscopie viendrait prouver que les praticiens qui rejettent la saignée comme moyen curatif dans l'hémorrhagie cérébrale, ont autant de raison que ceux qui la conseillent.

Il restera toujours une conséquence heureuse dans le traitement de l'hémorrhagie cérébrale au point de vue de la dynamoscopie : c'est que dans la deuxième catégorie de faits, lorsque le bourdonnement, qui n'existe pas du côté paralysé, est réveillé ou augmenté par l'électrisation des parties atteintes, il faut continuer ce moyen de traitement, parce qu'on peut en espérer le succès.

NOTE SUR L'EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER

dans le traitement de la métrite chronique.

Par M. le docteur DÉLEAU, médecin en chef de la Roquette.

J'ai lu avec attention les articles de M. le docteur Becquerel sur la nature et le siége de la métrite chronique. Ce praticien, après avoir habilement énuméré tous les symptômes pathognomoniques de la maladie, passe en revue les diverses méthodes de traitement employées contre une affection longue et souvent difficile à guérir. Il donne avec raison la préférence à la méthode astringente, et tout praticien rendra justice aux distinctions thérapeutiques que M. Becquerel a faites avec un tact essentiellement pratique, à l'égard de l'alun, de l'acétate de plomb, du sulfate de cuivre. Mais, en connaissance de cause, je ne puis laisser passer sous silence les réflexions vaguement formulées quant à ce qui regarde l'application du perchlorure de fer. J'avoue, en effet, que je ne comprends pas le sens des paroles suivantes de notre honorable confrère.

« Le perchlorure de fer est tantôt trop faible, tantôt trop fort ; le degré d'astringence convenable pour un cas donné est difficile à saisir. »

Ces paroles jettent un doute fâcheux dans mon esprit, et je me demande si réellement M. Becquerel a expérimenté le perchlorure de fer, ou s'il n'a utilisé qu'un perchlorure de fer infidèle dans sa préparation; enfin, je me demande encore si notre honorable confrère a formulé généralement une préparation convenable pour tous les cas, mais susceptible d'être rarement modifiée dans quelques individualités ?

Tout le succès est dans une bonne préparation et dans un dosage mathématique. En général la solution de perchlorure de fer est mal préparée. Les pharmaciens ne se donnent pas la peine d'en fabriquer, ils se contentent de l'acheter défectueuse dans le commerce.

Il est vrai que chaque praticien, suivant les succès obtenus dans sa pratique, adopte tel ou tel médicament préférablement à tout autre. Le sulfate de zinc et le tannin sont, d'après notre savant confrère, les deux meilleurs astringents que l'on puisse employer dans le traitement de la métrite chronique. Ils réussissent presque toujours, mais leur usage doit être continué longtemps : *ce qui est un inconvénient pour le plus grand nombre des malades, qui, par cela même, s'obstinent à ne point les utiliser.*

Aussi, avant de jeter une défaveur sur les propriétés d'un médicament nouveau surtout dans son application, il faut être impartial, ne donner un avis consciencieux que lorsqu'une longue expérience est venue confirmer la nullité ou le danger de l'agent médical dont on veut apprécier la valeur thérapeutique. Grâce à de nombreuses expériences, la solution de perchlorure de fer est aujourd'hui un escharotique contre les ulcérations, un modificateur des tissus organiques; il dissipe les symptômes inflammatoires dans l'état aigu ou chronique sans jamais offrir d'inconvénients; il détermine une légère douleur passagère pour calmer des douleurs plus vives; enfin, il est réparateur de la faiblesse radicale qui accompagne fidèlement la métrite chronique.

Le sirop de perchlorure de fer donne par ses éléments chimiques une activité à la circulation générale, et seconde à merveille les injections locales dans leur action spéciale sur les parties localement lésées. La guérison se fait d'une manière prompte et assurée, sans qu'on ait besoin de recourir à la méthode caustique.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 mars 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Production artificielle des os et greffes osseuses. — M. L. OLLIER adresse un mémoire dans lequel il expose le résultat de nouvelles recherches expérimentales sur la production artificielle des os et sur les greffes osseuses.

« Dans une première communication (séance du 6 décembre 1858), nous avons fait connaître, dit l'auteur, les propriétés du périoste transplanté au milieu des tissus étrangers à l'ossification normale. Nous avons alors démontré qu'il conservait le pouvoir de produire de l'os partout où il était susceptible d'être greffé. Nous avons à ajouter aujourd'hui les résultats de nos expériences qui étaient à cette époque en cours d'exécution.

» Nous avons vérifié sur plusieurs espèces animales, chien, cabiai, poulet, pigeon, le fait fondamental que nous avons d'abord découvert sur le lapin. Sur ces différentes espèces nous avons obtenu des os nouveaux dans les diverses régions où nous avons greffé du périoste. Dans la crête des coqs, sous la peau du crâne, de l'aine des lapins, nous avons obtenu des os de 15, 20 et 30 millimètres en transplantant des lambeaux de périoste pris sur le tibia.

» Mais ce résultat ne s'obtient pas seulement en transplantant sous la peau d'un animal des lambeaux de son propre périoste. Nous l'avons également obtenu en greffant sur un animal des bandelettes de périoste empruntées à un animal de la même espèce. Dans ces dernières expériences, la similitude du milieu fait parfaitement comprendre le succès de nos opérations, les lambeaux de périoste se retrouvant sur un terrain organique exactement semblable. Mais nous devions ensuite rechercher si le périoste ne conserverait pas ses propriétés ostéogéniques sur un terrain différent, au milieu des tissus d'un animal d'une autre espèce; or ici encore nous avons vu se continuer son action caractéristique. Nous avons ainsi obtenu un noyau parfaitement ossifié au moyen d'un fragment de périoste de chien greffé sous la peau du dos d'un lapin.

» Ce résultat est beaucoup plus difficile à obtenir que les précédents, et cette difficulté paraît même se changer en impossibilité lorsque l'animal qui fournit le périoste et celui qui le reçoit appartiennent à des espèces éloignées l'une de l'autre. Le périoste s'enkyste et se gangrène souvent; il est entièrement résorbé dans certains cas; mais, malgré la difficulté du succès de l'expérience, nous ne pouvons plus aujourd'hui douter de la réalité du résultat que nous annonçons. De sorte que le fait de la continuation des productions ossifiables à la face profonde du périoste transplanté est susceptible des démonstrations les plus rigoureuses et les plus variées que puisse recevoir un fait physiologique.

» Pour compléter cette série de recherches expérimentales et pour étudier toutes les conditions de l'ostéoplastie, nous avons pratiqué des greffes osseuses et nous avons échangé des os entre des animaux de même espèce ou d'espèces différentes. Nos greffes ont parfaitement réussi dans certaines conditions. Après avoir transplanté des os d'un lapin sur un autre et les avoir logés sous la peau, ou bien à la place de l'os analogue préalablement enlevé, nous les avons vus contracter des adhérences sur ce terrain nouveau et continuer d'y vivre. Leur vascularisation s'est rétablie, et ils ont continué de s'accroître. Cet accroissement s'est opéré surtout en épaisseur et par le même mécanisme qu'à l'état normal, c'est-à-dire par l'ossification successive des diverses couches de blastème sous-périostal. Ce mode d'accroissement est très-évident sur certaines espèces que nous possédons. L'os est entouré d'une couche de nouvelle formation qui correspond au périoste, et qui manque partout où cette membrane avait éprouvé une perte de substance au moment de l'opération. Cette couche, produite depuis la transplantation, se distingue nettement du tissu osseux ancien qu'elle recouvre par le relief qu'elle forme et par sa couleur, qui est généralement plus blanche.

» Si c'est par leur périoste que ces os continuent de s'accroître, c'est aussi au moyen de cette membrane qu'ils ont pu reprendre vie au milieu des tissus où on les a logés. Quand ils ont été dépouillés, la greffe est impossible, ou du moins très-incertaine, même dans les conditions d'âge et d'espèce les plus favorables. Quand nous opérions d'un animal à un autre d'une espèce différente, et surtout d'une espèce éloignée, l'os transplanté ne reprenait pas vie; il s'enkystait, devenait noir ou jaunâtre, et ne tardait pas à subir un commencement de résorption; souvent il était le centre d'un abcès.

» Malgré la distance qui sépare ces résultats de ceux qu'on peut espérer chez l'homme, les faits que nous venons d'exposer, joints à ceux que nous avons déjà fait connaître, constituent des bases scientifiques à l'*ostéoplastie* chirurgicale. S'il est plusieurs tentatives opératoires qu'ils inspirent et légitiment, il en est d'autres dont ils font présager l'inutilité et le danger. »

Cette note est renvoyée, comme l'avait été une précédente communication de l'auteur sur le même sujet, à la commission du prix de physiologie expérimentale.

— L'Académie reçoit plusieurs pièces destinées au concours pour les prix de médecine et de chirurgie. Ces pièces, les unes manuscrites, les autres imprimées, et accompagnées de l'analyse exigée des concurrents, sont adressées par les auteurs dont les noms suivent :

M. TILLAUX présente un mémoire, accompagné d'un atlas, *sur la structure de la glande sublinguale de l'homme et de quelques animaux vertébrés.*

M. BERAUD adresse trois mémoires sur la *pathologie des ovaires et des testicules.*

M. NIKLÈS, en adressant un opuscule intitulé : *Recherches sur la diffusion du fluor*, y joint une analyse manuscrite dont nous extrayons la note suivante, qui fait comprendre pourquoi l'ouvrage est présenté au concours pour les prix de médecine et chirurgie : « La découverte de la présence du fluor dans l'eau minérale de Plombières, annoncée par moi à l'Académie dans sa séance du 6 avril 1857, a reçu depuis une éclatante confirmation par la mise à jour d'un filon de spath fluor dans ce bassin, à la base même des sources minérales. »

M. BEHIER présente, avec ses *Recherches sur la fièvre puerpérale*, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail.

M. SAUVÉ adresse une indication semblable pour son ouvrage *sur la mort apparente des nouveau-nés.*

M. HUBERT LUSCHKA envoie, de Tubingue, un ouvrage écrit en allemand *sur les semi-diarthroses du corps humain*, et y joint une analyse en français de ce travail.

Ces pièces sont réservées pour la future commission des prix de médecine et chirurgie.

— La section d'économie rurale présente, en comité secret, la liste suivante de candidats pour une place de correspondant, vacante par suite du décès de M. d'Hombres Firmas.

En première ligne : M. Renault, à Maisons-Alfort.

En deuxième ligne : M. Delafond, à Maisons-Alfort.

En troisième ligne et par ordre alphabétique : MM. Bouley, à Maisons-Alfort; Lavocat, à Toulouse; Lecoq, à Lyon.

La section déclare que dans la présentation actuelle elle a cru ne devoir comprendre que des vétérinaires français.

Les titres de ces candidats sont discutés.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Dutil, né à Villefranche (Lot-et-Garonne) ; *Essai sur la contusion du foie.*

Lescazes (de), né à Roquefort (Lot-et-Garonne) ; *Recherches critiques sur la nature et le siége des phlegmons péri-utérins.*

Cognard, né à Saint-Dizier (Haute-Marne) ; *Quelques considérations sur l'hématocèle rétro-utérine.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 12 mars dernier, M. le docteur Escoffier a été nommé président de la Société de prévoyance des médecins du département de la Loire.

— La commission générale de l'Association de prévoyance des médecins du Rhône a pris, dans sa séance du 7 mars, une décision très-grave. Une sous-commission avait été nommée, dans son sein, dès le 23 septembre dernier, pour étudier l'opportunité de l'annexion de l'Association du Rhône à l'Association générale. Après s'être réunie à plusieurs reprises, après avoir consulté tous les documents qui se sont produits sur cette question, après avoir laissé suffisamment marcher le temps et les événements, la sous-commission, par l'organe de M. Duviart, a fait son rapport devant la commission générale qui se trouvait, pour cette circonstance, réunie presque au complet.

Ce rapport, chaudement et fortement motivé, concluait à l'*ajournement* pur et simple. Après une discussion approfondie, les conclusions ont été votées à une imposante majorité, 19 voix contre 4.

En conséquence, le projet d'annexion de l'Association du Rhône à l'Association générale est ajourné. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— De toutes parts, même en Italie, nous voyons naître et heureusement aboutir le mouvement général de défense active contre les charlatans, dont notre ville a donné le signal. Le 17 de ce mois, ont comparu devant le tribunal provincial de Turin, les nommés della Rocca et Filippa, se disant professeurs de magnétisme, et annonçant par des cartes publiquement répandues, leur prétention de *guérir toute espèce de maladie.* Le ministère public a requis contre eux, pour le fait d'exercice illégal de la médecine, une amende de 300 livres, un emprisonnement de six mois avec les frais à leur charge.

En vain, pendant l'audience, l'un des *professeurs* a voulu, pour séduire le tribunal, essayer son pouvoir magnétique sur son défenseur. Malgré le choix si rationnel du sujet, la force du fluide s'est vue neutralisée par les rires de l'auditoire.

Après une heure et demie de délibération, le tribunal a adopté les conclusions du ministère public. (*Idem.*)

— Le 10 mars 1859, est mort, dans sa quatre-vingt-sixième année, Alex. Monro, professeur émérite d'anatomie à l'université d'Edimbourg.

— M. Orfila commencera le cours de pharmacie à la Faculté de médecine le mercredi 6 avril.

— M. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, reprendra ses conférences cliniques le mercredi 6 avril, et les continuera les mercredi et samedi de chaque semaine.

Visite des malades à sept heures du matin.

Leçon clinique à neuf heures.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 41. — JEUDI 7 AVRIL 1859. (32e ANNÉE.) N° 41. — JEUDI 7 AVRIL 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 AVRIL 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Roger a lu un mémoire sur les ulcérations de la trachée-artère produites par le séjour de la canule après la trachéotomie. Ces ulcérations, dont M. Roger a étudié attentivement le mode de production et les conditions anatomo-pathologiques, proviennent principalement, suivant lui, de l'action vulnérante de la canule, de la pression et des frottements qu'elle exerce en certains points du conduit aérifère ; c'est, en un mot, un véritable traumatisme tout à fait analogue à celui que MM. Trousseau et Bouley ont produit dans leurs expériences de tubage sur des animaux. L'état congestionnel phlegmasique de la membrane muqueuse des voies aériennes et l'intoxication diphthéritique, favorisent naturellement la production de ces ulcérations. La preuve de cette dernière influence se trouve dans la proportion beaucoup plus considérable de ces accidents pendant le premier trimestre de cette année, où l'épidémie a sévi avec une intensité exceptionnelle.

M. Roger, en faisant connaître cette lésion, qui complique souvent d'une manière fâcheuse les suites de la trachéotomie, a heureusement indiqué en même temps un moyen de la prévenir. M. Lüer a construit à cet effet une canule, dont le corps s'articule lâchement avec les ailes de manière à jouir d'une grande mobilité, ce qui permet à l'instrument de suivre sans frottement tous les mouvements de la trachée. Cet instrument a paru à M. Roger remplir parfaitement l'indication qui ressort des faits exposés dans son travail. Les quelques essais qu'il en a faits lui ont paru favorables. Il faudra une expérimentation plus multipliée pour fixer la valeur de ce moyen préventif. M. Roger et ses collègues des hospices de l'enfance ne manqueront pas, sans aucun doute, de nous faire connaître les résultats des nouveaux essais qu'ils auront l'occasion de faire.

La discussion sur le mémoire de M. Huguier a repris son pénible cours à travers les incessantes interruptions d'un ordre du jour trop chargé. Ce n'est qu'avec une visible impatience que M. Depaul a dû restreindre la dernière partie de son argumentation, dont l'ampleur, mesurée sur l'étendue du travail de M. Huguier, s'accommodait mal de ces interruptions et de ces ajournements répétés.

Ainsi étranglé entre la lecture du mémoire de M. Roger et le comité secret annoncé pour la fin de la séance, M. Depaul s'est trouvé réduit à tourner court sur ses derniers arguments et à se résumer dans les conclusions. On verra, du reste, dans ces conclusions, que nous reproduisons textuellement au compte rendu, l'énoncé net et catégorique de l'opinion, presque constamment dissidente, de M. Depaul sur les divers points de théorie et de pratique soulevés dans le travail de M. Huguier. Il y a là tous les éléments d'une contradiction flagrante. Qu'en sortira-t-il? C'est ce que la suite de la discussion nous apprendra.

— L'Académie a entendu, dans le comité secret, le rapport de la section d'anatomie pathologique sur les candidats à la place vacante dans cette section. Voici, d'après les échos qui sont parvenus jusque dans la salle des Pas-perdus, quel est le classement des candidats proposés par la section :

En première ligne :	M. Denonvilliers.
En deuxième ligne, *ex æquo* :	M. Barthez. M. Ménière.
En troisième ligne :	M. Roger.
En quatrième ligne, *ex æquo* :	M. Guéneau de Mussy. M. Hardy.

L'élection aura lieu mardi prochain. — Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. MOISSENET.

Kyste hydatique considérable du foie ; ponction palliative avec le trocart capillaire ; péritonite consécutive mortelle en 28 heures.

L'observation suivante, communiquée à la Société médicale des hôpitaux par M. Moissenet, dans le service duquel elle a été recueillie, renferme un enseignement qui ne doit pas être perdu pour la science et pour la pratique. Nous la ferons suivre des considérations cliniques intéressantes et instructives auxquelles s'est livré à ce sujet ce médecin distingué.

Le nommé M... (André), âgé de 42 ans, tailleur, entre à Lariboisière le 14 avril 1858. Ce malade, d'une constitution médiocre, ne présente pas d'antécédents diathésiques. A une époque qu'il ne peut pas fixer exactement, mais qui remonte à plusieurs années, il ressentit de la faiblesse dans les jambes et les cuisses ; il était gêné dans la station verticale et la marche ; il ne pouvait se tenir droit, et était toujours obligé, quand il était debout, de tenir le corps incliné en avant. Insensiblement ces symptômes augmentèrent, et il y a trois ans, le malade s'aperçut que la base droite de la poitrine augmentait notablement de volume, en même temps qu'il ressentait un grand poids dans les reins. Bientôt aussi apparut une tumeur qui grossit progressivement ; elle n'était le siége d'aucune douleur, d'aucun élancement. Il n'y eut aucun trouble digestif et aucune coloration jaune de la peau. Cependant le volume de la tumeur augmentait toujours, et l'impossibilité de la marche était devenue complète. Voici dans quel état il se présente à l'hôpital :

Il est très-affaibli ; amaigrissement général assez prononcé ; la peau est pâle, pas de teinte ictérique ni de coloration jaune-paille. Le malade ne peut quitter le lit ; il est à moitié assis, et a soin de tenir la moitié supérieure du tronc élevée et soutenue par plusieurs oreillers. Il peut se coucher sur les deux côtés, mais de préférence sur le côté droit. Habituellement les cuisses sont dans un état de légère flexion sur le tronc. Il ne peut marcher ; quand il est sur les jambes, il tremble et se tient le corps coupé en deux. Cependant il n'a aucune douleur dans les membres, il n'a aucune déformation de la colonne vertébrale. La percussion des apophyses épineuses des vertèbres n'est pas douloureuse, et nulle part, soit à la région dorsale lombaire ou dans les fosses iliaques, on ne trouve de traces d'abcès par congestion.

Mais il existe un développement insolite de la base droite de la poitrine et de la partie supérieure du même côté.

Les dernières côtes de ce côté et la partie supérieure de la paroi abdominale qui répond à la région occupée normalement par le foie forment une saillie convexe, arrondie, dont la partie la plus culminante est à quatre travers de doigt à droite de la ligne blanche et au-dessus de l'ombilic ; il y a aussi un développement considérable des veines sous-cutanées de cette région, et surtout prononcé en dehors.

On reconnaît une fluctuation assez obscure, il est vrai, dans la partie la plus saillante de cette tumeur, et la percussion y révèle l'existence du signe connu sous le nom de *frémissement hydatique.*

Voici quelles étaient les limites de la tumeur données par la percussion :

La matité commençait en haut, à 5 centimètres du mamelon droit, et se terminait en bas à 6 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure et inférieure ; la mesure verticale de cette matité était, en cette région, de 0,23 centimètres. Non-seulement l'hypochondre droit, mais encore l'épigastre et l'hypochondre gauche, étaient mats à la percussion ; on constatait une absence complète de sonorité à cette dernière région, dans l'étendue de 10 à 12 centimètres en tous sens.

La circonférence du tronc, passant par le point où la saillie était le plus considérable, était de 0,93 centimètres.

Le bord inférieur de la tumeur, limité par la percussion, se reconnaissait aisément par la palpation, quand, par la flexion des membres abdominaux, les parois antérieures du ventre étaient dans le relâchement.

La langue est rosée, humide ; l'appétit conservé ; pas d'amertume à la bouche ; point de chaleur, d'élancements, ni de douleur au niveau de la tumeur ; pas d'ascite, pas d'hémorrhoïdes ; digestions faciles ; selles régulières.

La poitrine ne présente rien de particulier à noter qu'un peu de submatité sous-claviculaire droite, et quelques râles sous-crépitants après la toux ; jamais, d'ailleurs, il n'y a eu de crachements de sang ni de sueurs nocturnes.

Rien à signaler du côté de la circulation.

Pendant quelques jours, on se borne à donner deux portions, et à prescrire des frictions sur la tumeur avec la pommade suivante :

Axonge.	30 grammes.
Iodure de potassium.	4 —
Iode..	0,50 centigr.

Le 12 mai, considérant l'état stationnaire de la tumeur, l'impossibilité complète de la marche et même de la station, et voyant la faiblesse du malade augmenter chaque jour, M. Moissenet, après un examen fait avec la plus scrupuleuse attention, se décide enfin, à la suite de pressantes sollicitations, à tenter la cure radicale au moyen de la ponction avec le trocart capillaire.

Le malade étant placé dans le décubitus dorsal, M. Moissenet fait la ponction avec un trocart explorateur du plus petit diamètre dans le point le plus culminant, là où la fluctuation paraissait le moins obscure ; il retire le trocart, et il jaillit aussitôt par la canule, restée en place à une profondeur de 4 ou 5 centimètres, un liquide très-limpide, incolore, et dont le jet n'a pas été interrompu, bien qu'aucun aide ne comprimât en ce moment la tumeur. Voyant la tumeur extérieure s'effacer et le jet s'affaiblir, se défiant du peu de rétractilité des parois du kyste, et redoutant l'introduction de l'air dans la cavité, M. Moissonnet retire bientôt lui-même la canule avec le plus grand soin, se proposant de recommencer la même opération dans quelques jours, et de vider ainsi lentement et progressivement le kyste à mesure que les parois reviendraient sur elles-mêmes. La plaie extérieure est pansée avec un petit morceau de diachylon, et un bandage de corps est fixé sans la moindre pression autour du ventre.

On a retiré en tout 350 grammes d'un liquide d'une saveur salée, légèrement alcalin, et ne précipitant ni par la chaleur ni par l'acide azotique.

Mais cinq minutes sont à peine écoulées que le malade est pris d'une syncope ; on enlève ses oreillers, et on lui fait prendre quelques gouttes de vin ; il revient aussitôt à lui, déclarant qu'il n'éprouve aucune douleur, mais que cette opération l'a vivement impressionné.

Deux heures après, à midi, se déclare un frisson intense, avec claquement de dents, profonde altération des traits, pâleur de la face, nez effilé, yeux caves, hoquet, nausées, puis vomissements verts, porracés, abondants ; cependant aucune douleur à la pression du ventre. — Potion avec extrait d'opium, 0,10 ; eau de Seltz, glace, etc. ; lavement laudanisé.

Les symptômes vont en s'aggravant ; le pouls est à 120-125, petit, filiforme ; les extrémités se refroidissent, l'altération des traits est plus marquée. Le malade commence à accuser de la douleur dans le ventre, et il succombe dans la nuit, à trois heures du matin, dix-huit heures après la ponction.

Autopsie trente heures après la mort. — La petite ouverture de la peau est entièrement cicatrisée, la tumeur est beaucoup moins saillante que pendant la vie, et le côté droit paraît plus symétrique avec le côté gauche.

La paroi thoraco-abdominale antérieure ayant été enlevée avec le plus grand soin, on ne trouve aucune adhérence du foie avec les parois du ventre. Malgré la plus scrupuleuse attention, on ne peut découvrir sur la face convexe de l'organe la moindre trace de la ponction qui a été pratiquée la veille : de fortes pressions exercées en différents sens ne faisant pas suinter une seule goutte de liquide, on est en droit de conclure à l'occlusion complète de l'ouverture pratiquée pendant la vie.

Le volume du foie est en rapport avec les dimensions qu'avait données la percussion ; il s'avance à gauche jusqu'aux dernières limites de l'hypochondre, qu'il remplit en partie, et en bas, au moins dans la moitié droite, il descend presque jusque dans la fosse iliaque.

La fluctuation est des plus évidentes, et il est d'autant plus facile de l'obtenir que les parois du kyste ne sont plus distendues par le liquide qu'elles contenaient. Il existe en arrière, et tout à fait à droite, quelques plaques pseudo-membraneuses, gélatiniformes, très-friables, et sans adhérences avec les organes voisins.

Le foie est enlevé ensuite avec précaution et sans être déchiré ; il repose sur la table par sa face inférieure.

M. Moissenet fait sur sa face convexe une incision parallèle au ligament suspenseur, et à 5 ou 6 centimètres à droite de ce ligament. On voit alors que l'organe est presque complétement détruit, au moins dans son tiers inférieur, et qu'il est réduit à une vaste coque formant la membrane protectrice d'un kyste hydatique qui s'en détache de lui-même.

Cette coque extérieure, formée par le foie, permet à peine de reconnaître à l'œil nu, sur la surface convexe, les éléments de la structure du foie. En effet, son aspect est celui d'une membrane fibro-cartilagineuse, d'une coloration plus ou moins pâle, jaunâtre, ou plus ou moins rosée. L'épaisseur de cette coque varie de 2 ou 3 à 7 ou 8 millimètres. C'est seulement à la face inférieure, où le foie a encore conservé son apparence granulée ordinaire, qu'elle atteint ces dernières dimensions, tandis qu'à la face supérieure, et surtout en arrière et en haut, où l'apparence fibro-cartilagineuse est plus prononcée, elle n'a pas plus de 1 à 2 millimètres.

Par sa face interne cette énorme cavité, qui logerait la tête d'un adulte et dont la capacité est d'environ 5 litres, était en rapport avec l'hydatide. Cette surface est grisâtre, irrégulière, comme exclusivement formée de plaques pseudo-membraneuses, molle en certains endroits, et ayant acquis en d'autres une dureté fibro-cartilagineuse, crétacée, comme dans certaines altérations des artères chez les vieillards.

La poche étant vidée, et les deux parois appliquées l'une sur l'autre, elle mesure dans le sens vertical 30 centimètres et 27 dans le sens transversal.

Quant au kyste inclus ou hydatide mère, son tissu est mou, blanchâtre, gélatiniforme, très-friable et ressemblant à du blanc d'œuf bien

cuit. Sa face interne est moins régulière que la face externe. Elle est tapissée d'une couche mince d'un tissu plus jaunâtre, d'apparence séreuse, luisant, gélatiniforme, sans résistance, qui s'en détache avec la plus grande facilité, et dont quelques lambeaux semblaient nager dans le liquide.

Elle présente en outre, en divers points, de petites saillies mamelonnées, qui paraissent être le point de départ d'acéphalocystes plus petits.

Un liquide incolore, séreux, très-limpide, s'est écoulé d'abord ; puis il a paru plus jaune, citrin, et à la fin un peu trouble.

Des acéphalocystes au nombre de 8 à 12, les plus gros du volume d'une noix, les plus petits de celui d'un haricot, nageaient librement dans le liquide. Ces acéphalocystes, de forme ovalaire, étaient formés d'une membrane d'enveloppe, de texture plus délicate et plus friable encore que l'hydatide mère renfermant dans son intérieur un liquide analogue à celui qui vient d'être décrit ; examiné au microscope, il renfermait une grande quantité de crochets d'échinocoques.

La partie gauche du foie a paru normale.

Rien à signaler dans la rate et les reins.

Le petit bassin renferme environ un verre et demi d'un liquide citrin, un peu rougeâtre, dans lequel nage un paquet floconneux jaunâtre, du volume d'un œuf. Les anses intestinales inférieures, qui occupaient la partie déclive de l'abdomen, étaient injectées, vascularisées, poisseuses ; quelques-unes étaient déjà mêmes réunies par des fausses membranes.

Le cœur était petit, mou ; les cavités droites renfermaient un caillot fibrineux, rougeâtre, peu consistant.

Les deux sommets des poumons, et surtout le droit, contiennent quelques tubercules crétacés, du volume d'un grain de chènevis.

Rien au cerveau, ni à la moelle, ni à la colonne vertébrale, qui puisse expliquer la faiblesse des jambes et l'impossibilité de la station et de la marche.

En résumé, un homme de quarante-deux ans, atteint depuis plus de trois ans de kyste hydatique du foie, devenu peu à peu assez considérable pour rendre la marche impossible, est soumis, après un mois de séjour à l'hôpital, à une simple ponction capillaire, qui détermine presque immédiatement une péritonite mortelle au bout de dix-huit heures. L'autopsie ne révèle pas d'autre lésion capable d'expliquer la terminaison fatale, que celle de la péritonite produite par l'épanchement d'une certaine quantité du liquide contenu dans le kyste.

Nous renvoyons à un autre numéro les réflexions dont M. Moissenet a fait suivre la communication de ce fait malheureux.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

De la rétention du flux menstruel.

Par M. Albert Puech, ancien chirurgien, chef interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon.

S'il est en général assez facile de reconnaître la rétention du sang menstruel dépendant d'une occlusion congénitale, il n'en est pas de même alors qu'accidentelle elle siége au col de l'utérus. La dilatation de l'organe qui l'accompagne est le propre de beaucoup de maladies, et signaler par ordre de fréquence la grossesse, les tumeurs fibreuses, les môles hydatiques, l'hydropisie utérine, c'est dire qu'on a pour chaque cas un diagnostic différentiel à établir.

Les tumeurs fibreuses, par les hémorrhagies qu'elles suscitent, ne sauraient néanmoins entrer en ligne de compte ; mais à part cette affection qu'on peut élaguer du premier coup, les autres états méritent d'être discutés. La rareté relative de l'hydrométrie et de l'hématométrie, la négation de la première par des hommes qui font autorité dans la science, rendent cette description plus épineuse qu'on ne le pense. A ces divers titres, j'ai cru utile de publier le fait que j'ai été à même d'observer. Je regrette seulement que quelques particularités soient plutôt indiquées que décrites ; l'intelligence bornée de la malade, le défaut de renseignements sur certains points, n'ont pas permis d'être plus complet.

Rétention des menstrues prise pour une grossesse. — Dilatation de l'utérus et rupture spontanée de l'obstacle. — Issue d'un sang noir épais. — Guérison.

Joséphine J..., habitant un village situé à quelques lieues de Toulon, est une fille de vingt-trois ans, forte, robuste, et sujette à de nombreux accès d'épilepsie. N'était cette cruelle affection, elle se porterait bien.

Les menstrues ont apparu à l'âge de quinze ans, et ont, jusqu'à ces derniers temps, présenté une régularité parfaite : les circonstances dans lesquelles elles se sont supprimées peignent mieux que toute épithète l'intelligence de cette fille.

Dans les premiers jours du mois d'août 1857, elle se trouvait seule, lorsqu'elle fut accostée par un individu de son village. Après s'être apitoyé sur son sort, il lui offrit de la guérir.

Le moyen est trop simple pour n'être compris à demi mort.

La pauvre innocente n'eut rien de plus pressé que d'aller rapporter le fait à sa marâtre ; elle n'eut pas lieu de s'en applaudir ; elle fut fortement réprimandée, et aurait même été battue sans l'intervention de son père.

Cet événement fit époque dans sa vie.

Les règles, qui venaient à la fin du mois, ne reparurent plus ; des douleurs de reins, des maux d'estomac et parfois des vomissements se montrèrent à leur place. Cet état, qui durait de quatre à cinq jours, nécessita le lit et s'accompagna d'accès d'épilepsie plus violents.

En même temps le ventre grossissait. Ce développement progressif, rapproché des autres circonstances, fit admettre l'existence d'une grossesse. Le médecin de l'endroit, consulté, partagea cette opinion, et le 24 janvier 1858, cette fille entrait à la Maternité de Toulon, pour y rester jusqu'après ses couches.

Vu le certificat du médecin qui avait motivé l'admission, on s'abstint de la visiter ; ce fut seulement un mois après qu'on procéda à cet examen.

L'abdomen est développé comme au cinquième mois de la grossesse ; par le palper, on perçoit au-dessus du pubis une tumeur arrondie occupant tout le petit bassin, qu'elle déborde en haut. Cette tumeur n'est autre chose que l'utérus amplifié.

Le col utérin est arrondi, dur, un peu abaissé, et légèrement raccourci. Son extrémité est conique, et son méat, circulaire et petit, ne laisse pas échapper de mucus glaireux. On ne détermine point de ballottement, mais la main, placée à l'hypogastre, constate avec la transmission du mouvement une sorte de fluctuation. Les seins sont gonflés, fermes, mais l'aréole n'est point brunâtre. La muqueuse du vagin a sa coloration normale, et le stéthoscope, placé en divers points, ne fait percevoir aucun bruit. Tous ces signes réunis font nier la grossesse.

La matrice contient-elle une môle hydatique ou bien des liquides ? La première supposition paraît peu probable. Les môles sont d'ordinaire expulsées de bonne heure. Or, ici, près de sept mois se sont écoulés. Elles s'accompagnent d'hémorrhagies répétées ou tout au moins d'écoulement de sang, tantôt mêlé à une eau sale, tantôt encore accompagné de mucosités filantes et de débris de villosités. Or, ici on n'a rien de tout cela ; il n'y a eu ni hémorrhagie physiologique, ni hémorrhagie morbide, et il n'y a pas le moindre écoulement.

L'hypothèse d'une accumulation de liquide était donc la seule plausible. Étaient-ce des mucosités séreuses ou bien du sang menstruel plus ou moins altéré ? c'est ce qu'il restait à déterminer. La similitude des causes et des symptômes fit un moment hésiter. Me rappelant, d'une part, que l'hydrométrie survient surtout chez les femmes âgées, ainsi que j'en ai vu un cas, ou bien encore chez les femmes privées depuis longtemps de leurs règles ; et, d'autre part, que l'hématométrie a une marche plus rapide, qu'elle s'accompagne d'accidents revenant à peu près tous les mois, j'inclinai à l'admission de cette dernière maladie.

Les recherches que je fis depuis me fortifièrent dans cette opinion, et au moment où l'on se proposait d'aviser à la guérison, un événement qui survint quelques jours après, en justifiant le diagnostic, se chargea de la cure. A la fin de février, c'est-à-dire à une époque correspondante à la venue de ses règles, la violence des douleurs détermina la rupture de l'obstacle. Un flot de sang noir épais sortit de l'utérus. Cet écoulement persista pendant huit jours goutte à goutte, et fut remplacé par un écoulement leucorrhéique. Le ventre s'affaissa, les douleurs disparurent, et le toucher fit constater un méat largement entr'ouvert, par où pouvait s'introduire l'extrémité de la phalange unguéale. De son côté, l'utérus revint sur lui-même ; il est néanmoins resté un peu plus volumineux qu'il ne l'est chez les filles multipares.

Quelque temps après, le 30 mars, elle retournait dans sa famille, après avoir eu une perte sanguine qui n'était autre chose que ses règles.

Indépendamment du diagnostic, cette observation est intéressante par rapport au mécanisme de la cure et à la cause déterminante de l'occlusion. Les approches sexuelles, qui furent douloureuses, ont joué ce dernier rôle. Suivant toute probabilité, elles ont provoqué une inflammation du col, qui a dénudé la muqueuse et par là favorisé l'adhésion des parois opposées. On trouve quelques faits de ce genre dans la science. Tel était le cas de la femme mariée observée par Dollignon ; tel est encore celui raconté par Dupuytren. Une jeune fille fut, en 1814, surprise par des Cosaques dans la forêt de Fontainebleau ; elle fut obligée de subir leurs caresses brutales, et vit à la suite survenir une inflammation qui obtura l'entrée du vagin. Mais dans les deux cas que je viens de rappeler, l'obturation siégeait à la vulve, tandis qu'ici elle avait son siége dans le canal du cervix.

Quoique peu commune, la cure spontanée observée ici présente quelques analogues. Ainsi Laffitte, Scanzoni, Demeaux, l'ont observée dans l'imperforation du vagin, et Delille dans un cas d'imperforation double, siégeant à la vulve et au col. La rareté de ces cas fait voir combien il faut peu compter sur la nature, et combien il est préférable de recourir à l'instrument tranchant.

BLESSURE DU LOBE ANTÉRIEUR DU CERVEAU,

sans lésion de la parole.

Par M. le docteur E. Martenot (de Cordoue), médecin-major de 1re classe au 11e d'artillerie.

Depuis longtemps M. Bouillaud professe que le siége de la parole est dans le lobe antérieur du cerveau, et presque tous les faits observés lui donnent raison ; mais le savant professeur va plus loin : dernièrement il a mis au défi de citer un seul exemple du contraire. Tout en partageant l'opinion de M. Bouillaud, que j'ai plusieurs fois vérifiée par moi-même, je dois cependant, dans l'intérêt de la vérité, relever le gant, parce que j'ai observé un fait qui me paraît assez concluant. En voici la narration, telle que je l'ai adressée il y a dix ans au conseil de santé :

Le 12 juillet 1849, dans les combats que la colonne Canrobert eut à soutenir contre les Beni-Mellickeuchs et les Zouaouas en Kabylie, un caporal du 51e, nommé Hérault, reçut une balle sur la bosse coronale droite. L'ouverture était faite comme avec un emporte-pièce, et la substance cérébrale s'écoulait en bouillie par la plaie. Le blessé, appuyé sur le bras d'un camarade, se rendit lui-même à mon ambulance, éloignée d'environ 500 mètres ; il répondit à toutes les questions que je lui adressai sans éprouver la moindre gêne dans la prononciation. Cette circonstance, importante à noter, mettait en défaut les beaux travaux qui ont été faits il y a quelques années, et qui semblent prouver que le siége de la parole se trouve dans le lobe antérieur du cerveau ; j'insiste sur ce fait, parce qu'il a eu pour témoins tous les médecins militaires de la colonne auxquels je l'ai fait remarquer, et qui ont constaté comme moi que la parole n'avait pas éprouvé la moindre altération.

Nous avions beaucoup de blessés ce jour-là, et l'état général de celui-ci était si satisfaisant que je remis au lendemain l'opération du trépan que je me proposais de faire pour extraire le projectile, qui devait se trouver nécessairement dans le cerveau, puisque quelques esquilles fines et un peu de substance cérébrale réduite en bouillie s'échappaient par la plaie. Je me contentai de la nettoyer doucement, et j'appliquai un bandage simple arrosé d'eau froide ; après avoir fait pratiquer une saignée de 400 grammes.

Le lendemain, Hérault était aussi bien que la veille ; il n'accusait qu'un peu de douleur lorsqu'il remuait fortement la tête ; il avait bien dormi, le pouls était un peu plus plein qu'à l'état normal ; je prescrivis une nouvelle saignée de 300 grammes.

Nous partîmes le 14 pour Aumale, où nous arrivâmes le 16. Hérault, transporté en litière, avait bien supporté les fatigues de la route ; le travail de cicatrisation commençait, et je n'eus pas le courage de pratiquer l'opération que j'avais projetée ; j'attendis encore.

Le 3 août, la cicatrisation était complète, et l'on voyait encore trois mois après l'accident les battements réguliers de l'encéphale soulever doucement la peau cicatrisée.

Nommé sergent par suite de cette blessure, il partit à pied pour Alger, où se trouvait sa nouvelle compagnie ; à la fin du mois d'octobre, et revint à Aumale dans les premiers jours du mois de novembre, après avoir fait 70 lieues en quelques jours. Avant son départ pour Alger, il venait souvent me voir ; bien des fois je lui ai demandé s'il éprouvait quelque douleur dans un point quelconque de la tête ; il répondait toujours négativement, et cependant j'étais persuadé que la balle avait pénétré dans la substance cérébrale, et n'avait pu sortir par l'étroite ouverture qui lui avait donné passage. Ainsi que je l'ai dit plus haut, j'avais toujours remis au lendemain l'opération du trépan, et je n'avais pas même enfoncé la sonde ni le petit doigt dans la plaie, dans la crainte de troubler la marche de la guérison qui semblait s'effectuer si rapidement et d'une manière si surprenante. J'ignorais donc complétement à quelle profondeur la balle avait pénétré.

Le 11 novembre (je venais de partir pour l'expédition de Zaatcha), on apporta pendant la nuit le sergent Hérault à l'hôpital ; il fut placé dans le service des fiévreux, et le médecin de garde diagnostiqua une méningite.

Le lendemain, mon collègue Durand, qui connaissait ce malade pour l'avoir vu dans mon service, arriva pour lui voir rendre le dernier soupir.

A l'autopsie, il trouva une balle située à 5 centimètres dans le lobe antérieur du cerveau ; elle était petite, comme toutes les balles arabes, et avait parcouru dans la substance cérébrale une ligne parallèle à la base du crâne. Il s'était formé autour d'elle une enveloppe solide, et la portion du cerveau située entre elle et la base s'était abcédée par suite de la pression incessante du projectile, pression qui avait été augmentée par la marche dans le trajet d'Aumale à Alger et d'Alger à Aumale. Tout porte à croire que l'abcès s'est formé pendant la route sans déterminer de fortes douleurs, puisque le malade ne s'est pas plaint, et que c'est lorsqu'il s'est spontanément ouvert que la mort a eu lieu.

Il y a dans cette observation plusieurs choses remarquables que je me contente de relater sans chercher à les expliquer. D'abord :

1° La parole n'est pas même altérée ;

2° Absence complète de douleur ;

3° Formation d'une enveloppe solide autour du projectile ;

4° Enfin, formation d'uu abcès d'une portion de substance cérébrale sans trouble apparent, et mort dès que le pus se répand sur le plancher de la base du crâne.

MÉTRORRHAGIES A L'ÉPOQUE DES RÈGLES,

entretenues par des fongosités utérines, traitées par l'abrasion et la cautérisation sans succès. — Emploi de la digitaline. — Contractions utérines. — Cessation des accidents.

Par M. le docteur E. Decaisne.

Mme R..., blonde, d'un tempérament lymphatico-nerveux, bien constituée, a été réglée à quinze ans, et a joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de trente-deux ans. Mariée à dix-huit ans, elle a eu trois enfants. Ses accouchements n'ont rien présenté de particulier.

Trois mois après son dernier accouchement, il y a quatre ans environ, elle vit reparaître ses règles avec une abondance telle, qu'il s'ensuivit un grand affaiblissement qui l'obligea à garder un repos absolu pendant huit jours.

A l'époque menstruelle suivante, les mêmes accidents se reproduisirent avec une intensité plus grande, et laissant après eux une leucorrhée rosée qui persista six jours.

Chaque mois la perte de sang était la même et toujours suivie de leucorrhée. Bientôt apparurent les signes de la chloro-anémie : teint pâle, cercle noir autour des yeux, palpitations, mauvaises digestions, spasmes nerveux, irritabilité croissante du caractère, etc. Un médecin fut consulté, qui demanda un examen au spéculum. La malade refusa de s'y soumettre. Il se borna à prescrire des préparations ferrugineuses, du vin de quinquina, divers astringents et de l'ergot de seigle.

Pendant trois ans, et malgré les traitements nombreux auxquels fut soumise Mme R..., aucun changement ne se produisit dans son état.

Cependant une saison passée aux bains de mer avait paru enrayer les accidents pendant deux mois. Cette amélioration n'était qu'apparente, et bientôt les pertes se représentèrent plus menaçantes que jamais. La faiblesse de la malade était telle qu'elle était obligée de garder un repos absolu dix à douze jours chaque mois. Les digestions étaient devenues très-difficiles, et souvent les repas étaient suivis de vomissements. La face prit une teinte jaune-paille, qui fit craindre une affection cancéreuse.

C'est alors que Mme R..., sur les instances de sa famille, se décida à consulter un chirurgien distingué et à se soumettre à son examen. On reconnut des fongosités de la muqueuse utérine. Le col était sain.

Après bien des hésitations, la malade consentit à laisser pratiquer l'abrasion de la muqueuse suivie de cautérisations au nitrate d'argent par le procédé de Récamier. Trois cuillerées environ de fongosités fu-

rent extraites. Les espérances du chirurgien furent déçues cette fois encore, et les métrorrhagies à l'époque des règles continuèrent comme par le passé.

Huit mois après cette opération, je vis Mme R....

L'existence des fongosités ne me parut pas à elle seule expliquer la persistance des accidents.

Encouragé d'ailleurs par quelques essais antérieurs et par les travaux du docteur W. Howship Dickinson, que je ne connaissais pas à l'époque de mes premières expériences, je prescrivis pour les huit jours qui devaient précéder l'apparition des règles les granules de digitaline de Homolle, qui, comme chacun sait, sont dosés à 1 milligramme. Je ne dépassai jamais six granules par jour, après avoir commeucé par 2.

Le pouls, qui accusait le premier jour 90, tomba au bout de trois jours à 86, et se maintint pendant les huit jours que dura l'administration de la digitaline, entre 86 et 80. Les battements du cœur ne présentèrent qu'une légère modification. Mais à partir du deuxième jour, des *contractions utérines* se firent sentir, et elles durèrent jusqu'au huitième jour avec une assez grande intensité pour diminuer pendant l'écoulement des règles.

La quantité de sang perdu par l'écoulement menstruel diminua de moitié; la leucorrhée qui suivit fut peu considérable, et le quatrième jour Mme R... était sur pied et pouvait se promener plusieurs heures par jour. Les digestions devinrent meilleures, le teint plus animé, et Mme R... ressentit un bien-être auquel elle n'était plus habituée depuis longtemps.

Huit jours avant l'époque suivante, le traitement fut repris et les mêmes phénomènes se reproduisirent. Les *contractions utérines* furent encore mieux dessinées.

L'amélioration cette fois fut plus marquée; les règles étaient revenues à l'état normal, seulement la leucorrhée reparut encore pendant deux jours, mais sans présenter cette fois la teinte rosée dont j'ai parlé.

Je jugeai à propos de suspendre tout traitement, et, à la grande joie de la malade, tout se passa parfaitement bien le mois suivant. L'écoulement leucorrhéique lui-même fut insignifiant.

Que sont devenues les fongosités? Quelle est la part d'action qu'on peut attribuer à la digitaline? Ne doit-on voir là qu'une simple coïncidence? La guérison se maintiendra-t-elle?

Je livre sans commentaires l'observation qu'on vient de lire aux méditations de mes confrères. Je les engage à essayer comme moi, et à publier le résultat de leurs expérimentations. Quant à moi, je me croirai suffisamment récompensé de mes faibles efforts si je réussis à attirer l'attention des travailleurs sur les propriétés d'un agent thérapeutique dont l'action physiologique ne me paraît pas avoir été suffisamment étudiée jusqu'à ce jour.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 avril 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Plusieurs échantillons de bas, chaussettes, ceintures, etc., contre les varices, les maladies hypogastriques, les cautères, les vésicatoires, etc., de l'invention de MM. Vié et Ferté (commissaires, MM. Poiseuille, Huguier et Robert);

2° Un nouveau procédé pour obtenir l'anesthésie partielle, inventé par M. le docteur Grondoni. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements de la Loire Inférieure, de la Dordogne, du Var, de la Loire et de Tarn-et-Garonne. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le professeur Martins, de Montpellier, qui remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant membre correspondant.

2° Une lettre de M. le docteur Ruyer qui sollicite le même titre.

3° Une lettre de M. le docteur Aubrun sur le traitement des affections diphthéritiques par l'administration interne du perchlorure de fer. (Commissaires : MM. Grisolle et Trousseau.)

4° Une notice sur les eaux minérales du mont Dore, par M. le docteur Goupil (des Pallières) (commission des eaux minérales);

5° Une note descriptive d'une béquille, d'un pessaire et d'un appareil herniaire nouveau, inventés par M. Rouault, de Madrid. (Commissaires, MM. Laugier et Malgaigne.)

6° L'observation d'un cas de prolapsus complet de l'utérus avec hypertrophie légère de la portion sous-vaginale du col, guéri par l'épisiorraphie, par M. le docteur Devilliers. (Commissaires, MM. Danyau et Laugier.)

7° La relation d'une excision du col utérin atteint d'allongement hypertrophique, par M. le docteur Cazenave, de Bordeaux. (Même commission.)

8° Un pli cacheté contenant la description d'un procédé nouveau pour l'abaissement de la cataracte, par le même médecin. (Le dépôt est accepté.)

9° Un dépôt cacheté, par M. le docteur Corbett. (Accepté.)

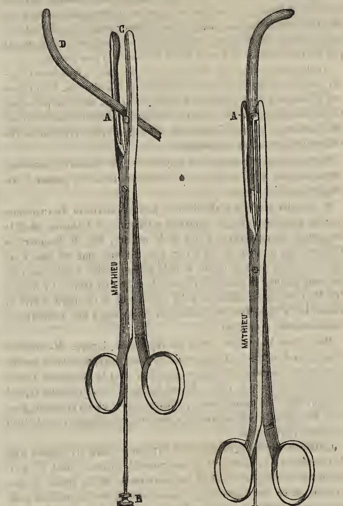
10° M. Le Roy-d'Etiolles adresse la lettre suivante :

» Monsieur le président,

» J'ai eu à plusieurs reprises l'honneur de présenter à l'Académie un certain nombre de corps de nature et de forme diverses que j'ai extraits de vessies d'hommes et de femmes au moyen d'instruments que j'ai imaginés dans le but de faire cette extraction par les voies naturelles sans incisions. Je viens mettre sous ses yeux un nouvel exemple remarquable, c'est un étui en bois de rose qui a 12 millimètres de diamètre et 8 centimètres de long. Bien qu'il n'eût séjourné que sept jours dans la vessie, il était déjà recouvert d'une incrustation lithique, circonstance fâcheuse et favorable tout à la fois : fâcheuse en ce que cette incrustation augmentait le volume de l'étui et rendait sa surface rugueuse; favorable en ce qu'elle avait soudé pour ainsi dire les deux portions de l'étui, qui était rempli d'aiguilles.

» Cet étui, une double erreur l'avait fait tomber dans la vessie d'une fille de dix-neuf ans qui avait conservé sa virginité; ses douleurs étaient vives, les besoins d'uriner incessants; la jeune maladroite alla consulter M. le docteur Saillart de Raveton, qui me l'adressa, et je procédai à l'extraction avec l'assistance de M. le docteur Boutin de Beauregard.

» L'étui était placé presque en travers, obliquement incliné de droite à gauche; pour le faire sortir, il fallait le faire tourner sur lui-même et amener l'une de ses extrémités au droit de l'orifice de l'urètre; j'y suis parvenu en me servant de la pince que j'ai imaginée dans ce but, et que j'ai l'honneur de replacer sous les yeux de l'Académie; elle est formée de deux branches articulées comme celles des pinces à pansement, dont elle diffère par son volume, par le creusement en gouttière de ses branches, par un petit rateau A obéissant à l'impulsion d'une tige B qui glisse dans une rainure, par la disposition des burds des deux gouttières, qui, écartés d'un côté, celui où se trouve le rateau, se touchent de l'autre par des renflements C existant vers l'extrémité des branches.



» Voici comment agit cet instrument :

» Supposons le corps cylindrique saisi défavorablement, c'est-à-dire en travers; le râteau le pousse dans cette position vers l'extrémité des branches; il chemine ainsi jusqu'à ce qu'il rencontre le renflement; là un des bouts s'arrête, tandis que l'autre, ne trouvant pas d'obstacle, obéit à l'impulsion du râteau, se redresse peu à peu, se place dans le tube formé par les deux gouttières, et sort avec la pince.

» C'est ce qui est arrivé dans la circonstance actuelle. L'étui a été saisi par la pince vers le quart de sa longueur, le râteau poussant sa longue portion pour le faire basculer et engager dans la gouttière, sa courte portion arrêtée par le renflement. L'opération entière, y compris l'exploration et l'étude de la position du corps étranger, a duré dix minutes environ; la douleur a été légère, car la patiente n'a pas voulu être endormie; elle n'a été suivie d'aucun accident ni même de réaction fébrile. Je demanderai bientôt à l'Académie la permission de lui présenter d'autres faits récents et des considérations générales sur l'extraction des corps étrangers de la vessie.

» Agréez, etc. Le Roy-d'Etiolles. »

—Après la lecture du procès-verbal, **M. Michel Lévy** donne à l'Académie des nouvelles de l'état de santé de M. Bégin, qui a été frappé, comme on le sait, d'une attaque d'apoplexie dans la petite localité de la Bretagne où il s'est retiré. M. Bégin, quoique atteint d'hémiplégie, a conservé toute l'intégrité de sa belle intelligence. Il serait heureux sans doute d'apprendre du fond de sa retraite que l'Académie prend part à sa position. M. Michel Lévy demande, en conséquence, si l'Académie ne serait pas d'avis que le bureau écrivît en son nom à M. Bégin pour lui exprimer les vœux qu'elle fait pour son prompt rétablissement. (Bravos et applaudissements.)

M. le Président. L'Académie s'associe tout entière aux paroles de M. Michel Lévy. Une lettre sera écrite, en conséquence, à M. Bégin.

— La parole est à M. Roger pour une lecture.

LECTURE.

Des ulcérations de la trachée-artère produites par le séjour de la canule après la trachéotomie. — M. le docteur **Henri Roger** donne lecture du résumé suivant d'un mémoire qu'il dépose sur le bureau de l'Académie.

« Ce travail, dit M. Roger, repose sur 21 observations : deux que j'ai recueillies en 1852 à l'hospice des Enfants trouvés, six empruntées à différents auteurs, notamment à M. Barthez, et treize qui m'appartiennent, et que, postérieurement à une communication de notre honorable collègue, il m'a été possible de réunir dans le premier trimestre de 1859, grâce à l'obligeance de mes excellents collègues de l'hôpital des Enfants, MM. Blache, Bouvier et Gillette. »

Le mémoire de M. Roger se termine par le résumé général et les conclusions qui suivent :

« Parmi les accidents consécutifs à la trachéotomie pratiquée pour le croup, il en est un signalé déjà, mais qui n'a pas été étudié, *l'ulcération de la trachée-artère par la canule.*

» L'ulcère trachéal est une lésion assez fréquente, surtout dans certaines épidémies de croup, puisque nous avons pu, à l'hôpital des Enfants, en recueillir 13 observations en moins de trois mois, sur un nombre de 63 jeunes sujets trachéotomisés dans ce premier trimestre de 1859.

» Au point de vue de l'*anatomie pathologique*, il faut distinguer :

» 1° L'érosion de la membrane muqueuse;

» 2° L'ulcération proprement dite;

» 3° La perforation complète de la trachée-artère.

» L'ulcération trachéale siége presque toujours à la *paroi antérieure* du conduit aérifère, au niveau du bord inférieur de la portion verticale de la canule, et elle est produite par le frottement qu'exerce ce bord un peu recourbé et tranchant qui peut basculer et porter contre la paroi antérieure de la trachée, dans les mouvements de la respiration et de la déglutition.

» Deux fois sur vingt et une, l'ulcère siégeait exclusivement à la *paroi postérieure*, et quatre fois il occupait simultanément les parois antérieure et postérieure de la trachée-artère.

» Presque toujours il n'y a qu'une seule ulcération. Dans des cas où l'influence épidémique a fortement agi, il peut y en avoir plusieurs.

» Le plus souvent l'ulcère est de forme ovalaire, borné juste au champ du frottement exercé par la canule. Plus ou moins étendu chez quelques sujets, on l'a vu occuper presque toute la circonférence de la trachée-artère.

» La forme la plus rare de l'altération pathologique est l'érosion (2 fois sur 21); la plus commune est l'ulcération proprement dite (15 fois); la perforation complète du conduit aérifère est encore assez fréquente (4 fois sur 21).

» Les altérations anatomiques coïncidentes sont, par ordre de fréquence, l'ulcération ou la diphthérite de la plaie du cou, la broncho-pneumonie double, la trachéite et la bronchite, la suppuration du tissu cellulaire ambiant, et les ulcérations spontanées multiples du conduit aérien.

» Le premier *symptôme* qui peut faire supposer l'existence d'une ulcération trachéale est le mauvais état de la plaie extérieure, les fausses membranes, les ulcérations et la gangrène qui s'y développent.

» Une coloration noire de la canule, surtout à sa partie inférieure, la fétidité de l'haleine et des crachats rendus par la canule, parfois une expectoration sanguinolente, et, chez quelques enfants, de la douleur au-devant du cou avec dysphagie, tel est l'ensemble des symptômes qui permet d'établir le dignostic de l'ulcère trachéal.

» Les ulcérations de la trachée-artère proviennent de plusieurs *causes :* la principale est l'action vulnérante de la canule, la pression, les frottements qu'elle exerce en certains points du conduit aérifère; c'est un véritable traumatisme dont la puissance est démontrée par les expériences du tubage du larynx que MM. Trousseau et Bouley ont pratiquées sur des animaux.

» Dans ces expériences, les altérations plus ou moins profondes, déterminées sur la membrane muqueuse du larynx à l'état sain par le contact plus ou moins prolongé d'un tube métallique, sont tout à fait analogues à celles que nous avons observées chez les enfants trachéotomisés. Chez les animaux comme chez nos malades, il y a eu, par le fait d'une action mécanique semblable, une lésion matérielle identique. Ces mêmes expériences font également comprendre la rapidité parfois très-grande avec laquelle se développent les ulcères trachéaux à la suite de la bronchotomie (en 40, 38, 36 heures même, et, dans ce dernier cas, il y avait perforation complète de la trachée).

» Les *causes accessoires* sont l'état congestionnel, phlegmasique de la membrane muqueuse des voies respiratoires, les ulcérations de la trachée étant aussi fréquentes à la suite de la trachéotomie pour le croup qu'elles sont rares consécutivement à cette opération dans les affections chroniques du larynx.

» Un mauvais état général produit le plus souvent par l'intoxication diphthéritique.

» La nature particulière de l'épidémie de diphthérite, qui nous a mis à même de voir, dans les trois premiers mois seulement de 1859, trois fois plus d'ulcérations trachéales qu'on n'en avait observé pendant l'année 1858 tout entière.

» L'âge peu avancé des malades, qui, peu dociles, font, dans leurs mouvements irréfléchis, que la canule frotte continuellement contre la membrane muqueuse de la trachée-artère.

» Le *pronostic* des ulcérations trachéales présente une certaine gravité; s'il est probable que, dans un petit nombre de cas, les ulcérations de la trachée-artère se cicatrisent, il est certain qu'elles aggravent le plus souvent la position de l'opéré par la fièvre qu'elles entretiennent, la suppuration qu'elles excitent, et les accidents de voisinage qu'elles déterminent. Le pronostic varie d'ailleurs suivant qu'il existe une érosion, une ulcération ou une perforation du conduit aérien; mais la gravité n'en est jamais telle que, dans un cas de croup, le médecin, trop préoccupé d'une ulcération possible de la trachée-artère, hésite à pratiquer la trachéotomie en présence d'une mort imminente, et quand cette opération est la suprême ressource.

» De plus, la gravité de ces ulcères, qui n'entraînent pas la mort par eux-mêmes, est bien moindre que celle de l'ulcération et de la gangrène de la plaie, presque toujours concomitante, et surtout que celle de la diphthérite secondaire des autres parties des voies aériennes.

» Le *traitement*, essentiellement préventif, devra consister à éviter, par l'emploi d'une canule peu volumineuse et légèrement oblique en arrière, la compression de la membrane muqueuse trachéale, et à s'opposer par l'adoption d'une canule mobile, dont le corps se meut comme la trachée-artère elle-même, aux frottements exercés contre la paroi interne du conduit. La canule mobile de M. Lüer est celle qui, jusqu'à ce jour, paraît remplir le mieux cette indication. Des quatre malades chez lesquelles on l'a employée à l'hôpital des Enfants, une a guéri et deux autres sont en voie de guérison. »

Ici M. Roger, qui avait déjà mis sous les yeux de l'Académie des larynx où se voient des lésions diverses, depuis l'érosion jusqu'à la perforation, montre la canule de M. Lüer, qui a la forme de la canule ordinaire, mais dont le corps s'articule très-lâchement avec les ailes, et est par conséquent très-mobile. M. Roger continue en ces termes :

« En outre, et dès les premiers jours qui suivent la trachéotomie,

on essayera d'enlever momentanément la canule, afin de soustraire, au moins pendant quelques instants, la trachée-artère à cette cause de traumatisme, tout en se guidant, pour la durée du temps pendant lequel on laissera le conduit aérifère sans instrument, sur la manière dont s'accomplit la respiration.

» Nous venons d'étudier et de décrire avec détails les ulcérations que détermine dans la trachée-artère le séjour de la canule métallique après la trachéotomie. Nous avons, le premier, exposé les causes de cet accident consécutif à l'opération, indiqué par quel mécanisme et sous quelles influences il se produit, par quels symptômes il s'annonce et quelles conséquences il peut entraîner. Nous avons montré pareillement quel était le meilleur moyen de le prévenir; de sorte qu'à la fin de ce travail il nous est permis de dire qu'en signalant le mal, nous avons été assez heureux pour pouvoir indiquer en même temps le remède. »

Discussion sur le mémoire de M. Huguier.

M. DEPAUL. Avant d'aborder la thérapeutique de l'allongement hypertrophique du col utérin et de juger l'opération proposée par M. Huguier, j'ai besoin de faire connaître l'anatomie pathologique de cette lésion, car c'est là que repose la sécurité ou le péril de l'intervention chirurgicale.

Le volume de la tumeur formée par la matrice hors du vagin, dans les cas dont il s'agit, est très-variable, et M. Huguier nous a dit qu'il en avait rencontré à peu près de tous les degrés.

L'état du vagin a été bien décrit par tous les auteurs; mais M. Huguier a beaucoup insisté avec raison sur un point contesté jusqu'à présent, et il en a fourni une démonstration concluante: c'est que, dans certains cas, le vagin entraîne en avant le rectum, de sorte qu'en introduisant le doigt dans cet intestin, on constate à la paroi antérieure une ampoule plus ou moins prononcée.

La paroi antérieure du vagin se déplisse plus souvent et se renverse d'une manière plus complète que la paroi postérieure. Ce renversement existe à des degrés divers. Presque tous les faits rapportés par M. Huguier témoignent de la rareté du renversement complet.

Le col utérin est ordinairement gros, boursouflé, couvert d'ulcérations plus ou moins nombreuses; son orifice est béant. (Ici M. Depaul montre une pièce anatomique sur laquelle toutes ces lésions peuvent être aisément vérifiées. Ce sont les organes génitaux d'une femme de cinquante ans, morte ces jours-ci d'une pneumonie, dans le service de M. Cbapotin de Saint-Laurent, à l'hôpital Cochin.) Vous voyez une tumeur volumineuse faisant saillie à la vulve. Qu'y a-t-il dans cette tumeur? quels sont les éléments anatomiques qui la composent? Je rappellerai d'abord que, suivant M. Huguier, toutes les tumeurs de ce genre qui avaient la longueur normale de l'utérus étaient toujours prises pour des prolapsus complets de l'organe. J'ai déjà répondu à cette assertion, et je crois avoir démontré que notre collègue mettait gratuitement sur le compte des auteurs et des praticiens une erreur contre laquelle protestent les traités classiques que j'ai déjà eu l'occasion de citer à cette tribune.

M. Huguier, en présence d'une tumeur de ce genre, aurait introduit la sonde utérine; moi, j'aurais eu simplement recours aux divers procédés d'exploration que vous connaissez tous, et j'estime que je serais arrivé à des résultats aussi satisfaisants sans péril pour la malade. M. Huguier aurait trouvé que la matrice présentait 8 centimètres trois quarts de longueur, et, d'après sa manière de raisonner, il aurait diagnostiqué un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col utérin, sans déplacement de l'organe.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur cette pièce pour se convaincre que M. Huguier se serait trompé. Comme vous pouvez vous en assurer par vous-mêmes, la matrice n'occupe plus sa situation normale; elle est descendue dans le bassin, de sorte que son fond, au lieu de dépasser le détroit supérieur d'un centimètre à un centimètre et demi, se trouve bien au-dessous de ce niveau, à la partie inférieure d'une espèce d'entonnoir formé par les tissus que l'organe a entraînés dans sa chute. Ces particularités ont été parfaitement bien notées, surtout à l'autopsie, par M. de Saint-Laurent et ses élèves. Si la matrice était demeurée à sa place, et si la tumeur était due à son allongement, il faudrait que cet organe présentât exactement la longueur de la tumeur. Or, la tumeur extra-vaginale a 10 centimètres et demi en avant, et 6 centimètres en arrière; tandis que la matrice a 9 centimètres de long et 4 centimètres de large, sa cavité mesure 8 centimètres trois quarts. Voilà donc une matrice qui non-seulement n'est pas hypertrophiée, mais dont les dimensions transversales sont même plus petites qu'à l'état normal.

Maintenant, à quoi tient cette excessive longueur de la partie antérieure de la tumeur dans les cas de descente utérine, et la longueur bien moindre de la partie postérieure? Cela s'explique très-bien par le mécanisme même de la chute de la matrice. Dans les premières phases de la maladie, l'utérus descend directement en bas, et se porte vers le périnée, qu'il fait bomber d'une manière plus ou moins sensible; l'organe, rencontrant alors un obstacle dans son mouvement de descente directe, glisse sur le plancher périnéal et bascule de telle sorte que son col se porte en avant et en haut vers la vulve, tandis que son fond se porte en arrière et en bas vers le rectum. Dans ce mouvement, et à cause de la direction que prend alors l'utérus, la paroi vaginale antérieure se trouve bien plus entraînée, déplissée, allongée, que la paroi postérieure, qui forme encore un large pli, un cul-de-sac assez profond derrière la matrice.

Ce mécanisme, qui se trouve bien décrit par la plupart des auteurs classiques, explique pourquoi, au premier degré de la chute utérine, alors que l'organe n'est pas hors de la vulve, on peut encore sentir son fond par le toucher rectal, tandis qu'il est remplacé par une vaste ampoule dans la précipitation complète.

M. Huguier donne encore pour le traitement de l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col utérin d'excellents préceptes; mais, comme pour l'allongement de la portion intra-vaginale, sa pratique n'est pas toujours conforme à ses doctrines.

Il passe en revue les moyens thérapeutiques généralement employés, et il déclare qu'ils sont presque toujours inutiles. Inutiles pour M. Huguier, sans doute, qui poursuit la cure radicale de cette lésion; mais pour nous, qui nous contentons de la cure palliative, ces moyens sont très-suffisants dans la grande majorité des cas.

Notre collègue ajoute pourtant qu'on doit renoncer à l'opération sanglante toutes les fois qu'il est possible de réduire la matrice et de la maintenir réduite. Ce qui ne l'a pas empêché d'opérer dans des cas où l'utérus était réduit et maintenu.

Puis M. Huguier se demande ce qu'il faut faire. Il est d'avis que le poids de l'organe doit être allégé. Mais à quoi bon? et comment y réussir lorsqu'il n'y a point d'hypertrophie, comme dans le fait que je viens de présenter à vos yeux? Notre honorable collègue veut aussi qu'on diminue un des diamètres de la matrice et qu'on rétrécisse circulairement l'extrémité supérieure du vagin, etc.; enfin, d'après lui, une opération peut seule satisfaire à ces différentes indications; elle consiste à enlever l'extrémité supérieure du vagin, la totalité du col, après avoir isolé la vessie, et au besoin la partie inférieure du corps utérin, en l'évidant de dedans en dehors.

M. Huguier ne veut pas qu'on recoure à l'instrument tranchant si la tumeur extra-vaginale ne dépasse pas 4 ou 5 centimètres.

Il ne se dissimule pas la gravité de cette opération; mais pour justifier le conseil qu'il donne de la pratiquer assez souvent, il exagère les inconvénients et les incommodités résultant d'une descente de l'utérus. Il fait observer judicieusement que ces inconvénients sont d'autant plus grands que la femme est plus jeune; aussi conseille-t-il d'opérer surtout les malades au-dessous de quarante ans: mais on voit par ses observations qu'il en a opéré de beaucoup plus jeunes.

M. Huguier, après avoir donné la liste de ses succès, croit devoir donner une explication des heureux résultats qu'il a obtenus. Il l'attribue aux précautions dont il entoure les malades et aux soins qui précèdent et qui suivent l'opération, en particulier aux frictions d'huile de croton qu'il pratique à la partie supérieure des cuisses pour prévenir ou diminuer l'inflammation traumatique.

Notre collègue opère presque toujours avec le bistouri; dans deux cas seulement il a eu recours à l'écraseur linéaire; jamais il n'a employé le chloroforme.

M. Huguier pratique d'abord sur la partie postérieure du vagin une incision demi-circulaire, à concavité antérieure, et il décolle, dit-il, la muqueuse vaginale d'avec le col de la matrice. Mais M. Huguier oublie donc que le vagin ne fait qu'un avec l'utérus, que son tissu n'est que l'extension du tissu utérin, et qu'il est impossible d'isoler ces parties sans entamer la matrice? Il opère de même en avant, et il décolle (ici l'expression est exacte) la paroi vaginale et le col utérin d'avec la vessie. Ici la dissection est difficile, et donne lieu à une hémorrhagie veineuse assez abondante.

Mais, dans le premier temps de l'opération, lorsque M. Huguier sépare le col utérin de la paroi vaginale postérieure, ne court-il pas les plus grands risques de blesser le péritoine, dont le cul-de-sac utéro-rectal est si près de la pointe de son bistouri? Notre collègue répond qu'il procède avec ménagements, à petits coups, et en creusant, pour ainsi dire, dans le tissu même de la matrice sans pénétrer dans le tissu cellulaire rétro-utérin.

Cette conduite est prudente, et je l'approuve. Mais M. Huguier s'est fait illusion sur la nouveauté de son procédé. Lisfranc, dont j'ai suivi longtemps la clinique, n'opérait pas autrement, et il a donné la description de ce mode opératoire. Après avoir décrit l'amputation ordinaire du col utérin, il ajoute: « Dans certains cas, quand il faut aller plus loin, on creuse en disséquant, dans l'épaisseur de l'organe, une espèce de col à sommet supérieur. »

Je ne dirai rien des suites de l'opération.

Quand M. Huguier en vient aux accidents qu'il a observés, il signale, dans presque tous les cas, des douleurs abdominales, des coliques utérines; quelquefois des frissons, des nausées, des vomissements; une seule fois, une métro-péritonite promptement dissipée; un cas de rétrécissement du conduit utérin, un cas de récidive; et très-souvent un léger écoulement sanguin, qui, pourtant, me paraît avoir pris plus d'une fois les proportions d'une métrorrhagie assez abondante.

Une analyse sévère des observations démontre que M. Huguier a opéré sept femmes qui n'avaient pas plus de quarante ans, et que deux de ses malades sont mortes, quoi qu'il en dise, des suites de l'opération.

M. Robert a pratiqué une fois, à Beaujon, l'opération recommandée par M. Huguier. La malade a succombé. Aussi, une nouvelle malade s'étant présentée à M. Robert, celui-ci l'a envoyée à son voisin M. Huguier.

M. Depaul, pressé par le temps, déclare qu'il complétera son argumentation dans le *Bulletin*, et se résume en lisant les conclusions suivantes:

Si je ne m'abuse, Messieurs, je crois qu'il résulte du long examen critique que j'ai fait du travail de M. Huguier:

I. — *Sur le premier point.*

1° Que l'allongement hypertrophique de la portion *intra-vaginale* du col de l'utérus est une affection depuis longtemps bien connue et bien décrite;

2° Qu'on ne saurait confondre cet état ni avec un abaissement de l'utérus plus marqué, ni surtout avec un abaissement dans lequel une portion plus ou moins considérable de l'organe a franchi l'anneau vulvaire;

3° Que le palper abdominal, l'introduction du doigt dans le vagin et le rectum, et l'inspection directe, suffisent, dans tous les cas, pour établir un diagnostic certain, sans qu'il soit nécessaire de recourir au cathétérisme utérin, moyen qui peut avoir les conséquences les plus funestes et qu'il faut réserver pour quelques cas exceptionnels, dans lesquels il peut servir à éclairer le diagnostic de certaines affections utérines;

4° Que les moyens médicaux convenablement employés, et que les cautérisations surtout, suffisent à peu près à tous les cas;

5° Que dès lors il ne convient pas de généraliser l'amputation de cette partie de l'utérus, même dans les conditions qui ont été posées par notre savant collègue;

6° Enfin, que malgré les observations rapportées par lui et tirées de sa pratique, cette opération doit être considérée comme une des plus graves de la chirurgie: et il ne faut pas oublier qu'elle a déjà coûté la vie à plusieurs malades.

II. — *Sur le second point.*

1° Que l'allongement hypertrophique limité à la portion *sus-vaginale* du col n'existe pas;

2° Que l'état décrit par M. Huguier sous cette dénomination, n'est autre chose que l'hypertrophie de l'utérus dans sa totalité (hypertrophie qui est surtout apparente vers l'extrémité inférieure du col ou dans le corps de l'organe), ou un allongement de l'organe sans hypertrophie, et quelquefois même avec atrophie;

3° Que cet allongement de l'utérus, avec ou sans hypertrophie, était connu, ainsi qu'on peut le voir dans les ouvrages de M. Cloquet, de Dugès et Boivin, de M. Cruveilhier;

4° Que les auteurs, depuis qu'on a sérieusement étudié les affections utérines, n'ont pas confondu cette disposition anatomique avec la chute complète de l'utérus;

5° Qu'ils ont insisté, au contraire, sur cette hypertrophie partielle ou générale, qu'ils ont considérée comme cause ou conséquence de l'abaissement;

6° Que la chute de l'utérus dans laquelle *une portion de l'organe seulement* a franchi la vulve est déjà rare, mais que la chute complète est beaucoup plus rare encore;

7° Que toutefois il y a dans la science des exemples incontestables de cette chute complète, et qu'il n'est pas de chirurgien un peu répandu qui dans le cours de sa carrière n'en ait vu quelques cas;

8° Que le diagnostic de l'abaissement utérin à ses divers degrés s'établit avec toute la précision *nécessaire* à l'aide des modes d'exploration qui sont généralement employés (*palper abdominal*, *toucher rectal et vaginal*, *palper de la tumeur vulvaire*);

9° Que la sonde utérine, outre ses dangers, ne permet en aucune façon d'apprécier l'épaisseur des parois de la matrice, et que pour cette raison et pour d'autres encore, elle peut laisser ignorer la véritable longueur de l'organe, et que d'ailleurs elle ne peut fournir le moindre renseignement sur les dimensions des autres diamètres de la matrice;

10° Que l'opération proposée par notre collègue pour quelques-uns de ces abaissements comporte tous les dangers dont j'ai parlé à propos de la simple amputation du col, et qu'en outre elle est rendue beaucoup plus périlleuse par l'étendue plus considérable de la plaie utérine et par le voisinage du péritoine, qu'en arrière surtout on est très-exposé à blesser.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait trop louer les recherches persévérantes de notre savant collègue; et quoiqu'il ait, à mon sens, élevé des prétentions un peu trop grandes sur des questions qui n'étaient pas aussi ignorées qu'il a bien voulu le dire, ses recherches ont le grand mérite d'avoir fixé l'attention sur des points qui n'étaient peut-être pas assez généralement connus, et d'avoir montré que, pour des cas extrêmes qui sont heureusement fort rares, la chirurgie n'était pas désarmée entre des mains habiles.

En ce qui me concerne, je m'estimerai heureux si j'ai fait passer dans l'esprit de mes collègues la conviction profonde qui m'anime, à savoir qu'on est beaucoup plus utile aux malades en s'abstenant d'une opération aussi grave, qu'en voulant, à tout prix, les guérir radicalement d'une simple infirmité, sérieuse sans doute, mais qui leur laisse, en général, toute leur liberté d'action, et qui, dans tous les cas, ne met jamais leur vie en danger, quand elles sont entourées de soins bien entendus.

— Il est cinq heures moins un quart; l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

L'Académie a procédé dans la précédente séance à l'élection d'un membre correspondant.

Les candidats inscrits sur la liste de présentation étaient dans l'ordre suivant:

MM. Martins, à Montpellier.
Fonssagrives, à Cherbourg.
Lecadre, au Havre.

Au premier tour de scrutin, sur 65 votants,

M. Martins a obtenu . . . . 56 voix.
M. Lecadre. 5
M. Fonssagrives. 3
M. Benoît (de Montpellier). . . 1

En conséquence, M. Martins, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant de l'Académie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société médicale du onzième arrondissement a désigné dans sa dernière séance deux délégués, MM. Macbelard et Dumas, pour l'examen de la question soumise aux Sociétés médicales d'arrondissement de Paris par la Société du deuxième arrondissement.

— M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, ouvrira son cours de clinique le vendredi 8 avril, et le continuera tous les mardis et vendredis.

Le vendredi sera consacré aux maladies des *voies urinaires*.

Visite à huit heures; leçon à neuf heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Des ressources que la matière médicale arabe peut offrir aux pharmacopées française et algérienne, par le docteur E. L. BERTHERAND. Brochure in-8° de 36 pages (extrait de la *Gazette médicale de l'Algérie*). Alger, 1859. — Paris, chez tous les libraires de médecine.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur les fractures traumatiques des cartilages du larynx (1).

Nous avons dit dans la *Revue* de samedi dernier, après avoir rapporté deux observations de fracture traumatique des cartilages du larynx, recueillies, l'une dans le service de M. Laugier, et l'autre dans le service de M. Maisonneuve, que M. Cavasse avait réuni dans son travail un certain nombre d'observations et d'expériences qui lui ont servi à esquisser une histoire jusqu'à présent inédite de ce genre de lésion. Avant de reproduire les principaux traits de cette histoire, nous rapportons les résultats des expériences que M. Cavasse a faites sur le cadavre dans le but de combler les lacunes de l'observation.

Première série d'expériences. — Le cadavre étant couché sur le dos, la tête renversée en arrière, le cou tendu, M. Cavasse a frappé le cartilage thyroïde avec un corps contondant (morceau de bois, coup de poing, etc.). Voici les lésions qu'il a notées :

Quand on produit la fracture, on sent un craquement variable pour l'intensité, suivant que le cartilage est ossifié ou non ossifié. La saillie thyroïdienne disparaît, et elle est remplacée par un aplatissement qui, sur le cadavre, persiste dans le cas d'ossification, tandis qu'il est peu marqué en cas de non-ossification. La partie antérieure du cou est élargie. En promenant les doigts sur la région laryngienne, on sent une dépression verticale sur ou près de la ligne médiane, dépression plus manifeste sur le thyroïde que sur le cricoïde. La crépitation est souvent obscure, à moins d'ossification complète. La dissection montre constamment que la fracture est dirigée verticalement, quand elle siége sur la ligne médiane; lègèrement oblique en bas et en dedans, quand elle est à côté. Sur les cartilages non ossifiés, la fracture a toujours été trouvée un peu en dehors de la ligne médiane ; sur ceux qui étaient ossifiés ou en voie d'ossification, elle a été trouvée tantôt sur la ligne médiane, tantôt sur les parties latérales, à très-peu de distance de la saillie médiane. Toutes les fois que le cartilage cricoïde a été brisé, le thyroïde l'était ; mais plusieurs fois le thyroïde était fracturé, et le cricoïde était intact. La fracture du cricoïde n'a jamais siégé sur la ligne médiane, elle en était toujours plus ou moins éloignée, quoique étant située dans le segment antérieur de ce cartilage. La solution de continuité a été, dans tous les cas, plus ou moins oblique, n'intéressant pas toute l'épaisseur du cartilage, ou, s'il était ossifié, offrant des dentelures qui empêchaient les deux fragments de chevaucher l'un sur l'autre.

Dans deux cas, sur des cartilages en voie d'ossification, à la suite de coups de poing appliqués avec une force médiocre, M. Cavasse a trouvé les grandes cornes du cartilage thyroïde fracturées à leur base. Dans un de ces deux cas, il y avait une luxation de l'articulation crico-thyroïdienne du côté droit; les ligaments de cette articulation étaient complétement déchirés. L'os hyoïde était fracturé au niveau de l'une de ses grandes cornes, dans les deux cas de fracture des cornes du cartilage thyroïde.

Dans les parties molles, il y a presque toujours eu une déchirure, très-petite, il est vrai, de la membrane thyro-cricoïdienne. Le cartilage arythénoïde n'a jamais été fracturé dans ces expériences, et la muqueuse laryngienne est toujours restée intacte. Les cordes vocales conservaient leur rigidité, lorsque la fracture n'avait pas la ligne médiane pour siége; elles étaient mobiles avec les fragments, et la glotte était déformée, lorsque la fracture était médiane.

Deuxième série d'expériences. — Cette seconde série d'expériences a consisté à saisir le larynx entre le pouce d'un côté et les quatre doigts de l'autre côté, puis à presser; la fracture se produit assez facilement si le cartilage est ossifié, ce qui est indiqué par un craquement. Le cartilage thyroïde se brise avec plus de facilité, quand la pression est exercée près de son extrémité supérieure.

Dans les points qui correspondent à la partie postérieure du cricoïde, il a été assez difficile de l'aplatir au point d'en déterminer la fracture. La solution de continuité a le même siége que dans les expériences de la première série, et se présente avec des caractères analogues; mais il n'y a ni aplatissement de la saillie du thyroïde, ni fractures de ses cornes supérieures, ni luxation des articulations crico-thyroïdiennes. La membrane crico-thyroïdienne est généralement un peu déchirée dans la portion correspondant à l'échancrure du cartilage thyroïde. La fracture intéresse plus rarement encore toute l'épaisseur du cartilage.

La *troisième série d'expériences* a été faite avec des cordes placées autour du cou, comme dans les cas de pendaison ou de strangulation. Si la force qui tend la corde correspond à la nuque, et si, par conséquent, la traction se fait directement d'avant en arrière, le larynx est pressé contre la colonne vertébrale, et la fracture se fait alors suivant toute apparence d'après le premier mécanisme. Si la traction s'exerce vers une des parties latérales du cou, le larynx est un peu déplacé; il ne correspond plus aussi exactement à la colonne vertébrale, et la fracture, si elle se produit, devrait se faire par le rapprochement des deux lames du thyroïde.

— Une première question qui se présente, après les faits et les expériences qui précèdent, est relative à l'âge : Les cartilages non ossifiés peuvent-ils être fracturés ?

Plusieurs des observations rapportées dans le travail de M. Cavasse, notamment celle de M. Maisonneuve, où il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, et ses expériences prouvent que la fracture peut atteindre les cartilages du larynx avant l'époque de l'ossification ; mais il reste évident que cette fracture est d'autant plus aisée à produire qu'on s'éloigne davantage de la jeunesse, ou, en d'autres termes, que l'ossification est plus complète.

La cause fracturante agit de deux manières bien différentes, suivant M. Cavasse, ou plutôt suivant les résultats de ses observations et de ses expériences : tantôt la courbure du cartilage thyroïde tend à être effacée, et le cricoïde est aplati d'avant en arrière ; tantôt, au contraire, la courbure du thyroïde est exagérée, et le cricoïde est aplati latéralement.

1° Un choc étant appliqué sur la saillie thyroïdienne, il y a un aplatissement du thyroïde, dont les lames sont écartées, et la fracture se produit par le mécanisme décrit pour les fractures des côtes, dont on diminue la courbure par une violence exercée sur la convexité de ces arcs osseux. C'est par ce premier mécanisme que la fracture a été produite dans quatre des observations rapportées, et dans toutes les expériences de la première série.

2° Les lames du thyroïde sont rapprochées, et le cricoïde est aplati latéralement. Ici encore l'analogie est frappante avec ce qui se passe dans les fractures de côtes; celles-ci se brisent quand on veut exagérer leur courbure, en amenant l'une vers l'autre leurs deux extrémités ; il en est de même pour le cartilage thyroïde. Le larynx n'est pas poussé vers la colonne vertébrale, les grandes cornes du cartilage thyroïde ne peuvent être fracturées; le diastasis de l'articulation crico-thyroïdienne est impossible; ces lésions sont propres à la fracture par choc d'avant en arrière. L'os hyoïde peut être brisé si la pression latérale porte sur cet arc osseux.

Parmi les signes fonctionnels, la suffocation est surtout importante; elle s'est montrée dans beaucoup de cas, plus ou moins intense, toujours grave, souvent mortelle. Elle est continue, sans exaspération, ou bien compliquée d'accès qui mettent les malades dans le plus grand danger ; elle se montre immédiatement après l'accident, cesse quelquefois peu de temps après, ou ne disparaît qu'avec la vie du patient.

En cherchant à quelle lésion correspond ce symptôme, M. Cavasse a été frappé de cette circonstance, que dans tous les cas

(1) Voir le numéro du 2 avril.

BIBLIOGRAPHIE.

La phrénologie, son histoire, ses systèmes et sa condamnation, par M. Lélut, membre de l'Institut (1).

Tout récemment, dans une séance solennelle de l'Académie impériale de médecine, l'éloquent secrétaire perpétuel, M. Dubois (d'Amiens), rappelait que, en 1836, un membre de cette compagnie, Rochoux, connu par d'excellents travaux sur le système nerveux, avait déclaré en pleine Académie que « la phrénologie était l'une des trois grandes mystifications scientifiques du dix-neuvième siècle, les deux autres étant le magnétisme animal et l'homœopathie. »

M. Guéneau de Mussy dit à peu près la même chose, quoique avec plus de ménagement : « Il est démontré pour moi que s'il est dans la destinée de la phrénologie d'être un jour une science, cette science est encore toute à faire; que les principes qu'elle a posés jusqu'ici n'ont offert qu'incertitude et instabilité; que les résultats qu'elle a donnés ont été presque toujours démentis et renversés. » En concluant, M. Guéneau de Mussy proposait à l'Académie d'ajourner la discussion jusqu'à l'époque où des faits précis, plus nombreux et plus sévèrement reconnus, pourront lui fournir des bases plus solides.

« L'Académie, ajoutait M. Dubois, s'empressa d'adopter cette opinion si modérée et si sage de M. Guéneau. Mais ces faits plus précis, plus nombreux et plus décisifs, ne sont pas venus; la phrénologie en est restée au même point, offrant toujours les incertitudes et l'instabilité que lui reprochait M. Guéneau de Mussy. Ainsi appréciée et jugée par cet esprit rigoureux, elle n'a plus osé se présenter dans cette enceinte; elle est restée sous le coup de cette accablante déclaration (1). »

Et elle y est encore, et elle y restera toujours, dirons-nous à notre tour.

Que s'il se rencontrait encore quelqu'un qui ne fût pas encore suffisamment édifié à cet égard, nous l'engagerons à parcourir avec nous un livre dont la réapparition dans le monde scientifique sera, nous en avons la conviction, le coup de grâce porté à cette pseudoscience, qui, il y a un demi-siècle environ, nous est venue d'outre-Rhin.

Le fait est que, lorsque, avec le livre de M. Lélut pour guide, on veut prendre la peine de vérifier par soi-même les prétendues preuves de faits sur lesquelles repose la doctrine phrénologique, en ayant soin surtout de ne pas s'en rapporter aveuglément, naïvement à la parole du maître (*verbis magistri*), on se demande comment cette doctrine a pu survivre à celui qui l'a apportée parmi nous; comment elle a trouvé des partisans dans certaines classes de savants; comment, enfin, elle n'est pas, à l'heure qu'il est, ensevelie dans un profond oubli !

Il n'y a qu'une réponse à faire à cette question : « Dans les lettres et les arts, et dans les esprits qui les cultivent (ou ont l'air de les cultiver), il y a des espèces, des degrés. Au bas, tout à fait au bas de l'échelle, il y a le boulevard du Temple et le Cirque avec leurs auteurs, leurs ouvrages, leur public..... De même il y a dans les sciences un public qui est une foule, qui a ses savants, foule aussi, et qui, en fait de science et de livres, ne comprend et ne goûte que ce qui tombe, et le plus grossièrement, sous les sens; des idées qui ne sont que des sensations, des théories qui sont des enluminures; à la place de l'observation réfléchie, le plus misérable empirisme; des contes à dormir debout, substitués aux faits.... C'est pour cette sorte de public qu'ont été imaginées presque depuis le commencement du monde, et se renouvelant de siècle en siècle, tantôt sous un nom, tantôt sous un autre, toutes les fausses et folles sciences, dont la physiognomonie ouvrait, il y a deux mille ans, la liste que ferme aujourd'hui la phrénologie (1). »

Le succès éphémère de la phrénologie a tenu encore, il est permis de le croire, à ce qu'on n'a pas su la séparer complétement, absolument, ainsi qu'elle devait l'être, des travaux de Gall sur le système nerveux, et surtout des hautes questions de philosophie et de psychologie avec lesquelles, par la suite, maître et élèves avaient affecté de la confondre.

Quiconque veut apprécier sainement la *crânioscopie* doit commencer par écarter ces questions qui, suivant la remarque de Cuvier même, n'ont aucune espèce de rapport avec elle. Il est nécessaire de se renfermer dans *la science des organes cérébraux, la géographie des protubérances crâniennes, la divination crânioscopique*, car c'est bien là pour le monde tout Gall et toute la phrénologie.

Dans un ouvrage antérieur à celui-ci de plusieurs années (2), M. Lélut, n'envisageant la phrénologie qu'au point de vue purement psychologique, s'était attaché à démontrer que les facultés intellectuelles et morales étaient de leur nature essentiellement et nécessairement indéterminées; vouloir assigner à chacune d'elles un organe déterminé était tenter l'impossible et tomber dans l'absurde. Que devenait la phrénologie en face de cette argumentation *a priori?* C'était un système mort-né.

Plus tard, réfléchissant au petit nombre de personnes qui étaient

(1) Deuxième édition, Paris, 1858. — La première édition avait pour titre : *Rejet de l'organologie phrénologique de Gall et de ses successeurs.* Si dans la deuxième édition, au mot *d'organologie phrénologique*, l'auteur a substitué celui de phrénologie, c'est que « de plus en plus, pour le monde et pour les vrais phrénologues, l'organologie phrénologique, c'est-à-dire le système de Gall sur les organes cérébraux et les bosses, c'est toute la phrénologie. »

(1) Discours prononcé par M. Dubois (d'Amiens), dans la séance publique annuelle de l'Académie de médecine, 15 décembre 1858.

(1) *La Phrénologie*, p. VII.
(2) *Qu'est-ce que la phrénologie?* Paris, 1836.

où la suffocation s'est montrée, la fracture avait été produite par un choc appliqué sur le larynx d'avant en arrière. Dans les deux seuls cas où il n'y avait pas suffocation, le larynx avait été fracturé par pression latérale.

La dyspnée peut être causée par un épanchement de sang dans le tissu cellulaire sous-muqueux par le déplacement des cartilages, par la déformation de la glotte, la mobilité du point où s'attachent les cordes vocales.

La voix a toujours été altérée ; quelquefois il y a eu une aphonie complète, et tout effort pour émettre des sons déterminait des accès de suffocation. Une grande différence existe encore dans l'intensité de ce signe, suivant le mécanisme et la cause de la fracture.

Quand la fracture est due à une pression antéro-postérieure, la saillie thyroïdienne est effacée, et le cou, en avant, paraît élargi. Cette déformation a été notée dans l'observation de M. Maisonneuve.

Dans l'observation de M. Laugier, il y avait un épanchement sanguin autour du larynx. M. Cavasse se demande si l'extravasation aurait pu se faire des parties profondes vers les parties superficielles, et si l'ecchymose a pu se montrer à la peau correspondante indépendamment de l'ecchymose de la contusion. Il ne le pense pas, par la raison que les aponévroses et le tissu cellulaire très-lâche qui entoure le larynx et la trachée doivent arrêter l'extension du sang.

L'emphysème n'a existé que dans la première observation (celle de M. Laugier); il tenait à la lésion de la muqueuse, qui n'a été rencontrée dans aucune des expériences de M. Cavasse. L'épanchement l'air était profond et non sous-cutané.

Le diagnostic des fractures du larynx se fonde sur la crépitation et la mobilité anormale. Les ecchymoses, le gonflement, la dyspnée et la douleur, peuvent être l'effet d'une simple contusion. La crépitation peut manquer quelquefois, par exemple lorsque la fracture est incomplète. La mobilité est donc en réalité le seul signe vraiment pathognomonique.

La mobilité anormale est constatée de deux manières :

1° En pressant le larynx entre deux doigts, on sent que les cartilages opposent une résistance moindre à leur rapprochement;

2° En promenant les doigts sur la région laryngienne, on détermine une dépression verticale. Cette dernière manœuvre indique plus sûrement que la première le siége et la direction de la fracture. Ce signe a été constant et facile à apprécier sur les cadavres soumis aux expériences. Le lieu où la mobilité est constatée suffit pour différencier la fracture du larynx d'une pareille lésion siégeant sur l'os hyoïde ou sur la trachée.

Les indications du traitement les plus pressantes sont celles qui ont trait aux accidents de la fracture. Ce qu'il y a de plus urgent en effet, c'est de faire cesser la déformation du larynx et de le ramener à sa forme normale. On ne devra pas oublier que si les manœuvres de réduction restent sans succès, il y a danger imminent de mort; les blessés succombent en effet le plus souvent par l'obstacle à la libre circulation de l'air dans le larynx. Il n'y a plus dès lors d'autre ressource que dans l'ouverture de la trachée. Peut-être aujourd'hui pourrait-on essayer dans ce cas le *tubage* du larynx avec quelques chances de succès.

Les recherches de M. Cavasse sur les fractures du larynx ont encore un autre genre d'intérêt au point de vue médico-légal. Il ne sera pas superflu de signaler ici les résultats qu'elles peuvent avoir sous ce rapport. Il en ressort d'abord ce fait :

1° Que la mort peut survenir avec une grande rapidité dans quelques cas de fracture des cartilages du larynx ;

2° Que ces sortes de fractures peuvent être produites avec une telle facilité, qu'il y a lieu de se demander si elles doivent être nécessairement toujours suivies de traces extérieures de violences.

Cancers multiples. — Cent trente-deux tumeurs sur le même sujet.

En parcourant tout récemment le service chirurgical de la Maison municipale de santé, magnifique établissement où l'administration a réuni à ce qui constitue l'aménagement le plus complet de la maison hospitalière, tout le confortable et l'élégance de l'habitation privée, M. le docteur Demarquay nous a fait remarquer un sujet qui présente un des exemples les plus tristement curieux de la diathèse cancéreuse. C'est une malheureuse femme qui porte, réparties sur les diverses régions du corps, 132 tumeurs de divers volume, et qui sont toutes, à n'en pas douter, de la même nature, c'est-à-dire de nature cancéreuse.

Voici l'histoire de cette malade, dont l'observation a été recueillie avec soin par M. Long, interne du service, qui a bien voulu nous la communiquer.

Mme X..., âgée de cinquante-deux ans, entre le 1er mars à la Maison municipale de santé. Cette femme est dans un état de démence sénile; elle est privée de l'usage de la parole, et ne fait entendre que des sons inarticulés. Il est par conséquent impossible de connaître ses antécédents. Nous avons seulement appris qu'il y a quatre ans il se développa sur sa cuisse droite une petite tumeur, qui fut extirpée.

A dater de ce moment apparurent successivement toutes les autres tumeurs dont nous allons parler.

Toute la surface du corps de cette femme est parsemée d'une multitude de tumeurs de volume différent. Les seules régions qui en soient exemptes sont les jambes et les pieds, les avant-bras et les mains. Nous avons compté 132 tumeurs réparties de la manière suivante : 7 sur la cuisse droite, 15 sur la cuisse gauche, 27 sur l'abdomen, 11 sur la poitrine. En outre, les seins sont envahis par des masses de même nature. Les ganglions du creux axillaire, ainsi que ceux de la région sus-claviculaire, ont aussi subi la même transformation. Enfin, on compte 36 tumeurs sur le dos et la région lombaire, 12 sur le bras droit, 6 sur le bras gauche. A la face, il n'y a qu'une seule tumeur à la région malaire droite.

Le caractère général de ces tumeurs est leur mobilité; elles sont sous-cutanées, non adhérentes à la peau, mobiles sur les parties sous-jacentes. Elles sont d'une consistance moyenne, légèrement rénitentes.

Le volume de la plupart d'entre elles varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. Il en est quelques-unes qui ne présentent pas les mêmes caractères physiques.

Ainsi, à la face interne de la cuisse, est une masse énorme de forme très-irrégulière, limitée supérieurement par le pli de l'aine, et se prolongeant inférieurement jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

Cette tumeur présente un grand nombre d'éminences mamelonnées ; la peau qui les recouvre est tendue, violacée; en explorant cette masse par la palpation, on découvre beaucoup de points ramollis.

La région scapulaire gauche présente une masse englobant toute l'omoplate. Cette masse est plus dure au toucher que les autres tumeurs, et la peau qui la recouvre n'a subi aucun changement de coloration.

Sur le moignon de l'épaule gauche existe une tumeur pédiculée et à surface fongueuse et ulcérée.

La palpation et la percussion n'ont fait reconnaître l'existence d'aucune tumeur dans les cavités thoracique et abdominale. On sent seulement dans la région iliaque droite une tumeur bosselée due à la dégénérescence des ganglions lymphatiques. Le toucher n'a fait reconnaître aucune altération de l'utérus.

Cette femme ne présente aucun trouble des fonctions digestives capable de faire soupçonner quelque lésion organique du tube intestinal.

Depuis l'entrée de cette malade à la Maison municipale de santé, le volume des plus grosses tumeurs a légèrement augmenté; quelques-unes se sont ramollies, mais d'une manière peu sensible toutefois.

Chromhidrose (1). — Examen critique de quelques-uns des faits récemment publiés.

Nous recevons de M. le docteur Leroy de Méricourt (de Brest) une longue lettre dans laquelle notre honorable confrère, après nous avoir fait connaître brièvement un exemple nouveau de cette singulière affection, expose quelques considérations critiques au sujet des faits que nous avons récemment publiés.

L'étude attentive que M. Leroy de Méricourt a faite de cette affection et les nombreux exemples qu'il a eu l'occasion d'observer, donnent à l'expression de son opinion une autorité toute particulière. Voici les principaux passages de cette lettre :

« Depuis la lettre que j'ai eu l'honneur de vous écrire au mois de janvier, par laquelle je vous donnais connaissance du dernier cas observé par moi à Brest chez une jeune fille de douze ans, la chromhidrose s'est encore montrée chez une domestique, toujours avec la teinte noire. Malheureusement, bien que ses maîtres eussent eu la complaisance de m'en avertir, je n'ai pu que constater le phénomène à distance, et savoir par une personne parfaitement renseignée qu'il coïncidait avec des troubles de la menstruation...

» L'observation du docteur Kirchberg, quant aux phénomènes essentiels, est entièrement conforme aux précédentes. Je remarque seulement la plus grande fréquence de la teinte bleue dans les cas qui se sont offerts ailleurs qu'à Brest ; puisque je n'ai pu encore la noter qu'une seule fois dans cette localité. Chez la malade de ce confrère, la transsudation de la matière colorante est parfaitement établie ; elle s'enlève assez facilement, se dépose sur le linge, *mais reparaît, peu de temps après, sous les yeux de l'observateur*. Troubles de la menstruation, phénomènes variés, maximum d'intensité pendant la menstruation ou à son approche, disparition momentanée des taches, variabilité d'étendue et même de siége, rien ne manque au tableau. Certainement, à moins d'un scepticisme systématique, il n'est pas plus possible de mettre en doute la véracité scientifique du fait de M. Kirchberg que celle de ceux que j'ai observés. Au milieu des nombreuses raisons qui militent contre la possibilité d'une simulation, je ferai surtout ressortir le chagrin véritable éprouvé par les malades et leur famille à la suite de cette coloration anormale. Les pauvres femmes en sont tellement malheureuses, quand le phénomène est intense, qu'elles n'osent plus sortir. A toute simulation il faut un but ; or quel mobile supposer chez des jeunes filles appartenant aux classes heureuses de la société? Ce ne peut

(1) On a imprimé *chromhydrose* par un *y* dans le numéro du 12 mars; M. Leroy de Méricourt nous fait remarquer à ce sujet qu'en écrivant le mot par un *y* au lieu d'un *i*, il n'est plus aussi correctement composé. Il a, à ses yeux, l'inconvénient de rappeler l'idée d'accumulation d'eau (ὕδρωψ), tandis qu'il a entendu former le mot de χρωμα, matière colorante, et ἵδρως, transsudation. Nous croyons donc devoir rétablir l'orthographe adoptée par notre confrère.

---

en état de comprendre toute la valeur de ce genre d'argumentation, M. Lélut crut devoir employer d'autres armes et prendre, pour ainsi dire, la doctrine corps à corps, en opposant à ses assertions toutes gratuites des faits, des faits sérieux et entourés de toutes les garanties que la science est en droit d'exiger, en les vérifiant toutes les unes après les autres. De cette façon, il eut bientôt démontré combien était fantastique cette étrange topographie intellectuelle tracée par Gall, revue, corrigée et considérablement augmentée par ses successeurs. Il établit enfin de la manière la plus péremptoire « qu'au seul point de vue organologique, la physiologie du cerveau, suivant Gall, n'est ni possible, ni fondée », et que, loin d'avoir été perfectionnée par ses disciples, elle n'a pas eu, en définitive, de plus grands ennemis que ceux qui s'étaient donné la mission de la démontrer ou de la défendre.

M. Lélut, au début de son livre, nous révèle un fait que bien peu de personnes, sans doute, ne soupçonnaient guère plus que nous : c'est que l'inventeur de la *crânioscopie* ne saurait revendiquer comme sienne l'idée scientifique, l'idée mère de la phrénologie, c'est-à-dire la pensée d'assigner à certaines parties du cerveau telles ou telles facultés de l'esprit. « Depuis Némésius, dit M. Lélut, ou, si l'on veut, depuis le temps où il vivait, ce devint une doctrine vulgaire dans la philosophie et dans la physiologie que l'affectation des trois ou quatre cavités ou parties principales du cerveau aux trois ou quatre facultés principales de l'intelligence. » Sans remonter à Avicenne et Averrhoës chez les Arabes; aux philosophes scolastiques, Hugues de Saint-Victor, Albert le Grand, saint Thomas, Duns-Scott; aux physiologistes Mundini, Béranger de Carpi, Dryander, Bernard Gordan, Vieussens, Colombo et cent autres de plus en plus modernes, il suffit de citer Willis, qui paraît avoir eu sur le principe même de cette affectation une idée précise et déterminée.

Gall, du moins, a-t-il songé à féconder et à développer cette idée? Il n'en est rien : cela peut paraître étrange à dire, mais cela est. C'est dans un vulgaire empirisme qu'il trouva l'idée ou plutôt l'occasion de son système. C'est Gall lui-même qui prend soin de nous instruire, comme on peut le voir à l'endroit de son livre où il fait connaître la circonstance qui appela son attention sur la possibilité de rattacher au cerveau les facultés de notre nature morale. (*Sur les fonctions du cerveau*, t. Ier, p. 3.)

On a dit, et cela n'est malheureusement que trop exact, que la vérité ne pénétrait que lentement dans les esprits. C'est tout le contraire de l'erreur. Acclamée par la foule, elle s'avance d'un pas rapide, la tête haute, jusqu'à ce qu'une main hardie vienne lui ôter son masque. C'est avec cette fière allure que la crânioscopie a peu à peu envahi la France, l'Angleterre, toute l'Europe, se signalant par ses horoscopes, ses divinations dans les salons, les prisons, les hospices, et jusque sous les tentes des convicts de la Nouvelle-Galles du Sud.

On l'avait crue sur parole, c'était là la cause de ses succès. Elle devait tomber le jour où l'on se poserait ces deux simples questions : A l'envisager du point de vue purement organologique, le système de Gall est-il possible? Et, en admettant qu'il le soit, les preuves sur lesquelles son auteur prétend l'appuyer sont-elles réelles?

Ainsi a fait M. Lélut; et la réponse a été :

« 1° Qu'en elle-même, ou du seul point de vue de la division de la surface du cerveau en organes distincts et démontrables, l'organologie phrénologique n'est pas possible;

» 2° Qu'elle n'est pas vraie, c'est-à-dire que les faits sur lesquels Gall prétendait l'avoir établie sont ou faux ou controuvés. » (Ch. II et III.)

Qui, en effet, a jamais examiné avec quelque attention la superficie d'un cerveau, sans se demander comment Gall et ses successeurs ont pu voir dans ces circonvolutions dont la surface est si parfaitement uniforme et lisse, si irrégulières et si variables dans leur direction, des éminences, des renflements, des dépressions? Comment ils ont osé tracer les limites de chacune de ces inégalités imaginaires, non pas seulement sur la substance cérébrale, mais sur la boîte osseuse qui la renferme? Ce qui étonne surtout, c'est qu'à une époque où il se fait chaque jour, en Europe, des milliers peut-être d'ouvertures de crânes, il ait suffi d'affirmer que les choses étaient telles qu'on le disait, pour être cru, alors qu'il est si facile de se convaincre par soi-même, par ses propres yeux, qu'il n'y avait pas dans tout cela ombre de vérité.

Les animaux aussi pensent, du moins à leur manière ; ils ont certainement, eux aussi, ce que nous appelons des facultés, des instincts, des appétits. Contraint par la logique, Gall a dû faire de la phrénologie comparée. Malheureusement les circonvolutions, ces prétendus organes des fonctions intellectuelles et affectives dont il a dessiné la forme ou la configuration sur le crâne de l'homme, sont extrêmement variables chez les animaux, diffèrent sous une foule de rapports, et même, qu'on n'oublie pas ceci, manquent absolument chez quelques-uns, et des mieux doués psychologiquement parlant.

Et cependant, Gall n'a pas hésité à faire de ces mêmes organes les bases de son système !

Voulez-vous juger par vous-même? Pas n'est besoin de vous livrer à des dissections, de faire une hécatombe de chiens, de chats, de renards, etc. ; prenez seulement la peine de vérifier ses assertions avec les planches qui accompagnent son grand ouvrage, vous vous assurerez qu'elles sont pour la plupart contraires à la vérité ; et que dans la moitié des cas au moins, quand Gall affirme une chose, les planches disent tout justement le contraire.

Dans son *Examen de la phrénologie*, M. Flourens fait les réflexions suivantes : « On ne connaît rien de la structure intime du cerveau, et l'on ose y tracer des circonscriptions, des cercles, des limites. La face externe du crâne ne représente pas la surface du cerveau, on le sait, et l'on inscrit sur cette face externe vingt-sept noms (les disciples de Gall y en ont inscrit, eux, bien davantage) ; chacun de ces noms est inscrit dans un petit cercle, et chaque petit cercle répond à une faculté précise ! Et il se trouve des gens qui, sous ces noms inscrits par Gall, s'imaginent qu'il y a autre chose que des noms ! »

être la coquetterie, car ces taches déparent la plus jolie figure, et exposent à une curiosité on ne peut plus importune.

» Sans doute, la simulation de cette maladie est en apparence très-facile, mais la découverte de la supercherie l'est encore plus. Il y a une épreuve infaillible à la suite de laquelle il ne peut rester aucun soupçon dans l'esprit, comme l'a fort bien senti le docteur Kirchberg. Il suffit de nettoyer complétement avec un linge imbibé d'huile ou de glycérine une partie des surfaces anormalement colorées, de l'examiner à la loupe pour s'assurer de sa netteté, et d'avoir la patience de rester une demi-heure, une heure en présence de la personne qu'on observe. Au bout de ce temps, la tache a repris plus ou moins son intensité première; on a pour point de comparaison la partie qui n'a pas été nettoyée. C'est ainsi que M. Kirchberg a vu *tant de fois cette coloration bleue se produire sous ses yeux, et disparaître en colorant le linge blanc avec lequel on frottait la peau.* Il me semble que les plus incrédules n'auront rien à objecter à cette épreuve!

» Ceci m'amène à parler de la chromhidrose simulée publiée par M. Duchêne. Ce fait me semble, comme à vous, assez bizarre, et cela à différents titres. De ce que la fille Prudence, après bien des négations, des hésitations, pressée de questions, en présence du maire, *a avoué* qu'elle se teignait *depuis vingt ans* avec de l'indigo, ce ne serait pas un motif suffisant d'ajouter une valeur absolue à cet aveu. Il me semble, en présence des singularités nombreuses qu'a offertes cette fille, qu'il eût été nécessaire de bien établir qu'elle possède l'intégrité de ses facultés intellectuelles; ce qui est loin de m'être démontré. Le docteur Banks a déjà relaté, dans le numéro de mai 1858 du *Dublin quarterly journal*, un cas de chromhidrose chez une aliénée de l'asile de Richmond. Chez cette jeune fille, une hémoptysie périodique remplaçait en partie le flux menstruel. Mais admettons que la fille Prudence ait toute son intelligence, qu'elle n'ait pas fait cet aveu sous l'influence d'une pression morale, qu'il y ait bien simulation, il faut reconnaître qu'elle est douée d'une bien grande persévérance pour prendre soin de se teindre ainsi depuis l'âge de dix-huit ans, et cela dans un but si minime! On conçoit que, pour exploiter la commisération publique, des malheureuses simulent un eczéma, un ulcère sordide, une foule d'autres infirmités de ce genre; mais en quoi des taches bleues sur la figure peuvent-elles exciter la pitié et favoriser la paresse, surtout dans des localités où les ateliers de teinture sont si répandus, où tant d'ouvriers des deux sexes sont barbouillés une grande partie de l'année?

» La matière colorante était appliquée soit à l'état solide, soit en dissolution dans l'eau. Dans le premier cas, en effet, la teinte *peut se fondre très-légèrement et ne pas empêcher de distinguer comme par transparence la teinte rosée des joues; il y a un pointillé ressemblant à une poussière,* mais cette poussière n'est pas *déposée dans les sillons de la peau,* comme cela a lieu dans la chromhidrose. M. Duchêne peut s'en convaincre très-facilement en frottant un point quelconque de la peau de la main avec un morceau de charbon ou un fragment de bleu de lingère; à l'aide d'une loupe, il verra que la poussière colorante est déposée seulement sur toutes les petites éminences de la surface; quant aux sillons, aux creux des plis, ils sont parfaitement nets, ils ont leur coloration normale, c'est-à-dire que c'est tout le contraire des taches de la chromhidrose. Si la matière colorante est liquide ou délayée à l'aide du doigt mouillé, il n'y a plus de pointillé ni d'apparence de poussière, mais une teinte plate qui colore les éminences comme les sillons, et qu'il n'est pas aussi facile qu'on le croirait de bien fondre sur les limites de la tache...

» ... Que toutes les causes de congestion vers la tête augmentent le produit d'une sécrétion qui a son siége sur un point de cette partie du corps, il n'y a rien là de contraire aux données de la physiologie; mais en quoi, je le demande, la fatigue, la marche, la chaleur, peuvent-elles modifier une tache d'encre ou d'indigo que j'ai au bout du doigt ou sur la joue? Les variations dans l'intensité de la teinte n'auraient pu se produire chez la fille P... qu'en ajoutant une couche plus épaisse d'indigo. M. Duchêne n'y a pas songé. De deux choses l'une: ou il a observé lui-même plusieurs fois le fait qu'il avance, et alors, malgré l'aveu de simulation, si les taches changeaient de teinte sous ses yeux, il y avait bien chromhidrose: la coloration anormale était nécessairement le résultat d'un phénomène vital; ou il ne l'a pas observé lui-même, et alors il n'aurait pas dû l'écrire, parce que, dans le cas de simulation, la chose est simplement impossible, pour ne pas dire plus.

» M. Duchêne ajoute avec une légère nuance d'ironie qu'il ne lui manquait plus qu'une analyse et un examen microscopique pour rendre le tableau encore plus complet! Un examen attentif à l'aide d'une simple loupe, et la lecture des études antérieures sur la chromhidrose lui eussent épargné une attente de deux années et l'intervention de la microscopique verrue pour reconnaître cette grossière simulation, tandis qu'il déjouait si facilement toutes les autres ruses *savantes* de cette singulière fille.

Deux fois, à Brest, il y a eu un instant de méprise à l'occasion de la chromhidrose; mais l'erreur n'a pas duré longtemps. Comme je m'appuie principalement sur l'absence absolue jusqu'à présent de cette affection chez l'homme, pour persister à penser qu'elle est liée, chez la femme, aux troubles de la menstruation, on signala avec empressement à deux de mes collègues, l'été dernier, deux jeunes gens qui avaient les paupières inférieures fortement colorées en noir. Mais l'un était un ouvrier fondeur, fort soigneux de sa personne d'ailleurs, qui avait passé la journée au milieu d'une atmosphère chargée de poussière noire, provenant de la destruction de moules après le coulage; l'autre, un matelot qui travaillait depuis plusieurs jours à embarquer du charbon sur la frégate *la Didon*. L'un et l'autre n'avaient eu le temps que de se laver incomplétement le visage en quittant leurs travaux.

Les chauffeurs savent avec quelle difficulté on parvient à débarrasser complétement les paupières, et les inférieures surtout, de la poussière de charbon qui y adhère.

« Certes, mon intention n'est pas de nier la possibilité de la simulation de la chromhidrose dans un but quelconque, ni la réalité d'une supercherie dans le cas cité par M. Duchêne; mais je maintiens qu'il résulte des faits observés jusqu'à présent assez de notions exactes pour qu'il soit facile d'établir le diagnostic. Comme vous ajoutez très-judicieusement, cher et honoré confrère, il faut apporter dans l'observation des faits de ce genre une sévère surveillance pour se mettre à l'abri de la supercherie ou de toute cause d'erreur; mais il faut aussi, en présence de cette maladie comme de beaucoup d'autres, s'entourer préalablement de toutes les données scientifiques qui s'y rapportent, quelque incomplètes qu'elles soient encore. Il y a autant d'inconvénients à méconnaître l'existence d'une maladie réelle qu'à être dupe d'une simulation. »

HOPITAL BEAUJON. — M. Verneuil.

Fracture de la jambe par cause directe. Anévrysme diffus circonscrit. Compression digitale exercée sur la fémorale par le malade lui-même. Guérison.

T.... (Gabriel); trente-deux ans, tonnelier, d'une constitution athlétique, entre à l'hôpital Beaujon le 15 janvier 1859, à six heures du soir (pavillon n° 2, lit n° 12). Cet homme montait un cheval fougueux qui s'emporta et vint se jeter sur une voiture pesante. La jambe gauche du cavalier heurta contre le bout du brancard. T... ne fut pas désarçonné; il put même descendre sur la jambe droite, sur laquelle il resta debout jusqu'à ce qu'on fût venu lui porter secours. La douleur du choc avait été très-vive; mais elle fut beaucoup plus forte encore pendant le transport, qui eut lieu d'abord en voiture, puis sur un brancard.

Le lendemain matin, vingt heures après l'accident, la jambe est considérablement tuméfiée, la peau est tendue, luisante. Le gonflement, dur et rénitent, dépasse un peu le genou, et double presque le volume du pied. Une coloration bleuâtre se voit en certains points au travers le tégument.

A la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur, on perçoit la crépitation au moindre contact; on constate l'existence d'une fracture du tibia, avec tendance assez marquée au déplacement dans le sens antéro-postérieur. La fracture du péroné était plus difficile à reconnaître à cause du gonflement. Cependant, elle était révélée par la mobilité anormale de tout le segment inférieur de la jambe, et paraissait siéger un peu au-dessus de la brisure du tibia. Sur ce dernier os, le trait de la fracture avait une direction assez remarquable, que nous avons pu facilement et fréquemment constater ce jour-là et les suivants. Le fragment inférieur se terminait en V renversé; ce serait la fracture en A, si l'on tenait à inventer une nouvelle variété, chose peu utile du reste.

Le phénomène qui fixa surtout l'attention fut l'existence de battements isochrones à ceux du pouls, accompagnés d'expansion très-appréciable au toucher et même à l'œil, le tout siégeant à la région antéro-externe de la jambe, entre le tibia et le péroné, au niveau de la fracture et dans une étendue verticale de près de trois pouces. Il n'y a pas en ce point de tumeur proprement dite. La compression de la fémorale fait cesser tous ces phénomènes. M. Verneuil croit sentir un bruit de souffle léger; les personnes présentes ne le constatent pas. Réduction de la fracture; le membre est placé dans une gouttière et recouvert de compresses imbibées de liquides froids et résolutifs.

Le lendemain, un peu moins de gonflement; l'ecchymose apparaît mieux et dans presque toute l'étendue du membre; mêmes phénomènes de battements et d'expansion, peut-être un peu de souffle d'après M. Verneuil, mais c'est douteux.

Du reste, état général excellent; pas de douleurs vives dans la jambe; les fragments toutefois ont une tendance marquée à un léger déplacement qui fait saillir sous la peau le sommet aigu du fragment inférieur.

On applique avec beaucoup de soin un appareil de Scultet avec des compresses graduées immédiates pour contenir le fragment mobile et comprimer également le siége des pulsations. La jambe ainsi bandée est placée dans une gouttière qui se moule exactement sur elle.

Tout reste en place jusqu'au 21. L'appareil est levé, puis réappliqué; le gonflement a disparu presque en totalité; on retrouve néanmoins les battements et l'expansion, mais très-faibles; on peut espérer leur disparition spontanée.

Le 26, nouvel examen. Toujours de la tendance au déplacement du fragment inférieur, mais dans des limites modérées. Les battements et l'expansion existent toujours, plus forts même que la dernière fois. Le gonflement du pied n'avait pas permis jusqu'alors de chercher les battements des artères tibiale postérieure et pédieuse. On sent très-distinctement ce jour-là leurs pulsations.

Nouvelle levée de l'appareil le 29. Mêmes phénomènes; du reste, douleurs nulles dans le membre, état général excellent.

Le 4 février, les battements et l'expansion sont plus forts qu'ils ne l'ont jamais été; les doigts appliqués sur le point indiqué sont très-visiblement soulevés; point de souffle; la pédieuse bat énergiquement. Du reste, tout le système artériel paraît fort développé chez ce sujet, car on voit facilement les battements de l'artère fémorale au pli de l'aine et dans le triangle de Scarpa. Le doigt appliqué sur ce vaisseau perçoit une pulsation vigoureuse. L'artère néanmoins n'est pas altérée; elle est souple, et on efface sans peine sa lumière par la compres-

---

Après la lecture du chapitre dans lequel M. Lélut a démontré et, pour ainsi dire, fait toucher du doigt l'impossibilité du système, on est impatient de savoir sur quelle sorte de faits il a été fondé. Prouver l'impossible! comment mener à fin une pareille tâche? Il n'y avait qu'un seul moyen: mettre, comme toujours, des affirmations à la place des faits; et c'est ainsi que procède Gall lorsqu'il s'appuie sur la statuaire et, ce qu'il appelle la *mimique*, sur les prétendus rapports existant entre le développement d'une circonvolution cérébrale ou d'une partie de l'extérieur du cerveau avec le développement de la faculté correspondante. De bonne foi, est-ce possible de considérer les bustes des hommes célèbres, tant anciens que modernes, comme des représentations fidèles, exactes, quant aux formes du crâne, des personnages dont ils portent le nom? « Les artistes ne se laissent-ils pas toujours subjuguer par les règles imaginaires de l'art et les prétendues lois du beau? Et lorsqu'ils rencontrent des formes peu ordinaires et qui leur paraissent choquantes, ne les regardent-ils pas comme des erreurs de la nature, et ne croient-ils pas devoir alors modifier les proportions? N'est-il pas vrai, encore, que « deux bustes du même homme, sortis des mains de deux artistes différents, différeront toujours? » C'est Gall lui-même qui dit cela (1). Comment donc alors, ajouterons-nous avec M. Lélut, Gall a-t-il pu, se donnant à lui-même un démenti aussi formel, chercher une confirmation de ses idées dans des faits qu'il avait condamnés à l'avance et dont l'inanité saute aux yeux?

Au reste, sans vous laisser arrêter par une aussi monstrueuse contradiction, prenez ces mêmes bustes, examinez par vous-même, voyez par vos propres yeux, touchez de vos propres mains, et si une fois sur dix le hasard veut que vous vous rencontriez avec Gall ou à peu près, vous devrez vous estimer heureux.

Voilà pour la statuaire. Pour ce qui est de la *mimique*, que Gall recommande de consulter comme pouvant servir à indiquer le siége des organes, je me bornerai à citer ce qu'il dit de celle qui est propre à l'organe de l'attachement; en pareille matière, citer c'est réfuter. « L'organe de l'attachement, dit Gall, étant placé à côté de l'organe de l'amour de la progéniture, la tête et le corps doivent, lors de son action énergique, être légèrement inclinés de côté et en arrière..... Dans la Madone au Lapin, de Raphaël, Marie applique cette région de sa tête contre la région correspondante de la tête de l'enfant. Que l'on observe la pantomime des femmes très-susceptibles d'une tendre amitié, lorsqu'elles expriment à leur amie le sentiment profond qui les anime: elles se placent l'une à côté de l'autre, s'embrassent les épaules, et appuient l'une contre l'autre la partie postérieure latérale de la tête..... Les chats, pour témoigner leur attachement, font le gros dos, détournent la tête latéralement en arrière et de haut en bas, en fixant et frottant doucement l'organe de l'attachement contre la personne qu'ils caressent » (1).

Restent les faits invoqués par Gall comme établissant la constance des rapports de développement entre les organes et les facultés. M. Lélut prouve qu'aucun de ces faits n'offre aucun caractère vraiment scientifique, de garantie sérieuse d'authenticité, n'étant la plupart que des historiettes, des allégations sans contrôle possible.

En parcourant toute la série des organes dans l'ordre où Gall les a établis, il ne trouve pas un fait quelque peu valable, au dire de l'auteur, qui ne soit faux ou annihilé par un nombre beaucoup plus considérable de faits d'un caractère opposé.

Enfin, passant du maître aux disciples, M. Lélut démontre que « l'organologie phrénologique, loin d'avoir été fortifiée par de nouvelles preuves et appuyée de meilleures raisons par les successeurs de Gall, n'a pas eu, en définitive, d'adversaires plus réels et plus redoutables qu'eux. »

La dernière partie du livre que nous analysons contient certaines histoires organologiques tirées des annales mêmes de la phrénologie. Quiconque désire sérieusement savoir à quoi s'en tenir sur les *vérités* du système les consultera avec fruit. Nous appelons son attention en particulier sur celle qui est relative à l'admission du crâne de Raphaël dans l'arsenal phrénologique.

Nous nous arrêtons. Une observation pourtant encore avant de finir. Dans les pages que nous venons de tracer, nous n'avons guère fait que reproduire fidèlement, mais le plus brièvement possible, les idées de l'auteur du livre que nous voulions faire connaître. C'est que ces idées sont de tout point les nôtres. Le genre d'études auquel nous avons consacré déjà près de trente années de notre existence nous a fourni cent et cent fois l'occasion *de voir par nous-même*, et de rendre à la doctrine phrénologique la justice, toute la justice qui lui est due. Je puis affirmer qu'il y a longtemps déjà que dans mon for intérieur s'était formulé le jugement que notre savant collègue de la Salpêtrière a prononcé avec toute l'autorité que lui donnent plusieurs travaux antérieurs, tous afférents au même sujet (1), la spécialité de ses études psychologiques, philosophiques et médicales, et enfin le haut rang qu'il occupe dans la science.

Comme lui, je me suis demandé bien des fois et je me demande encore:

« Est-ce bien de la science que Gall a voulu faire! »

J. Moreau (de Tours),
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

(1) *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 188, 189.

(1) Ouvrage cité, t. V, p. 447.

(1) Voir à la fin du livre la liste de ces travaux.

sion. La région où nous soupçonnons la plaie artérielle n'est cependant le siége d'aucune tumeur proprement dite.

On exerce le malade à comprimer l'artère fémorale au pli de l'aine ; il s'en acquitte fort bien et fait disparaître tous les signes indiqués. A partir de ce moment, il occupe une partie de ses journées à comprimer son artère, et il y revient la nuit quand il se réveille. On peut évaluer à huit heures sur vingt-quatre le temps pendant lequel le cours du sang est plus ou moins intercepté.

Le 7 février, le malade sent lui-même des battements spontanés à la partie externe de la jambe; ce phénomène se continue encore le 8 jusqu'à deux ou trois heures de l'après-midi. Vers ce moment il éprouve au même point, et à deux ou trois reprises, des élancements de courte durée, mais assez vifs, semblables à ceux que l'on a signalés quand le sang paraît se coaguler dans le sac anévrysmal. Depuis lors le malade n'a plus rien senti; il continue la compression.

Le 9, les battements sont très-faibles. A la levée de l'appareil on put un instant croire qu'ils avaient disparu, mais ils revinrent au bout de quelques minutes d'une manière évidente.

A cette époque il n'y avait pas trace de consolidation. La mobilité et la crépitation étaient aussi manifestes que le premier jour.

Le 14, on applique sur le trajet de la fémorale un sac de toile contenant 2 livres de plomb. Les battements de la fémorale sont à peine modifiés par cette compression.

Le 15, on enlève l'appareil.: battements d'une force moyenne. On sent encore de la crépitation et de la mobilité anormale. Menace de saillie du sommet du V.

Le 19. Depuis le 17 maux de cœur, mal de tête, fièvre vive. — Purgatif salin; boissons acidules; diète.

Le 20, mieux évident.

Le 22, battements très-limités, mais assez sensibles. — Application d'un appareil plâtré exactement moulé sur le membre.

Le 27, le malade ne sent plus les battements, qui avaient reparu depuis quelques jours. — On continue à appliquer le sac de plomb.

Le 2 mars, on coupe l'appareil plâtré. On sent à peine les battements. La mobilité des fragments est bien moindre.

Le 4, battements très-limités, et un examen attentif démontre qu'ils se font suivant une ligne étroite, qu'ils manquent dans le lieu où ils avaient autrefois leur maximum; et enfin que ce qu'on sent aujourd'hui n'est autre chose que la pulsation de la partie inférieure de l'artère tibiale antérieure; pulsation d'ailleurs forte, mais sans expansion. — Compresse graduée à ce niveau.

Le 19, nouvel appareil plâtré peu serré. On le laisse parce que le malade peut déjà s'appuyer sur sa jambe.

Le 31, jambe bien solide.

Le 5 avril, on a coupé l'appareil le 4. Le malade ne porte plus qu'une bande roulée. La cicatrice osseuse est solide; mais au niveau de la pointe du V, il y a une petite croûte qui semble cacher une légère excoriation. L'ulcération des téguments est à craindre pour l'avenir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 mars 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

CORRESPONDANCE.

M. BOINET fait hommage à la Société de son travail intitulé : *Traitement des tumeurs hydatiques du foie par les ponctions capillaires et par les ponctions suivies d'injections iodées.* Paris, 1859, in-8°.

— M. L. Pénard, chirurgien principal de la marine, professeur d'accouchement à l'École de Rochefort, se porte candidat à la place de membre correspondant national, et adresse à la Société, à l'appui de sa demande, un travail manuscrit intitulé : *Histoire philosophique de l'art obstétrical.* (Commissaires : MM. Danyau, Huguier et Depaul.)

— A propos de la correspondance, M. LARREY lit l'observation suivante, qui lui a été adressée par M. Sarrazin, chirurgien militaire :

Mal vertébral latent ; abcès par congestion simple ; gibbosité tardive, avec exostose apophysaire sans paralysie symptomatique. Guérison spontanée.

Le nommé R..., grenadier au 40e de ligne, âgé de vingt-neuf ans, exempt de toute maladie héréditaire, d'une excellente santé, d'un tempérament sanguin, d'une haute taille et d'une vigoureuse constitution avait été atteint, à l'âge de dix ans, d'un coup de pied de cheval, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté gauche. Cette contusion fut suivie, peu de jours après, de gonflement, de douleur et de claudication. Un chirurgien ponctionna la tumeur, au bout d'une quinzaine de jours, jusqu'à trois fois dans la même semaine. Il s'en écoula une matière dite pourriture, épaisse et brunâtre ; mais peu de jours après que la dernière ponction eût été faite, le petit malade s'échappa de la maison, et courut pendant toute une journée dans la campagne avec d'autres enfants. Une fois rentré, il ne parut pas souffrir de son escapade, et fut considéré au bout de six semaines comme tout à fait guéri.

A l'âge de dix-huit ans, il contracta une blennorrhagie, qui céda facilement à une médication simple. Il fut atteint en 1858 de la même affection, qui disparut plus rapidement encore que la première. Il n'a jamais eu d'autres accidents syphilitiques, et n'a point été soumis à un traitement mercuriel.

Ce jeune homme, avant d'entrer au service militaire, a beaucoup voyagé, d'abord comme charretier, ensuite comme cocher. Il a traversé toute l'Espagne, faisant fonction de piqueur à cheval, en avant d'une chaise de poste, sans jamais éprouver de grande fatigue ni de douleurs dans les reins. Ceci se passait de 1852 à 1855. Il entra alors au service militaire, en demandant à partir pour la Crimée, où il arriva au mois de septembre. Incorporé au 42e de ligne, il n'y fut pas blessé, et n'eut jamais à souffrir beaucoup des vicissitudes de la guerre.

Mais au mois de novembre 1855, le jeune soldat, en chargeant du bois sur son dos, sentit la charge trop pesante, et éprouva de la douleur dans les reins. Cette douleur fut traitée, pendant huit jours de repos, par l'application de laine d'abattoir encore grasse. Il n'entra pas à l'ambulance, et se trouva bientôt en état de revenir en France.

Arrivé au mois d'avril 1856, quelques jours après son débarquement, il n'avait pas remarqué au bas de ses reins une petite tumeur aperçue par l'un de ses camarades pendant qu'il changeait de linge. Cette tumeur, siégeant à la région dorso-lombaire au niveau de la douzième vertèbre dorsale, s'est accrue depuis lors très-lentement, et n'occasionne de gêne que par la pression du ceinturon ou le poids du sac. Le grenadier R..., plein de force et d'activité, supporte sans souffrance toutes les fatigues du service, et sa santé serait parfaite sans l'existence de la tumeur.

On trouve, immédiatement au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche, une dépression allongée, sans trace de cicatrice en ce point ; la peau est mobile sur les tissus sous-jacents. Mais un peu en dehors on remarque deux cicatrices à bords couturés, longues de deux centimètres environ, et dirigées horizontalement : l'une, supérieure et plus rapprochée de l'épine, est adhérente à la région du fascia-lata sous-jacent ; l'inférieure est mobile. Ce sont les traces de l'abcès survenu à l'âge de dix ans. Le palper des fosses iliaques n'indique rien d'anormal. Le ventre est souple en tous ses points, et aucune tuméfaction ne s'y présente, non plus que dans les aines.

Quant à la tumeur du dos, elle est formée principalement par l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre dorsale, faisant une saillie régulièrement arrondie, de la grosseur d'une noix ; la peau qui la recouvre est mobile quoique tendue, rouge, et offrant quelques traces d'excoriation.

Elle mesure, à son origine, 2 centimètres et demi ou 3 centimètres. Les apophyses épineuses des vertèbres supérieures et inférieures concourent à la formation de la tumeur, mais tandis qu'en haut, il est difficile de les limiter (ce qui est dû à l'imbrication des apophyses dorsales), on reconnaît qu'en bas les apophyses épineuses lombaires forment tantôt une tumeur, tantôt deux tumeurs sous-jacentes à la principale, et suivant les mouvements du tronc.

Enfin, suivant les inclinaisons latérales de la colonne vertébrale à l'état normal, ces apophyses déviées n'occupent pas exactement la ligne médiane, mais se trouvent un peu à droite.

L'intégrité parfaite de la locomotion, à toutes les périodes de cette affection et l'état d'hyperostose, sinon de gibbosité de l'apophyse épineuse de la 12e vertèbre dorsale, avait porté M. Sarazin à ne voir là qu'une exostose apophysaire. Il m'avait écrit dans ce sens et il avait moulé la tumeur. Il avait palpé les aines et n'y avait rien trouvé ; le malade déclarant n'avoir jamais souffert de ce côté. Un examen plus attentif a changé la manière de voir de notre confrère. Il croit qu'à une époque très-reculée, il y a eu destruction du corps d'une vertèbre par des tubercules enkystés, formation d'un abcès par congestion dont le pus, n'ayant pas pénétré dans la gaîne du psoas iliaque, aura fusé dans les parois abdominales : coïncidence du coup de pied de cheval, comme siége et comme époque ; gibbosité par suite de l'affaissement du corps de la vertèbre, soudure enfin, et guérison spontanée, sans aucune intervention médicale.

M. Sarazin a raison de trouver ce fait bien remarquable : En effet, 1° Les fonctions de la moelle épinière n'ont été troublées à aucune période de l'affection vertébrale ;

2° L'abcès par congestion s'est comporté comme un abcès chaud ordinaire ;

3° La gibbosité ne s'est manifestée que dix-sept années après, malgré de violents exercices, des voyages à cheval, et malgré les fatigues du service militaire ;

4° Enfin cette saillie ou cette hypertrophie de l'apophyse épineuse semble s'être développée sous l'influence de la pression du sac et du ceinturon d'uniforme.

L'intéressante observation de M. Sarazin est accompagnée d'un dessin fait par lui et qui donne une idée exacte de cette sorte d'exostose apophysaire.

LECTURE.

M. OLLIER expose le résumé de ses expériences sur le périoste.

COMMUNICATION.

M. VERNEUIL communique l'observation suivante. (Voir plus haut.)

M. Verneuil ajoute quelques remarques à l'observation qui précède : Lorsque je fus, dit-il, en présence de ce cas, j'eus quelque hésitation sur la méthode à suivre. Fallait-il s'abstenir? fallait-il intervenir? Que deviendrait la maladie abandonnée à elle-même? L'anévrysme augmenterait-il? se formerait-il un sac autour de l'épanchement ou bien avait-on espoir de voir le sang se résorber et la blessure vasculaire se cicatriser? La fracture enfin pourrait-elle se consolider?

Le souvenir de mes lectures ne me rappelait rien d'analogue; je recourus donc aux auteurs et je fus à peu près aussi perplexe qu'avant, car je trouvai dans le mémoire de Dupuytren (1) des exemples d'anévrysmes diffus, compliquant des fractures; on s'était cru en droit de lier les deux bouts de l'artère blessée (J. L. Petit) ou de lier l'artère principale du membre, comme Dupuytren et d'autres, le firent avec succès, d'autres avaient amputé la cuisse; mais je ne pouvais songer à employer ici une méthode aussi périlleuse.

D'un autre côté, je trouvai dans le bel ouvrage de M. Cruveilhier un passage beaucoup plus rassurant. En parlant des anévrysmes diffus, ce savant anatomo-pathologiste nous dit :

« J'ai senti des pulsations dans des membres fracturés et considérablement tuméfiés; cependant la résorption s'est effectuée et la guérison a eu lieu comme dans le cas de fracture simple (2). »

Je demandai conseil à mon excellent ami Broca, si compétent sur la matière. Il partageait l'opinion de M. Cruveilhier ; il avait recueilli un certain nombre de faits analogues au mien, et, sauf en un cas où un anévrysme diffus s'était définitivement organisé, la guérison spontanée s'était toujours effectuée. Cependant, j'étais loin d'être rassuré, j'avais présent à l'esprit des observations où les débuts de l'affection avaient été au moins aussi bénins que dans le cas soumis à mes soins, et qui, cependant, avaient définitivement abouti à l'amputation de la cuisse (obs. de M. Oré, de Bordeaux; obs. de Picard, de Caloy, de Marthe-Marie Barbe, 2e, 3e, 5e obs. du mémoire de Dupuytren). Il pouvait donc se faire que l'épanchement augmentât, qu'un abcès se développât dans le foyer, etc. Comme cependant le cas n'était pas très-grave, j'attendis quelques jours, me contentant de réduire de mon mieux la fracture et d'exercer une compression directe sur le siége de l'épanchement, à l'aide de compresses graduées appliquées directement dans la gouttière interosseuse antérieure. Dix-huit jours après l'accident, l'état local était le même; le mal n'avait pas empiré à la vérité, mais les battements étaient encore très-manifestes, les os très-mobiles et enclins au déplacement. Je crus avoir assez longtemps sacrifié à l'expectation, et il ne me sembla pas prudent de prolonger l'expérience plus longtemps.

Je n'hésitai pas entre les divers moyens qui s'offraient à moi, et la compression digitale me parut devoir être essayée tout d'abord. On a vu le succès qu'elle a obtenu.

Je ne veux cependant rien exagérer. Peut-être la guérison spontanée aurait eu lieu sans rien faire ; mais peut-être aussi le mal se serait aggravé. Dans cette alternative, je ne crois pas qu'on puisse faire d'objections sérieuses à l'expédient plein d'innocuité que j'ai employé.

M. Verneuil signale encore à la Société un très-beau succès de la compression digitale obtenu, à Philadelphie, par M. le Dr Gross. L'anévrysme, d'une dimension très-notable, siégeait à 5 ou 6 centimètres de l'arcade crurale, dans le triangle de Scarpa. Quarante-quatre heures de compression digitale en deux séances amenèrent une guérison complète sans aucun accident.

M. CHASSAIGNAC. Les faits intéressants qui ont été récemment publiés prouvent l'efficacité de la compression digitale dans le traitement des anévrysmes; je ne veux pas contester la valeur de ce moyen thérapeutique, mais je crois qu'il est bon de publier les faits dans lesquels la compression a été insuffisante. Deux malades sont entrés dernièrement dans mon service, l'un avec une plaie de l'éminence Thénar, l'autre avec une plaie de l'artère cubitale. Bien que les pansements qui avaient été faits en ville fussent très-peu réguliers, je ne voulus pas les remplacer. Le premier blessé sortit guéri au bout de quelques jours. Il n'en fut pas de même du second. Douze jours après sa blessure, une hémorrhagie se manifesta, et ne fut arrêtée que par la compression qu'un interne exerça sur la plaie, malgré la défense que j'en avais faite. Le sang ayant reparu cinq jours après, pendant la nuit, je tentai la compression de l'artère humérale. L'hémorrhagie, suspendue dans les premiers instants, ne tarda pas à reparaître par suite de la difficulté que l'on éprouvait à comprimer l'artère dans toute sa largeur. Dès que le doigt cédait un peu, un jet de sang indiquait l'insuffisance de la compression. Je dus me décider à pratiquer la ligature de l'artère humérale.

Cette opération n'ayant suspendu que momentanément l'hémorrhagie, qui se reproduisit bientôt par récurrence, il fallut recourir à la ligature des deux bouts de l'artère cubitale dans la plaie.

Cette dernière opération arrêta définitivement l'hémorrhagie. Si tous les chirurgiens n'adoptent pas cette ligature, c'est qu'elle présente mille difficultés. Les tissus enflammés ont perdu leur couleur normale; ils sont friables sous la pince qui les saisit, et le chirurgien, troublé par le changement d'aspect, ne sait plus où trouver les bouts de l'artère.

M. Chassaignac termine en disant que dix chirurgiens habiles n'auraient pas réussi, en se relayant, à arrêter l'hémorrhagie dans le cas qu'il vient de rapporter succinctement.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. LEGOUEST présente un polype naso-pharyngien qu'il a enlevé en incisant le voile du palais et en excisant une partie de la voûte palatine. Au moment de l'incision du voile du palais, les vêtements du malade et des assistants furent couverts de sang. L'opération fut excessivement laborieuse, tant pour saisir le polype et l'exciser que pour en pratiquer la cautérisation, l'espace existant entre les lèvres de la plaie étant insuffisant pour laisser passer les instruments et mettre à découvert l'insertion du polype.

M. Legouest s'attendait à trouver le lendemain de l'opération les bords du voile du palais agglutinés, mais il n'en fut rien; le pédicule du polype, en faisant saillie dans la bouche, s'était opposé à cette réunion.

La suite de cette observation sera communiquée plus tard à la Société.

— Comité secret à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Alph. Guérin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 29 mars 1859, M. le docteur Bruchon, professeur suppléant; attaché aux chaires de pharmacie et de matière médicale et thérapeutique près l'Ecole préparatoire de Besançon, est en même temps attaché provisoirement à la chaire d'anatomie et de physiologie de ladite École.

— MM. les professeurs de l'enseignement particulier, autorisés par M. le ministre de l'instruction publique à faire des cours dans les amphithéâtres de l'École pratique, sont prévenus que la désignation de ces amphithéâtres pour les cours du semestre d'été se fera le mercredi 13 avril, à midi, à la Faculté de médecine.

— Un concours pour une place de pharmacien en chef dans les hôpitaux de Paris s'ouvrira le 4 mai prochain. Le registre d'inscription sera fermé le 18 avril.

— M. le docteur de Crozant, médecin inspecteur des eaux de Pougues, vient de mourir à la suite d'accidents pernicieux d'une fièvre intermittente.

On assure que le docteur Félix Roubaud, qui l'an dernier était allé étudier sur place les eaux de Pougues, succédera à M. de Crozant dans l'inspection de cet établissement.

— Il va être fondé, à l'hôpital Saint-Jean, à Turin, un musée anatomique, avec une salle y annexée pour les dissections. Les fonds destinés à couvrir les frais de cet établissement sont dus en partie à la libéralité du professeur Riberi, en partie à la direction de l'hôpital. Bel exemple qu'on ne saurait trop recommander à toutes les administrations hospitalières.

---

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. II, p. 507, 1839.

(2) *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. Ier, p. 98, 1849.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 43. — MARDI 12 AVRIL 1859. (32e ANNÉE.) N° 43. — MARDI 12 AVRIL 1859.

Ce journal paraît trois fois pa[r] [s]emaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PARIS, LE 11 AVRIL 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Cl. Bernard a communiqué à l'Académie les résultats de ses nouvelles recherches sur la matière glycogène. Ces recherches ont eu pour objet l'étude de la matière glycogène dans ses rapports avec le développement de certains tissus chez le fœtus avant l'apparition de la fonction glycogénique du foie. On trouvera dans le compte rendu de la séance l'énoncé des principaux résultats auxquels M. Bernard a été conduit par cette délicate analyse physiologique.

Nous renvoyons également au compte rendu l'analyse, sous forme de propositions, d'un intéressant mémoire de M. Gallois, sur l'oxalurie et sur les diverses conditions physiologiques où pathologiques de la présence de l'oxalate de chaux dans les sédiments de l'urine, de la gravelle et des calculs urinaires. On y trouvera enfin l'indication et les titres d'un grand nombre de mémoires destinés aux concours pour les prix de physiologie et de médecine. — Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. MOISSENET.

De la ponction avec le trocart capillaire, appliquée au traitement des kystes hydatiques du foie (1).

Dans l'observation que nous avons rapportée dans le numéro de jeudi dernier, le diagnostic du kyste hydatique a pu être nettement établi sur un signe physique connu sous la dénomination de *frémissement hydatique*. La main gauche étant appliquée et fortement appuyée sur la partie la plus saillante de la tumeur abdominale, et frappée d'un coup sec avec les doigts de la main droite, ressentait un mouvement profond d'extension et de retrait alternatifs, véritable oscillation ou tremblotement vibratoire, comparable à celui que produit la percussion d'un ballon en caoutchouc rempli d'eau. Ce signe était accompagné d'une fluctuatiou fort obscure, et surtout marquée à la partie saillante de la protubérance abdominale. L'étendue considérable de la matité des hypochondres droit et gauche donnait la mesure du volume énorme de l'organe malade ; mais il était difficile de faire la part de l'altération du foie et de la tumeur hydatique. Le relief de cette dernière au-dessus du niveau de l'hypochondre droit était si prononcé, que l'on pouvait soupçonner l'existence d'un kyste de grande dimension; toutefois, dit M. Moissenet, je dois avouer que nos suppositions ont été dépassées par la réalité. Rien dans les antécédents racontés par le malade, rien non plus dans son état actuel, ne nous autorisait à admettre l'existence d'adhérences entre la tumeur et les parois abdominales; mais celles-ci étaient tellement soulevées et tendues par la tumeur sous-jacente, que l'on pouvait au moins espérer qu'après la soustraction d'une certaine quantité du liquide contenu les surfaces abdominale et kystique resteraient exactement juxtaposées, et que la première serait pour la seconde un couvercle protecteur capable de suppléer aux adhérences et de favoriser l'obturation de l'ouverture capillaire.

La nature du liquide contenu dans la poche hydatique ne pouvait être reconnue que par la ponction exploratrice ; cependant l'indolence complète des hypochondres aux diverses phases de l'évolution morbide, l'absence d'élancements dans la tumeur, l'apyrexie, le bon état habituel des voies digestives, etc., éloignaient toute idée de suppuration du kyste.

Il s'agissait donc, selon toute probabilité, d'un grand kyste hydatique non enflammé et dépourvu d'adhérences périphériques.

Le pronostic était des plus graves. En effet, le malade, condamné au repos du lit par l'impossibilité de porter le fardeau énorme qui remplissait les deux tiers supérieurs de l'abdomen et refoulait les poumons, perdait ses forces, et ne pouvait être abandonné plus longtemps aux efforts si lents, si souvent impuissants ou dangereux, de la force médicatrice de la nature. M. Moisseuet a vu, à la Salpêtrière, un grand nombre de kystes hydatiques flétris, ratatinés, et en vérité guéris sur place, dans la substance même du foie où ils avaient pris naissance; mais ces kystes étaient petits. Ceux-là seuls sont susceptibles de guérir spontanément. Dans le cas présent, la guérison spontanée ne devait pas être espérée ni attendue.

A défaut de traitement médical capable de guérir, on a dû recourir aux moyens chirurgicaux.

L'opération reconnue nécessaire, restait à choisir la méthode opératoire la plus convenable pour obtenir d'abord l'évacuation du liquide, puis la destruction des hydatides et leur élimination.

La méthode Récamier, qui consiste à appliquer cautère sur cautère au point le plus saillant de la tumeur pour y déterminer des adhérences, et à fendre la dernière eschare avec le bistouri pour pénétrer dans le kyste et obtenir son évacuation complète, etc., cette méthode hardie ne paraissait pas exempte de dangers. On n'était pas bien sûr de provoquer les adhérences protectrices contre le dernier temps de l'opération.

La méthode de M. Bégin paraissait un peu trop chirurgicale. Inciser la partie la plus saillante de la tumeur longitudinalement dans l'étendue de 8 à 10 centimètres; entamer successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les couches musculaires et aponévrotiques de la paroi abdominale, et enfin le péritoine, qui doit être soulevé et ouvert comme s'il s'agissait de pénétrer dans un sac herniaire ; arriver ainsi jusque dans l'intérieur du ventre, et ne s'arrêter qu'à la surface même du kyste; panser la plaie, etc..., et attendre ainsi pendant trois jours la formation d'adhérences qui permettent l'incision du sac: tout cela semblait fort délicat et semé d'écueils. N'arrivait-on pas par cette méthode, aussi bien et plus sûrement que par celle de Récamier, à la péritonite que l'on voulait éviter?

Devait-on, à l'exemple de M. Jobert (de Lamballe), pratiquer dans cette tumeur des ponctions successives, à quelque temps d'intervalle, avec un trocart de moyenne dimension, évacuer le liquide en laissant la canule en place pendant vingt-quatre heures, dans l'espoir d'éviter ainsi un épanchement dans la cavité péritonéale, et d'exciter dans le kyste une inflammation suffisante pour donner la mort aux hydatides? Cette méthode, d'une exécution plus simple et plus facile que les deux autres, aurait obtenu peut-être la préférence de la part de M. Moissenet, s'il eût été plus certain d'arriver par elle au résultat si important des adhérences entre l'ouverture des parois abdominales et celle du kyste. L'évacuation de celui-ci au moyen d'un trocart de moyenne grosseur doit nécessairement amener son affaissement et le glissement de l'orifice de ponction sur les parois lisses de la canule; tandis que les parois abdominales, en raison même de leur épaisseur, de leur contractilité plus grande, doivent étreindre et fixer solidement la canule au point d'arrêt. Si la séparation des deux ouvertures n'est pas le résultat immédiat de l'évacuation du kyste, n'a-t-elle donc pas de grandes chances d'être produite par les mouvements de la canule laissée en place, mouvements inévitables, quel que soit le soin que l'on mette à la fixer. Un effort de toux, un éternument, ou toute autre secousse, peuvent compromettre cette position d'équilibre instable d'une canule métallique plantée dans des tissus d'organisation différente, et dont rien ne peut garantir la rétraction ou l'expansion simultanées. Ici encore il y avait à craindre de voir naître la péritonite des efforts même que l'on faisait pour l'éviter; bien plus, M. Moissenet supposait que le kyste pouvait avant de mourir devenir le siége d'une inflammation suppurative capable de nécessiter son évacuation immédiate et la détersion du foyer par des injections de diverse nature.

Ce troisième et dernier temps de la méthode de Récamier et de la méthode de M. Bégin, qui est sans danger immédiat lorsque des adhérences ont été préalablement obtenues, ne peut-il pas, lorsqu'il devient obligatoire dans le cours du traitement de M. Jobert, être suivi de l'épanchement dans le péritoine du liquide devenu purulent? Ainsi, plus ou moins prévenu contre ces trois méthodes, et cependant forcé d'agir contre un mal qui faisait des progrès incessants, j'étais tout disposé, dit M. Moissenet, à recourir à la ponction avec le trocart capillaire, dont, en attendant mieux, j'espérais du moins quelque soulagement immédiat pour mon malade.

Cette opération avait été faite plusieurs fois soit à l'Hôtel-Dieu, par MM. Legroux et Laugier, soit à la Pitié, par M. Aran, sous les yeux de M. Siredey, interne de mon service, et jamais dans ces différents cas elle n'avait déterminé le moindre accident. Cependant j'hésitais, et je remettais toujours au lendemain cette simple piqûre, qui, quoi que l'on pût dire autour de moi, ne me semblait pas exempte de danger; j'étais même sur le point de convoquer une consultation, lorsque le compte rendu de la séance de la Société de chirurgie du 5 mai m'apprit que MM. Boinet, Robert, Cloquet, Lenoir, avaient déjà obtenu des guérisons par ce moyen.

Cette lecture mit fin à toutes mes hésitations, et je me décidai à faire avant tout une ponction avec le trocart capillaire, cette opération inoffensive devant non-seulement préciser davantage notre diagnostic, mais pouvant à elle seule amener la guérison définitive de la maladie. On sait avec quelle foudroyante rapidité cet espoir fut détruit.

Sous l'impression d'un tel malheur, j'ai été tout naturellement porté à faire un retour consciencieux sur le passé, et à rechercher partout les causes qui ont pu le déterminer.

Je ne crois pas devoir faire intervenir ici les conditions défavorables au milieu desquelles nous nous trouvions à l'hôpital Lariboisière lorsque le malade a été frappé de mort. Avant l'opération, il ne subissait nullement l'influence épidémique qui engendrait des péritonites dans notre service des femmes en couches et dans les autres salles de femmes de l'hôpital. C'est immédiatement après, et bien probablement par cette opération, que les symptômes d'inflammation péritonitique se sont développés chez lui.

Le malade était, nous a-t-on dit depuis, vivement impressionné par cette opération, qu'il désirait pourtant, parce qu'on avait beaucoup insisté auprès de lui sur sa simplicité et son innocuité. Mais quelque vive, quelque fâcheuse qu'ait pu être cette émotion avant, ne devait-elle pas se calmer peu à peu et rester sans effet aussitôt après cette piqûre si rapide et presque sans douleur?

La faiblesse du patient était grande, il est vrai, mais enfin l'opération semblait faite à sa mesure, et le pouls, assez résistant et assez calme, n'a pas varié pendant sa durée.

Le trocart a été enfoncé verticalement sur le point le plus saillant et le plus fluctuant de la tumeur, et la canule n'a été enlevée qu'après l'écoulement de 350 grammes de liquide, lorsque la saillie s'effaçait et que le jet faiblissait. Si je n'ai pas extrait plus de liquide, ni, à plus forte raison, permis que des pressions fussent exercées, c'est qu'il me semblait suffisant de n'enlever tout d'abord que le trop plein de la poche hydatique; c'est qu'aussi je redoutais l'introduction de l'air et la syncope, résultats possibles d'une déplétion trop considérable opérée brusquement chez un sujet si faible.

Le volume, l'ancienneté du kyste, étaient sans doute des conditions défavorables; mais ces conditions, qui devaient influer sur le résultat définitif, ralentir ou empêcher tout à fait la guérison, n'ont exercé, ce me semble, qu'une influence très-secondaire sur le résultat immédiat.

Cette simple ponction, qui est appliquée à l'exploration de toutes les tumeurs de nature douteuse, et qui est le préliminaire obligé et presque toujours inoffensif de toute intervention chirurgicale dans le traitement de ces lésions, c'est bien cette petite opération elle-même qui a tué notre malade en provoquant tous les symptômes de la péritonite générale.

L'autopsie, en nous montrant les lésions caractéristiques de l'inflammation récente de la séreuse abdominale, nous a prouvé à n'en pas douter que cette phlegmasie mortelle n'avait pas été le résultat direct de la blessure du péritoine, mais bien d'un épanchement du liquide kystique.

La piqûre des parois abdominales était complétement fermée à la peau comme au péritoine lui-même, où la cicatrice n'était marquée par aucune trace phlegmasique. La piqûre du kyste aussi était si bien cicatrisée qu'elle était introuvable. Mais de son siége supposé vers la partie la plus déclive de la convexité du lobe droit du foie, on voyait une trouée purulente et pseudo-membraneuse. Les circonvolutions intestinales les plus rapprochées du bord antérieur et inférieur de l'organe hépatique étaient d'un rouge vif, dû à une vascularisation très-serrée, et adhéraient faiblement entre elles au moyen d'une lymphe plastique coagulée. Dans le petit bassin, à la surface de la vessie et des anses intestinales voisines, on voyait une couche pseudo-membraneuse molle et assez épaisse, qui, dans la partie la plus déclive, se trouvait en contact ou confondue avec une masse gélatineuse pelotonnée, du volume d'un œuf. Ces différents degrés et siéges des produits de l'inflammation péritonéale, étudiés au moment même de l'ouverture de l'abdomen, m'ont semblé prouver, ainsi qu'à toutes

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 avril.

les personnes présentes, que cette lésion était bien due à l'issue d'une certaine quantité du liquide hépatique hors de sa poche, et à sa filtration, suivant les lois de la pesanteur, entre les feuillets viscéral et pariétal du péritoine. Pour concilier cette induction avec l'obturation complète de la piqûre du kyste, on est obligé d'admettre qu'au moment où le trocart a été retiré, le trop-plein de la tumeur hydatique a continué de couler doucement dans le péritoine, sous l'influence d'un dernier effort de rétraction des parois kystiques, et que, ce dégorgement terminé, la piqûre capillaire s'est refermée aussitôt par le seul fait du rapprochement et de l'accollement de ses bords.

On arriverait ainsi à conclure que la canule a été retirée trop tôt; qu'en attendant la cessation complète du jet, et non pas seulement son affaiblissement, on eût probablement évité l'épanchement péritonéal et ses suites. Mais avant d'adopter cette conclusion d'une manière définitive, il est convenable d'abandonner le fait particulier et de nous élever à des considérations plus générales par l'étude comparative de faits analogues. Ce sera le sujet d'un troisième et dernier article.

CLINIQUE DE LA VILLE.

MAISON DE SANTÉ DU Dr LEY.

Tumeur cancéreuse de l'orbite. — Ablation de cette tumeur nécessitant la résection des parois de l'orbite dans toute la partie interne et dans le tiers inférieur et supérieur. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. Jules Ley.)

M. L..., ancien proviseur de lycée, âgé de soixante-huit ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament bilioso-sanguin, n'ayant jamais été malade, est atteint d'une tumeur fongueuse dégénérée qui occupe le grand angle de l'œil droit, la cavité orbitaire et le sinus frontal correspondant.

Vers la fin de décembre 1852, M. L... s'aperçut pour la première fois du développement d'une *grosseur* du volume d'un gros pois qui apparut à la partie supérieure du nez, près de l'angle de l'œil droit. Huit mois après (août 1853), lorsque M. L... , prenant quelque souci de cette tumeur, résolut de se faire opérer, elle avait grossi du double et était environ du volume d'une noisette, bilobée, le lobe supérieur occupant l'espace inter-sourcilier, et le lobe inférieur s'étendant dans le grand angle de l'œil, le long des os propres du nez et jusqu'au canal lacrymal. La peau était saine, la tumeur mobile et sans adhérences aux parties profondes. Le seul inconvénient accusé par le malade était un larmoiement peu sensible, du reste, résultant sans doute de la compression du sac lacrymal.

Le 23 août 1853, M. L... fut opéré pour la première fois à Niort. On enleva la tumeur avec le bistouri, puis on cautérisa le fond de la plaie avec le caustique de Vienne. Au bout de deux mois et demi la cicatrisation était complète; mais le malade disait sentir profondément quelque chose d'anormal, comme une *boursouflure de l'os*.

En avril 1854, M. L... vint à Paris consulter M. Monod, qui conseilla une seconde opération, laquelle fut pratiquée le 4 mai suivant, à la Maison municipale de santé. M. Monod disséqua les tissus sains et enleva avec la rugine les parties malades adhérentes à l'os. La cicatrisation marchait à grands pas, lorsqu'un érysipèle vint retarder la guérison. Pourtant, six semaines après, le malade sortait guéri, en apparence du moins.

M. L... nie avoir jamais eu d'affection syphilitique; mais, selon lui, son père serait mort d'un ulcère vénérien et d'accidents tertiaires très-graves. M. Monod ayant égard à cette circonstance, prescrivit l'iodure de potassium.

Cinq ou six mois après (octobre 1854), M. L..., vit apparaître, toujours à la même place, un petit bouton blanc qui perça et fut l'origine d'une fistule fournissant un pus mal lié et peu abondant, venant évidemment d'une nécrose de l'os frontal. Ce ne fut qu'un an après que le malade a la se présenter de nouveau à la Maison de santé.

Le 25 octobre, en présence de MM. Monod et Demarquay, M. Denonvilliers pratiqua une opération autoplastique dans le but de fermer ce trajet fistuleux après avoir nettoyé avec la rugine les os nécrosés. Les tissus s'étant trouvés ulcérés et en mauvais état par suite du passage prolongé du pus par la fistule, il y eut perte de substance, et M. Denonvilliers fut obligé de faire glisser la peau du front pour amener au contact.

Deux mois après, quand le malade sortit, la cicatrisation était parfaite.

En juin 1856, s'ouvrit quelques lignes plus bas une seconde fistule qui tenait évidemment à la reproduction des mêmes désordres.

Au mois d'octobre suivant, M. L... vint consulter M. Monod, qui sentit une tumeur fongueuse accompagnée de nécrose des os voisins. Le malade repartit sans se faire opérer, et ce n'est qu'au mois de mai 1857 que fut pratiquée la quatrième opération. M. Denonvilliers, assisté de MM. Monod et Demarquay, enleva les fongosités, nettoya les os par la rugine, coupa les tissus ulcérés, et cautérisa vigoureusement le fond de la plaie. Après un séjour de deux mois environ, le malade partit de la Maison de santé sans que la cicatrisation fût complète: il restait entre les lignes cicatricielles un petit point qui, dit-il, fut pris pour un bourgeon charnu et dut être cautérisé de temps en temps au nitrate d'argent.

Depuis ce moment, la cicatrisation ne s'est pas effectuée et ce *bourgeon* a gagné en surface, surtout depuis deux mois que l'on a cessé les cautérisations, et aujourd'hui il a acquis les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Le 15 octobre 1858, ce bourgeon charnu apparaît selon les dimensions sus-énoncées, fait saillie dans l'angle de l'orbite, et n'est que la partie superficielle de la tumeur. Cette tumeur est trilobée. Le lobe supérieur, attenant à cette partie saillante, remplit le grand angle de l'œil; un lobe moyen s'étend en arrière et remplit en partie la cavité de l'orbite; et un troisième lobe inférieur s'étendant le long des os du nez et de la cloison dans les cornets supérieurs et moyens, se voit par les fosses nasales. L'œil est rejeté en avant et en dehors. L'axe visuel ne correspond plus à celui du côté opposé, et cependant le malade n'accuse aucun dérangement sensible dans la vision. Le canal et le sac lacrymal sont comprimés; les larmes s'écoulent sur la joue; le tissu sous-palpébral est œdématié. Pourtant les tissus sont sains à l'extérieur; la peau n'est même pas amincie aux points où la tumeur est la plus superficielle. Une sanie purulente, peu abondante, et augmentant à la pression, s'écoule par l'endroit où se trouvait la dernière fistule. L'air passe librement par la narine droite, et le malade n'accuse que des coryzas fréquents et très-abondants, remarquables surtout par la fétidité de l'écoulement. Au total, la tumeur, adhérente aux parties profondes, est indolore, peu saillante au dehors, et ne cause au malade d'autre gêne que ce suintement constant et le larmoiement.

Voici l'état du malade quand il vint une cinquième fois réclamer les secours de l'art; aussi M. Demarquay, qui avait pu le suivre depuis trois ans, qui avait assisté à deux opérations précédentes, et avait pu noter l'évolution et les phases diverses de la maladie, se trouvant en présence d'une affection qui devait être de nature cancéreuse, à en juger par ces récidives fréquentes, et pour ainsi dire régulièrement périodiques (car jamais M. L... ne passa plus de six mois après chaque opération sans voir reparaître quelques symptômes alarmants); M. Demarquay, disons-nous, résolut de tenter une opération ayant pour but, autant que possible (car on ne pouvait assigner une limite précise), de détruire toutes les racines du mal et de mettre le patient à l'abri d'une récidive, au moins pour un temps assez long. C'est le 23 octobre dernier que M. Demarquay, assisté de MM. Monod et Ley, pratiqua l'opération que nous allons décrire.

L'opération peut se diviser en trois temps:

1° Incision et dissection des tissus sains;

2° Ablation de la tumeur et de toutes les parties malades;

3° Rapprochement des lèvres de la plaie et pansement consécutif.

Après avoir soumis le malade à quelques inhalations de chloroforme, M. Demarquay fit une incision courbe à son sommet, qui, partant du milieu du sourcil droit et suivant la direction de l'arcade jusqu'à la rencontre de la ligne médiane du nez, et descendant selon cette ligne médiane, sépara le nez en deux parties inégales, la cloison restant adhérente au côté gauche. Une deuxième incision perpendiculaire à l'extrémité de la première, partant de l'aile du nez à sa jonction avec la joue et s'étendant jusqu'au niveau de la commissure droite des lèvres, parallèlement à cette commissure, produisit un grand lambeau qui fut séparé en deux par une dernière incision continuant l'ouverture palpébrale et perpendiculaire à la ligne nasale.

Ces deux lambeaux furent disséqués attentivement et minutieusement, la tumeur adhérant profondément. La conjonctive palpébrale fut disséquée dans ses diverses adhérences à la tumeur; le muscle droit interne dut être coupé et enlevé; l'œil fixé par une anse de fil fut légèrement tiré en dehors avec les deux lambeaux rabattus, pour préserver le tout d'aucune lésion durant l'opération; alors commença le deuxième temps: la tumeur, séparée de la cloison nasale, fut saisie et tirée en haut et en dehors; l'apophyse montante du maxillaire supérieur en partie dégénérée fut coupée avec la pince de Liston; l'angle inférieur de l'os malaire coupé en son quart supérieur avec la scie à chaîne. Un mouvement de bascule démontra que la tumeur n'adhérait que par son lobe moyen, et, comme ses ramifications étaient profondes et étendues, M. Demarquay dut enlever les cornets du nez: la moitié droite de l'ethmoïde, toute la paroi interne de l'orbite, le tiers interne des parois inférieure et supérieure, les os propres du nez complétement dégénérés, ne pouvaient plus être reconnus.

Le sinus frontal fut largement ouvert, et on eut dans la main une tumeur du volume d'un œuf de poule. A l'intérieur du sinus frontal les adhérences avaient cédé à la traction simple, mais il restait dans la cavité une sorte de putrilage qui vint avec la curette et la spatule.

M. Demarquay gratta profondément, et bientôt n'éprouva plus de résistance au fond du sinus. Le doigt introduit dans la cavité permit de constater que la dure-mère était à nu dans une étendue assez notable (la largeur d'une pièce de 20 sous environ); on sentait les battements du cerveau. D'autre part, une large voie se trouvait ouverte avec l'arrière bouche. M. Demarquay cautérisa avec le caustique de Filhos le fond du sinus frontal, qui n'avait pu être enlevé, bien qu'il eût été gratté et nettoyé. Les principales artères avaient été liées, quelques autres furent touchées avec le perchlorure de fer; la plaie fut lavée à grande eau; des injections froides furent faites dans la cavité du sinus. L'œil, qui n'était plus comprimé, reprit sa place, et comme il n'y avait pas eu de perte de substance, les deux lambeaux réappliqués comblèrent entièrement la plaie. L'opération avait duré 45 minutes, sans que M. L..., qui depuis longtemps n'était plus sous l'influence anesthésique, eût proféré un seul cri.

Les parties étaient parfaitement en contact; six épingles sur le nez, trois points de suture le long de l'arcade sourcilière, un à l'angle palpébral et trois autres pour la partie inférieure de la joue jusqu'à l'aile du nez, maintinrent le tout réuni et dans la meilleure position possible. Le malade fut recouché, la tête haute et immobile; des compresses d'eau froide, fréquemment renouvelées, furent appliquées sur la plaie et sur la joue.

L'examen microscopique de la tumeur, fait par M. Ch. Robin, démontra une production épithéliale avec *trame fibreuse serrée*.

Environ deux heures après l'opération, M. L... eut deux syncopes successives, dont la dernière fut accompagnée d'une crise nerveuse et de mouvements convulsifs; une hémorrhagie légère succéda à cette crise. Le reste de la journée fut assez calme; le pouls normal n'était même pas aussi faible qu'on aurait pu le présumer, en raison de la perte de sang éprouvée. — Compresses froides; tilleul, oranger; potion calmante; trois tasses de bouillon de poulet dans la soirée.

Le 24, la nuit a été assez tranquille; le pouls est calme; il y a eu peu de sommeil. — Même prescription. Bouillon de poulet; trois potages dans la journée; un lavement émollient pour le lendemain matin.

Le 26, un mouvement fébrile a eu lieu la veille au soir. Le matin, un peu d'inappétence, pouls petit, faiblesse générale; sommeil troublé par des hallucinations et des cauchemars. M. Demarquay enlève cinq épingles sur le nez, ne laissant que celle de l'angle palpébral. — Compresses froides et injections toutes les heures à l'eau de guimauve; le quart d'aliments.

Le 28, l'œdème de la face est considérablement diminué. M. Demarquay enlève la dernière épingle; la suppuration, parfaitement établie, est normale. — Même prescription.

Au bout de sept jours, tout est réuni, hormis le grand angle de l'œil, où il y a en continuation de l'ouverture palpébrale un écartement anormal qui devra se combler ultérieurement. Le travail de réparation se fait en dessous; l'œil est en très-bon état, la vue parfaite. Le malade se lève deux heures par jour. Les fonctions digestives sont régulières. L'état général est satisfaisant.

Un mois après l'opération, la cicatrisation est complète, les parties profondes sont presque entièrement comblées; mais l'état général, jusqu'alors si satisfaisant, s'est sensiblement modifié, et le sujet nous a offert les symptômes suivants:

Une sorte de malaise indicible, du vague dans les idées, des visions la nuit, un état de faiblesse et de prostration qui ne trouvent en apparence aucune raison d'être; un engourdissement moral tel, que le malade, qui avait fait preuve d'un si grand courage le jour de l'opération, est négligent et peu soucieux de lui-même. Le monde extérieur ne l'occupe pas. Il reste des heures entières dans la même attitude, la tête penchée sur la poitrine; il remarque à peine l'arrivée d'une personne étrangère, et semble contrarié de parler. La parole est claire, mais les réponses sont lentes; le pouls est petit et lent; les fonctions digestives sont intactes; quelques sueurs nocturnes.

Cet état, allant s'aggravant, dure plusieurs jours encore, après quoi apparaissent des phénomènes d'hémiplégie gauche. Le malade ne peut plus se tenir levé: le bras gauche est dans une demi-résolution, les paupières ne se relèvent que difficilement, et en quelques jours la sensibilité puis la motilité furent complétement éteintes; la langue, les muscles du pharynx, furent paralysés; la respiration, difficile, devint stertoreuse, et la mort survint, après une agonie de 60 heures, au milieu du coma et de tous les accidents de la compression cérébrale.

Autopsie trente heures après la mort. — Le lobe antérieur droit, par son poids sur la voûte orbitaire, a déterminé la hernie des méninges par la partie du sinus enlevée. La substance cérébrale elle-même s'est engagée dans la voie ouverte et fait saillie dans le sinus; alors, par contiguïté de tissus, une inflammation lente s'est manifestée dans le lobe antérieur, où l'on trouve les produits morbides de la phlegmasie.

Ce sont deux vastes foyers contenant un pus phlegmoneux bien caractérisé. Ces deux abcès de mêmes dimensions ont une capacité de 7 ou 8 centimètres cubes environ et ne communiquent pas ensemble; ils sont séparés par une lame de substance grise parfaitement intacte. Les tissus voisins ne sont pas sensiblement enflammés. La paroi antérieure du premier abcès se trouve engagée dans le sinus, et la solidité des méninges seule pouvait être un obstacle à son ouverture au dehors: pas d'accumulation séreuse.

On n'avait pu supposer l'existence de ces abcès: ils expliquent du moins les phénomènes de paralysie et la prostration des dix derniers jours, ainsi que les manifestations ultimes de compression.

MÉDECINE LÉGALE.

Vie sans respiration et respiration avant la naissance.

Par M. L. Casper, professeur de médecine légale à l'Université de Berlin.

(Traduit de l'allemand par M. Gustave Baillière.)

Vie sans respiration. — On emploie souvent en médecine légale des expressions qui ne sont pas et ne doivent pas être entièrement conformes au langage ordinaire de la science et de la médecine, à cause du rôle tout à fait spécial du médecin-légiste devant les juges. Ainsi l'on trouve dans la loi des mots techniques, tels que *démence*, *imbécillité*, *aptitude au travail*, etc. De même aussi le sens du mot *vie*, qui, physiologiquement, est attaché à tout être organique, aussi bien la plante que le fœtus *in utero*, se trouve, dans le langage des législateurs, inséparable de la respiration. *Vivre, c'est respirer; ne pas avoir respiré, c'est ne pas avoir vécu.*

Car c'est seulement cette vie avec respiration et indépendante de la mère, qui peut être démontrée; et le médecin légiste, qui ne doit fonder son jugement que sur des preuves, doit rejeter toutes les autres vies, qui ne sont qu'hypothétiques.

Cependant il est incontestable que la vie sans respiration existe. On voit tous les jours des enfants qui naissent avec toutes les apparences de la mort, ne respirant pas, et qui sont bientôt, par les secours de l'art, rappelés à la vie et à la respiration. Ces mêmes enfants peuvent être victimes d'un infanticide soit par omission, soit par commission.

Si des tentatives ne sont pas faites pour le sauver, cela peut suffire pour que l'enfant meure. Mais devant un pareil cas, qui oserait soutenir que cette parcelle de vie aurait pu devenir une vie complète par l'intervention des secours de l'art? Tandis qu'il serait plus facile de prouver l'infanticide par commission d'un enfant né avec les apparences de la mort, par exemple, s'il y a des preuves de violence extérieure. On doit être prévenu contre l'opinion de M. Devergie, étonnante dans la bouche d'un praticien aussi distingué, qui dit que la présence de sang coagulé soit à la tête, soit dans une autre partie du corps, constitue la preuve d'un tel cas.

Mais on peut voir sur le cadavre de l'enfant d'autres signes qui

rendent vraisemblables ou prouvent une violence exercée sur l'enfant né avec les apparences de la mort, tels que plaies au cou, fracture du larynx ou de la tête, marques de strangulation, etc. Il serait même possible que l'on trouvât, à l'endroit de la blessure, des espèces de réactions analogues à celles qui existent aux blessures faites après la mort. En tous cas, ces faits, excessivement rares, doivent toujours être exposés dans tout ce qu'ils ont de spécial, au juge, qui aura, lui, à décider la culpabilité ou le degré de culpabilité.

Il y a des cas encore plus rares que l'on a imaginés ou déterrés des archives avec un soin digne d'une chose plus importante, et qui, eux aussi, doivent prouver la possibilité d'une vie sans respiration, soit la vie d'une seconde ; par exemple, la naissance dans les membranes, la naissance dans l'eau, etc. Ces cas sont des curiosités qui doivent être jugées d'après les circonstances de l'accouchement, et qui certainement ne sont aucunement applicables à la règle générale, à ce qui se passe tous les jours dans les naissances ordinaires. Donc : Nous ne nions pas une courte vie *post partum*, mais n'ayant aucun moyen de la reconnaître après son extinction, une telle vie ne peut être un fait pour la médecine légale, qui n'admet que ce qu'elle peut prouver, une vie avec respiration.

La justesse de cet axiome a été reconnue de tout temps. Déjà Galien dit : *In confesso est respirationem a vita et vitam a respiratione separari non posse, adeo ut vivens omnino spiret et spirans omnino vivat.*

C'est bref et clair! De même que *expirer* dans les langues romanes, de même *expirare* en latin est synonyme de *moriri*. Et ce qui pour notre thèse n'est pas sans importance, l'identité du souffle et de la vie a été reconnue même par la langue du droit. *Expirer* chez les juristes veut dire cesser d'être, s'éteindre, se périmer. C'est ainsi que l'on dit dans les *Pandectes* : *Obligatio expirat*. Nous pouvons voir dans les vieilles lois anti-justiniennes, et plus tard dans les lois germaniques, la valeur qu'attribuaient les plus anciens législateurs à la fonction de respiration comme *criterium* de la vie des enfants, puisqu'on demandait comme preuve de la vie (*vox audita intra quatuor parietes domus*). La loi prussienne demande non-seulement le cri, mais la *voix claire*, comme preuve de la vie. Et on a objecté ici qu'il y a contradiction dans la législation prussienne, qui admet elle-même une vie sans respiration, puisque les §§ 181 et 182 parlent d'infanticide du fœtus *in utero*, et il n'y a qu'un être vivant qui peut être tué! Cela est vrai; mais, outre que l'on n'a jamais sérieusement contesté la *vie* de l'enfant dans le sein de sa mère, il faut convenir que le législateur se trouve sur un autre terrain que le médecin légiste. Le législateur a eu de tout temps raison de punir l'infanticide du fœtus. Sa mission est de protéger aussi bien l'homme à naître que l'homme né, et dans la grande majorité des cas le fruit dans le sein de la mère est un homme à naître. Dans l'intérêt des mœurs et de la sûreté publiques, il ne doit pas ignorer la possibilité de l'anéantissement de l'existence future de cet *homunculus*, ni laisser sans peine cette action criminelle. Mais ce devoir et cette position ne sont pas du tout ceux du médecin légiste. En disant s'il y a eu oui ou non infanticide du fœtus *in utero*, le médecin a rempli son devoir, et dans le cas où on lui poserait la question qui nous a été posée : Le fruit avorté vivait-il, oui ou non, dans le sein de la mère? il pourra en conscience répondre affirmativement ; sauf à donner à cette vie utérine la définition qu'il croit convenable.

C'est avec des arguments comme ceux que j'ai développés plus haut, que l'on a essayé de prendre à défaut la valeur de la docimasie pulmonaire. Mais, avec des réfutations de cette nature, il n'est plus possible d'admettre une seule preuve en médecine légale. Ainsi les moyens d'investigation dans l'intoxication par l'arsenic deviennent sans valeur, parce que dans des cas assez nombreux, les réactifs de l'acide arsénieux sont restés sans effet. De même aussi des moyens de prouver la grossesse, parce que dans beaucoup de cas, comme tout le monde le sait, les preuves manquent.

L'objection suivante aurait peut-être plus de valeur : Si la docimasie pulmonaire établit le fait de la *vie respiratoire* de l'enfant, elle ne prouve pas que l'enfant mort-né n'ait pas respiré *avant* sa naissance. C'est ce qui fera l'objet du chapitre suivant.

Respiration avant la naissance ; vagissement utérin. — Les observations de respiration du fœtus dans ses membranes sont très-rares, de plus elles sont très-souvent inexactes; mais quand on devrait en retrancher même la moitié, il faudrait encore admettre la possibilité de cette respiration avant la naissance et même dans l'utérus. Le cri de l'enfant dans le sein de la mère, le *vagissement utérin*, quoiqu'il soit si facilement sujet d'erreurs, a été mis, dans les temps modernes, sur le champ des observations scientifiques.

Ainsi on a découvert des extravasations capillaires sous la plèvre, sur l'aorte, sur le cœur, que nous avons appelées *ecchymoses pétéchiales*, parce qu'elles ressemblent beaucoup aux pétéchies. Nous en avons déjà parlé à propos de la suffocation des nouveau-nés.

Beaucoup d'auteurs les ont observées, et leur origine ne peut être attribuée à d'autres causes qu'à une espèce de respiration instinctive et forcée dans l'utérus, lorsque la marche régulière du changement des gaz qui se fait par le sang vient à être interrompue par un accident arrivé soit au placenta, soit au cordon. Il est étonnant que ce fait, qui a beaucoup préoccupé les physiologistes et les accoucheurs, et que Bohn a déjà établi depuis cent cinquante ans, soit resté jusqu'aux temps modernes sans être pris en considération par la médecine légale. Puisque l'on ne peut pas nier la possibilité de ces efforts instinctifs de respiration dans l'utérus, on doit admettre *à priori* que quand même on n'aurait pas entendu les cris dans le sein de la mère, il peut exister une respiration suffisante et complète.

M. Hecker en a observé un cas très-important.

M. Hohl cite aussi des observations analogues. Il cite des cas où le tronc de l'enfant était déjà sorti, la tête était encore dans le bassin, l'utérus était contracté et le placenta détaché. Dans deux de ces cas M. Hohl a vu que *la poitrine de l'enfant s'est soulevée successivement trois ou quatre fois*, et l'enfant est mort-né. Du reste point de trace d'air dans les poumons.

Cet accoucheur a observé aussi des tentatives de respiration dans un cas de chute du placenta, et il a vu *des mouvements respiratoires se manifester déjà pendant la version* dans un accouchement où l'enfant vint pâle et mort.

Dans tous ces cas on a trouvé des ecchymoses pétéchiales, savoir : des extravasations nombreuses et pointillées sur la surface des poumons et du cœur.

La conclusion de tout cela, c'est que le fœtus, pendant la vie intra-utérine et après le détachement des membranes, peut faire des essais de respiration par les mouvements ordinaires. Mais ce fait ne contrecarre en rien la docimasie pulmonaire, car les poumons de tels enfants gagnent toujours le fond de l'eau, et dans les cas où ils surnagent, cela ne tient qu'aux essais d'insufflation dont ils ont été l'objet.

Tous ces enfants étaient morts; M. Elsaner en a même observé plusieurs qui étaient putréfiés. Maintenant, dans la pratique de la médecine légale, cette question de respiration intra-utérine est sans influence sur la solution de la question de la vie extra-utérine ; car les circonstances qui provoquent cette respiration intra-utérine sont celles d'un accouchement plus ou moins difficile, artificiel et toujours très-long.

Il faut que les eaux se soient écoulées, que l'enfant ne descende pas dans l'utérus, qu'il se présente par la face, que l'orifice du col de l'utérus soit largement ouvert, que le canal du vagin soit élargi par la main de l'accoucheur. Alors il n'y aura pas seulement cet effort instinctif, court et sans résultat observé dans les cas précédents, mais il y aura une entrée de l'air dans les poumons, une respiration réelle, enfin un vagissement utérin.

Or les enfants trouvés mort-nés et apportés au médecin juriste, pour la docimasie pulmonaire, sont toujours le résultat d'accouchements clandestins qui ont dû être très-courts, sans quoi ils ne seraient pas restés clandestins. Et pendant ces accouchements courts, l'enfant n'a rencontré ni les conditions ni les nécessités qui puissent l'avoir poussé à respirer *in utero*.

Donc nous concluons : *Que tout enfant né clandestinement, qui présentera des traces de respiration, doit être considéré comme ayant respiré après sa naissance (ni pendant ni avant), c'est-à-dire que l'enfant est né vivant.*

Dans le cas où l'enfant n'est sorti que par la tête et est excité à la respiration entre les cuisses de sa mère, on ne peut le considérer comme ayant poussé le vagissement utérin.

CANCER ENCÉPHALOÏDE DU FÉMUR.

Par le docteur TALAM.

A. N..., âgé de dix-sept ans, porte au-dessus du genou gauche une large tumeur comprenant toute la circonférence de la cuisse, plus saillante en dedans, et envahissant le tiers inférieur de la cuisse, l'articulation du genou restant saine. La tumeur est fluctuante comme un kyste ; le malade l'attribue à un coup reçu sur le condyle interne. Lente dans son développement au début, elle a pris depuis quelque temps des dimensions considérables, et maintenant elle est douloureuse.

A son entrée à l'hôpital, le malade est pâle, maigre, épuisé. Une ponction donne issue à une quantité assez grande d'un sérum sanguinolent ; le malade en est un peu soulagé ; néanmoins le chirurgien décida de désarticuler la cuisse, afin de prolonger la vie du patient.

Le 4 juillet, l'opération fut pratiquée avec un lambeau antérieur taillé par transfixion ; le ligament capsulaire fut divisé, et la tête du fémur luxée en arrière. Le lambeau postérieur fut alors taillé un peu plus petit et plus mince que l'antérieur. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, les vaisseaux furent liés, et la plaie réunie par la suture. La maladie consistait en un mélange de cancer médullaire, ostéoïde et hématoïde ; la partie antérieure de la cuisse présentait un kyste renfermant trois pintes d'un sang grumeux.

Le 1er août, c'est-à-dire juste quatre semaines après l'opération, le malade s'en allait complétement guéri. (*Union médicale.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 avril 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

De la matière glycogène considérée comme condition de développement de certains tissus chez le fœtus, avant l'apparition de la fonction glycogénique du foie. — M. CLAUDE BERNARD lit sur ce sujet la note suivante :

Dans une précédente communication j'ai établi que la matière glycogène animale apparaît dès les premiers temps de la vie embryonnaire, et qu'elle est localisée, avant le développement du foie, dans le placenta ou dans d'autres organes annexes et temporaires du fœtus. J'ai ajouté ensuite qu'à cette époque de l'organisation la matière glycogène se trouve encore répandue dans d'autres parties du fœtus, et que, quelle que soit d'ailleurs l'idée qu'on se fasse de sa diffusion, on la rencontre constamment dans les tissus embryonnaires pendant un certain temps de leur développement. Ce fait intéressant m'avait conduit à rapprocher sous ce rapport les animaux des végétaux ; car, chez les uns ainsi que chez les autres, les matières glycogène et amylacée semblent se présenter comme un principe constituant du protoplasma, au sein duquel s'accomplit l'évolution organique.

Toutefois il est digne de remarque que tous les tissus de l'organisme embryonnaire animal ne soient pas dans le même cas; et les expériences dont je vais aujourd'hui communiquer les résultats ont eu pour objet de déterminer quels sont les éléments histologiques dont le développement est spécialement accompagné par la matière glycogène.

Les organes que j'ai examinés peuvent être divisés en deux grands groupes :

1° Les organes extérieurs ou limitants, qui sont constitués par les tissus cutanés et muqueux ;

2° Les organes intérieurs ou contenus, qui comprennent les tissus osseux, musculaires, nerveux, glandulaires, etc.

Or nous verrons que c'est particulièrement dans l'évolution des tissus limitants que la matière glycogène paraît appelée à jouer un rôle.

1° Tissus limitants ; surfaces cutanées et muqueuses ; épithéliums. — Toutes les membranes épithéliales extérieures qui constituent soit es surfaces cutanées, soit les surfaces muqueuses, peuvent contenir pendant un certain temps de la vie fœtale de la matière glycogène sous diverses formes.

Surface cutanée. — La matière se trouve à l'état d'infiltration dans le tissu même de la peau et aussi dans les cellules de l'épithélium qui la recouvre. Certains animaux présentent ce dernier cas d'une manière beaucoup plus marquée que d'autres.

Cette matière glycogène, retirée de la peau, a donné tous les caractères indiqués ailleurs pour la matière glycogène du foie et du placenta.

Les dépendances des parties épithéliales de la peau, cornes, sabots, griffes, contiennent des cellules glycogènes, et on voit peu à peu cette matière disparaître à mesure que l'organisation des tissus s'achève. Chez les fœtus de veaux, de moutons, de porcs, etc., la corne des pieds est molle, jaunâtre, comme macérée dans le liquide amniotique. Quand on fait des coupes très-minces, on constate que la partie molle renferme de la matière glycogène, tandis que les portions les plus organisées n'en renferment plus. C'est dans ces cas où il semble évident que la matière glycogène entre dans l'organisation des tissus. Visible au réactif iodé et susceptible d'être extraite par décoction, cette matière cesse de se montrer dans les points des organes cornés qui sont complétement organisés.

La matière glycogène disparaît assez rapidement de la surface épithéliale temporaire de la peau. Dès que l'épithélium définitif se manifeste, et vers le troisième ou quatrième mois de la vie intra-utérine, sur des veaux de 25 à 30 centimètres, on ne la trouve généralement plus. Il n'y a que les parties cornées des extrémités et l'épiderme des orifices qui séparent la peau des membranes muqueuses où la matière glycogène persiste plus longtemps. Mais lorsque la matière glycogène a disparu de l'épiderme, on la constate encore pendant longtemps dans le tissu cutané, à l'état d'infiltration.

Les membranes muqueuses montrent également dans leur évolution des cellules glycogènes pendant un certain temps de la vie embryonnaire.

Surface de la muqueuse intestinale. — Chez de jeunes embryons de veau, de mouton ou de porc, longs de 3 à 6 centimètres, on constate des cellules glycogènes à la surface de la membrane de la bouche, de la langue, du pharynx, de l'estomac, de l'intestin grêle et des diverses portions du gros intestin.

Les cellules glycogéniques présentent ici toujours les mêmes caractères, seulement dans l'intestin elles se présentent sous la forme de papilles, c'est-à-dire qu'elles sont dans l'épithélium qui entoure les villosités.

La matière glycogène ne se rencontre jamais dans les glandes qui sont annexées au canal intestinal. Mais on a observé ce fait remarquable que l'épithélium des conduits glandulaires en est cependant pourvu, ce qui prouverait que l'épithélium de ces conduits glandulaires est réellement une continuation de l'épithélium de la membrane muqueuse.

Les cellules glycogènes n'existent à la surface de la membrane muqueuse du canal intestinal que pendant un certain temps de la vie embryonnaire, et elles disparaissent en procédant de l'extérieur à l'intérieur, c'est-à-dire qu'elles cessent de se montrer d'abord dans la bouche et dans les conduits salivaires; elles ne disparaissent que plus tard dans l'estomac et dans l'intestin.

Voies respiratoires. — La membrane muqueuse des voies aériennes nous offre encore la présence de cellules glycogènes. On en trouve chez les très-jeunes embryons de mouton, dans les bronches et sur la membrane muqueuse des fosses nasales. Peu à peu, par les progrès de l'évolution, celles-ci disparaissent ainsi que celles des bronches, qui ne durent également que pendant une période assez limitée de la vie embryonnaire.

Voies génito-urinaires. — Elles offrent également chez l'embryon des cellules glycogènes pendant leur évolution; j'en ai constaté sur la muqueuse de l'utérus, des trompes, de la vessie, de l'uretère et même dans les canalicules des reins. Là, comme ailleurs, ces cellules glycogènes ne sont que temporaires et disparaissent lorsque les épithéliums définitifs sont formés.

Comme conséquence des observations précédentes, on voit que dans le fœtus toutes les surfaces limitantes extérieures possèdent ce caractère commun de présenter une évolution glycogénique pendant les premiers temps de l'organisation, au moment où l'épithélium définitif n'existe pas encore. Les épithéliums intérieurs ne paraissent pas être dans le même cas ; je n'ai pas constaté de cellules glycogènes dans les membranes séreuses, telles que la plèvre, le péritoine et l'arachnoïde.

2° Tissus intérieurs. Systèmes osseux, nerveux, musculaires et glandulaires. — Les tissus intérieurs ou contenus forment un groupe tout à fait à part, en ce sens que, sauf les exceptions que je signalerai, ils ne sont pas accompagnés dans leur développement par la matière glycogène.

Systèmes osseux et nerveux. — A aucune époque de l'évolution organique, je n'ai pu constater la matière glycogène dans les tissus nerveux et osseux.

Le tissu musculaire paraît former une exception, en ce qu'il contient de la matière glycogène, mais dans une disposition généralement différente de celle qui a été indiquée pour les tissus limitants.

Système musculaire. — Chez les très-jeunes embryons de veaux et de moutons, longs de 2 à 4 centimètres, par exemple, lorsque le tissu musculaire n'a pas encore apparu, on ne trouve dans les muscles que des cellules embryonnaires. Mais un peu plus tard, chez des embryons longs de 15 à 20 centimètres, quand les éléments histologiques du muscle se dessinent, la fibre musculaire apparaît sous la forme d'un tube contenant des noyaux et une substance grenue intercalée, qui n'est autre chose que de la matière glycogène.

Néanmoins, dans aucun cas, la matière glycogène contenue dans la fibre musculaire ne paraît être organisée ou renfermée dans des cellules.

La matière glycogène existe pendant l'évolution des muscles lisses du cœur et des intestins aussi bien que dans les muscles striés des membres du tronc et du diaphragme.

Quant à la quantité de matière glycogène renfermée dans les muscles aux diverses périodes de leur développement, je ne pourrais donner aucune évaluation exacte. Je puis dire seulement que cette matière persiste dans le tissu musculaire pendant toute la durée de la vie intra-utérine, puis qu'elle disparaît très-rapidement après la naissance sous l'influence de mouvements respiratoires et musculaires.

Système glandulaire. — Le tissu glandulaire, ainsi que les tissus osseux et nerveux, ne renferme pas de matière glycogène. Sauf l'épithélium des conduits glandulaires, je n'ai trouvé de matière glycogène dans le tissu même des reins et des glandes annexées au canal intestinal à aucune époque du développement fœtal.

Foie. — Un seul organe classé parmi les organes glandulaires fait exception, et cette exception mérite d'être spécialement signalée, car il s'agit de la glande qui, par une prédestination particulière, va devenir le réceptacle de la matière glycogène chez l'adulte lorsque tous les organes glycogéniques temporaires auront disparu. Cette glande, nous savons déjà que c'est le foie. Or, il est remarquable que le foie, comme tous les organes glanduleux, ne soit pas primitivement accompagné par la matière glycogène dans son évolution. Ce n'est que vers le milieu de la vie intra-utérine environ, lorsque son développement histologique est achevé, que le foie commence à fonctionner comme organe biliaire et comme organe glycogénique. Je ne pourrais pas dire exactement si les deux fonctions débutent en même temps; toutefois il m'a semblé que la formation biliaire commençait avant la formation glycogénique. Mais à mesure que la fonction glycogénique hépatique se développe, on la voit disparaître dans tous les organes temporaires du fœtus, successivement dans les enveloppes placentaires et dans les organes limitants de son corps; et parmi ces derniers tissus, c'est dans l'épithélium de l'estomac et de l'intestin grêle que la matière glycogène disparaît en dernier lieu; elle dure quelquefois encore lorsque le foie fonctionne déjà. Enfin, à la naissance, toutes les dispositions fonctionnelles passagères de la vie intra-utérine disparaissent, et le foie, comme plusieurs autres organes nutritifs, remplira désormais sa fonction déterminée pendant toute la vie. Mais ici il ne faut pas oublier que le foie paraît différer d'autres organes glandulaires en ce que la fonction glycogénique qu'il accomplit chez l'adulte ne s'est pas montrée seulement au moment où elle lui a été dévolue. Cette fonction glycogénique existait déjà avant dans d'autres organes temporaires, et elle lui a été en quelque sorte transmise pour qu'il en devienne l'agent chez l'adulte. Il résulte de là que le foie semble être destiné à continuer dans l'adulte une fonction fœtale qui était primitivement localisée d'une manière plus ou moins diffuse, suivant les animaux, soit dans le placenta et d'autres organes temporaires qui précèdent la formation des organes définitifs.

En résumé, d'après ce qui a été dit dans ce travail, il est permis de penser que chez le fœtus cette matière glycogène a un rôle important à remplir dans le développement organique. D'autre part, chez l'adulte, la fonction glycogénique est liée directement à l'accomplissement physiologique des phénomènes de la nutrition. Nous savons, en effet, que la matière glycogène cesse de se produire dans le foie aussitôt qu'une influence morbide vient arrêter les phénomènes de la nutrition. La substance qui accompagne l'évolution des organes chez le fœtus continue donc à se manifester dans leur nutrition chez l'adulte. Ce fait établit une liaison évidente entre le développement organique et les phénomènes nutritifs, qui sous divers rapports n'en seraient que la continuation.

Il serait inutile dans un sujet encore si obscur de nous livrer à des considérations théoriques qui seraient prématurées. Il faut attendre patiemment que de nouvelles expériences viennent éclairer ces questions que nous ne pouvons encore qu'à peine entrevoir. Pour aujourd'hui, je n'ai voulu constater que des résultats d'expériences, et indiquer que les phénomènes de la nutrition chez l'adulte me paraissent susceptibles d'être élucidés par l'étude des phénomènes de l'évolution fœtale.

— M. MILNE EDWARDS présente la dernière partie du IVe volume de ses *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux.*

Dans ce fascicule, l'auteur traite de la transsudation des liquides qui se répandent de l'intérieur du système irrigatoire dans les cavités inter-organiques, et il aborde l'étude de l'absorption par la description de l'appareil lymphatique.

De l'oxalate de chaux dans les sédiments de l'urine, de la gravelle et des calculs d'oxalate de chaux. — M. GALLOIS adresse sous ce titre un mémoire qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° L'oxalate de chaux est un corps qu'on peut rencontrer passagèrement dans l'urine de l'homme sain, à tous les âges et à toutes les périodes de la vie.

2° Il y apparaît surtout en proportion plus ou moins considérable, sous l'influence de certains aliments, et probablement de certains médicaments.

3° On rencontre assez fréquemment l'oxalate de chaux dans l'urine de l'homme malade, mais l'excrétion de ce corps ne constitue point à elle seule une maladie. L'oxalurie n'est donc point une entité morbide, mais seulement un symptôme commun à des affections très diverses. Néanmoins il est vrai de dire que l'oxalurie a été observée plus souvent dans la spermatorrhée et dans certaines maladies du système nerveux, notamment dans la dyspepsie.

4° Il y a un corps qui accompagne très-fréquemment l'oxalate de chaux dans les sédiments urinaires, aussi bien que dans la gravelle et les calculs; ce corps, c'est l'acide urique cristallisé.

5° La coexistence très-commune dans l'urine et les concrétions urinaires, de l'acide urique et de l'oxalate de chaux, me paraît éclairer la formation de l'oxalate calcaire au sein de l'organisme.

6° Le rapport qu'on avait voulu établir entre l'oxalurie et le diabète ne saurait être admis.

7° L'acide oxalique (et par suite l'oxalate de chaux) semble dériver de l'acide urique, et doit être considéré comme un degré d'oxydation plus avancé de ce dernier corps, ou des éléments qui devaient servir à le constituer; de telle sorte que, toutes les fois qu'il y a dans l'économie de l'acide urique ou des éléments propres à le former, il peut se produire de l'acide oxalique, sous l'influence d'une oxydation plus avancée, qui s'opère dans le sang.

8° L'oxalurie ne réclame pas, le plus ordinairement, d'autre traitement que celui de la condition physiologique ou morbide à laquelle elle est liée. Aussi a-t-on conseillé les médications les plus variées pour la combattre : 1° s'abstenir des aliments et des médicaments qui contiennent de l'acide oxalique; 2° faire usage de petites doses d'acide nitro-muriatique dans une infusion amère et tonique, ou bien de nitrate d'argent (dans la variété d'oxalate en sablier), ou dans certains cas du colchique, ou bien encore du phosphate de chaux, etc.

9° Pour moi, j'ai constaté que les eaux minérales alcalines constituaient le moyen le plus efficace à opposer à l'excrétion de l'oxalate de chaux, surtout quand il y a coïncidence de dépôt d'acide urique, condition qui me paraît la plus fréquente de toutes.

— M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE transmet une lettre de M. Romanacé, médecin à Saint-Florent (Corse), demandant que la méthode de traitement qu'il a employée en 1855 contre le choléra, et qu'il dit lui avoir constamment réussi, soit jugée par la commission chargée de décerner le prix du legs Bréant. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale.)

— M. BOURGOGNE adresse de Condé (Nord), pour être soumis à la même commission, un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier sur le choléra asiatique.

— M. LE DOCTEUR GUILLON adresse une lettre dans laquelle il rappelle que l'Académie lui a décerné, en 1847 et 1850, des récompenses pour l'invention et le perfectionnement de ses brise-pierre à levier et à évacuateur, « les commissions ayant reconnu qu'il avait donné à ces » instruments une plus grande rapidité d'action en rendant leur emploi » plus facile, et en leur assurant un plus haut degré de sûreté et » d'utilité. »

Dans cette lettre, M. Guillon présente, pour le concours du prix de chirurgie fondé par M. de Montyon, ses procédés opératoires, c'est-à-dire sa manière de pratiquer la lithotripsie appuyée de faits pratiques nombreux qui démontrent les avantages de ces procédés sur ceux qu'on emploie ordinairement. Il fait remarquer qu'à l'aide de ses brise-pierre on pulvérise dans la vessie, en une séance de quelques minutes, des calculs dont l'écrasement nécessiterait au moins dix séances d'égale durée avec les autres brise-pierre, et que cette pulvérisation s'effectue alors même que les calculs sont enchatonnés ou enkystés, ainsi que le prouve un article de la *Gazette des Hôpitaux* du 24 mai 1856.

Si l'approbation que j'ambitionne, dit-il en terminant sa lettre, m'était accordée, mes perfectionnements en lithotripsie ne tarderaient pas à être généralement adoptés par les chirurgiens, et les malades n'auraient plus à subir vingt ou trente opérations de lithotripsie, puisqu'une ou deux, et quelquefois trois, suffisent ordinairement pour détruire dans la vessie des calculs volumineux, très-durs, dont le détritus est entraîné ensuite au dehors par ma sonde évacuatrice, ou naturellement par l'urine. Enfin, par la destruction rapide de la pierre, on éviterait les accidents qu'entraînent ces opérations trop multipliées.

Il rappelle également dans cette lettre qu'il a pratiqué la lithotripsie avec succès à un cheval, avec le concours de M. le professeur Bouley (d'Alfort), et que l'emploi du sulfate de quinine a empêché l'animal de succomber à une fièvre pernicieuse dont il a été pris le lendemain de l'opération. La pierre, qui avait le volume d'un gros œuf de dinde, a été broyée et entraînée au dehors en une seule séance de douze à quinze minutes, et l'opéré a quitté l'hôpital de l'Ecole d'Alfort en parfaite santé, le 22 février 1858.

— L'Académie a reçu en outre depuis sa dernière séance annuelle, mais avant le 1er avril, diverses autres pièces, les unes manuscrites, les autres imprimées, et accompagnées de l'analyse exigée, adressées par les auteurs dont les noms suivent :

M. LEGENDRE (E. Q.) : *Mémoires sur quelques variétés rares de la hernie crurale*, avec atlas de douze planches.

M. JUNOD : *Traité de l'hémospasie; application générale et spéciale de la grande ventouse.* (Avec indication en double copie des points que l'auteur considère comme les plus importants de ce travail.)

M. LEROY-D'ÉTIOLLES : *Résumé de ses inventions relatives au traitement des rétentions d'urine causées par des obstacles au col de la vessie.*

M. ROLLET : Résumé d'un travail intitulé *Etudes cliniques sur le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire.*

M. CHARRIÈRE : *Notice sur les nouveaux modèles d'instruments d'anatomie et de chirurgie qu'il a imaginés.*

Ces six pièces sont réservées pour être soumises à la future commission des prix de médecine et de chirurgie.

M. OZANAM : Indication de ce qu'il considère comme neuf dans un opuscule intitulé *Des anesthésies en général, de leurs effets physiologiques et pathologiques, et surtout de l'élément chimique qui spécialement produit l'anesthésie.*

M. TIGRI, de Sienne : *Sur la digestion gastro-intestinale du fœtus et sur le liquide de la glande thymus.*

M. FRIEDLEBEN : Opuscule intitulé *De la physiologie du thymus en état de santé et de maladie.*

(Réservés, d'après la demande des auteurs, pour le concours de physiologie expérimentale.)

— M. V. BALLY adresse de Villeneuve-sur-Yonne un certain nombre de mémoires et notices qu'il a publiés sur diverses questions médicales, et qu'il prie l'Académie de vouloir bien prendre en considération quand elle aura à élire un correspondant pour la section de médecine et de chirurgie.

Deux indications manuscrites qui accompagnent ces publications sont renvoyées, de même que les pièces imprimées auxquelles elles se rapportent, à la section de médecine et de chirurgie.

— M. E. GEORGE adresse une note intitulée *Etudes de physiologie générale.*

(Renvoi à M. Cl. Bernard, déjà chargé de l'examen d'une note de l'auteur.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Leroy, né à Château-du-Loir (Sarthe); *Des maladies des yeux chez les enfants.*

Deschamps, né à Paris (Seine); *De l'alimentation de la première enfance et du rachitisme.*

Vinatier, né à Lurci-Léon (Allier); *Diagnostic différentiel de la teigne tonsurante de la face.*

Anjay, né à Boussac (Creuse); *De quelques-unes des causes qui peuvent amener la mort du fœtus dans le sein de sa mère.*

Dévé, né à Elbeuf (Seine-Inférieure); *Nouvelle théorie sur la nature du scorbut.*

Andrieu, né à Écouen (Seine-et-Oise); *Du traitement de la diarrhée des enfants, et spécialement de la médication par le régime lacté et la pulpe de viande crue.*

Bidault, né à Mont-Cenis (Saône-et-Loire); *De la fièvre jaune.*

Dally, né à Bruxelles (Belgique); *Plan d'une thérapeutique par le mouvement fonctionnel.*

Durand, né à Husson (Loire); *De l'ascite* (hydro-péritonite).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Association de prévoyance des médecins de la Seine vient de recevoir encore une somme de 30,000 francs, que lui a laissée par testament le docteur Bertrand, praticien de Paris.

Déjà, au mois de janvier, M. le docteur Moulin a fait don à la même Association de 1,500 francs de rente perpétuelle, pour placer au lycée Saint-Louis, à titre de boursier, le fils d'un docteur malheureux.

Voilà en peu de temps deux dons considérables, qui viennent ajouter aux ressources de l'Association.

Si l'on songe que déjà maintenant les sociétaires qui s'adressent à l'Association reçoivent des secours qui s'élèvent à 1,000 et même 1,200 francs par an, on prévoit que le moment n'est pas éloigné où les secours donnés par l'Association aux anciens sociétaires ou à leurs veuves suffiront à eux seuls pour les besoins d'une famille malheureuse.

Certainement l'exemple donné par MM. Moulin et Bertrand sera imité bientôt par d'autres confrères. Les services rendus jusqu'à présent par l'Association des médecins de la Seine appellent et encouragent de pareils bienfaits. Nous sommes heureux de pouvoir dire aussi que souvent des membres de l'Association concourent à alléger les infortunes de notre profession, en ouvrant généreusement leurs établissements aux médecins que des maladies graves réduisent à l'inaction.

En somme, sa prospérité doit être une joie bien douce pour les membres de cette Association qui contribuent à tant de bonnes œuvres, et elle doit décider à entrer dans cette Société ceux qui jusqu'à présent sont restés à l'écart.

— MM. Dassonville, de Bruay (Nord), et Lemaire, de Lille, viennent d'être, à la suite d'un concours institué à cet effet, nommés internes de l'hospice général de Lille.

— Nous lisons ce qui suit dans le *Journal de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles* : « Enfin ce projet de loi tant demandé et si impatiemment attendu, vient d'être présenté à la Chambre des représentants. Répond il aux vœux qui ont été si fréquemment exprimés par la corporation médicale, et est-il de nature à la satisfaire? Nous croyons fermement que non. Déjà le *Comité permanent* du Congrès médical s'est mis à l'œuvre et prépare une pétition destinée à porter ses protestations devant la représentation nationale. »

On le voit, ainsi que nous l'avions prévu, le nouveau projet de loi sur l'art de guérir, y compris les conseils de discipline, soulève une réprobation générale.

C'est qu'il est plus difficile de renverser une législation que de la reconstruire; et d'ordinaire on finit toujours par obtenir quelque chose de plus mauvais que ce que l'on avait. C'est l'éternelle histoire des grenouilles qui demandent un roi. (*Presse méd. belge.*)

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS.

Le mercredi 4 mai 1859, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique à Paris, avenue Victoria, 3, pour la nomination à une place de pharmacien dans l'un des hôpitaux et hospices de Paris.

Les personnes qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration jusqu'au samedi 18 courant, de midi à trois heures de relevée.

Le secrétaire général, signé, L. DUBOST.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 44. — JEUDI 14 AVRIL 1859. (32e ANNÉE.) N° 44. — JEUDI 14 AVRIL 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔTEL-DIEU (M. Robert). Sur l'emploi de l'ophthalmoscope ; apoplexie de la rétine. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (M. L. Orfila). Leçon d'ouverture du cours de pharmacie. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 12 avril. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 13 AVRIL 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a procédé, au début de la séance, à l'élection d'un membre appelé à recueillir la succession de Chomel dans la section d'anatomie pathologique. Son choix s'est porté sur M. Denonvilliers, qui a réuni au premier tour de scrutin une majorité de 43 voix sur 74 ; les autres voix se sont réparties entre MM. Ménière, Roger et Barthez, envers qui l'Académie s'est ainsi engagée pour l'avenir.

Après cette élection, qui avait appelé un assez grand concours de membres, la discussion sur le mémoire de M. Huguier a repris son cours. M. Depaul a usé très-largement, comme on a pu le voir, du droit de critique; et bien qu'à quelques égards nous nous soyons trouvé en communauté d'idées avec lui, nous n'avons pu nous empêcher de trouver qu'il en avait usé même peut-être jusqu'à l'abus. A M. Huguier maintenant le droit de réponse.

Les objections nombreuses et pressées de M. Depaul se résument, en définitive, dans ces quatre chefs principaux : Il a reproché à M. Huguier de n'avoir pas fait à ses prédécesseurs la part qui leur revient dans l'histoire de l'hypertrophie utérine; de ne pas avoir été conséquent avec les *préceptes* posés dans son travail ; enfin, d'avoir proposé et pratiqué une opération grave lorsque d'autres moyens pouvaient réussir. — M. Huguier s'est défendu d'une manière assez heureuse, à notre avis, contre le premier chef. Il est certain que les citations reproduites de son travail réduisent à peu près à néant le premier reproche de M. Depaul. En est-il de même des autres? Nous serons moins affirmatif à cet égard, parce que, en l'absence des faits et documents qui nous permettraient de juger par nous-même, il est très-difficile de démêler, au milieu des contradictions, de quel côté penche la vérité. M. Huguier n'a pas terminé d'ailleurs sa réponse, et il serait prématuré de vouloir en apprécier en ce moment toute la portée.

M. Marcé a lu un intéressant travail sur l'état mental dans la chorée. M. Marcé a constaté des troubles moraux et intellectuels chez les deux tiers environ des choréiques qu'il a eu l'occasion d'observer. Il a étudié le caractère de ces troubles moraux et intellectuels, qu'il ramène à quatre éléments morbides, savoir : des troubles de la sensibilité morale, consistant en un changement notable du caractère; des troubles de l'intelligence, consistant principalement dans la diminution de la mémoire et la mobilité des idées, des hallucinations; enfin, du délire maniaque, qui parait en être la complication la plus grave et qui n'est combattue avec quelque avantage que par les antispasmodiques. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. ROBERT.

Sur l'emploi de l'ophthalmoscope. — Apoplexie de la rétine.

(Observation recueillie par M. Henri BOSIA, interne à l'Hôtel Dieu.)

Si le diagnostic de la plupart des maladies des yeux est chose facile et à la portée de la plupart des praticiens, il n'en est pas de même d'un certain ordre d'affections qui ont leur siége dans les parties profondes du globe oculaire.

Tous les médecins, pour peu qu'ils se soient occupés de l'étude des maladies des yeux, savent reconnaître au premier aspect les différentes lésions des parties superficielles du globe oculaire. Mais s'il s'agit de savoir pourquoi tel individu, avec des yeux sains en apparence, dont les milieux transparents laissent arriver à la rétine la même somme de rayons lumineux, peut à peine différencier le jour de la nuit, la difficulté est autrement grande; et jusqu'à présent il n'a été donné qu'à quelques hommes spéciaux de faire pour les parties profondes de l'œil ce que la généralité des médecins fait pour la maladie dont le siége est plus accessible aux moyens naturels d'investigation.

Le pouvoir d'étudier et d'analyser les parties les plus reculées de l'organe de la vision, nous a été donné il y a à peine quelques années ; l'Allemagne nous a fait ce précieux don. Le temps où, pour tout diagnostic et pour toute consolation, on disait au malade qui venait vous demander de lui rendre la vue : « Vous êtes amaurotique, » ce temps va bientôt cesser pour nous, grâce à l'activité et à la bienveillance d'un chirurgien plein de mérite, qui ne cesse de vulgariser dans les hôpitaux l'usage d'un nouvel ophthalmoscope, permettant même à ceux qui n'en ont aucune habitude d'étudier toutes les lésions des parties profondes de l'œil.

Le hasard, qui semble présider à toutes les grandes découvertes, a eu une large part dans l'invention de l'ophthalmoscope. MM. Brucke et Cuming s'étaient assurés qu'en plaçant une lampe devant l'œil observé, et interceptant les rayons lumineux qui éblouissent l'œil de l'observateur, à l'aide d'un écran percé à son centre d'un orifice circulaire, on rendait l'œil observé beaucoup plus brillant, on le faisait *luire* davantage, ainsi qu'ils le disaient eux-mêmes.

M. d'Erlac à son tour remarqua qu'en plaçant une lampe devant les yeux d'un de ses amis, et regardant à travers l'image spéculaire qui se faisait sur ses lunettes, il éclairait le fond de l'œil de son ami, et il pouvait ainsi en étudier les parties profondes. M. Helmholtz reconnut bientôt après que le principe posé par M. d'Erlac était celui qu'il fallait appliquer, et que, par ce seul moyen, il arriverait à éclairer le fond de l'œil. Depuis ce moment, l'ophthalmoscope était trouvé, et M. Helmholtz s'appliqua dès lors à la construction d'un appareil qui lui permit de faire, sur certaines maladies des yeux, des observations rigoureuses.

Nous ne décrirons pas les différentes transformations ni les perfectionnements successifs qu'ont subis les différents appareils ophthalmoscopiques, depuis celui que M. Helmholtz avait construit avec des plaques de verre se recouvrant à peu près complétement, d'après ce principe que le calcul lui avait fourni : les images spéculaires de plusieurs plaques de verre superposées donnent lieu à une somme de clarté égale à celle des quantités de lumière provenant de toutes ces images.

L'ophthalmoscope d'Helmholtz a été perfectionné par Rekoss, opticien à Kœnigsberg, et plus près de nous par M. Follin, qui a tant fait pour populariser ce nouveau moyen d'exploration. Après la publication du mémoire de M. Helmholtz, où sont exposées les diverses méthodes pour la construction des ophthalmoscopes, les auteurs se sont attachés à prendre précisément celles qui n'avaient pas été indiquées dans ce travail, et depuis ce temps il a paru un nombre prodigieux d'instruments ; le principe de M. d'Erlac a été mis de côté, et aux plaques de verre planes ont succédé les miroirs plans, concaves, les miroirs métalliques, dont on a varié les courbures à l'infini. De tous ces ophthalmoscopes, auxquels chaque auteur a attaché son nom, on peut dire au moins de tous ceux qui ne sont pas fixes, que le meilleur est celui dont on a l'habitude de se servir ; car avec celui-là on sait à quelle distance il faut placer le miroir suivant la portée de la vue ; quelle est la distance focale du miroir ; à quelle distance de l'œil observé il faut placer la loupe ; quelle est l'inclinaison qu'il faut donner au miroir; en un mot, nous conseillons à ceux qui se servent de l'ophthalmoscope mobile, de le conserver ou de ne le changer que pour prendre un ophthalmoscope fixe. Car, qu'un ophthalmoscope ait été fait par MM. Helmholtz, Ruette, Anagnostakis et Desmarres, par Ulrik, Hasner ou Liebreich; qu'il porte le nom de Coccius, Donders ; qu'il ait des lentilles étamées ou des miroirs prismatiques, toujours on éprouve certaines difficultés pour les premières observations, et il faut toujours quelque temps avant d'acquérir une certaine habileté.

Cependant, nous ne saurions passer sous silence un appareil fixe que nous avons vu, et dont nous nous sommes servi dès le début de nos études. Cet appareil, que nous devons à M. Follin, a été construit d'après les conseils de ce chirurgien par M. Nachet (1). Il a, sur les ophthalmoscopes que nous avons vus, un double avantage, celui de rendre immobiles les yeux du malade qu'on observe et le miroir qui projette la lumière, et l'avantage plus grand encore de pouvoir s'accommoder à toutes les vues, à l'aide d'une vis qui permet d'éloigner ou de rapprocher les lentilles qui sont renfermées dans le tube horizontal. La tête du malade est fixée à l'aide d'une plaque courbe qui sert de point d'appui et où le malade repose le menton ; cette mentonnière est rendue mobile à l'aide d'une crémaillère, et peut ainsi être élevée ou abaissée suivant la taille du malade, qui est commodément assis en face de l'observateur. A cet appareil, qu'on fixe au bord d'une table à l'aide d'un écrou, s'adapte une chambre claire, de sorte que tout en étudiant la lésion que l'appareil éclaire, le chirurgien peut la dessiner facilement, et en produire ainsi une image fidèle.

Nous avons cru devoir exposer ces quelques idées sur l'ophthalmoscope, avant de publier un cas d'apoplexie de la rétine, pour laquelle l'examen ophthalmoscopique a permis de porter un diagnostic exact, tout en fournissant les indications qui, une fois remplies, ont procuré une guérison rapide. Les lecteurs y trouveront, nous l'espérons, quelques indications utiles qui pourront les guider dans leurs premières études.

Voici cette observation :

Le 10 février 1859 est entrée au n° 2 de la salle Saint-Paul une jeune femme, domestique, pour y être traitée d'une amaurose survenue d'une manière très-rapide. Avant de venir à Paris, où elle travaille depuis trois ans, sa santé a toujours été très-bonne; l'enfance et la jeunesse se sont passées exemptes d'aucune maladie grave. Réglée à l'âge de treize ans, les menstrues sont toujours venues d'une manière régulière, durent quatre jours, et ne sont précédées ni suivies d'aucun trouble dans l'économie. Depuis quelques mois seulement, le sang des menstrues est moins abondant et beaucoup plus pâle. Le séjour à Paris et le travail très-pénible auquel se livre la malade ont appauvri sa constitution et diminué ses forces ; aussi aujourd'hui la face est pâle et les muscles peu développés; cet amaigrissement a commencé il y a un an environ; l'appétit est à peu près perdu, ainsi que le sommeil; toute fatigue donne lieu à des palpitations ; cependant l'auscultation du cœur et des vaisseaux du cou ne donne aucun signe de chlorose.

Le travail auquel se livre la malade depuis quatre mois est très-pénible et a soumis ses yeux à une rude épreuve; des ouvrages de broderie l'occupent depuis le matin jusqu'à une heure très avancée de la nuit, et souvent avec une lumière très-faible; aussi la fatigue des yeux fai-ail éprouver à la malade une sensation de tension très-pénible dans les tempes, et de violents maux de tête qui parfois duraient quarante-huit heures.

Le 7 février dernier survient un mal de tête très-violent, avec douleurs vives siégeant surtout au niveau du trou sus-orbitaire et dans la tempe droite. La violence des douleurs est telle que tout travail est impossible.

La nuit du 7 au 8 février est en partie troublée par les mêmes douleurs, qui finissent par se calmer vers l'approche du jour; la malade dort pendant quelques heures, et s'éveille tout épouvantée de ne plus pouvoir distinguer les objets qui l'entourent.

La vue est complétement perdue, et cela dans l'espace de quelques heures ; un épais brouillard enveloppe tous les objets, et, justement effrayée, la malade vient nous demander des soins.

L'examen rapide nous fait penser à une lésion profonde des yeux ; en effet, la cornée, tous les milieux de l'œil sont à leur état normal ; des deux côtés, l'iris est fixe, et les pupilles dilatées et immobiles. En présence d'une vive lumière, la face présente au plus haut degré ce cachet d'immobilité particulier aux amaurotiques. Les douleurs péri-orbitaires sont aussi intenses que le 7 février et ont le même siége; la lecture est totalement impossible, même avec les plus gros caractères ; les lignes sont aperçues confusément sous forme de bande noire ; jusqu'au jour de l'admission, le brouillard perçu par la malade était rouge sombre, et par moments vivement éclairé par une tache de forme variable, plus fortement colorée en rouge-clair. Depuis le 10 février, ce spectre est noir, et il faut comprimer le globe oculaire droit ou gauche pour qu'on puisse développer ces taches brillantes et lumineuses; c'est surtout du côté gauche qu'elles se produisent plus éclairées et sous forme de banderoles. La malade les compare à de larges rubans rouges terminés par des pointes.

Le diagnostic des lésions qui ont donné lieu à ces phénomènes ne peut se faire qu'en examinant les parties sensibles de l'organe de la vision, et c'est l'ophthalmoscope qui nous en fournit les moyens.

Cet examen ophthalmoscopique a été fait d'abord avec un appareil mobile, et plus tard, les lésions ayant été jugées très-intéressantes, M. Follin a bien voulu se transporter à l'Hôtel-Dieu avec son ophthalmoscope fixe, et l'étude des lésions a été faite d'une manière beaucoup plus complète.

Voici quel en est le résultat pour l'œil droit d'abord :

Les pupilles préalablement dilatées à l'aide du sulfate d'atropine, on a reconnu les altérations suivantes : le fond de l'œil droit dans toute la portion de la rétine visible à travers la pupille, et en faisant incliner la tête de la malade, est d'une couleur rouge-foncé plus sombre qu'à l'état normal ; au centre se trouve la papille du nerf optique largement échancrée à son côté interne par une tache rouge dont nous parlerons

(1) M. Follin a eu la bonté de nous rendre témoin tout récemment d'une séance d'explorations faites avec ce nouvel appareil, en présence de plusieurs médecins et chirurgiens. Les resultats sont des plus remarquables. Nous saisirons cette occasion pour exposer prochainement le résumé de quelques leçons cliniques très-intéressantes, que M. Follin a faites sur ce sujet. (*Note du Rédacteur.*)

tout à l'heure; sa surface est bien moins éclatante que sur un œil sain, et paraît ternie par une très-légère couche sanguine; sa circonférence est irrégulière, surtout en dedans, et offre une forme ovalaire à grand diamètre vertical. Nous avons signalé une échancrure à sa partie interne; cette échancrure est produite par un épanchement sanguin dans le tissu même de la rétine, épanchement qui a envahi la trame même du nerf optique, et forme une large tache rouge d'une teinte uniforme et parsemée par un piqueté rouge plus sombre. Ces détails sont très-visibles quand on a l'habitude de l'ophthalmoscope. Du centre de la papille partent trois vaisseaux, dont deux à sa partie inférieure; l'autre se dirige en haut. Ces vaisseaux ont un diamètre considérable et assurément anormal. Celui qui occupe le côté externe et inférieur surtout est volumineux, replié sur lui-même, et tranche d'une manière très-nette sur le fond de l'œil; il offre ceci de particulier qu'il ne part pas du même point que les autres; dans la portion qui avoisine le centre de la papille, il disparaît pour ne reparaître qu'à un millimètre plus bas, au niveau de la circonférence de la papille. Dans leur trajet, qui est sinueux, ces vaisseaux ne présentent plus rien de remarquable. Nous signalerons cependant, le long du trajet du vaisseau qui se dirige en haut, une tache allongée suivant son axe, tache qui nous a paru formée par une collection sanguine sortie à travers les parois.

Du côté gauche, les lésions sont moins graves; on n'a observé aucun épanchement de sang. La surface de la papille est plus terne, et paraît être salie par une couche sanguine; sa circonférence est régulière, et de son centre partent cinq vaisseaux très-volumineux dans leur calibre et tortueux dans leur trajet. La teinte générale du fond de l'œil est aussi plus sombre qu'à l'état normal, et le rayon lumineux, en pénétrant dans l'œil, fait éprouver une sensation particulière de coloration rouge sale.

Fixé par l'examen ophthalmoscopique sur la nature et l'étendue des lésions, le pronostic était plus rassurant; aussi, après l'examen, on a pu assurer à la malade que la vision se rétablirait dans peu de temps. Le traitement était indiqué par l'état des parties; on y a procédé d'une manière énergique, malgré l'apparence chloro-anémique de la malade. Deux autres examens ont été faits à douze jours d'intervalle chacun, et on a pu suivre ainsi les modifications qui se produisaient. Le deuxième examen, fait le 20 février, ne nous a pas appris grand'chose. La coloration rouge de la tache sus-papillaire a paru moins sombre; le piqueté rouge constaté le 10 février avait complétement disparu. Le 2 mars, un nouvel examen a été plus satisfaisant: les vaisseaux avaient repris leur volume normal; la circonférence des deux papilles était plus nette, excepté à droite, où elle était encore observée en dedans; la coloration du fond de l'œil était normale. Aussi, à cette époque (2 mars), la malade pouvait lire des caractères de grandeur ordinaire, principalement de l'œil gauche, qui avait été reconnu moins malade; l'œil droit ne le permettait pas encore.

La marche de la maladie a été prompte et régulière, et la durée totale n'a été que de cinq semaines.

Le 15 mars, la malade, quoique ayant la vue moins nette qu'avant, non-seulement se conduit parfaitement, mais elle peut lire et s'occuper à des travaux de couture pendant un temps assez long sans en éprouver de fatigue.

Nous avons dit que le traitement avait été fixé par l'étude des lésions: la coloration rouge-brun du fond de l'œil, le diamètre considérable des vaisseaux, cette tache apoplectique observée sur la papille du côté droit et le long d'un vaisseau, indiquaient en effet les émissions sanguines locales et les révulsifs, soit sur l'intestin, soit sur la peau.

Le 11 février, on applique 12 sangsues au fondement; on prescrit pour le lendemain matin un purgatif: 0,75 de scammonée dans du lait. Cette première émission sanguine n'a produit aucun effet, étant sans doute trop loin du mal et ne servant que fort peu à désemplir les vaisseaux rétiniens.

Du 11 au 16, il n'y a eu aucun changement dans l'état de la malade. Dans la nuit du 16 ses règles apparaissent et elle ne nous en instruit pas. Une application de 12 sangsues derrière les oreilles est faite le 17, et dans la journée les règles se suppriment complétement. Pour le lendemain un purgatif, tous les soirs un pédiluve sinapisé.

Dès le lendemain, la vue s'améliore, les douleurs de tête ont perdu de leur intensité, et la lecture est possible, mais seulement avec des caractères de 5 centimètres de hauteur; le brouillard noir qui enveloppait tous les objets semble se dissiper, et la malade commence à se conduire seule dans la salle. Cette amélioration, survenue après l'application de sangsues aux apophyses mastoïdes, doit être rapportée à l'émission sanguine locale et non à l'apparition des règles, qui se sont supprimées dès le lendemain de leur apparition, peut-être par suite de cette application de sangsues.

Le 28 février, la vue est bonne et permet la lecture; cependant elle est impossible avec l'œil droit. On prescrit de nouveau 8 sangsues derrière l'oreille droite et un purgatif salin. En même temps la malade prend tous les matins une pilule composée de 0,02 centigr. de calomel, et après 0,50 centigr. de sous-carbonate de fer.

Le 15 mars, la guérison est à peu près complète; les douleurs périorbitaires ont disparu depuis longtemps et n'ont pas reparu; les pupilles sont sensibles à la lumière, les yeux n'ont plus cette fixité propre à l'amaurose; la lecture, les divers travaux habituels à la malade, sont possibles; l'état général est bon, et, malgré les émissions sanguines et les purgatifs les forces ne sont pas diminuées, et il n'existe aucun signe de chloro-anémie.

En se rendant bien compte des lésions qu'on a observées et de la marche de la maladie, on voit qu'il y a concordance parfaite; la vue se rétablit à mesure que la résorption s'opère, et beaucoup plus lentement dans l'œil droit, qui était le siége principal de l'épanchement hémorrhagique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. ORFILA.

Leçon d'ouverture du cours de pharmacie.

(Chargé du cours de pharmacie à la Faculté en qualité d'agrégé, M. L. Orfila a consacré sa première leçon à des considérations générales sur l'objet principal de la pharmacie et sur le caractère que doit avoir un pareil cours dans une Faculté de médecine. Il nous a paru utile de reproduire ce programme, qui exprime très-bien, à notre avis, ce que doit être un cours de pharmacie fait par un médecin et pour des médecins.) B.

La pharmacie proprement dite s'occupe particulièrement de la récolte, de la préparation et de la conservation des médicaments. Ces connaissances intéressent beaucoup les pharmaciens; mais je crois que pour vous, qui êtes appelés à exercer la médecine, elles ne sont que secondaires. Je compte m'en occuper lorsque ce sera nécessaire; mais j'envisage autrement l'enseignement que je suis chargé de faire devant vous.

Pour vous en donner une idée, permettez-moi de faire une supposition. Je vous suppose reçus docteurs; vous êtes appelés auprès d'un malade; là, vous établissez, d'après vos connaissances pathologiques, le diagnostic; puis, d'après les connaissances que vous avez puisées au cours de thérapeutique, vous déterminez quelle est la substance que vous croyez la plus utile dans le cas que vous devez traiter. Je suppose, par exemple, que vous vous soyez décidés à employer une préparation mercurielle.

Eh bien, au moment de prescrire cette préparation, plusieurs questions vont vous arrêter. D'abord, est-il indifférent d'employer une préparation mercurielle quelconque? Sera-ce le calomel? Sera ce le sublimé corrosif, etc.? Puis, une fois cette préparation mercurielle déterminée, — je suppose que ce soit le sublimé corrosif, — la donnerez-vous en solution ou autrement? — Pouvez-vous l'administrer à une dose quelconque sans craindre aucune espèce d'accidents; ou bien devez-vous être arrêtés par la crainte de déterminer des accidents sérieux? Et puis, cette dose une fois déterminée, devez-vous l'administrer en une seule fois ou en plusieurs prises? Si vous devez l'administrer en plusieurs prises, quel est l'intervalle qui devra séparer les deux prises successives? Ensuite, quelle est la forme que vous pouvez donner à ce médicament, afin d'aider à son action ou bien de la corriger, alors qu'il est nécessaire de l'amoindrir? Ainsi, par exemple, faudra-t-il que vous cherchiez à masquer la saveur de ce médicament, — et précisément pour le sublimé corrosif, c'est une chose qui n'est pas indifférente, — sera-t-il nécessaire que vous cherchiez à corriger la causticité ou bien d'autres propriétés du médicament? Comment pouvez-vous lui donner une forme déterminée? Enfin, pouvez-vous administrer indifféremment le médicament par diverses voies, par l'estomac, par le rectum ou par la peau? Ce ne sont pas les seules difficultés qui vous embarrasseront; mais elles suffisent pour me faire comprendre.

C'est l'étude de ces questions qui va nous occuper. C'est à ce point de vue que nous allons étudier la pharmacie; je me propose de vous donner les moyens de résoudre les questions que je viens de vous indiquer. En un mot, ce sont les bases de l'*art de formuler* que je me propose de développer devant vous.

Toutes les connaissances nécessaires pour arriver à la solution de ces questions peuvent se rattacher à quatre groupes que nous indiquerons sous les titres suivants: *Propriétés physiques et chimiques des médicaments, Formes pharmaceutiques, Action physiologique, Propriétés thérapeutiques.*

Ces dernières ne nous concernent pas; quant aux trois autres chapitres, ils sont importants pour nous, et je vais m'attacher à vous donner une idée des enseignements que nous puiserons en les étudiant.

D'abord, les propriétés physiques et chimiques.

Vous avez étudié la physique, vous avez étudié la chimie; par conséquent vous savez ce qu'on entend par propriétés physiques et chimiques d'un corps; je n'ai pas besoin de vous l'apprendre. Je dois vous dire seulement que nous insisterons particulièrement sur quelques-unes de ces propriétés qui nous intéressent d'une manière spéciale. Ainsi, par exemple, nous étudierons particulièrement l'état des substances; c'est-à-dire si ce sont des substances solides, liquides ou gazeuses, si elles peuvent revêtir ces différents états.

Nous étudierons aussi la solubilité avec beaucoup d'attention, parce qu'il nous importe beaucoup de savoir si une substance est soluble et dans quels véhicules; l'eau, l'alcool, l'éther, les huiles, etc.

Nous examinerons quelles sont les différences que peuvent produire les différents modes de préparation, et dans certaines circonstances nous serons amenés à étudier d'une manière particulière la préparation des médicaments.

Nous nous appliquerons aussi à étudier, en fait de propriétés physiques et chimiques, les transformations que les substances peuvent éprouver avec le temps; comment ces substances, abandonnées à elles-mêmes, peuvent s'altérer.

Nous aurons ensuite à nous occuper de la composition des médicaments. Ce n'est que par une étude bien attentive de la composition des médicaments qu'on peut fixer leur valeur relative, parce que dans les médicaments composés il y a des principes auxquels ils doivent pour ainsi dire toute leur action, ou du moins la partie la plus importante de cette action, et ces principes n'y sont pas toujours dans les mêmes proportions.

Nous étudierons aussi avec beaucoup de soin, à propos des propriétés physiques et chimiques, les réactions mutuelles que les différents médicaments peuvent éprouver au moment où ils sont associés les uns avec les autres.

Nous étudierons les réactions qui peuvent se produire par le contact des médicaments avec l'économie. Cela pourra nous servir à expliquer comment une substance qui, au premier abord, paraît ne pas devoir agir, peut cependant produire une action. Nous apprendrons aussi, en faisant cette étude, à manier beaucoup de médicaments dont l'action n'a pas toujours été bien appréciée, et nous verrons que plusieurs d'entre eux, considérés jusqu'à présent comme incompatibles à cause de leurs réactions chimiques, peuvent cependant être associés, au grand avantage du malade.

Après les propriétés physiques et chimiques, nous étudierons les formes pharmaceutiques des médicaments.

On a imaginé de donner aux médicaments, afin de masquer leur mauvaise saveur, de faciliter leur action, leur association, de permettre leur application sur un point de l'économie plutôt que sur un autre; afin de diminuer aussi la quantité à employer, en éliminant les parties qui ne sont pas actives; afin de pouvoir conserver ces médicaments, qui sont quelquefois très-altérables; on a imaginé, dis-je, de leur donner des formes particulières, qu'on a appelées formes pharmaceutiques; ce sont des solutions dans l'eau, dans l'alcool, dans l'éther, des sirops, des extraits, des pilules, des pastilles, des onguents, des pommades, des emplâtres, etc. Toutes ces préparations sont très-importantes à connaître. Nous insisterons sur les formes pharmaceutiques, et nous y consacrerons un assez grand nombre de leçons, d'abord pour étudier les formes pharmaceutiques en général, comparer leurs avantages, etc.; puis nous verrons quelles sont les formes que l'on donne le plus souvent, et avec le plus d'utilité, aux différents médicaments.

Après cela, je vous ai annoncé que nous étudierions l'action physiologique des médicaments.

D'abord, qu'est-ce que l'action physiologique des médicaments? Lorsqu'un médicament est appliqué sur un point du corps d'un animal sain ou malade, il détermine une certaine modification dans les fonctions normales et dans les tissus, modifications plus ou moins importantes qui peuvent aller quelquefois jusqu'à des perturbations considérables et se terminer par la mort. Ce sont ces modifications, ces perturbations, qui reçoivent le nom d'effets physiologiques, et qui sont le résultat de l'action physiologique.

Ces effets peuvent être très-variables quant à l'intensité. Ainsi, tandis que la gomme, le sucre, déterminent des modifications très-peu importantes, au contraire d'autres médicaments déterminent des modifications extrêmement graves dont il faut tenir grand compte: par exemple, les préparations mercurielles et antimoniales, les préparations opiacées, etc.

L'action physiologique s'exerce sur l'homme sain aussi bien que sur l'homme malade. L'action thérapeutique ne s'exerce que sur l'homme malade, et ne peut se juger que par les modifications apportées à l'état morbide.

Il ne m'appartient pas de vous indiquer et surtout de discuter quelles sont les corrélations qui existent entre l'action physiologique et l'action thérapeutique.

Mais je tiens à vous donner une idée de l'importance que peut avoir pour vous la connaissance de l'action physiologique des médicaments: elle sert de base à la *posologie*.

Administrez 30, 40 et 50 grammes, tant que vous voudrez, de gomme, vous ne déterminerez aucun accident. Au contraire, s'il s'agit d'administrer le sublimé corrosif, l'acide arsénieux, les préparations antimoniales, il faut que vous teniez grand compte de l'action physiologique de ces médicaments et des accidents qu'ils peuvent produire, pour déterminer les doses que vous pourrez administrer sans danger.

Nous étudierons, à propos de l'action physiologique, les différentes conditions qui peuvent la modifier.

Déjà la dose est une de celles qui ont le plus d'importance. Puis après viennent les propriétés physiques et chimiques des corps. Ainsi, suivant qu'un corps est soluble ou insoluble, son action physiologique peut être singulièrement modifiée. La composition des médicaments, suivant qu'ils renferment plus ou moins de principes actifs, exerce aussi une grande influence. On ne peut bien étudier les associations médicamenteuses que lorsqu'on connaît leur influence sur l'action physiologique. A l'histoire des associations médicamenteuses se lie l'histoire des incompatibilités de médicaments. Il a été un temps où il suffisait que deux substances donnassent naissance à un précipité, pour qu'elles fussent considérées comme incompatibles. L'étude de l'action physiologique, combinée avec celle des propriétés physiques et chimiques, peut seule nous guider dans cette partie de notre cours.

Beaucoup d'autres circonstances peuvent modifier l'action des médicaments. Les formes pharmaceutiques peuvent influer sur leur action.

L'état morbide est encore une condition qui peut modifier d'une manière très-sensible l'action du médicament. C'est une question qui revient plutôt à l'étude de la thérapeutique; mais il m'est impossible de ne pas la mentionner.

D'autres circonstances encore modifient l'action physiologique des médicaments; mais il me suffit de vous avoir indiqué celles que je viens de vous citer pour vous montrer que l'étude de l'action physiologique des médicaments mérite toute notre attention, si nous voulons bien connaître les questions de *posologie*, celles qui se rattachent aux associations médicamenteuses, en un mot

tout ce qui peut vous guider dans l'emploi des substances médicamenteuses.

Maintenant que je vous ai donné une idée de la matière que je me propose de traiter devant vous, je dois, pour que vous puissiez mieux suivre l'enchaînement des différentes parties du cours, vous faire connaître l'ordre d'exposition que j'ai adopté.

Nous étudierons d'abord, mais rapidement, l'action physiologique des médicaments, considérée d'une manière générale.

Cette étude est indispensable pour vous préparer à celle des formes pharmaceutiques, en vous donnant les moyens d'apprécier quelle est la valeur relative de ces formes, l'influence qu'elles peuvent exercer sur l'action des médicaments.

Nous ferons, après cela, une étude très-attentive, applicable à tous les médicaments en général, des formes pharmaceutiques qu'ils peuvent revêtir. C'est là une partie très-importante, et nous verrons quels sont les avantages que le médecin peut retirer de l'emploi de chacune de ces formes.

Nous n'aurons rien à dire de général sur les *propriétés physiques et chimiques des médicaments*.

Nous aborderons ensuite l'histoire particulière des différents médicaments.

Cette histoire comprendra trois parties : l'étude des *propriétés physiques et chimiques*, les *formes pharmaceutiques*, et enfin *l'action physiologique*. A propos de chaque substance, nous étudierons ces divers chapitres.

Maintenant, quels sont les médicaments que nous allons étudier? car évidemment nous ne pourrons pas passer en revue tous les médicaments dont se compose la matière médicale : ils sont très-nombreux, et il serait impossible de faire de tous une étude même superficielle : il faut donc faire un choix.

J'ai choisi parmi les médicaments ceux qui sont le plus employés, et ceux qui m'ont paru les plus importants à étudier pour nous, parce que leur emploi exige des connaissances spéciales que je dois vous donner.

J'ai fait mettre sur ce tableau la liste des médicaments qui fixeront ainsi d'une manière particulière notre attention : soufre, iode, arsenic, etc. Vous voyez cette liste; je ne sais pas même si nous pourrons arriver à les étudier tous en détail.

Quand je dis *soufre, iode, arsenic*, cela ne signifie pas que nous ne nous occuperons que du soufre proprement dit, de l'iode, de l'arsenic proprement dits. Non; il est bien entendu que ces substances, portées sur le tableau, n'indiquent que les bases des différents médicaments, et qu'à propos du soufre nous étudierons les sulfures, tous les médicaments dont le soufre fait partie, et dans lesquels il joue un rôle important; qu'à propos de l'iode, nous étudierons l'iodure de potassium; qu'à propos de l'arsenic, nous étudierons non pas seulement l'arsenic lui-même, qui n'est qu'un médicament fort peu important, mais surtout l'acide arsénieux, les arsénites, les arséniates, et qu'à propos du fer nous étudierons non-seulement le fer lui-même, mais les composés du fer, ainsi que les préparations auxquelles peuvent donner naissance le fer et les composés du fer; qu'à propos de l'opium, nous étudierons les différents principes qu'il contient, la morphine, la narcotine, etc.

Il me semble que quand nous aurons parcouru ce cadre, vous ne pourrez jamais être embarrassés au moment de faire une prescription, et, bien plus, vous saurez retirer de l'emploi des médicaments tous les avantages que l'état actuel de la science permet d'en espérer : forts de vos connaissances, vous ne craindrez pas d'employer les substances les plus actives, parce que vous saurez aussi en régler l'administration de manière à n'avoir rien à redouter de leur précieuse énergie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 avril 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné en 1858 dans les départements des Basses-Alpes, de l'Ain et de l'Oise;

2° Un rapport de M. Lamotte, chirurgien de marine, sur une épidémie de scarlatine qui a régné en 1858 à l'Isle-Molène;

3° Trois rapports de M. le docteur Danvin, sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Saint-Pol (Pas-de-Calais), dans la même année (commission des épidémies);

4° Un rapport de M. le docteur Privat, sur le service médical des eaux minérales de La Malou en 1857;

5° Un rapport de M. le docteur Barrié, sur le service médical de l'établissement thermal de Bagnères de Luchon, pendant l'année 1858 (commission des eaux minérales);

6° Un mémoire intitulé *Quelques mots sur l'iopompe et sur le virus-vaccin des revaccinés*, par M. le docteur Lalagade (commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Macario (de Lyon) et Lereboullet (de Strasbourg), qui sollicitent le titre de membre correspondant :

2° Un mémoire ayant pour titre : *Influence que peut avoir sur la santé publique l'usage des agglomérés de houille préparés au moyen du goudron obtenu pendant la fabrication du gaz de l'éclairage*, par M. le docteur Lespiau, médecin à l'hôpital militaire de Marseille (Commissaires : MM. Devergie, Bouchardat et Wurtz);

3° Un rapport sur les eaux mères de Salins, par M. le docteur Léger, médecin de l'hôpital de Bicêtre, ex-inspecteur de ces eaux (commission des eaux minérales);

4° M. Lhuilier de l'Etang soumet à l'examen de l'Académie un appareil de son invention propre à faciliter l'ingurgitation chez les malades et à humecter la gorge et les organes respiratoires, auquel il donne le nom d'*ingurgitateur à bombille*. Cet appareil est destiné aux malades impotents, auxquels il permet de boire sans déplacement et sans l'assistance d'autrui. Sa flexibilité, sa facilité de s'allonger ou de se recourber dans tous les sens permettent au malade d'aspirer et de boire un liquide quelconque contenu dans une tasse placée à distance, et tout en restant étendu dans son lit. Il est spécialement applicable dans les hôpitaux, où il abrège la besogne des infirmiers.

On comprend que dans certains cas la tasse dans laquelle plonge la bombille ou passoire étant placée un peu au-dessus du niveau du malade, l'ingurgitateur peut produire alors l'effet du siphon, et éviter au malade très-affaibli jusqu'à l'obligation même d'aspirer le liquide.

L'ingurgitateur de poche, destiné aux militaires ou aux voyageurs, est d'une utilité non moins grande. Il permet également d'aspirer soit à cheval, soit en chemin de fer, et sans avoir à redouter aucune secousse, des sels, des senteurs ou des liquides quelconques contenus dans un flacon placé dans la poche.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique. La section a présenté la liste de candidature suivante :

En première ligne :	M. Denonvilliers.
En deuxième ligne, *ex æquo* :	M. Ménière. M. Barthez.
En troisième ligne :	M. Roger.
En quatrième ligne, *ex æquo* :	M. Guéneau de Mussy. M. Hardy.

Le nombre des votants est de 74.

Au premier tour de scrutin,

M. Denonvilliers obtient.	43 voix.
M. Ménière.	16
M. Roger.	11
M. Barthez.	3
Billet blanc.	1

En conséquence, M. Denonvilliers ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

Suite de la discussion sur le mémoire de M. Huguier.

L'Académie reprend la suite de la discussion sur le mémoire de M. Huguier, relatif à l'allongement hypertrophique du col de l'utérus.

La parole est à M. Huguier.

M. HUGUIER. Je commencerai par remercier M. Depaul de l'opinion bienveillante qu'il a exprimée ici sur la nature de mes travaux en général, et particulièrement sur l'étendue et l'importance de celui qui se discute en ce moment.

En venant émettre devant vous les idées que renferme mon travail, je devais m'attendre à une discussion, et j'ai été le premier à comprendre qu'elle devait être nécessaire. Mais c'était à la condition qu'on ne me prêterait pas des opinions qui me sont étrangères, que celles que j'ai exprimées seraient exactement exposées, que les faits que j'ai rapportés ne seraient pas tronqués, et qu'on ne m'accuserait pas d'omissions qui sont tout à fait imaginaires.

Je vais répondre à M. Depaul; je le suivrai pas à pas dans son argumentation, qui ressemble, je le dis avec peine, plutôt à une sorte de réquisitoire qu'à un examen scientifique.

Notre collègue me reproche en général :

1° De ne pas avoir fait à mes prédécesseurs la part qui leur revient;

2° De ne pas avoir été conséquent avec les préceptes que j'ai posés dans mon travail;

3° D'avoir proposé et pratiqué une opération grave, lorsque d'autres moyens pouvaient réussir.

Ce sont là autant d'objections qui vont s'écrouler comme un château de cartes sous le souffle de la vérité.

M. Depaul m'accuse d'exagération, pour ne pas avoir poussé mes recherches bibliographiques assez loin, et m'être attribué en quelque sorte le bénéfice de la découverte et de la description de l'allongement hypertrophique de l'utérus aux dépens des auteurs qui m'ont précédé, et il m'a plus spécialement reproché de ne pas avoir parlé des travaux de Boivin et de M. Herpin.

Je ne saurais, Messieurs, accepter ce reproche, et vous allez voir qu'il n'est pas fondé. Dans les premières pages de mon travail, j'ai passé successivement en revue ce que nous ont dit : Morgagni dans sa quarante-cinquième lettre; Leroux (de Dijon), dans son ouvrage *Sur les pertes de sang des femmes grosses* (page 31 de mon mémoire); Ségard, dans sa *Dissertation sur les polypes utérins*; Bichat et Buisson, dans leur *Anatomie descriptive*; Désormeaux, dans le *Dictionnaire de médecine*; Dugès et Boivin, Chélius, Lisfranc, qui tous ont considéré cet état comme une *anomalie ou un vice de conformation*; Ph. Boyer; Virchow, qui le désigne sous le nom de *polype des lèvres ou de prolongement en forme de trompe*; Scanzoni, sous celui d'*hypertrophie primitive*.

Mais voyons en particulier le reproche que nous a adressé notre savant collègue, de n'avoir rien dit du travail de M. Herpin (de Genève), et de n'avoir cité dans notre mémoire *qu'une phrase assez concise de l'ouvrage de Dugès et Boivin*, qui cependant, d'après lui, seraient entrés dans d'assez longs détails sur cette affection.

Et d'abord, voyons si notre collègue ne s'est pas trompé en disant que nous n'avons cité qu'un passage écourté de ces auteurs.

1° A la page 4 de mon travail, je dis : « Dugès et Boivin ont représenté un exemple d'allongement hypertrophique du col. »

2° A la page 6, en parlant des complications, après avoir indiqué les principales, je dis : « Cet état peut être compliqué d'abaissement et de descente de la matrice, mais jamais, que je sache, de chute complète ou de précipitation de cet organe, ce qui ne veut pas dire que ce cas ne se rencontre pas. Il se serait déjà présenté à l'observation de Dugès et Boivin, d'après les deux premières figures de la 11e planche de leur Atlas, figures qui sont dans le texte, sans explication ni description, et qui sont désignées sous les noms d'*élongation, prolongement du col de l'utérus, sa forme aplatie, et prolapsus de cet organe.*

3° A la page 156, en parlant de l'allongement sus-vaginal, je dis : « De plus, pour admettre avec Dugès et Boivin que cet agrandissement longitudinal soit un phénomène consécutif de la chute complète de l'utérus, il faudrait supposer que cet organe... » etc.

4° J'ai fait plus, tant je tenais à être juste envers les auteurs qui m'avaient précédé, j'ai fait représenter dans mon atlas les deux figures de Mme Boivin; mais il faut bien que vous sachiez qu'aucune description, ni dans l'explication des planches, ni dans le texte, ne les accompagne. C'est là un fait brut qui ne peut donner qu'une idée de la forme d'une même pièce qui a été représentée sous deux faces différentes; elle fut donnée à Mme Boivin par M. Cloquet.

Maintenant examinons si, d'après le peu de mots qu'en ont laissé Dugès et Boivin, on peut dire avec M. Depaul que ces auteurs étaient entrés dans d'assez longs détails sur cette affection, et que, dès l'année 1833, l'hypertrophie du col était assez bien connue. *Dans leur long article sur les lésions de situation de l'utérus*, à la page 87, en parlant des symptômes de la descente de la matrice, on lit : « La main portée sur l'épigastre pourra reconnaître le vide que laisse dans l'excavation pelvienne l'abaissement de la matrice; ce sera le meilleur moyen de distinguer *la descente de l'élongation du col qu'on a quelquefois rencontrée*, » mais ils ne disent pas *que nous avons rencontrée.* Plus bas, à la page 91, en parlant du pronostic du prolapsus et des lésions consécutives que cette affection peut amener, on lit cette simple phrase : « *La matrice déplacée se gonfle, s'allonge parfois au point de doubler presque ses dimensions; son col surtout s'accroît dans ce sens.* »

Voilà tout ce que l'on trouve dans le long article que Dugès et Boivin ont consacré à l'histoire de l'hystéroptose. Or peut-on dire, d'après ce peu de mots, qu'ils avaient beaucoup avancé la question et qu'ils étaient entrés dans de assez longs détails sur cette affection? Ils l'ont absolument laissée où Morgagni, que j'ai cité très-longuement, l'avait amenée.

Plus loin, ces auteurs, dans la section de leur ouvrage où ils décrivent les altérations de forme et de volume de l'utérus, page 193, article D, répètent la phrase précédente, en ajoutant que « tantôt une des lèvres seulement peut acquérir cette longueur démesurée qui peut être portée au point de la faire saillir hors de la vulve. » Ils n'ont fait en cela que reproduire ce qu'avait dit Leroux, de Dijon. Puis ils terminent en citant quatre auteurs qui ont signalé cet allongement de la portion sous vaginale du col.

Dans tous ces passages il n'y a qu'une indication du fait anatomique, qui est considéré par ces auteurs comme un simple vice de conformation, mais non une description anatomo-pathologique et encore moins dogmatique, où les causes, les signes physiques et physiologico-pathologiques, le diagnostic et le traitement soient indiqués.

Désormeaux le premier, et non Dugès et Boivin, qui n'ont fait que le répéter, avait dit, *dès 1822, que par le toucher hypogastrique on sent dans la descente la situation basse du fond de l'utérus, ce qui la distingue de l'allongement du col*, et j'ai pris soin dans mon historique de rappeler ce qu'avait fait Désormeaux. Mais ce n'est pas seulement avec la descente de l'utérus que l'allongement hypertrophique de la portion intra-vaginale du col peut être confondu. Il peut l'être tout aussi bien, dans certains cas, avec un polype ordinaire, un polype creux, un renversement chronique, un kyste folliculaire, un squirrhe ou une hydropisie de cette partie, et personne jusqu'à ce jour n'avait donné les caractères qui différencient cette affection des lésions que je viens d'indiquer.

Quant aux deux faits de M. Herpin, que M. Depaul a si singulièrement travestis, au point que je ne les reconnaissais pas, et qu'à la fin de la séance j'ai été obligé de lui demander où il les avait puisés, je n'en ai pas parlé parce que rien ne prouve que ces deux cas étaient des hypertrophies du col, puisque l'auteur qui les désigne sous le nom d'*allongement démesuré du col de la matrice* ne sait lui-même à quelle lésion il avait affaire. Il se demande si cette altération était un état variqueux ou œdémateux.

Voici ses paroles : « De quelle nature est cette altération? Est-ce un » état variqueux ou œdémateux? Cette maladie a-t-elle une analogie de » structure avec l'allongement de la luette? Les astringents et le ni» trate d'argent réussiraient-ils comme dans la procidence de la luette? » Nous voilà bien loin, comme vous voyez, de l'hypertrophie du col dont M. Herpin ne semble pas se douter, car il ne prononce pas même ce mot. Au contraire, les caractères que présentaient ces tumeurs démontrent d'une manière presque évidente qu'elles n'étaient que des tumeurs œdémateuses.

De plus, la première malade de ce médecin était enceinte de trois mois lorsqu'il constata pour la première fois son gonflement du col, et vous n'ignorez pas que j'ai formellement dit que je ne voulais m'occuper dans ce travail que de l'hypertrophie longitudinale *hors de l'état de gestation*.

Je crois m'être suffisamment lavé devant l'Académie du reproche de n'avoir pas poussé assez loin mes recherches bibliographiques, et d'avoir en quelque sorte enlevé à Dugès et à Boivin une partie de leurs travaux; je passe à la réfutation d'une autre objection.

C'est à tort que M. Depaul me fait dire qu'il n'est pas rare de voir des allongements hypertrophiques de la portion sous-vaginale qui aient plus de 6 ou 7 centimètres d'étendue. Nulle part dans mon travail je n'ai émis cette opinion. Je n'ai pas même parlé du plus ou du moins de fréquence de la maladie.

A entendre notre collègue, j'aurais négligé de dire que cet état pouvait n'être dans quelques cas qu'une simple anomalie de forme. C'est là une erreur, comme on peut s'en convaincre en jetant un coup

d'œil sur la page 12, où je dis, en parlant des causes et du développement, que *dans quelques cas elle n'est qu'une sorte d'anomalie* qui ne cause aucun trouble ni accident.

Notre collègue s'est encore préparé un petit triomphe très-aisé à remporter en me faisant dire que le diagnostic de cette affection est difficile. Mais je n'ai pas dit cela. J'ai fait au contraire remarquer, pages 3 et 4, qu'il était très-aisé de distinguer par le simple toucher l'allongement ordinaire de l'abaissement et de la descente de la matrice. Mais il est des cas, que M. Depaul semble ignorer ou n'avoir jamais rencontrés, dans lesquels la partie hypertrophiée peut offrir des formes et des dispositions particulières qui la font ressembler au toucher à un polype ordinaire, à un polype creux, ou bien à un allongement hypertrophique du col, cas qui m'ont fait dire, page 9 : « Le col hypertrophié peut être bifide, présenter différentes altérations de forme et de structure que le doigt seul ne peut juger exactement, et il peut être alors nécessaire de recourir à l'application du spéculum..., et, dans certains cas où il peut encore rester des doutes, à celle de l'hystéromètre. » D'où les foudres que vous avez entendu lancer par notre savant collègue contre l'innocent spéculum et la terrible sonde utérine. Deux mots à cet égard. Je demanderai à M. Depaul en quoi peut être nuisible, lorsque cela paraît nécessaire, une application du spéculum, quand la vulve, le vagin et l'utérus ne sont pas le siége d'une inflammation aiguë ou d'une affection cancéreuse grave?

Quant à sa diatribe contre l'hystéromètre, c'était aussi bien un hors d'œuvre; mais qu'il prenne patience, d'ici à peu je lui donnerai l'occasion de prononcer un troisième discours sur ce sujet, car je viendrai lire à cette tribune un travail sur cette méthode d'exploration, travail où j'exposerai avec tout autant d'indépendance et de conscience qu'il pourrait le faire les avantages et les inconvénients de ce nouveau moyen de diagnostic. D'ici là qu'il occupe son temps à rechercher en France et à l'étranger toutes les victimes qu'a faites l'hystéromètre! Mais qu'il le sache bien, il ne dépendra ni de lui ni de moi d'empêcher l'hystérométrie de faire le tour du monde médical; qu'il soit certain qu'elle n'expirera pas de fatigue après sa longue course.

Je connais plus d'un praticien qui, dans les sociétés savantes, se sont élevés contre la sonde utérine, et qui en ont une au fond de leur poche.

Je voudrais bien savoir comment M. Depaul s'y prendrait pour distinguer, sans un stylet ou l'extrémité de l'hystéromètre, un allongement ovoïde du col dont la grosse extrémité serait dirigée vers la vulve, ou une hypertrophie de l'une des lèvres avec effacement de l'autre, et un rétrécissement plus ou moins considérable de l'orifice utérin, au point que le doigt, passant par-dessus, ne puisse le sentir; d'avec un polype d'une des lèvres ou de l'intérieur de l'orifice plus ou moins effacé et non visible à la base du polype, ou bien d'avec un de ces polypes creux qui dans certaines circonstances ont tant d'analogie avec le museau de tanche, au point que les hommes les plus haut placés et les plus expérimentés s'y sont trompés, Hoin père, Collin, Laumonier, Richerand, Boivin, et même MM. Cloquet et Velpeau? Si je cite ces deux noms, c'est que les faits qui les concernent sont inscrits dans les annales de la science.

Notre collègue nous a encore reproché d'avoir trop séparé, trop individualisé les deux espèces d'hypertrophie longitudinale, qui, selon lui, devront se rencontrer dans certains cas réunies sur le même utérus. Mais à qui la faute si j'ai agi ainsi? A la nature qui me les a toujours montrées séparées et jamais réunies, et, quelque étonné que j'aie été de cette disposition, il a bien fallu me rendre à l'évidence des faits que j'ai observés tant sur le cadavre que sur la femme vivante; et, lors de ma première lecture, je vous en ai montré un exemple très-curieux. Où sont donc les faits d'anatomie pathologique que M. Depaul peut m'opposer? Il ne peut pas même arguer de son expérience et s'appuyer sur les cas qu'il a observés sur ses malades, puisqu'il a une sainte horreur du cathétérisme utérin, et que par conséquent il n'a pu se rendre compte de la hauteur absolue et relative des deux portions de l'utérus situées au-dessus et au-dessous de l'insertion vaginale.

Entrons maintenant dans le cœur de la question, et occupons-nous du traitement. M. Depaul préfère à l'amputation la cautérisation avec le fer rouge, que personne, dit-il, ne mettra en parallèle, sous le rapport du danger, avec l'amputation du col. Et moi aussi je préfère cette cautérisation dans certains cas d'hypertrophie; dans ceux, par exemple, qui n'ont que deux ou trois centimètres d'étendue, et quand il existe en même temps un engorgement, un ramollissement, un état fongueux ou variqueux du col... Mais pour ceux qui ont de 5 à 7 centimètres, la cautérisation est inutile, et l'amputation doit être pratiquée lorsqu'ils déterminent des accidents. L'expérience m'a démontré que ces hypertrophies étendues résistent à tous les autres moyens. Dans ces cas, la cautérisation même au fer rouge est inutile, parce que son action résolutive est nulle et son action destructive tout à fait insuffisante; elle modifie tout au plus une épaisseur de 3 ou 4 millimètres de tissus. Il faudrait donc y revenir un trop grand nombre de fois pour obtenir un résultat avantageux. Le traitement serait d'une durée décourageante, sans compter qu'à force de tourmenter ainsi la partie, on pourrait causer quelque inflammation grave, ou déterminer une dégénérescence organique. Et lors même qu'on n'aurait pas à craindre ces accidents, je suis convaincu, par l'expérience de faits analogues, que le plus souvent on ne réussirait pas à détruire par cette méthode l'excès de longueur du col, parce que l'excès de la force assimilatrice, qui est le cachet propre de cette affection, reproduirait, dans l'intervalle de chaque cautérisation, presque autant et peut être plus de tissus qu'on n'en aurait détruit. Quand on étudie avec attention les effets de la cautérisation utérine avec le fer rouge, on voit qu'elle est beaucoup plus grave qu'on ne le croit généralement et qu'on ne le croirait au premier abord. En effet, si toutes les précautions sont bien prises, si le chirurgien est bien aidé, l'opération est prompte et peu douloureuse au moment de l'action et dans les premières vingt-quatre ou quarante-huit heures qui la suivent; la malade n'éprouve ni fièvre ni souffrance; mais lorsque le travail d'élimination se manifeste, c'est-à-dire quatre ou cinq jours après, on voit naître une inflammation utérine plus ou moins étendue et intense, qui est quelquefois suivie de fièvre, de péritonite, d'ovarite, de phlébite ou d'angioleucite, et d'abcès pelviens, accidents que l'on songe d'autant moins à attribuer à la cautérisation qu'ils ne se sont ostensiblement montrés que longtemps après.

Dans les cas d'allongement qui ont de 5 à 7 centimètres d'étendue, je préfère l'amputation à la cautérisation, parce qu'elle débarrasse de suite et sûrement la malade, parce qu'elle l'effraye moins, parce que, bien que la cautérisation ne soit pas très-douloureuse, l'amputation l'est encore moins, parce que la guérison est beaucoup plus prompte, parce qu'elle n'expose pas autant à des inflammations consécutives péri-utérines; parce que dans le cas d'hypertrophie cette opération est moins grave que quand on la pratique pour un squirrhe, un encéphaloïde ou un ulcère épithélial de cette partie, circonstances dans lesquelles on est souvent obligé, pour enlever la totalité du mal, de remonter assez haut, de couper tout près de l'insertion du vagin ou dans cette insertion même, tandis que pour l'hypertrophie on doit faire la section à 1 centimètre environ au-dessous. Elle est aussi, dans cette circonstance, suivie de moins d'accidents, parce qu'elle est pratiquée dans un tissu sain. L'hémorrhagie est également moins fréquente, moins abondante, et peut être arrêtée beaucoup plus facilement.

L'hémorrhagie, dont on vous a fait un épouvantail et qu'on vous représente comme un accident des plus graves, peut, au reste, aujourd'hui, être prévenue presque à volonté par le chirurgien, soit qu'il se serve de l'écraseur linéaire, soit qu'il couvre la plaie de boulettes de charpie trempées dans la solution de perchlorure de fer, ou qu'il tamponne exactement de suite et par précaution l'ouverture vulvo vaginale, tamponnement qui, dans ce cas, n'a pas les inconvénients qu'il pourrait avoir lorsqu'on y a recours après une opération faite pour une lésion organique de l'utérus. Mais il vaut mieux s'en dispenser d'abord et laisser une certaine quantité de sang s'écouler, et n'arrêter cet écoulement qu'autant qu'il devient très-abondant; pour cela, on devra laisser un aide expérimenté auprès de la malade, et la grande objection de l'hémorrhagie tombera d'elle-même. Au surplus, et je puis en parler avec quelque connaissance de cause, car, à part les quatorze amputations de la portion sus-vaginale du col que j'ai rapportées dans la seconde partie de mon travail, j'ai pratiqué au moins trente fois l'amputation de la portion sous-vaginale pour différentes lésions de cette partie, et je n'ai jamais vu une seule hémorrhagie qui n'ait pu être facilement arrêtée.

D'ailleurs on juge l'innocuité ou la gravité d'une opération, non-seulement d'après cette opération en elle-même, mais encore et surtout d'après les affections pour lesquelles elle a été pratiquée et le nombre de succès et de revers qu'elle a offerts dans chaque cas particulier. Ainsi je sais, pour celui qui nous occupe, qu'à part les sept cas qui me concernent et qui ont été suivis d'un plein succès, MM. Follin, Broca, Marchal de Calvi, Bertes de Cercaux, chacun une fois, Ph. Boyer, deux fois, l'ont aussi pratiquée avec le même bonheur et ont guéri leurs malades.

Un des hommes les plus estimés de l'Allemagne, le professeur Scanzoni, dit page 65 : « Pour ce qui concerne le traitement de cette hypertrophie, nous avons si souvent constaté le peu d'efficacité des moyens thérapeutiques tant généraux que locaux, que maintenant nous ne pratiquons plus que l'amputation de la partie hypertrophiée. »

Vous voyez, Messieurs, que si je suis dans l'erreur en agissant et en conseillant d'agir ainsi, j'y suis en bonne compagnie.

Notre collègue m'a également reproché de n'avoir pas toujours conformé ma conduite à mes préceptes en amputant plus d'un col utérin dont la longueur ne dépassait pas 4 ou 5 centimètres. Je ferai observer à M. Depaul que cela ne m'est jamais arrivé dans les cas d'hypertrophie simple de cette étendue, mais bien dans ceux compliqués d'antéversion ou de rétroversion, affections dans lesquelles les fonctions recto-vésicales peuvent être très-sérieusement troublées par l'allongement du col, sans que cet allongement soit très-considérable; c'est ce qui avait lieu pour les malades des 9e et 10e observations, qui avaient été traitées pendant longtemps et inutilement par des médecins distingués.

Il ne faut pas que le chirurgien ressemble au satyre de La Fontaine, qui ne savait distinguer les cas dans lesquels la bouche doit souffler le chaud ou le froid.

Si M. Depaul se fût donné la peine de lire un petit paragraphe qui est au bas de la page 36 de notre mémoire, il eût vu que notre conduite n'était pas en désaccord avec nos préceptes.

M. Huguier passe ici à la réfutation de l'analyse qu'a faite M. Depaul de ses observations. Voici les points principaux qu'il relève :

M. Depaul demande comment, dans l'observation 1re, le col, qui a 7 centimètres de long, ne se présente pas à la vulve, tandis que dans l'observation 2me, le col, qui n'a que 4 centimètres, fait saillie à cette ouverture. — *Cette particularité lui paraît assez difficile à expliquer.* — M. Depaul se trompe : pour le n° 1, le col venait faire saillie à la vulve.

M. Depaul dit que l'opération a été faite pour un corps fibreux. Il suffira de renvoyer à la p. 22 et à l'atlas: on verra un allongement de 7 centimètres et demi.

M. Depaul dit que la malade fut opérée pour une tumeur folliculaire, parce que 5 ou 6 follicules ou œufs de Naboth étaient plus développés qu'à l'état normal. — Elle fut amputée parce qu'elle avait tout à la fois un allongement de 4 centimètres et demi, une rétroversion et des petits kystes folliculaires qui avaient été longtemps et inutilement traités à la Maison de santé.

Dans les obs. 4 et 6, l'opération, dit M. Depaul, ne paraît pas avoir été suffisamment indiquée par la maladie. — *Dans la première*, une hernie concomitante *pouvait très-bien rendre compte* des coliques, des douleurs abdominales dont se plaignait la malade, qui a eu une *hémorrhagie après l'opération.*

Ce sont là deux erreurs avancées par M. Depaul.

Pour la deuxième malade, obs. 6, M. Huguier a amputé *neuf mois* après l'accouchement, c'est à dire à une époque où le col, chez tant de femmes, est plus gros qu'il ne doit être, pour qu'il ne reste pas d'inflammation chronique, et *alors que la lèvre antérieure du col n'avait que 3 centimètres de long.* D'après M. Huguier *cette femme serait sortie guérie le onzième jour de l'opération*, ce qui me paraît impossible.

A part la supposition toute gratuite que fait notre collègue et que rien ne justifie, il commet encore là deux erreurs, car l'allongement hypertrophique, au lieu de porter seulement sur la lèvre antérieure et de n'avoir que 3 centimètres d'étendue, portait sur les deux lèvres et sur la base du col qui est allongée de 2 centimètres, ce qui, avec sa longueur normale qui est au moins de 1 centimètre et demi, produit 3 centimètres et demi, et donne, avec les 3 centimètres de la lèvre antérieure, une longueur totale de 6 centimètres et demi.

Je dois de plus montrer que notre collègue est complétement dans une erreur inconcevable, lorsqu'il dit que la malade est sortie guérie onze jours après l'opération. Ce n'est pas onze jours après l'opération qu'elle est sortie, mais bien seize jours pleins, ou dix-sept si on tient compte de celui de l'opération; car la malade a été opérée le 26 mai et n'est sortie que le 11 juin.

D'après M. Depaul, trois de nos malades, celles des observations 4, 5 et 10, auraient eu des hémorrhagies graves. — Il y a encore ici une exagération de nombre. Il faut, comme vous avez pu le voir, soustraire la malade de la 4e observation. — Ce ne fut pas une hémorrhagie, mais un simple écoulement de sang inséparable de l'opération. Quant à celles des nos 5 et 10, il fut facile de les arrêter, et on aurait pu les prévenir si on fût resté près d'elles au lieu de les quitter.

Je ne saurais trop énergiquement protester contre l'accusation erronée et inqualifiable par laquelle notre collègue a terminé son premier discours, en disant que nous avions deux poids et deux mesures, suivant la classe de la société à laquelle appartiennent nos malades.

Dans la seconde partie de mon travail, et non dans la première, en parlant du pronostic, j'ai fait remarquer avec raison que le prolapsus utérin était beaucoup plus grave chez les femmes pauvres que chez les femmes riches, mais nulle part je ne me suis permis de dire que les unes dussent être traitées différemment des autres. J'ai donc dû être tout à la fois étonné et blessé d'une semblable interprétation de ma pensée, alors que les faits que venait de passer en revue l'orateur s'élevaient contre sa parole.

LECTURE.

De l'état mental dans la chorée. — M. LE DOCTEUR MARCÉ lit un mémoire intitulé *De l'état moral dans la chorée.* L'auteur résume ce travail dans les termes suivants :

Les troubles des facultés morales et intellectuelles sont très-communs chez les choréiques. Sur un nombre donné de malades, les deux tiers au moins en présentent des traces plus ou moins profondes. Quant à l'immunité dont jouit l'autre tiers, elle ne peut s'expliquer ni par l'âge ou le sexe des sujets, ni par l'acuité ou la chronicité de la maladie, ni par l'étendue ou l'intensité des mouvements convulsifs.

Quatre éléments morbides, quelquefois isolés, le plus souvent associés les uns aux autres, doivent être étudiés dans l'état mental des choréiques :

1° Des troubles de la sensibilité morale, consistant en un changement notable du caractère, lequel devient bizarre et irritable; en une tendance inaccoutumée à la gaieté, et surtout à la tristesse;

2° Des troubles de l'intelligence, caractérisés par la diminution de la mémoire, une grande mobilité dans les idées et l'impossibilité de fixer l'attention;

3° Des hallucinations, phénomène qui jusqu'ici n'avait jamais été signalé dans la chorée; ces hallucinations surviennent le soir, dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, plus rarement le matin au réveil, quelquefois pendant le rêve. Souvent limitées au sens de la vue, elles s'étendent dans des cas plus rares à la sensibilité générale et même au sens de l'ouïe; on peut les rencontrer dans la chorée pure, dégagée de toute complication, mais leur existence est infiniment plus fréquente toutes les fois que la chorée est associée à des symptômes hystériques. Si dans la grande majorité des cas ces hallucinations constituent un symptôme sans gravité, elles peuvent, dans certains faits exceptionnels, amener de l'excitation et du délire;

4° Enfin, la chorée peut dès son début ou pendant son cours se compliquer de délire maniaque. Il en résulte alors un état fort grave, qui, dans plus de la moitié des cas, amène la mort au milieu de formidables accidents ataxiques, et même dans les cas heureux laisse souvent après lui divers troubles intellectuels de durée variable : les inhalations de chloroforme, des bains prolongés et d'une manière générale, les antispasmodiques sont les moyens thérapeutiques qui jusqu'ici ont rendu les plus grands services dans le traitement de ce délire, que tout porte à faire considérer, au moins dans la grande majorité des cas, comme un délire purement nerveux. (Commissaires, MM. Ferrus, Baillarger et Blache.)

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Voici les noms des délégués des Sociétés de 1er, 3e et 10e arrondissements de Paris, pour l'examen de la proposition de la Société du 2e :

1er arrondissement, MM. Béhier et Magne;
3e — MM. Ameuille et Saint-Jean;
10e — MM. Vosseur et Foucher.

Nous avons indiqué par erreur le nom de M. Dumas comme faisant partie de la délégation de la Société du 11e arrondissement. Les délégués de cet arrondissement sont MM. Machelard et Focillon père.

— Nous apprenons avec regret la mort prématurée de M. le docteur Ch. Baron, médecin de l'hospice des Enfants-Trouvés. Fils de l'ancien médecin des Enfants de France, qui s'était acquis une grande position dans les trente premières années de ce siècle, M. Ch. Baron s'était placé lui-même de bonne heure parmi les jeunes médecins les plus distingués des hôpitaux. On lui doit une série de mémoires sur un grand nombre de sujets divers de médecine et d'anatomie pathologique, qui ont fait regretter qu'il ait renoncé trop tôt à poursuivre la carrière scientifique. M. Baron, âgé de quarante-six ans à peine, vivait, en effet, depuis un assez grand nombre d'années dans un isolement presque absolu.

— M. Baillarger commencera son cours de clinique sur les maladies mentales, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 17 avril, à neuf heures du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 45. — SAMEDI 16 AVRIL 1859. (32e ANNÉE.) N° 45. — SAMEDI 16 AVRIL 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

ARRÊTÉ

portant règlement d'études pour les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes ;

Vu le décret du 22 août 1854, et notamment le titre III dudit décret;

Vu l'arrêté du 2 avril 1857 ;

Le conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Arrête :

ART. 1er. La durée totale des cours de pathologie externe et de pathologie interne, dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, est portée à deux ans (c'est-à-dire deux semestres). Il est accordé un an seulement (c'est-à-dire un semestre) pour les cours d'anatomie, de physiologie, d'accouchements, de chimie et pharmacie, d'histoire naturelle médicale et de matière médicale, et pour les cours qui ont remplacé ces deux derniers dans les écoles réorganisées.

ART. 2. Le cours d'anatomie a lieu tous les jours (les dimanches et fêtes exceptés). Quatre leçons sont faites par le professeur d'anatomie, et deux par le chef des travaux anatomiques sur des sujets indiqués par le professeur. Tous les autres cours semestriels ont trois leçons et une conférence par semaine.

ART. 3. Le chef des travaux anatomiques est tenu de faire, pendant les mois de novembre et décembre, deux conférences par semaine sur l'ostéologie et la syndesmologie. Ces conférences ont lieu à une autre heure que celles qui auront été réservées pour les cours et pour les dissections.

ART. 4. Les leçons du professeur d'anatomie et de son collaborateur ont pour objet à peu près exclusif l'anatomie descriptive. Le professeur doit se borner à un petit nombre de généralités sur les os, les ligaments, les muscles, les vaisseaux, les nerfs, etc., en commençant l'histoire de chacune des parties de l'anatomie. Toutefois, les douze ou quinze dernières leçons du cours devront être consacrées, une année à l'anatomie générale, et l'année suivante, à l'anatomie des principales régions du corps.

ART. 5. La démonstration des organes splanchniques doit précéder la description des vaisseaux et des nerfs qui s'y ramifient.

ART. 6. Les leçons de physiologie ont lieu pendant le semestre d'été. Elles sont faites par l'adjoint à la chaire d'anatomie et de physiologie, dans les écoles réorganisées. Cependant le titulaire peut, s'il le juge convenable, se charger du cours de physiologie, en abandonnant à son adjoint l'enseignement de l'anatomie. Dans les écoles non réorganisées, le cours de physiologie est confié au chef des travaux anatomiques.

ART. 7. Le professeur de physiologie traite tous les ans de tous les sujets qui appartiennent à son enseignement, en établissant toutefois une sorte d'alternance entre les fonctions nutritives et les fonctions animales et de la reproduction, de manière que chacune de ces parties reçoive à son tour tous les développements qu'elle comporte.

ART. 8. Le cours de pathologie externe se compose : 1° d'une partie qui est reproduite tous les ans au commencement du semestre; elle a pour objet l'exposition des maladies chirurgicales qui peuvent se montrer dans toutes ou presque toutes les parties du corps (inflammations, abcès, plaies, fistules, ulcères, gangrènes, productions accidentelles, etc.) ; — 2° d'une partie subdivisée elle-même en deux autres, dont chacune sera exposée à son tour, l'une dans le premier, l'autre dans le second semestre. Ces deux subdivisions comprennent : *a*, les maladies chirurgicales des différents tissus (maladies des os, des artères, des veines, des lymphatiques et de leurs ganglions, des synoviales, etc) ; *b*, les maladies chirurgicales des différents organes et appareils splanchniques.

ART. 9. Dans les écoles réorganisées, l'enseignement de la clinique a lieu toute l'année.

ART. 10. Dans le premier examen de fin d'année, les élèves sont interrogés sur la chimie, l'histoire naturelle, l'ostéologie, les articulations, la myologie, les éléments de la physiologie. — Dans le second examen de fin d'année, les élèves sont interrogés sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie interne et externe (la partie qui aura fait l'objet du cours de l'année), la matière médicale. — Dans le troisième examen, les élèves sont interrogés sur la pathologie externe et interne, la médecine opératoire, les accouchements, la thérapeutique.

ART. 11. Dans les écoles réorganisées, il est adjoint au jury du premier examen de fin d'année un professeur de la Faculté des sciences ou de l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres, dont les élèves interrogés ont suivi le cours.

ART. 12. Le présent arrêté est exécutoire à dater de l'ouverture de l'année classique 1859-1860.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la fièvre bilieuse grave des climats intertropicaux.

Bien que la *Revue clinique* ait contracté depuis longtemps des habitudes sédentaires en harmonie avec son objet principal, qui est d'exposer les faits saillants ou d'un intérêt actuel survenus sous ses yeux, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile, elle ne se croit pas obligée cependant de restreindre le cercle de ses investigations dans les limites — même élargies — de la capitale. Elle se fait volontiers cosmopolite à l'occasion, et elle n'est pas moins heureuse quand elle peut se faire l'écho de l'enseignement des maîtres de la province ou de l'étranger, ou lorsque, marchant à la suite des médecins de nos armées ou de nos flottes, elle peut explorer avec eux la pathologie des contrées lointaines et compléter ainsi ce qu'un enseignement local, quelque supérieur qu'il soit, a toujours nécessairement d'incomplet. Dans quelques jours nous irons voir avec M. le docteur Prat, chirurgien de 1re classe de la marine impériale, ce que la chirurgie lui a offert de particulier dans les îles de l'Océanie. Aujourd'hui nous rétrocéderons avec l'un des vétérans de la médecine navale, notre honorable et savant confrère M. Dutrouleau, vers les contrées intertropicales où il a fait un long séjour, pour y étudier avec lui la fièvre bilieuse des pays chauds.

Voici en quels termes on peut résumer l'intéressante communication que M. Dutrouleau a faite, il y a plusieurs mois, sur ce sujet, à la Société médicale des hôpitaux, reproduite depuis dans un opuscule que nous avons sous les yeux.

L'anatomie pathologique de la fièvre bilieuse des tropiques est, de l'aveu de M. Dutrouleau, la partie la plus faible et la plus incomplète de cette histoire; les lésions anatomiques sont encore mal déterminées ; celles qui sont le plus généralement reconnues suffisent toutefois, telles qu'elles sont, pour constituer des caractères distinctifs. Ce sont : le gonflement avec ramollissement de la rate, tel qu'il se présente dans la fièvre paludéenne ; la suffusion bilieuse des solides et des liquides que produit habituellement la polycholie ; des lésions vasculaires, de fréquence et d'intensité variables, siégeant au cerveau, au foie et à la partie supérieure du tube digestif, aux organes urinaires, et pouvant être attribuées à une altération du sang par la bile.

Envisagée au point de vue des symptômes et du type, M. Dutrouleau assigne à la fièvre bilieuse deux formes distinctes, qui correspondent à des degrés de gravité différents.

L'une est la fièvre bilieuse intermittente ou rémittente, l'accès *jaune* sans complications graves, presque uniquement constituée par les symptômes de l'état bilieux fébrile.

L'autre est la fièvre bilieuse continue ou pseudo-continue, la bilieuse hémorrhagique ou hématurique, dont les symptômes bilieux se compliquent de phénomènes ataxo-adynamiques et hémorrhagiques.

Entrons à cet égard, avec M. Dutrouleau, dans quelques détails ; mais, auparavant, indiquons avec lui les caractères communs que la fièvre bilieuse présente, à un degré différent seulement, dans tous les climats.

Un premier fait à constater, dit M. Dutrouleau, c'est que toujours il y a eu une ou plusieurs attaques, un ou plusieurs accès de fièvre paludéenne simple, avant l'invasion de la fièvre bilieuse; puis, quand celle-ci se caractérise, c'est, comme on vient de le dire, tantôt avec le type intermittent ou rémittent qu'elle apparaît, tantôt avec le type continu, et, dans ces deux cas, la succession et la physionomie de ses symptômes diffèrent.

Dans le premier cas, qui indique toujours une moindre gravité, au début du moins, elle est quelquefois précédée de prodromes pendant lesquels l'ictère commence déjà à se manifester ; puis vient le stade de frisson, pendant lequel se montrent, avec leur caractère propre, les symptômes dont l'ensemble constitue l'état bilieux.

L'ictère, qui est le premier de ces symptômes, ne tarde pas à se généraliser, et prend promptement une teinte foncée de jaune d'ocre, orange, ou jaune safrané ; il persiste pendant les trois stades et continue après l'accès ; plus son explosion est franche et prononcée, plus le pronostic est favorable.

Le vomissement est aussi un des premiers symptômes de l'accès et ne manque pas plus que l'ictère ; il se fait ordinairement sans effort et se répète à des intervalles rapprochés ; son abondance s'élève quelquefois jusqu'à deux litres pour un seul vomissement.

Les selles, moins précoces et moins constantes que le vomissement, sont pourtant la règle dès ce premier stade.

Les urines ont une couleur caractéristique, qui diffère de celle des urines ictériques ordinaires, qu'on observe assez souvent dans d'autres maladies des mêmes climats. Elles contiennent des proportions variables, quelquefois très-considérables, de sang. Les urines sanglantes sont un caractère de la fièvre bilieuse

BIBLIOGRAPHIE.

Principes de mécanique animale, ou *Étude de la locomotion chez l'homme et les animaux vertébrés;* par F. GIRAUD-TEULON, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien élève de l'École polytechnique (1).

L'ouvrage que nous annonçons est sorti de la plume d'un écrivain qui a su conquérir en peu d'années une place d'élite dans la presse médicale, et qui a eu le rare et heureux mérite de pouvoir faire marcher de front les devoirs quotidiens du journaliste avec la mise en œuvre d'un travail scientifique de longue haleine. Façonné de bonne heure aux fortes études et au maniement des problèmes les plus ardus des sciences mathématiques, dont il a importé depuis les allures sévères dans l'étude de la physiologie et de la médecine, M. Giraud-Teulon a accompli un travail qui porte la double empreinte de cette solide instruction et de cette utile mais difficile alliance des sciences mécaniques et physiologiques.

L'objet de cet ouvrage est celui même du célèbre traité *De motu animalium* de Borelli, rajeuni, corrigé en plus d'un point, complété par des théories nouvelles sur plusieurs actes du mécanisme humain, et borné uniquement à la considération des mouvements de la vie de relation. Le plan en est identique avec celui de l'auteur du dix-septième siècle.

L'auteur passe successivement en revue les actes suivants, qui forment autant de chapitres distincts : la recherche des conditions d'équilibre dans la station droite, la marche, le saut, la course chez l'homme, puis chez les principaux vertébrés ; la progression des quadrupèdes dans leurs diverses allures, le mécanisme de la natation dans les poissons, puis chez les mammifères; enfin, le vol, la reptation, l'acte du grimper.

L'étude de ces divers chapitres est prise aux points de vue élémentaires de la statique, et tous les calculs qu'elle réclame y sont d'un ordre tout à fait simple et le plus souvent renvoyés à des notes.

Dans la lecture de cet ouvrage, nous avons noté entre autres, comme plus particulièrement neufs et dignes d'attention, les points suivants relativement auxquels des lacunes réelles existaient dans la science.

Dans le chapitre II, section 3, intitulé *De la station chez les oiseaux*, l'analyse anatomique puis mécanique de cet acte chez les oiseaux, bipèdes comme l'homme, a conduit M. Giraud-Teulon à démontrer de nouveau, mais en la réduisant à de justes limites, la proposition suivante de Borelli, contestée par Vicq-d'Azyr et adoptée plus tard de nouveau par Cuvier, et sur laquelle, par conséquent, il restait encore de grandes incertitudes.

« La facilité qu'ont les oiseaux de demeurer perchés sur les arbres, même pendant le sommeil, et malgré l'agitation de leurs supports par les vents, est due à l'action passive des fléchisseurs des orteils distendus par la flexion du tibia sur le tarse. » (Borelli avait à tort ajouté : « par la flexion du fémur sur le tibia »; portant ainsi au-dessus du genou et en avant l'insertion supérieure des fléchisseurs des orteils, ce qui est inexact.)

Cette proposition, qui semble indifférente et de peu d'importance, en a une assez notable. L'exemple qu'elle renferme, de l'action passive des muscles distendus sur les connexités articulaires, sert plus loin (sect. 5) à justifier une nouvelle théorie de la station droite en équilibre permanent chez l'homme.

Dans la section 5, intitulée *Passage de l'état d'équilibre géométrique instable à l'état d'équilibre stable ou permanent*, l'auteur est conduit logiquement à formuler la proposition suivante :

« Le maintien de l'équilibre stable ou permanent en attitude droite est réalisé par la projection de l'axe de suspension intercotyloïdien en avant de la ligne de propension de la gravité. Par ce mouvement, tous les extenseurs, instruments de l'équilibre instable, sont mis dans le relâchement et leurs antagonistes distendus. La tonicité involontaire de ces derniers devient la force équilibrante de la pesanteur.

D'où la proposition de physiologie générale que voici :

« La contractilité musculaire tonique ou involontaire préside à la statique ou équilibre de repos, comme la contractilité active volontaire préside à la dynamique animale ou à l'équilibre du mouvement.

Le chapitre de la station droite présente en outre une quantité d'études sur des points de détail de l'équilibre du corps dans les princi-

(1) Paris, chez J. B. Baillière et fils.

grave, et c'est dans les climats où s'observe la fièvre jaune épidémique, c'est-à-dire la fièvre hémorrhagique par excellence, que ce caractère est le plus prononcé; c'est là aussi qu'il a valu à la maladie le nom de *bilieuse hématurique*. Des sudamina, quelquefois de véritables bulles apparaissent à la peau pendant le cours de quelques fièvres bilieuses; les démangeaisons, communes dans l'ictère ordinaire, ne sont pas observées.

A ces symptômes s'en ajoutent d'autres, qui se rattachent plus ou moins directement à l'état bilieux. Le malade est inquiet, agité, gardant de préférence le décubitus dorsal, les jambes écartées, mais changeant fréquemment de position et n'en trouvant pas une qui lui convienne. Les traits n'expriment pas la souffrance, mais le faciès est presque cadavéreux, malgré la date récente et souvent le peu de gravité des symptômes. La respiration est saccadée, entrecoupée, profonde et suspirieuse. A part des lassitudes dans les membres, les douleurs sont peu prononcées et les symptômes de gastricité sont à peine marqués dans ce premier stade, qui ne se prolonge pas au delà de trois ou quatre heures.

Le stade de chaleur apparaît bientôt, et des symptômes de fièvre, ordinairement intenses, viennent s'ajouter aux précédents. La tête est douloureuse, quelquefois à un degré extrême; des douleurs aux lombes et aux membres se prononcent, la peau acquiert une grande chaleur et reste sèche; le pouls est dur, fréquent, battant de 90 à 120 pulsations. Tous les symptômes de l'état bilieux s'exaspèrent, bien que les excrétions, au lieu d'augmenter, diminuent au contraire de quantité; mais elles deviennent plus douloureuses, et les matières se colorent davantage. La soif se fait sentir plus vivement; la langue, d'abord blanche, se colore par la bile et devient plus sèche; l'anxiété épigastrique augmente, et les hypochondres, qui ne donnaient qu'une sensation de tension, deviennent plus sensibles; des douleurs vives peuvent s'y manifester au niveau du foie ou de la rate.

Ce stade est ordinairement assez long; il peut durer douze, quinze et vingt heures. Puis la peau s'humecte et se couvre bientôt d'une transpiration abondante qui colore les draps en jaune; tous les symptômes de la fièvre tombent, les vomissements et les selles s'arrêtent, les urines deviennent limpides, et l'ictère seul persiste.

Cette forme se termine très-fréquemment par la guérison; mais il y a des cas plus graves, où l'apyrexie, après le premier accès, n'est jamais complète. La peau redevient promptement sèche et brûlante, la prostration et l'agitation sont très-grandes, les excrétions sont moins abondantes et changent de nature; elles sont bientôt remplacées par le coma, qui alterne avec le délire, et bien que la guérison puisse encore avoir lieu après une durée de trente à quarante-huit heures, plus fréquemment cependant on les voit persister et s'aggraver encore, surtout ceux du cerveau. La langue se sèche et devient noire, les efforts de vomissement peuvent devenir incessants et s'accompagner d'une anxiété extrême et de hoquet; le pouls devient plus petit et plus fréquent, la peau froide et gluante, et le malade succombe du cinquième au septième jour.

Cette forme, type de la fièvre bilieuse, s'observe plus particulièrement à Madagascar, bien qu'elle puisse cependant se rencontrer aussi, mais plus rarement, dans d'autres contrées.

Dans la forme continue, plus particulière aux Antilles, qui a reçu le nom de *bilieuse hématurique*, c'est par une période de fièvre inflammatoire, s'accompagnant d'ictère, que débute la maladie; puis surviennent les phénomènes de l'état bilieux, complets, mais moins accentués sous le rapport de la suffusion bilieuse, de la nature et de l'abondance des excrétions. La bile semble concentrer son action sur le sang et déterminer des accidents plus graves d'hémorrhagie et d'ataxo-adynamie. On dirait, suivant l'expression de M. Dutrouleau, un empoisonnement qui, au lieu de se terminer par l'élimination du poison, comme dans la forme intermittente, se manifeste par une action concentrique du principe de l'intoxication.

On peut reconnaître dans chacune de ces deux formes l'existence de deux éléments combinés, et faire la part qui revient, d'un côté, à la fièvre proprement dite, et de l'autre à l'état bilieux. C'est dans la forme intermittente, à laquelle correspondent les symptômes les moins graves, mais aussi les mieux accusés de l'état bilieux, qu'on voit les véritables caractères de la fièvre.

Tous les médecins qui ont exercé à Madagascar sont d'accord sur ce point, que les malades qui ont eu une première attaque de fièvre bilieuse sont immanquablement voués à de nouvelles attaques s'ils ne quittent pas le pays, et que souvent même, assez longtemps après l'avoir quitté, ils en sont encore repris.

Quant à l'état bilieux, il est on ne peut mieux caractérisé quand la continuité et l'intensité de la fièvre n'en gênent pas l'explosion. Il se manifeste dès le début de l'accès et sans symptômes de gastricité préalable, par l'ictère et par les excrétions caractéristiques, vomissements, selles et urines; c'est une véritable polycholie à laquelle se rattachent, bien plus qu'à la fièvre elle-même, qui n'est encore qu'à son début, l'apathie, la fatigue, l'espèce de stupeur avec décubitus dorsal et la gène de la respiration. Quand plus tard, ou dans les accès plus graves, apparaissent les douleurs, l'agitation, le coma et le délire, c'est encore à l'état bilieux qu'il faut les rapporter. Enfin, dans la bilieuse hématique, l'appareil inflammatoire du début, l'élément hémorrhagique plus prononcé et les accidents ataxo-adynamiques plus graves, en même temps qu'ils indiquent une intensité plus grande de la fièvre, dénotent aussi une action toxique directe de la bile sur le sang.

La fièvre bilieuse grave, ajoute M. Dutrouleau, n'est pas endémique dans tous les climats des tropiques; elle est étrangère à ceux où ne règne pas la fièvre paludéenne; elle se rencontre, au contraire, dans tous ceux où se voient toutes les formes graves de fièvres maremmatiques; donc les éléments de la météorologie qui caractérisent les climats torrides, c'est-à-dire une moyenne thermométrique de plus de 20°, une pression barométrique presque invariable, une humidité moyenne dépassant 80°, un hivernage avec chaleur, humidité et électricité développée, ne suffisent pas pour la produire. Il faut, de plus, l'influence d'un sol marécageux; et tous les caractères de type, de marche, de durée de la maladie dont il s'agit, considérée seulement dans son élément pyrétique, prouvent, en effet, qu'elle subit cette influence. C'est une espèce particulière de la fièvre paludéenne.

Nous nous occuperons du diagnostic différentiel et du traitement dans un deuxième article.

Des ulcérations de la trachée à la suite de la trachéotomie.

Nous avons reproduit dans le n° du 7 avril un extrait de la communication que M. H. Roger a faite à l'Académie de médecine sur les ulcérations qui surviennent quelquefois dans la trachée chez les jeunes sujets opérés de la trachéotomie. Cette communication ayant été provoquée par quelques faits semblables exposés quelque temps avant à la Société médicale des hôpitaux, on nous saura gré de rappeler à cette occasion ces faits, ainsi que les explications qui ont été échangées à ce sujet entre les divers membres de la Société qui sont placés à la tête de services d'enfants. Voici d'abord les faits que M. Barthez a présentés à la Société, et qui ont été le point de départ du travail de M. Roger.

Un enfant de 23 mois est amené à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Barthez, le 9 janvier 1859, au huitième jour de sa maladie, qui a débuté par une angine couenneuse. Il était dans un état d'asphyxie à peu près complète, avec résolution. On pratique immédiatement la trachéotomie; mais l'enfant ne revient à la vie qu'après un long espace de temps, et après qu'on a pratiqué la respiration artificielle, fait des excitations électriques et fustigé énergiquement les membres. Cependant le soir l'enfant était dans un état aussi favorable que possible, et pendant plusieurs jours tout paraissait aller assez bien; quelques fausses membranes avaient été expulsées; il n'existait aucun symptôme d'intoxication, la réaction était franche, et l'enfant, qui était fort, paraissait devoir marcher vers la guérison. Mais, quelques jours après l'opération, la plaie se couvrit de bourgeons charnus, un peu pâles et blafards; puis la canule laissa écouler, au lieu de crachats, un liquide séreux; la fièvre devint vive, la respiration fut très-accélérée. Il se manifesta des signes évidents de broncho-pneumonie; de gros crachats purulents s'échappèrent de la canule, puis l'enfant mourut asphyxié dix jours après l'opération.

L'autopsie fit voir que la gorge et le larynx étaient débarrassés des fausses membranes; la muqueuse laryngée épaissie diminuait considérablement le diamètre normal du larynx, et les poumons étaient le siége d'une broncho-pneumonie étendue.

Sur la trachée, à un centimètre au-dessous de la plaie et à deux centimètres et demi au-dessus de la bifurcation des bronches, existait une ulcération ayant un centimètre de hauteur, occupant presque toute la circonférence de la trachée, mais beaucoup plus profonde dans la moitié antérieure de l'organe que dans la moitié postérieure. Là, en effet, et dans une étendue de cinq millimètres, l'ulcération avait complètement détruit les cartilages, de telle sorte qu'en ce point l'extrémité de la canule se trouvait directement en rapport avec le tronc brachio-céphalique.

— L'enfant Joseph T... entre dans le même service le 16 janvier, au troisième jour de sa maladie, pour laquelle un vomitif a été le seul remède employé. Les signes du croup étaient évidents. Dans la journée, il survient des accès de suffocation, puis la cyanose s'établit et devient continue. On pratique la trachéotomie. Soulagement immédiat après l'expulsion de quelques fausses membranes. Le lendemain, la réaction est franche. Les jours suivants, la fièvre tombe, la respiration devient naturelle, des crachats muqueux sortent facilement: en un mot, son état serait très-satisfaisant, sauf une diarrhée rebelle qui persiste et augmente, malgré les moyens employés. Trois jours après l'opération, il survient une éruption scarlatiniforme qui disparaît bientôt, laissant les bords de la plaie rouges, tuméfiés et douloureux.

Le sixième jour, la plaie, qui s'ulcère un peu vers sa partie inférieure, sécrète un pus séreux, très-fétide, noircissant fortement la canule. On essaye de la retirer, mais le retour de la suffocation oblige à la remettre immédiatement en place. Malgré ces symptômes fâcheux, malgré la diarrhée persistante, l'enfant paraissait pouvoir résister quelque temps et peut-être guérir, lorsque le neuvième jour après l'opération, après être resté environ une heure et demie sans canule, il devient tout à coup violet et est pris d'une violente attaque de convulsions. Après cette attaque, qui dure dix minutes, il reste sans mouvement, et il faut pratiquer la respiration artificielle pour le rappeler à la vie. Mais dans l'après-midi trois nouvelles convulsions ont lieu, et l'enfant meurt peu après.

L'autopsie ne révèle d'altérations importantes que dans la trachée. Là se trouvent deux ulcérations larges, inégales, irrégulières, commençant immédiatement au-dessous de l'ouverture artificielle de la trachée et s'étendant dans une hauteur de plus de deux centimètres. Elles occupent presque toute la largeur de la trachée, mais sont plus profondes en avant, où elles ont détruit les cartilages, à tel point que l'extrémité de la canule, remise en place, se trouve directement en rapport avec le tronc artériel brachio-céphalique bouchant l'ouverture ulcéreuse de la trachée.

— On a vu que M. Roger avait observé en 1852 deux cas semblables, auxquels il en a joint trois nouveaux, qui ont fait le sujet de sa communication à l'Académie. M. Gillette dit aussi avoir vu deux exemples de ces ulcérations produites par la canule.

Cet accident n'est donc pas, comme on le voit, extrêmement rare. Les considérations anatomo-pathologiques dans lesquelles M. Roger est entré à cet égard dans son travail, ne permettent pas de douter que dans tous ces cas l'ulcération n'ait été produite par le contact et les frottements du rebord inférieur de la canule (tout en laissant, bien entendu, sa part, comme prédis-

---

paux mouvements qu'il doit exécuter sur place et sans abandonner le sol. On y remarque les suivants:

Une théorie nouvelle de l'équilibre du bassin considéré au point de vue de la conservation de sa forme en anneau pour une fonction spéciale de l'économie, l'accouchement.

L'auteur fait voir, avec MM. Hubert et Valérius (de Louvain), que le sacrum, considéré jusqu'ici comme un coin à sommet inférieur *enclavé* entre les os des îles, joue, tout au contraire, pendant la station droite, le rôle d'un coin à sommet supérieur *suspendu* entre ces deux os par les forts ligaments sacro-iliaques. Les pressions qu'il supporte tendent à le faire glisser *non comme un coin qu'on enfonce*, mais *comme un coin qu'on délivrerait*. S'il en était autrement, la machine humaine serait à chaque instant menacée d'affreux ébranlements.

Comme conséquence de ces principes, dans la première note placée à la fin du volume, M. Giraud-Teulon étudie les déformations pathologiques que peut éprouver le bassin si quelqu'un des points de sa circonférence vient à subir une diminution de consistance. Les déformations les plus ordinaires de cet appareil osseux y sont nettement déterminées d'après les conditions d'équilibre qui régissent le bassin à l'état sain; entre autres, la déformation de Nægelé, qui reconnaît nécessairement pour point de départ le relâchement d'une des symphyses sacro-iliaques (celle du côté dit côté sain).

Parmi les autres questions de détail de ce même chapitre, on peut remarquer encore, dans la section ayant pour titre *Équilibre de la tête sur le rachis*, comment s'épuise, lors d'une chute sur les pieds, la vitesse acquise par le système entier, tout le long de la colonne vertébrale et particulièrement au point de contact des condyles occipitaux avec les surfaces articulaires de l'atlas. P. 128.

L'auteur détermine encore (ici par le calcul et dans une note spéciale) la limite des poids qu'un homme ou un animal peuvent soulever, ainsi que le degré d'inclinaison d'un homme à l'horizon, qui doit forcément entraîner sa chute, ou après lequel il ne peut plus modifier la position de son centre de gravité, relativement à sa base de sustentation.

L'étude analytique de la marche de l'homme sera lue avec intérêt. On n'a peut être pas oublié une théorie mathématique, physiologique, de ce mouvement, présentée, il y a une quinzaine d'années, par MM. E. et G. Weber (de Munich). Cette théorie, acceptée sans contrôle, et sur la foi des intégrales qu'elle renfermait, et qui règne encore dans l'école, est étudiée et discutée dans un chapitre tout spécial. Si on se reporte à leur ouvrage ou aux extraits fidèles rapportés par M. Giraud-Teulon, on y voit que ces physiologistes, partant de cette idée que la jambe est suspendue au bassin et maintenue en rapport avec lui par la seule force de la pression de l'atmosphère, ont imaginé que dans le deuxième temps de la marche, elle oscillait comme un pendule, et que le système musculaire qui l'environne ne jouait aucun rôle dans son transport en avant, non plus que dans sa suspension.

Cette vue, toute spéculative, ne peut soutenir, aux yeux de notre auteur, la confrontation avec les faits ni avec la physiologie rationnelle. Il n'accepte pas davantage les calculs auxquels elle donne lieu en s'appuyant sur cette idée, que dans la marche le centre de gravité est *doué d'un mouvement uniforme*.

Le lecteur attentif parcourra avec intérêt les chapitres du saut, de la natation et du vol. Ces actes reposent, tous trois, sur un même phénomène physiologique: une détente brusque d'un arc qui fléchit, s'allonge, et dont le mouvement propre est subitement arrêté par un coup sec. Jamais on n'avait encore pénétré en quoi consistait, physiologiquement, *coup sec*.

Suivant l'auteur, cette circonstance, notable dans le mécanisme animal, se fonde sur l'antagonisme subit produit entre les extenseurs et les fléchisseurs par une contraction soudaine de ces derniers, survenant à un certain instant du mouvement préparatoire déterminé par les premiers.

Le mouvement commencé, pendant lequel la partie supérieure du système a acquis une certaine vitesse, est brusquement modifié par l'introduction de cette nouvelle force. Un nouvel état dynamique surgit, lequel a pour effet résultant la séparation instantanée du sol et du corps et la projection de ce dernier dans un sens déterminé.

Le mécanisme du vol, celui du nager des poissons, reposent exactement sur la même formule dynamique. Ces trois chapitres avaient fait l'objet d'autant de communications à l'Académie des sciences.

L'auteur a placé en note, à la fin de son ouvrage, un mémoire récemment présenté aussi à l'Académie des sciences, et qui a pour objet de donner une explication positive d'un des points les plus inconnus de la physiologie de l'organe de la vue, à savoir, le mécanisme de la

position, à l'influence pathologique générale sous laquelle se trouvent placés ces petits malades). Il y a donc lieu de se préoccuper de cette cause d'accidents et de chercher à en prévenir le retour.

Ayant observé que les cordons latéraux qui maintiennent la canule en place avaient une extrême tendance à glisser de bas en haut dans les œillets qui leur sont destinés, d'où le déplacement de la canule et le frottement en avant de son bord inférieur, surtout chez les très-jeunes enfants qui sont très-remuants; ayant remarqué, en outre, que la plaie extérieure appuie seulement sur la partie moyenne du pavillon, et que, les bords de ce pavillon étant écartés des surfaces voisines, il en résulte une vacillation latérale facile qui favorise la production d'une ulcération, M. Barthez a eu l'idée, pour remédier à ces inconvénients, de faire fixer le fil à la partie inférieure de chaque œillet au moyen d'un trou secondaire, ce qui empêche l'extrémité de la canule de basculer en avant. Il a aussi essayé de remédier à la saillie antérieure du bord tranchant de la canule, en le faisant couper en biseau, c'est-à-dire obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. Enfin, il a fait recourber plus fortement le pavillon sur les côtés, de manière qu'il s'applique plus exactement à la partie antérieure du cou. L'expérience ne lui a pas encore permis d'apprécier les effets de ces modifications. L'expérience est encore à faire aussi avec les canules mobiles que M. Roger a présentées à l'Académie. Nous attendrons les résultats des essais en cours d'exécution pour revenir sur ce sujet.

Rhumatisme cérébral.

Nous avons assez souvent déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur le rhumatisme cérébral et sur les diverses questions de nosologie et de médecine pratique qui s'y rattachent. Malgré les faits assez nombreux qui ont été recueillis et publiés depuis quelques années, il s'en faut que cette affection soit encore bien connue. Il y a donc toujours de l'intérêt à réunir les faits bien observés, surtout lorsqu'ils sont de nature à jeter quelque jour nouveau sur quelques-uns des caractères, encore incomplétement connus ou mal appréciés, de cette maladie. Voici trois faits récemment publiés dans la *Gazette médicale de Paris* par M. le docteur Kuhn (de Gaillon), et qui nous ont paru mériter à plusieurs titres d'être reproduits. D'abord parce qu'ils montrent que la maladie dont il s'agit peut offrir des caractères et des complications variables, et qu'il y a lieu d'en déduire des modifications corrélatives dans les formules du traitement. En second lieu, parce que dans les deux cas, sur trois qui ont été suivis de mort, on peut voir la part qui revient dans ce funeste résultat à la paralysie rhumatismale de certaines fonctions essentielles des centres nerveux.

Voici la relation quelque peu abrégée de ces trois faits :

Le 17 juin 1857, je fus appelé, dit M. Kuhn, auprès d'un homme de soixante-huit ans, d'une constitution assez robuste, ayant toujours assez bien vécu, sans privations comme sans excès, si ce n'est toutefois quelques excès de travail au moment des forts travaux des champs; il se donnait alors fréquemment des courbatures et s'exposait sans précautions à toutes les intempéries. Il a eu à différentes reprises des atteintes de rhumatisme articulaire.

Cette fois, il se plaignait de douleurs erratiques dans différents points des membres, et d'un point pleurodynique dans le flanc gauche, remontant vers la région précordiale. Fièvre modérée; pouls à 79. L'auscultation ne révèle aucun désordre dans les organes thoraciques. Fonctions alvines normales; urines peu abondantes, foncées, mais sans altération spéciale; peau sèche, non brûlante; rien dans les articulations.

Reconnaissant dans cet état une affection rhumatismale de moyenne intensité, sans lésion organique sérieuse, M. Kuhn crut pouvoir annoncer un assez prompt rétablissement, et se borna à prescrire un bain de vapeurs aromatiques avec sudation consécutive, puis frictions narcotico-ammoniacales sur les points douloureux; à l'intérieur, vin scillitique, 3 cuillerées dans les vingt-quatre heures, et décoction de chiendent nitré pour boisson.

Les douleurs cédèrent peu à peu, et le 21 il subsistait à peine un peu de céphalalgie avec endolorissement de la région occipitale et de roideur du cou.

Le 23, il y avait dans la parole quelque chose de bref, de heurté; le pouls accusait de légères irrégularités, même parfois des intermittences, sans qu'on pût découvrir la moindre lésion organique du cœur. Le pouls était d'ailleurs assez faible, quoique un peu plus fréquent (82). — Large vésicatoire cambré sur la poitrine; sinapismes promenés sur les extrémités; potion avec 5 grammes d'acétate d'ammoniaque; lavement purgatif.

La nuit a été très-agitée; délire continuel; émission involontaire des urines et des matières fécales.

Le 24, la fièvre et l'agitation augmentent; le malade n'a pas un instant recouvré la raison; les battements du cœur sont tumultueux, tout à fait intermittents; le pouls est excessivement fort et dur, à 95 environ. L'oppression est très-grande, le teint bleu livide; les poumons s'engouent et font entendre du râle sous-crépitant sur plusieurs points. Une large saignée est immédiatement pratiquée. Le sang frappa vivement l'attention de M. Kuhn par sa diffluence et par la couleur brun-noirâtre, ou plutôt chocolat foncé, comme on le voit dans certains empoisonnements, entre autres dans l'empoisonnement par l'acide prussique. Cette saignée, si bien indiquée d'ailleurs en apparence, fut suivie presque immédiatement de coma, et la mort arriva deux heures après. L'autopsie n'a pu être faite.

— Le deuxième fait est celui d'un homme de trente-huit ans, d'une constitution un peu délabrée par des excès de travail et par de fréquents voyages. Cet homme avait eu, au mois d'août 1857, une dyssenterie assez grave durant trois semaines, pendant lesquelles il n'avait cessé de travailler à faire et à rentrer sa récolte; enfin il était sujet à de fréquentes atteintes de rhumatisme. Dans les premiers jours de novembre 1858, il fut pris de douleurs articulaires, erratiques et d'un point de côté vers le flanc gauche. Appelé auprès de lui le 11 seulement, M. Kuhn le trouva sensiblement mieux, sous la seule influence de deux jours de repos.

Le 14, par un temps épouvantable, la douleur du côté était revenue au point de gêner beaucoup la respiration, ainsi que les douleurs des membres. La région occipitale elle-même était devenue le siége d'une douleur sourde, s'irradiant vers les tempes et jusque vers le front. Rien de particulier du côté des fonctions cérébrales. Pouls presque normal, 80; langue épaisse et saburrhale. Point de garde-robe depuis deux jours. Quelques nausées. Urines normales. — Tartre stibié, 10 centigrammes; sulfate de soude, 15 grammes, dans 500 grammes d'eau, en quatre doses de demi heure en demi-heure. Il y eut cinq ou six vomissements et autant de selles.

Le 15, le point de côté a disparu; les douleurs des membres ont beaucoup diminué; la céphalalgie occipitale a seule résisté : de plus, il y a de la roideur dans les muscles de la nuque, et leurs mouvements sont douloureux. On constate aussi une élévation notable de la température de cette région. Le teint est plombé; pouls à 84. Deux selles liquides.

Considérant dès ce moment ce malade comme en grand danger, mais éclairé par le fait précédent sur la valeur des émissions sanguines dans cette forme et à cette période du rhumatisme cérébral, M. Kuhn se borna cette fois à l'emploi des diaphorétiques et des révulsifs, continués avec énergie et persévérance; mais tout ce qu'il put gagner, ce fut de prolonger la vie de deux ou trois jours. En effet, dans la nuit du 15 au 16, il survint du délire, de l'oppression; la peau et les muqueuses prirent une teinte violacée, les poumons s'engouèrent, la respiration devint accélérée, le pouls fréquent avec de légères intermittences, déjections involontaires, et la mort survint dans la matinée du 18.

— Dans le troisième cas, dont la solution a été plus heureuse, il s'agit d'un homme de 48 ans, d'une constitution moyenne, d'une humeur taciturne, âpre au travail et très-peu sensible à la fatigue et aux douleurs physiques. Cet homme, qui compte des précédents de diathèse rhumatismale dans sa famille et qui a été longtemps exposé aux influences rhumatisantes, fit appeler M. Kuhn, le 12 novembre dernier, pour un violent point de côté s'étendant de la partie latérale inférieure gauche du thorax jusqu'à la crête iliaque, et qui l'empêchait de prendre haleine; il avait de plus un violent mal de tête occipito-frontal, avec endolorissement des muscles de la nuque. Les jours précédents il avait eu des douleurs dans les deux genoux et il éprouvait encore de l'engourdissement dans le mollet gauche sur le trajet du nerf poplité sciatique externe. La douleur des genoux s'était dissipée spontanément. Langue saburrhale; quelques nausées; constipation et sensibilité à la pression sur tout le trajet du côlon ascendant; 45 respirations par minute, oppression légère; pouls à 78, non fébrile; rien du côté du cœur; teint plombé, peau sèche, plutôt froide que chaude et d'une coloration violacée. — Une demi-bouteille d'eau de Sedlitz, additionnée de 15 centigrammes d'émétique, à prendre en trois doses à demi-heure d'intervalle. Dans la soirée un large vésicatoire à l'épigastre; cataplasmes laudanisés sur le ventre; chiendent nitré.

Le 13, la douleur abdominale a beaucoup diminué. (Il y avait eu deux vomissements et une quinzaine de selles bilieuses); les douleurs des membres n'ont pas reparu, mais la céphalalgie persiste, presque aussi intense que la veille. Subdélirium et révasserie pendant la nuit, sans augmentation de chaleur à la région occipitale. La peau du tronc et des membres est toujours sèche, un peu plus chaude que la veille. Rien de particulier dans les fonctions respiratoire et circulatoire, sauf une légère accélération du pouls. — Poudre de Dower, 15 centigrammes toutes les quatre heures, infusion de bourrache.

Il survient dans la journée une diaphorèse abondante, à laquelle ne participe point le cuir chevelu. M. Kuhn fait couvrir la tête d'un large bonnet de laine très-épais, s'étendant par-dessus la nuque, et recouvert d'une coiffe en taffetas ciré. La région cervicale est elle-même amplement garnie de laine. Il en résulte une transpiration très-abondante aussi des parties ainsi enveloppées. Malgré cette accumulation de chaleur autour de la tête et l'administration de l'opium à doses répétées, l'agitation, le délire et les révasseries diminuèrent graduellement, et la nuit suivante il y eut en tout environ six heures de bon sommeil.

Les mêmes moyens furent continués le 14, sans aggravation, mais aussi sans amélioration bien sensible. La tête était toujours lourde, endolorie, et les muscles de la nuque conservaient en partie leur roideur.

Le 15, la tête commence à se dégager; les sueurs ont disparu; mais la peau conserve sa moiteur. Le malade éprouve le besoin de quelque alimentation, toutefois sans un vif désir. On supprime la poudre de Dower et on prescrit quelques cuillerées de bouillon de poulet, du vin de quinquina à prendre par demi-cuillerées à bouche, quatre fois dans la journée.

A partir du 16, amélioration progressive; le malade se lève les jours suivants et revient par degrés à son régime normal. La guérison ne tarde pas à être complète.

— Il y a dans ces trois faits, ainsi que le fait remarquer très-judicieusement M. Kuhn, une singulière coïncidence de certains phénomènes qui n'ont pas été notés dans les cas publiés jusqu'ici. Ainsi, chez les trois malades, il existait dès le début, au milieu d'autres symptômes rhumatismaux, une douleur, très-probablement de même nature, s'étendant de la région précordiale au flanc gauche; chez tous les trois il y avait d'abord absence de fièvre et de tout désordre fonctionnel du cœur, et la réaction fébrile ne s'est manifestée que plus ou moins longtemps après l'envahissement des centres nerveux. La cyanose, très-prononcée chez les deux malades qui ont succombé, s'est aussi manifestée chez le troisième, quoique à un degré bien moindre. Enfin, l'élévation de température et l'endolorissement de la région occipito-cervicale, avec contracture des muscles du cou, n'a manqué chez aucun des trois malades.

---

production du relief dans la vision binoculaire, puis dans la vision avec un seul œil.

Cette théorie, sans être compliquée, est trop étendue pour être reproduite ici. Elle repose sur un nouveau mode d'accommodation de l'œil non soupçonné jusqu'ici, et qui s'accomplit concurremment avec les procédés d'adaptation connus déjà et qui dépendent des muscles extérieurs de l'œil. Ce nouveau mode d'accommodation est tout interne : il a pour objet de modifier la surface de la rétine, de façon à conserver l'harmonie des points identiques troublée à chaque instant, sans qu'on s'en doutât, dans l'opération de la vision. Ces modifications, dues au muscle tenseur de la choroïde de Brücke et de Bowmann, ont pour effet des mouvements peu étendus de points de la rétine relativement à d'autres points, et la conscience (musculaire) de ces petits mouvements laisse après elle le sentiment de l'éloignement ou du rapprochement relatifs des points lumineux en rapport avec ces points rétiniens.

Cette sensation n'est autre que celle du relief ou de la différence d'éloignement antéro-postérieur de deux ou plusieurs points sur lesquels se porte la vue.

Malgré l'apparence mathématique de ces développements, il n'y a rien dans cet ouvrage qui doive détourner de son étude les physiologistes non spécialement mathématiciens. Tous les sujets qui y sont traités ne le sont qu'au point de vue de la géométrie ou de la physique *élémentaires*. Et les conclusions éclairent plus d'un point de physiologie intéressant pour le chirurgien, le peintre, le sculpteur, et même le médecin dans bien des cas d'affections internes, celles en particulier qui siégent dans les systèmes musculaire et osseux.

L'étendue de cette analyse prouve assez l'importance que nous attachons au livre de M. Giraud-Teulon. Malheureusement il nous eût été, à beaucoup d'égards, difficile de porter dans l'examen de ce travail cet esprit critique dont il sait si bien lui-même éclairer les questions de cet ordre. Nous laisserons donc à ceux de nos lecteurs les plus compétents en cette matière, le soin de juger si dans le nombre des solutions proposées par l'auteur, il n'en est point qui soient sujettes à révision. Le seul droit dont nous ayons entendu user ici, a été de signaler à nos confrères une œuvre capitale, digne de tout leur intérêt. B.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Desbois, né à Saint-Martin-de-Boscherville (Seine-Inférieure); *Recherches sur quelques points relatifs au diagnostic et au traitement des maladies du cœur.*

Gibert, né à Satigny (Suisse); *Etude clinique de la coxalgie observée chez les enfants.*

Gérard, né à Azay-le-Rideau (Indre-et-Loire); *De l'inflammation chronique du col de l'utérus.*

Guillet, né à Cholet (Maine-et-Loire); *Sur quelques différences individuelles des organes respiratoires.*

Maillard, né à Dampierre (Côte-d'Or); *Sur quelques points du traitement de la tumeur et de la fistule lacrymale par la cautérisation du sac.*

Misset, né à Aignay-le-Duc (Côte-d'Or); *De l'inflammation du bord libre des paupières.*

Verjon, né au Havre (Seine-Inférieure); *Du traitement par les caustiques de certaines tumeurs sujettes à récidive.*

Kinneweel, né à Paris (Seine); *Sur l'étiologie et le traitement de la phthisie pulmonaire.*

Tarnier, né à Varanges (Côte-d'Or); *Quelques réflexions critiques sur le favus.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

L'Année scientifique et industrielle, par Louis FIGUIER. Deux vol. in-8°. Prix du volume, 3 fr. — Paris, chez Hachette et Cie, éditeurs, rue Pierre-Sarrazin, 14.

Vittel (Vosges). Ses eaux minérales; par M. le docteur J. PATÉZON, médecin inspecteur. Un vol. in-18. Prix : 2 fr. J. B. Baillière et fils.

La vraie vérité sur M. Vriès, dit le Docteur noir, par M. CH. FAUVEL, interne en chirurgie à l'hôpital de la Charité. Deuxième édition. Un volume grand in-8° de 64 pages. Prix : 75 c. Paris, 1859, librairie Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine, 23.

M. Kuhn pense que chez ses trois malades l'affection a porté plus particulièrement sur la moelle allongée et sur une portion de la moelle cervicale, et qu'elle a frappé spécialement les nerfs qui président aux fonctions de l'hématose; de là les symptômes d'asphyxie et l'altération si remarquable du sang chez les deux sujets qui ont succombé. La diversité des symptômes que présentent les différents cas connus de rhumatisme cérébral, la différence qu'ils peuvent présenter dans leur degré de gravité, et enfin la prédominance exclusive de certains phénomènes dans quelques cas, s'expliqueraient en effet par la différence du siége de l'affection cérébrale dans telle ou telle partie des organes encéphaliques. Les observations de M. Kuhn nous ont paru très-intéressantes sous ce point de vue.

Nous conclurons volontiers avec lui, que la seule conséquence légitime qu'il soit permis de tirer du rapprochement des faits aujourd'hui connus, c'est qu'il y a dans cette maladie, comme dans une infinité d'autres, des différences souvent essentielles, dépendantes de la variabilité des causes qui les produisent, du siége qu'elles occupent, de leur plus ou moins d'intensité, des conditions individuelles, et enfin de toutes les influences extérieures; et que les formules du traitement, à moins d'indication majeure fournie par la nature même de la maladie, doivent être modifiées en raison même de ces différences.

AVANTAGES DES FILS D'ARGENT

sur les sutures ordinaires,

Par M. Clément Ollivier (de Nantes).

La nommée C..., de Chemillé (Maine-et-Loire), vint me trouver l'année dernière à ma maison de santé d'Ingrandes, pour être opérée d'une déchirure complète du périnée, du sphincter de l'anus et de la cloison recto-vaginale, décbirée des deux côtés de manière à former au milieu du cloaque une languette de 1 pouce et demi à 2 pouces.

Cette malheureuse ne pouvait donc en aucune manière retenir ses excréments, qui sortaient non digérés et réduisaient la patiente à un état voisin du marasme.

Après avoir ravivé les deux côtés de la languette et les points qui devaient lui être rapprochés, je tentai une première opération dans laquelle je voulus comprendre le lambeau lui-même de la cloison. Bien entendu que les bords seuls du périnée reprirent, mais que les parties profondes se déchirèrent sous la pression des fils aussitôt l'inflammation excitée par la présence de ces fils eux-mêmes.

Toutefois, de cette première opération il resta une large bride reliant les deux grandes lèvres, au niveau de l'endroit occupé autrefois par la fourchette, ce qui me fut d'une grande utilité pour ma seconde opération.

Quatre mois après, c'est-à-dire il y a six semaines, cette femme était venue me trouver à Nantes.

Après l'avoir purgée, je la mis à une diète consistant à ne prendre que quatre bouillons par jour, accompagnés chacun d'une pilule composée de :

Opium.	50 centigr.
Extrait de ratanhia.	2 grammes.

Pour 40 pilules.

Les bords de la languette résultant de la déchirure de la cloison recto-vaginale étant ravivés, ainsi que les parties externes devant y être affrontées, je pratiquai six points de suture, trois de chaque côté pour la paroi anale et cinq pour la paroi vaginale, en tout onze. Cette languette une fois fixée, j'attendis la chute de mes fils des tissus, qui s'opéra au bout de cinq ou six jours, et qui m'offrirent à ce moment une réunion complète. J'attendis encore cinq ou six jours, afin que la suppuration fût terminée, puis je repurgeai la malade et lui donnai quelques aliments.

Après quatre jours d'alimentation et de repos, je ravivai les bords de la déchirure, tant en arrière de la cloison recto-vaginale rétablie qu'en avant. Puis je pratiquai avec le fil d'argent deux points de suture pour la partie anale, en ayant soin d'enfoncer mon fil au delà de l'ancienne déchirure de la cloison que je ne compris point dans la suture de crainte d'en décbirer les tissus enflammés.

Puis j'enfonçai un autre fil au-dessus de la cloison, de manière à rapprocher profondément la commissure inférieure des grandes lèvres, qui se trouvèrent mises ainsi, l'ancienne bride ayant été coupée, en contact avec les tissus encore enflammés de la cloison recto-vaginale, aussi bien que les tissus profonds de la partie anale.

J'enlevai mes fils le huitième jour. Aucune déchirure des tissus profonds n'avait eu lieu; les fils avaient tenu les chairs constamment en contact; la coaptation de tous les points ravivés était complète, aussi bien entre eux qu'avec la cloison recto-vaginale avec laquelle ils avaient été mis en contact.

La malade pouvait retenir ses gaz. Le onzième jour, après lui avoir préalablement fait prendre pendant deux jours du petit lait miellé, j'administrai de l'eau de Sedlitz qui procura des évacuations liquides que la malade put facilement gouverner, et elle rentra au bout d'un mois dans sa famille.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 avril 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

M. Verneuil demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. VERNEUIL. Dans la dernière séance, M. Chassaignac nous a parlé des tentatives qu'il avait faites pour arrêter des hémorrhagies des artères de la main, à l'aide de la compression digitale indirecte pratiquée sur l'artère humérale. Ce moyen ne lui a pas réussi, car le sang s'échappait de nouveau dès que la compression était momentanément suspendue ou moins parfaitement exécutée. Ce résultat ne doit pas surprendre; d'abord la compression de l'humérale est plus difficile qu'on ne pense; le moindre mouvement du malade, une contraction du biceps, dérangent les doigts qui compriment, et le sang passe dans le vaisseau.

Exercée avec la main, la compression est rarement totale, au moins ne l'est-elle pas longtemps. C'est pourquoi cette méthode convient mal aux hémorrhagies primitives, qui exigent une interruption complète du cours du sang pendant un laps de temps plus ou moins long.

Pour être efficace dans des cas de ce genre, l'application du doigt doit être directe, c'est-à-dire porter *dans la plaie elle-même*, sur les extrémités des bouts artériels séparés par la solution de continuité. Cette méthode remonte à l'origine même de la chirurgie, car c'est pour ainsi dire un acte instinctif, de la part des blessés ou des personnes présentes, de placer les doigts sur une plaie qui saigne avec profusion. On fait ainsi une hémostase provisoire. Aussi ne doit-on regarder la compression digitale comme méthode, que lorsque, par son application prolongée, on cherche à obtenir l'hémostase définitive.

J'ai dit que les origines de cette pratique sont fort anciennes; qu'il me soit permis de donner quelques indications qui permettront d'écrire un jour l'histoire de ce point de pratique. Galien parle en plusieurs endroits de l'application du doigt pour arrêter le sang, et réunir les lèvres d'une plaie qui fournit du sang. Ces passages, d'ailleurs assez laconiques, nous laissent ignorer la durée de la compression directe; on ne saurait donc dire si cet expédient était temporaire ou définitif (1).

Franco, en parlant de l'extirpation des loupes de la tête, recommande quelques remèdes, et ajoute que, s'il y a hémorrhagie, on arrêtera le sang « jusqu'à temps que l'hémorrhagie soit aucunement cessée, ou bien lier la veine ou artère avec un filet bien fort, ainsi comme enseigne Galien au cinquième de sa méthode (2). »

Nous trouvons surtout une nouvelle mention de la compression digitale directe dans un recueil d'observations trop peu connu en France. Je veux parler du livre de H. Von Roonhuysen, qui écrivait dans le dernier tiers du dix-septième siècle. Le document est d'autant plus précieux qu'au lieu d'un conseil dogmatique, nous avons deux faits tout à fait concluants: l'un date de 1582, le sujet est le prince d'Orange, blessé par arme à feu au siége d'Anvers. La plaie, située à la tête, alla bien pendant quatorze jours. A cette époque : hémorrhagie énorme que Joseph Michaël de Luca ne réprima que par la compression digitale continue. Le noble malade guérit.

Roonhuysen suivit cet exemple pour une hémorrhagie incoercible et plusieurs fois récidivée. Elle avait pour point de départ une ulcération syphilitique du gland. Tous les hémostatiques avaient été épuisés. Roonhuysen fit venir deux garçons tailleurs (parce que ces ouvriers peuvent rester assis mieux et plus longtemps que les autres), et fit comprimer l'artère de la verge avec le pouce dans la plaie probablement. Les deux chirurgiens improvisés se relayaient de quatre heures en quatre heures. Ils y restèrent huit jours et huit nuits : la guérison fut obtenue. Ceci se passait en 1664 (3).

En 1691, Saviard avait opéré un anévrysme du pli du coude par la méthode ancienne : le bandage étant appliqué, le tourniquet ôté, « il fit appuyer la main d'un serviteur sur le pli du coude depuis dix heures du matin jusqu'à dix heures du soir. » C'est là une sorte de compression manuelle adjuvante qui ne rentre pas directement dans le cadre actuel, mais que je cite comme curiosité.

En 1695, Saviard met en usage un autre procédé : c'est encore la compression adjuvante de la méthode ancienne; mais cette fois elle ne s'exerce plus à travers l'appareil, c'est la méthode indirecte qui est employée. Deux serviteurs comprimèrent l'artère pendant vingt-quatre heures (4).

J. L. Petit, en 1710, utilisa encore la compression manuelle, mais seulement d'une manière extemporanée et comme adjuvant. C'était pour une amputation de cuisse; quatre chirurgiens se relevaient d'heure en heure pour appuyer à travers le bandage sur l'endroit de l'artère ouverte (5).

Enfin Lancisi consacre un assez grand paragraphe à la compression digitale comme moyen de traiter les hémorrhagies primitives. Il pense que la chose est très-praticable chez les gens riches et chez les pauvres dans les hôpitaux. Cependant il ne cite aucun fait particulier (6).

Je m'arrête ici, n'ayant pas voulu faire l'historique complet de la question, mais seulement en signaler l'antique origine, et surtout pour rappeler à l'attention les remarquables observations du fameux chirurgien hollandais.

Je ne songe nullement à donner la compression digitale dans les plaies artérielles comme méthode générale; mais je ne puis m'empêcher de croire qu'en quelques cas rares, elle est susceptible d'applications utiles dans certaines hémorrhagies. C'est pourquoi je crois qu'il est bon de connaître les faits qui s'y rapportent.

M. RICHET. L'efficacité de la compression digitale pour le traitement des anévrysmes est incontestable, mais comme il est bon que l'on enregistre les faits dans lesquels cette méthode a échoué, je demande à la Société la permission de lui communiquer une observation recueillie à l'hôpital Saint Louis.

Je n'en donnerai ici que le résumé succinct, l'interne du service, M. Jacquard, se proposant de publier plus tard l'observation *in extenso*.

Le nommé L. G..., âgé de trente ans, ancien infirmier des hôpitaux, entre à l'hôpital Saint-Louis pour une tumeur du creux poplité qualifiée d'inflammation par le médecin qui l'adresse; effectivement on l'a traité par les sangsues et les vésicatoires. Lors de l'entrée, la tumeur proémine dans le creux du jarret, mais arrive depuis quelques jours à la partie inférieure et interne de la cuisse.

Appelé à voir le malade en l'absence momentanée de mon collègue M. Denonvilliers, je reconnais un anévrysme de la poplitée, dont le sac s'est fait jour à travers le tendon du troisième adducteur, et se présente à la cuisse sous forme d'un abcès. Il y a effectivement de la chaleur, de la rougeur, et surtout de l'empâtement dans le tissu cellulaire sous cutané. Les pulsations sont parfaitement reconnaissables. La tumeur est agitée d'un mouvement d'expansion très-caractérisé; enfin, je constate un bruit de souffle bien manifeste.

Je fais appliquer des compresses imbibées d'eau blanche, et un bandage roulé sur le membre inférieur.

La tumeur diminue, perd peu à peu ses caractères inflammatoires; alors je fais pratiquer une compression dans le pli de l'aine à l'aide d'une pelote de charpie soutenue par un spica de laine.

Quelques jours après, M. Denonvilliers ayant repris son service, nous convenons d'essayer la compression digitale.

Le 21 mars, on la commence à huit heures du matin jusqu'à quatre heures du soir. Le malade s'en plaint vivement. On le laisse reposer le 22 et le 23.

Le 24, la compression est faite de neuf heures à quatre heures; elle a été très-douloureuse au dire du malade, et on voit effectivement une plaque rouge avec tuméfaction dans le pli de l'aine.

Le 25, le malade essaye de comprimer lui-même.

Le 26, compression pendant quatre heures par les élèves du service. Mais le malade la déclarant intolérable, on cesse.

Le 27 et le 28, la tumeur, qui depuis la compression digitale n'a cessé d'augmenter, menace de se rompre. Il s'est formé dans le creux poplité une eschare qui laisse suinter du sang sous l'épiderme, et la tumeur est agitée de battements violents.

M. Denonvillers et moi pensons qu'il ne reste plus d'autre chance de salut que de lier la fémorale ou même d'amputer la cuisse. Le malade ne veut pas entendre parler d'opération.

Le 29, la maladie a fait de nouveaux progrès, le malade consent à la ligature, qui est pratiquée dans le pli de l'aine, à la partie inférieure du triangle inguinal.

Depuis cette époque la tumeur a sensiblement diminué. Aujourd'hui 10 avril la guérison semble certaine; la ligature est tombée, et la tumeur a diminué des deux tiers.

Peut-être pourrait-on objecter qu'ici la compression digitale n'a pas été prolongée assez longtemps; effectivement, en ne tenant compte que de celle faite par les aides, elle n'a pas duré plus de vingt heures. Mais il est des cas dans lesquels quelques heures ont suffi à M. Vanzetti pour guérir sans retour de semblables anévrysmes. La compression a été faite aussi parfaitement que possible, et cependant elle n'a pu être supportée; cela tient sans doute à l'individu.

J'incline à penser que la raison pour laquelle la compression a échoué, c'est que l'anévrysme s'était enflammé. Lorque le malade est entré à l'hôpital, il y avait déjà un ramollissement des caillots et même du pus infiltré dans le tissu cellulaire périphérique, ainsi que le démontrait l'empâtement, ce qui a nui à la coagulation du sang dans la poche.

Toujours est-il que c'est là un fait qu'il faut faire entrer en ligne de compte, quelle que soit d'ailleurs l'opinion qu'on adopte relativement à cet insuccès de la compression digitale.

(*La fin au prochain numéro*).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Sur la plainte en exercice illégal de la médecine, portée par le bureau de l'Association de l'arrondissement de Meaux, le sieur Leclerc, se disant guérisseur du charbon, vient d'être condamné à 200 francs de dommages-intérêts envers l'Association, à une amende et aux dépens.

C'est la deuxième condamnation de ce genre obtenue par l'Association de l'arrondissement de Meaux. La priorité des poursuites de ce genre lui appartient, car c'est elle qui a obtenu un premier jugement le 9 mai 1856.

— M. le docteur Félix Roubaud vient d'être nommé médecin inspecteur des eaux minérales de Pougues (Nièvre).

Cet honorable confrère va publier sous très-peu de jours le premier volume de son ouvrage sur les eaux minérales de la France.

— On lit dans le *Bulletin de la médecine militaire* :

« Au milieu des *on dit* de toutes sortes qui circulent parmi les officiers de santé militaires, il est difficile de saisir ce qu'il y a de fondé dans les espérances qui les animent.

» Cependant il paraît exact que deux projets distincts ont été élaborés : le premier, relatif à la réorganisation proprement dite, c'est-à-dire à la fixation des cadres et de la solde; le second, concernant le recrutement et les écoles. Après avoir donné un avis favorable sur ces deux projets, M. le ministre de la guerre les aurait renvoyés à l'examen du conseil de santé.

» Le conseil de santé aurait approuvé à peu près complétement le premier projet, mais il aurait retenu celui qui concerne les écoles.

» Le premier travail, comprenant les dispositions les plus essentielles pour satisfaire aux désirs du corps de santé, et pouvant être lancé seul sans aucun inconvénient, serait présenté de nouveau à M. le maréchal dans quelques jours. S'il l'approuve, et qu'il obtienne la sanction de l'Empereur, un premier décret sortirait dans un temps très-prochain. »

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

(1) *Methodus medendi*, liv. V, chap. II. T. X, édit. de Kühn, p. 314, 317, 320, 321.

(2) *Traité très-ample des hernies*, 2e édit., 1561, p. 483.

(3) Historicher Heil-Curen verfassete Anmerckungen. — Traduction allemande. Nüruberg, 1674. Erste Theile XXVI, Anmerckung., p. 96.

(4) Saviard, Observations chirurgicales. Edit. Leronge. Paris, 1784. — Obs. VII, p. 27, et obs. XXXIII, p. 135.

(5) J. L. Petit, édit. en un volume. 1844, p. 825.

(6) Lancisi, *De motu cordis et anevrysmatibus*. Lib. 2, chap. Ier. Propos. XI, p. 142, in-4o. Naples, 1737.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 46. — MARDI 19 AVRIL 1859. (32e ANNÉE.) N° 46. — MARDI 19 AVRIL 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 AVRIL 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Duméril, qui dans une des précédentes séances avait présenté à l'Académie le premier chapitre de son *Entomologie analytique*, a donné lecture dans la séance du 11 avril d'une partie de ce chapitre, dans lequel il traite de l'un des points les plus intéressants de l'histoire des insectes, la reproduction. Nous regrettons que l'étendue de ce travail et sa nature un peu spéciale ne nous aient pas permis de le reproduire. Nous n'avons pas voulu du moins laisser échapper l'occasion de signaler ce nouveau travail plein d'intérêt du vénérable doyen de nos naturalistes.

M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, en déposant sur le bureau de l'Académie le deuxième volume de son *Histoire générale des règnes organiques*, a accompagné cette présentation d'une note qui lui sert de commentaire et que l'on trouvera dans le compte rendu.

Nous devons aussi une mention à la présentation qu'a faite M. J. Cloquet d'un nouveau mémoire de notre savant et laborieux confrère de Marseille, M. le docteur Bertulus, sur l'action de la chaleur, du froid et de l'humidité, sur l'organisme. C'est particulièrement au point de vue de la réaction vitale contre les influences physiques extérieures que M. Bertulus a étudié ce sujet. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Noël GUÉNEAU DE MUSSY, suppléant de M. ROSTAN.

Leçon d'ouverture du cours de Clinique pour le deuxième semestre de cette année.

Messieurs, avant d'étudier avec vous les malades qui se trouvent actuellement dans les salles de la Clinique, permettez-moi de vous exposer en quelques mots comment je comprends la clinique, et quels sont les principes qui me dirigeront dans cet enseignement.

Je ne puis partager l'opinion de ceux qui pensent que les doctrines n'ont aucune importance en médecine ; je crois, au contraire, que les doctrines sont le fondement de la pratique ; d'ailleurs, en commençant ce cours par l'exposition de quelques généralités philosophiques, je me conforme aux traditions qui m'ont été laissées par l'illustre maître que je suis appelé à suppléer, et dont tous ici nous regrettons l'absence.

La clinique est à proprement parler l'enseignement de la médecine pratique ; tandis que la pathologie vous a fait connaître le côté scientifique de la médecine, l'objet de la clinique est de vous initier à l'art médical ; la première s'occupe des maladies, la seconde étudie les malades.

Se prêtant un mutuel appui, inséparables l'une de l'autre, la pathologie et la clinique suivent des méthodes bien différentes : l'une part des faits particuliers, pour les comparer, les grouper, les généraliser, les abstraire ; l'autre, s'emparant de ces données fournies par la pathologie, les applique aux cas particuliers, en tire des inductions pour connaître les lésions qui correspondent aux symptômes extérieurs, pour prévoir les tendances de la maladie, pour déterminer le traitement qu'il convient de lui opposer ; mais elle ne perd jamais de vue *le malade*, c'est-à-dire un organisme qui souffre et qui combat, apportant dans cette lutte ses aptitudes individuelles, originelles ou acquises.

Ces quelques mots suffisent pour définir le terrain de la clinique : mais, comme l'a dit un des écrivains les plus célèbres de nos jours, tout enseignement suppose une doctrine et une méthode. Je dois donc commencer par vous faire connaître la doctrine et la méthode que j'ai adoptées. N'attendez pas de moi, ou plutôt ne craignez pas que j'entreprenne ici un exposé complet des doctrines médicales ; je veux seulement vous faire une profession de foi motivée, c'est-à-dire vous exposer simplement et franchement les principes que je crois être vrais, et qui servent de fondement à ma pratique ; principes auxquels je suis d'autant plus attaché qu'ils ne sont pas miens. Ils ont été professés, dès l'origine de notre art, par les grands maîtres qui l'ont créé, et ils ont eu pour défenseurs, dans la suite des siècles, les praticiens les plus éminents.

Toutes les doctrines médicales gravitent autour de deux notions fondamentales : la notion de la vie, et la notion de la maladie.

Toute médecine, toute thérapeutique, dérivent de la solution qu'on donne à ces deux questions ; et ceux mêmes qui évitent de les poser les résolvent implicitement, sous peine de demeurer dans un scepticisme qui ne peut conduire en thérapeutique qu'à un empirisme grossier, ou à une expectation systématique.

Qu'est-ce donc que la vie ? Sur cette question, deux doctrines sont en présence, chacune d'elles se subdivisant en plusieurs sectes.

Les uns ne voient dans la vie qu'un résultat du jeu des organes ; elle est une propriété de l'organisme, comme le magnétisme est une propriété de l'aimant.

Les autres la regardent comme une cause, une force, ce qui est tout un, car tout ce qui est cause est force, et une force ne se révèle à nous qu'en tant qu'elle est cause ; cette force domine l'organisme, préside à son développement et à sa conservation.

Entre ces deux opinions, qui se contredisent, où est la vérité ? Quand l'organisme est arrivé à son complet développement, la force qui l'anime se cache sous la complication de ses instruments. On peut s'arrêter un moment à cette pensée que la vie est un mécanisme très-délicat, très-ingénieux, mais qui, tôt ou tard, livrera ses secrets aux efforts de la chimie et de la physique.

Pour mieux juger la question, il convient d'étudier l'organisme sous sa forme la plus simple, dans sa manifestation primordiale, *ab ovo*, comme on dit. Oui, dans l'œuf ! Et qu'y trouvons-nous, dans cet œuf ? Une cellule, une agglomération de petites granulations. Armez-vous du microscope, du scalpel, ils ne vous apprendront rien de plus. La chimie, avec son admirable arsenal de procédés et d'appareils analytiques, tous ses fourneaux, toutes ses cornues et tous ses réactifs, arrivera à vous dire qu'il y a un peu d'albumine, de la matière grasse et quelques sels.

Eh bien, dans ce corps si simple, il y a une activité vitale si grande, si puissante, qu'elle ne va pas seulement se manifester par des actes fonctionnels, mais qu'elle va créer les organes eux-mêmes, et produire un être vivant qui représentera les caractères spécifiques, et même, dans une certaine mesure, les caractères individuels des êtres dont il est sorti.

Quel est le mécanisme qui peut accomplir de pareils effets ?

Comment soutenir que la vie est le résultat de l'action des organes, puisque là elle précède les organes, elle les fait ? Quel serait d'ailleurs l'organe affecté à cette fonction, la plus importante de toutes, l'évolution du fœtus ? Personne ne l'attribuera à l'utérus, puisque l'embryon peut se développer en dehors de sa cavité ; c'est donc dans le germe lui-même qu'il faut placer la force qui préside à son développement. Quelques personnes pensent échapper à la nécessité de reconnaître l'existence de cette force en disant que le développement fœtal, comme la vie elle-même, sont le résultat de lois. A mes yeux, je vous l'avoue, c'est se payer d'un mot ; ou le mot loi n'indique que les rapports généraux et constants des phénomènes sans rien exprimer sur leur cause productrice, et alors, dire qu'un fait est le résultat d'une loi, c'est dire qu'il arrive ainsi parce qu'il arrive toujours ainsi ; en un mot, c'est le simple énoncé du fait ; ou bien on attribue à la loi la production du phénomène, et alors on en fait une force ou la manifestation d'une force, parce que tout ce qui est cause est force.

Ainsi donc, quand on presse les mots ambigus à l'aide desquels on a essayé d'éliminer la notion de force, on trouve qu'ils n'en sont que l'expression déguisée.

Mais l'organisme une fois développé, la vie se réduit-elle à un mécanisme, comme le veulent certains médecins qui admettent bien la force vitale comme moteur initial ? Mais pour eux, une fois l'impulsion donnée et les organes constitués, cette force cesserait d'intervenir, et, condamnée à l'inaction comme le dieu des stoïciens, elle demeurerait étrangère au gouvernement de l'économie vivante.

Le premier inconvénient de cette théorie, c'est qu'elle est entièrement hypothétique ; et qu'en établissant cette séparation entre l'organisme et la force vitale, elle individualise celle-ci et conduit fatalement à l'animisme, c'est-à-dire à cette doctrine qui admet la force vitale comme un être essentiellement distinct par sa nature de l'organisme, et que Stahl, après Descartes, douait de conscience et de volonté en le confondant avec le principe pensant. Cette hypothèse mène aux plus déplorables conséquences en philosophie, et a suscité bien des adversaires au vitalisme, avec lequel on l'a trop souvent confondue.

Un autre reproche plus grave encore que j'adresserai à ce système, c'est qu'il est en contradiction avec les faits.

Cette force génératrice s'arrête-t-elle après l'évolution complète du fœtus ? Mais est-ce que l'enfant ne continue pas à s'accroître et à se transformer ? A-t-elle achevé sa tâche quand le corps est arrivé à son développement complet ? Non, car les organes subissent, dans certaines de leurs parties du moins, un travail incessant de composition et de décomposition ; ils changent dans leurs éléments constituants, tandis que la forme, l'idée, comme disait Platon, persiste. La nutrition est une génération prolongée.

Ainsi donc, le raisonnement et l'observation se réunissent pour nous faire admettre une force différente des forces inorganiques, force qui produit les phénomènes de la vie, et que nous appelons force vitale.

En l'admettant d'ailleurs, et en la séparant des forces physico-chimiques, nous ne faisons que suivre la méthode des physiciens, qui est la méthode générale des sciences, et qui, là où on observe un ordre spécial de phénomènes différent de tous les autres, absolument inexplicable par les lois des causes connues, les rapporte à une cause ou force spéciale. C'est donc en vertu de ce procédé légitime de l'esprit humain que derrière les phénomènes vitaux, irréductibles en actes physico-chimiques, nous plaçons la force vitale.

Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait point place dans l'organisme pour les forces chimico-physiques, l'expérience de tous les jours protesterait contre une doctrine aussi exclusive ; mais quel est le rapport de ces deux ordres de forces ? Je vais tâcher de vous l'expliquer.

La force vitale se réalise et se manifeste dans un organisme, c'est-à-dire dans un agrégat d'éléments ou de forces inorganiques. Je dis éléments ou forces, car je regarde comme un dogme philosophique incontestable, exprimé déjà par Aristote, et irrévocablement établi par Leibnitz, que les idées de substance et de force sont inséparables l'une de l'autre. Eh bien, ces forces ou éléments inorganiques, coordonnés par la force vitale pour constituer l'organisme, sont harmoniquement subordonnés à cette force, mais conservent cependant leurs facultés, leurs attributs, agissent conformément à leurs lois propres, en tant que ces lois ne sont pas en contradiction avec les lois de la vie.

Ainsi mettez votre tête dans une position déclive, le sang y afflue en plus grande quantité sous l'influence de la pesanteur, mais non pas cependant d'une manière absolument conforme aux lois de la pesanteur : la vie ne perd jamais son droit, et je ne crois pas qu'on puisse trouver dans sa sphère un acte qui soit exclusivement et absolument physique ou chimique ; la vie y entre toujours comme élément essentiel, et ordinairement comme cause modificatrice.

En étudiant les caractères intimes de la vie, je n'ai point eu la prétention de vous montrer l'homme tout entier : je ne vous ai parlé que des phénomènes que nous percevons sous la condition d'espace, et que nous appelons phénomènes matériels ; il en est qui échappent à cette condition, qui ne peuvent s'expliquer par le mouvement, et qui, selon l'expression de Kant, ne correspondent qu'à l'idée de temps, ne se mesurent que par lui ; ce sont les actes moraux et intellectuels, dont l'âme est le foyer et le principe. Le médecin doit connaître tout l'homme, parce que toutes les parties de l'homme sont jusqu'à un certain point solidaires, dans la santé comme dans la maladie.

Fidèle à cette logique, que nous croyons vraie, de même que nous avons admis une force spéciale derrière les actes vitaux, parce qu'ils ne peuvent s'expliquer par les lois du monde inorganique, nous admettons une force distincte pour les actes moraux, parce que, je le répète, ils ne tombent pas sous la condition d'espace, et que, pour parler le langage de la philosophie, nous ne trouvons absolument rien dans le mouvement qui leur soit adéquat ; et de même que dans l'organisme les forces physiques sont subordonnées à la force vitale, de même dans le monde moral la volonté libre de l'homme doit subordonner les instincts organiques à la loi morale, qui a son sanctuaire dans la conscience humaine.

Cette force intellectuelle exerce sur l'organisme une incontestable action; par contre, elle subit son influence. Et ne croyez pas que ce soient là de vaines spéculations; à chaque instant il faut tenir compte de ces notions au lit du malade. De même que je vous montrerai une foule d'états morbides dérivant des chagrins, des passions, des désordres de l'être pensant, je vous ferai voir qu'on peut, par l'intermédiaire de celui-ci, agir sur l'organisme d'une manière puissante, efficace. Ainsi on a vu plus d'une fois des malades tombés dans une prostration qui semblait les menacer d'une mort prochaine, subitement ranimés par la joie que leur causait l'arrivée imprévue d'un parent ou d'une personne aimée, et à partir de ce moment, marcher rapidement vers la convalescence; c'est surtout dans les affections du système nerveux, qui est l'instrument le plus immédiat du principe pensant, que ces actions morales, intervenant de la manière la plus puissante, font passer quelquefois presque sans transition de la maladie à la santé.

Le médecin qui se priverait d'un pareil secours ne mériterait pas le nom de médecin. Dans toutes les affections accompagnées d'une dépression de l'innervation, le stimulus moral ne doit jamais être négligé, et certainement on fait quelque chose pour le malade si on peut faire arriver jusqu'à son intelligence affaiblie quelques pensées d'espérance et d'encouragement. C'est un tonique, un excitant qui en valent bien d'autres, et qui dans tous les cas s'ajoutent utilement aux autres.

L'autre point cardinal, avons-nous dit, de toute doctrine médicale, c'est la notion de la maladie. Pour abréger ces considérations générales qui pourraient fatiguer votre attention, je vous exposerai la définition que j'ai cru devoir adopter.

Je définirai ainsi la maladie : Une évolution d'actes anormaux résultat et manifestation d'un conflit entre l'organisme vivant, et une cause qui en trouble l'harmonie fonctionnelle.

Je dis une évolution, parce que les différents actes successifs d'une maladie sont enchaînés l'un à l'autre, et forment un tout, de telle sorte que Platon a pu dire avec quelque raison que, semblable à un animal, elle parcourt successivement des périodes de naissance, d'accroissement, de développement complet, de décadence et de mort. Ceci répond à cette opinion qui ne veut voir dans la maladie que des éléments anatomo-pathologiques se groupant au hasard comme les atomes crochus d'Épicure. Je ne croirais pas devoir parler de cette doctrine si elle n'avait pour soutien la grave autorité d'un maître justement célèbre. Je la réfuterai en deux mots : Vous rejetez les maladies, parce que, dites-vous, jamais chez deux malades différents les maladies de même nom ne présentent identiquement les mêmes caractères : mais à ce titre vous devriez rejeter toutes les espèces naturelles; vous ne trouverez pas deux plantes de même espèce parfaitement semblables, deux hommes qui aient exactement les mêmes traits, et vous auriez, à ce titre, le droit de soutenir qu'il n'y a ni espèces botaniques ni hommes, mais des collections de feuilles, de racines, de pétales, d'étamines, etc., ou, si vous voulez, de nez, d'oreilles, de cheveux, de foies, de rates, tous dissemblables entre eux !

Je demanderai encore à l'auteur de cette doctrine : Croyez-vous que vos états organopathiques soient des unités plus constantes et plus précises que nos maladies? Mais dans chacun d'eux, dans la bronchite, par exemple, que d'éléments une analyse, faite à votre point de vue, va nous révéler ! Modifications d'innervation, troubles de circulation, altérations de sécrétion, épanchements de produits nouveaux dans la trame des tissus enflammés. Croyez-vous que toutes ces lésions se présentent toujours avec des caractères identiques chez tous les sujets? Mais admettons un moment cette identité : pensez-vous qu'elles demeurent un seul instant dans les mêmes conditions? Tant qu'il y a vie, il y a transformation, changements continuels; on peut dire des organes ce qu'un ancien philosophe disait du monde : Ils ne sont pas, ils deviennent sans cesse; et votre unité absolue est aussi insaisissable dans le temps que dans l'espace.

En combattant les doctrines, j'espère n'avoir porté aucune atteinte au respect que m'inspirent les personnes; je dirai plus, je suis l'exemple qu'elles m'ont donné en s'écartant des traditions de leurs maîtres, pour chercher la vérité avec une entière liberté de pensée et une complète indépendance de caractère, et par là j'espère, en les imitant, avoir droit à leur indulgence.

La maladie, vous ai-je dit, est le résultat et la manifestation d'un conflit, etc.

Certains vitalistes ont voulu définir la maladie : une réaction de l'organisme qui tend à la guérison. Sans doute, l'organisme réagit. S'il ne réagissait pas, s'il subissait passivement l'action morbide, il ne vivrait pas; la réaction est un caractère essentiel à la vie; là où elle ne se manifesterait pas, il y aurait mort générale ou partielle.

J'admets que la réaction pourrait avoir pour cause finale la guérison. Toute force, en effet, a ses lois et sa destination : Nous avons dit que l'activité de la force vitale ne s'arrêtait pas au moment de la naissance, ni même à l'époque du développement complet, mais qu'elle présidait à la conservation et au renouvellement incessant de l'organisme, et il semble que ce soit en vertu des lois qui dirigent le travail régulier de la nutrition qu'elle ramène ce travail nutritif à ses conditions normales quand il s'en écarte.

Cette tendance conservatrice de la nature se montre bien évidente dans les affections traumatiques; nous la voyons se manifester encore plus obscure, mais non moins réelle dans des maladies qui doivent se terminer d'une manière funeste. Prenons pour exemple la phthisie pulmonaire : ce ramollissement des tubercules, leur élimination consécutive, accompagnés de si formidables symptômes quand la lésion est très-étendue, ne semblent-ils pas cependant témoigner des efforts curateurs de la nature, et n'est-ce point en effet par ce procédé que la guérison s'accomplit le plus souvent dans les cas où on est assez heureux pour l'obtenir?

Ainsi donc j'admets la réaction comme un des éléments essentiels de l'état morbide; j'admettrais même, si on veut, que cette réaction manifeste une tendance réparatrice : mais présenter celle-ci comme la maladie tout entière, c'est confondre le mal avec la guérison.

— Le premier élément de l'état morbide, c'est cette incitation anormale qui précède et provoque la réaction, qui amène les troubles des fonctions et les lésions des organes, et qui pour le sens vulgaire, comme pour le médecin philosophe, constitue le phénomène saillant et caractéristique de la maladie.

Il me resterait bien des choses à vous dire sur ces questions, mais ces principes une fois posés, je préfère vous présenter les développements qu'ils comportent comme une déduction des faits qui seront soumis à notre observation.

La méthode clinique me paraît découler tout naturellement des principes doctrinaux que je viens d'exposer : Si la maladie est une lutte entre l'organisme vivant et une cause qui en trouble l'harmonie fonctionnelle, il faut pour résoudre le problème clinique, connaître ces deux éléments de l'état morbide.

Il faut donc étudier l'organisme, c'est-à-dire les ressources et la résistance qu'il peut opposer au choc de la maladie, ses habitudes hygiques et morbides, dont la connaissance est si importante pour le pronostic et pour le traitement, ses tendances manifestées par des actes antérieurs, ou latente encore et présumée seulement d'après les conditions héréditaires, au sein desquelles il s'est développé.

Cette étude de l'organisme, de ses caractères individuels, et des aptitudes spéciales qu'il apporte dans la maladie, nous conduit à la recherche des causes. L'importance de cette recherche exige que nous en disions quelques mots.

Ces causes peuvent être rangées sous trois grands chefs.

Les unes sont en dehors de l'organisme. Ce sont les agents extérieurs, qui le modifient sans cesse par leurs qualités appréciables ou occultes : le calorique, l'électricité, l'action solaire, les influences saisonnières, l'air avec toutes ses variations de température, d'humidité, d'agitation, d'électricité, de composition chimique, cet ozone, par exemple, nouvellement découvert, ces myriades de germes organiques, tous ces miasmes invisibles et insaisissables dont l'air est le véhicule.

Voilà des modificateurs qui à chaque instant pressent sur l'organisme, au milieu desquels, malgré lesquels souvent la force vitale maintient l'équilibre. Car, comme l'a dit Bichat, il semble qu'il y ait lutte entre l'être vivant et le monde inorganique qui tend à l'absorber dans son sein. La plupart des maladies aiguës peuvent être rapportées à cet ordre de causes, et voilà pourquoi ces maladies revêtent souvent le caractère épidémique, parce qu'elles tiennent souvent à des causes générales.

Ainsi donc il ne faut pas considérer les maladies aiguës, qui se développent sous les mêmes influences, comme des faits toujours fortuits, isolés, indépendants les uns des autres. Il faut au contraire, ainsi que l'ont fait les grands praticiens des deux derniers siècles, les comparer, chercher si elles n'empruntent pas aux conditions communes au sein desquelles elles se sont développées, une parenté, une sorte de génie commun dont il faudra tenir compte dans la détermination des indications thérapeutiques.

Quand je vous parle, Messieurs, de cette intervention des agents extérieurs dans la production des maladies aiguës, il est bien entendu que je ne leur attribue pas une puissance absolue; ils doivent, pour agir, rencontrer une prédisposition, une aptitude spéciale de l'économie; il faut en un mot, comme l'a dit ingénieusement M. Pidoux, que l'organisme développe la maladie comme par une sorte de conception, d'imprégnation, dans laquelle la cause extérieure joue le rôle d'agent fécondant.

Ce travail d'incubation des maladies est surtout bien évident dans celles que je réunirai dans un second groupe, qui naissent par contagion, dans lesquelles le principe de l'action morbide est transporté d'un être vivant à un autre être vivant.

Enfin, beaucoup d'affections ont leur racine dans l'organisme même, soit qu'elles procèdent d'une disposition primordiale innée, soit qu'elles doivent être imputées à ces modifications profondes de la constitution qui succèdent quelquefois à l'influence prolongée des agents extérieurs, à l'abus persévérant des facultés organiques, aux ébranlements causés par les passions et par les douleurs de l'âme. Originelles ou acquises, ces dispositions morbides ne s'expriment pas seulement dans les maladies qu'elles produisent, mais elles peuvent modifier celles qui se développent sous l'action des autres causes dont nous avons parlé.

Maîtres de ces premières notions, qui vous font connaître le terrain où s'exerce l'action morbide, il faut étudier celle-ci. On examine d'abord l'aspect extérieur du malade : sa physionomie, son attitude générale, la couleur de sa peau, fournissent à l'œil exercé d'utiles indications.

On écoute ensuite les renseignements qu'il peut donner sur la marche et les caractères de sa maladie, en contenant son récit sans le diriger.

Et alors on interroge soigneusement toutes les fonctions, tous les organes, avec le secours de ces merveilleux procédés et de ces instruments d'exploration que l'art moderne nous a fournis.

Le foyer principal de l'état morbide étant connu, il faut étudier ses irradiations sur toute l'économie; une étroite solidarité en réunit toutes les parties.

Tout est harmonie, tout est sympathie, a dit le père de la médecine; il y a des maladies localisées, il n'y a pas de maladies locales; l'unité de la vie domine et relie toutes ses manifestations. Il faut donc étudier tous les retentissements de l'état morbide, qui varieront suivant les tendances de chaque maladie et suivant les dispositions individuelles de chaque malade. Mais il faut surtout fixer son attention sur les deux grands systèmes fondamentaux de l'économie, le système circulatoire et le système nerveux, dont l'état nous fait juger, dans un grand nombre de cas, de l'intensité de l'action morbide et de la puissance réactionnelle que l'organisme lui oppose.

On passe ensuite successivement en revue les autres appareils, en s'arrêtant davantage sur ceux que les renseignements obtenus du malade désignent plus spécialement à l'observation du médecin. On ne néglige pas l'examen des produits excrémentitiels, des urines principalement, qui fournissent de si utiles notions sur les modifications du travail nutritif.

Après avoir réuni toutes ces données, on pose le diagnostic, ou du moins on le circonscrit dans certaines limites, si on ne peut toujours le déterminer avec précision; dans tous les cas, on connaît, ce qui est plus important encore, les indications, c'est-à-dire ces modifications des actions vitales qui montrent au médecin la conduite qu'il doit suivre, la direction qu'il doit tracer au malade. Ces indications ne doivent pas être tirées seulement de telle ou telle altération locale des organes ou des fonctions. Placé au point de vue doctrinal que j'indique plus haut, on étudie l'ensemble de l'état morbide. C'est encore de ce même point de vue qu'on observe et qu'on juge la marche de la maladie; si celle-ci est un conflit, si la force vitale, en vertu de ses lois conservatrices et réparatrices, tend à maintenir ou à rétablir l'harmonie de l'organisme au milieu de toutes les causes de trouble qui agissent sur lui. dans les maladies qui tendent naturellement à une terminaison heureuse, comme un grand nombre de maladies aiguës, le rôle du médecin consiste à suivre d'un œil attentif les différentes phases de cette lutte, sans oublier un instant que c'est la nature qui guérit. Il faut donc prendre garde de la troubler par une intervention intempestive dans ses opérations salutaires; il faut connaître les procédés à l'aide desquels elle ramène ordinairement l'équilibre troublé, les phénomènes qui accompagnent ce travail conservateur, et qu'on a appelés phénomènes critiques; y aider, s'il est possible; en un mot, on doit se tenir le plus près possible de la nature, la suivre pas à pas, l'imiter dans certains cas, soutenir ses forces, les relever si elles défaillent, et la modérer au contraire, si son action est excessive, calmer les douleurs, causes d'excitation générale et de fluxion locale.

Dans les cas trop nombreux, au contraire, où l'activité de la nature serait impuissante pour amener la guérison, ou ne l'accomplirait qu'après de trop longs efforts; dans ceux encore où la maladie attaque un organe essentiel à la vie, il faut agir, et agir avec décision, avec énergie. Mais en combattant la maladie n'allez pas la regarder comme un parasite qu'on peut écraser ou extirper, mais bien comme une évolution d'actes vitaux qu'il faut diriger et contenir, et dont il faut très-souvent chercher à changer la direction. Dans bien des cas, en effet, vous ne pourrez pas atteindre le principe de l'action morbide, mais vous pourrez détourner ou affaiblir celle-ci en la divisant, en l'éparpillant sur plusieurs points. C'est l'objet de la médication dérivative; à laquelle il faut faire une si grande part, et surtout dans les maladies extrêmement nombreuses qui sont accompagnées de congestions primitives ou secondaires.

Mais dans ces circonstances mêmes où il faut combattre les tendances de la nature, il ne faut pas oublier qu'on ne peut combattre sans elle. Nous pouvons changer sa direction, mais nous ne pouvons nous passer de son concours; toujours, et dans les cas même où l'art est intervenu de la manière la plus efficace, on peut répéter avec Hippocrate : C'est la nature qui guérit.

Ce que je viens de dire montre toute la distance qui sépare la méthode médicale de la méthode chirurgicale. Le chirurgien s'occupe surtout des lésions mécaniques des organes, ou encore de ces produits anormaux de la vie qui, ne pouvant pas être assimilés, ou éliminés, ou isolés par elle, doivent être retranchés de son sein, quand ils sont accessibles aux moyens chirurgicaux; ce qui n'empêche pas le chirurgien, digne de ce nom, de ne jamais perdre de vue qu'il agit sur un organisme vivant, où chaque lésion *mécanique* locale produit une réaction *vitale* de l'ensemble, où tout se tient, où tout sympathise; et avant de porter le fer ou le feu sur les tissus, il calcule les ressources de la nature réparatrice, et quand il les croit suffisantes, il préfère l'action lente, mais sûre, de la nature aux effets plus rapides mais toujours dangereux de l'opération. Ces principes ont donné naissance à cette chirurgie conservatrice, je dirais volontiers médicale, plus habile que toute autre, quand il est opportun d'agir, mais agissant toujours avec circonspection, et qui compte, dans notre Faculté comme dans la corporation des chirurgiens des hôpitaux, de si illustres représentants et de si éloquents vulgarisateurs.

NÉVRALGIE DE LA FACE;

Section des nerfs sous-orbitaire, dentaire inférieur, buccal et lingual; opérations nouvelles.

Par M. le professeur Michel.

Un homme âgé de quarante-cinq ans environ, du département des Vosges, vint me consulter, dans le courant de septembre 1856, pour une névralgie trifaciale droite, datant de dix-huit ans, dont les accès étaient si intenses et si fréquents, qu'il n'avait de repos ni jour ni nuit. Il avait déjà vu pour son affection un certain nombre de médecins qui avaient épuisé sans succès les narcotiques, les solanées vireuses, le quinquina, les vésicatoires, voire les eaux thermales et l'électricité. Il est inutile d'ajouter qu'on lui avait enlevé un certain nombre de dents.

A notre examen, cet homme, d'une haute stature, était évidemment amaigri; son teint, jaune et pâle, accusait de longues souffrances; les fonctions digestives, respiratoires, etc., ne présentaient aucun dérangement. Il ne savait à quoi attribuer l'origine de son mal. Pendant notre consultation, qui a duré environ quinze minutes, le malade n'a cessé d'avoir des accès, ce qui nous a permis d'en étudier les points de départ et les irradiations névralgiques. Le principal point de départ était le dentaire inférieur, puis venaient le buccal et le sous-orbitaire. De ces diverses origines s'élevait, au dire du malade, une traînée de feu qui gagnait le cerveau et se répandait dans toute la face, et parfois donnait lieu à quelques légers retentissements au cou et à la partie postérieure de la tête.

Ces accès, de quelques instants, s'accompagnaient de contraction convulsive des muscles de la face et de la mâchoire inférieure, et leur fin était annoncée par une salivation assez abondante.

Bien que ces douleurs se reproduisissent à tous les moments, cependant le malade avait remarqué que les changements de température, l'humidité, l'introduction des aliments et des boissons dans la bouche augmentaient leur nombre et leur intensité.

Si le diagnostic de la nature de la maladie n'offrait aucune difficulté, il n'en était pas de même quand il s'agissait de savoir si l'on avait affaire à une névralgie générale du trijumeau, ou bien à une névralgie localisée comme point de départ sur une ou plusieurs de ses branches, et se généralisant ensuite par des irradiations associées. On comprend l'importance d'une telle précision, car, en admettant la première hypothèse, il devenait évident qu'on devait recourir à la section de toutes les branches périphériques du trijumeau : dans le second cas, au contraire, la section seule des principaux rameaux malades suffisait.

C'est à cette dernière supposition que nous nous arrêtâmes, en nous basant sur la réalité des points de départ indiqués par le malade, lorsque nous eûmes appelé sérieusement son attention sur ce point. En conséquence, nous lui proposâmes la résection en une seule séance du sous-orbitaire, du dentaire inférieur et du buccal.

Je n'ai rien de particulier à dire sur les deux premières opérations que nous avons faites d'après les procédés connus, celle du dentaire à sa sortie du trou mentonnier, et celle du sous-orbitaire à sa sortie du canal du même nom, ainsi que nous l'avons déjà fait une fois en présence de MM. Forget et Schützenberger. J'ajouterai cependant que, pour détruire le nerf dentaire antérieur, nous nous servîmes de la pyramide d'une tréphine que nous engageâmes dans le canal sous-orbitaire.

Quant à la section du nerf buccal, comme aucun chirurgien ne l'a faite jusqu'à ce jour, à notre connaissance du moins, nous donnerons sur elle quelques détails opératoires.

Le nerf buccal, après s'être détaché du maxillaire inférieur dans la fosse ptérygo-maxillaire, gagne la face en traversant d'abord le muscle ptérygoïdien externe; dégagé de ce muscle, il passe entre l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur et la tubérosité du maxillaire supérieur, et se trouve entre la face postérieure du masséter et la face antérieure du buccinateur, sur laquelle il est fortement appliqué : il atteint ainsi le niveau du bord antérieur du masséter, en suivant une ligne qui du milieu de ce bord gagne l'angle de la bouche; puis il se divise, après s'être anastomosé avec le facial, en plusieurs rameaux qui traversent le buccinateur et se répandent dans la muqueuse de la joue.

De ces quelques détails anatomiques, il résulte que la section de ce nerf peut être faite au bord antérieur du masséter : c'est à cet endroit que nous l'avons atteint. Le malade ayant été chloroformisé, nous fîmes une incision de 3 centimètres parallèle au bord antérieur du masséter et tout près de lui; puis nous coupâmes successivement tout le tissu cellulo-graisseux, en ménageant les filets transversaux du facial et respectant en avant l'artère faciale.

Nous arrivâmes ainsi, en longeant le bord du masséter, sur le buccinateur, où nous vîmes la terminaison du buccal, qui fut réséqué sous la face postérieure du masséter. Pour aider la manœuvre, nous recommandons de soulever la joue à l'aide du doigt ou d'un corps étranger introduit entre la joue et les dents.

Le malade, à la suite de ces trois sections, n'éprouva que quelques légères douleurs pendant les deux ou trois premiers jours. La guérison des plaies réunies par première intention fut complète au bout de huit jours, et la guérison radicale pendant les trois mois suivants.

A partir de cette époque, les accès devinrent aussi nombreux et aussi fréquents qu'avant l'opération; au mois de septembre 1857, le malade revint nous consulter.

Pendant ce nouvel examen, notre malade eut plusieurs attaques en notre présence, semblables aux premières. En appelant son attention sur les points de départ de la névralgie, il nous dit qu'elle commençait le plus souvent par le côté droit de la langue, pour se répandre ensuite dans toute la face. Nous pûmes nous-même provoquer un accès en piquant de ce côté de la langue avec une épingle. Il nous indiqua également comme point de départ le rameau malaire; donc le lingual et le malaire étaient le point de départ de la névralgie, tandis que les autres douleurs n'étaient que des sensations associées. Il devenait évident, en raison du diagnostic, qu'en coupant le lingual on détruirait ce retour des douleurs sur les anciennes branches coupées. Je lui proposai la section des nerfs lingual et malaire, qui fut acceptée. Je noterai que la sensibilité était revenue, obtuse, aux endroits totalement paralysés à la suite des sections faites en 1856. Ce retour de la sensibilité, je ne l'explique pas par le rétablissement anatomique des nerfs, mais bien par les anastomoses du facial avec le temporal superficiel au niveau du condyle de la mâchoire. On sait que ces filets anastomotiques accompagnent les filets propres du facial, et qu'ils peuvent par eux-mêmes suffire à ce rétablissement partiel de la fonction. Ce retour de la sensibilité a été constaté dans la plupart des observations de Roux.

Vu la difficulté de mettre à nu le rameau malaire, je me contentai d'en essayer la section sous-cutanée; il est difficile de savoir si l'on a réussi.

Quant à la section du lingual, à titre d'opération nouvelle, je la ferai précéder de quelques détails anatomiques indispensables à connaître.

Le nerf lingual naît du maxillaire inférieur dans la fosse ptérygo-maxillaire. Il descend verticalement entre les deux ptérygoïdiens, puis entre le ptérygoïdien externe de la branche verticale de la mâchoire inférieure; à cet endroit, il change brusquement de direction, devient horizontal et se place sous la muqueuse buccale, qu'il parcourt d'arrière en avant, à 5 millimètres environ de sa réflexion sur les côtés de la langue. Au-dessous du lingual se trouve la glande sous-maxillaire et le muscle mylo-hyoïdien. Le lingual se divise en une multitude de rameaux qui se répandent dans les deux tiers antérieurs de la langue.

Il résulte de ces dispositions anatomiques que le lingual est attaquable par la bouche dans toute sa portion horizontale, tandis que sa portion verticale ne peut être mise à nu qu'en trépanant la branche montante de la mâchoire inférieure. Nous nous sommes arrêté à la première voie.

Le malade étant assis en face d'une lumière convenable, la bouche ouverte, nous saisîmes avec une érigne double le bord droit de la langue, que nous renversâmes du côté opposé, en le tirant légèrement au dehors de la bouche. Cette érigne fut confiée à un aide chargé de soutenir cette manœuvre, qui a pour but de découvrir dans toute son étendue la rigole du plancher buccal. Puis avec une pince à mors de souris nous saisîmes la muqueuse buccale, qui fut coupée à l'aide d'un bistouri sur toute la longueur du nerf, à partir de la dernière molaire. Une petite quantité de sang s'écoula; nous attendîmes que cet écoulement fût modéré par des lotions froides, puis nous disséquâmes prudemment les quelques brides de tissu cellulaire graisseux qui nous séparaient du lingual. Celui-ci fut mis à nu, chargé sur un crochet mousse et réséqué dans une étendue de 2 centimètres environ.

A l'instant même les deux tiers antérieurs du côté droit de la langue furent privés de sensibilité; une piqûre faite avec la pointe du bistouri ne fut pas sentie par le patient. L'opération a duré en tout vingt minutes environ. Je dois dire que si l'isolement du nerf a offert quelques difficultés, cela a tenu à l'écoulement sanguin qui a masqué momentanément notre chemin. Mais des notions anatomiques exactes contre-balancent aisément cet inconvénient.

Pendant les premiers jours qui suivirent cette opération, le patient éprouva encore quelques douleurs névralgiques; mais depuis, la guérison est devenue complète. D'autres branches nerveuses deviendront-elles de nouveaux points de départ? Je ne sais; mais si cet accident se présente, je suis disposé à les couper encore.

Je croyais être le seul qui eût coupé le nerf lingual; cependant, en faisant quelques recherches, j'ai vu que, dans le courant de l'année, le professeur Roser avait fait cette section, mais d'une manière toute différente, ainsi que l'on pourra s'en convaincre par la lecture de la note que je transcris telle que je l'ai trouvée dans la *Gazette médicale de Paris*, 1857, p. 127, qui l'a extraite elle-même des *Archives de Vierordt* :

« Un homme âgé de soixante et onze ans souffrait depuis plusieurs mois d'une violente douleur à la langue, siégeant du côté gauche. Il ne pouvait parler ni sortir la langue; le contact du doigt causait la plus vive douleur; la déglutition même des aliments liquides était excessivement douloureuse. Après qu'on eut inutilement employé une foule de remèdes, on cautérisa la partie malade, ce qui amena quelque soulagement. Mais le mal ayant repris d'une manière plus forte que jamais, le professeur Roser pensa qu'il n'y avait qu'un seul moyen pour faire cesser ces douleurs indicibles, c'était de couper le nerf lingual.

» Après un essai sur le cadavre, l'auteur prit le parti de fendre la joue jusqu'à la branche montante de la mâchoire inférieure et d'atteindre le lingual en pratiquant une incision latérale à la langue, après avoir soulevé celle-ci à l'aide d'une pince-érigne. L'opération présenta quelque difficulté; cependant on parvint à réséquer une portion du nerf. Au bout de quelques jours, la plaie de la joue et de la langue était fermée. Le malade se trouvait bien, et depuis lors il n'eut plus à se plaindre de sa douloureuse affection. »

Il n'y a, comme on le voit, aucun rapport entre le manuel opératoire du professeur Roser et le mien, et il est inutile, je pense, de chercher à établir la supériorité si évidente de ma manière de procéder.

De ce travail il résulte :

1° Que l'on n'a pas assez tenu compte, dans la récidive, des névralgies à la suite des sections nerveuses, des sensations associées provoquées par de nouveaux points de départ de la douleur;

2° Qu'il est impossible de couper et d'exciser les branches buccale et linguale du trijumeau, la première par une incision tégumentaire, la seconde par la cavité buccale.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 avril 1859. — Présidence de M. de Sénarmont.

Entomologie. — M. Duméril, qui, dans une précédente séance, a soumis à l'Académie le premier chapitre de son *Entomologie analytique*, dans lequel il a cherché à montrer le rang que les insectes semblent devoir occuper dans la série des animaux, communique une partie de ce chapitre dans lequel il a traité un point particulier de l'histoire curieuse des mœurs des insectes. Il a pour sujet et pour titre : *De la reproduction chez les insectes. Observations générales sur cette fonction.*

Zoologie. — M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire fait hommage à l'Académie de deuxième volume de son *Histoire naturelle générale*. Il s'exprime ainsi en faisant cette présentation :

Après avoir traité, dans les parties antérieurement publiées de cet ouvrage, de la méthode dans les sciences naturelles et des règnes de la nature, j'ai abordé une des questions fondamentales de la biologie, celle de l'espèce. Doit-on la considérer comme établie sur un type absolu et toujours le même, ou seulement relatif, dépendant et plus ou moins passager? Est-elle *fixe* ou *variable*?

Avant d'essayer de résoudre, selon les lumières de la science actuelle, cette question sans cesse débattue depuis un siècle, j'ai cru devoir examiner plusieurs questions secondaires qui en sont comme autant d'annexes, les unes relatives à la variété et à la race, les autres au croisement des espèces et aux métis. J'ai dû aussi, préliminairement, faire connaître, avant l'état actuel de la science, les travaux qui nous y ont conduits, et les vues successivement émises sur l'espèce par les auteurs; principalement par Linné; par Buffon, partisan d'abord de la fixité, puis de la variabilité; par Lamarck, qui a suivi la même marche, passant aussi de la fixité à la variabilité, qu'il a crue illimitée; par Cuvier, qui a eu aussi ses changements d'opinion, mais en sens inverse, ayant admis la variabilité dans sa jeunesse, et soutenu plus tard la fixité; par mon père, dont les vues, les mêmes à toutes les époques de sa vie scientifique, se rapprochent beaucoup de celles de Buffon; et par plusieurs des membres actuels de l'Académie.

L'exposé des vues de ces illustres naturalistes est suivi du résumé de la doctrine qui m'a paru répondre à l'état actuel de nos connaissances, celle de la *variabilité limitée de l'espèce*. Le développement de cette doctrine est seulement commencé dans le volume qui vient de paraître, mais le complément est sous presse, et j'espère avoir l'honneur de l'offrir à l'Académie dans quelques semaines.

— L'Académie procède à la nomination au scrutin de la commission chargée de l'examen des pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie. Font partie de cette commission MM. Serres, Velpeau, Rayer, Jobert (de Lamballe), Cl. Bernard, J. Cloquet, Andral, Duméril et Flourens.

— M. Leroy (d'Étiolles) présente une nouvelle note concernant l'extraction par les voies naturelles, et sans incision, de corps étrangers tombés dans la vessie. (Commissaires : MM. Velpeau et Civiale.)

— M. Jules Cloquet présente, de la part de M. Bertulus, professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Marseille, un mémoire sur l'action réelle et positive de la chaleur, du froid et de l'humidité sur l'organisme, en tenant compte de la résistance vitale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 février 1859. — Présidence de M. Duhamel, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend le n° de janvier 1859 du *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille*. (M. Elleaume.)

Fistule lacrymale. — M. Magne donne connaissance à la Société d'une opération de fistule lacrymale faite, d'après sa méthode, chez une malade qui, depuis dix ans, avait été opérée sans succès par divers procédés. La méthode de M. Magne, l'oblitération du sac, a complètement réussi. Cette observation sera publiée prochainement.

Hématocèle rétro-utérine. — M. Terrier fait un rapport sur le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*.

Parmi les travaux de la Société des hôpitaux on remarque un mémoire sur *l'hématocèle rétro-utérine*, par M. Oulmont. Cette maladie rare, signalée dans ces derniers temps sous un nom spécial, consiste en une tumeur sanguine située dans le cul-de-sac péritonéal du bassin. Le siége précis de la tumeur paraissait encore douteux avant la communication de M. Oulmont, certains auteurs n'admettant le développement de la tumeur que dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et d'autres dans le péritoine lui-même. M. Oulmont a trouvé dans un cas les extrémités des trompes plongées et confondues dans la tumeur. Celle-ci avait son siége dans le péritoine lui-même; des caillots sanguins engagés dans les trompes permettent de croire qu'elles avaient servi de canal au sang épanché dans le péritoine.

Depuis qu'on a signalé l'hématocèle rétro-utérine, plusieurs auteurs en ont publié des cas, quelques-uns même suivis de guérison; ce qui a fait penser à M. Trousseau que la difficulté d'un diagnostic précis pendant la vie a dû mettre dans l'erreur plus d'un observateur, et qu'on a pu prendre des épanchements séreux dans le cul-de-sac du bassin, suites de péritonites partielles, pour des hématocèles. Il a lui-même vu ponctionner une de ces tumeurs, dont on n'a extrait que de la sérosité.

Les malades ont vécu plusieurs années avec ces tumeurs sans dérangement bien notable dans la santé; on a vu aussi ces tumeurs s'ouvrir spontanément dans le rectum et se terminer par la guérison. La ponction, soit par le rectum, soit par le vagin, ne compte qu'un petit nombre de succès. Plusieurs chirurgiens l'ont considérée comme si fâcheuse, qu'ils ont renoncé à la pratiquer. Cependant M. Nélaton aurait proposé les conditions suivantes comme indication de la ponction : accidents aigus prédominants et menaçant les jours de la malade, douleurs excessives et enfin hémorrhagie considérable.

Rhumatisme cérébral ou ataxique. — On trouve dans le même Bulletin une communication de M. Vigla sur le rhumatisme ataxique. C'est le rhumatisme cérébral ou avec délire, qui a déjà donné lieu à plusieurs communications. Il paraît être présenté aujourd'hui par M. Vigla sous le nom de rhumatisme ataxique. Si par rhumatisme ataxique, M. Vigla ne désigne pas la métastase rhumatismale proprement dite vers les autres névroses, son rhumatisme avec délire, qui devient prédominant, puis fatal, ne paraît pas bien différent du rhumatisme cérébral proprement dit.

L'absence de traces inflammatoires ou de lésions quelconques dans le cerveau, serait une des principales raisons sur lesquelles M. Vigla s'appuie pour lui donner le nom d'ataxique. Cette forme de rhumatisme existe aussi bien chez ceux qui n'ont pas pris de sulfate de quinine, que chez ceux qui en ont pris; c'est une forme des plus graves, qui se termine presque invariablement par la mort, quelle que soit la médication qu'on lui oppose. En recherchant les moyens qui réussissent le mieux dans les fièvres ataxiques, on a proposé d'unir l'opium au sulfate de quinine; mais cette proposition a été repoussée par M. Gubler, qui a fait remarquer qu'il existait antagonisme d'action entre l'opium et le sulfate de quinine. M. Gubler admet avec l'école italienne, dont il ne parle cependant pas, l'action déprimante du sulfate de quinine sur les centres nerveux et sur l'organisme tout entier, par opposition avec l'action excitante de l'opium. On sait que l'école italienne accorde au sulfate de quinine une action contro-stimulante analogue à celle du tartre stibié, et à l'opium, au contraire, une action stimulante des centres nerveux. M. Gubler affirme donc que l'union de l'opium avec le sulfate de quinine détruit leurs propriétés opposées, et qu'alors ils restent sans effet sur l'organisme. Pour nous, nous pensons que, pour admettre cette hypothèse, il faudrait n'avoir fait de la thérapeutique qu'en théorie. L'expérience a prouvé depuis des siècles l'utilité de la combinaison des remèdes entre eux, alors même que séparément ils paraissent avoir des actions différentes et même opposées.

Apoplexie cérébelleuse. — Nous trouvons encore dans ce bulletin un mémoire de M. Hillairet sur l'apoplexie cérébelleuse, dont il a été rendu compte dans la *Gazette des Hôpitaux*. M. Hillairet, ayant rencontré dans plusieurs autopsies des traces d'hémorrhagies cérébelleuses guéries, s'est attaché au diagnostic de cette hémorrhagie, dans l'espérance qu'il ne serait peut-être pas impossible de conjurer les fatales conséquences de cet épanchement abandonné à lui-même ou aux seuls efforts de la nature. Nous rappellerons seulement les principaux symptômes attribués par M. Hillairet à l'apoplexie cérébelleuse; ce sont : le vomissement, rare dans l'apoplexie cérébrale, et constant dans l'apoplexie cérébelleuse; l'absence de perte de connaissance au moment de l'attaque, à moins qu'il n'y ait apoplexie foudroyante; la conservation de l'intelligence, alors même que la parole devient difficile ou impossible; l'absence d'hémiplégie complète, ou absence de paralysie et persistance de la sensibilité; enfin, facilité dans la période d'état de rappeler l'attention du malade.

M. MATTEI, à l'occasion de ces faits de pathologie cérébrale, raconte qu'il a été consulté pour un homme atteint de méningite spinale, suite d'une chute de cheval. Il y avait de fortes douleurs au sacrum, ténesme du rectum, paralysie des membres inférieurs, de la vessie; puis, plus tard, affaiblissement des membres supérieurs. J'avais cru d'abord, dit M. Mattei, à une inflammation du petit bassin. Mais peu à peu, les jambes et la vessie reprirent leurs fonctions; en même temps, les douleurs gagnaient le long de l'épine, et il survint même une sorte d'aliénation mentale.

Quand le cerveau fut pris, je conseillai un gramme de sulfate de quinine par jour. Sous l'influence de ce médicament, les facultés intellectuelles reparurent, et l'on m'écrivit que le sulfate de quinine avait fait merveille. (Le malade était en Corse, et je le traitai par correspondance.) Néanmoins, la santé antérieure ne fut pas recouvrée. Le sulfate de quinine, porté à 2 grammes, avait été successivement diminué de dose. Trois mois s'étaient écoulés, quand un jour, après déjeuner, le malade se coucha, fut frappé d'apoplexie, et mourut au bout de quarante-huit heures. M. Mattei se demande pourquoi, dans certains cas de folie, on n'essayerait pas du sulfate de quinine.

M. DUPERTUIS rappelle que ces tentatives ont été faites à Charenton par M. Calmeil.

M. TERRIER est disposé à admettre que chez le malade de M. Mattei il y a eu un épanchement séreux qui a diminué, puis s'est reproduit et a causé la mort.

Enchatonnement du placenta. — Contractions irrégulières de l'utérus. — M. FOUCART. Je désire, à l'occasion d'un fait que j'ai observé avant-hier matin, fixer un instant l'attention de la Société sur une question qui a déjà été l'objet d'une discussion intéressante dans la séance du 2 septembre de l'année dernière; je veux parler de l'enchatonnement du placenta, et des difficultés de son extraction, si bien signalées par notre collègue M. Duhamel. Voici le fait que j'ai observé:

Le 2 février, je vis dans la matinée une jeune femme de vingt-trois ans, Mme B..., avenue de Saxe, bien conformée, primipare, et parvenue depuis quatre ou cinq jours, pensait-elle, au terme de sa grossesse. Depuis la veille au soir, vers neuf heures, elle ressentait des douleurs, principalement lombaires, qui allaient en se rapprochant de plus en plus, mais qui laissaient cependant toujours entre elles de cinq à dix minutes d'intervalle. Le toucher me fit reconnaître un commencement de dilatation de la largeur d'une pièce de cinq francs environ. La femme étant primipare, je ne jugeai pas à propos de rester près d'elle; je la revis deux fois dans la journée, et vers six heures du soir je fis prendre un bain d'une heure. A minuit la dilatation était complète, le col bien effacé, les douleurs très-rapprochées, la présentation occipito-iliaque droite antérieure.

A six heures du matin, l'accouchement se fit très-naturellement, et nous reçûmes une forte fille bien constituée, bien vivace, ayant seulement deux tours de cordon roulés autour du cou.

Un quart d'heure après la sortie de l'enfant, quelques coliques survinrent; de légères tractions exercées sur le cordon n'amenèrent rien. Une demi-heure, une heure, deux heures se passèrent sans que la délivrance s'opérât; cependant, de temps en temps, quelques contractions se faisaient sentir, plus que suffisantes, me paraissait-il, pour amener la délivrance, sans aucun résultat.

Craignant qu'il n'arrivât quelque accident, car la malade perdait un peu plus de sang qu'il ne faut, et se plaignait de faiblesse, j'introduisis la main dans l'utérus et j'eus bientôt la raison de l'événement. La partie la plus volumineuse du placenta, celle où s'insère le cordon, était libre dans la cavité de l'utérus; mais vers les deux tiers de sa hauteur, l'utérus était contracté de telle sorte qu'il s'était formé un col rigide dont la constriction retenait la partie supérieure du placenta. L'organe, comme le disait si justement M. Duhamel, formait comme une calebasse dont l'étranglement emprisonnait le délivre.

Cette contraction n'était heureusement pas extrêmement énergique, et je pus assez facilement, avec l'index et le médius, dilater l'étranglement. Dès lors j'amenai très-aisément le placenta.

Existait-il des adhérences? La plupart des accoucheurs, M. Dubois, notre collègue M. Mattei, pensent que le placenta ne peut être enchatonné que lorsqu'il est adhérent. Ici je n'oserais pas affirmer qu'il n'en existait pas. Mais s'il y en avait, elles devaient être très-minces et peu consistantes, car je n'en eus aucune conscience.

Le placenta extrait, l'utérus revint sur lui-même, et aujourd'hui la malade va tout à fait bien.

M. DUPERTUIS confirme, d'après son expérience, ce fait, que la matrice ne se contracte pas toujours régulièrement. Il lui est arrivé plusieurs fois de faire des accouchements dans lesquels la matrice offrait la forme d'une gourde.

Le secrétaire annuel, AL. MAGNE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 6 avril 1859. — Présidence de M. DEGUISE fils.

M. GIRALDÈS. La malade de M. Gross, dont M. Verneuil a parlé, avait dans le triangle inguinal un volumineux anévrysme, dont le diamètre vertical était de 4 pouces et demi et le transversal de 5 3/4. Le 10 juin, M. Gross exerça la compression digitale sur le pubis. La première séance dura trente et une heures vingt minutes; la seconde, quatorze heures trente-cinq minutes. Au bout de quarante-cinq heures cinquante-cinq minutes, les pulsations avaient complétement cessé de se faire sentir dans la tumeur, et la malade sortit guérie le 6 juillet.

J'ai trouvé dans l'article de M. Gross un relevé intéressant des anévrysmes traités par la compression. Leur nombre est de 23 : 15 de l'artère poplitée, 4 de l'artère fémorale, 2 de la région inguinale, et 2 artérioso-veineux. Il y a eu 15 succès et 8 insuccès. Dans les cas heureux, on a eu recours cinq fois à la compression digitale, quatre fois à la compression continue au moyen des appareils mécaniques, cinq fois à la compression mécanique interrompue, et une fois seulement à la compression alternative exercée tantôt par les doigts, tantôt par un appareil.

On trouve aussi dans les *Annales d'oculistique* (décembre 1858) l'observation d'un anévrysme de l'artère ophthalmique, guéri par la compression de l'artère carotide. Dans ce cas, le professeur Gioppi a fait comprimer l'artère pendant quatre jours. Ce n'est qu'au bout de ce temps que les battements ont cessé d'être perceptibles dans la tumeur anévrysmale.

Je préfère, dit M. Giraldès, la compression digitale, parce qu'elle se fait à l'aide d'un compresseur plus parfait. Récemment M. Vanzetti a eu l'idée d'y recourir pour le traitement des phlegmons érysipélateux ou diffus.

On a encore modifié la compression pour le traitement de l'anévrysme poplité, en fléchissant le membre inférieur de manière que le pied soit en contact avec la fesse. Ce procédé, qui avait été déjà mis en usage par M. Lenoir, vient d'être tenté de nouveau en Angleterre. Je veux enfin rappeler en finissant que M. Teale a cru devoir malaxer une tumeur anévrysmale du creux poplité, de manière à rompre les caillots qu'elle contenait, avant de recourir à la compression.

M. BROCA. Je ne crois pas que l'on puisse invoquer le fait de M. Richet contre la méthode de la compression; dans ce cas, l'anévrysme était volumineux et le sac était, ce me semble, le siége d'un commencement d'inflammation. Je n'oserais pas assurer que ce fût là un des anévrysmes contre lesquels la compression doit être employée. Chez un malade que M. Gosselin m'a fait voir et qui avait un anévrysme de la grosseur d'un œuf d'oie, craignant un ramollissement de la tumeur, j'ai conseillé de comprimer l'artère à l'aide d'un appareil, avant de recourir à la compression digitale. Grâce à cette combinaison des deux procédés, la coagulation s'est faite dans le sac anévrysmal; mais il s'est formé un petit abcès.

La compression digitale agit à la manière de la ligature, en supprimant complétement le passage du sang; on n'obtient, au contraire, qu'une compression partielle à l'aide des appareils, et c'est là ce qui convient au traitement de beaucoup d'anévrysmes. Dans l'observation de M. Richet, on n'a exercé la compression que pendant vingt heures; or, c'est le plus souvent un laps de temps insuffisant pour que la coagulation du sang contenu dans la poche anévrysmale puisse se produire.

On n'est donc pas en droit de dire que la compression ne pouvait point réussir, puisque telle qu'elle a été exercée elle n'a été qu'intolérable. Dans ce cas, il fallait essayer la compression mécanique, qui parfois est supportée par des malades qui ne peuvent pas tolérer la compression digitale. On s'est trop hâté, puisque la ligature elle-même n'arrête pas toujours en vingt-quatre heures les pulsations des anévrysmes. La coagulabilité du sang inégale chez les individus, explique l'inégalité du temps nécessaire pour la guérison par la compression.

M. Giraldès parlait de la perfection de la compression; j'ai dit qu'avec les doigts on arrive à l'idéal de la méthode. Mais je soutiens encore qu'il y a des cas dans lesquels le cours du sang ne doit pas être supprimé trop brusquement, sous peine de donner lieu à un mauvais caillot.

Je veux en finissant dire ce que je pense de la malaxation. Ce n'est là qu'une nouvelle application des tentatives qui ont été faites pour les anévrysmes de l'artère sous-clavière. C'est la méthode la plus dangereuse que l'on puisse employer: elle expose à la rupture du sac anévrysmal, que j'ai eu l'occasion d'observer dans un cas où un rebouteur avait pris un anévrysme pour une luxation; elle donnera lieu à bien des déceptions si on est tenté d'imiter la pratique de M. Fergusson.

M. VERNEUIL. Le fait de M. Richet ne prouve ni pour ni contre la compression, puisque la maladie semblait s'être aggravée après une tentative de vingt heures; il faut qu'il y ait eu dans cet anévrysme des conditions de non-coagulation que l'on ne retrouve pas généralement.

M. Broca pense que la compression digitale a pu, dans le cas de M. Gosselin, donner naissance à un abcès. Après avoir lu avec soin l'observation qui a été publiée, je suis tenté de croire que la suppuration a été la conséquence de deux ponctions exploratrices qui ont été faites. Si l'on compare l'anévrysme du service de M. Gosselin à celui qui a été publié par M. Gross, on voit que le second ne le cédait en rien au premier pour le volume, et pourtant la compression digitale a suffi pour amener une prompte guérison; tandis que dans le fait de l'hôpital Cochin, on a employé la compression mécanique pendant douze jours avant de recourir à la compression à l'aide des doigts.

M. Verneuil termine en disant que M. Broca se trompe quand il dit que par la compression digitale on suspend complétement la circulation; après six ou sept minutes, le sang commence à passer sous les doigts, qui au bout de ce temps ne compriment déjà plus suffisamment pour empêcher les pulsations de se faire sentir dans l'anévrysme.

M. VELPEAU. M. Lenoir rappelait tout à l'heure, dans une interruption, que Monteggia a parlé de la flexion forcée du membre comme étant un moyen propre à guérir les anévrysmes. M. Lenoir a eu recours à cette méthode, et moi-même je l'ai employée sans connaître les tentatives qui avaient été faites antérieurement. La femme que je traitai par la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras avait un anévrysme du pli du coude; elle fut soumise à la nouvelle méthode pendant cinq ou six jours, mais les douleurs dont elle se plaignait m'obligèrent à recourir à la ligature.

M. Velpeau ne veut pas condamner ce moyen thérapeutique, mais il croit qu'il est bon de publier tous les faits qui peuvent servir à juger de son efficacité.

M. GIRALDÈS ne pense pas que la compression digitale, en interrompant brusquement le cours du sang, doive donner lieu à un caillot de mauvaise nature; en disant qu'elle agit comme la ligature, M. Broca est allé trop loin. M. Giraldès défend la méthode de la malaxation, qui n'a pu être employée par M. Teale qu'avec mesure et circonspection.

M. RICHET. On s'est généralement mépris sur mes intentions. Je n'ai point voulu attaquer la méthode de la compression; j'y aurais recours pour moi-même, si j'étais affecté d'un anévrysme. Mais j'ai pensé que le fait dont j'avais été témoin était de nature à éclairer la question, et j'ai dû le communiquer à la Société.

J'ai entendu avec peine M. Broca nous reprocher, à M. Denonvilliers et à moi, de nous être trop pressés de faire la ligature de l'artère. On ne peut bien juger de l'opportunité d'une opération qu'en voyant le malade qui doit la subir. On dit aussi qu'il fallait d'abord employer la compression mécanique; mais il n'y a pas de faits dans lesquels cette compression ait été supportée, la pression par les doigts étant intolérable.

M. GOSSELIN. Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour que nous puissions nous prononcer sur la valeur des deux modes de compression dont on a parlé dans cette discussion. Pour moi, j'avais une grande tendance à employer de suite la compression digitale; mais comme, d'un autre côté, je ne pouvais pas me dissimuler les inconvénients de la suppression brusque du passage du sang dans l'anévrysme, j'ai pris le parti de comprimer d'abord incomplétement à l'aide de deux appareils, et de finir par la compression digitale non interrompue. Je crois avoir bien fait; mais pour juger définitivement cette question, il faudrait que chacun de nous eût une plus grande expérience personnelle.

Les ponctions exploratrices que j'ai pratiquées chez le malade dont on vous a parlé sont justifiées par les douleurs intolérables qui me firent penser qu'un abcès s'était formé. Sans doute on peut, avec M. Verneuil, dire que la formation du pus a été la conséquence des ponctions exploratrices, puisque la suppuration ne s'est pas établie de suite; mais je crois pourtant qu'elle est due à l'inflammation de la face externe du sac anévrysmal.

M. BROCA. Je crois que l'instrument à l'aide duquel M. Gosselin a fait la ponction a pénétré dans les caillots. Il s'est produit alors du pus, comme dans les 80 observations de ligature d'artères que j'ai citées dans mon livre. S'il existe déjà dans la science un aussi grand nombre de faits dans lesquels la ligature a produit des abcès, cela provient de ce que cette méthode expose plus que la compression à la formation des caillots passifs.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Alph. GUÉRIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La médecine française vient de faire une grande perte. M. Bégin, dont nous avons fait connaître il y a quelques jours l'état alarmant, a succombé à l'attaque d'apoplexie qui l'avait frappé il y a environ deux mois. Il est mort à Gorriquer, près Locronan, petite commune du Finistère, qu'il avait choisie pour lieu de retraite. M. Bégin, ancien président du conseil de santé, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Strasbourg, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, était âgé de soixante-dix ans environ. Il y avait un an à peine qu'il avait pris sa retraite.

Ce n'est pas le moment de rappeler ici tous les titres scientifiques de M. Bégin et les droits qu'il s'était acquis à la considération générale; ces titres seront appréciés plus tard. Nous ne voulons, pour le moment, que joindre l'expression de nos sympathiques regrets à ceux de tous nos confrères de l'armée.

— Le concours pour trois places de médecin au Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Gallard, Potin et Mesnet.

— La Société de médecine de Lyon a consacré deux séances à discuter, sur la proposition de M. Barrier, les indications comparatives de l'éther et du chloroforme, ou plutôt la préférence à accorder à l'un ou à l'autre de ces deux agents, comme anesthésique. Nous regrettons que la *Gazette médicale de Lyon*, à laquelle nous empruntons cette nouvelle, ne nous fasse pas connaître le résultat de ces débats.

— MM. les professeurs de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Lyon ont arrêté qu'un portrait du docteur Brachet serait placé dans une salle de l'Ecole, à laquelle on sait que l'illustre professeur a légué tous ses livres de médecine.

L'importance de ce don rendait nécessaire la nomination d'un bibliothécaire; M. le docteur Lavirotte a été désigné pour en remplir les fonctions; sa nomination a été ratifiée par M. le recteur de l'Académie.

Le Gérant, Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 47. — JEUDI 21 AVRIL 1859. (32e ANNÉE.) N° 47. — JEUDI 21 AVRIL 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 20 avril 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

C'est toujours avec quelque regret que nous voyons les discussions académiques prendre le caractère d'une lutte, et nous nous associerions volontiers à la protestation que M. Huguier a inscrite en tête de la seconde partie de sa réponse à M. Depaul, s'il n'avait lui-même contribué un peu pour sa part à donner ce caractère à la discussion actuelle, en suivant de point en point et pas à pas l'argumentation de son contradicteur, mesurant toujours la vivacité de la réplique à la vivacité de l'attaque. Mais laissons de côté la forme, et bornons-nous au fond. M. Huguier, dans une argumentation à laquelle on ne contestera ni l'énergie de la conviction ni la force du raisonnement, nous a paru avoir réfuté avec succès la plupart des reproches qui lui ont été adressés par M. Depaul, soit sur le côté historique de la question, soit sur un grand nombre de points de fait exhibés dans le mémoire à l'appui de la thèse principale de l'auteur. Mais sur les points essentiels de cette thèse même, c'est-à-dire sur le rôle assigné par M. Huguier à l'allongement hypertrophique du col de l'utérus, là où les pathologistes n'avaient vu généralement jusqu'ici qu'un prolapsus de cet organe, et sur l'opération qu'il propose pour le combattre, son succès est moins certain. Nous déclarerons en toute sincérité, pour notre part, que si M. Huguier a pu modifier nos idées sur l'étiologie et le mécanisme le plus ordinaire, d'après lui, du prolapsus utérin, toute sa puissance d'argumentation n'a pu nous convaincre de l'utilité et de l'innocuité de son moyen radical de traitement. Il nous répugne encore d'admettre, quelques bonnes raisons qui aient été invoquées en faveur de cette opération, qu'il soit loisible au chirurgien d'opposer à une infirmité qui, quelque grave et incommode qu'elle soit, est du moins compatible avec la vie, une opération dont M. Huguier, malgré toute son habileté, n'a pu entièrement dissimuler ni conjurer toujours la gravité. Il restera quelque chose, toutefois, de ce travail et de cette discussion.

La première partie de la séance a été occupée par la lecture d'un rapport très-étendu, très-bien fait et très-intéressant de M. H. Bouley, sur le mémoire relatif à l'introduction des médicaments dans le lait par assimilation digestive, que M. le docteur Labourdette a communiqué à l'Académie il y a environ deux ans. « Je crois ne remplir qu'un devoir de stricte justice, a dit M. Bouley, en déclarant que tous les éloges que je pourrais donner à notre confrère me paraîtraient au-dessous de ce que méritent sa courageuse et onéreuse persévérance d'une part, et d'autre part le magnifique résultat auquel il est parvenu. » Cette seule phrase, que nous extrayons du rapport, — beaucoup trop long et trop important pour que nous n'ayons pas dû en renvoyer l'analyse à un autre jour, — prouve assez le cas que la commission fait des travaux de M. Labourdette.

M. le président a déclaré une vacance ouverte dans la section d'hygiène publique et médecine légale. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Laugier.

Quelques observations relatives à des maladies du sein.

(Observations recueillies par M. Panas.)

Dans le courant du semestre qui vient de s'écouler, plusieurs faits intéressants s'étant présentés dans le service de la clinique chirurgicale de M. le professeur Laugier, nous nous proposons d'en faire le sujet d'une série de communications. Nous commencerons par rapporter aujourd'hui un certain nombre d'observations relatives à des maladies du sein.

1° *Abcès.* — Nous laisserons de côté tous ces abcès à marche ordinaire, développés à la suite des couches, dont tous les services de chirurgie abondent, et qui ne nous ont présenté rien de particulier. Nous ne parlerons ici que de trois cas où les abcès se sont manifestés dans le cours de la gestation, en dehors de toute irritation ou excoriation du mamelon, et qu'on ne peut rattacher en aucune manière à une lymphite quelconque ; ce n'est pas à dire pour cela que l'histoire de ces abcès ne soit pas connue déjà, mais à une époque où l'on a peut-être trop de tendance à ne voir dans les abcès du sein que des lymphangites suppurées, il n'est pas hors de propos de rappeler des faits étrangers à cette doctrine.

Ier fait. — Pauline B..., âgée de vingt ans, blanchisseuse, petite, grêle et scrofuleuse, entre dans le service, salle Saint-Charles.

Interrogée sur ses antécédents, elle nous dit qu'au septième mois de sa grossesse, qui est la première, elle a commencé à perdre du lait ; qu'un mois après, *sans cause connue*, ni coup, ni chute, ni refroidissement, ni excoriation du mamelon, elle vit se développer dans le sein droit un abcès volumineux, qui s'est ouvert seul au bout de vingt jours, et qui, suivant toute probabilité, avait pour siége les lobules de la glande elle-même.

Aujourd'hui, jour de son entrée, et le dix-huitième après son accouchement, on constate l'existence de deux trajets fistuleux situés à la partie supéro-interne du sein malade. La peau est rouge et amincie dans l'étendue d'une pièce de cinq francs. On sent profondément, et dans une assez grande étendue, des indurations lobulées et douloureuses à la pression. La suppuration, de bonne nature, est d'une abondance médiocre ; il n'y a plus ni fièvre ni frisson.

Voyant d'après cela que le mal était en pleine décroissance, M. le professeur Laugier eut recours à l'usage de la compression faite à l'aide de longues bandes de diachylon embrassant le thorax ; et en quinze jours tout était rentré dans l'ordre ; il n'y avait plus ni douleur, ni suppuration, ni rougeur, et l'organe avait perdu de son volume, en conservant toutefois quelque peu d'induration, qui, comme on le sait, ne se dissipe qu'à la longue.

IIe fait. — A..... R....., vingt et un ans, domestique, primipare. Au cinquième mois de la grossesse, établissement de la sécrétion laiteuse; huit jours après, sans refroidissement ni autre cause connue, engorgement du sein gauche, avec fièvre et douleur vive. Vingt jours après le début, un abcès s'ouvre spontanément, laisse écouler un flot de pus, et voici bientôt trois mois que la source du pus, toujours fort abondant, ne tarit point.

Il y a en outre un peu de fièvre et quelques frissons erratiques, revenant à des intervalles plus ou moins éloignés.

En raison de l'acuité dans les symptômes, M. Laugier prescrit les émollients : cataplasmes, fomentations, eau de guimauve. Quelques purgatifs légers sont administrés avec ménagement, et à une semaine d'intervalle, afin de parer à une constipation opiniâtre qui tourmente la malade.

Deux contre-ouvertures deviennent nécessaires dans le cours du traitement. On vide tous les matins le pus aussi exactement que possible, et on fait usage d'une mèche. Le pus éprouvant quelque difficulté à s'écouler, on a recours à l'usage d'une sonde évacuatrice en gomme élastique, laissée à demeure d'après la pratique de M. J. Cloquet, méthode dont le drainage moderne n'est qu'un dérivé; mais il faut avouer que l'usage de ce moyen a été dans le cas présent d'une utilité au moins contestable, attendu que le pus s'écoulait très-difficilement par la sonde, dont la présence dans le foyer causait en outre de la douleur, de sorte qu'il a fallu y renoncer.

Grâce à ces moyens combinés, la fièvre et les douleurs ont disparu ; la suppuration a beaucoup diminué, et un mois après son entrée, la malade a demandé sa sortie, bien que l'abcès fournît encore un peu de pus.

Ici, on le conçoit, l'activité de plus en plus croissante de l'acte de la *lactation*, à mesure que la gestation avançait vers son terme, a dû être et a été en effet pour beaucoup dans la ténacité du mal.

IIIe fait. — G..., polisseuse, 22 ans, primipare, entrée le 11 mai. Au quatrième mois de la grossesse, écoulement de lait, et en même temps chute sur le dos. A peu de temps de là, engorgement du sein du côté gauche, et aujourd'hui, c'est-à-dire cinq semaines après le début, il y a une fluctuation manifeste, avec rougeur diffuse de la peau ; douleur vive; légère accélération fébrile et sueurs profuses sur tout le corps.

On ouvre l'abcès, qui fournit beaucoup de pus blanc et crémeux, et on prescrit des cataplasmes. Après une suppuration abondante et deux contre-ouvertures, qui deviennent indispensables, la suppuration se trouve considérablement réduite vers la fin de juin. Pour combattre l'engorgement qui persistait alors, M. Laugier fit exercer sur l'organe une compression méthodique, comme il a été dit précédemment, et au bout de quinze jours tout était rentré dans l'ordre, et la malade quittait les salles.

C'est là, pour le dire en passant, un exemple des bons résultats de la compression en pareils cas, et M. Laugier, qui a eu déjà à s'en louer dans maintes circonstances, ne manque jamais d'en prescrire l'usage. Il fait seulement observer, et cela à juste raison, qu'ici tout dépend du *modus faciendi*, et que si la compression bien faite constitue un résolutif puissant, mal appliquée et sans énergie, elle devient inutile et n'a plus que des inconvénients.

2° *Kyste sébacé du sein droit.* — Au mois de décembre 1857, est entrée dans les salles une femme de cinquante-quatre ans environ, bien portante d'ailleurs, et qui nous offre un exemple d'une affection *rare*, ainsi que l'a fait observer M. le professeur Velpeau dans son *Traité des maladies du sein*. Voici sous quelle forme les choses se sont présentées ici :

A la partie inférieure et interne de la mamelle droite, qui est d'ailleurs flasque et pendante, existe une tumeur en plaque de la largeur d'un sou, faisant peu de saillie sur la peau, qui est saine, mais *intimement* adhérente, et offrant à son centre un enfoncement noirâtre, espèce d'*ombilic* de la largeur d'une tête d'épingle au plus.

La tumeur, qui est plus rapprochée du sillon intermammaire, autrement dit de la base, que du sommet de l'organe, est tellement située d'ailleurs qu'elle se trouve complétement cachée aux regards, et est fortement appliquée contre le thorax par la mamelle ordinairement non soutenue, attendu que la malade ne fait point usage de corset. C'est très-probablement à cette circonstance qu'il faut attribuer la forme en plaque que nous a offerte la tumeur.

Quoi qu'il en soit, sa consistance est assez prononcée; mais en y exerçant à l'aide du doigt une pression prolongée, celui-ci finit par y laisser une légère *empreinte*.

Il est à peine nécessaire d'ajouter ici qu'il n'y avait pas l'ombre de ganglions engorgés.

Interrogée sur ses antécédents, la malade nous dit qu'elle porte cette tumeur depuis quinze ans; que, fort petite au commencement, elle ne la préoccupait nullement; et que ce n'est que depuis environ six mois que son attention fut attirée par une augmentation de volume assez rapide, survenue sans cause connue.

Fort de tous ces signes, M. Laugier diagnostique d'emblée un kyste sébacé, et procède le surlendemain à l'opération, qui consiste à fendre la tumeur en deux et à arracher chaque moitié séparément à l'aide de pinces, qui entraînent non-seulement le contenu, mais en même temps les parois du kyste. C'est le procédé par *transfixion* de M. le professeur Jobert. C'est ce même procédé que M. Laugier emploie pour extirper les tumeurs sébacées du cuir chevelu, et toujours avec la même célérité et les mêmes avantages dans les résultats.

L'opération terminée, on panse la plaie à plat, attendu qu'une longue expérience a appris à M. Laugier que jamais on n'obtient la réunion immédiate à la suite des opérations pratiquées pour des kystes de cette nature.

La dissection de la pièce montre qu'il s'agissait bien d'un kyste sébacé à parois fibro-celluleuses, et dont le contenu, très-fétide, ressemble à du mastic de vitrier. Quant au point noir, il n'était autre chose que l'orifice très-dilaté du follicule, obstrué par le produit anormal mêlé de poussière. L'examen microscopique fit voir des cellules épithéliales en grand nombre et des granulations graisseuses interposées aux cellules.

La guérison fut prompte et complète.

3° *Contusion avec ecchymose du sein gauche.* — L... P..., quarante-huit ans, ayant cessé d'être réglée, entre dans le service le 26 janvier pour une chute qu'elle avait faite la veille, et dans laquelle le sein du côté gauche avait porté contre le bord de son lit.

A l'examen direct, on constate une ecchymose vaste, violacée, foncée en couleur, qui occupe tout l'hémisphère supérieur du sein, et est d'autant plus prononcée qu'on se rapproche de l'aréole, qui est la partie la plus teintée. Cette ecchymose s'arrête brusquement à la base du mamelon, qui est saillant et dans un certain état d'éréthisme, sans changement de couleur.

Au centre de cette vaste ecchymose, qui est le point directement contusionné, M. Laugier constate un point fluctuant entouré lui-même d'un bourrelet d'induration, c'est-à-dire qu'on retrouve là tous les caractères d'un foyer ou bosse sanguine.

Ces sortes de tumeurs, a dit à cette occasion M. le professeur Laugier à sa clinique, ont trois terminaisons possibles : 1° la *résorption* complète ou incomplète; 2° l'*inflammation* suppurative; 3° enfin la *transformation* ultérieure du foyer en kyste séreux ou séro-sanguinolent (hématique).

Prescription : Cataplasmes arrosés d'eau blanche, et compresses trempées dans le même liquide et l'eau-de-vie camphrée.

Le 1er février, l'ecchymose jaunit un peu au centre même.

Le 7, l'ecchymose est en grande partie dissipée, et cela d'autant plus complétement qu'on se rapproche du thorax, ce qui tient très-probablement à ce que c'est là la partie la moins déclive.

La malade demande à sortir le 10 février.

A cette époque, qui est le seizième jour de l'accident, il lui reste encore une coloration jaune-verdâtre de la peau, et au centre un point manifestement fluctuant de la largeur d'une pièce de 2 fr., et qui est entouré d'un bourrelet dur.

4° *Tumeur hypertrophique de la mamelle droite.* — C... (Françoise), quarante ans. Réglée à treize ans, mariée à dix-neuf; premier et unique enfant à vingt et un ans. Il y a dix-huit ans juste qu'elle a fini d'allaiter. C'est à cette époque éloignée du sevrage que la malade rapporte le début de sa tumeur actuelle, qui ne présentait alors, dit-elle, qu'une glande roulant sous la peau, de la grosseur d'une noix au plus. Complétement stationnaire dans les dix premières années, elle ne se serait mis à grossir que depuis, et cela continuellement jusqu'à ce jour.

Etat actuel (25 mars). — Tumeur allongée verticalement, arrondie dans son ensemble, mais offrant çà et là des bosselures, dont les unes ont une consistance solide et d'autres, tout à côté, offrent une fluctuation évidente.

Cette tumeur intéresse exactement la moitié supérieure de la glande, l'autre moitié conservant les attributs de l'état normal. A la mensuration, nous lui trouvons, du mamelon à la base, 20 centimètres; d'un côté à l'autre, 15 centimètres. La circonférence de la base est de 48 centimètres.

Il n'y a point de ganglions; la tumeur est mobile profondément, et la peau glisse normalement sur elle. Pas de rétraction du mamelon, pas de douleurs lancinantes. Conservation parfaite de la santé générale.

Le 1er avril on procède à l'opération, dans le but d'extirper la moitié malade de la glande en conservant l'autre moitié restée saine. Pour cela on pratique sur la tumeur une incision en T renversé n'intéressant que la peau. On dissèque les deux lambeaux triangulaires de peau qui en résultent, et on résèque la partie malade de la glande en respectant le mamelon et tout ce qui restait de sain de la glande. A peine eut-on à lier deux artérioles, après quoi on rapprocha les lèvres de la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives, et on pansa comme à l'ordinaire.

La dissection de la pièce prouve que la tumeur est formée dans sa totalité d'un tissu granuleux friable analogue au tissu des glandes salivaires. Cette trame, d'une couleur jaunâtre, d'un aspect huileux, se trouve partagée en lobes et comme cloisonnée par des brides denses, blanches et fibreuses. De loin en loin on y rencontre de petites cavités anfractueuses remplies d'un liquide bistre et filant. Une seule de ces cavités, plus grande que les autres, contenait un noyau lisse, translucide, comme gélatineux (fibro-plastique). — Il est à remarquer que les bosselures de la surface, qui paraissaient si évidemment fluctuantes à l'examen clinique, ne sont pas liquides et ne diffèrent que peu du reste de la tumeur, dont elles ont la composition glandulaire, sinon plus pure; et dégagée de tout élément fibreux.

Le microscope confirme le diagnostic clinique et anatomique en montrant l'hypertrophie des acini de la glande, avec de rares noyaux fibro-plastiques et des granulations graisseuses dans la tumeur. Le liquide bistre des anfractuosités contient en plus des granules pigmentaires, comme dernier vestige du sang épanché.

Le 2 avril, légère accélération fébrile.

Le 3, on renouvelle le pansement; tout est en place; fièvre modérée, sommeil calme dans la nuit.

Le 5, rougeur érysipélateuse des lèvres de la plaie, accélération fébrile du pouls; quelques frissons pendant la nuit, céphalalgie, langue légèrement saburrhale. — Pansement simple, une bouteille d'eau de Sedlitz.

Du 6 au 14, l'érysipèle gagne successivement tout le sein et une partie du thorax et de l'aisselle correspondante. La fièvre persiste, et l'état saburrhal ne fait que s'accroître jusqu'à ce qu'il cède enfin grâce à l'usage des purgatifs salins et de l'huile de ricin administrés alternativement tous les deux ou trois jours. La plaie, dont les bords avaient été cicatrisés en partie avant l'apparition de l'érysipèle, suppuré abondamment, et se trouve largement ouverte par suite du décollement de ces bords. On panse à plat régulièrement tous les jours, et on n'accorde que du bouillon comme aliment.

Le 15, l'érysipèle cesse de faire des progrès et décroît bientôt. La fièvre tombe, l'appétit renaît, et le 20 du même mois, c'est-à-dire le quinzième jour de l'apparition de l'érysipèle, celui-ci se dissipe et tout rentre dans l'ordre.

A partir de ce moment, la plaie marche rapidement vers la cicatrisation, et un mois plus tard, la malade, parfaitement rétablie, quitte l'hôpital.

HOPITAL MILITAIRE DE LAGHOUAT (Algérie).

M. MARTIN.

(Observation recueillie par le Dr ARNOULD, aide-major).

Invasion brusque de douleurs abdominales. — Symptômes à marche foudroyante. — Gangrène d'une portion d'intestin.

Dans la nuit du dimanche 13 mars au lundi 14, le docteur Millot, aide-major au 2e bataillon léger d'Afrique, est appelé près du chasseur Bailly, âgé de 27 ans, garçon vigoureux, présentant la veille toutes les apparences de la santé, ayant pris son repas du soir exactement dans les conditions habituelles et même fait une partie de cartes avec ses camarades. Tout à coup, ce militaire s'est trouvé pris de violentes coliques et de vomissements répétés; on le transporte à l'hôpital, des calmants internes sont administrés par la bouche et par le rectum.

Le lundi matin, rien n'est changé dans l'état du malade : tisane et médicaments sont vomis avec un mélange d'aliments à demi-digérés, et d'une bouillie jaune-verdâtre, fétide. La journée se passe dans des souffrances atroces : les muscles de la paroi abdominale contractés dans une roideur insurmontable, aplatissent le ventre et en rendent l'exploration inutile; le palper, du reste, exaspère les douleurs, surtout à l'hypogastre et au niveau de la fosse iliaque droite, siége du mal particulièrement indiqué par le patient. La face est anxieuse, l'œil saillant, les pupilles dilatées; la langue est noirâtre à la surface, la bouche tend à se dessécher, le pouls est petit et très-fréquent, mais plutôt serré que dépressible. La peau est sèche, sans chaleur. La respiration ne se faisant que dans la portion sus diaphragmatique du tronc, il y a fréquemment orthopnée; aussi trouvons-nous souvent le malade assis, s'appuyant sur les coudes portés en arrière.

Le mardi, 15, même état. Vomissements continuels, pas de garde-robes; les lavements ne sont pas rendus, l'émission des urines n'a pas eu lieu depuis dix-huit heures. On continue avec le même insuccès les calmants et les anti émétiques. Vers midi, les souffrances paraissent s'amoindrir, et le malade éprouve une sorte de bien-être, sans doute par affaissement. A une heure, on venait me chercher pour constater le décès, ce que je fis, en recommandant aux infirmiers d'éviter les chocs et les mouvements brusques dans le transport du cadavre.

Vingt heures après la mort, je fais l'autopsie, en présence des docteurs Martin et Millot, et me proposant de prendre des précautions minutieuses pour ne rien changer aux lésions.

Je remarque d'abord que le ventre est plus élevé que pendant la vie. Les parois abdominales, relevées en tablier, nous laissent voir les divers feuillets du péritoine épaissis une injection rouge-vif des parois intestinales, une dilatation du calibre de l'intestin, de légères adhérences établies entre ses anses par un dépôt verdâtre à demi organisé, une fausse membrane qui renferme du pus; en un mot, une péritonite à peu près générale, mais à un degré médiocre. Une faible quantité d'un liquide sanguinolent, assez épais, baigne les viscères. Au niveau de la fosse iliaque droite, on aperçoit une anse d'intestin colorée en rouge-foncé, et séparée des autres par une bouillie sanguine et purulente.

Malgré les ménagements que j'emploie pour sortir tout le paquet intestinal, en procédant de haut en bas, la dernière anse, celle qui se termine au cœcum, celle que nous avions vu si colorée, se déchire entre mes mains en la soulevant, de façon à n'être plus retenue au bout inférieur que par une languette, le mésentère sans doute. Je reprends alors par le rectum, et je termine l'extraction, mais en obtenant le point intéressant dans l'état que je viens de dire. Sur cette portion, il n'est pas possible de reconnaître si une déchirure existait antérieurement à mes manœuvres; mais on constate l'état putrilagineux de l'intestin grêle à partir de 10 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale jusqu'à environ 75 centimètres plus haut; tout à fait à l'extrémité de cette portion, l'intestin est noirâtre et s'écrase sous le doigt; un peu plus haut, la muqueuse est convertie en une bouillie rouge-ardoisé que la membrane fibreuse empêche de tomber en détritus. Plus haut encore, elle est rouge-brun, tomenteuse, épaissie et ramollie.

Le gros intestin renferme des matières très-consistantes; l'intestin grêle et l'estomac, des gaz et du liquide épais, gris-verdâtre. La vessie, presque vide, est revenue sur elle-même Les viscères sont tous très-sains; toutefois nous remarquons dans le thorax des adhérences établies entre les plèvres par des cloisons fibreuses en grand nombre, circonstance qui a eu sa part dans les phénomènes d'orthopnée après la suppression de la respiration sous-diaphragmatique.

Il n'est pas douteux pour nous que cette portion d'intestin noirâtre, à consistance de détritus, ne soit un point frappé de gangrène. Il nous semble plus que probable que cette gangrène a été le résultat d'un étranglement interne qui a aussi causé, de proche en proche, l'inflammation d'une certaine longueur du canal et celle du péritoine; peut-être même y a-t-il eu déchirure avant la mort et épanchement de liquide intestinal. Malheureusement, ni l'étranglement ni la déchirure n'ont pu être positivement constatés. Nous pouvons assurer, d'ailleurs, qu'il n'existait pas de hernie, et qu'on a cherché avec soin si un corps étranger ne se rencontrerait pas. C'est à cause de ces points obscurs, et aussi parce que la cause première et le mécanisme de ces accidents, devenus si rapidement mortels, nous échappent en totalité, que nous avons pensé à soumettre aux lecteurs de la *Gazette* les faits observés.

NOTE SUR L'EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER dans la suette miliaire.

Par M. le docteur Jules DAUDÉ.

Depuis quelque temps le monde médical se préoccupe beaucoup du perchlorure de fer; ce produit, bien digne d'intérêt, attire l'attention des praticiens, comme naguère l'iode et l'huile de foie de morue. Signalé d'abord comme hémostatique, il n'a pas tardé à passer du domaine de la chirurgie dans celui de la médecine, et l'on sait qu'il a été administré dans les hémorrhagies actives et passives, dans l'érysipèle, les fièvres typhoïdes, la diphthérite, etc. Les mémoires adressés à l'Académie de médecine pour le prix à décerner à la fin de cette année nous dévoileront sans doute de nouvelles applications de cet agent thérapeutique.

En attendant, je ne puis m'empêcher de communiquer les résultats que j'en ai obtenus dans une maladie endémique dans les localités où j'exerce, et qui fait si souvent la terreur des populations et le désespoir des médecins.

La maladie vulgairement appelée suette miliaire depuis les travaux de M. le docteur Rayer, est surtout caractérisée par des sueurs fétides, excessives, précoces, débutant avec l'affection, la suivant pendant sa durée, et diminuant dès que l'amélioration se manifeste. Ces sueurs sont souvent accompagnées d'une éruption tantôt rouge, tantôt blanche, qui peut manquer quelquefois, et qui n'apparaît pas à des jours fixes et déterminés comme dans les fièvres exanthématiques. Les sueurs ne sont pas critiques, parce qu'elles ne soulagent pas les malades, et qu'elles n'arrivent pas à des jours où, comme le disaient nos ancêtres, la maladie est parvenue à l'état de coction. Et en effet, dès le début, les malades n'éprouvent que peu de mal; ils accusent peu de douleurs; ils sont surtout fatigués par les sueurs, qui les épuisent, et, à mesure qu'elles augmentent, on voit survenir des céphalalgies, des palpitations, de l'épigastralgie, du délire, des convulsions et la mort.

Ces sueurs sont donc mauvaises par elles-mêmes; elles sont colliquatives, et affaiblissent vainement les malades, à peu près comme une diarrhée surabondante chez un individu auparavant bien portant. Voilà ce qu'apprend l'expérience; et la raison seule suffirait même, au besoin, pour faire comprendre que ces sueurs ne sont pas favorables. Ne serait-il pas absurde, en effet, de supposer que des sueurs critiques peuvent arriver au moment même où l'affection se constitue? En d'autres termes, que l'organisme peut produire au même instant la maladie et la crise qui doit la juger? Si les sueurs devaient juger la suette miliaire, l'affection morbide n'aurait pas de raison d'être, puisque l'éphidrose est le premier symptôme qui la caractérise et qui l'accompagne jusqu'à sa terminaison. Ces sueurs sont donc mauvaises, funestes, et il faut employer tous les moyens possibles pour les supprimer ou du moins pour les modérer. Suivons ici le précepte de Boerhaave : « *Ergo initio sudor semper cohibendus, nisi constet materiem morbi adeo tenuem esse ut cum primo sudore difflari possit.* » (Aph. 717.)

Quant à l'éruption, nous avons laissé entrevoir qu'elle n'est pas essentielle à la maladie; Allioni la prévenait par des purgatifs, et beaucoup de praticiens ont pu remarquer que Sydenham n'était pas trop éloigné de la vérité quand il attribuait l'exanthème miliaire à un régime échauffant. La grande abondance des sueurs, leur âcreté, leur séjour prolongé sur la peau, peuvent bien amener une éruption miliaire. Si l'on parvient à modérer les sueurs torrentielles qui inondent les malades et qui macèrent les téguments, il y a de grandes chances de ne pas voir paraître l'exanthème miliaire. Mais si l'éruption ne peut pas être évitée, si elle se rapporte à un état grave de l'économie, comme le pensait Van Swieten, qui ne craignait pas de comparer les vésicules miliaires à une sorte de gangrène (*mali omnis sunt tales pustulæ; sunt enim quasi necroses, et gangrænosam morbi indolem denotant*); si on l'attribue à une diathèse particulière du sang, on peut du moins la retarder avec avantage, car personne n'ignore le danger des éruptions trop hâtives dans toutes les maladies, et cet exanthème, qui aurait dû être terrible au début de l'affection, pourra servir de phénomène critique à un autre temps de la maladie.

A côté de ces symptômes, nous devons signaler l'état de diffluence extrême du sang, qui est comparable à celui des scorbutiques; la stase du sang dans les grosses veines, la pâleur et l'état d'inertie de la peau; la largeur, la dépressibilité du pouls, son irrégularité, la prostration complète des forces radicales, l'atonie des solides, et, après la mort, la décomposition si rapide des cadavres, etc.

Je n'ai pas tout dit au sujet de cette bizarre maladie, mais je dois m'arrêter pour ne pas anticiper sur un travail plus complet que je prépare depuis longtemps.

En présence d'un pareil ennemi, j'avais employé toutes les méthodes de traitement préconisées contre la suette, et j'avais été frappé des divergences qui existaient entre les divers auteurs que je pouvais consulter. J'administrai même à quelques malades l'ipécacuanha, mais je fus surpris de ne pas obtenir par ce moyen les résultats merveilleux que signalait M. le docteur Foucart. J'avais beau me tourmenter pour *interpréter* à sa façon les faits que j'avais sous les yeux, le spécifique de 1849 échouait entre mes mains comme entre celles de bien d'autres confrères, et je dus renoncer bien vite à une médication qui était bien loin de tenir dans le département de la Lozère tout ce qu'elle avait promis dans la Somme, l'Aisne et l'Oise.

C'est alors que, préoccupé des sueurs et de l'éruption dans la suette, et confiant dans une théorie née de mes observations personnelles et de celles de mes devanciers, je songeai à l'emploi du perchlorure de fer liquide de Pravaz.

Comme tonique, ce médicament pouvait s'opposer efficacement et directement à la diffluence du sang, à l'atonie des solides; comme astringent, il pouvait diminuer les sueurs, retarder ou faire avorter l'éruption miliaire. Il y a environ deux ans que je l'expérimente et que je le donne uniquement à mes malades suivant les formules ci-après :

Perchlorure de fer liquide à 30°. .	25 gouttes.
Eau de menthe.	60 grammes.
Sirop simple.	60 —
Eau distillée.	30 —

M. F. S. A. Une potion à prendre par cuillerées à bouche toutes les heures.

S'il existe des signes d'embarras gastrique bien marqué, je fais précéder cette potion d'un émétique.

Lorsque les malades sont d'un tempérament très-nerveux et impressionnable, je modifie la potion de la manière suivante :

Perchlorure de fer liquide à 30°. .	20 gouttes.
Sirop d'éther.	20 grammes.
Eau de menthe.	40 —
Eau distillée de tilleul.	90 —

M. F. Une potion à prendre comme la précédente.

Le perchlorure de fer administré de la sorte dès le début des suettes a produit les effets suivants :

1° En moins de vingt-quatre heures, les sueurs torrentielles sont diminuées.

2° Le pouls devient progressivement moins large, moins mou, moins dépressible.

3° L'épigastralgie se calme, et les malades réclament d'eux-mêmes leur potion, qui, disent-ils, les soulage et les fortifie;

4° L'éruption miliaire a manqué dans six cas; elle ne s'est montrée qu'au bout de sept jours dans huit autres cas.

5° Les paroxysmes ou accès observés par la plupart des praticiens dans la suette, ne se sont pas montrés lorsque dès le début j'ai administré le perchlorure.

Je ne prétends pas pour cela nier que la suette puisse revêtir à certaines époques et dans quelques localités le type rémittent; mais je crois que l'on aurait tort de considérer toutes les suettes comme compliquées de cet état, et je suis amené, par mes observations, à penser que le sulfate de quinine qui, quoi qu'en dise M. le docteur Foucart, était jusqu'ici le meilleur remède à employer contre la suette, n'a pas toujours agi comme antipériodique, mais le plus souvent comme tonique et astringent. Ce qui tendrait à prouver ce que j'avance, c'est que les médecins qui l'ont employé dès le début, et constamment *fracta dose*, ont obtenu plus de succès que ceux qui le prodiguaient à hautes doses à leurs malades, après avoir constaté un de ces paroxysmes effrayants contre lesquels la médecine reste souvent impuissante.

6° Les malades ne répugnent pas d'ordinaire à l'emploi du perchlorure de fer. Aucun de ceux que j'ai soignés suivant cette méthode nouvelle n'a succombé. Il est vrai d'ajouter que je n'ai pas eu l'occasion de l'expérimenter en temps d'épidémie, n'ayant traité que des cas sporadiques dans le département de la Lozère, depuis plus de deux ans. Je n'ai jamais vu la maladie enrayée, mais j'ai eu le bonheur de voir céder ces symptômes formidables qui caractérisent la suette; et en face d'une affection dégagée de ces sueurs profuses, qui usent si vite l'économie, j'ai pu la combattre par les moyens appropriés, car il faut le répéter, dans la suette, les sueurs, quoique symptôme de la maladie, sont la source d'une indication majeure et pressante de traitement. Tels sont les faits que j'ai observés et que je livre aujourd'hui à l'interprétation de mes confrères, en réclamant d'eux une plus large expérimentation de la méthode que je propose.

Ils reconnaîtront, je l'espère, que la suette est heureusement modifiée par le perchlorure de fer. Je ne prétends pas le donner comme un spécifique, mais j'affirme qu'il convient dans tous les cas de suette pour s'opposer aux divers symptômes que j'ai rappelés. Il est bien entendu que je n'exclus pas les autres moyens, qui, employés concurremment, peuvent convenir à l'état du malade et au génie particulier de telle ou telle épidémie.

S'il est vrai (et nous aurons plus tard à aborder cette question) que, suivant l'opinion d'Hufeland, répétée par M. Jules Guérin, la suette est la contre-partie, le satellite du choléra, ne pourrait-on pas tenter ce moyen dans ce terrible fléau, qui depuis si longtemps a fait tant de victimes en France?

ABSENCE COMPLÈTE DU VAGIN

chez une femme âgée de vingt-neuf ans,

par M. le Dr C. COATES.

A. E..., vingt-neuf ans, domestique, vient à l'hôpital, se plaignant de dérangement des fonctions de l'estomac et d'une faiblesse générale excessive. Elle est d'une taille moyenne, d'un développement musculaire médiocre, et présente l'aspect cireux de la peau ordinaire chez les chlorotiques. Elle raconte que depuis treize ou quatorze ans sa santé s'est altérée sensiblement, bien qu'elle n'eût pas de maladie aiguë. Depuis cette époque, elle est incapable de faire un travail un peu fatigant, ce qui l'a obligée de quitter plusieurs bonnes places qu'elle occupait. C'est au moment de la puberté que sa santé a commencé à se déranger et qu'il lui est survenu de violentes douleurs dans le dos et dans la tête. Depuis lors jusqu'au moment où je la vis, elle éprouva régulièrement tous les mois les mêmes symptômes, qui duraient trois ou quatre jours, puis disparaissaient graduellement. *Jamais elle n'avait été réglée.* Pendant plusieurs années elle suivit constamment les traitements qui lui furent indiqués par différents médecins, et prit une quantité incroyable de médicaments pour faire venir ses règles; toutes ces tentatives restèrent sans résultat.

D'après son propre récit, elle se fit traiter pendant sept ans comme malade externe aux consultations d'un hôpital, mais elle n'en tira aucune amélioration. La véritable nature de la maladie semble n'avoir jamais été soupçonnée chez cette femme, car elle affirme que pas un médecin ne lui a proposé d'examiner l'état des parties génitales.

Telle est l'histoire abrégée des antécédents de cette malade jusqu'au moment où elle vint réclamer mes conseils. Je procédai à un examen scrupuleux de la poitrine et de l'abdomen, mais je n'y pus découvrir rien de particulier, si ce n'est qu'elle avait un développement anormal des seins, donnant à la main la sensation d'une hypertrophie du tissu adipeux plutôt que glandulaire. Comme tous les symptômes dont se plaignait cette femme étaient évidemment liés à la non-apparition des règles, et soupçonnant d'ailleurs un arrêt de développement d'une partie quelconque des organes génitaux, je la soumis à l'examen de ces parties, et je trouvai l'état suivant: à l'extérieur, le mont de Vénus et les grandes lèvres sont bien développés; en écartant celles-ci, on aperçoit le clitoris, qui a son volume et son aspect normal; mais le méat urinaire ne se trouve pas dans sa position normale à la base du vestibule.

A un quart de pouce au-dessous du clitoris, on voit deux petites lèvres rudimentaires entourant une petite ouverture qui a un bord en forme de croissant, assez semblable à l'hymen; mais un examen attentif fait voir que cette ouverture n'est pas celle du vagin, mais bien celle de l'urèthre; ce canal, beaucoup plus large qu'à l'état normal, a environ deux pouces de long, et son orifice externe n'est qu'à un huitième de pouce au-dessus de la fourchette. Il n'y a pas de trace de vagin. La longueur du périnée est d'un pouce un quart. Le doigt, introduit dans le rectum, trouve un petit corps, du volume d'un haricot, mobile entre le rectum et la vessie; c'est probablement l'utérus à l'état rudimentaire. On sentait parfaitement l'ovaire droit normalement développé; le gauche manquait, ou bien il était situé trop haut pour que le doigt pût l'atteindre.

Tels sont les résultats donnés par deux examens attentifs pratiqués à différentes époques; il est évident que l'on ne peut songer à guérir cette femme par une opération quelle qu'elle soit. Elle avoue qu'elle éprouve parfois des désirs sexuels, et que plusieurs fois elle a été demandée en mariage, mais qu'elle a dû refuser, sachant qu'elle avait quelque chose d'anormal dans la conformation de ses organes génitaux.

Pendant les périodes correspondantes aux règles, je prescrivis des apéritifs salins et des sédatifs, dont elle se trouva beaucoup soulagée; dans les intervalles, je lui fis prendre des préparations ferrugineuses qui améliorèrent notablement son état général. Il me semble qu'il n'y a pas autre chose à tenter chez cette femme, qui n'aura de soulagement réel et permanent que lorsque l'âge critique aura ramené sa santé à ce qu'elle était avant l'époque de la puberté.

CROUP, TRACHÉOTOMIE.

Aspiration par la bouche des liquides contenus dans la trachée. Guérison.

Par M. BOUQUET (de Marseille).

Il y a peu de jours, nous annoncions la mort de M. Sturne, victime de son dévouement. Il avait contracté une angine couenneuse pour avoir aspiré avec la bouche, chez une malade à laquelle il venait de pratiquer la trachéotomie, les mucosités qui l'asphyxiaient. M. Bouquet, dans un cas semblable, n'a pas hésité à recourir au même moyen, mais il a été plus heureux que notre infortuné confrère: non-seulement il n'a pas contracté de maladie, mais encore il a guéri son malade. Voici le fait tel qu'il nous a été communiqué:

Le jeune fils d'un de nos agents de change, M. B..., enfant de trois ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, fut atteint, dans les premiers jours de novembre, d'une indisposition qui fut prise d'abord pour une simple bronchite. Bientôt cependant quelques accès de suffocation décidèrent à faire appeler le docteur Bouquet. Dès la première visite il lui fut facile, au caractère rauque et bruyant de la toux, de reconnaître les prodromes du croup.

La médication dirigée contre cette affection fut tout à fait impuissante pour conjurer les accidents, et dès le lendemain, les symptômes s'étant aggravés, l'*aphonie* était presque complète, les accès de suffocation plus rapprochés. Le docteur Bouquet dut prévenir la famille de la gravité du mal et de la nécessité d'une opération. A deux heures de la nuit, la suffocation était permanente, la dyspnée excessive, la respiration haletante, la toux et la voix éteintes; on entendait un sifflement laryngo-trachéal, les veines étaient turgescentes. Enfin l'anesthésie commençait; il n'y avait plus à hésiter.

L'ouverture de la trachée présenta quelques difficultés, à cause de l'écoulement considérable de sang après la section de la peau. Mais aussitôt que les voies aériennes furent ouvertes, le sang coula dans l'arbre aérien, et, sans crainte du danger de la contagion, M. Bouquet n'hésita pas à aspirer le sang avec la bouche.

L'enfant était en syncope; pendant quelques minutes, le pouls cessa de battre, mais bientôt quelques inspirations annoncèrent le retour à la vie; la trachée reçut une canule, et la respiration s'établit aussi régulière qu'on pouvait l'espérer.

La suite du traitement s'est bornée à maintenir la canule, et à ne l'enlever, temporairement d'abord, que pour introduire une petite éponge imbibée de nitrate d'argent destiné à la cautérisation des fausses membranes; plus tard cette cautérisation fut pratiquée par l'ouverture de la glotte avec une sonde recourbée; l'enfant rejeta par l'expectoration une grande quantité de fausses membranes.

La canule est restée à demeure quarante-huit jours avec des intermittences de quelques heures; elle a été enlevée définitivement le 26 décembre, et un mois après l'enfant ne se ressentait nullement de sa maladie ni de l'opération.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 avril 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Seine-Inférieure et d'Indre-et-Loire;

2° Les rapports finaux de M. le docteur Desfossés, médecin des épidémies de l'arrondissement de Boussac, sur une épidémie de fièvre intermittente qui a régné dans la commune de Saint-Loup (Creuse), et de M. le docteur Stock, médecin des épidémies du canton de Saint-Avold (Moselle), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Avold pendant les trois premiers mois de cette année (commission des épidémies);

3° Un rapport de M. le docteur Rebory, médecin cantonal à Digne (Basses-Alpes), sur la vaccine (commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° M. le docteur Brouillet, médecin de la colonie d'Ostwald, adresse un mémoire intitulé: *Essai sur l'intoxication paludéenne des bords du Rhin.* (Commission des épidémies.)

2° M. le docteur Pé de Laborde, de Monein (Basses-Pyrénées), adresse, à l'occasion du mémoire de M. Huguier, une note sur le cathétérisme utérin. (Commissaires, MM. Danyau et Laugier.)

3° M. le docteur Lebert, de Nogent-le-Rotrou, communique un mémoire sur un nouveau mode de traitement de l'entorse. (Commissaires, MM. Laugier et Malgaigne.)

— M. MICHEL LÉVY annonce dans les termes suivants la mort de M. Bégin:

J'ai la douleur d'annoncer à l'Académie que notre digne et éminent collègue M. Bégin a succombé, le 13 de ce mois, à sept heures du soir, aux suites de l'hémorrhagie cérébrale dont il a été frappé il y a deux mois. La lettre que notre président lui a écrite au nom de l'Académie lui était parvenue la veille de sa mort, mais déjà il n'était plus en état de la lire. La perte d'un tel homme est un deuil pour l'Académie, un deuil pour la médecine militaire et pour la profession tout entière. D'autres ont eu plus d'initiative dans la science et plus d'ardeur pour l'innovation, personne n'a possédé à un plus haut degré le bon sens et le jugement, l'amour du bien public, le sentiment exquis de l'honorabilité professionnelle, le désintéressement et l'abnégation.

Il avait en lui les trois conditions de la supériorité chirurgicale, la précision du diagnostic, le tact des indications et l'habileté opératoire; il avait aussi le talent de l'élocution et celui de l'écrivain scientifique. Dans nos discussions, il intervenait avec une telle opportunité, que, dès qu'il demandait la parole, on était assuré d'approcher de la solution du débat. Ce n'est pas le moment de rappeler les faits saillants de sa carrière militaire, qui commence à la bataille de la Moskowa et se termine par une inspection d'Afrique poussée jusque dans le Sahara. L'Académie a un devoir public à remplir envers cette grande et noble mémoire. Une pareille tâche plaira, j'en suis sûr, à la verve éloquente et honnête de notre secrétaire perpétuel. Eloigné de mon ancien maître pendant les derniers jours de sa vie, privé de la consolation des derniers adieux, j'ai voulu, Messieurs, vous dire publiquement ma douleur et mes regrets, bien certain de servir en même temps d'interprète aux vôtres.

M. LE PRÉSIDENT déclare qu'une vacance est ouverte dans la section d'hygiène publique et de médecine légale, en remplacement de M. de Kéraudren.

RAPPORT.

Introduction des médicaments dans le lait par assimilation digestive. — M. H. BOULEY lit, en son nom et au nom de MM. Chatin et Longet, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Labourdette, intitulé: *De l'introduction des médicaments dans le lait par assimilation digestive.*

Vu l'étendue de ce rapport, il ne nous est pas possible d'en présenter un résumé aujourd'hui, nous nous bornons à en reproduire les conclusions. Nous y reviendrons après son insertion dans le *Bulletin.*

Voici ces conclusions:

M. Bouley propose, au nom de la commission:

1° De déposer très-honorablement le travail de M. le docteur Labourdette dans les archives de l'Académie;

2° D'écrire à l'auteur une lettre de remercîments dans laquelle on l'informera:

Que l'Académie donne son entière approbation aux persévérants efforts qu'il a faits pour doter la science d'une méthode thérapeutique précieuse;

Qu'elle le félicite hautement du beau résultat qu'il a atteint, et qu'elle l'engage à lui communiquer les recherches et les observations ultérieures dont cette méthode pourrait être l'objet.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Suite de la discussion sur le mémoire de M. Huguier.

M. HUGUIER. Messieurs, je crois avoir suffisamment prouvé dans la dernière séance que les objections principales que notre collègue a faites à la première partie de mon travail sont sans aucun fondement. Aujourd'hui je continuerai à soutenir ma thèse.

Je ne vous fatiguerai pas à répondre à certaines objections de détail qui sont de véritables subtilités, comme celles, par exemple, qui consistent à discuter les différents degrés de l'hystéroptose. Qu'il vous suffise de savoir que j'ai pris pour base de la deuxième partie de mon travail tous les cas qui, d'après le plus grand nombre des auteurs, semblent appartenir à la chute complète, et ces cas, qui me sont propres, sont au nombre de 64, sur lesquels je n'ai rencontré que trois véritables chutes, deux sans allongement hypertrophique et une avec hypertrophie et rétroflexion, ce qui m'a conduit à émettre l'opinion suivante; « La tumeur sous-vulvaire, que l'on désigné généralement sous le nom de précipitation de la matrice, peut être formée » par deux maladies différentes: l'une est tout à fait exceptionnelle, » c'est la véritable chute de l'utérus; l'autre, qui est beaucoup plus » fréquente, n'est qu'un allongement et une chute du col, avec renversement et chute du vagin. »

Pour démontrer l'exactitude de cette proposition, j'ai appelé à mon aide trois ordres de preuves: les recherches historiques, l'anatomie pathologique et les faits cliniques.

Puis j'ai donné une description des faits du musée Dupuytren, qui sont au nombre de quatre, sur lesquels trois confirment mon opinion. J'ai rappelé que MM. Cazalès et Cusco, qui, depuis la note que j'ai publiée dans la *Gazette hebdomadaire*, ont examiné l'affection avec plus d'attention que par le passé, n'ont plus trouvé dans leurs services que des chutes incomplètes. Enfin, je suis passé à l'examen des faits cliniques, qui venaient donner une dernière preuve démonstrative à l'exactitude de ma proposition.

Notre adversaire, après avoir consulté tous ces documents et avoir été probablement convaincu par leur irrésistible signification, par une manœuvre très-adroite, a changé tout d'un coup de manière de voir; il s'est fait plus royaliste que le roi, et s'est écrié: « Je reconnais au » surplus avec M. Huguier, que le prolapsus complet de l'utérus est » *excessivement rare*, et cela n'est contesté par personne, que je sache. » Je remercie notre collègue d'être passé dans mon camp. Mais c'est un allié sur lequel il ne faut pas trop compter. Subissant comme malgré lui et à regret l'influence impérieuse des faits, il cherche à s'y soustraire et à les interpréter à sa façon. (M. Huguier signale ici des confusions que M. Depaul aurait faites entre quelques-uns des faits cités.)

Les faits de MM. Cloquet et Cruveilhier que j'ai invoqués et rapportés en faveur de la chute incomplète de l'utérus et de l'allongement de la portion sus-vaginale de l'organe, ajoute M. Huguier, prouvent, suivant M. Depaul, le contraire de ce que j'avance, et d'après lui, j'aurais inexactement rapporté les faits et je n'aurais pas rendu justice à leurs auteurs. Je prie M. Cloquet, ici présent, de déclarer si les dessins ont été fidèlement copiés, si son texte a été fidèlement rapporté, si, en un mot, je leur ai fait tenir un langage différent de celui qu'ils tiennent en effet. Quant à M. Cruveilhier, je vais lire ce qui le concerne, et il pourra déclarer si j'ai été un narrateur et un interprète fidèle...

Il en a été de même de la signification des faits du Musée Dupuytren. M. Depaul a dit dans son deuxième discours : « Notre collègue » nous a parlé des pièces déposées dans le Musée Dupuytren et de » l'opinion de M. Houel, qui serait conforme à la sienne. J'ai examiné » ces pièces, j'ai vu M. Houel, mais je regrette de n'avoir pu vérifier » la parfaite exactitude des assertions de M. Huguier à cet égard. » Voici une lettre de M. Houel, qui répondra mieux que moi aux assertions erronées de M. Depaul. (M. Huguier lit la lettre du conservateur du Musée, qui prouve l'exactitude de la description des pièces données dans son mémoire.)

Tout en reconnaissant que la chute complète de l'utérus puisse avoir lieu quelquefois, puisque j'en rapporte trois exemples dans mon travail, j'ai dit : « A part le cas clinique de Marguerite Malaure, qui n'est » pas très-concluant, je ne connais que trois faits d'anatomie patholo- » gique, celui de Blandin, celui de M. Morel-Lavallée et celui du Musée » Dupuytren, dans lequel il y avait complication de calculs, qui appar- » tiennent à la véritable précipitation. » — « Mais, s'est écrié M. De- » paul, la science en renferme bien d'autres ! » Et de rapporter à sa façon, comme nous l'avons vu, le fait de Marguerite Malaure (que j'avais moi même cité et qu'il était inutile de rappeler) ; « ceux, dit-il, » contenus dans Mauriceau. » Voici l'ouvrage de Mauriceau, et je prie mon collègue de me prouver qu'il contient un exemple irrécusable pour vous d'une véritable chute de l'utérus. Mauriceau dit bien qu'on sentait le corps de la matrice dans la tumeur sous-vulvaire, mais il ne dit pas le fond de la matrice. Or, Messieurs, il faut qu'on sache que Mauriceau et tous les auteurs de son temps désignaient sous le nom de corps de la matrice l'ensemble du col et du corps, réservant le nom de col pour le vagin. Le fait de Levret ne prouve pas irrévocablement l'existence d'une chute complète. (C'est ce qui résulte des explications dans lesquelles entre M. Huguier sur ce fait.)

Quant aux trois faits de prétendue chute complète rapportés par Mme Boivin, ils sont encore moins concluants, car elle s'est contentée de porter un diagnostic *de visu*, et d'après l'étendue de la tumeur, comme le prouve l'analyse que nous en avons donnée. M. Depaul a donc eu tort de nous les présenter comme des faits qui prouvent l'existence de la chute complète.

Si quelqu'un a démontré d'une manière positive et par des faits purement cliniques l'existence de la véritable chute de l'utérus, c'est nous, dans deux observations que renferme notre travail. Peut-être un jour pourrons nous en donner la preuve anatomo-pathologique. M. Depaul, forcé aujourd'hui de reconnaître que dans la plupart des maladies ordinairement appelées précipitation de la matrice, il y a allongement de la portion sus-vaginale du col, dit : « Cet allongement n'existe pas » dans les termes et dans les limites où l'a placé M. Huguier, entre » l'insertion vaginale et le corps de l'organe. La sonde ne lui a donné » que la longueur de la cavité utérine, et l'allongement pouvait bien » être général, produit par le col et le corps hypertrophiés. » Mais qui a jamais dit le contraire à notre collègue ? S'il eût lu mon travail avec moins de précipitation, il se serait abstenu de cette objection ; il eût vu qu'à la page 2, en parlant des différentes variétés de l'hypertrophie longitudinale, je dis : « La troisième espèce envahit presque la totalité » du col ; cette espèce peut exister quelquefois avec celle du corps de » l'organe, ce qui constitue une quatrième variété : l'*hypertrophie » longitudinale générale*. Ce sont principalement ces deux variétés qui » simulent la précipitation complète et qui peuvent l'accompagner » quand par hasard elle existe. »

Après cette observation sans portée, notre collègue ajoute : « La » structure de cette partie ne diffère en rien de celle du reste de l'or- » gane. On ne voit pas pourquoi, étant toute semblable au tissu voisin, » elle aurait le triste privilége de s'hypertrophier plus souvent que le » reste de la matrice. — Où et comment M. Huguier a-t-il donné la » preuve de l'existence de la portion sus-vaginale ? »

Voyons quelle est la valeur de chacune de ces objections.

Prétendre que la structure du col ne diffère en rien de celle des autres parties de l'organe !... Mais, Messieurs, je ne comprends pas qu'une semblable hérésie non-seulement anatomique, mais physiologique et pathologique, ait échappé à notre collègue. Cela me ferait croire qu'il ignore cette grande loi de la *dualité utérine*, en vertu de laquelle, bien que le col et le corps soient unis, il y a une grande différence dans la structure, dans le développement, dans les mutations que l'âge apporte, dans les fonctions et dans les maladies de ces deux parties, au point qu'on pourrait presque dire qu'il y a entre elles une espèce de lutte ou d'antagonisme perpétuel. Malheureusement le temps ne me permet pas de développer cette loi d'anatomie et de pathologie philosophiques.

M. Depaul ne voit pas pourquoi cette partie a le triste privilége de s'allonger et de s'hypertrophier. Eh bien, moi je vais lui dire *pourquoi*. Elle peut s'hypertrophier seule, ce qui ne veut pas dire toujours, parce qu'elle a, comme nous venons de le dire, une organisation propre et indépendante ; parce que dans les circonstances ordinaires de la vie, c'est elle qui fatigue le plus ; parce que c'est elle qui reçoit directement le contre-coup des affections vagino-vésicales qui appellent sur elle un état de surexcitation et de congestion qui en augmente la nutrition ; parce que dans l'accouchement, même le plus naturel, et ces malades en ont en général plusieurs, c'est la partie de l'organe qui souffre le plus ; parce que dans les accouchements artificiels, que vous fassiez la version, que vous appliquiez le forceps, le céphalotribe, ou que vous pratiquiez l'embryotomie, c'est encore cette partie de l'utérus qui est la plus froissée ; parce que, enfin, à la suite de ces accouchements réitérés ou artificiels, les parties qui sont chargées de soutenir, de maintenir et de comprimer mollement le col, sont affaiblies, relâchées, et laissent autour d'elles une sorte de vide qui favorise sa congestion et sa précipitation, sans parler des tractions que le vagin exerce sur lui lorsqu'il existe une rectocèle ou une cystocèle. Voilà certes une réunion de circonstances plus que suffisante pour produire l'allongement de cette partie de l'organe.

« M. Huguier, dites-vous, n'a donné aucune preuve de l'existence de l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col ? » Mais que faut-il donc pour vous persuader ? Je vous rapporte le fait de Morgagni, celui de Dance, cet observateur si remarquable et si consciencieux, qui dit : « Le col de l'utérus avait très-exactement trois pouces et demi de longueur, et *le haut du corps n'était pas altéré* ; » — celui si péremptoire de M. Cloquet ; enfin je présente ici trois faits d'anatomie pathologique qui sont irrécusables, sans parler de mes faits cliniques que vous rejetez, parce que, dites-vous, le cathétérisme n'a pu nous donner idée de la longueur. Je vous rapporte quatorze faits d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col que j'ai tenus dans ma main, que j'ai disséqués presque encore vivants avec le soin que l'on sait que j'apporte dans ces sortes de recherches, et vous ne croyez pas !... Jamais, Monsieur, vous ne serez convaincu ; mais ce qui nous importe, c'est que l'Académie le soit.

M. Depaul, pour nous montrer que la chute de l'utérus est chose fort difficile, qui ne peut s'opérer par une poussée hypertrophique, nous montre une pièce saine d'anatomie sur l'utérus de laquelle il a fait tirer trois hommes vigoureux sans pouvoir produire autre chose qu'une descente utérine ; je le remercie d'avoir fait cette petite expérience qui vient à l'appui de ma manière de voir, mais qu'il aurait pu s'épargner, s'il se fût rappelé le chapitre qui traite de l'anatomie pathologique et ma première conclusion que voici : « La chute de l'utérus, » qu'elle soit complète ou non, n'est pas une seule, mais bien un en- » semble de plusieurs affections désignées sous un seul nom. » On comprend donc ainsi pourquoi les trois Hercules n'ont pu produire une chute complète sur un cadavre dont les organes sexuels et le plancher du bassin étaient sains. Cette expérience est, pour le dire en passant, la meilleure critique de la légèreté et de la facilité avec lesquelles notre collègue a admis avec Mme Boivin qu'une jeune femme qui n'avait jamais éprouvé aucune indisposition du côté des organes sexuels, fut atteinte tout d'un coup d'un prolapsus complet au moment où elle franchit d'un seul pas quatre marches d'un escalier. Le dessin et le détail de l'observation démontrent évidemment qu'il n'y avait qu'une chute incomplète.

— Veut-on savoir comment notre collègue a expliqué l'hypertrophie du col, qui, le plus souvent, accompagne la chute de l'utérus ? « Par la constriction que l'orifice vaginal exerce d'une manière plus ou moins étroite sur lui, d'où il résulte comme une sorte d'étranglement qui détermine presque infailliblement une hypertrophie si elle n'existe déjà. » L'orifice vaginal déterminer chez la femme une sorte de constriction ou d'étranglement sur le col ! Lorsqu'il venait de dire que la cause la plus puissante du prolapsus de la matrice est un relâchement ou un ramollissement des parois vaginales ! Mais notre collègue me ferait croire qu'il n'a jamais examiné l'orifice vulvo-vaginal chez ces sortes de malades, orifice qui se trouve, dans la très-grande majorité des cas, considérablement agrandi, qui a perdu non-seulement son élasticité, mais sa contractilité par suite des violentes distensions et des déchirures dont il a été le siége, ainsi que celles plus ou moins étendues qu'a éprouvées le périnée ; s'il eût eu l'occasion d'examiner la région vulvo-périnéale de ces malades, il eût vu que l'anneau vulvaire si bien décrit par M. Richet, est rompu, que le muscle constricteur du vagin est atrophié ou a complétement disparu, que souvent son extrémité postérieure, qui se continue en s'entre-croisant avec l'extrémité antérieure du sphincter anal, est déchirée, et qu'il peut en être de même du muscle transverse du périnée ; et lors même que ces lésions n'existeraient pas, le col, qui occupe le centre de la tumeur, ne pourrait être étreint par l'orifice vaginal, dont il est toujours séparé en avant par la vessie, en arrière par la cavité vagino-péritonéale, lorsqu'il ne l'est pas par le prolongement qu'envoie assez fréquemment la partie antérieure du rectum dans la tumeur.

Quant à la pièce d'anatomie pathologique que M. Depaul a présentée à la dernière séance, elle prouve jusqu'à l'évidence et de la manière la plus péremptoire que le vagin peut être entièrement ou presque entièrement renversé, la portion sus-vaginale du col allongée et prolapsée, le corps ayant conservé ses dimensions et étant resté dans le bassin.

A entendre notre collègue, et vous avez dû être fatigué de cette assertion, notre principal moyen de diagnostic serait le cathétérisme utérin. Mais, Messieurs, c'est là une erreur profonde qu'on voudrait faire passer dans votre esprit. Nul peut-être plus que moi n'a insisté sur la nécessité de bien toucher, de bien palper la tumeur, de pratiquer toujours le toucher rectal combiné avec le toucher hypogastrique, de cathétériser la vessie ; nul n'a indiqué avec plus de soins les fautes qu'un examen superficiel peut faire commettre. A la vérité le cathétérisme utérin a été pratiqué chez toutes nos malades, mais comme moyen complémentaire et confirmatif du diagnostic, ou pour vérifier certains faits que lui seul peut faire connaître.

Examinons maintenant la question sous le rapport du traitement, et voyons si notre collègue a été plus juste dans ses appréciations.

Vous avez entendu dire maintes fois que nous avions donné des conseils et posé des préceptes excellents, pleins de sagesse, mais que malheureusement dans la pratique nous ne les avions pas suivis. Je remercie mon collègue d'avoir reconnu publiquement que nos conseils sont bons, car si je prouve que je ne m'en suis pas écarté, il aura fait sans doute l'éloge de mon travail.

Non, Messieurs, je n'ai pas cherché constamment la cure radicale de l'affection, comme le dit M. Depaul ; et ce qui le prouve, c'est que je n'ai pratiqué que quatorze opérations sur le grand nombre de malades que j'ai observées. Toutes celles qui n'ont pas été opérées, ont été traitées par les moyens palliatifs médicaux et prothétiques. M. Depaul n'aurait pas dû oublier ce que j'ai dit des divers pessaires en usage, dont j'ai discuté les avantages, et des opérations d'élytrorapbie, d'épiséoraphie et de l'application des pinces de M. Desgranges, etc., que je considère comme devant rester dans la science, mais en les réservant seulement pour les véritables chutes sans allongement hypertrophique.

Les femmes que j'ai opérées étaient les plus malades, celles qui ne pouvaient marcher, se tenir debout sans accidents, ou qui souffraient dans leurs tumeurs plus ou moins ulcérées, qui avaient des métrorrhagies minant leur constitution ou qui avaient des incontinences d'urines, et chez lesquelles on avait en vain cherché à réduire et à maintenir la tumeur réduite par diverses espèces de pessaires ou de bandages. Je désirerais bien que mon collègue me dît ce qu'il ferait aux malheureuses atteintes de ces accidents graves, et chez lesquelles la cure palliative ne sert à rien.

Arrivons maintenant à notre opération, qui n'est, bien entendu, et comme nous avons pris soin de l'indiquer, qu'un moyen exceptionnel. M. Depaul, qui la trouve inutile, des plus graves, par conséquent mauvaise, fait tous ses efforts pour nous l'enlever, pour l'attribuer à Osiander, à Dupuytren et à Lisfranc, qui n'y ont jamais songé, et compare l'opération qu'ils ont pratiquée à la mienne. En faisant une semblable assimilation, notre collègue a montré qu'il a un peu oublié ce que la médecine opératoire lui avait appris. Mais enfin, puisque cette opération est si mauvaise, qu'il nous en laisse donc le fardeau sans le faire partager à Osiander, à Dupuytren et à Lisfranc, dont il ternit ainsi la gloire ! Dans son dernier discours, ce n'était plus qu'à ce dernier chirurgien qu'il en attribuait l'invention, et cela, parce que dans la description qu'il donne de l'amputation de la portion *sous-vaginale* du col pour les cancers de cette partie, il dit : « Afin de ne pas dé- » passer l'insertion du vagin s'il reste encore une partie cancéreuse, il creuse ensuite en disséquant le mal, dans l'épaisseur de l'utérus, une espèce de cône à sommet supérieur : ce procédé a très-souvent réussi. » De bonne foi, qu'a de commun avec notre opération l'amputation de la portion sous-vaginale du col au-dessous de l'insertion du vagin, accompagnée (lorsqu'il reste encore du cancer) de la petite excision forcée qu'y ajoute Lisfranc ? — Rien.

Messieurs, notre collègue vous a exagéré les difficultés et les accidents opératoires, qui, comme je l'ai dit, seraient insurmontables si on devait opérer au fond du vagin, dans l'enceinte pelvienne et non à ciel ouvert, comme cela se pratique. L'accident opératoire le plus à craindre, c'est l'ouverture du péritoine dans le premier temps de l'opération, dans l'incision des parois postérieures réunies du vagin et du col, mais non, comme s'est plu à le répéter sans cesse M. Depaul, dans le décollement de ces deux parties. Je me serais bien gardé d'agir ainsi, et de conseiller de le faire ; ce serait le plus sûr moyen de pénétrer d'emblée dans la cavité péritonéale, et je mets mon collègue en demeure de montrer que le mot *décollement* soit une seule fois prononcé dans ce temps de l'opération.

Cette lésion du péritoine, en agissant comme je l'ai fait, est beaucoup plus facile à éviter qu'on ne le croirait au premier abord, puisque cet accident ne nous est jamais arrivé, et que M. Chassaignac, qui a pratiqué cette opération six fois, a su également s'en préserver ! D'ailleurs, n'arrive-t-il pas souvent dans les ligatures de l'artère épigastrique, de l'iliaque externe, dans la taille sus-pubienne, que nous approchions davantage du péritoine sans l'ouvrir ? Et ne nous arrive-t-il pas de le ponctionner tous les jours sciemment sans qu'il s'ensuive le moindre accident ? Si au reste cette lésion avait lieu, à cause des précautions que nous conseillons de prendre dans l'exécution du premier temps, elle équivaudrait à une simple piqûre, et guérirait tout aussi facilement, l'opération étant suspendue. C'est là une des raisons qui font que je commence l'opération par la division de la partie postérieure.

C'est encore par un système de suppositions que notre collègue avance que l'opération peut être suivie d'hémorrhagie veineuse. Une saignée aussi peut être suivie d'hémorrhagie veineuse, une fois sur deux cents peut-être.

Sans doute cette objection a été faite parce qu'on n'avait pas d'hémorrhagie artérielle à objecter, hémorrhagie qui, dans ce cas, n'est pas à craindre, parce qu'on peut lier les artères à mesure qu'elles sont ouvertes.

Notre collègue, exagérant les troubles fonctionnels qu'ont éprouvés quelques-unes de nos malades, troubles qui sont presque inséparables d'une opération, quelle qu'elle soit, est venu plutôt en homme du monde qu'en praticien vous les présenter comme des accidents sérieux. Il vous a dit : Des malades ont eu de la fièvre, des douleurs abdominales, des douleurs utérines, des frissons, des nausées, des vomissements, des hémorrhagies légères, et dans un cas il y a eu oblitération du conduit utérin ?

Il y a une chose qui m'a étonné, c'est qu'une opération si grave en apparence, soit si rarement suivie de véritables accidents. Mais voyons la fréquence et la valeur de ceux que vient d'indiquer M. Depaul.

(Ici M. Huguier entre dans des détails qu'il ne nous est pas possible de reproduire, pour montrer à quoi se réduisent les accidents en question.)

Je regrette, autant pour l'Académie que pour moi-même, dit M. Huguier en terminant, d'avoir été forcé d'entrer dans tous ces développements et d'avoir exposé une seconde fois à la tribune des détails et des faits qui se trouvent dans mon mémoire : mais j'ai été entraîné dans cette voie par mon savant collègue, et comme en analysant mon travail, il s'était efforcé de prouver qu'il ne renfermait qu'erreurs et inexactitudes, il m'a fallu le relire en quelque sorte devant vous pour vous montrer combien une pareille appréciation était mal fondée.

M. MOREAU exprime l'opinion que le travail de M. Huguier aura pour résultat de modifier les idées reçues sur le prolapsus utérin et de mieux faire comprendre son mécanisme ; mais il ne peut s'empêcher de protester contre l'opération proposée par M. Huguier pour y remédier et contre la pratique de l'hystérométrie, qui lui paraît dangereuse et qui entre autres inconvénients expose aux avortements.

M. HUGUIER déclare qu'il espère pouvoir justifier sa pratique en ce qui concerne l'hystérométrie, dans un mémoire qu'il se propose de lire prochainement à l'Académie.

— La discussion est close.

M. PARISE présente un malade auquel il a pratiqué l'ablation partielle du maxillaire supérieur.

M. le docteur Marchant (de Charenton) vient d'être nommé médecin titulaire de l'École impériale vétérinaire d'Alfort.

— M. le professeur Piorry commencera le lundi 2 mai à huit heures et demie, à l'hôpital de la Charité, le cours de clinique médicale.

Trois leçons par semaine, qui se feront de neuf heures et demie à dix heures et demie, seront consacrées à l'étude du plessimétrisme.

Des répétitions auront lieu les autres jours dans l'amphithéâtre, par MM. les docteurs Duriau, ancien chef de clinique, Legrand, chef de clinique actuel, et Fabre (de Poitiers).

— M. Beau commencera un cours de clinique médicale à l'hôpital de la Charité le 30 avril, et le continuera tous les mardis, jeudis et samedis à neuf heures.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 48. — SAMEDI 23 AVRIL 1859. (32e ANNÉE.) N° 48. — SAMEDI 23 AVRIL 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De la fièvre bilieuse grave des climats intertropicaux. — Traitement du croup par l'émétique à haute dose. — Encore un mot sur la chromidrose, à propos d'un fait de simulation. — Des ulcérations de la trachée à la suite de la trachéotomie. — Fracture du corps de l'humérus par la contraction musculaire dans la lutte dite tour de poignet. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 13 avril. — Un mot de réponse à M. Daudé. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE (1).

De la fièvre bilieuse grave des climats intertropicaux.

On a vu dans le premier aperçu que nous avons donné des recherches de M. Dutrouleau sur la fièvre bilieuse des tropiques, la symptomatologie, la marche et les caractères anatomo-pathologiques de cette affection. Nous allons essayer maintenant de dire, avec notre honorable et savant confrère, quelle est la nature de la maladie, à quels signes on peut la reconnaître et la distinguer d'avec les affections qui ont avec elle le plus de ressemblance, et enfin quels sont les moyens de traitement qui, d'après l'expérience des médecins de ces contrées, paraissent avoir le plus d'utilité.

Suivant l'opinion de presque tous les médecins des hôpitaux de nos colonies, opinion que M. Dutrouleau déclare partager, la fièvre bilieuse grave serait un empoisonnement du sang par la bile, devenue poison par la perturbation des sécrétions biliaires que peuvent produire concurremment les émanations palustres et les météores sous le ciel des tropiques ; elle se termine heureusement, quand la liberté et l'abondance des excrétions favorisent l'élimination du principe toxique ; elle peut aboutir à la mort, quand sous l'influence de l'activité plus grande d'un de ses éléments pathogéniques ou de tous les deux à la fois, ce principe concentre son action sur des organes importants à la vie.

La fièvre bilieuse grave ne doit être confondue ni avec les maladies bilieuses autres que les fièvres, ni avec les fièvres de diverse nature, qui n'ont que des rapports de symptômes avec elle.

On lit dans quelques auteurs anglais que l'inflammation et l'abcès du foie se rencontrent parfois dans la fièvre bilieuse des tropiques. Rien de semblable, dit M. Dutrouleau, n'a été noté dans les autopsies faites dans les colonies, et d'ailleurs il paraît facile de distinguer les symptômes très-tranchés qui se localisent dans l'hypochondre droit, quand il y a hépatite et surtout abcès, du simple trouble fonctionnel caractérisé par l'abondance des excrétions bilieuses, qui constitue l'appareil de symptômes le plus apparent de la fièvre dont il s'agit.

L'accès fébrile qui accompagne souvent le début de la phlegmasie hépatique, n'a de commun avec l'accès jaune de la fièvre bilieuse que les trois stades; l'ictère qui s'observe dans les deux maladies n'est ni aussi marqué ni aussi précoce dans la première que dans la seconde.

L'ictère grave ne semble pas non plus susceptible d'être confondu avec une maladie dont le caractère pathologique est celui des fièvres essentielles.

Il en est de même par rapport à la dyssenterie fébrile de forme bilieuse, alors même que cette dernière se complique de fièvre pernicieuse intermittente, ou qu'elle n'est que le symptôme pernicieux de la fièvre paludéenne dite *dyssentérique*. La dysurie, et quelquefois l'anurie, les selles fréquentes, mais peu copieuses, avec coliques et ténesme, l'absence presque constante de vomissements, qu'on observe dans la dyssenterie, seront toujours des caractères différentiels suffisants.

Quant aux maladies locales ou localisées, telles que pneumonie, érysipèle, etc., qu'une constitution médicale particulière complique quelquefois d'un état bilieux simple ou grave, il n'y a pas à craindre de les voir prendre pour la fièvre bilieuse endémique.

Nous ne pourrions suivre, sans dépasser les limites qui nous sont imposées, les développements dans lesquels est entré M. Dutrouleau sur les caractères différentiels de la fièvre bilieuse grave des tropiques et des diverses autres affections endémiques, qui peuvent offrir quelque ressemblance avec elle, telles que la fièvre simple, paludéenne ou non paludéenne, à symptômes bilieux, la fièvre jaune, la fièvre rémittente ou grande endémique des pays chauds, des médecins anglais et américains; il doit nous suffire de constater que, d'après cette analyse nosologique, la fièvre bilieuse grave se distingue de ces diverses affections par des caractères spéciaux, mais qu'elle se rapproche toutefois de la grande endémique des pays chauds, ou, en d'autres termes, de la fièvre paludéenne, dont elle constitue en quelque sorte une forme particulière.

Il nous reste à parler maintenant du traitement.

Les indications du traitement ressortent naturellement de l'analyse des symptômes des lésions anatomiques et de l'étiologie. Le trouble de la sécrétion du foie appelle les évacuants; le type de la fièvre réclame le spécifique anti-paludéen; les localisations diverses doivent être attaquées individuellement. Ce n'est cependant pas toujours avec facilité et dans le même ordre que les agents du traitement peuvent être appliqués, bien que les indications changent peu. Le médecin doit s'attacher à reconnaître quel est l'élément morbide prédominant et s'attaquer d'abord à cet élément.

Dans la forme type, dans l'accès jaune, ce qui frappe tout d'abord, c'est la nécessité de modifier le dérangement que subit la sécrétion biliaire, et qui produit les abondantes excrétions bilieuses. L'absence d'excitation vasculaire dans les organes, le peu de gravité des réactions fébriles, au début de la plupart de ces cas, ne peuvent laisser aucun doute sur l'utilité et même l'urgence du traitement évacuant. L'ipéca et l'émétique à dose vomitive, les sels neutres purgatifs, par haut ou bien par bas, s'ils sont rejetés par le vomissement, ont un effet presque constant et toujours sûr quand ils ont le temps d'agir. La bile verte des vomissements et des selles devient d'abord moins abondante, prend une couleur jaunâtre et ne tarde pas à se supprimer ; les urines bilieuses ou sanglantes se modifient très-rapidement, et d'une émission à l'autre deviennent limpides et moins abondantes. Les limonades citronées ou sulfuriques froides, à la glace même, aident à cette modification, et il est prudent de ne pas les négliger, car elles s'adressent au principe hémorrhagique qui fait souvent partie des phénoménisations morbides. Quant au calomel, qui possède l'avantage d'une facile administration, il est employé fréquemment aussi dans les colonies, mais sans en faire une sorte de panacée, comme dans les colonies anglaises.

Les évacuants ne produisent pas toujours leurs effets; les vomissements et les selles sont quelquefois tellement répétés, qu'ils sont rejetés aussitôt qu'ingérés. C'est alors sur la surface cutanée qu'il faut agir pour ralentir les excrétions et donner le temps aux médicaments d'agir. Des compresses trempées dans l'eau froide, à la glace, si l'on en possède, et appliquées en demi-ceinture sur l'épigastre et les hypochondres, pendant que les sinapismes sont promenés sur les membres inférieurs, atteignent ordinairement ce but. Dans le cas où cela ne suffit pas, un large vésicatoire volant recouvrant l'épigastre et l'hypochondre gauche a ordinairement une efficacité plus sûre. L'usage très-fréquent que M. Dutrouleau a fait pendant longtemps de ce moyen contre les vomissements quelquefois opiniâtres de fièvres de toute sorte, sous les tropiques, lui a toujours donné les mêmes résultats : modification notable de fréquence, quelquefois suppression prompte et définitive.

Dans quelques cas, le vésicatoire sur la région gastro-hépatique a suffi seul pour couper la fièvre bilieuse. Quand ce n'est pas seulement la polycholie qui existe au début, soit que déjà des symptômes de lésions vasculaires se manifestent, soit que la fièvre à type continu présente d'abord la forme inflammatoire, ce n'est pas par les évacuants que doit commencer le traitement. Quelques médecins débutent dans ce cas, durant le paroxysme, par l'application sur l'épigastre et l'hypochondre de nombreuses sangsues et de cataplasmes émollients. Aux Antilles, on a d'abord recours à l'application des sangsues à la tête, aux pédiluves irritants et aux sudorifiques; mais les déplétions sanguines ne doivent pas se faire par la veine; il ne faut pas perdre de vue la nature paludéenne de la fièvre et les dangers de la saignée dans presque toutes les formes de cette fièvre. Dans tous les cas, après avoir conjuré les symptômes inflammatoires, c'est au traitement évacuant qu'il faut en venir.

Mais les symptômes du paroxysme ne constituent pas toute la maladie, et les moyens qui se montrent les plus efficaces pour les combattre ne suffisent pas pour obtenir la guérison radicale de la fièvre. Seulement il faut s'attendre, à cause de la disposition particulière aux évacuations, par les vomissements et les selles

(1) Voir la *Revue* du 16 avril.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale, par M. le professeur J. F. MALGAIGNE (1).

M. Malgaigne est certainement un des caractères les plus originaux parmi les célébrités médico-chirurgicales contemporaines. C'est un des hommes les plus érudits dans l'acception la plus large et la plus complète du mot; c'est peut-être le praticien qui a lu le plus et le mieux tout ce qu'ont publié les anciens auteurs non-seulement sur la chirurgie, mais sur beaucoup de points de la médecine et de la physiologie, qui a le mieux compris et le mieux retenu ce qu'il y a d'essentiel dans les poudreux bouquins des siècles passés, et qui sait avec le plus d'art tirer parti des immenses richesses que sa mémoire tient en réserve.

D'après cela, on pourrait croire qu'il a quelque tendance à se traîner dans l'ornière du passé, qu'il est un ennemi du progrès. Tout au contraire; M. Malgaigne est un de ces esprits *primesautiers*, nous oserions dire un peu aventureux, toujours à la tête de la science, explorant les routes inconnues, cherchant à créer des procédés nouveaux pour satisfaire à des indications non encore ou mal remplies à son point de vue, mais en général s'égarant peu dans les nébulosités de la science, et faisant tous ses efforts pour ramener les théories à la pratique. Que de fois ne l'avons-nous pas vu au lit du malade enseigner aux élèves les moyens de simplifier un appareil, leur montrer comment on peut, dans un cas pressé, et dépourvu de tout auxiliaire, se créer des ressources avec des matériaux informes, et conduire à bien des guérisons qui eussent paru impossibles à tout autre! Et cela, non pas pour le plaisir de se livrer à des excentricités, mais pour démontrer à ceux qui l'entouraient de combien de miracles sont capables le raisonnement, l'attention et la persévérance, ces trois éléments principaux du génie humain.

Cette originalité, cette manière de voir les choses d'une autre façon que tout le monde, a conduit quelquefois et devait en effet conduire M. Malgaigne à ce que l'on a souvent appelé le *paradoxe*. On a dit de lui, avec plus de malice que de vérité, que c'était l'avocat des causes perdues. Je veux bien accorder qu'il lui est plus d'une fois arrivé de prendre en main la défense d'opinions qui ont paru au plus grand nombre ne pas être l'expression de la réalité. Mais dans l'immense majorité des cas, ce n'était pas le paradoxe qu'il fallait voir dans l'argumentation du savant professeur. C'était le désir de montrer aux partisans d'une opinion généralement admise que les bases sur lesquelles s'appuyait cette opinion n'avaient pas la solidité qu'on leur supposait; que souvent on admettait des assertions sans fondement comme choses démontrées, uniquement parce qu'elles avaient depuis longtemps cours dans la science.... *Major e longinquo reverentia*. Et, en effet, il a prouvé plus d'une fois à ses adversaires que ces raisons surannées qu'on lui opposait n'étaient que des préjugés populaires auxquels il était impossible d'assigner une origine quelque peu plausible.

A vrai dire, sous ce rapport, M. Malgaigne a été un peu un démolisseur. Si, toutes les fois qu'il a attaqué avec la vivacité, la verve, la logique serrée qu'on lui connaît, quelqu'une de ces choses qu'il regarde comme des pseudo-vérités, il n'a pas remporté constamment une victoire complète, il faut avouer que, la plupart du temps, il est parvenu à amoindrir singulièrement la confiance que, d'après la tradition, bien des médecins avaient encore en elles, sans se rendre un compte bien exact des raisons qui les leur faisaient admettre comme incontestables.

C'est donc, à tous ces égards, un rare talent que celui de M. Malgaigne; mais il faudrait se garder de croire qu'il n'ait que le génie de la destruction. A cet axiome si connu,

La critique est aisée et l'art est difficile,

l'habile chirurgien de Saint-Louis donne un rude démenti en ce qui le concerne. Il y a longtemps qu'il a prouvé que s'il savait renverser, il sait construire aussi, et les nombreux mémoires qu'il a publiés depuis trente ans sur bien des points de la chirurgie, sur les *hernies* en particulier, sur les plaies des artères, le rectocèle vaginal, etc., en témoignent amplement. Son *Manuel de médecine opératoire*, dont six éditions se sont enlevées en peu de temps; son grand *Traité des fractures et des luxations*, son *Traité d'anatomie chirurgicale* publié en 1838 pour la première fois, et depuis longtemps épuisé, sont autant d'œuvres d'un haut mérite qui l'ont placé au premier rang de la chirurgie moderne.

C'est la seconde édition du dernier de ces ouvrages, tant désirée depuis plusieurs années, et que nous avons sous les yeux, que M. Malgaigne, après de longues recherches et des travaux continués sans relâche, vient enfin de livrer au public médical impatient. Disons d'abord en quelques mots quelle est l'idée générale qui a dominé l'auteur dans le plan qu'il s'est tracé; puis nous examinerons les additions qu'il a faites à son livre, qui se trouve aujourd'hui presque doublé de volume.

L'anatomie chirurgicale, dans les premiers temps, s'était bornée à

(1) Deuxième édition; 2 vol. in-8°. Chez J. B. Baillière et fils.

répétées, à ce que le sulfate de quinine ne soit pas toujours bien toléré. En profitant des moments d'intermittence ou de rémittence, quelques gouttes de laudanum ajoutées à la solution de sulfate de quinine, employées au besoin par la voie du rectum, suffisent presque toujours pour obtenir la tolérance, et permettent d'administrer au moins 2 grammes du spécifique entre les accès.

Quand la fièvre est continue, la difficulté est plus grande; mais elle ne doit pas faire renoncer entièrement à l'administration du médicament, que M. Dutrouleau regarde, pour son compte, comme très-importante. Il veut que l'on profite alors de tous les moments de repos que laissent les évacuations morbides.

Cependant il importe de dire que l'expérience a appris à M. Dutrouleau, comme à la plupart des médecins qui pratiquent depuis longtemps dans les climats palustres de la zone torride, que la fièvre bilieuse est peut-être de toutes les formes de fièvre graves celle où le sulfate de quinine doit être le moins longtemps administré; deux ou trois jours de traitement et 4 à 6 grammes du médicament en tout lui ont toujours paru suffisants pour conjurer les dangers de la complication paludéenne. Continué plus longtemps, le traitement quinique peut constituer un danger. Il ne convient pas à une époque avancée de la maladie; les phénomènes bilieux persistants sont combattus avec plus d'avantage par les purgatifs, en particulier par les sels neutres et le calomel.

Enfin, les accidents typhoïdes qui terminent quelquefois la fièvre bilieuse continue ou devenue continue doivent être combattus par des moyens appropriés qui n'empruntent rien de particulier à la nature de la maladie. Quand il ne reste plus qu'un mouvement fébrile avec sécheresse de la peau, comme cela arrive quelquefois, on se trouve bien, suivant M. Dutrouleau, d'avoir recours à l'ammoniaque liquide ou au sous-acétate en potion.

Traitement du croup par l'émétique à haute dose.

Les heureux résultats obtenus dans le croup par M. Constantin (*Gazette des Hôpitaux*, 24 mars 1859) et par M. Bouchut (*Gazette des Hôpitaux*, 2 avril 1859, et *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*), à l'aide de l'émétique à haute dose, ont engagé M. le docteur Baizeau, professeur agrégé à l'Ecole impériale de médecine militaire du Val-de-Grâce, à nous communiquer la relation de quelques faits analogues qu'il a eu occasion de signaler il y a plusieurs années dans un mémoire (1) inséré dans la *Gazette médicale* de 1855. Nous nous empressons de mettre ces faits sous les yeux de nos lecteurs, qui devront y voir, non pas une revendication de priorité, mais, comme le fait très-judicieusement remarquer notre distingué confrère, un appui à une médication dont il a plusieurs fois eu lieu de s'applaudir. Nous laissons parler M. Baizeau :

« Ma première observation date du mois de juin 1853. Je fus appelé, à cette époque, à donner mes soins à un enfant âgé de dix-huit mois, qui, à la fin d'une *scarlatine*, fut pris d'*angine pseudo-membraneuse*. La cautérisation d'abord avec le nitrate d'argent, puis avec l'acide chlorhydrique; les vomitifs répétés, les frictions mercurielles autour du cou, les prises à l'intérieur de calomel et d'alun furent successivement employés; mais, malgré ce traitement énergique, l'inflammation gagna bientôt le larynx, et au bout de quelques jours la vie du petit malade fut en danger. Les accidents étaient menaçants : la face était pâle, l'abattement profond, le pouls petit et précipité, la respiration très-anxieuse, la voix éteinte, et des râles muqueux remplissaient la poitrine. J'entrevoyais la nécessité d'une opération prochaine; mais je voulus faire une dernière tentative avec les vomitifs. Je prescrivis donc 5 centigrammes d'émétique dans les 60 grammes d'eau, à prendre en trois fois, de dix minutes en dix minutes. Il n'y eut aucun vomissement; néanmoins je constatai, le soir, une légère amélioration. Pensant que ce mieux pouvait bien tenir à l'absorption de l'émétique non rejeté, je formulai une potion composée de 15 centigrammes d'émétique dissous dans 60 grammes d'infusion de tilleul, qui fut donnée par cuillerée à café d'heure en heure. Le lendemain, le changement était remarquable; dans la journée, une fausse membrane ramifiée venant des bronches et quelques autres débris *pseudo-membraneux* furent rejetés pendant une quinte de toux. Le même traitement ayant été continué pendant la troisième journée, le kermès fut substitué au tartre stibié jusqu'à la disparition des troubles respiratoires, qui ne se fit pas longtemps attendre.

» Peu de temps après j'eus recours à la même médication chez un autre malade, et j'enregistrai un second succès. M. le docteur Miltenberger, dont la médecine militaire a eu à déplorer la perte en Orient, soignait un enfant de cinq ans atteint de croup. Les accidents étant devenus alarmants, il vint me prier à onze heures du soir de voir sa petite malade. Je la trouvai très-oppressée, la face pâle, la voix éteinte. De temps en temps, à courts intervalles, elle était prise d'une toux suffocante et de crises convulsives avec étouffement; du côté de la poitrine on entendait des râles sibilants et une respiration précipitée. Plusieurs fausses membranes ayant été expulsées, il n'y avait pas possibilité de se méprendre sur la nature de la maladie. M'appuyant sur l'inefficacité des moyens déjà employés et sur le résultat heureux que j'avais obtenu avec l'émétique, je proposai de faire prendre d'heure en heure une cuillerée à bouche d'un julep renfermant 2 décigrammes d'émétique pour 125 grammes de liquide. Ce traitement accepté fut de suite mis en usage. Il n'y eut aucun vomissement pendant la nuit, et le lendemain un changement notable s'était déjà opéré, la toux était moins convulsive, la respiration plus facile et les crises moins violentes et plus rares. La médication émétisée fut suivie durant 48 heures encore, et le troisième jour notre petite malade entrait en convalescence.

» Pendant la maladie de cette enfant sa sœur fut prise d'angine pseudo-membraneuse. Les amygdales et le pharynx furent immédiatement cautérisés avec l'acide chlorhydrique, et on administra en même temps l'émétique à haute dose. Sous cette double influence les phénomènes morbides se dissipèrent très-rapidement. Tout en citant ce dernier fait je suis le premier à reconnaître qu'il ne peut pas avoir une grande valeur en raison du traitement mixte auquel on a eu recours, mais je ferai remarquer que la guérison a été plus prompte que dans les cas où l'on se borne à la cautérisation.

» Frappé des résultats obtenus chez ces malades, je voulus savoir si des tentatives n'avaient pas été faites antérieurement pour guérir le croup par la méthode rasorienne. Il me paraissait en effet peu probable que l'émétique qu'on avait, depuis Rasori, essayé contre tant d'affections diverses, n'eût pas été mis en usage contre cette affection. Je commençai mes recherches, mais elles furent tout à coup interrompues par mon envoi en Italie. Cependant, quoique incomplètes, elles me permirent de recueillir quelques autres observations propres à démontrer l'efficacité de l'émétique à haute dose.

» On ne sera pas surpris, je pense, en apprenant que Laënnec, un des plus ardents partisans de la médication contro-stimulante, ait eu la pensée de s'en servir dans le croup. « Si, dit-il, l'occa-» sion de traiter cette maladie s'était offerte à moi, depuis que » j'ai acquis l'expérience de l'efficacité de l'émétique à haute » dose dans le traitement de beaucoup de maladies inflamma-» toires, j'aurais tenté ce moyen avec quelque confiance dans le » croup. » (*Traité de l'auscultation médiate*, 4e édit., t. I, p. 304.) Mais il paraît qu'il ne lui a pas été donné de se servir de ce moyen, puisque Dugès écrivait en 1830 en parlant du croup : « Le tartre stibié à haute dose n'a pas été, que je sache, essayé; » il est douteux qu'il puisse avoir les avantages que Laënnec en » espérait. » (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, t. V, p. 584.)

» M. Teallier, dans un ouvrage sur l'émétique publié en 1832, a signalé quelques cas de croup traités avec succès par l'émétique à haute dose. Il tenait, dit-il, cette méthode d'un praticien exerçant à la campagne, qui lui avait assuré avoir ainsi guéri la plupart de ses malades. M. Teallier a cité cinq observations, mais les deux premières peuvent seules être acceptées comme des laryngites pseudo-membraneuses; pour la quatrième, le diagnostic est contestable, et la troisième et la cinquième n'appartiennent évidemment pas à cette affection.

» A la suite d'un rapport de M. Mélier, sur le travail de M. Teallier, fait à la Société de médecine de Paris, le 4 janvier 1833, M. Chantourelle affirme avoir obtenu de bons effets par cette méthode après l'emploi des saignées, et M. Prus fait connaître que dans une épidémie d'angine laryngée pseudo-membraneuse, sévissant à Grandvillers (Oise), son influence lui a été prouvée par 21 guérisons sur 22 malades. (*Transactions médicales*, 1833, t. II, p. 126.)

» On trouve dans les comptes rendus de la Clinique de l'Académie de Vilna pour l'année 1834-35 (*Expérience*, t. IV, p. 77-78), trois exemples de croup qui cédèrent à l'usage de l'émétique à la dose de 6 grains pour 4 onces de liquide, et administré par cuillerée de deux heures en deux heures.

» Giacomini a rappelé, dans son *Traité de matière médicale et de thérapeutique*, que Potter et Graves (de Dublin), se sont servis dans cette même maladie du tartre stibié suivant la méthode rasorienne (*Journal de chirurgie et de médecine d'Edimbourg*, 1833, p. 102), et que Menon en a également retiré des avantages dans l'angine couenneuse (*Journal universel des sciences accessoires*, t. XXXIX.)

» Fabre, dans l'article croup du *Dictionnaire des dictionnaires*, t. III, parle de deux guérisons produites par cette même médication; l'une qui lui est propre, l'autre appartenant à M. Bazin, qui l'aurait fait connaître dans l'*Institut médical* du 1er juillet 1839, où il m'a été impossible de la trouver.

» En 1853, M. Mayer a inséré dans la *Presse médicale*, p. 10, l'observation d'un petit malade atteint de croup, auquel de l'émétique à dose fractionnée ayant été donné pour déterminer l'expulsion des fausses membranes, n'eut que quelques vomiturations, et chez lequel cependant la guérison se fit si rapidement, que M. Mayer, sans oser se prononcer catégoriquement, s'est demandé si l'émétique absorbé n'aurait pas été la cause de cette heureuse terminaison. Pour moi, je n'hésite nullement à voir là un effet avantageux du contro-stimulisme, et à ajouter ce fait aux précédents.

» Enfin, M. Valette, médecin en chef de la Charité de Lyon, auquel je communiquai ces observations, m'a dit, en 1856, avoir guéri un malade par ce même traitement.

» Dans le *Guide du médecin praticien*, Valleix est disposé à admettre que l'émétique agit à la fois dans le croup comme vomitif et comme altérant; mais il prétend à tort que Delens est un de ceux qui ont les premiers vanté l'émétique à haute dose, car ce médecin n'avait nullement en vue l'action contro-stimulante du tartre stibié, et cherchait uniquement à faire vomir ses malades. A cet effet, au lieu d'ordonner, ainsi qu'on le faisait alors, de faibles doses d'émétique, il en faisait prendre des quantités considérables, et en renouvelait souvent l'administration. Il en est de même d'Hufeland et d'Albert de Bremens, cités par Valleix comme donnant aussi l'émétique à haute dose. Toutefois je ne suis pas éloigné de penser que, dans bien des cas où l'on prescrit l'émétique afin de produire des vomissements, une partie de ce médicament est absorbée et agit comme altérant.

(1) *Mémoire sur le traitement du croup par l'émétique à dose rasorienne.*

l'indication des rapports de contiguïté, comme si elle n'eût d'autre objet que de guider le bistouri dans les opérations. Plus tard, une des gloires chirurgicales de la Faculté de Paris, notre savant maître le professeur Velpeau, avait agrandi son domaine en y rattachant l'étude des tissus, l'anatomie générale. « Ce que j'ai essayé d'y ajouter à mon tour, dit M. Malgaigne, c'est l'étude des organes et des tissus en action, avec toutes les ressources de l'expérimentation, soit sur le cadavre, soit sur les animaux vivants, d'où le titre de *Chirurgie expérimentale*, de manière à ne laisser en dehors aucune des notions anatomiques et physiologiques propres à éclairer l'étiologie, les symptômes, la marche, le traitement des affections qui relèvent de la pathologie externe. La médecine interne a moins de services à attendre de ce côté; cependant, chemin faisant, je me suis attaché à mettre aussi en lumière les données utiles à la pathologie interne, à la thérapeutique générale, sans oublier la médecine légale. Et comme enfin le chirurgien ne doit rester étranger à aucune des applications de l'anatomie, et comme il serait périlleux pour sa considération d'être exposé à recevoir des leçons qu'il lui appartient de donner, j'ai poursuivi l'étude de cette science dans ses rapports avec les beaux-arts, d'autant que les formes extérieures du corps humain, si essentielles à connaître pour les artistes, ont quelquefois une utilité incontestable pour la chirurgie même. »

M. Malgaigne a divisé son livre en deux parties. Dans la première, anatomie générale, après un coup d'œil général sur le corps humain, il étudie successivement les principaux systèmes, et dans chaque système, la disposition générale, la structure et les propriétés, puis le développement.

Dans la seconde, il a traité de l'anatomie des régions, adoptant pour la circonscription des régions chirurgicales, les limites tracées par la nature elle-même, ou quand il fallait de toute nécessité tailler des régions artificielles, s'arrêtant autant que possible à des points facilement reconnaissables, et procédant autant que possible par grandes masses, afin de diminuer le nombre des régions. Dans chaque région artificielle se trouve un article consacré à l'anatomie des plans, c'est-à-dire à l'étude des rapports de contiguïté; puis enfin, sous le nom de considérations spéciales, est réservé dans chaque région un article consacré à ce que l'auteur considère comme la véritable anatomie chirurgicale; dans cet article, chacun des tissus compris dans la région est tour à tour considéré sous le triple point de vue de sa structure, de ses fonctions, de ses rapports spéciaux; et chaque fait anatomique ou physiologique emporte avec lui sa conclusion chirurgicale.

Les additions sont extrêmement nombreuses dans cette édition, comme nous l'avons dit plus haut; c'est principalement sur l'anatomie générale, qui a fait tant de progrès depuis vingt ans, qu'elles ont porté, et dans cette étude nouvelle, les systèmes vasculaires, artériel et veineux, et le système nerveux sont les parties qui ont reçu les plus amples développements, au point de constituer des chapitres entièrement nouveaux.

Le plus important, sans contredit, celui auquel M. Malgaigne a consacré le plus de soins, c'est celui qui contient l'étude du sang, étude négligée jusqu'à présent dans tous les traités du genre de celui-ci. Chose étrange à dire, s'écrie avec raison l'auteur, que le sang qui joue un si grand rôle en chirurgie, n'ait jamais été étudié par les chirurgiens! Et pour réparer cette omission, M. Malgaigne, avec cette sagacité critique qui lui est propre, passe en revue toutes les théories, toutes les expérimentations, toutes les analyses qui ont été faites dans ces derniers temps par les chimistes et les micrographes, les examine, les discute, et trace de main de maître un traité du sang, magnifique monographie qui suffirait à elle seule pour faire la réputation d'un savant et d'un habile praticien, si la sienne était encore à faire. Après la lecture de ce chapitre, on reste en vérité frappé d'étonnement en réfléchissant au nombre immense des documents qu'a dû analyser et dépouiller M. Malgaigne, aux rapprochements qu'il a été obligé de faire, aux dissentiments dans lesquels il a dû prendre fait et cause, aux différents qu'il lui a fallu partager, pour porter un peu de clarté dans ces études, jusqu'à présent si confuses.

A la fin de cette rapide esquisse de l'énorme travail qu'a fait M. Malgaigne, que nous reste-t-il à dire? si ce n'est que l'éminent professeur s'est créé un nouveau titre à la reconnaissance de tous ceux qui étudient et de ceux qui pratiquent l'art de guérir. Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des gravures en bois dans les livres d'Anthoine Verard, maître-libraire, imprimeur, enlumineur et tailleur sur bois, de Paris (1485-1512), par J. Renouvier. Un vol. in-8°, imprimé par L. Perrin (de Lyon), sur beau papier vélin teinté, orné de 2 grandes planches gravées sur bois (Danse des morts), par Lacoste jeune, et dessinées par Schlosser, tiré à petit nombre. Prix : 4 francs. — Paris, librairie curieuse et historique d'Aug. Aubry, rue Dauphine, 16.

Étude clinique sur l'apoplexie de la moelle épinière et sur les paralysies des extrémités inférieures; par le docteur F. Duriau, chef de clinique de la Faculté de Paris. Grand in-8° de 24 pages. Prix, 75 c. — Paris, chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

» Comme on le voit, l'idée d'utiliser l'émétique à haute dose contre le croup n'est pas nouvelle. Pourquoi est-on resté à ces quelques essais, pourquoi cette médication ne s'est-elle pas propagée? Je l'ignore; y aurait-il eu des revers? C'est possible, cependant je n'ai rien trouvé qui le prouve, et j'ai été étonné de voir que les médecins qui se sont particulièrement occupés du croup, n'aient pas dit un mot de ce mode de traitement.

Il est impossible actuellement de prévenir l'avenir qui lui est réservé; car, malgré les quelques observations que je viens de citer, il serait prématuré de vouloir juger définitivement sa valeur. Je regrette que les circonstances ne m'aient pas permis de continuer mes premières tentatives, mais j'espère que les succès récents de M. Bouchut et la communication de M. Constantin vont engager les praticiens à étudier cette médication. Si son efficacité vient à être démontrée, il restera à chercher si elle est plus avantageuse que les moyens que nous possédons aujourd'hui; si elle doit être employée seule ou être associée à la cautérisation, et, enfin, si elle convient dans tous les cas et dans toutes les périodes du croup. »

Encore un mot sur la chromidrose, à propos d'un fait de simulation.

Les lecteurs de la *Revue* se souviennent du cas de chromidrose simulée que nous a communiqué M. le docteur Duchêne (de Pavilly), et des réflexions critiques dont ce fait a été l'objet de la part de M. le docteur Leroy de Méricourt. M. Duchêne nous adresse aujourd'hui, avec prière de les transmettre à nos lecteurs, quelques nouvelles explications sur ce fait. Nous espérons qu'elles suffiront pour l'élucidation du point en litige, et qu'elles mettront un terme à cette petite discussion.

« Pour mon confrère, dit M. Duchêne, la simulation de la chromidrose est en apparence facile, la découverte de la supercherie plus facile encore. Pour nous, il en est tout autrement.

» Connaissons-nous la chromidrose, ses causes, son diagnostic, son traitement?... Non. M. Leroy de Méricourt trouve qu'il existe suffisamment de notions exactes pour établir le diagnostic. Dans un instant nous prouverons le contraire.

» I. Notre honorable confrère dit que pour découvrir la supercherie, l'épreuve suivante est infaillible : nettoyer complétement avec un linge imbibé d'huile les parties colorées, examiner à la loupe pour s'assurer de leur netteté, rester une *demi-heure*, *une heure* en présence de la personne qu'on observe, et la tache aura repris plus ou moins d'intensité, dans le cas de chromidrose vraie. Qu'à cette épreuve, les plus incrédules n'auront rien à répondre.

» Les incrédules répondront : Si chez les uns la coloration reparaît au bout d'une demi-heure, et chez d'autres au bout d'une heure, nous ne voyons pas pourquoi, chez d'autres encore, il ne faudra pas deux, quatre, six heures et plus pour que cette coloration reparaisse; car enfin, dans la période de déclin de la maladie, et l'on peut n'être appelé à voir le malade qu'une fois, la réapparition de la coloration sera tout à fait inappréciable. Quel médecin pourra rester quatre, six heures et plus auprès du malade? Je l'avoue; peut-être ai-je eu tort de ne pas l'avoir fait (1).

» Nous demanderons à M. Leroy de Méricourt une base plus solide pour asseoir le diagnostic de la chromidrose.

» II. M. Leroy de Méricourt demande si la matière colorante était appliquée à l'état solide, et dit que dans ce cas il y a un pointillé ressemblant à une poussière, « mais que cette poussière » n'est pas déposée dans les sillons de la peau; que c'est tout » le contraire dans la chromidrose; que pour m'en convaincre, » je n'ai qu'à me frotter une partie de la peau avec du charbon » ou avec de l'indigo, etc. »

» Deux réponses à faire :

» 1° La fille Prudence employait la matière colorante à l'état solide; chez elle, *la poussière était déposée dans les creux et sillons de la peau*, et n'a pu complétement disparaître par le lavage; enfin, la coloration n'a jamais reparu.

» 2° On ne peut établir de comparaison entre une expérience faite *un instant*, et une autre expérience prolongée plusieurs années. Dans le premier cas, il peut se faire que la poussière ne pénètre pas dans les sillons de la peau; mais dans le second cas, il serait complétement impossible qu'il en arrivât autrement. J'ajouterai même un fait qui me paraît tout à fait concluant, et que j'avais omis par mégarde dans mon observation. Ce fait m'a été rappelé par mon ami le docteur Delafosse (de Rouen), auquel j'avais fait voir la malade. Le voici :

» En examinant les paupières et en pressant le trou lacrymal à gauche, il en sortit un peu de mucosité de la grosseur d'un fil à coudre, en forme de tire-bouchon *et complétement bleue*. Rien n'est plus brutal qu'un fait; j'en avance deux, je crois qu'ils détruisent toute objection en achevant d'anéantir le diagnostic de la chromhidrose.

» III. M. Leroy de Méricourt m'a-t-il mal compris, ou me suis-je mal exprimé en parlant des variations dans l'intensité de la couleur, intensité en rapport avec la marche, la fatigue, la chaleur, etc.? Voici ce qu'il faut comprendre; la fille P. B... prétendait devenir d'autant plus bleue qu'elle fatiguait davantage, etc. Cette explication suffit pour répondre au paragraphe critiqué.

» Du double examen critique de nos observations, il faut conclure que, contrairement à ce que pense M. Leroy de Méricourt, nous n'avons pas encore assez de notions exactes ni d'observations assez multipliées pour asseoir un diagnostic positif de la chromidrose, et que par conséquent nous n'avons rien de positif pour nous défendre contre une supercherie. »

M. Duchêne ajoute à sa lettre un document authentique établissant que la fille Prudence B... n'a jamais cessé de jouir de l'intégrité parfaite de son intelligence, et que depuis la découverte de sa supercherie elle s'est résignée à travailler pour suffire à ses besoins, ne pouvant plus compter sur les effets de la commisération publique.

Nous ajouterons, enfin, que M. Duchêne proteste contre la pensée qu'on pourrait lui prêter de conclure de ce fait à la négation des observations rapportées par ses confrères. Il est certain qu'on ne peut plus contester après ces explications le fait de simulation dans le cas observé par M. Duchêne; mais il n'en résultera assurément dans l'esprit de personne que ce fait doive infirmer en rien la valeur des observations que nous avons précédemment publiées.

(1) La réapparition immédiate de la coloration sera une preuve de chromidrose; je le veux bien; mais ce que je n'accepte pas, c'est que la non-réapparition immédiate soit une preuve de simulation.

Des ulcérations de la trachée à la suite de la trachéotomie.

Depuis l'insertion de notre dernier article sur ce sujet, dans la *Revue* de samedi dernier, il nous est parvenu un nouveau compte rendu de la Société médicale des hôpitaux, qui nous apprend de nouveaux détails sur ce point de l'histoire du croup et de la trachéotomie. Nous y voyons entre autres la relation faite par M. Gillette d'un cas récent de croup ayant nécessité la trachéotomie, suivi de mort le vingt-cinquième jour, et dans lequel on a constaté à l'autopsie une ulcération profonde de la paroi antérieure de la trachée, avec abcès rétro-œsophagien, bronchopneumonie et persistance des fausses membranes dans la trachée et sur la plaie; et la mention d'un autre cas semblable observé dans le service de M. Bergeron, dans lequel l'ulcération s'est produite quarante huit heures après l'opération.

L'opinion qui résulte de la multiplicité des faits de ce genre, dans l'esprit de la plupart des membres de la Société, attachés aux hôpitaux d'enfants, est que ces accidents dépendent en partie d'une prédisposition morbide spéciale créée par l'influence épidémique actuelle.

Nous saisissons cette occasion pour rectifier une erreur qui s'est glissée dans l'article précité du 16 avril. On nous a fait dire que M. H. Roger avait observé, en 1852, deux cas d'ulcération de la trachée, auxquels il en joignait trois nouveaux qui ont fait le sujet de sa communication à l'Académie. Or ce n'est pas *trois* faits nouveaux, mais *treize* qu'il fallait dire, lesquels réunis aux deux cas de 1852 et à six cas nouveaux empruntés à d'autres médecins, font un total de vingt et un faits qui forment la base du travail de M. H. Roger.

OBSERVATION DE FRACTURE

du corps de l'humérus droit par la contraction musculaire dans la lutte dite tour de poignet.

Par M. Allamargot, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Ténès.

Le 1er décembre 1856, M. X..., âgé de trente ans, homme exempt de toute diathèse et doué, malgré sa petite stature, d'une forte constitution et d'une grande puissance musculaire, voulut faire l'essai de ses forces contre un individu très-vigoureux, taillé en Hercule. Ils adoptèrent un genre de lutte connu sous le nom de tour de poignet. Assis face à face, de chaque côté d'une table, le coude droit reposant sur une assiette retournée sens dessus dessous, les deux champions se saisirent la main dans la main, et dans cette position chacun chercha par un mouvement de pronation à renverser sur la table l'avant-bras et la main de son adversaire, en les ramenant de force dans la supination et l'extension.

Au premier assaut X... a le dessous. Aussitôt animé du désir de reprendre sa revanche, il recommence la lutte et exerce, pour résister à une force supérieure, un effort considérable. A ce moment, les assistants entendirent un violent craquement qui fit croire à plusieurs que l'une des assiettes venait de se briser. Mais on vit X... pâlir. Son bras droit retomba inerte sur la table, et le malheureux vaincu s'écria qu'il avait le membre fracturé. Le fait n'était que trop réel.

Je vis le blessé peu d'instants après avec mon collègue M. le docteur Palissat. Rien n'était plus facile que de reconnaître l'existence d'une fracture de l'humérus à sa partie moyenne. La crépitation se produisait au moindre mouvement; en outre, le bras était déformé et raccourci. La vue et le toucher faisaient reconnaître l'extrémité supérieure du fragment inférieur faisant saillie sous la peau, au niveau de la dépression sous-deltoïdienne en dehors et en arrière. Le bout du fragment supérieur, situé en dedans et recouvert par les parties molles, était plus difficile à reconnaître. La solution de continuité me parut oblique de bas en haut et de dedans en dehors. Il existait un certain degré de spasme musculaire, qui n'opposa pas d'obstacle sérieux à la réduction. On maintint les fragments à l'aide de trois attelles reposant sur des compresses graduées et fixées par un bandage roulé, recouvrant tout le membre.

Au bout de quelques jours, cet appareil fut remplacé par un bandage plâtré, qu'il fallut bientôt renouveler à cause de la réduction considérable du membre par suite de la diminution du gonflement. Cinq à six jours après, ce deuxième bandage se trouva encore trop large, et le malade, qui ne se résignait qu'avec peine au repos, sortit en ville, ne rentra que fort tard et un peu agité, de sorte que le lendemain matin, quinzième jour de l'accident, j'eus la contrariété de voir que le fragment inférieur, qui avait toujours eu une grande tendance au déplacement, faisait une saillie aussi considérable que le premier jour, et que le bras offrait plusieurs centimètres de raccourcissement. Je fendis le bandage, j'en excisai une portion, puis après avoir opéré de nouveau la réduction, garni les creux avec de la ouate, et mis une compresse graduée sur l'extrémité du fragment inférieur, je maintins les valves rapprochées à l'aide d'une bande roulée.

L'accident était arrivé le 1er décembre; je dus quitter Paris le 20, pour me rendre en Afrique, laissant le traitement incomplet. J'ai eu l'occasion de revoir M. X... un an après, en octobre 1857. Le bras était parfaitement consolidé, mais il restait un raccourcissement d'environ 2 centimètres.

Le mécanisme de cette fracture est facile à comprendre. Dans le jeu dit tour de poignet, le jouteur appuyant le coude sur un plan fixe, contracte violemment les muscles fléchisseurs de l'avant-bras (biceps et brachial antérieur), tous les muscles fléchisseurs de la main ainsi que les pronateurs, pour résister à l'effort de l'adversaire qui tend à produire l'extension et la supination. Or, si le concours de tous ces muscles suffit pour maintenir solidement l'avant-bras en flexion sur le bras, la main en flexion sur l'avant-bras et en pronation, il est évident que l'effort exercé par l'adversaire sera, en définitive, transmis à l'humérus par l'intermédiaire de la main et de l'avant-bras transformés en un levier coude que complète l'os du bras. Ce levier a son point fixe au coude, son point mobile à la tête de l'humérus; le point d'application de la force est la main. C'est donc un levier du premier genre. Le résultat de l'effort de l'adversaire agissant sur la main serait donc la rotation du bras en dehors si rien ne venait en arrêter l'effet. Mais une nouvelle force entre en jeu pour contre-balancer l'action de l'adversaire, c'est la contraction des muscles rotateurs du bras en dedans (portion antérieure du deltoïde, sous-scapulaire et surtout les pectoraux). Il arrive donc que l'humérus se trouve sollicité par deux forces contraires :

1° L'effort exercé par l'antagoniste, tendant à produire la rotation du bras en dehors;

2° La résultante de la contraction des muscles rotateurs du bras en dedans, qui tend au contraire à porter le bras dans la rotation en dedans.

Or, si la résistance de l'humérus se trouve inférieure à chacune des résultantes qui agissent sur lui, il faudra qu'il se brise à la manière d'un bâton que l'on tiendrait par les deux bouts et dont on chercherait à tordre les extrémités en sens inverse.

La torsion exercée, dans ce cas, sur la partie inférieure de l'humérus se fait dans un sens contraire à la torsion fictive admise par les anatomistes pour ce os, et qui semble s'être produite de dehors en dedans, l'extrémité supérieure restant fixe.

Les fractures de ce genre appartiennent à la classe de celles produites par contraction musculaire.

L'observation présente est une nouvelle preuve que l'action seule des muscles peut développer une force supérieure à la résistance des leviers qu'ils sont destinés à mouvoir, et cela indépendamment de toute diathèse ou de toute lésion locale de nature à diminuer la solidité des os. Bien que les fractures de l'humérus par torsion soient mentionnées dans les traités de pathologie, et notamment dans l'ouvrage de M. le professeur Malgaigne, toutefois les exemples en sont assez rares pour que j'aie cru que ce cas méritait d'être publié. Je n'ai pu me procurer à Ténès, où je suis actuellement, d'observations analogues; j'ignore donc à quel point de l'humérus s'est faite la solution de continuité dans les faits qui se sont présentés à d'autres médecins. Dans le cas présent, elle siégeait à la partie moyenne du corps de l'os, c'est-à-dire dans le point où son diamètre est le plus petit et sa résistance la moindre.

Je ferai remarquer qu'il est encore une circonstance qui semble prédisposer ce point à devenir le siége de la fracture produite par ce mécanisme; c'est qu'il se trouve situé entre les insertions de plusieurs des muscles qui entrent en contraction, savoir, d'une part, le brachial antérieur; d'autre part, les muscles rotateurs du bras en dedans.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 avril 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le secrétaire général dépouille la correspondance; elle comprend, outre les journaux de la semaine, le tome IV des *Mémoires des concours des savants étrangers* publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique. Ce volume, de 816 pages, est entièrement rempli par un mémoire de M. A. Laurens, intitulé *Essai sur l'état puerpéral*, et couronné par l'Académie.

LECTURE.

M. Magitot donne lecture d'un travail intitulé *Etude sur les tumeurs du périoste dentaire.* (Commissaires, MM. Jarjavay, Giraldès, Follin.)

COMMUNICATION.

Examen des modifications anatomiques produites pendant l'abaissement de l'utérus. — MM. les docteurs Legendre et Bastien présentent le résultat d'expérimentations qu'ils ont faites sur le cadavre, dans le but d'étudier la descente de l'utérus. Sans établir une comparaison complète entre ces expériences cadavériques et les cas de chute de la matrice que l'on rencontre chez le vivant, ils croient, d'après

ces recherches, pouvoir donner une idée assez juste du déplacement général des organes du bassin dans cette affection et dans certaines opérations que l'on pratique sur l'utérus, dans lesquelles le chirurgien est obligé d'employer des manœuvres violentes pour abaisser cet organe au dehors.

Ils ont cherché à produire artificiellement les différents degrés que l'on rencontre dans la chute de l'utérus.

Dans le premier degré, l'extrémité du col de l'utérus, le museau de tanche répond à la base des petites lèvres, au niveau de l'anneau vulvaire; il ne fait pas encore saillie à l'extérieur. Pour obtenir cet abaissement, il faut employer une force de 15 à 20 kilogrammes, le sujet étant une femme de soixante ans. Dans cette traction, les ligaments utéro-lombaires sont fortement tendus, les ligaments utéro-ovariens très-légèrement entraînés; mais on n'observe aucun changement du côté des ligaments ronds. Si l'on examine les rapports des organes de la région du petit bassin, on constate que la face antérieure de la vessie s'est éloignée du pubis, que son fond a été entraîné vers la région du périnée, où elle fait une certaine saillie au-dessous de l'urèthre. Le vagin est en partie dép'issé; toute sa paroi antérieure occupe l'espace qui sépare le méat de l'urèthre de l'ouverture du vagin. La paroi postérieure est descendue en partie seulement. Le rectum n'a subi aucun changement dans sa position. Les culs-de-sac du péritoine affectent les rapports suivants : l'antérieur répond au milieu du bas-fond de la vessie, le postérieur est très-distendu; il est à une très-petite distance de l'ouverture antérieure du vagin.

Dans le second degré le museau de tanche a été attiré tout à fait au dehors entre les grandes lèvres, le col utérin est embrassé par l'anneau vulvaire : il a fallu dans cette expérience employer une force de 50 kilogr. Le sujet était une femme âgée de 40 ans. Dans ce fait, les ligaments utéro-lombaires sont très-fortement tendus, les ligaments utéro-ovariens subissent une traction modérée, et les ligaments ronds sont ramenés à une direction rectiligne, mais sans aucune tension.

L'inspection des organes du petit bassin montre le corps de l'utérus entièrement caché sous le bas-fond de la vessie. Ce dernier réservoir est séparé du pubis dans une plus grande étendue que dans le cas précédent, et son bas-fond est plus rapproché de la paroi antérieure du vagin. La paroi postérieure de ce conduit n'a pas été renversée, l'utérus s'est invaginé dans ce canal en entraînant le péritoine, dont les deux culs-de-sac répondent au corps de cet organe, au lieu d'arriver jusqu'au col comme cela a lieu dans l'état normal.

Dans une autre série d'expériences qu'ils ont instituées, MM. Legendre et Bastien se proposent d'étudier la descente complète de l'utérus et l'action des instruments, tels que les pessaires, qui servent à maintenir cet organe dans le petit bassin.

M. DEPAUL signale la différence notable qui existe entre les expériences communiquées par MM. Legendre et Bastien, et celles entreprises jusqu'à ce jour. Pour mon compte, dit M. Depaul, j'ai essayé de produire l'abaissement, mais en agissant seulement sur le fond de l'organe, et malgré les pressions les plus vigoureuses exercées en même temps par trois personnes, nous n'avons pu déterminer l'abaissement.

Du reste, il faut reconnaître que sur le cadavre l'abaissement est bien plus difficilement obtenu que sur le vivant.

M. LENOIR signale sur les planches soumises à l'examen de la Société une particularité qui serait le résultat de la traction directe exercée sur le col utérin : ce col paraît manifestement allongé.

M. CAZEAUX est peu disposé à admettre que le col, en raison de sa structure intime, puisse subir cet allongement.

Sur la proposition de **M. LE PRÉSIDENT**, la Société décide que la discussion sur la présentation de MM. Legendre et Bastien n'aura lieu que lorsque la totalité du travail aura été livrée à la commission chargée de l'examiner, et lors du rapport de cette commision.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Cancer de la vésicule du fiel. — Fracture du crâne. — M. CHASSAIGNAC présente à la Société deux préparations anatomiques : l'une est constituée par un cancer de la vésicule biliaire, sans aucune altération cancéreuse du foie. La tumeur faisait saillie à la paroi abdominale; sa véritable nature n'avait pas été diagnostiquée pendant la vie.

La seconde pièce, qui se rapporte à une fracture de la base du crâne, a été recueillie dans les circonstances suivantes :

Un jeune homme de vingt et quelques années, étant en état d'ivresse, s'approche d'une fenêtre pour vomir. Pendant les efforts qu'il fait, le corps étant penché en avant, une chute a lieu, et de la hauteur d'un troisième étage, il vient tomber sur le sol, la tête la première. Il est apporté à l'hôpital Lariboisière, ayant une paralysie complète du nerf facial du côté droit, et par l'oreille droite l'écoulement du liquide séreux considéré comme signe de la fracture du rocher.

Cet écoulement continue pendant deux ou trois jours, et le malade survit deux mois à cet accident.

Le genou du côté droit ayant été violemment atteint dans la chute, sans qu'il y eût ni fracture ni luxation, une arthrite suppurative s'est déclarée, et paraît avoir été la cause de la mort, qui n'a eu lieu qu'au bout de deux mois.

L'examen de la base du crâne a montré l'existence d'une fracture qui divisait le rocher à sa base, c'est-à-dire près du conduit auditif externe. Le conduit auditif interne, dans toute sa longueur, était étranger à la fracture. Le tracé de cette dernière présentait la disposition suivante : à partir du trou déchiré postérieur et du coin correspondant à la terminaison du sinus latéral et au golfe de la veine jugulaire, la fracture, qui intéressait l'occipital, venait croiser obliquement d'arrière en avant la base du rocher, et se terminait dans la fosse temporale, remontant de là jusqu'au pariétal.

Un commencement de consolidation paraît exister dans la portion pariétale de la fracture; aucune éraillure n'a été aperçue dans les sinus. Le conduit auditif interne était totalement étranger à la fracture.

DISCUSSION.

M. HOUEL demande si M. Chassaignac a reconnu à l'autopsie des traces de contusion sur les parties molles au niveau de la fracture. La plupart de ces fractures, perpendiculaires à l'axe du rocher, ne sont pas produites par une violence directe, mais par un choc agissant sur la partie postérieure de la tête.

M. CHASSAIGNAC répond qu'il n'existait plus de traces de contusion.

M. HOUEL. La consolidation de la fracture, si toutefois elle existe, ne saurait en rien témoigner contre les assertions émises dans mon travail. Il ne s'agit pas ici, en effet, d'une fracture simple; on peut voir, sur la pièce qui nous est présentée, qu'elle s'accompagnait de nombreux désordres; et c'est dans ces cas que je reconnais la possibilité d'une consolidation.

M. CHASSAIGNAC. J'ai voulu seulement montrer une consolidation sur une fracture fissuraire. Il est évident que la fracture du rocher n'est pas réunie.

Fongus bénin du testicule. — M. GOSSELIN avait soumis à l'examen de la Société un jeune enfant affecté d'un fongus bénin du testicule. Il avait tenté d'obtenir la guérison en ménageant le testicule, et en ne pratiquant que l'abrasion du fongus. Une récidive est survenue, et M. Guersant présente le testicule qu'il a enlevé.

M. JARJAVAY. La pièce que vient de présenter M. Guersant est intéressante à plus d'un titre : d'abord parce que la lésion dont il s'agit est rare; et ensuite, parce qu'elle a atteint un enfant très-jeune.

Cette pièce nous montre un exemple de fongus bénin du testicule arrivé à sa dernière période.

Confondue en France avec le cancer, avant le travail que j'ai publié en 1849, dans les *Archives générales de médecine*, cette lésion était bien connue en Angleterre, depuis le mémoire qu'avait publié Lawrence en 1808. Ce célèbre chirurgien l'appelait *fongus testiculaire*; A. Cooper la nomma plus tard *tumeur granuleuse du testicule*; et Curling, dans la première édition de son *Traité pratique des maladies du testicule*, *hernia testis*; dans sa seconde édition, ce dernier auteur accepte la dénomination de *fongus bénin*, que j'avais employée dans mon mémoire en 1849, dans le but de faire disparaître toute confusion entre le cancer et cette maladie non cancéreuse.

La pièce que nous présente M. Guersant est, ai-je dit, un fongus arrivé à sa dernière période. Le fongus est, en effet, une saillie du parenchyme testiculaire imprégné de produits plastiques, hors de la tunique albuginée qui s'est rompue dans un point, et qui tend à se renverser de plus en plus en dehors. Voici une pièce qui ne laisse à personne aucun doute sur la nature de cette lésion. On remarque la solution de continuité du scrotum qui étrangle le fongus; la rupture de la tunique albuginée qui se renverse en dehors sur elle-même; la continuité de la tumeur avec le parenchyme du testicule, celui-ci étant considérablement réduit de volume par suite de l'issue de la pulpe séminale; la face externe de la tunique albuginée lisse et libre de toute granulation. Personne, en un mot, à la vue de cette pièce pathologique, ne peut douter de la nature du fongus bénin, telle que l'a fait connaître Lawrence.

S'il ne reste plus de portion du testicule sur la pièce de M. Guersant, comme sur celle que j'ai l'honneur de présenter à la Société, c'est que, chez le petit malade de M. Guersant, le fongus avait été excisé; c'est que la tunique albuginée s'est vidée complétement en se renversant en dehors, et qu'il ne reste plus, à la place du testicule, que des débris de cette tunique albuginée et des produits d'inflammation plastique. Les bourgeons charnus qui forment ce petit fongus, reposent sur ce noyau. D'ailleurs, l'examen microscopique est nécessaire pour dire le dernier mot, et justifier ou détruire ce qui me paraît probable.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN signale la similitude parfaite, suivant lui, qui existe entre ces fongus et le produit de l'inflammation qui se développe sur les séreuses articulaires : et de plus il retrouve la même analogie avec les productions qui naissent sur la membrane qui tapisse l'intérieur de la matrice. Sur un utérus prétendu cancéreux enlevé par Récamier, il a pu reconnaître l'exactitude du fait qu'il signale.

Le secrétaire, E. LABORIE.

UN MOT DE RÉPONSE A M. DAUDÉ.

Le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux* contient un article d'un de nos honorables confrères, M. le docteur Daudé, sur le traitement de la suette miliaire par le perchlorure de fer. Si M. Daudé se fût borné à faire l'éloge de son médicament, nous nous serions abstenu de tout commentaire; mais puisqu'il lui a plu, nous ne savons pourquoi, de nous prendre à partie à deux reprises, nous nous croyons en droit de lui adresser une courte réponse.

La médication de la suette miliaire par les vomitifs, que j'ai instituée le premier sur une vaste échelle, n'en est plus aujourd'hui à faire ses preuves. Elle a eu, entre les mains de nombreux confrères, tant dans le nord que dans le midi de la France, les mêmes résultats qu'entre les miennes. Je rappellerai de plus qu'en septembre 1851, sur le rapport de M. Jules Guérin, dont M. Daudé ne déclinera pas la compétence, l'Académie de médecine a donné à mes travaux sur ce sujet sa haute approbation. J'ai cru voir dans la récompense que, sur le rapport de M. Trousseau, rapporteur de la commission du prix Itard, elle a bien voulu accorder en 1858 à mon *Traité de la suette* une confirmation de sa première décision.

Certes, il est bien fâcheux, et je suis le premier à le déplorer, que, malgré le *tourment* que s'est donné M. Daudé pour *interpréter à ma façon les faits qu'il avait sous les yeux*, *le spécifique de 1849 ait échoué* dans cet infortuné département de la Lozère. Heureusement que le perchlorure de fer lui reste!

Quant au sulfate de quinine, qui, « *quoi qu'en dise M. Foucart*, » *était jusqu'ici le meilleur remède à employer contre la suette*, » dit M. Daudé, je ferai observer que je suis loin d'être le seul à l'avoir proscrit, à avoir reconnu son inutilité, sinon plus.

Mon honorable confrère aurait pu citer Borsieri, qui, il y a longtemps déjà, écrivait que le quinquina, auquel on a attribué de merveilleuses propriétés dans la suette, ne réussit nullement et n'arrête pas la fièvre, même, dit-il, *quando intermittentem mentitur;* et pour ne rien laisser à désirer à M. Daudé, il ajoute que comme *antiputride*, antiseptique, comme nous dirions aujourd'hui, il ne réussit pas davantage.

Il aurait pu rappeler que M. Pigné, après avoir vainement cherché l'intermittence dans la Dordogne, où M. Parrot croyait la trouver à chaque pas, repousse énergiquement le sulfate de quinine;

Que M. Gaillard, de Poitiers, après l'avoir longtemps expérimenté, et après avoir fait une minutieuse analyse des faits de M. Parrot, déclare « ne pouvoir affirmer qu'il ait été efficace dans *un seul des cas* où il a été employé »;

Enfin que les résultats obtenus par M. le docteur Taufflieb, de Barr (Bas-Rhin), n'ont pas été plus beaux.

Je termine en souhaitant au perchlorure de fer, sans les espérer beaucoup, je dois l'avouer, des succès aussi nombreux et aussi incontestables que ceux que ma méthode a non *promis*, comme l'a écrit, sans doute *par erreur*, M. Daudé, mais *produits* dans la Somme, l'Aisne et l'Oise en 1849, et plus tard en 1854 dans la Haute-Garonne, entre les mains de M. le docteur Roche (de Caraman), lequel n'était probablement pas assez fervent sectateur des doctrines de Montpellier, pour éprouver les mêmes échecs que les médecins du département de la Lozère.

Dr A. FOUCART.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Lloracb, né à Matanzas (île de Cuba); *Considérations sur l'hygiène de la première enfance.*

Lecoq, né à Cany (Seine-Inférieure); *De la pyohémie.*

Luton, né à Reims (Marne); *Des séries morbides.*

Ansaloni, né à Selles-sur-Cher (Loir-et-Cher); *De la médication de la dyssenterie aiguë épidémique et d'un procédé thérapeutique pour arrêter le ténesme, à propos d'une épidémie observée à l'hôpital de Tours pendant les mois de juillet, août et septembre 1856.*

Viala, né à Salars (Aveyron); *Des kystes séreux du cou.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 13 avril 1859, M. le docteur Armand, médecin-major du 3e régiment de hussards, a été nommé chevalier de la Légion-d'honneur.

— Par décret du 20 avril, M. Autric, chirurgien du *Primauguet*, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Dans sa séance du 16 avril dernier, l'Académie royale de médecine de Belgique a conféré le titre de membre honoraire à M. le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, comme témoignage de sa haute considération pour les services qu'il a rendus à la science par ses travaux.

— Le conseil d'administration de l'Association médicale de Loir-et-Cher, a décidé, dans sa séance du 16 avril courant, que la lettre suivante serait adressée à M. le procureur impérial près le tribunal de première instance de la Seine.

« Monsieur le procureur impérial,

» Le conseil d'administration de l'Association médicale de Loir-et-Cher,

» Encouragé par l'arrêt récent de la Cour de cassation, qui reconnaît » le dol moral éprouvé par le corps médical, par suite de l'exercice il- » légal de la médecine,

» A décidé, dans sa séance du 16 courant, qu'une plainte vous se- » rait adressée contre le sieur Vriès, pour exercice illégal de la méde- » cine à Paris.

» Les membres de l'Association médicale de Loir-et-Cher réservent » leur droit de se porter partie civile, au cours du procès à faire au » sieur Vriès.

» Le but de cette démarche est d'épargner aux médecins de la » Seine l'apparence d'un intérêt purement matériel dans une circon- » stance où la dignité professionnelle est principalement lésée.

» Nous avons l'honneur d'être, etc.

» LUNIER, *président;* SATIS père, *vice-président;* DUFAY, *secrétaire » général;* YVONNEAU, *secrétaire des séances;* CHAUTARD, » BROCHETON. »

— Le collége royal médical de bienfaisance de Londres vient de recevoir un don de 75,000 fr. qui lui a été légué pour augmenter son fonds de secours.

Ces exemples de libéralité deviennent contagieux. Nous lisons dans le journal anglais *the Lancet* que M. Hayne (d'Exmouth) a légué la somme de 300,000 fr. pour subvenir à des œuvres charitables. Indépendamment de ce don, il a affecté des sommes importantes à l'entretien des institutions pour les aveugles et les sourds-muets, à Exeter.

— La ménagerie du Muséum d'histoire naturelle de Paris s'est enrichie récemment de deux animaux curieux : ce sont deux coatis, appartenant au groupe des plantigrades, et qu'on ne trouve que dans l'Amérique méridionale.

Leur taille est à peu près celle d'un chat domestique, mais ils ont des proportions différentes et sont moins gracieux dans leurs mouvements. Leur tête est prolongée en un mufle nu qui a la mobilité d'un groin. Les coatis sont des animaux des forêts qui grimpent aisément; aussi passent-ils leur vie sur les arbres.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 49. — MARDI 26 AVRIL 1859. (32e ANNÉE.) N° 49. — MARDI 26 AVRIL 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Hôpital Cochin (M. Gosselin). Rupture traumatique de l'urèthre avec écartement considérable des deux bouts ; rétention d'urine ; recherches infructueuses du bout postérieur du canal pendant quarante jours ; sondes à demeure ; restauration du canal. — Hôtel-Dieu de Lyon (M. Devay). Cas de morve aiguë développée au bout d'un mois de séjour dans la salle chez un malade du service ; réflexions sur la période d'incubation de la maladie. — Sur le tamponnement du vagin dans les hémorrhagies utérines puerpérales. — Nouveau moyen d'éviter la ligature des vaisseaux dans les amputations. — Académie des sciences, séance du 18 avril. — Nouvelles.

Paris, le 25 avril 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Il y a quelques années, à l'époque où le récit des prodiges opérés par les *esprits frappeurs* excitait vivement la curiosité publique, l'Académie reçut une communication de M. Schiff, qui, après de nombreuses et patientes tentatives, était parvenu à produire lui-même à volonté ces bruits mystérieux, en provoquant, par un certain effort de contraction, le déplacement brusque de son long péronier latéral; démontrant ainsi que ces prétendus prodiges avaient leur cause naturelle dans certains mouvements volontaires. Une observation curieuse a fourni à M. Jobert (de Lamballe) l'occasion d'étudier de nouveau les conditions particulières de la production de ces bruits. Une jeune fille s'est présentée à son observation, affectée de contraction spasmodique du court péronier latéral, produisant des battements qui se faisaient entendre derrière la malléole externe droite, et qui offraient la régularité du pouls. L'étude attentive de cette singulière affection a conduit M. Jobert à saisir le mécanisme de la production de ce bruit étrange, en lui montrant, par cet exemple, comment, sous l'influence de la contraction musculaire, les tendons déplacés peuvent, au moment où ils retombent dans leurs gouttières osseuses, donner lieu à des battements qui ressemblent à ceux qui, pour certaines personnes, annoncent la présence des *esprits frappeurs*.

On lira avec un grand intérêt cette curieuse observation, ainsi que les savantes considérations anatomiques et physiologiques à l'aide desquelles M. Jobert a éclairé le mécanisme de ce singulier phénomène, et les observations confirmatives de MM. Velpeau et J. Cloquet. Nous saisirons cette occasion pour publier prochainement une note sur ce même sujet de M. le docteur Austin Flint, professeur à l'université de Buffalo (Amérique), dont nous devons la communication à l'obligeance de M. Ch. Robin.

L'Académie a reçu dans cette séance plusieurs communications intéressantes dont nous nous trouvons obligé d'ajourner la publication. Nous citerons entre autres un mémoire de M. le professeur Laugier sur un nouveau mode de pansement, qui permet de réunir immédiatement et sans sutures le fond des plaies résultant des amputations, et l'analyse d'un travail très-étendu de M. Friedleben sur l'anatomie et la physiologie du thymus à l'état de santé et à l'état de maladie. — Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. Gosselin.

Rupture traumatique de l'urèthre avec écartement considérable des deux bouts ; rétention d'urine ; recherches infructueuses du bout postérieur du canal pendant quarante jours. Sondes à demeure ; restauration du canal.

(Observation recueillie par MM. Léon Labbé et Paul Tillaux, internes des hôpitaux.

Chacun sait que la rupture traumatique de l'urèthre est souvent grave, et ne guérit guère sans laisser une large fistule à sa suite lorsqu'elle a été complète et que les deux bouts se sont notablement écartés. L'indication, en pareille circonstance, est de mettre une sonde à demeure dans le canal ; mais comment y parvenir lorsqu'on ne peut pas trouver le bout postérieur ? La règle a été, jusqu'à ces dernières années, de ne pas insister longtemps sur le cathétérisme et d'abandonner le malade à lui-même, c'est-à-dire de le laisser guérir avec une fistule périnéale, laissant passer toute l'urine et le sperme, infirmité des plus désagréables surtout pour les hommes jeunes encore.

A notre époque, on a poussé plus loin le traitement chirurgical dans les cas de ce genre ; on a prouvé par des faits authentiques que la restauration du canal (un peu étroit; il est vrai) pouvait être obtenue sans persistance de fistule. Dans une observation communiquée par M. Voillemier à la Société de chirurgie (*Gazette des Hôpitaux*, 1857, p. 451), ce chirurgien s'est servi habilement de la fistule résultant d'une ponction hypogastrique, pour retrouver d'arrière en avant le bout postérieur du canal, dans lequel il lui avait été impossible de pénétrer avec les sondes conduites d'avant en arrière. Dans un autre fait, communiqué quelque temps auparavant par M. Demarquay, ce chirurgien retrouva, peu de jours après l'accident, le bout postérieur au périnée, après avoir incisé largement et fait uriner le malade devant lui. Le jet de l'urine put seul lui indiquer la position de ce bout postérieur retiré au milieu des parties molles.

Dans l'observation ci-dessous, après avoir combattu la rétention d'urine concomitante et l'imminence d'infiltration urineuse par une longue incision du périnée, M. Gosselin a essayé d'introduire une sonde par la voie naturelle ; mais il lui a été impossible de l'engager dans le bout postérieur. Il a donc dû chercher ce dernier par le périnée, à l'exemple de M. Demarquay. Ses efforts sont restés infructueux pendant longtemps : le bout postérieur s'est dérobé tant qu'on n'a pas vu l'urine en sortir, et le malade était un de ceux qui ne peuvent pas uriner en présence d'autres personnes. Malgré la confiance que lui inspirait M. Gosselin, malgré la reconnaissance avec laquelle il acceptait les soins dont il était l'objet, et malgré toute sa bonne volonté, il n'a jamais pu uriner devant ce chirurgien et devant les élèves qui l'assistaient pendant sa visite. M. Gosselin donna dès lors à plusieurs d'entre nous le conseil de causer longuement avec le malade, et de nous familiariser assez avec lui pour qu'il pût, s'habituant à notre présence, uriner devant nous. Grâce à la persévérance que nous y avons tous mise, le malade a fini par uriner, le quarante unième jour, sous les yeux d'un de nos collègues, M. Brouardel, qui, guidé par le jet périnéal, a introduit une petite bougie dans le bout postérieur. A partir de ce moment, la sonde à demeure a pu être placée et le traitement rationnel être mis en usage ; la guérison eût été des plus belles que la chirurgie puisse obtenir si le cathétérisme, fait en vue d'empêcher ou de diminuer le rétrécissement du canal qui se cicatrisait, n'avait été le point de départ de deux orchites parenchymateuses, dont l'une (la droite) s'est terminée par la fonte du testicule.

Voici le fait :

L... (Jean), âgé de vingt-trois ans, démolisseur, tombe, le 19 août dernier, de la hauteur d'environ douze pieds, à califourchon sur une barre de fer. Apporté immédiatement à l'hôpital Cochin, nous constatâmes au périnée une tumeur considérable, qui nous parut formée par un épanchement de sang.

Le 20, à la visite du matin, le gonflement de cette région et des bourses avait encore augmenté ; le malade n'avait pas uriné depuis l'accident, et la vessie remontait jusque tout près de l'ombilic; mais on ne put introduire de sonde dans la vessie. Pensant que l'urèthre était comprimé par des caillots sanguins, et craignant d'ailleurs une infiltration d'urine, M. Gosselin fit de suite au périnée une grande incision, mais assez peu profonde pour être certain de ne pas blesser l'urèthre. Néanmoins, l'incision était à peine faite qu'une quantité considérable d'urine s'écoula. Le doigt, introduit dans la plaie, permit de constater facilement que le canal était déchiré dans une grande étendue, mais il fut impossible de trouver le bout postérieur de l'urèthre afin d'y engager une sonde. Pas de fièvre, état général bon.

Le 21, la tumeur a diminué, le malade a bien uriné, mais exclusivement par la plaie. Nous essayons de nouveau d'introduire une sonde dans la vessie, mais nous ne pouvons y parvenir, toujours faute de trouver le bout postérieur de l'urèthre. Pas de fièvre.— Deux portions.

Le 22, fièvre intense; ce matin, malaise général. La plaie du périnée devient noirâtre.

Le 24, la fièvre continue, mais modérée et sans complications cérébrales. L'urine qui, jusqu'à présent s'était échappée par la plaie périnéale, n'a pu venir hier depuis trois heures de l'après-midi. M. Gosselin s'abstient néanmoins de nouvelles tentatives de cathétérisme, pour ne pas augmenter la fièvre, et parce que la vessie n'est pas remplie.

Le 25, le malade n'a uriné qu'une fois hier, mais très-abondamment. La fièvre est tombée. — Bains de siége.

Le 27, la fièvre n'a pas reparu, la plaie se déterge, le malade continue à uriner par le périnée, rarement, mais volontairement et beaucoup à la fois. Il prend des bains de siége tous les jours.

Le 31, l'état général étant meilleur, et l'urine continuant à venir par la voie anormale, M. Gosselin essaya de trouver le bout postérieur, agrandit la plaie de chaque côté, incisa couche par couche avec précaution sur la ligne médiane, mais sans pouvoir y parvenir. Le malade d'ailleurs ne pouvant uriner en sa présence, malgré la demande qui lui en fut faite, M. Gosselin attend quelques jours, espérant que la sortie de l'urine servira plus tard de guide pour les explorations.

Le 1er septembre, le malade éprouve un grand frisson dans la journée.

Le 4, la fièvre, revenue depuis trois jours, a disparu. La suppuration de la plaie est abondante. L'urine coule toujours par le périnée, mais très-rarement.

Le 13, le malade urine maintenant cinq ou six fois par jour. Un phlegmon douloureux se montre à la partie postérieure des bourses.

Le 21, la plaie va toujours en se rétrécissant. M. Gosselin, craignant de voir une fistule s'établir, va de nouveau à la recherche du bout postérieur de l'urèthre. Après avoir chloroformé le malade, qui le réclame, il incise le périnée transversalement d'avant en arrière, met largement à découvert les couches profondes de la région, au-dessous et au-devant de la symphyse pubienne. La sonde à ce niveau sort par le bout antérieur. Mais il est impossible d'arriver dans la vessie. Les tentatives durent plus d'une demi-heure.

Le 22, L... éprouve quelques difficultés d'uriner, mais n'a pas de fièvre.

Le 24, il est pris de la fièvre vers trois heures du soir, mais sans frisson.

Le 29, jusqu'à présent le malade, malgré les efforts qu'il avait faits, n'avait jamais pu uriner devant M. Gosselin ni devant aucun élève, mais hier au soir, à sa visite, M. Brouardel, interne du service, put enfin le voir uriner et introduire pendant la miction un stylet et puis une bougie par le bout postérieur.

Le lendemain matin, cette bougie étant restée en place, il s'agissait de l'engager dans le bout antérieur pour qu'elle pût servir à conduire une sonde dans la vessie. A cet effet, M. Gosselin introduisit d'abord une bougie dans le bout antérieur et la fit sortir par la plaie du périnée. Il fit passer avec une aiguille un fil dans l'extrémité périnéale de cette bougie, puis dans l'extrémité également périnéale de celle qui avait été mise la veille dans le bout postérieur, puis ramenant la première hors du canal, il attira nécessairement la seconde. Il se servit ensuite des deux bougies pour conduire dans la vessie une sonde du n° 10, d'après le procédé de M. Maisonneuve. Cette sonde, arrivée à l'extrémité du bout supérieur, ne fut pas engagée, à cause de l'étroitesse de ce dernier. Il fallut pratiquer une petite incision pour dilater suffisamment le conduit. La sonde, une fois introduite et les bougies retirées, nous examinâmes au périnée la portion de sonde qui était à nu et qui nous a paru n'être entourée nulle part par la paroi uréthrale dans une longueur de plus d'un centimètre.

Le 4 octobre, la sonde est changée sans avoir besoin de se servir d'aucun conducteur. L'introduction est très-facile, car le bout postérieur reste béant dans la plaie. Le malade va très-bien, sauf un ténesme très-prononcé, qui, malgré les lavements laudanisés, l'oblige à déboucher la sonde toutes les heures.

Le 9, le ténesme était moindre depuis deux jours, quoique l'urine contînt une notable quantité de pus ; mais cette nuit, le malade a été repris d'un nouveau frisson très-violent, suivi de fièvre. Ce matin, fièvre très-intense ; elle peut être expliquée par l'inflammation aiguë d'une callosité restée depuis longtemps sur le bout antérieur du conduit, au niveau du scrotum. Cette fièvre empêche de changer la sonde.

Le 11, la fièvre a cessé. On change la sonde. — Deux portions.

Le 13, le malade continue à bien aller. Plus de fièvre. Miction moins fréquente, et l'urine très-belle.

Le 16, on augmente le calibre de la sonde.

Le 23, on l'augmente encore ; léger ténesme vésical ; diarrhée. — Potion avec le cachou ; lavements laudanisés.

Le 29, le ténesme est moindre, mais la diarrhée persiste. On laisse le malade sans sonde. L'urine ne sort plus par le périnée que pendant les garde-robes.

Le 30, l'urine est sortie hier moitié par le périnée, moitié par la verge. La réintroduction de la sonde est très-douloureuse pour le malade.

Le 6 novembre, on change la sonde.

Le 11, la sonde étant bouchée, on doit la retirer. Le malade urine sans la sonde et il ne s'écoule que quelques gouttes par le périnée.

Le 13, on cesse de mettre les sondes à demeure. Le malade se sondera lui-même quand il éprouvera le besoin d'uriner.

Le 15. On constate ce matin une orchite très-douloureuse du côté gauche.

Le 17, les douleurs dues à l'épididymite ont été très-intenses cette nuit; le malade s'est tordu sur son lit, accusant des douleurs atroces tout le long du cordon. — Compresses de chloroforme à l'endroit douloureux. — Cette fâcheuse complication empêche de continuer le cathétérisme.

Le 18, la douleur est moindre. Le malade se sonde une fois.

Le 20, la douleur a tout à fait disparu. Le malade continue à se sonder une fois par jour. De cette façon, il ne sort point d'urine par le périnée.

Le 22, quelques douleurs névralgiques peu intenses tourmentent le malade.

Le 30, douleurs très-vives dans la partie inférieure du dos. (Frictions laudanisées, 0,10 centigrammes d'opium). Fluctuation manifeste au côté interne du testicule. La démoralisation du malade empêche seule M. Gosselin d'ouvrir l'abcès.

Le 1er décembre, une petite incision faite au testicule ne donne issue à aucun liquide.

Le 6, avec une sonde n° 14 on constate un rétrécissement très-manifeste au niveau de la plaie.

Le 13, diarrhée rebelle. — Sous-nitrate de bismuth.

Le 17, les douleurs du testicule gauche ont reparu très-intenses; l'organe est très-gonflé. Une ponction très-profonde, faite dans l'intention d'ouvrir la tunique albuginée par le débridement, donne issue à une quantité considérable de sérosité sanguinolente. La douleur ne diminue pas dans la journée. — Liniment au chloroforme.

Le 19, le testicule gauche va beaucoup mieux. Mais depuis hier, le droit a subi une augmentation de volume notable; la peau du scrotum est rouge, tendue, luisante; les douleurs très-vives. — Application de chloroforme pur.

Le 21, les douleurs continuent à être très-violentes, elles sont intermittentes; le gonflement augmente de plus en plus, et sa consistance ne permet guère de douter qu'il occupe la tunique albuginée elle-même.

Le 27, la douleur et le gonflement ont diminué. Depuis les orchites, le malade ne se sonde plus, et l'urine revient par la plaie.

Le 3 janvier 1859, quoique les douleurs du testicule droit aient diminué, nous avons vu depuis quelques jours apparaître trois bosselures molles, ressemblant à des abcès dont l'ouverture est imminente. L'une de ces tumeurs s'est transformée en une exulcération superficielle à surface grise. M. Gosselin ponctionne les deux autres, il s'écoule très-peu de pus; il semble que ce liquide soit infiltré et retenu dans le parenchyme testiculaire.

Le 5, par quatre points ulcérés on voit sortir des petits lambeaux grisâtres, qui paraissent incontestablement formés par la substance séminifère; d'ailleurs, indolence parfaite.

Le 7, chacune des ouvertures s'agrandit et laisse à nu une portion grise plus considérable.

8 février. Pendant le mois qui vient de s'écouler, la cicatrisation du scrotum et du testicule droit s'est faite presque complétement après l'expulsion de toute ou d'une grande partie de la substance séminifère. Quant à la miction, elle a continué à se faire assez librement par la voie naturelle, et le jet de l'urine est assez gros; il sort d'ailleurs sans douleur. La plaie du périnée est réduite à une très-petite fistule qui laisse passer quelques gouttes d'urine de temps en temps, mais non à chaque émission. Ce malade n'est pas obligé de se déculotter pour uriner, tant il est peu mouillé. Depuis assez longtemps on n'a pas cessé de cautériser avec un crayon pointu tous les quatre ou cinq jours.

Le malade, qui tousse un peu, part aujourd'hui pour Vincennes.

Le 2 avril, le malade est revenu de Vincennes depuis plusieurs jours. Il travaille de nouveau aux démolitions, comme auparavant. Il perd encore un peu d'urine de temps en temps, mais très-peu, par un orifice à peine appréciable, et sans que sa chemise soit mouillée. Les désirs vénériens n'ont pas reparu aussi vifs qu'avant ses orchites. Cependant il y a fréquemment érection, et il a éprouvé plusieurs pollutions nocturnes; mais l'émission du sperme est très-douloureuse, ne se fait pas en jet, et s'arrête au niveau de l'urèthre rétréci.

Le 6 avril, le sperme, examiné par M. Gosselin, est en ce moment dépourvu de spermatozoïdes.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Devay.

Cas de morve aiguë développée au bout d'un mois de séjour dans la salle chez un malade du service. — Réflexions sur la période d'incubation de la maladie.

(Observation recueillie par M. le Dr Bouchet, chef de clinique.)

Guillaume C..., âgé de cinquante-six ans, célibataire, entre à la clinique le 29 décembre 1858.

Cet homme, sujet depuis quelques années à un catarrhe bronchique, n'a jamais eu de maladie sérieuse. Mais depuis quelque temps il se trouve affaibli; sa toux habituelle s'est exaspérée. Sans profession, sans asile, il a vécu depuis longtemps d'une vie vagabonde et misérable, recueilli de temps à autre par la charité privée. Il a couché en dernier lieu sur la paille, dans une écurie de la banlieue, au milieu d'une douzaine de chevaux.

A son entrée, il présentait les symptômes suivants :

Depuis huit jours, toux avec quelques douleurs dans les membres et dans différents points du thorax; sensation de malaise général, faiblesse assez prononcée; l'appétit est diminué, les digestions pourtant sont bonnes; le pouls est légèrement accéléré, la peau un peu chaude; en un mot, quelques phénomènes de catarrhe du côté de la poitrine avec un peu de réaction générale, et quelques douleurs rhumatismales, tel était le diagnostic que commandaient alors les antécédents du malade, les résultats de l'auscultation et les phénomènes généraux actuels.

Le traitement institué par M. le professeur Devay fut spécialement dirigé contre l'affection pulmonaire : le repos, la chaleur du lit, une nourriture tonique et réparatrice, devaient aider cette médication, et s'adresser particulièrement au principe rhumatismal et à l'élément adynamique.

Cependant, loin de s'améliorer sous l'influence de ce traitement, cet état, en apparence si simple au premier abord, présentait au bout d'une dizaine de jours de séjour à l'hôpital quelque chose de plus grave et de plus insidieux qu'au début.

Les phénomènes d'engouement et de catarrhe pulmonaires persistaient toujours; les souffrances que le malade accusait avaient quelque chose de plus aigu; le coude et l'épaule gauche le faisaient surtout souffrir; les membres inférieurs étaient également le siége de douleurs assez vives. Le teint était devenu plus jaunâtre; la physionomie altérée respirait la souffrance; l'appétit était presque nul; la fièvre semblait augmentée, le pouls était plus plein et plus fréquent. Le malade exhalait une odeur fétide sur laquelle M. Devay attira plusieurs fois l'attention des élèves, en faisant remarquer le caractère de putridité profonde dont cette affection semblait empreinte. On soupçonna un instant l'existence d'une diathèse purulente.

On cherchait vainement les motifs de cet état général. Le quinquina fut administré associé au camphre, et combiné avec la médication expectorante.

Nous étions au 14 janvier. Pendant huit jours le même traitement fut suivi, mais sans résultats aucuns; l'adynamie allait toujours en augmentant; il y avait de la diarrhée, les douleurs devenaient toujours plus vives, et rien d'apparent ne pouvait les expliquer.

Enfin, le 25 janvier, à la visite du matin, on découvre deux pustules ressemblant plutôt à de petites bulles superficielles de rupia, situées sur le côté droit du cou. Leur forme, en effet, a quelque chose de spécial; elles sont moins rouges à la base, moins acuminées qu'une pustule ordinaire; elles ont, au contraire, une apparence plus arrondie, plus globuleuse; on eût dit un simple soulèvement épidermique rempli de pus.

Ce fut là comme un trait de lumière; M. Devay reconnut de suite que cet homme avait la morve. Aussitôt on examina les narines, il n'y avait pas de jetage, mais le nez était pourtant un peu plus sensible à la pression. — Potion avec teinture d'aconit, 2 grammes.

Le lendemain 26, une nouvelle pustule s'était développée à côté des deux premières; le nez paraissait un peu gonflé sur les côtés. Un liquide sanguinolent s'écoulait de la narine gauche; rien sur le tronc ni sur les membres.

Le 27, on découvre au niveau du tiers supérieur et externe de la jambe droite une teinte violacée de la peau de la largeur d'une pièce de 2 francs. Deux ou trois nouvelles pustules se sont formées. L'état général empirait, l'adynamie faisait des progrès; le pouls était toujours plein, mais dépressible (110 pulsations). La peau était chaude, la langue sèche, la diarrhée plus abondante.

Le 28, un gonflement érysipélateux s'est manifesté sur les paupières de l'œil droit; la plaque violacée de la jambe a augmenté de volume; *subdelirium*; de nouvelles pustules ont apparu sur les membres et sur le tronc; deux petits abcès sont reconnaissables par le toucher, l'un en avant de la cuisse droite, l'autre à la jambe gauche; le jetage est plus épais, plus visqueux, plus jaunâtre. Je recueille dans deux tubes différents le produit de ce jetage, et du pus pris dans une des pustules du cou. Deux inoculations sont pratiquées le jour même à un cheval; je reviendrai plus tard sur leurs résultats.

Le 29, tous les symptômes présentés jusqu'alors se sont aggravés; le délire alterne avec le coma; l'éruption cutanée a tellement augmenté qu'on dirait presque une éruption de varioloïde discrète. La face est excessivement tuméfiée; une nouvelle tache ecchymotique violacée s'est montrée sur la jambe gauche. La fièvre est toujours très-forte. La journée entière se passe au milieu d'angoisses extrêmes; le malade veut se lever; il s'imagine toujours parler à ses chevaux. Dans la soirée, le coma reparaît, et la mort arrive le même jour à onze heures du soir.

Autopsie trente-cinq heures après la mort.

1° *Surface extérieure du corps. — Peau.* — Les plaques érysipélateuses notées pendant la vie sont plus pâles, les pustules affaissées, comme flétries On rencontre ces dernières dans la peau, à diverses profondeurs, tantôt tout à fait sous-épidermiques, tantôt dans l'épaisseur du derme, ou dans le tissu cellulaire sous-cutané; quand on les incise, elles paraissent tout à fait analogues aux petits dépôts purulents que nous trouvâmes soit dans les muscles, soit dans les poumons. Et si l'on devait se prononcer ici sur leur nature intime, il semblerait plutôt que leur véritable point de départ n'est à proprement parler qu'une infiltration de pus, provoquant, parce qu'elle a lieu dans le derme, une inflammation localisée qui les produit. Les taches violacées qu'on remarque sur les deux jambes recouvrent des portions de tissu cellulaire dans lesquelles on rencontre quantité de ces petits foyers agglomérés ici, mais tout à fait analogues à ceux qui existent isolément à la base des pustules. Dans deux points de la jambe gauche, de petits abcès sous-cutanés de la grosseur d'une petite amande se sont formés.

2° *Muscles.* — Dans les muscles on retrouve ces mêmes dépôts purulents, à l'état d'infiltration, ou réunis en foyers, tantôt lenticulaires, tantôt un peu plus volumineux; ils sont surtout nombreux dans les muscles des jambes.

3° *Articulations.* — L'articulation fémoro-tibiale droite, qui pendant la vie avait présenté un peu de gonflement, renferme une synovie trouble, épaisse, tout à fait purulente.

4° *Appareil respiratoire, fosses nasales.* — A gauche et à droite existent des altérations identiques, plus marquées seulement à gauche. On trouve de ce côté la membrane pituitaire injectée, épaissie par places, spécialement sur le cornet inférieur et dans le méat inférieur. Au milieu de cette surface, comme fongueuse et ardoisée, existent de petits foyers purulents de la grosseur d'une tête d'épingle, ainsi que des ulcérations à bords taillés à pic, avec un fond grisâtre, et entourées d'un liséré rouge.

A droite les mêmes lésions existent, moins marquées : deux ulcérations sur le cornet inférieur, une pustule sur le cornet moyen; les méats, la cloison, sont fortement injectés.

Rien dans le larynx, rien dans la trachée ni dans les bronches.

Les poumons, d'un aspect fortement marbré, congestionnés à la partie postérieure, présentent extérieurement une quantité de petites taches ecchymotiques, correspondant à de petits dépôts purulents, facilement appréciables quand on promène le doigt à leur surface. Ces dépôts sont très-nombreux et disséminés dans tout l'intérieur des deux poumons; leur grosseur varie depuis une tête d'épingle jusqu'au volume d'un gros pois.

5° Sauf quelques caillots d'un jaune-verdâtre contenus dans le cœur, l'appareil circulatoire est sain.

6° La rate est ramollie, congestionnée; les reins sont également hyperémiés.

Dans le pharynx existe à la partie postérieure une ulcération de la largeur d'une pièce de 20 centimes, analogue à celles observées dans les fosses nasales. Le reste de l'appareil digestif, sauf une arborisation vasculaire d'une portion de l'estomac, n'offre rien de particulier.

Le cerveau n'est pas altéré.

En face des résultats de cette autopsie, il n'y avait plus de doutes à avoir sur la nature de l'affection à laquelle avait succombé notre malade. Du reste les inoculations que nous avions pratiquées devaient nous éclairer encore.

Elles furent faites à l'Ecole vétérinaire avec l'aide de M. Chauveau, en présence de M. le professeur Rodet et de plusieurs élèves.

Deux inoculations furent pratiquées sur les naseaux d'un cheval, l'une avec le pus fourni par les pustules cutanées, l'autre avec le produit du jetage : la première n'amena aucun résultat; au bout de cinq jours la plaie sur laquelle on avait déposé la matière du jetage présentait un gonflement de mauvais aspect; les lymphatiques voisins s'étaient engorgés; les ganglions auxquels ils aboutissaient s'étaient tuméfiés, puis le jetage s'était établi, et, dix-huit jours après l'inoculation, l'animal succombait après avoir présenté tous les symptômes d'une morve aiguë, confirmée encore par les résultats de l'autopsie, que je crois inutile de rappeler; mais : ulcération des fosses nasales, engorgement ganglionnaire, infiltration purulente des poumons, etc., rien n'y manquait.

Réflexions. — Nous devions naturellement nous demander, après cette double preuve donnée à notre diagnostic par les résultats de l'autopsie et de l'inoculation, de quelle façon cet homme avait contracté la morve? Son séjour prolongé dans une écurie éclairait déjà ce point d'étiologie; il est plus que probable que la maladie lui a été transmise par quelque cheval morveux ou farcineux. Quel avait été le mode de contagion? L'absence de toute trace d'inoculation directe, l'action prolongée de la cause qui avait dû agir, faisaient admettre de suite la transmission par infection.

La marche de la maladie, du reste, était parfaitement en harmonie avec cette manière de voir. Déjà M. Rayer et M. Tardieu avaient noté ce fait, que, dans la morve contractée par infection, il existe souvent une période prodromique d'un mois à six semaines.

Nous avions été assez heureux pour assister à ces débuts de l'affection. Un instant la question de savoir si cet état général était une morve chronique ou les prodromes seulement de l'état aigu de la morve, a été soulevée à la clinique; mais outre que les symptômes observés alors ne suffisaient pas pour dire qu'il y eût morve chronique, la seconde opinion se trouvant confirmée par cette période d'un mois seulement, par cette marche rapidement croissante et progressive, qui, d'un simple malaise, on peut le dire, était arrivée en un mois au développement complet d'une des maladies les plus graves et les plus hideuses qu'il soit donné au médecin de rencontrer.

Lorsqu'on récapitule les symptômes primitifs observés chez ce malade, lorsque l'on tient compte de leur enchaînement, il n'est point douteux pour l'observateur qu'ils ne fussent liés à la phase ultérieure et fatale de la maladie.

La morve aiguë n'a été ici que l'évolution obligée d'un mal que l'on ne pouvait pas bien définir encore, mais qui paraissait plein de danger.

Dans les conférences dont ce malade a été l'objet, M. Devay a fait part plusieurs fois aux élèves de sa perplexité pour rattacher à un type morbide reconnu ces désordres si insidieux. Il a toujours vu un état général, mais qui pouvait dépendre d'une fièvre putride déterminée par la misère; jusqu'à l'apparition des pustules, il penchait pour l'admission de la fièvre purulente spontanée, état morbide qui a fait le sujet d'une excellente thèse soutenue par un élève distingué de cette école, M. le docteur Frestier (1).

On voit par là qu'on s'éloignait peu de la réalité. Puis, plus tard, lorsque les caractères furent franchement accusés, on s'est demandé un instant si ce ne serait point là un cas de morve spontanée, ou tout au moins d'une maladie empruntant tous les signes extérieurs de la morve.

Les précédents du malade ne permirent point de s'arrêter longtemps à ce soupçon. Ainsi nous avons été, pendant la durée d'un mois, en présence de la période prodromique de la morve aiguë. On peut se demander alors si, le cas échéant, il serait possible d'arriver au diagnostic positif de la maladie dans cette première période. La chose nous paraît difficile. Cependant, il se pourrait bien que la coïncidence de douleurs musculaires vives avec une prostration considérable, la putridité de l'haleine et des sécrétions cutanées, la teinte jaunâtre de la peau exprimant une profonde cachexie, pussent éveiller dans certains cas les soupçons du médecin. Ce serait, comme on le voit, un point important de diagnostic à établir.

SUR LE TAMPONNEMENT DU VAGIN

dans les hémorrhagies utérines puerpérales.

Par M. le docteur Cyrille Mathieu, de Langogne (Lozère).

Je lis, dans le numéro du 29 janvier de la *Gazette des Hôpitaux*, un article de M. Clément Ollivier sur le tamponnement du vagin qui renferme des assertions à mon avis dangereuses, quant aux conséquences qui en découlent, et qu'à ce titre je regarde comme un devoir de ne pas laisser sans réfutation.

(1) *De la fièvre purulente spontanée idiopathique comparée à l'infection purulente.* Paris, 1856.

Examinant, à propos du tamponnement du vagin, les diverses variétés de métrorrhagies qui peuvent nécessiter l'emploi de ce moyen, ce praticien groupe sous les quatre chefs suivants les causes qui peuvent donner lieu à la métrorrhagie puerpérale :

1° Implantation du placenta sur le col utérin pendant ou avant le travail de l'accouchement ;

2° Inertie des parois utérines après l'accouchement, et accumulation de caillots dans leur cavité ;

3° Présence d'une portion ou de la totalité placentaire dans la cavité utérine ;

4° Séjour dans la cavité utérine de l'œuf au moment d'une fausse couche.

Puis il ajoute : « Indiquer ces causes, c'est indiquer aussi le moyen d'y remédier. Or est-il un praticien tant soit peu expérimenté qui aura recours au tamponnement dans les quatre cas susindiqués ?... » Et puis : « Toutefois il en est encore, et qui ne manquent pas d'une certaine réputation, qui dans le cas d'avortement, oubliant la cause de la métrorrhagie, emploient le tamponnement au lieu de débarrasser l'utérus du produit de la conception ou de la portion placentaire devenus corps étrangers dans l'organe. »

Il résulte de ces quelques lignes que, dans l'opinion de M. Ollivier, le tampon ne doit être appliqué dans aucun des quatre cas de métrorrhagie susindiqués.

Prenons un à un chacun de ces quatre cas, et voyons si réellement cette opinion est fondée sur les lois de la saine pratique.

1° Implantation du placenta sur le col utérin pendant ou avant le travail de l'accouchement.

Débarrasser l'utérus de tout ce qu'il renferme, voilà la seule indication à remplir pour notre confrère. En principe, cela est vrai, car il n'est pas douteux que, dans l'immense majorité des cas, la rétraction de l'utérus qui suivra, je le suppose, la déplétion mettra un terme à l'hémorrhagie ; mais en pratique, cela est-il toujours certain ? En d'autres termes, est-il possible d'extraire toujours dans ce cas le fœtus et ses annexes aussitôt que la nécessité d'arrêter la perte se fera sentir ?

Voilà une femme *primipare*, arrivée aux derniers mois de sa grossesse ; elle est prise tout à coup, sans cause appréciable, comme c'est l'ordinaire dans ces cas, d'une perte qui, peu forte au début, récidive à chaque instant, et par cela devient grave, ou qui est grave d'emblée ; le toucher fait reconnaître que le col n'est ni dilaté ni même encore effacé ; il n'y a de plus aucune contraction appréciable ; que fera le praticien ? Ira-t-il vider l'utérus ?

Mais la disposition matérielle de l'organe s'y oppose, à moins d'agir par violence ou d'employer les incisions, ce que personne n'approuverait ici, je pense ; il ne lui restera d'autres ressources que le tamponnement. Mais peut-être préférera-t-il la méthode de Puzos ? Ce serait, selon nous, bien à tort. Il vaudrait beaucoup mieux, comme le recommandent nos maîtres, tâcher d'obtenir par l'emploi du tampon l'arrêt de l'hémorrhagie et un certain degré de dilatation du col, pour, ensuite, employer de préférence la méthode de Puzos, si, comme c'est assez l'ordinaire dans le cas que nous étudions, la perte se renouvelait.

Dans les hémorrhagies graves *avant le travail*, quelle qu'en soit la cause, tant que le col sera long, nullement effacé, impossible à dilater, le tampon, selon nous, devra être employé. Pendant le travail même, son emploi, dans certaines circonstances, serait loin d'être blâmable. Supposons, en effet, le placenta inséré centre pour centre sur l'orifice ; malgré quelques douleurs, la dilatation n'est pas suffisante pour laisser passer la main ; ne vaudrait-il pas autant attendre avec le tampon que cette dilatation fût devenue plus grande, que d'aller, soit par le procédé ordinaire, soit par celui de M. Gendrin, déchirer les membranes ?

2° Inertie des parois utérines après l'accouchement et accumulation de caillots dans leur cavité.

Dans ce cas, pas de doute, le tamponnement du vagin serait un moyen extrêmement périlleux ; il serait oiseux de le discuter.

3° Présence d'une portion ou de la totalité placentaire dans la cavité utérine.

Ici distinguons : ou bien il s'agit de la rétention du placenta ou de plusieurs de ses parties à la suite d'un avortement, ou bien c'est à la suite d'un accouchement à terme ou prématuré.

Pour ce qui regarde l'avortement, nous renvoyons au paragraphe 4 ce que nous avons à dire du tampon ; pour ce qui a trait à l'accouchement proprement dit, nous convenons que l'indication capitale qui surgit est celle-ci : extraire le plus promptement possible le placenta.

Dans le plus grand nombre des cas, la main, méthodiquement introduite et dirigée, opérera cette extraction, mais il n'en sera pas toujours ainsi. Il se pourrait que l'on rencontrât des adhérences partielles très-solides, et dans ce cas, la conduite à tenir en présence d'une perte grave pourrait devenir critique et nécessiter le tamponnement.

Nous savons qu'il est des praticiens qui, peut-être, *à priori*, ne partageraient pas cette manière de voir ; ils objecteraient que jamais l'adhérence ne serait assez sérieuse pour résister à leurs efforts. « Il serait, comme le dit M. Jacquemier, dangereux de prendre de telles assertions pour l'expression des faits. L'adhérence est quelquefois si solide, qu'il est impossible de la faire céder sans s'exposer à déchirer l'utérus. » (*Manuel des accouchements.*)

Nous avons nous-même rencontré un cas de cette espèce où force nous fut d'abandonner dans l'utérus une bonne portion de la masse placentaire, après un accouchement de deux jumeaux.

Tous les traités d'accouchement en citent aussi des exemples. Or donc, en présence de ces cas, alors que l'on a, je le suppose bien, mis en pratique tous les moyens rationnels (tractions méthodiques sur le cordon, frictions de toutes sortes, seigle ergoté, injections d'eau froide dans la veine ombilicale, etc.), serait-on répréhensible en présence d'une catastrophe, d'appliquer le tampon, en y joignant, s'il le fallait, la compression adominale ? Cette conduite a été plus d'une fois suivie, et l'on peut lire dans le numéro du 15 juin 1852 de la *Gazette*, une observation pareille.

4° Séjour dans la cavité utérine de l'œuf au moment d'une fausse couche.

C'est surtout pour les cas de cette catégorie, que le blâme infligé au tampon par M. Ollivier nous a vivement choqué. Nous ne craignons pas de le dire, si jamais moyen thérapeutique a rendu et est appelé à rendre des services, c'est bien assurément le tampon dans ces cas.

Il faudrait, pour bien développer cette proposition, écrire bien plus longuement que ne le comporte le large accordé par généreuse hospitalité aux lecteurs de ce journal. Au surplus, nous n'avons ni l'intention de faire de cet article un traité *ex professo* de la matière, ni moins encore celle de publier des choses nouvelles et inconnues. Il suffira à chaque lecteur de vouloir bien se rappeler ce que les hommes de notre époque qui font autorité en pareille matière, ont écrit à ce sujet, et à tous les praticiens de rappeler leurs souvenirs.

Aux termes de l'article qu'en ce moment nous essayons de réfuter, mieux vaudrait, dans le cas qui nous occupe, débarrasser l'utérus du produit de la conception ou de ses annexes, que d'employer, pour arrêter la perte, le tamponnement. Bien assurément, si cela était, comme nous le disions plus haut, possible, ce mode d'agir serait à préférer ; mais cette possibilité existe-t-elle toujours ? Et de plus, n'y a-t-il aucun danger de procéder ainsi ? Voyons : deux cas sont à examiner :

1° Ou bien l'hémorrhagie, que toujours nous supposons grave, se produit, le produit de la conception étant encore dans l'utérus ;

2° Ou bien il s'agit, si l'on veut, d'une perte consécutive à son expulsion, le placenta restant dans l'organe.

Ces deux cas se rencontrent trop fréquemment dans la pratique, pour ne pas valoir la peine d'une attention sérieuse.

Premier cas. — La perte n'a été modifiée ni par la saignée ni par aucun des moyens rationnels usités en pareil cas ; il ne reste évidemment que trois moyens à employer, la rupture des membranes, l'extraction directe, ou le tamponnement.

La rupture des membranes ? S'il s'agit d'un avortement de la fin du cinquième ou du sixième mois, passe, on peut le faire ; mais si c'est une fausse couche datant de moins, si c'est, par exemple, du deuxième mois ou du quatrième, faute énorme, car le petit fœtus va sortir, et le placenta, auquel il faudra pour *passer* une bien plus grande dilatation, va séjourner dans la matrice et occasionner des accidents qu'il eût été bien aisé de prévenir.

S'il est un principe connu et pratiqué par tout médecin habitué à la pratique des accouchements, c'est bien celui-ci : dans les avortements des premiers mois, prendre toutes les précautions possibles pour éviter la rupture des membranes.

L'extraction directe ? Mais dans les premiers mois, alors que le col conserve encore sa longueur, sa dureté, etc., qui se chargera d'y faire pénétrer, je ne dis pas la main, mais quelques doigts ? Et si un doigt y pénètre, sera-t-il assez long pour aller détacher la coque membraneuse de l'œuf dans toute son étendue ? Le plus souvent, toutes ces manœuvres, d'ailleurs douloureuses et dangereuses pour l'organe, n'aboutiront qu'à déchirer les membranes, et nous avons dit plus haut où cela conduirait. Ce serait seulement dans le cas où l'œuf, totalement *détaché*, serait senti dans le col, que l'on pourrait tenter de l'extraire, et encore avec quelles précautions !

Si donc on ne peut employer ni la rupture des membranes, ni l'extraction directe, il ne reste forcément que le tampon, qui sera, dans ce cas, un moyen bien précieux.

Deuxième cas. — L'hémorrhagie est due à la rétention du placenta. Sans doute, si cette masse est sentie dans le col, si les doigts peuvent l'atteindre, il faudra se hâter de l'extraire.

Mais combien il est peu rare de savoir l'organe encore dans l'utérus et de ne pouvoir l'atteindre avec les doigts ou des crochets même ? Quels moyens aura donc le praticien ? Les tractions sur le cordon ? Cet organe est si faible à cette époque, qu'il se brisera souvent.

L'introduction de la main ? Oh ! cette pratique, nous savons qu'elle est suivie, mais nous savons aussi où elle mène. Comment, sans violences, sans déchirures peut-être, arriver jusqu'à l'insertion du placenta, à travers un col long, dur, à peine entr'ouvert ? Si l'on y arrive, ce sera le plus souvent au prix de graves atteintes portées à la matrice, qui se traduiront bientôt par des phlegmasies redoutables.

Qu'on lise les observations de Mauriceau et qu'on nous dise si nous exagérons. Le tampon, au contraire, tout en donnant du seigle ergoté, restera un moyen doux et d'un succès presque certain.

NOUVEAU MOYEN D'ÉVITER LA LIGATURE DES VAISSEAUX dans les amputations.

Par M. le docteur E. Ancelet (de Vailly-sur-Aisne).

La présence des ligatures dans les plaies qui résultent d'une amputation, est sans contredit une condition défavorable pour la rapidité de la cicatrisation ; et si des procédés que l'on a imaginés pour l'éviter, aucun n'a su se faire accepter d'une manière définitive, il faut s'en prendre à la difficulté, à la lenteur du manuel opératoire pour quelques-uns, mais surtout, pour la plupart, à l'incertitude de leur efficacité.

Voici un procédé fort simple, d'une exécution facile, et qui me paraît très-sûr. C'est, si l'on veut, le procédé du *pincement médiat*. Il consiste à amener le vaisseau entre les lèvres de la plaie et à appliquer en ce point les mors des serre-fines qui doivent servir à la réunion.

Je vais dire dans quelles circonstances et avec quel résultat j'ai employé ce moyen.

Le 16 août dernier, je pratiquai l'amputation de l'avant-bras chez une femme de soixante-douze ans, affectée d'un cancroïde papilliforme de la main, qui, enlevé le 12 mai, n'avait pas tardé à se reproduire et à progresser. Je me proposais de lier les vaisseaux, puis de réunir les lèvres de la plaie au moyen des serre-fines.

A peine l'opération était-elle terminée qu'un jet considérable de sang fourni par les artères radiale et cubitale vint m'inonder le visage. Pour me donner le temps d'appliquer les ligatures, et ne mettant pas immédiatement la main sur mes pinces à verrou, j'appliquai sur l'orifice des vaisseaux saisis avec une pince ordinaire les mors des serre-fines. Ce fut alors seulement qu'en voyant la promptitude avec laquelle l'hémorrhagie s'était arrêtée, je songeai à employer ces instruments comme moyen hémostatique définitif.

Saisissant donc l'artère radiale avec la pince, je rapprochai sur elle les lèvres de la plaie et j'appliquai en ce point une première serre-fine. Je fis de même pour la cubitale, et enfin, entre les deux, j'en mis une troisième, en ayant soin de laisser à la partie inférieure du moignon une issue facile pour l'écoulement du pus.

Le résultat fut aussi complet qu'on pouvait le désirer ; il ne s'écoula pas une seule goutte de sang.

Si l'on variait tant soit peu la position des serre-fines, mêmeen maintenant avec les doigts la peau dans la même position, l'écoulement recommençait. Donc l'arrêt de l'hémorrhagie n'était pas le résultat de la mâchure du vaisseau, ou de son refoulement, ou de la présence à son orifice de la peau faisant office de bouchon. Il était bien et dûment produit par le pincement médiat de l'artère.

J'attendis une heure avant de faire le pansement, et je restai deux heures près de l'opérée, afin de mettre dans cet essai toute la prudence désirable.

Le lendemain, quand j'examinai la plaie, il ne s'était pas échappé une seule goutte de sang. J'enlevai avec précaution les serre-fines : l'hémorrhagie ne reparut pas. J'examinai le fond de la plaie, qui ne contenait pas de sang. Je les remis alors en place, jusqu'au septième jour, où je leur substituai des bandelettes agglutinatives. La plaie suppura modérément. La cicatrisation était complète trois semaines après l'opération.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 avril 1859. — Présidence de M. de Sénarmont.

De la contraction rhythmique musculaire involontaire et de l'action musculaire volontaire. Contraction involontaire rhythmique du court péronier latéral droit. — M. JOBERT DE LAMBALLE donne lecture de la note qui suit : Un fait curieux à plus d'un titre m'a paru digne d'être exposé à l'Académie. Il s'agit d'une lésion musculaire qui intéresse à la fois la physiologie et la pathologie.

Chacun sera frappé de la singulière analogie qui existe entre les phénomènes purement physiques que j'ai été à même d'observer et certains tours de prestidigitation qui ont vivement ému la curiosité publique dans ces dernières années.

Mlle X..., âgée de quatorze ans, forte, bien constituée, est affectée depuis six ans de mouvements involontaires réguliers du muscle court péronier latéral droit.

Cette jeune personne, dans le courant de sa vie, n'a jamais éprouvé de maladie sérieuse ; on rapporte seulement qu'elle a eu une affection de la peau à laquelle on fait jouer un certain rôle dans la production de la maladie dont il s'agit. Mais cette hypothèse est purement gratuite, et c'est tout au plus si l'on peut en rattacher l'origine à un refroidissement qui, pendant la nuit, aurait porté son influence sur le muscle et les nerfs de la région lésée. Notre estimable confrère M. Léveillé de Quintin, malgré son talent d'observateur, et bien qu'il ait suivi la maladie dans tous ses développements, a vainement cherché une explication plus satisfaisante.

Cette maladie est caractérisée par des battements qui se font entendre derrière la malléole externe droite, et qui offrent la régularité du pouls. Ils se sont déclarés pour la première fois à la jambe droite, pendant la nuit, en même temps qu'une douleur assez vive.

C'est depuis peu de temps que le court péronier latéral gauche est atteint d'une affection de même nature, mais de moindre intensité.

L'effet de ces battements est de provoquer de la douleur, de produire des hésitations dans la marche et même de déterminer des chutes.

La jeune malade nous déclare que l'extension du pied et la compression exercée sur certains points du pied et de la jambe suffisent pour les arrêter, mais qu'elle continue alors à éprouver de la douleur et de la fatigue dans le membre.

Les sangsues, les calmants, les dérivatifs, la compression exercée

avec le sparadrap et la flanelle, ne réussirent qu'à modérer momentanément les battements sans les faire cesser. Les eaux minérales ne réussirent pas davantage.

Lorsque cette intéressante malade se présenta à nous, voici dans quel état nous la trouvâmes :

Au niveau de la malléole externe droite, il était facile de constater, vers le bord postérieur de cette saillie osseuse, un battement régulier, accompagné d'une saillie passagère et d'un soulèvement des parties molles de cette région, lesquels étaient suivis d'un bruit sec succédant à chaque contraction musculaire.

Ce bruit se faisait entendre dans le lit, hors du lit et à une distance assez considérable du lieu où la jeune personne reposait. Remarquable par sa régularité et son éclat, ce bruit l'accompagnait partout.

En appliquant l'oreille sur la jambe, le pied, ou sur la malléole, on distinguait un choc incommode qui gagnait toute la longueur du trajet parcouru par le muscle, absolument comme un coup qui serait transmis d'une extrémité d'une poutre à l'autre.

Le bruit ressemblait quelquefois à un frottement, à un grattement, et cela lorsque les contractions offraient moins d'intensité.

Ces mêmes phénomènes se sont toujours reproduits, que la malade fût debout, assise ou couchée, quelle que fût l'heure du jour ou de la nuit où nous l'ayons examinée.

Si nous étudions maintenant le mécanisme des battements produits, et si, pour plus de clarté, nous décomposons chaque battement en deux temps, nous verrons :

Que, dans le premier temps, le tendon du court péronier latéral se déplace, en sortant de la gouttière ; et nécessairement en soulevant le long péronier latéral et la peau ;

Que, dans le deuxième temps, le phénomène de contraction étant accompli, son tendon se relâche, se replace dans la gouttière et produit, en frappant contre celle-ci, le bruit sec et sonore dont nous avons parlé.

Il se renouvelait, pour ainsi dire, à chaque seconde, et chaque fois le petit orteil éprouvait une secousse et la peau qui recouvre le cinquième métatarsien était soulevée par le tendon.

Il cessait lorsque le pied était fortement étendu. Il cessait encore lorsqu'une pression était exercée sur le muscle ou la gaîne des péroniers.

On ne peut comparer cette contraction régulière, suivie d'un bruit également régulier, ni au spasme musculaire, ni à la contracture permanente ou intermittente, ni à ces contractions désordonnées et douloureuses qu'on a l'occasion de remarquer, lorsque des inflammations avoisinent les muscles, atteignent le névrilème ou résultent de l'agacement des fibres musculaires par des esquilles.

Elle ne peut donc provenir que d'un trouble fonctionnel résidant dans le muscle et ses nerfs.

Faut-il l'attribuer à une anomalie de la gaîne ? Une semblable opinion n'est guère admissible en présence du fait que nous avons sous les yeux, quand on réfléchit à l'époque de son apparition et au résultat obtenu par la section musculaire. Elle ne nous paraît pas plus nécessaire pour expliquer des mouvements involontaires que pour rendre compte de ceux dont nous parlerons plus tard et qui peuvent se produire sous l'influence de la volonté et d un exercice soutenu.

Dans ces dernières années les journaux français et étrangers ont beaucoup parlé de bruits semblables à des *coups de marteau*, tantôt se succédant régulièrement, tantôt affectant un rhythme particulier, qui se produisaient autour de certaines personnes couchées dans leur lit.

Les charlatans se sont emparés de ces phénomènes singuliers, dont la réalité est d'ailleurs attestée par des témoins dignes de foi. Ils ont essayé de les rapporter à l'intervention d'une cause surnaturelle, et s'en sont servis pour exploiter la crédulité publique.

L'observation de Mlle de X... montre comment, sous l'influence de la contraction musculaire, les tendons déplacés peuvent, au moment où ils retombent dans leurs gouttières osseuses, produire des battements qui, pour certaines personnes, annoncent la présence d'esprits frappeurs.

Il nous reste à faire voir qu'en s'exerçant tout homme peut acquérir la faculté de produire à volonté de semblables déplacements des tendons et des battements secs qui sont entendus à distance.

L'Amérique du Nord est le pays que les esprits frappeurs semblent avoir choisi pour être le principal théâtre de leurs exploits, et les journaux sont pleins des merveilles qu'ils y opèrent.

Mais ils ont trouvé un adversaire sérieux et un observateur sagace en la personne de M. Schiff.

Repoussant toute idée d'intervention surnaturelle et remarquant que ces battements et ces bruits étranges se passaient toujours au pied du lit des individus agités par les esprits, M. Schiff s'est demandé si le siége de ces bruits n'était pas en eux plutôt que hors d'eux. Ses connaissances anatomiques lui ont donné à penser qu'il pouvait bien être à la jambe, dans la région péronière, où se trouvent placés une surface osseuse, des tendons et une coulisse commune.

Cette manière de voir étant bien arrêtée dans son esprit, il a fait des expériences et des essais sur lui-même, qui ne lui ont pas permis de douter que le bruit n'eût son siége derrière la malléole externe et dans la coulisse des tendons des péroniers.

Bientôt M. Schiff a été à même d'exécuter des bruits volontaires, réguliers, harmonieux, et a pu devant un grand nombre de personnes (une cinquantaine d'auditeurs) imiter les prodiges des esprits frappeurs avec ou sans chaussure, debout ou couché. Pendant qu'il exécutait ces mouvements, un spectateur, la main posée sur la malléole, pouvait reconnaître et sentir les sauts du tendon en avant et en arrière. Suivant M. Schiff, le tendon qui produisait de semblables et de si incroyables résultats était le long péronier. Il admet aussi que ce bruit n'est possible que lorsque la gaîne est amincie ou absente, et que le bruit est d'autant plus intense que le pied est plus tendu et mieux fixé. Nous ne saurions, en cela, partager sa manière de voir ; car il résulte, au contraire, de nos observations, que l'extension du pied le fait disparaître complétement.

En résumé, M. Schiff établit que tous ces bruits ont pour origine le tendon du long péronier, lorsqu'il passe dans la gouttière péronière, et il ajoute qu'ils coexistent avec un amincissement ou l'absence de la gaîne commune au long et au court péronier.

D'accord avec lui sur le siége du bruit et sa cause, nous n'adoptons cependant pas tous les points de sa théorie. Plusieurs de ses explications nous paraissent insuffisantes et peu en rapport avec les dispositions anatomiques.

Nous admettons d'abord que tous ces battements sont produits par la chute d'un tendon contre la surface osseuse péronière ; mais nous pensons qu'il n'est pas besoin d'une anomalie de la gaîne pour s'en rendre compte. Pour nous, il suffit de la contraction du muscle, du déplacement du tendon et de son retour dans la gouttière pour que le bruit ait lieu.

Plus nous avons examiné avec attention les phénomènes éprouvés par notre jeune malade, plus nous nous en sommes convaincu. Nous n'avons, en effet, observé ni bond ni saut des tendons péroniers ; mais nous avons vu un soulèvement de la peau qui recouvre le cinquième métatarsien et un renversement involontaire du petit orteil sur le dos du pied, provoqués par l'action du court péronier latéral qui envoie souvent un tendon à la première phalange. Le bruit qui suivait ce phénomène de soulèvement de la peau se faisait entendre derrière la malléole et ensuite au pied jusqu'en haut de la jambe. Il résultait évidemment d'une contraction d'un muscle, du déplacement d'un tendon et de la percussion de celui-ci contre la gouttière osseuse péronière.

Nous avons eu toutes les facilités désirables pour étudier ce bruit produit, quant à son origine et à son mécanisme. Il ne nous a pas été possible de douter un seul instant de son siége, qui avait lieu derrière la malléole externe, dans la gouttière commune au long et au court péronier latéral, et non dans les gaînes séparées que traversent les portions tendineuses de ces muscles.

Là le bruit est éclatant, et il va en perdant de sa force vers les deux extrémités opposées du pied et de la jambe.

Malgré tout le soin que nous avons mis à étudier sa direction et ses nuances, il ne nous a pas été possible de le découvrir dans le trajet du long péronier à la jambe et à la plante du pied. Mais toujours nous avons pu reconnaître qu'il se propageait le long du court péronier et dans le sens du péroné.

Le court péronier seul est l'agent du bruit en question, et, si le phénomène ne pouvait pas être étudié directement, la simple inspection de la gaîne et des tendons conduirait à la même conclusion.

Le court péronier ne laisse, en effet, rien à désirer sous le rapport de sa situation et de sa direction pour l'explication des résultats observés.

1° Le muscle court péronier latéral affecte une direction plus droite que le long péronier, qui subit plusieurs déviations dans son trajet.

2° Le court péronier est profondément situé dans la gouttière, et le long, au contraire, est tout à fait recouvert par la gaîne aponévrotique et la peau.

3° Le court péronier recouvre tout à fait la gouttière osseuse, d'où il est naturel de conclure que le bruit est produit par le choc de ce tendon sur les parties solides de la gouttière.

4° Le muscle court péronier présente des fibres musculaires jusqu'à l'entrée du tendon dans la gouttière commune, et c'est tout le contraire pour le long péronier.

N'est-il pas clair que le premier doit avoir une action musculaire puissante et bien supérieure à celle du second ?

5° Enfin, si l'on étudie le bruit lui-même et si l'on examine le membre pendant que les battements ont lieu, on sera confirmé dans cette manière de voir :

1° Par la direction du bruit ;

2° Par la transmission du mouvement et du battement jusqu'au cinquième métatarsien et au petit orteil, qui se meut par l'action d'un tendon ;

3° Par le fait de la cessation du bruit, lorsque l'on comprime l'extrémité tendineuse de ce muscle à son insertion au cinquième métatarsien, ou lorsqu'on comprime légèrement ce muscle au côté externe du péroné.

Le bruit, avons-nous dit, est variable dans son intensité, et l'on peut en effet y distinguer diverses nuances. C'est ainsi que, depuis le bruit éclatant et qui se distingue au loin, on retrouve des variétés de bruit, de frottement, de scie, etc.

Nous croyons pouvoir conclure de ce qui précède que ces interventions mystérieuses ou surnaturelles si facilement adoptées par l'ignorance, et si souvent exploitées par le charlatanisme, s'évanouissent devant les faits et l'appréciation des phénomènes physiologiques.

Un mot nous suffit maintenant pour terminer l'histoire de notre malade. Nous avons successivement, par la méthode sous-cutanée, incisé en travers le corps du court péronier latéral droit et le corps du même muscle du côté gauche, et nous avons maintenu les membres dans l'immobilité à l'aide d'un appareil. La réunion s'est faite, et la malade a recouvré les fonctions de ses deux membres sans conserver aucune trace de cette singulière et rare affection.

M. VELPEAU. Les bruits dont M. Jobert vient de traiter dans son intéressante notice me semblent se rattacher à une question assez vaste. On observe, en effet, de ces bruits dans une foule de régions. La hanche, l'épaule, le côté interne du pied en deviennent assez souvent le siége. J'ai vu, entre autres, une dame qui, à l'aide de certains mouvements de rotation de la cuisse, produisait ainsi une sorte de musique assez manifeste pour être entendue d'un côté à l'autre du salon. Le tendon de la longue portion du biceps brachial en engendre facilement en sortant de sa coulisse, quand les brides fibreuses qui le retiennent naturellement viennent à se relâcher ou à se rompre. Il en est de même du jambier postérieur ou du fléchisseur du gros orteil, derrière la malléole interne. De tels bruits s'expliquent, ainsi que MM. Schiff et Jobert l'ont bien compris, par le frottement ou les soubresauts des tendons dans des rainures ou contre des bords à surfaces synoviales. Ils sont, par conséquent, possibles dans une infinité de régions ou au voisinage d'une foule d'organes. Tantôt clairs ou éclatants, tantôt sourds ou obscurs, parfois humides et d'autres fois secs, ils varient d'ailleurs extrêmement d'intensité.

Espérons que l'exemple donné à ce sujet par MM. Schiff et Jobert portera les physiologistes à s'occuper sérieusement de ces divers bruits, et qu'ils donneront un jour l'explication rationnelle de phénomènes incompris ou attribués jusqu'ici à des causes occultes et surnaturelles.

M. JULES CLOQUET, à l'appui des observations de M. Velpeau sur les bruits anormaux que les tendons peuvent produire dans diverses régions du corps, cite l'exemple d'une jeune fille de seize à dix-huit ans qui lui fut présentée à l'hôpital Saint-Louis, à une époque où MM. Velpeau et Jobert étaient attachés à ce même établissement. Le père de cette jeune personne, qui s'intitulait *père d'un phénomène*, espèce de saltimbanque, comptait tirer profit de son enfant pour la livrer à une exhibition publique ; il annonça que sa fille avait dans le ventre un mouvement de pendule. Cette fille était parfaitement conformée. Par un léger mouvement de rotation dans la région lombaire de la colonne vertébrale, elle produisait des craquements très-forts, plus ou moins réguliers, suivant le rhythme des légers mouvements qu'elle imprimait à la partie inférieure de son torse. Ces bruits anormaux pouvaient s'entendre très-distinctement à plus de vingt cinq pieds de distance, et ressemblaient au bruit d'un vieux tournebroche ; ils étaient suspendus à la volonté de la jeune fille, et paraissaient avoir leur siége dans les muscles de la région lombo-dorsale de la colonne vertébrale.

M. JOBERT. Il est vrai, comme l'ont dit nos honorables confrères MM. Velpeau et J. Cloquet, que des bruits anormaux peuvent se faire entendre a la hanche, à l'épaule, etc. ; il est même avéré que certains bruits à l'épaule, comme l'a très bien dit M. Velpeau, peuvent se faire entendre sous l'influence de la volonté, lorsque le tendon de la longue portion du biceps brachial a subi un changement de position ou lorsqu'il a été luxé.

Mais il y a loin de ces bruits à ceux que j'ai mentionnés et qui offrent une régularité en rapport avec la contraction involontaire du muscle, le relâchement du tendon et sa percussion dans une gouttière osseuse. Il faut, en effet, de certaines dispositions anatomiques pour que les effets dont il s'agit se produisent, et il n'y a pas dans le corps de l'homme une disposition aussi avantageuse pour cela que la gaîne commune des tendons péroniers latéraux et la gouttière péronière qui les reçoit.

Ces rapports anatomiques sont si favorables aux bruits involontaires et volontaires, que des personnes, par un exercice soutenu, ont pu exécuter des airs mélodieux, *la Marseillaise*, *la Marche bavaroise*, *la Marche française*, avec une régularité parfaite et par la seule action des muscles péroniers. Jamais dans une autre région du corps on n'a pu produire de pareils et de si curieux bruits.

— M. LAUGIER communique un mémoire sur un *nouveau mode de pansement des plaies d'amputation des membres*. Nous en publierons un extrait dans l'un des prochains numéros.

— M. FRIEDLEBEN, de Francfort sur-le-Mein, envoie pour le concours du prix de physiologie expérimentale l'analyse d'un mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du thymus.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Hardy, né à Paris (Seine) ; *De la température animale dans quelques états pathologiques, et de ses rapports avec la circulation et la respiration.*

Villeprand, né à Forcalquier (Basses-Alpes) ; *Relation d'une épidémie de typhus observée sur quelques navires de l'escadre de la mer Noire en 1856.*

Cadéac, né à Boulogne (Haute-Garonne) ; *De la rigidité du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement.*

Van Ordt, né à Rotterdam (Hollande) ; *Des tumeurs gommeuses.*

Marey, né à Beaune (Côte-d'Or) ; *Recherches sur la circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies.*

Schulze, né à Wellerstorf (Prusse) ; *De la choroïdite syphilitique.*

Loué, né à Venausault (Vendée) ; *De la convalescence dans l'affection typhoïde, au point de vue des complications et du pronostic.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Toutes les sociétés médicales de Paris ont répondu maintenant à l'appel de la société du 2me arrondissement La commission des délégués est au complet. La question de la répression de l'exercice illégal de la médecine va donc pouvoir être prochainement discutée.

— Par décret du 2 avril, M. le docteur Emond a été nommé chirurgien aide-major du 50e bataillon de la garde nationale de la Seine.

— M. Thiry, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles, vient de recevoir le diplôme de membre correspondant de la Société royale de médecine d'Athènes.

— M. le docteur Phillips commencera la première partie d'un cours des maladies des voies urinaires le mardi 3 mai, à deux heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants. Cette partie comprend les maladies de l'urèthre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Traité de la médication complète du choléra asiatique, considéré comme une fièvre paludéenne épidémique très-pernicieuse de l'Inde orientale, offrant, avec le type continu, les formes nerveuse, sudorale et gastro-intestinale ; précédé de l'examen des lettres de MM. Boudin, Maillot et F. Jacquot, touchant la non-identité du choléra et des fièvres palustres ; par M. le docteur BOURGOGNE père, de Condé (Nord), membre du comité de salubrité de l'arrondissement de Valenciennes pendant le cours des trois épidémies de choléra, président du conseil de salubrité du canton de Condé lors de la dernière épidémie, membre correspondant de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, etc. — In-8° de 376 pages. Prix : 5 fr., rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie. — Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 50. — JEUDI 28 AVRIL 1859. (32e ANNÉE.) N° 50. — JEUDI 28 AVRIL 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 AVRIL 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Le rapport de M. Bouley sur le travail de M. Labourdette, relatif à l'introduction des médicaments dans le lait par assimilation digestive, a été hier l'objet d'une petite discussion.

M. Boudet, qui a engagé cette discussion, a commencé par déclarer s'associer pleinement et sans restriction aux justes éloges que la commission et l'Académie tout entière ont décernés aux belles et laborieuses recherches de M. Labourdette; il n'a pas cru toutefois devoir laisser échapper cette occasion de présenter quelques considérations chimico-physiologiques sur le fond même de la question, et d'exprimer ses doutes sur l'efficacité de la médication indirecte que ce travail a pour objet d'instituer. Avant de résumer l'argumentation de M. Boudet, et afin qu'on en puisse apprécier convenablement la valeur, il est indispensable de présenter ici un rapide aperçu des faits principaux sur lesquels repose le travail de M. Labourdette et le rapport de M. Bouley.

« Tout le monde connaît les modifications de saveur et de coloration qu'éprouve le lait des animaux sous l'influence d'alimentations diverses, et spécialement par l'ingestion de certaines plantes. Guidés par cette donnée physiologique, quelques médecins ont pensé qu'un lait pourrait devenir médicamenteux, si l'on administrait des remèdes à la nourrice qui le fournit. De là est venue l'idée du traitement indirect des enfants à la mamelle, c'est-à-dire d'un traitement consistant dans l'alimentation avec le lait d'une nourrice soumise elle-même à l'administration des substances qu'on veut faire prendre à l'enfant. On pensait que les médicaments ayant éprouvé, pendant leur passage à travers les fluides et les tissus de l'économie, l'action des forces, des modificateurs organiques, se trouvaient incorporés au lait dans un état particulier, une sorte d'assimilation qui les rendent plus faciles à supporter par des organes digestifs aussi délicats que ceux des enfants du premier âge.

» On connaît les premiers essais qui ont été faits de cette méthode par plusieurs médecins du commencement de ce siècle, et notamment par MM. Biett et Lebreton. Mais ces essais faits sur des nourrices, et appropriés par conséquent aux enfants à la mamelle seulement, ne répondaient pas à tout ce que l'on présumait pouvoir attendre de cette médication. D'un autre côté il n'est pas toujours facile de trouver une nourrice qui veuille se soumettre à un traitement plus ou moins désagréable, et, dans certaines limites, nuisible même. Une autre question surgissait donc en présence de ces difficultés, c'était d'utiliser dans ce but les animaux, et de trouver le moyen de leur faire supporter sans dommage une alimentation contenant les diverses substances médicamenteuses les plus actives et les plus usuelles. C'est le problème qu'a résolu M. le docteur Labourdette. »

Ce n'est pas ici le lieu de rappeler les difficultés sans nombre et les obstacles de toute sorte que M. Labourdette a eu à surmonter pour arriver à cette solution. Nous constatons seulement les résultats auxquels il est arrivé, et les moyens qu'il met actuellement en usage pour cette fin.

« Les animaux étant placés dans de bonnes conditions de régime et de liberté, voici à l'aide de quel artifice on parvient à faire accepter les médicaments.

» On forme un bol composé de racines fraîches, de son, de quelques blancs d'œufs, d'un peu de cassonnade et de 100 grammes de chlorure de sodium, dans lequel on incorpore de 50 centigrammes à 4 ou 5 grammes du médicament à expérimenter.

» Cinquante centigrammes sont le maximum quand il s'agit d'iodure de potassium ou d'un sel mercuriel actif. Si l'animal ne prend pas ce bol volontiers, on diminue de moitié la dose du médicament et on l'augmente graduellement, d'abord tous les huit jours, puis tous les trois ou quatre jours, enfin tous les jours, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à une vingtaine de grammes, s'il s'agit d'iodure de potassium; de trois grammes, s'il s'agit de proto-chlorure de mercure; d'un gramme, s'il s'agit de bichlorure; enfin, de 5 à 10 grammes, s'il s'agit de liqueur arsenicale de Fowler; rarement on arrive à cette dose sans que les animaux aient éprouvé, soit quelques accidents locaux, soit même un ensemble de phénomènes inquiétants. Parmi ces symptômes, les plus fréquents comme les plus sérieux sont la diarrhée avec fétidité des excréments, l'inappétence, la teinte ictérique des sclérotiques, le gonflement des veines abdominales, etc. Nous avons réservé pour le dernier de ces symptômes l'état albumineux des urines, symptôme constant qui apparaît le premier et disparaît le dernier, et qui nous semble de nature à attirer toute l'attention des physiologistes et des médecins.

» Quand ces phénomènes sont d'une intensité modérée, ils ne troublent que peu la santé générale; mais lorsqu'ils prennent un certain développement, ils sont promptement suivis d'une soif ardente, d'un état fébrile prononcé, d'une perte absolue de l'appétit, et ils peuvent alors déterminer, dans un temps assez court, la mort de l'animal. Leur moindre conséquence fâcheuse, dans ce cas, est la suspension définitive de la sécrétion lactée.

» Pour remédier à ces accidents, il faut d'abord suspendre l'administration du bol médicamenteux; puis on fait prendre à l'animal des purgations répétées, du sous-nitrate de bismuth et de l'extrait thébaïque dans le cas de diarrhée intense. Enfin, si tous ces moyens ne suffisent pas, on administre de dix à douze blancs d'œufs.

» Pendant le traitement, le régime de l'animal doit être exclusivement d'herbes et de racines fraîches; il doit sortir tous les jours à la prairie, et l'on doit empêcher qu'il ne boive trop abondamment : 30 à 35 litres d'eau sont suffisants.

» On ne reprend l'administration du médicament que lorsque les dernières traces d'albumine ont disparu des urines.

» C'est à l'aide de cet ensemble de moyens médicaux que M. Labourdette parvient constamment aujourd'hui à triompher, soit de la répugnance des animaux pour les médicaments, soit des symptômes plus ou moins graves d'intoxication qui résultent de leur ingestion. »

A quel état se trouvent les agents médicamenteux ainsi introduits dans le lait; dans quelles proportions ce liquide les contient-il? S'y retrouvent-ils à l'état d'iodures, de chlorures, d'arsénites ou d'arséniates, ou bien à l'état d'iode, de mercure, d'arsenic, engagés dans une combinaison organique, et quelle est cette combinaison? Voilà ce que demande M. Boudet. On comprendra aisément la portée de cette question. Autre chose est d'administrer un médicament tenu simplement en suspension dans un liquide quelconque, soit l'iodure de potassium, par exemple, ou bien de faire prendre ce même agent à l'état de combinaison organique avec la matière grasse ou avec les matières albuminoïdes, en un mot, faisant partie de la molécule organique. Dans le premier cas on ne doit s'attendre à trouver dans le lait ioduré par assimilation digestive, d'autres propriétés que celles que présentent les iodures, les bromures en dissolution très-étendue, comme ils se rencontrent dans les eaux minérales. Dans l'hypothèse de l'existence de l'iode à l'état de combinaison organique, au contraire, il y a tout lieu de croire à une action spéciale de cet agent sous cette forme nouvelle. Mais en admettant même cette hypothèse, la plus favorable à la méthode, encore faudrait-il démontrer que le lait contient une proportion suffisante d'iode; c'est ce qui paraît douteux. Enfin, aux conditions supposées réunies, il resterait à se demander si, pour ce médicament en particulier, le lait iodique serait préférable aux huiles de foie de raie ou de foie de morue, avec lesquelles il présenterait dans ce cas une grande analogie.

Telle est, en substance, l'argumentation de M. Boudet, argumentation qui est loin de manquer de force assurément, et qui soulève un point de chimie physiologique des plus dignes d'intérêt ; savoir : quelles sont les modifications que les substances inorganiques subissent dans leurs propriétés et leur action sur l'économie, par le fait de leur intégration dans la molécule organique. Mais tout en reconnaissant toute la valeur et toute l'importance de l'élément introduit dans la discussion par M. Boudet, nous sommes obligé de faire céder cet ordre de considérations devant l'expérience clinique, qui peut seule donner sinon une solution complète, du moins la solution pratique du problème. C'est donc à l'expérience d'abord que nous en appelons, et quand elle aura parlé nous serons des premiers à désirer qu'on apporte dans l'examen de cette question toute la précision et la rigueur que comporte l'intervention des sciences chimiques dans le domaine de la physiologie et de la thérapeutique.

Nous regrettons de ne pouvoir poursuivre plus loin l'examen de cette question pleine d'intérêt, et d'être obligé de passer outre sur quelques points de physiologie thérapeutique contradictoirement soulevés par MM. Trousseau et Piorry; mais l'espace nous manque, et l'occasion d'y revenir se présentera très-probablement d'ailleurs sous peu.

Nous ne terminerons pas cependant sans signaler à nos lecteurs le sujet de la communication faite par M. Serre (d'Alais), et qui, nonobstant quelques objections de M. Depaul, nous paraît mériter une sérieuse attention. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOLLIN.
(Suppléant de M. Velpeau.)

Application de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies de l'œil (1).

(Extrait des leçons faites à la Charité par M. Follin, pendant les vacances de 1858, recueillies et publiées par M. le Dr DOUMIC.)

Vous savez tous que les découvertes les plus originales sont quelquefois préparées par un certain travail des esprits dirigés vers un but commun ; celle de M. Helmholtz fut dans ce cas ; car, à l'époque où il publia son premier travail, quelques physiologistes marchaient déjà dans la même voie que lui. Ainsi, à une année de distance, M. Cumming et M. Brücke donnaient sur le miroitage artificiel de l'œil humain des indications précieuses, et qui pouvaient être utilisées. Ils établissaient qu'on pouvait faire miroiter l'œil en regardant parallèlement à des rayons lumineux qui viennent frapper cet organe chez l'individu qu'on examine. Ce résultat est obtenu en plaçant au niveau de l'œil que l'on observe et à une distance de 8 à 10 pieds la flamme d'une bougie, et en regardant la pupille au-dessus d'un écran placé aussi sur le même niveau que cette flamme. Les pupilles brillent alors d'un éclat rougeâtre, surtout si l'on a soin de varier les mouvements de l'œil. Mais cette expérience, quelque curieuse qu'elle soit, ne peut être aujourd'hui d'aucune utilité pratique. Le moindre déplacement dans la position des parties suffit pour empêcher le miroitage, et en tout cas on ne distingue que d'une façon confuse la surface profonde de l'œil.

A peu près à la même époque, parut un travail de M. Kussmaul, *sur les apparences colorées du fond de l'œil humain*. Cette réponse à une question de prix proposée par la Faculté de médecine de Heidelberg fut le premier travail où l'on essaya d'expliquer pourquoi le fond de l'œil paraît ordinairement noir, et quoique cette explication ne soit pas tout à fait satisfaisante, on doit savoir gré à l'auteur d'avoir bien posé les termes de la question. Vous trouverez dans ce mémoire quelques expériences pour démontrer l'influence des milieux réfringents sur la visibilité du fond de l'œil. Ainsi M. Kussmaul enlève la cornée d'un œil de mouton et s'aperçoit que le fond de l'œil est encore noir ; mais dès que le cristallin est extrait, il voit la rétine et ses vaisseaux. Quand il soustrait une certaine quantité de l'humeur vitrée, la position de la rétine change par rapport au foyer du cristallin et cette membrane se laisse mieux distinguer. Ces expériences lui servent à expliquer pourquoi l'on aperçoit l'entrée du nerf optique chez les vieillards très-presbytes, chez des individus atteints d'une atrophie du globe oculaire, ou chez ceux dont la rétine est augmentée de volume, poussée en avant par quelque épanchement sous-rétinien ou devenue le siége d'un dépôt encéphaloïde.

Le travail de M. Kussmaul est rempli de faits intéressants, et je ne devais pas l'oublier en mentionnant les diverses publications qui ont précédé le mémoire déjà cité de M. Helmholtz.

Une simple mais très-curieuse observation du docteur Von Erlach doit aussi trouver place ici, car elle rentre dans cette série de recherches qui ont pour ainsi dire préparé la découverte de l'ophthalmoscope. Ce médecin porte des lunettes, et plus d'une fois il avait remarqué qu'il voyait miroiter le fond de l'œil des personnes placées près de lui lorsque celles-ci regardaient l'image d'une flamme réfléchie par les verres de ses lunettes.

(1) Un vol. in-8°. Paris, chez Leclerc, rue de l'Ecole-de-Médecine, 14, 1859.

M. Von Erlach se trouvait ainsi justement placé dans les conditions essentielles que l'on recherche pour bien éclairer les yeux que l'on veut examiner.

Voilà quels matériaux la science possédait sur l'éclairage artificiel de l'œil lorsque M. Helmholtz se mit de nouveau à étudier la question; c'était une masse de faits isolés, souvent difficiles à reproduire et peu applicables à la recherche des phénomènes normaux ou pathologiques qui se passent au fond de l'œil.

Le travail du professeur de Heidelberg posa nettement les conditions du problème, et en donna de suite une solution très-satisfaisante. Ainsi nous eûmes du même coup un appareil qui permettait d'éclairer le fond de l'œil, la théorie physique la plus exacte de ce phénomène, et la notion parfaite des principaux détails qu'on observe dans l'œil normal.

Avant de chercher à produire l'éclairage des milieux profonds de l'œil, M. Helmholtz s'est demandé pourquoi la pupille était noire. Il faut nous arrêter un instant sur ce point délicat de la physiologie de l'œil, car, si vous en comprenez bien tous les détails, vous saurez déjà quelles sont les principales conditions nécessaires à l'éclairage de cet organe.

L'obscurité qui cache le fond de l'œil tient à plusieurs causes qui sont loin d'avoir toutes une égale influence sur ce phénomène, mais que je dois cependant vous faire connaître. Le resserrement de la pupille, en arrêtant une assez grande quantité des rayons lumineux qui viennent frapper l'œil, contribue un peu à rendre noir le fond du globe oculaire; mais c'est une cause dont l'influence est minime: vous devez cependant tirer de ce fait cette conséquence que, dans l'examen ophthalmoscopique, il faut largement dilater la pupille à l'aide des préparations mydriatiques. La couche pigmentaire de la choroïde et de l'iris, en absorbant quelques-uns des rayons lumineux qui entrent dans l'œil, nuit aussi au miroitage de cet organe. Examinez l'œil d'un albinos, il vous sera facile de reconnaître qu'il n'est pas aussi noir que l'œil d'un individu normal, c'est que la lumière y pénètre à travers la sclérotique, à travers l'iris, etc., sans être arrêtée par un écran noir sous-jacent.

Mais tout cela, Messieurs, ne peut suffire à expliquer complétement pourquoi la pupille paraît noire dans les conditions normales de l'œil. Certes la dilatation de la pupille, l'absence du pigment, peuvent changer un peu la teinte du fond de l'œil; mais il faut chercher ailleurs l'explication du fait qui nous occupe maintenant. M. Helmholtz a eu le mérite de donner cette explication, sur laquelle je veux fixer votre attention au début de ces leçons. Prenez un faisceau lumineux émanant d'un foyer placé à la distance de la vision distincte; il viendra, après avoir subi une série de réfractions dans les milieux dioptriques de l'œil, faire foyer sur la rétine; puis, après avoir éclairé un certain point de cette membrane, il sortira de nouveau de l'œil en parcourant en sens inverse le trajet qu'il a suivi pour y pénétrer. Pour bien voir le point de la rétine éclairé par ce faisceau lumineux, il faudrait placer notre œil sur le trajet de ce dernier; mais cette position aurait alors pour résultat de l'intercepter complétement et de ne fournir à l'œil de l'observé que la lumière émergeant de l'œil de l'observateur lui-même. Il est évident que dans cette position l'œil de l'observé recevra une trop petite quantité de lumière pour que le fond puisse en être sensiblement éclairé.

Après s'être bien rendu compte de la cause qui nous rend obscur le fond de l'œil, M. Helmholtz a nettement compris les conditions qu'il fallait remplir pour faire briller cet organe. C'était de disposer les choses de façon qu'on pût regarder dans l'œil à observer suivant la même direction que celle suivie par la lumière incidente sur la rétine de cet œil, et sans l'intercepter.

L'ophthalmoscope construit d'après ces principes par M. Helmholtz consiste dans un petit cube métallique noirci à son intérieur, dont l'une des extrémités obliquement coupée supporte sous un angle de 58° trois plaques rectangulaires de verre transparent à surfaces parallèles, et dont l'autre, munie d'un diaphragme, est disposée pour recevoir des verres concaves ou convexes. — Cet appareil est pourvu d'un manche et facile à tenir à la main.

Il faut, pour éclairer l'œil avec cet instrument, diriger les plaques de verre transparent du côté d'un foyer de lumière placé près du malade et au niveau de son œil; les rayons lumineux qui viennent frapper ce verre seront réfléchis dans l'intérieur de l'œil, et de là ils reviendront, comme je vous l'ai déjà dit, suivant le même trajet. Ils traverseront alors le verre transparent pour arriver dans la direction de l'œil qui regarde à l'extrémité ouverte de l'appareil. On dispose de ce côté une lentille biconcave qui facilite la vision distincte de la surface rétinienne.

Cet instrument, qui, pour des raisons que j'indiquerai plus loin, ne donne qu'un éclairage assez faible, n'est plus en usage parmi les médecins; cependant j'ai voulu le décrire, car c'est chose curieuse de savoir comment ont commencé les ophthalmoscopes.

Mais je n'ai pas maintenant l'intention de vous parler des nombreux miroirs oculaires qui ornent les vitrines des opticiens. Ce serait là un enseignement assez fastidieux et presque sans utilité pour vous.

Pourtant je dois vous indiquer rapidement les principales dispositions que vous rencontrerez dans la construction des ophthalmoscopes; cela vous prouvera qu'on peut arriver au même but, l'éclairage de l'œil, par un grand nombre de procédés différents; vous retirerez également de cette étude l'entière conviction qu'on voit le fond de l'œil aussi bien avec le plus simple qu'avec le plus compliqué de ces instruments.

Les principales différences dans la construction des ophthalmoscopes consistent dans :

1° La disposition du miroir pour l'éclairage de l'œil;

2° L'emploi de lentilles biconcaves ou biconvexes destinées à modifier la direction des rayons lumineux;

3° La fixité ou la mobilité de l'appareil;

4° Enfin dans quelques détails accessoires pour immobiliser la tête du malade, prendre des mesures sur la rétine, etc.

1° On s'est servi, pour éclairer l'œil, de plaques de verre transparent et à surfaces parallèles, de miroirs étamés plans, perforés à leur centre, de prismes, de miroirs convexes, mais surtout de miroirs concaves à trou central ou à trous latéraux, et d'un foyer variable.

Vous savez déjà que M. Helmholtz employa le premier, pour éclairer l'œil, des verres plans et transparents; il avait superposé les unes aux autres trois lamelles de verre, de façon à augmenter ainsi la puissance réfléchissante du miroir que traversaient aussi les rayons lumineux renvoyés par la rétine observée sur l'œil de l'observateur. Mais cet ophthalmoscope ne donne pas un éclairage suffisant pour bien distinguer tous les détails morbides du fond de l'œil, car, d'une part, beaucoup de rayons traversent les lames de verre et ne sont pas renvoyés vers l'œil; d'autre part, les rayons réfléchis vers l'œil n'étant pas rendus convergents, il n'y en a qu'une faible quantité qui tombe sur le champ de la pupille et arrive à la rétine. Cela, joint à quelques autres difficultés dans l'emploi de l'appareil, l'a fait abandonner à peu près complétement par les médecins.

Peu de temps après la découverte de M. Helmholtz, je me suis occupé de cette question avec un très-habile opticien, M. Nachet fils, et nous avons conseillé, pour rendre l'éclairage plus intense, de placer entre la flamme et la surface du miroir plan une lentille biconvexe qui fasse converger sur ce dernier point une plus grande masse de rayons lumineux. L'ophthalmoscope que nous avons construit dans ce but remplit bien la plupart des indications; il est fixé sur un support et peut s'adapter facilement à l'œil à observer. Si je ne l'emploie pas d'habitude, c'est qu'il est assez volumineux et dans un certain nombre de cas d'un éclairage encore insuffisant.

Dans quelques ophthalmoscopes, le miroir est formé par une plaque de verre étamée et percée d'un trou à son centre. M. Coccius dispose à côté de cette glace une lentille biconvexe qui fait aussi converger sur le miroir plan un cône de rayons lumineux.

Dans d'autres instruments, la lumière est renvoyée dans l'œil par la surface hypothénusienne d'un prisme perforé: telle est la disposition de l'ophthalmoscope de M. Meyerstein.

Vous trouverez encore des ophthalmoscopes formés par une lentille étamée et perforée, ou bien par un miroir convexe; mais ces ophthalmoscopes prismatiques ou convexes n'ont pas fait fortune, parce qu'ils ne renvoient pas une lumière assez intense, et nous ne nous en servons jamais.

Le procédé d'éclairage le plus fréquemment adopté est celui qu'on obtient avec un miroir concave. Un grand nombre d'ophthalmoscopes sont munis de ce miroir, et l'on peut dire qu'on réalise ainsi un éclairage très-régulier et très-suffisant du fond de l'œil. L'ophthalmoscope dont je me sers habituellement est formé d'un miroir concave de 5 centimètres d'ouverture, dépourvu d'argenture à son centre, et dont la longueur focale est de 16 centimètres environ. Ce miroir est supporté par un manche en ivoire, et muni en arrière d'un petit anneau qui permet de placer derrière le point transparent du miroir une série de verres convexes ou concaves.

L'habitude d'employer toujours un même instrument conduit parfois à en exagérer les qualités; mais je ne cède pas à ce sentiment en vous disant qu'un ophthalmoscope construit dans ces conditions me paraît préférable à la plupart de ceux qui existent. Il donne une lumière très-convenable, et par l'étendue de son foyer il permet de se placer à une assez grande distance du malade; il n'est point métallique, et partant ne s'altère pas sous l'influence de la moindre humidité. Enfin il est d'un maniement commode et d'un prix peu élevé. Toutefois, je m'empresse de vous dire qu'avec une certaine habitude on arrive à bien voir avec presque tous les ophthalmoscopes qui réalisent les conditions d'éclairage que j'ai énumérées plus haut.

2° Ce qu'il importe de bien connaître après la disposition des différents miroirs, c'est l'ensemble des moyens à l'aide desquels on change dans les ophthalmoscopes la direction des rayons lumineux. On arrive à ce résultat par des lentilles biconvexes et par des lentilles biconcaves. De là viennent plusieurs procédés pour éclairer la surface de la rétine, et nous allons d'abord essayer de vous en faire comprendre la théorie.

Nous touchons ici, Messieurs, à un problème de physique fort compliqué. Le problème de l'éclairage du fond de l'œil avec l'ophthalmoscope se divise en plusieurs problèmes secondaires, suivant que l'on examine l'œil avec le miroir seul, ou aidé d'une lentille biconvexe ou biconcave; la marche des rayons lumineux est puissamment modifiée par l'emploi des verres convergents ou divergents, aussi faut-il étudier séparément ces différents points de la question.

1° *Examen de l'œil avec le miroir oculaire seul* (miroir concave de 16 centimètres de foyer).

C'est là le cas le plus simple. Vous projetez dans l'œil une certaine quantité de rayons lumineux qui vont de suite éclairer la surface rétinienne; mais deux cas peuvent se présenter ici : tantôt l'image de la lampe vient se faire sur la rétine comme sur un écran, et vous l'apercevez à l'état renversé, comme cela est facile à comprendre, ou bien, et cette condition est préférable, le foyer se fait au delà de la rétine, et une plus grande largeur de cette membrane est éclairée par un cercle de diffusion. Quoi qu'il en soit, il est facile, pour la démonstration physique du problème, de ne tenir compte ni du foyer originel de la lumière, ni de la présence du miroir. La rétine ne se conduit pas comme un miroir, mais comme une surface dépolie qui diffuse dans toutes les directions la lumière qu'elle reçoit. Dès lors une certaine étendue de la rétine étant éclairée, elle devient un nouveau centre lumineux qui rayonne vers l'extérieur à travers les milieux réfringents de l'œil.

(La suite à un prochain numéro.)

NOTE SUR LA VIE SANS RESPIRATION,

Par MM. Eug. Lafargue et E. Dégranges, médecins aux rapports près le tribunal civil de Bordeaux.

Nous venons de lire, dans le numéro du 12 avril courant de la *Gazette des Hôpitaux*, la traduction par M. Gustave Baillière d'un travail allemand, écrit par l'éminent professeur de médecine légale à l'université de Berlin, M. L. Casper.

Cet article est remarquable par l'exposé net et concis du professeur sur plusieurs points ardus et controversés de physiologie fœtale. Il nous a d'autant plus intéressés, que le sujet a été de notre part étudié sérieusement, envisagé presque sous le même point de vue, et publié dans les numéros 143 et 144 de la *Gazette des Hôpitaux* (année 1857).

Qu'on nous permette quelques réflexions sur la première division de ce travail : *Vie sans respiration.* Au milieu des nombreux détails révélant un esprit aussi juste qu'éclairé, se trouve un paragraphe qui par l'effet d'un simple hasard vient toucher indirectement à l'observation sur laquelle repose le mémoire que nous avons composé sous ce titre : *Des circonstances et des faits qui unissent et séparent en matière criminelle ces deux mots : respirer et vivre.*

Cette circonstance doit justifier la présente note.

Ce savant auteur, en admettant à la rigueur *la courte vie* sans respiration (*post partum*), *soit la vie d'une seconde*, ajoute *qu'il n'y a aucun moyen de la reconnaître après son extinction, et qu'elle ne peut être un fait pour la médecine légale*, qui n'admet *que ce qu'elle peut prouver : une vie avec respiration.*

Nous osons présenter quelques modifications aux termes si positifs qui ébranlent la valeur de notre observation.

Nous avons rencontré toutes les ramifications bronchiques d'un fœtus, remplies d'un liquide boueux, mélangé à de petits débris de sable et de végétaux; de plus, aucune particule d'air n'avait pénétré en même temps que ces corps particuliers dans les vésicules qui sont destinées à le recevoir.

Comment expliquer cette introduction autrement que par la force puissante *et vitale* de l'acte inspirateur, s'opérant dans un élément qui n'était pas l'élément ordinaire des poumons?

Il en résulte donc évidemment qu'*il est possible*, dans certains cas rares, de reconnaître, malgré les résultats négatifs de la docimasie pulmonaire, que la vie a eu lieu après la naissance.

A notre sens, cette conclusion est forcée.

En effet, si en général l'air comme *corps*, trouvé dans les poumons, prouve la respiration et la vie, la présence d'un liquide boueux ou de tout autre corps parfaitement établie, après contrôle sévère (comme le nôtre l'a été), dans toutes les divisions bronchiques, jusqu'aux plus ténues, prouve également le même acte inspirateur *vital.*

Une telle vie si courte (*post partum*) est donc un *fait.*

Celui que nous avons rapporté et qui doit être regardé comme *tel*, n'importe la partie du domaine médical où on voudrait l'intercaler, nous a été fourni par notre pratique; toutes les circonstances en ont été rationnellement exposées d'abord devant le magistrat instructeur, puis dans les débats publics de la cour d'assises de la Gironde; il a donc pu être *prouvé*, et c'est pourquoi nous l'avons *admis*, quoique n'étant pas, comme tant d'autres, applicable à la règle générale, mais en le regardant néanmoins comme *curieux* pour la science et devant être retenu et médité par le médecin légiste.

Nous nous arrêtons là sur cette partie du travail de M. Casper; nous n'avons voulu qu'atténuer l'expression de doute qui ressort de l'ensemble de ce paragraphe; nous n'oublions pas pourtant que la dénégation formelle de cette vie sans respiration n'a pas été formulée, comme on devait logiquement le craindre, mais qu'au contraire le savant auteur admet cette vie, et même *comme incontestable*, dans un autre endroit de l'article, tout en conseillant néanmoins au médecin légiste de la rejeter, parce que cette vie ne peut pas être prouvée dans le sens de la loi.

Nous espérons avoir modifié cette dernière opinion par la preuve nouvelle que nous apportons d'une vie sans respiration d'air; et en même temps nous sommes heureux que ce cas rare trouvé par nous, et dont l'interprétation a pu paraître forcée à quelques esprits trop rigoureux, qui veulent la faire rentrer sous l'empire des causes physiques ordinaires, ne soit pas repoussée,

mais même soit admise par le professeur de l'université de Berlin.

Permettez-nous encore un mot au sujet de l'une des preuves qui établissent la vie de l'enfant, et sur laquelle preuve plusieurs auteurs ne paraissent pas s'entendre (*coagulation du sang dans les lésions du fœtus*). M. Devergie, dont les opinions nous paraissent avoir été mal interprétées, pense que cette coagulation établit la vie du fœtus, mais sans déterminer si c'est la vie *utérine* ou la vie *indépendante* (1).

Nous pensons comme cet auteur et comme Bayard, qui a très-clairement exprimé son opinion sur ce point.

En effet, la coagulation du sang dans les lésions du fœtus ne prouve pas exclusivement la *vie indépendante*, comme on peut le voir dans l'observation suivante, recueillie par l'un de nous (M. Eugène Lafargue), et qui vient renforcer cette vérité.

Fœtus enveloppé dans un mouchoir très-sale taché de sang, et dans un petit tablier d'enfant.

Examen et autopsie du fœtus. — Sexe féminin; corps grêle; peau rouge; pas de cheveux ; yeux fermés et paupières agglutinées. Le corps ne présente pas d'enduit sébacé.

Longueur totale du corps, 28 centimètres ; longueur du sinciput à l'ombilic, 15 centimètres ; longueur de l'ombilic aux talons, 13 centimètres. Poids, 500 grammes.

Tête. — Le cuir chevelu est rougeâtre, comme toute la peau du corps. Il existe :

1° Une blessure de près d'un demi-centimètre d'étendue, située à la partie supérieure et un peu du côté gauche du front. Cette blessure, dont les bords sont franchement coupés, intéresse toute l'épaisseur du cuir chevelu, et offre l'aspect d'une figure légèrement triangulaire lorsqu'on distend la peau.

2° Autre blessure de même aspect et de même dimension que la première, située en arrière de celle-ci, dans la partie supérieure de la région pariétale gauche.

Après avoir disséqué et enlevé le cuir chevelu, je constate dans ces deux mêmes régions, et correspondant aux deux blessures de la peau, *un épanchement de sang coagulé* assez considérable, situé entre le cuir chevelu et les os de la voûte du crâne.

Au-dessous de la blessure du front, la fontanelle sagittale est transpercée à l'endroit où cette suture reçoit la fontanelle transversale. Cette blessure offre l'aspect et les dimensions de la plaie cutanée qui lui correspond.

Directement au-dessous de la seconde blessure, l'os pariétal est coupé avec un petit éclat, et une fracture de l'os part de ce point et s'étend en bas jusqu'au côté opposé à celui où est la coupure.

Le cerveau offre à la partie supérieure la trace de deux blessures correspondant à celles qui ont été déjà décrites, mais il est impossible de les suivre dans la masse cérébrale, tant celle-ci est molle.

Le ventricule gauche contient un *épanchement sanguin à demi coagulé*, légèrement *tremblotant*.

Rien à noter sur la face ni dans l'intérieur de la bouche.

Poitrine peu large, non voussée. Les poumons sont rosés, peu volumineux et non crépitants. Le thymus est petit et rosé. Le cœur est assez volumineux.

Opération de la docimasie pulmonaire. — Les poumons, le cœur et le thymus, enlevés de la poitrine (des ligatures ayant été placées sur les gros vaisseaux), plongés ensemble dans un grand vase plein d'eau claire et limpide, gagnent promptement le fond du vase.

Les poumons seuls, en entier ou en fragments, se précipitent au bord du vase quand on les jette dans le liquide. Ces fragments de poumons pressés sous l'eau ne laissent dégager aucune bulle d'air.

Le thymus et le cœur, séparément plongés dans l'eau, ne surnagent pas.

Abdomen. — Les organes contenus dans cette cavité n'offrent rien à noter. Le foie est d'un rouge sombre.

Le cordon ombilical, d'une longueur de 33 centimètres, est attaché au fœtus et au placenta ; celui-ci est peu volumineux, et ne présente rien de particulier.

Conclusions. — Je conclus :

1° Le fœtus soumis à mon examen est du sexe féminin, et ne présente pas de traces de putréfaction ;

2° Le fœtus n'est pas à terme (cinq mois et demi à six mois) ;

3° Le fœtus n'a pas respiré et n'a pas vécu ; il n'est pas né viable ;

4° Le fœtus offre sur la tête, dans les régions frontale et pariétale gauche, deux blessures de près d'un demi-centimètre d'étendue, très-légères et triangulaires, ayant intéressé le cuir chevelu, la fontanelle sagittale, l'os pariétal et le cerveau ;

5° Les épanchements de sang coagulé et à demi coagulé, qui existent aux environs des blessures, sous le cuir chevelu et dans l'intérieur du ventricule gauche du cerveau, me font penser que ces blessures ont été faites pendant que le fœtus était encore *vivant* dans le sein de la mère, pour procurer un avortement ;

6° L'instrument qui a déterminé ces blessures devait être allongé, pointu, perforant et peu large.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 avril 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret qui approuve la nomination de M. Denonvilliers dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Chomel.

M. le président invite M. Denonvilliers à prendre place parmi ses collègues.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un mémoire de M. le docteur Paillon, de Sainte-Foy (Rhône), sur le danger que présentent les papiers peints au vert de Scheele, unis et non glacés, employés comme tenture des appartements. (Commissaires, MM. Guérard et Londe.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

L'Académie reçoit :

1° Deux lettres de MM. Tardieu et Deville, qui se portent candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale ;

2° Une note intitulée : *Observation d'un cas rare de chirurgie (extraction d'un grain de plomb qui avait pénétré dans l'œil)*, par M. le docteur Pamard, d'Avignon. (Commissaire, M. Huguier.)

3° Un mémoire sur le traitement de la néphrite albumineuse par l'huile de foie de morue, par M. le docteur Joseph Pagès, de Castel-Sarrazin (Tarn-et-Garonne). (Commissaires : MM. Grisolle et Beau.)

4° Une note complémentaire sur l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Littre, par M. Rochard, de Brest. (Commissaire, M. Laugier.)

— M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire présente à l'Académie le deuxième volume de son *Histoire naturelle générale.*

Discussion à l'occasion du rapport de M. Bouley sur l'introduction des médicaments dans le lait par voie d'assimilation digestive.

M. Boudet demande à présenter, à l'occasion du procès-verbal, quelques observations sur la question qui a fait le sujet du rapport lu par M. Bouley dans la dernière séance, l'introduction des médicaments dans le lait par voie d'assimilation digestive. J'ai voté les conclusions, dit M. Boudet, et je me suis associé aux justes éloges que le rapporteur et l'Académie ont décernés à M. le docteur Labourdette. Toutefois j'ai regretté qu'une question aussi intéressante et aussi étendue, une fois posée devant l'Académie, n'eût provoqué aucune observation sur l'avenir qui peut lui être réservé.

En combinant avec une sagacité remarquable les ressources d'une alimentation choisie, les conditions hygiéniques les plus favorables avec une médication spéciale, et en luttant avec autant d'habileté que de persévérance et de désintéressement contre les effets délétères des agents médicamenteux, le docteur Labourdette est parvenu à les maîtriser en quelque sorte, à maintenir un équilibre factice entre les ravages de l'intoxication et la réaction de la vie, et à obtenir des animaux qui, tout en conservant les apparences de la santé, peuvent pendant un certain nombre de mois fournir du lait de bonne apparence, d'un goût agréable, et dans lequel les recherches les plus délicates ont permis de constater la présence de l'iode, du mercure, de l'arsenic.

Ainsi c'est au prix des plus longs, des plus courageux, des plus dispendieux sacrifices, c'est après dix ans d'expériences, dirigées avec une habileté et une persévérance incomparable, que l'on est arrivé à obtenir du lait qui contient des traces d'iode, de mercure, d'arsenic. Mais à quel état se trouvent ces agents dans le lait, dans quelles proportions les contient-il? S'y retrouvent-ils à l'état d'iodures, de chlorures, d'arsénites ou d'arséniates, ou bien à l'état d'iode, de mercure, d'arsenic, engagés dans une combinaison organique, et quelle est cette combinaison? Sont-ils en dissolution dans le sérum ou assimilés aux éléments organiques du beurre, ou de la lactine, ou de la caséine, ou de l'albumine? Quel est celui de tous ces principes immédiats qui s'est approprié, assimilé ces agents?

La question n'a été envisagée sous ce point de vue si digne d'intérêt ni dans le mémoire ni dans le rapport, et cependant combien il serait à désirer que l'on sût si l'iode, par exemple, se trouve dans le lait des animaux soumis à l'entraînement iodique, à l'état d'iodure de potassium en dissolution dans le sérum ou à l'état de combinaison organique avec la matière grasse ou avec les matières albuminoïdes, car s'il était démontré qu'il fait partie de la molécule organique, on pourrait trouver dans cette condition des motifs de croire à une action spéciale de l'iode sous cette forme nouvelle, tandis que dans le cas contraire on ne devrait pas s'attendre à trouver dans le lait ioduré par assimilation digestive d'autres propriétés que celles que nous présentent les iodures, les bromures en dissolution très-étendue, comme ils se rencontrent dans les eaux arsenicales, et cette conséquence s'appliquerait également à l'arsenic. Mais en admettant l'hypothèse la plus favorable à la valeur thérapeutique du lait médicamenteux obtenu par la méthode du docteur Labourdette, c'est-à-dire l'existence de l'iode à cet état de combinaison organique, dont l'acide cérébrique, dont certains alcalis organiques artificiels nous offrent l'exemple pour le phosphore, le soufre, le brome, l'iode, état dans lequel les propriétés chimiques des corps sont dissimulées, ne sont point sensibles aux réactions ordinaires et où on ne peut constater leur existence qu'après avoir détruit le groupe moléculaire dont ils font partie. En admettant cette hypothèse, il faudrait au moins, pour inspirer quelque confiance dans la valeur du médicament, démontrer qu'il contient une notable proportion d'iode, et que cet iode se trouve dans des conditions analogues à celles où on le rencontre dans les huiles de foie de morue ou de raie, dont l'efficacité est attribuée à l'iode et au brome qu'elles contiennent dans la proportion de 4 à 5 dix millièmes. Mais il y a tout lieu de penser que l'iode se trouve dans le lait des vaches soumises à l'entraînement iodique en proportions infiniment plus faibles; et d'ailleurs l'huile de foie de morue ne présente-t-elle pas des avantages considérables à d'autres points de vue sur le lait ioduré? Cette huile n'est pas un produit obtenu par une sorte de violence faite à l'économie animale ; c'est un produit naturel; les animaux qui la fournissent vivent au milieu d'un élément dans lequel se trouvent l'iode, le brome, le soufre, le phosphore ; ils se les assimilent, et ces corps se concentrent dans le foie... Cette huile s'obtient en abondance, à peu de frais ; l'estomac la supporte avec facilité, et d'innombrables succès démontrent son efficacité.

Le lait ioduré est bien loin d'offrir les mêmes garanties. C'est un produit anormal obtenu en rendant les animaux malades, et qui offre lui-même les caractères d'une altération incontestable dans sa composition. Étant si peu riche en iode, il faudra sans doute qu'il soit employé longtemps et en abondance pour produire des résultats utiles ; il faudra que des malades rachitiques, scrofuleux, phthisiques, se soumettent, en conséquence, à une nourriture lactée, se chargent l'estomac d'un volume considérable de lait d'une qualité au moins douteuse et fourni par des vaches plus ou moins malades. Et quel succès important peut-on espérer en soumettant des adultes à ce traitement laborieux, lorsqu'on voit des enfants à la mamelle n'éprouver que des effets incertains et passagers d'un traitement prolongé pendant trois mois, comme dans l'observation du docteur Cullerier?

On s'est livré à des espérances problématiques, à de véritables illusions lorsqu'on a songé à fonder une méthode thérapeutique nouvelle et générale sur l'emploi du lait chargé de médicaments par assimilation digestive. Rien ne prouve jusqu'ici que les médicaments introduits dans le lait des animaux par les voies digestives s'y trouvent dans un état spécial et qui en augmente l'efficacité, et la saveur salée, que l'on peut communiquer au lait en mêlant le sel marin à la nourriture des vaches, semble autoriser à penser que l'iodure de potassium peut y passer aussi en nature. Mais, à supposer même que le lait puisse contenir l'iode, le brome à l'état de combinaison organique, il ne représenterait qu'un médicament analogue à celui que la nature a réalisé dans des conditions beaucoup plus favorables dans les huiles de foie de raie et de foie de morue.

En résumé, les travaux du docteur Labourdette offrent un très-grand intérêt au point de vue physiologique; c'est une œuvre remarquable et digne des plus grands éloges d'avoir lutté victorieusement comme il l'a fait contre une intoxication continue, d'avoir démontré combien la nature, le régime, une médication éclairée offrent de ressources contre l'intoxication ou la maladie. Mais, au point de vue des applications à la thérapeutique, il faut avoir la franchise de reconnaître qu'il y a peu de chances de succès pour le traitement indirect.

Une dernière réflexion. Une opinion tend à s'établir depuis quelque temps, qui consiste à attribuer une grande valeur thérapeutique aux substances inorganiques, telles que l'iode, le chlore, le brome, le phosphore, le soufre, le mercure, l'arsenic, lorsqu'ils font partie d'un composé organique, lorsqu'ils sont devenus un des éléments de la molécule intégrante. Il suffit en quelque sorte qu'un corps, qu'une substance minérale ait traversé l'organisme pour que l'on suppose qu'elle a dû acquérir des propriétés nouvelles et importantes. C'est sous l'inspiration de cette opinion que le docteur Labourdette et ses devanciers ont entrepris leurs recherches. Je suis loin de m'inscrire contre elle; il est possible qu'elle soit fondée plus ou moins; mais s'il m'est permis d'exprimer ici un avis : je voudrais que cette idée ne fût pas acceptée sans un examen, sans un contrôle sérieux.

La chimie a découvert ou créé des combinaisons qui, comme certains alcalis organiques artificiels ou quelques autres substances analogues, contiennent du phosphore, du soufre, du brome, de l'iode, du selenium à l'état de molécule élémentaire : ces matières remarquables ne pourraient-elles pas servir de base à des expériences précises, régulières, concluantes? Il serait rationnel, ce me semble, de tenter ces expériences sans renoncer au système de recherches dans lequel le docteur Labourdette a réalisé de si remarquables progrès.

M. Trousseau trouve qu'une des idées dominantes dans l'argumentation de M. Boudet, c'est que les doses des médicaments ont toujours une importance très-considérable.

M. Boudet croit aussi beaucoup trop à la nécessité que le médicament lui-même, en nature, soit mis au contact de l'économie pour produire les effets qu'on en attend.

La question de l'action directe des médicaments et celle de leurs doses sont deux questions qui se touchent et se confondent. Pour ma part, dit M. Trousseau, je ne suis pas convaincu que ce soit le médicament lui-même qui soit, par une influence toute directe, l'agent thérapeutique ; je ne crois pas par conséquent que la quantité de substance administrée soit de la plus haute importance. Ceci, je le comprends, a besoin d'une explication. Prenons pour exemple le traitement ferrugineux dans la chloro-anémie. On a cru pendant longtemps que le fer n'avait d'efficacité dans cette affection que parce qu'il s'introduisait en nature dans le sang, pour y reconstituer la matière colorante des globules. On supposait que les minimes parties de fer qui manquaient dans le sang d'une femme chlorotique, étaient remplacées par une certaine quantité des doses énormes de fer ingérées. Aujourd'hui cette théorie de l'action des ferrugineux est à peu près généralement abandonnée. On admet que ce médicament agit d'une certaine façon pour modifier les fonctions, et qu'il dispose en particulier les fonctions assimilatrices de telle manière que de petites quantités de fer soient absorbées, utilisées, très-indépendamment du fer même qui a été administré ; c'est-à-dire que l'assimilation porte tout aussi bien sur le fer que contiennent les aliments, quels qu'ils soient, que sur celui qu'on a fait prendre en abondance aux malades. Ce que j'ai dit du fer, je pourrais le répéter pour d'autres médicaments auxquels c'est aujourd'hui une tendance générale d'attribuer une action purement dynamique.

Le mercure, par exemple, n'agit pas autrement dans la syphilis. Personne ne s'imagine que le contact direct du mercure avec chaque particule vivante, soit nécessaire pour neutraliser sur place et dans tous les points de l'organisme le virus syphilitique. Si cela était, il est évident que le lait d'une vache soumise au régime mercuriel devrait, pour être efficace contre la syphilis, contenir des quantités de mercure bien plus considérables que celles qu'on y découvre. Mais je suis convaincu que ce lait, indépendamment du mercure qu'il contient, agit encore en vertu des propriétés que lui donne l'état général déterminé chez l'animal par le régime mercuriel. Tous les jours nous soumettons les nourrices à un traitement mercuriel destiné à agir médiatement sur l'enfant infecté, et bien que la dose de mercure administrée à ces femmes ne soit pas comparable à celle que l'on fait prendre aux animaux ; bien que, par conséquent, le lait des nourrices doive encore contenir moins de mercure que celui des vaches, il n'en est pas moins vrai que la santé du nourrisson se rétablit.

Pour ce qui est de l'action de l'huile de foie de morue, je ne suis pas certain, comme M. Boudet, qu'elle soit due uniquement à la présence de l'iode. Les mêmes effets sont obtenus chez certains malades par des huiles qui ne contiennent pas la moindre trace d'iode ou simplement par des graisses animales, par du lard. En Écosse, par exemple, on emploie avec succès, dans les cas où serait indiquée l'huile de foie de morue, du jambon frit ou de la sauce de jambon frit, laquelle ne contient que de la graisse. Tout le monde sait enfin de quelle merveilleuse utilité sont pour engraisser les bestiaux les tourteaux de lin et de colza. Mais, pour en revenir à la question principale et pour me

(1) Devergie, t. Ier, 2e édit., page 656.

résumer, je dirai que je n'oserais pas affirmer, comme M. Boudet, que c'est au médicament contenu dans le lait que sont dus les effets thérapeutiques.

M. BOUDET. Je ne puis comprendre une action médicamenteuse que là où je vois un médicament. Cette action dynamique dont parle M. Trousseau, ne me paraît pas devoir être rangée parmi les faits positifs. Il y a là presque une doctrine homœopathique.

M. PIORRY. Chacun, même dans les sciences, suit la voie que lui tracent ses penchants. Les uns, esprits positifs, exacts, s'attachent aux faits et à l'observation; les autres, se plaçant sur le terrain vague des théories, s'écartent de la marche si simple et si naturelle des premiers, pour aller tantôt à droite, tantôt à gauche, rarement en avant, et parfois en arrière, et préfèrent les hypothèses aux expériences positives.

Ceux-ci, s'il s'agit par exemple de la chlorose, ne feront pas ce raisonnement très-simple : Il y a moins de fer dans le sang des chlorotiques que dans le sang normal; après un traitement ferrugineux, la proportion de fer a augmenté : le traitement a donc introduit du fer dans le sang des chlorotiques. Cette explication n'est pas de leur goût, ils aiment mieux invoquer je ne sais quel dynamisme spécial, au risque de donner sur ce point la main aux homœopathes.

Je ne puis pas non plus partager l'avis de M. Trousseau sur l'action qu'il attribue à l'huile de foie de morue, qui selon lui n'agirait pas par l'iode qu'elle contient. Je pourrais citer 800 observations de phthisiques dont l'état s'est amélioré sous l'influence de l'iode et de l'iode seul. Et certes ce n'est pas dans ces cas qu'on peut invoquer une prétendue action dynamique. Rien n'est plus immédiat, rien n'est plus matériel que l'influence de l'iode dans la phthisie. Il n'est pas plus merveilleux de voir certaines constitutions réconfortées par l'huile de foie de morue, qui, en tant qu'aliment gras, convient admirablement aux gens amaigris. Dans toutes ces circonstances, personne ne peut douter que ce ne soit le médicament en nature qui agisse sur l'économie, comme agit encore le phosphate de chaux administré dans le rachitisme contre le ramollissement des os.

M. CHATIN. Je regrette vivement que les rapports ne soient pas lus devant la commission avant d'être lus à l'Académie. S'il en eût été ainsi, j'aurais pu faire quelques réserves sur quelques points du rapport de M. H. Bouley.

Assurément, mes restrictions n'auraient pas porté sur les éloges accordés à M. le docteur Labourdette, qui, par l'importance des expériences qu'il a entreprises et des sacrifices qu'il s'est imposés, a mérité les témoignages de la plus chaude approbation. La méthode de la médication indirecte est excellente. Toutefois, j'aurais préféré qu'on expérimentât un autre mode d'administration des médicaments aux animaux dont le lait doit être pris par les malades. Les solutions médicamenteuses pourraient être facilement absorbées par les végétaux qui leur feraient subir une première élaboration très-favorable à l'assimilation définitive. En nourrissant les animaux avec ces plantes, on aurait la faculté de donner des doses de médicaments assez élevées, tout en compromettant moins la santé des animaux mis en expérience. On ne saurait croire, par exemple, quelle énorme proportion d'iode une plante vivant dans un liquide iodé est susceptible de s'incorporer. Or je crois que rien n'est plus actif que l'iode ainsi assimilé par un végétal, et c'est en songeant à la puissance qu'acquièrent ainsi certains médicaments grâce à l'état dans lequel ils se trouvent et à la forme sous laquelle ils sont administrés, que je me rallie à l'idée émise par M. Trousseau d'une action dynamique qui ne serait pas en rapport avec la quantité de substance ingérée.

(Ici l'orateur cite des cas de guérison de goître obtenue par l'administration de végétaux iodés, c'est-à-dire par l'administration d'un demi-centigramme au plus d'iode, quand un traitement direct par l'iode pris en nature et à haute dose avait totalement échoué.)

Comme preuve de l'assimilation des solutions métalliques par les végétaux, M. Chatin rappelle qu'on a pu faire reverdir, en les arrosant d'une solution ferrugineuse extrêmement faible, des plantes pâlies, étiolées et comme chlorotiques.

M. BOUCHARDAT. Jusqu'à nouvel ordre, je crois qu'il faut préférer le dosage rigoureux des médicaments tel qu'il est possible quand on les donne en nature, à cette façon incertaine et irrégulière de les administrer par l'intermédiaire du lait des animaux. Je le crois, jusqu'à ce qu'on ait démontré l'excellence de la nouvelle méthode, qui attend encore la sanction de l'expérience. Le lait contenant, je suppose, le mercure, guérit-il mieux que le mercure pris tout seul ? C'est ce qu'on ne sait pas encore, et là est toute la question.

M. BOULEY. Administrer aux animaux des médicaments préalablement assimilés par des plantes, est une méthode théoriquement séduisante, mais impraticable. Avec le mode beaucoup plus simple d'administration qu'il avait choisi, M. Labourdette a dû déjà sacrifier à ses expériences une somme de plus de quarante mille francs, dévouement rare à notre époque et dont on ne saurait lui savoir trop de gré. Eh bien, avec le procédé de M. Chatin, il eût fallu cultiver pour ces animaux de vastes terrains qu'il aurait arrosés avec des liquides toujours très-coûteux. Ce n'est pas seulement le zèle d'un savant, c'est la fortune d'un Rothschild qu'il lui aurait fallu.

Quant aux préférences de M. Boudet pour l'huile de foie de morue, je ne les crois pas suffisamment justifiées. L'huile de foie de morue, dit-il, a fait ses preuves; je n'en sais rien; ce que je sais, c'est que c'est la plus infâme substance à laquelle l'homme puisse condamner son semblable. Je ne crois pas qu'on puisse hésiter entre un médicament pareil et le lait iodé, dont l'efficacité peut être égale et dont la saveur est excellente.

M. GIBERT désire une réponse à une simple question : M. Trousseau a-t-il positivement observé de jeunes enfants guéris de la syphilis par le lait de leur nourrice?

M. TROUSSEAU. Les nouveau-nés atteints de syphilis meurent toujours dans le premier mois de leur existence. Ce n'est donc pas sur ceux-ci que j'ai constaté des guérisons. Mais quand la syphilis se déclare vers les quatrième, cinquième, sixième ou septième mois, les guérisons sont plus communes, et j'en ai observé chez des enfants que j'avais traités exclusivement en donnant à leur nourrice du mercure ou de l'iodure de potassium.

M. VELPEAU demande si l'on a constaté chimiquement l'existence du mercure ou de l'iode dans le lait des nourrices.

MM. BOULEY et BOUCHARDAT rappellent que cette constatation a été faite depuis longtemps déjà soit chez les animaux, soit chez les femmes.

Personne ne demandant plus la parole, la discussion est close.

COMMUNICATION.

Traitement de la fièvre puerpérale. — M. SERRE (d'Alais) a la parole pour une communication sur ce sujet. Voici le résumé analytique de cette communication verbale :

a. Dans la grossesse il y a diminution des globules, de 120 à 100; diminution de l'albumine; augmentation de la fibrine.

b. Le traumatisme *naturel* ou *physiologique* exercé par la tête du fœtus sur le col utérin, sur les grandes et petites lèvres, etc., est suivi ordinairement d'un accès fébrile.

Le traumatisme artificiel exercé par la sonde sur le canal de l'homme est souvent suivi d'un accès fébrile. Donc l'organe génital, dans l'espèce humaine, a la propriété, à l'exclusion des autres parties du corps, de produire cette réaction par une action réflexe des centres nerveux.

La femme comme l'homme peuvent mourir de ce traumatisme sans laisser des empreintes matérielles locales qui puissent s'expliquer.

c. L'hémorrhagie est souvent l'un des préparateurs des fièvres puerpérales graves. Elle dispose aux désordres de l'innervation, de la circulation et de la respiration.

d. La fétidité des lochies, le pus des parties enflammées, la plaie salie par le placenta, sont les conditions matérielles qui préparent l'empoisonnement puerpéral.

e. L'analyse du sang puerpéral constate la diminution de la fibrine, la présence du carbonate, du sulfhydrate d'ammoniaque, de l'acide lactique, etc.

f. Le pouls s'élève de 100 à 150 pulsations; la respiration de 30 à 50. La chaleur est considérablement augmentée.

g. Si le mal n'est pas arrêté et que les malades succombent, l'autopsie révèle des désordres organiques locaux qui ne sont pas toujours en rapport avec la gravité de la maladie. Lorsque la mort est prompte, ces lésions sont parfois fort légères.

h. Les frictions mercurielles, le traitement antiphlogistique, le sulfate de quinine, conviennent surtout au début, et lorsque la lésion locale domine les phénomènes généraux, lorsqu'il s'agit d'une péritonite ou d'une métro-péritonite d'emblée.

i. La digitaline a réussi huit fois dans les neuf cas, où elle a été employée à la dose d'un granule administré chaque quatre, cinq ou six heures jour et nuit.

j. Après la suspension du remède, la fièvre est revenue dans trois cas, et toujours elle a été maîtrisée par la reprise des granules : 20 à 35 granules en tout ont suffi pour l'arrêter définitivement.

k. A l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Duplay, trois cas de guérison sur trois (126 à 132 pulsations); à Lyon, dans le service de M. Bouchacourt, deux guérisons sur trois malades; à Marseille ou à Alais, trois guérisons sur trois malades (130 pulsations à 140). Le pouls est descendu à 80-55 et même 48 sous l'influence du remède.

l. Le traitement a été commencé aux 2e, 3e, 4e, 5e et 80e jour de l'invasion. Ici, un seul frisson initial; là, trois frissons chaque jour pendant trois jours de suite.

Si ce traitement se généralise dans un plus grand nombre de cas, l'on sera en droit de conclure :

1° Que dans la pyrexie puerpérale, le désordre dans l'innervation, la circulation et la respiration, jouent un rôle très-important;

2° Que sous l'influence d'une augmentation considérable de la chaleur, les organes souffrants remplissent mal leur fonction éliminatrice;

3° Qu'en outre, leurs produits propres, altérés, s'ajoutent à ceux adressés par l'utérus au torrent circulatoire;

4° Que la matrice contusionnée, imbibée endosmotiquement ou par elle-même de produits infects, s'altère et se décompose;

5° Qu'en ramenant l'ordre dans l'innervation, et, partant, dans la respiration et la circulation, la chaleur tombe; les organes travaillent alors tranquillement et peuvent ainsi accomplir utilement une œuvre d'élimination impossible quand le désordre est à son comble, quand le cœur, paralysé en quelque sorte, leur envoie un sang vicié, adultéré, dont le renouvellement au contact de l'air ne peut plus se faire (que le cœur d'un homme bien portant, sous l'influence d'une vive préoccupation morale, batte pendant quelques heures au rhythme de 100 pulsations, toutes les sensations sont chimiquement changées).

m. Le ralentissement du pouls et de la respiration par le sulfate de quinine peut être utile dans les cas où le sang a conservé ses propriétés plastiques; il peut être mortel dans la fièvre puerpérale caractérisée par la diminution de la fibrine, due à l'influence délétère des matières putrides.

n. Le jet de sang, affaibli par l'empoisonnement quinique, se relève sous l'influence de la digitaline.

o. La digitaline n'agit pas sur le cœur lorsque la paire vague est coupée, ou lorsqu'une phlegmasie est trop intense. On suspend ses effets régularisateurs en coupant ce même nerf.

p. Les doses élevées augmentent constamment la fréquence des battements.

q. A la dose d'un granule de quatre en quatre, de cinq en cinq ou de six en six heures, le ralentissement est plus assuré qu'à des doses plus élevées.

Ceci a des conséquences sérieuses lorsqu'on veut obtenir l'effet thérapeutique, c'est-à-dire la réduction du nombre des pulsations et des respirations, celle de la chaleur animale, avec augmentation de la force impulsive du cœur, conditions indispensables au rétablissement paisible du jeu des organes.

r. Malgré la fièvre, il faut alimenter les malades, soit par des bouillons, soit par des potages administrés de quatre en quatre heures; sans cette précaution, l'effet de la digitaline peut être retardé ou annulé.

s. Les désordres physiques et chimiques remarqués dans les organes doivent être attribués à deux sources différentes : à la souffrance primitive de l'utérus et de ses annexes; à l'action désordonnée des centres nerveux agissant d'une manière réflexe sur les liquides et les solides de cet organe, qui se décomposent et désagrègent comme la pile du chimiste désagrège et décompose les substances soumises à sa puissance dissolutrice.

t. Par la titillation des nerfs ou leur section, on produit à volonté la diarrhée, la péricardite, la pleurésie, la glycosurie. L'illustre physiologiste qui a fait ces belles expériences, M. Claude Bernard, a donc démontré par la voie expérimentale l'utilité d'aller au delà de l'organe malade, de remonter jusqu'à la source trop négligée de la force vivante et de la pathologie fonctionnelle, et de chercher ainsi à découvrir les réactifs physiologiques capables de modifier cette force en vue de l'indication thérapeutique.

u. La digitaline, par ses réactions positives, servira désormais à dégager l'élément général qui comprime les lésions locales, les entretient ou les aggrave; elle conjurera, on en a l'espérance, les dangers de la fièvre puerpérale, devenue l'épouvantail des familles.

v. Quant à l'emploi de la digitaline (1) dans les grandes épidémies qui ravagent nos hôpitaux, l'expérience en fera connaître ultérieurement les résultats; mais on peut, par anticipation, croire à l'utilité de son application dans ces graves circonstances, si l'on parvient surtout à diminuer la terreur qui saisit les malheureuses femmes, en voyant tomber près d'elles tant de victimes de la maladie dont elles sont frappées elles-mêmes. On conçoit que ce traitement puisse être appliqué avec avantage dans toutes les affections septiques.

M. MOREAU demande à M. Serre des renseignements sur l'époque d'apparition des accidents observés chez les nouvelles accouchées et traités par la digitaline; il désire aussi savoir plus exactement de quelle nature ont été ces accidents.

M. SERRE répond que ces accidents, observés en général du deuxième au huitième jour, ont consisté pour la plupart en fièvre vive, douleur abdominale, météorisme, nausées, vomissements bilieux, en un mot que tous les symptômes des péritonites se sont présentés chez ses malades.

M. DEPAUL. Je crois devoir faire remarquer que les principes exposés par M. Serre, sur l'origine de la fièvre puerpérale, sont en désaccord avec ceux qui sont admis par la presque universalité des médecins.

Ainsi le traumatisme n'est considéré par personne comme une des causes de cette terrible affection; les statistiques prouvent que, même en temps d'épidémie, les accouchements les plus laborieux ne sont pas ceux qui ont été le plus fréquemment suivis des accidents de la puerpéralité.

M. SERRE. Je n'ai pas seulement voulu désigner le traumatisme dépendant des manœuvres d'un accouchement artificiel; il y a aussi un traumatisme en quelque sorte physiologique, comme est celui qui résulte du passage pur et simple de la tête du fœtus à travers les voies génitales.

M. DEPAUL. Si les violences d'un accouchement artificiel ne sont pas suffisantes pour provoquer la fièvre puerpérale, à plus forte raison le traumatisme, que vous appelez physiologique, sera-t-il insuffisant. La fièvre de lait signalée aussi comme une cause d'accidents puerpéraux, n'existe réellement pas.

Une femme qui a la fièvre le troisième jour après son accouchement est une femme qui est malade. L'hémorrhagie a peut-être plus d'efficacité comme cause prédisposante, sans avoir toutefois l'importance d'une cause première. Je ne puis admettre enfin, avec M. Serre, que la rapidité imprimée par la fièvre à la circulation, favorise, comme il le dit, l'intoxication générale. S'il y a un poison dans le sang, que ce liquide circule plus ou moins rapidement, l'action de ce poison n'en sera pas moins générale, pas moins énergique.

L'idée d'administrer les globules de digitaline dans le but de ralentir le cours du sang repose donc, à mon avis, sur une théorie erronée. Si la théorie était vraie et que le ralentissement de la circulation pût avoir tant d'influence, les succès du sulfate de quinine seraient plus nombreux, car il a sur le centre circulatoire la même action que la digitaline.

Quoi qu'il en soit, en présence d'une affection aussi généralement irrémédiable que l'est la fièvre puerpérale, l'expérimentation d'un traitement nouveau est très-légitime, et je suis, pour ma part, disposé à en faire l'essai.

M. SERRE. C'est effectivement l'expérience qui doit juger en dernier ressort, car j'avoue que les théories peuvent être contestables. Toutefois je repousse l'assimilation que M. Depaul a établie entre les effets physiologiques du sulfate de quinine et ceux des globules de digitaline, car dans la fièvre puerpérale caractérisée par la diminution de la fibrine due à l'influence délétère des matières putrides, le sulfate de quinine, en ralentissant le pouls et la respiration, augmente les chances de mort, tandis que le jet de sang affaibli par l'empoisonnement quinique se relève sous l'action de la digitaline.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La commission des délégués des Sociétés médicales de tous les arrondissements de Paris se réunira samedi prochain 30 avril, dans la salle de la bibliothèque de l'Académie de médecine. Cette commission se trouve définitivement composée de la manière suivante :

Pour le	1er arrondissement.	MM.	Béhier, Magne.
—	2e	—	Hervieux, Bourguignon.
—	3e	—	Ameuille, de Saint-Jean.
—	4e	—	Perdrix, Cordier.
—	5e	—	Simonot, Morpain.
—	6e	—	Collomb, Al. Mayer.
—	7e	—	Perrin, Frère.
—	8e	—	Géry père, Lantenois.
—	9e	—	Charpentier, Deville.
—	10e	—	Vosseur, Foucher.
—	11e	—	Machelard, Focillon père.
—	12e	—	Vergnes, Pinel-Grandchamp.

M. Paul Andral, avocat, est le conseil judiciaire de la commission.

(1) C'est la digitaline Homolle et Quevenne qui a été employée dans ces essais, et que conseille M. Serre.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 51. — SAMEDI 30 AVRIL 1859. (32e ANNÉE.) N° 51. — SAMEDI 30 AVRIL 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 • Un an. . . 30 •

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur un nouveau mode de pansement des plaies d'amputation des membres.

Après une amputation à lambeaux, mais surtout après une amputation circulaire de la cuisse, par exemple, dans sa continuité, lorsque la ligature des vaisseaux est faite, et qu'il ne s'agit plus que d'obtenir la réunion des chairs entre elles et avec l'os, on est dans l'habitude de faire ramener ces chairs en avant de l'os par les mains d'un aide en les attirant de la base du moignon vers son sommet; puis, afin de prolonger cette situation des parties molles, le chirurgien applique de la base du moignon vers la plaie un bandage roulé, dont les doloires s'arrêtent à la distance de 6 à 8 centimètres de la solution de continuité. Cela fait, l'aide continuant à soutenir les chairs, on donne à la plaie une direction déterminée, soit antéro-postérieure, soit oblique, le plus souvent verticale; et portant autant qu'on le peut l'une vers l'autre les deux lèvres de la plaie, on les maintient en contact avec des bandelettes de sparadrap de diachylon gommé, qui prennent un point d'appui sur un des côtés du moignon, passent en travers sur la plaie et sont fixées sur l'autre côté du moignon. L'angle inférieur de la plaie, ainsi devenue oblique ou verticale, a été laissé un peu béant pour la sortie du sang et de la suppuration. D'autres pièces de l'appareil sont disposées pour recevoir ces liquides. Ce mode de pansement est continué jusqu'à la guérison; il est renouvelé chaque fois que les bandelettes de sparadrap sont relâchées, le bandage roulé de toile pouvant être laissé en place plus longtemps que les bandelettes quand il est bien appliqué.

Tel est le mode de pansement le plus généralement adopté. M. le professeur Laugier fait à ce pansement plusieurs reproches qu'il formule en ces termes :

Les bandelettes, bien que soutenues elles-mêmes par d'autres bandelettes circulaires, ne maintiennent pas exactement la réunion qu'elles sont destinées à produire; leur constriction, qui doit toujours être modérée sous peine d'étranglement du moignon bientôt tuméfié par l'inflammation traumatique, cède au poids du membre placé sur un coussin ou sur le lit dans une position qui tend à écarter les lèvres de la plaie; celle-ci redevient béante dans l'intervalle des pansements, qu'il faut alors refaire plus souvent.

Les bandelettes de linge ou de sparadrap ont un inconvénient grave. Appuyées sur les lèvres de la plaie, elles repoussent les chairs en arrière, favorisent ainsi la saillie du bout de l'os ou des os, et contribuent à laisser au-devant d'eux une sorte de cloaque rempli des fluides sécrétés ou exhalés par la face interne des lambeaux ou du cône de l'amputation circulaire. Ce cloaque implique l'écartement des chairs profondes. Ce moyen de réunion agit ainsi directement contre son but.

Les bandelettes de sparadrap de diachylon gommé causent aussi, chez quelques individus, un érysipèle, qui commence sous elles et s'étend. Les bandelettes de sparadrap gélatineux n'ont pas cet inconvénient, mais elles forment une enveloppe fort dure, qui s'attache aux autres pièces de l'appareil, et difficile à enlever sans tiraillements douloureux. Les bandelettes transversales à la direction de la plaie ne réalisent donc pas ce qu'on en attend. Elles ne continuent pas l'action de la main de l'aide, qui réunit la plaie du fond vers ses lèvres, et cependant la réunion du fond de la plaie est bien plus importante encore à obtenir d'emblée que celle de ses bords.

M. Laugier propose de substituer à ce mode de pansement un nouveau système qui a pour principal objet d'obtenir, à la suite des amputations dans la continuité des membres, la réunion immédiate du fond de la plaie.

La suture profonde, qui a été proposée et pratiquée dans certaines fistules du périnée, ou à la suite d'opérations destinées à les guérir, pourrait remplir le même but. Mais une suture profonde ne se fait pas sans intervention et séjour dans la plaie de corps étrangers, laissés à demeure un temps suffisant pour la réunion, temps qui peut varier beaucoup. Une suture est d'ailleurs une deuxième opération, et il ne s'agit ici que d'un pansement, qui n'a d'ailleurs d'autres avantages que la réunion pendant la durée du traitement de la plaie d'amputation. Il est d'ailleurs fort simple. Il consiste à maintenir les chairs en avant et adossées d'un côté à l'autre de la plaie et engageant sous le bandage roulé *deux plaques de liége* d'un demi-centimètre d'épaisseur, et dont la longueur et la largeur permettent d'embrasser presque circulairement le moignon, depuis sa base jusqu'au sommet, et de le dépasser à cette extrémité libre de 7 à 8 centimètres. Cette partie libre des plaques est digitée, et percée à chaque doigt d'un trou pour recevoir un bout de ruban ou de lacet, qui, à la fin du pansement, réunit les digitations des plaques affrontées deux à deux.

Avant d'engager les plaques sous le bandage roulé, on environne l'extrémité libre du moignon au niveau de la partie profonde de la plaie de circulaires épaisses d'amadou pour rendre la pression des plaques de liége plus douce et en même temps plus efficace, puisque cette couche d'amadou écarte la base de leurs digitations, dont les extrémités libres seront rapprochées et nouées par le lacet.

Au lieu de réunir les lèvres de la plaie par la suture sèche, comme on pourrait le faire, M. Laugier se borne, à l'exemple de Boyer et de ses successeurs, à y interposer un mince plumasseau de charpie enduit de cérat.

Ces plaques de liége, que M. Laugier trouve préférables à la gutta-percha, qui se moule facilement, mais ne tarde pas à se durcir, continuent, comme on le voit, l'action des mains de l'aide. Si elles doivent leur action au bandage roulé dans lequel on les engage, elles lui donnent de la solidité. On ne les retire pas à chaque pansement; on écarte doucement leurs extrémités libres pour changer les pièces de l'appareil extérieur (linge cératé, charpie), et pour le lavage s'il est nécessaire; et, le pansement fait, on noue la rosette de chaque bout de lacet. Ce sont les plaques qui supportent les pressions en tous sens auxquelles, dans le pansement ordinaire, est exposé le moignon. Elles le protégent contre les chocs de tout genre, et, à vrai dire, il est placé dans une sorte d'étui ou de portefeuille solide sans être dur, et qui permet au malade des mouvements très-étendus sans douleur.

M. Laugier a employé ce pansement sur trois malades, mais dans des circonstances différentes. La première fois, pour une amputation de la cuisse chez un jeune homme de dix-huit ans. Le traitement était déjà avancé quand il a eu l'idée de ce pansement, mais il a été très-utile pour achever la guérison.

Le second malade avait été amputé de la cuisse par M. Foucher. L'amputation avait été faite dans le service de M. Laugier et sous ses yeux, suivant toutes les règles de l'art. Malheureusement le malade était tuberculeux; la réunion se faisait attendre depuis quatre mois, quand le nouveau pansement a été adopté. Il a eu pour effet de permettre au malade des mouvements étendus du moignon et de le préserver des douleurs vives qu'il ressentait avec le pansement ordinaire. Mais une altération du fémur consécutive à l'opération, et des tubercules pulmonaires devenus plus manifestes, laissent peu d'espoir pour l'avenir. Enfin, c'est à l'occasion d'une amputation du bras que M. Laugier a pu constater tous les avantages de ce mode de pansement. Employé dès le premier jour, son effet a été tel sur la partie profonde de la plaie, que dès le premier renouvellement du pansement au bout de trois jours, la réunion profonde était complète, et que la réapplication du bandeau roulé n'a ramené du fond de la plaie aucune suppuration. La guérison a été prompte, bien que le malade fût un vieillard de soixante et onze ans.

En résumé, voici les avantages que M. Laugier attribue à ce pansement : il procure promptement la réunion du fond des plaies d'amputation des membres dans la continuité; il soutient les chairs ramenées au-devant de l'os, assure la direction donnée aux lèvres de la plaie, supprime les inconvénients des bandelettes agglutinatives; il protége le moignon contre les chocs extérieurs, facilite les mouvements du malade et du membre amputé, et on peut présumer sans exagération que son emploi serait utile dans les ambulances des armées.

Observation de sueur parotidienne.

Il s'est présenté au commencement de cette année, dans le service de M. le professeur Nélaton, à l'hôpital des Cliniques, un fait assez singulier, qui a pendant quelque temps excité l'attention des nombreux élèves présents aux visites; il s'agit d'un cas de sueur parotidienne. Grâce au zèle et au soin intelligent avec lesquels il a été étudié par l'un des élèves attachés alors au service, M. Bergounhioux, ce fait a pu recevoir une explication toute naturelle et éclairer en même temps quelques faits analogues qui avaient jusqu'alors laissé les esprits dans le doute sur leur véritable caractère.

FEUILLETON.

A PROPOS DE PHILOSOPHIE MÉDICALE.

Toutes vérités sont bonnes à dire.

Quand Philippe, roi de Macédoine, entreprit d'assiéger et ruiner Corinthe, les habitants, avertis de son approche, se mirent, avec grand émoi, chacun en devoir de résister et de défendre leur ville.

Diogène le Cynique, les voyant s'agiter, contempla leur contenance durant quelques jours sans mot dire, puis enfin, comme excité d'esprit martial, ceignit son manteau en écharpe, retroussa ses manches jusqu'aux coudes, et se mit à rouler de çà et de là son tonneau de terre cuite (car c'est de cette matière et non autrement qu'il était) avec une violence inouïe; ce que voyant, un de ses amis lui demanda quelle cause le poussait à tourmenter ainsi ce tonneau.

—C'est, répondit Diogène, parce que n'étant employé à aucun autre office par la république, je le tempête pour ne pas être vu oisif parmi ce peuple si fervent et si occupé.

De même je rougirais de ne dire mot sur la tant grave question de la chaire de philosophie médicale refusée par la Faculté de Paris; quoiqu'en ce moment je sois en mon paradis de salubrité, aménité, sérénité et délices, me livrant tout entier aux honnêtes plaisirs de l'agriculture et de la vie rustique.

Une chaire de philosophie médicale, qu'est cela? Une institution critique, une semonce continuelle, un levier qui agite, mine et détruit l'édifice, s'il n'est à toute épreuve.

Or la Faculté est conséquente en la refusant, par la raison que les fondements de son Ecole ne sont pas solides, et que le moindre effort la conduirait à sa destruction et ruine.

L'Ecole de Paris est la négation du passé; l'examen physique, chimique, mathématique et anatomo-pathologique de toute la médecine, la révision à fond des erreurs, des vaines théories, le renversement de ce qui n'est pas explicable ni expliqué, *c'est l'école positive en médecine.*

Ne regardez pas en arrière, vous disent ces hommes, il n'y a que ténèbres; voici la borne, il faut partir d'ici, la science et l'art datent de nous, et notre génie est si fécond, nos principes si sûrs, que d'un seul coup nous allons porter les connaissances médicales à leur sommet, rien en deçà, rien au delà. La nature nous attendait exprès pour nous livrer tous ses secrets; nous voici, ouvrez les oreilles, nous allons vous dire la vérité.

Intentique ora tenebant.

Il faut convenir que les autres doctrines médicales, sans exception, sont entachées d'une multitude d'erreurs, plus grossières les unes que les autres; il est bon d'en avertir la jeunesse médicale, et il est indispensable qu'elle sache ce qui suit :

1° Les œuvres du grand Hippocrate, à part les passages sublimes qui les distinguent et établissent les bases de la vraie science en médecine, fourmillent de choses incroyables;

2° En ouvrant les livres de Galien, on y voit des volumes entiers farcis de charges auxquelles les portières de nos jours refuseraient d'ajouter foi;

3° Plus près de nous, dans un monument de vieille chirurgie, on trouve les chapitres les plus bouffons, et quel en est l'auteur? l'immortel Ambroise Paré!

Il faut donc encore le répéter : *Errare humanum est;* et je vous assure que, à mon sens, l'école de Paris est loin de s'en priver.

Semblable aux réformateurs en matière de religion, elle a effacé une faute pour la remplacer par dix autres.

Les exemples ne nous manqueront pas.

Il n'y a, vous dit-on à Paris, que des organes sains et des organes malades, des fonctions saines et des fonctions malades.

De la vie, pas de nouvelles.

Un homme vivant est une horloge qui va, un homme mort est une pendule qui a cessé de marcher; ils n'y voient pas d'autre différence.

De là cette pathologie à frapper, écouter, examiner, toucher, regarder et disséquer.

Et cette thérapeutique ôtant ou mettant, c'est le culte des symptômes, l'abandon des causes, la négation de la vie et de toutes les puissances médicamentales.

Puis encore les dénégations les plus singulières, équivalant à peu

Voici ce fait :

La femme B..., couturière, âgée de quarante ans, bien constituée, a fait, il y a deux ans, une maladie grave à la suite de laquelle elle a eu une parotide. On craignit un instant que la tumeur ne s'abcédât. Mais il n'en fut rien, le mal se termina par résolution. La femme B... se croyait guérie, quand, au bout de quelques semaines, elle s'aperçut, en mangeant, d'une gêne considérable : la joue, du côté qui avait été malade, se gonflait, se tendait, rougissait, et l'on voyait à la fin *ruisseler à flots*, disait-elle, un liquide incolore et transparent, qui brûlait le linge qu'il touchait.

Il y avait, comme on va le voir, dans ce récit, la part à faire à la vérité et à l'exagération.

M. Nélaton ayant désiré que la malade le rendît témoin de ces phénomènes, elle est venue plusieurs fois déjeuner à la Clinique.

Tout le monde a pu voir, dès le commencement du repas, la région parotidienne se colorer, se tuméfier plus ou moins rapidement sous l'influence d'une mastication plus ou moins active et laborieuse, ou bien encore suivant la plus ou moins grande sapidité des aliments choisis.

Quant aux *ruisseaux de liquide corrosif* qu'on s'apprêtait à recueillir, il fallut une loupe pour constater que, au niveau des orifices sudoripares disséminés au pourtour du gonflement, perlaient de fines gouttelettes d'un liquide luisant et limpide ; à peine formées, ces gouttelettes s'unissaient aux voisines et formaient des gouttes un peu plus volumineuses. Celles-ci, en s'étalant, donnaient naissance à ce que la malade appelait des *flots* de liquide.

Quoique réduit à ces proportions, le fait n'en était pas moins digne d'intérêt.

D'après l'invitation de M. Nélaton, M. Bergouhnioux s'est livré à quelques essais pour déterminer la nature et la source probable de ce liquide. Voici les faits qu'il a constatés et qu'il a communiqués depuis à la Société de biologie, dont le compte rendu reproduit ces détails.

Bien que le mode d'excrétion qui vient d'être décrit laissât peu de doute sur la nature de la sécrétion, toutefois M. Bergouhnioux appliqua sur la joue un papier réactif sec et de médiocre sensibilité : le bleu de tournesol fut immédiatement pointillé de rouge, et la même expérience, répétée dans un moment favorable sur l'aile du nez de la malade, donna exactement le même résultat. La salive buccale, au contraire, était presque alcaline.

Restait à vérifier l'état du conduit de Sténon. Après avoir soigneusement séché les environs de l'orifice, on attendit en vain le jet de salive. La femme B... prétend, d'ailleurs, que les aliments mâchés exclusivement de ce côté ne sont pas humectés.

Que devient alors la sécrétion salivaire, et dans quelles conditions s'exécute la fonction ? C'est ce qu'il eût été intéressant sans doute de chercher à déterminer. Mais le point essentiel, celui qu'il importait surtout de faire ressortir de cette observation, c'est que le canal de Sténon peut être oblitéré sans qu'il y ait transsudation tégumentaire.

Voici une seconde observation, qui fait également partie de la communication de M. Bergouhnioux, qui concourt à établir ce fait :

M. le docteur H. B..., soigné par M. le docteur Vigla, était convalescent d'un rhumatisme articulaire dont la généralisation et la ténacité avaient donné de sérieuses inquiétudes. Il commençait à manger, quand il s'aperçut qu'avec les efforts de la mastication la région parotidienne s'empâtait, gonflait, devenait pourpre, tant et si bien qu'une douleur extrême finissait par interrompre chaque repas. Il dut, pendant plusieurs jours, s'en tenir à l'usage d'aliments liquides ou broyés, ce qui pour un convalescent ne laissait pas que d'être fâcheux. A la fin pourtant, les symptômes s'amoindrirent, et peu à peu disparurent complétement. Deux mois après, récidive moins grave du rhumatisme, convalescence ; nouveaux phénomènes de rétention salivaire, mais du côté opposé. Dans les deux cas, le malade a scientifiquement constaté que l'insalivation était presque nulle du côté malade. D'ailleurs, aucune trace de transsudation tégumentaire.

Nous avons dit que le fait de la femme B... en éclairait un autre semblable qui a fait un certain bruit dans la science, et sur la nature duquel on était resté dans le doute.

On lit, en effet, ce qui suit dans le *Cours de physiologie* de P. Bérard : « Dans le cas d'oblitération de quelques parties de l'appareil excréteur de la salive, on a vu ce liquide sourdre sur la joue comme une rosée transparente. J'ai observé, dit-il, cette particularité sur mon père. Au moment du repas, sa joue rougissait, et la salive, d'abord rassemblée en gouttes, ruisselait bientôt avec abondance, sans qu'on pût découvrir les orifices qui lui livraient passage. Un abcès de la parotide, survenu pendant le cours d'une fièvre grave, avait été la cause de ce singulier mode d'excrétion salivaire. » Mais l'éminent physiologiste n'ayant donné aucune preuve que ce liquide fût de la salive, et ne rapportant aucun caractère propre à la faire reconnaître, n'est-il pas beaucoup plus naturel de penser avec M. Bergouhnioux que les choses se passaient dans ce cas exactement comme elles se passent actuellement chez la femme B..., c'est-à-dire que l'excrétion qui avait été prise pour de la salive n'était que de la sueur ? La parfaite similitude des deux cas et des conditions pathologiques qui avaient dans l'un et l'autre amené la production de ce phénomène, justifient, ce nous semble, cette conclusion.

Blessure du lobe antérieur gauche du cerveau par un grain de plomb. — Séjour de ce projectile. — Guérison.

Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié le fait intéressant raconté par M. le docteur E. Martenot, dans le numéro du 7 avril, relativement à un cas de blessure du lobe antérieur du cerveau, sans lésion de la parole.

Il ne sera pas sans intérêt de rapprocher de cette observation un fait à peu près analogue que nous communique à cette occasion M. le docteur Remy, médecin à Plombières-lès-Dijon, d'autant plus que certains symptômes observés dès les premiers jours et sur la fin du traitement, donnent raison à l'éminent professeur de la Charité, qui place le siége de la parole dans le lobe antérieur du cerveau. Voici le fait tel que le rapporte notre confrère de la Côte-d'Or.

Le 6 février 1858, Claude C..., de Plombières lès-Dijon, assistant à une partie de chasse, reçut un grain de plomb de la grosseur d'un petit pois, qui, par ricochet, vint le frapper au-dessous de la bosse coronale gauche, et pénétra dans le lobe antérieur du cerveau de ce même côté. Etourdi par le coup, le blessé perd un instant connaissance, puis se relève et se met à recharger machinalement son fusil. Un camarade de chasse accourut pour lui offrir son bras et l'aider à regagner sa maison, distante de deux ou trois kilomètres.

Mandé en toute hâte auprès de C..., qui s'était mis au lit en arrivant, M. Remy a constaté les symptômes suivants :

Céphalalgie sous-orbitaire siégeant principalement au côté gauche, décubitus dorsal, facies animé ; les yeux se tiennent constamment fermés comme pour éviter l'impression douloureuse produite par la lumière ; quelques nausées sans vomissements ; paroles justes mais lentes : le malade fait un véritable effort pour répondre aux questions qu'on lui adresse.

La blessure du front fut ensuite l'objet d'une attention minutieuse. Une sonde cannelée, introduite dans la plaie, suivit doucement et par son propre poids le chemin qu'avait fait le projectile. Elle s'enfonça de 4 à 5 centimètres en parcourant une ligne parallèle à la base du crâne, puis s'arrêta sur un corps dont le contact produisit spontanément sur le blessé un mouvement convulsif de tous les muscles de la face.

Effrayé de la gravité du cas qu'il avait sous les yeux, M. Remy retira aussitôt la sonde ; mais avant de franchir les bords externes de la plaie, il chercha à relever une petite esquille dont il avait constaté la présence. Dans ce mouvement, la sonde sortit brusquement et ramena dans la cannelure une matière grisâtre qui fut reconnue pour être de la substance cérébrale. Après cet examen attentif, M. Remy se recueillit un instant avant de prendre un parti sur ce qu'il avait à faire. A en juger par la plaie, qui était parfaitement ronde, le corps étranger ne devait pas être d'une grande dimension, mais il avait pénétré profondément dans le cerveau.

De prime abord, la situation du malade paraissait rassurante ; néanmoins, des accidents graves devaient, selon toute probabilité, suivre le travail d'élimination qu'allait opérer la nature. En allant immédiatement à la recherche du projectile par l'opération du trépan, ne s'exposait-on pas à aggraver le mal qu'avait fait le corps étranger ? N'ayant personne à qui il pût communiquer ces réflexions, M. Remy pencha pour l'expectation, tout en satisfaisant aux premières indications.

Ainsi, calmer la violence de la céphalalgie en enveloppant la tête de compresses imbibées d'eau à la glace ; renouveler fréquemment ces applications pour entretenir la même température ; pratiquer une saignée de 400 grammes ; recommander le silence le plus absolu autour du malade, furent les seuls moyens qu'il crût devoir employer.

Le 7, l'état de C... est à peu près le même ; la nuit a été agitée et sans sommeil. Une nouvelle saignée de 400 grammes est jugée nécessaire. Le docteur Brulet, de Dijon, est appelé en consultation. Il fut convenu qu'aucune tentative d'opération ne serait faite pour extraire le corps étranger tant qu'il ne se présenterait pas d'indications autres que celles que fournissait alors l'état du blessé. Des vessies remplies de glace pilée furent placées sur la tête, avec recommandation de les renouveler.

Les 8 et 9, le pouls est à 70, plein et dur, malgré les deux saignées qui ont été pratiquées. Constipation : 40 gr. d'huile de ricin.

Le 10, la céphalalgie a augmenté pendant la nuit ; quelques frissons erratiques ont précédé cette exacerbation. Le pouls, tout aussi plein que la veille, réclame une troisième saignée. En même temps, on prescrit : calomel, 10 centigr. ; sucre, 1 gramme, pour vingt doses à prendre de deux en deux heures ; diète ; bouillon de veau, trois tasses ; eau de chiendent pour boisson.

Les 11 et 12, la plaie est entièrement cicatrisée ; la céphalalgie, qui avait été jusqu'alors d'une ténacité désespérante, a cependant un peu diminué sous l'influence des saignées répétées et d'une application de sangsues aux apophyses mastoïdes. Le malade a eu pour la première fois pendant la nuit deux heures d'un sommeil calme et réparateur. Continuation du calomel fractionné et des applications de glace sur la tête.

Le 15, même état que les jours précédents. Gengivite mercurielle ; suppression du calomel ; 40 grammes d'huile de ricin. Le malade est toujours profondément absorbé ; sa parole est lente, difficile, mais juste ; il semble répondre à regret aux personnes qui lui parlent. La vue est affaiblie ; C... ne distingue pas nettement les objets à deux mètres de distance ; la lumière produit toujours sur ses yeux une impression désagréable, et, pour ne pas fatiguer le malade, on est obligé de tenir son appartement dans une demi-obscurité. Parmi les facultés de l'entendement, la mémoire a subi une modification remarquable ; C... se rappelle très-bien tout ce qui est antérieur à son accident, mais il oublie vite ce qui se passe depuis ; ainsi, le soir, il ne se souvient pas d'avoir vu et entendu les personnes de sa connaissance qui l'ont visité le matin.

Les 16 et 17, diminution notable de la céphalalgie ; suppression de la glace ; administration de l'opium, 5 centigr. dans la journée, 1 centigr. toutes les deux heures.

Le 18, cessation à peu près complète de la céphalalgie pendant le jour ; réapparition de ce symptôme, précédé de quelques frissons pendant la nuit.

Le 19, état général et local aussi satisfaisant que la veille. Redoutant pour la nuit le retour de la douleur de tête et se rappelant avoir rencontré soit dans sa pratique, soit dans celle des hôpitaux, des cas de traumatisme cérébral qui avaient donné lieu

---

près à celles de Broussais, alors qu'un beau jour il s'était passé la fantaisie de supprimer toutes les entités morbides, qui gênaient son système.

C'est là le bagage de l'École de Paris ; on aurait beau dire et vouloir renier, il n'y a pas autre chose. Les dissidents commencent toutefois à être nombreux dans la place, la Discorde est aux portes du camp d'Agramant ; mais, pour le moment encore, tel est l'inventaire de l'arsenal entier. En un mot, c'est là tout ce qui est visible à Paris.

Examinons ce qu'en pense la nature.

Anatomistes, coupez, tranchez, examinez à l'œil nu ou au microscope ces deux graines : l'une vient d'un pin, l'autre est le fruit du ricin, je suppose.

A quoi verrez-vous que la première, plus petite, donnera naissance à un arbre gigantesque et séculaire ?

Pourquoi la seconde, plus grosse et très-charnue, ne produira-t-elle qu'une plante annuelle de petite taille ?

Voulez-vous me dire en vertu de quelles lois anatomiques ce cheval si fort, si alerte, n'existera que pendant vingt ans, et pourquoi cet enfant si chétif en vivra peut-être cent ?

Si de ces exemples d'histoire naturelle, nous passons à la pathologie, nous verrons que l'Ecole de Paris reconnaît, en effet, la péripneumonie avec trois degrés distincts d'inflammation, et pour elle tout est dit.

Mais la vérité étant qu'il existe plusieurs espèces péripneumoniques, ces trois degrés ne représentent nullement la maladie, mais *des symptômes seulement*. En effet, les médecins sensés les plus ennemis des divisions morbides à l'infini, sont forcés de les reconnaître, puisque l'élément rhumatismal, les fièvres exanthémateuses, etc., sans parler des causes de la pneumonie contagieuse des bêtes à cornes, sont autant de générateurs pathologiques divers.

L'École de Paris sent donc qu'il lui est impossible de philosopher ; elle sait bien que dès la première attaque dirigée par le sain raisonnement et l'observation, elle tomberait pour ne se relever jamais.

Cette École ne croit que ce qu'elle voit, disent ses partisans ; et justement il faut avouer qu'il est bon nombre de cas où elle ne voit rien du tout. Quels embarras ?

I. Voici un cadavre dont tous les organes sont trouvés sains..., et il est cependant mort de maladie.

II. En voilà un autre. Il a succombé à une violence instantanément mortelle. A son autopsie, on trouve des lésions préexistantes plus que suffisantes pour expliquer sa mort, et cependant jamais sa santé n'a été visiblement altérée.

Passons à la thérapeutique.

III. C'est un accès de fièvre intermittente : qui l'a causé ? c'est un miasme ; qui l'a guéri ? c'est le quinquina.

Voulez-vous, s'il vous plaît, me dire quel rapport il y a entre un accès intermittent et de l'anatomie pathologique ; quelles connaissances vos études dites positives vous ont apprises sur ce que c'est qu'un miasme, et quelles sont les explications raisonnables que vous pourrez me fournir pour m'expliquer en vertu de quoi et comment le quinquina, dont vous ignorez entièrement le mode d'action, a triomphé du miasme dont vous ne savez rien, et de l'accès de fièvre qui pour vous comme pour moi, je pense, est un fait inexplicable et inexpliqué ?

Si vous avez par hasard de bonnes nouvelles à me donner de tout cela, je suis en les attendant.

Toutes ces vérités sont autant de causes d'extinction d'un système aussi insuffisant pour la pratique que peu satisfaisant pour la raison.

Il faut le dire, l'École de Paris, partant du matérialisme le plus brutal, vient aboutir à l'erreur.

Je conviens que les théories de l'école de Montpellier sont un peu poétiques ; mais, en revanche, ici cette pratique terre à terre mène au néant, sous prétexte de science et de progrès.

Si cela se bornait à l'Ecole, je n'en dirais rien, tant j'aime la liberté des opinions ; mais

Sæpe solet similis filius esse patri,
Et sequitur leniter filia matris iter.

Or le vrai médecin doit être le contemplateur et le ministre de la nature ; il doit avoir devant lui l'image de la vie, de la santé et de la maladie dans leurs véritables aspects.

Il doit être homme craignant et aimant Dieu, agréable à tous les humains, de Dieu et des hommes bien-aimé ; et quand enfin l'âge est venu mettre un terme à ses services, il faut que sa mémoire soit heureuse.

Selon moi, il ne peut puiser les principes qui le mèneront à cette fin que dans une belle et bonne philosophie.

Amédée Joux.

à des accidents intermittents et combattus avantageusement par le sulfate de quinine, M. Remy prescrivit, à prendre dans la matinée : sulfate de quinine, 1 gramme; extrait d'opium, 2 centigr. et demi; teinture d'arnica, 10 gouttes.

Le 21, nuit excellente; le malade a bien dormi; il ne ressent plus qu'une sensation vague de douleur à la tête; la mémoire ne lui fait plus autant défaut; l'appétit se prononce; des aliments lui sont accordés.

Du 22 février jusqu'aux premiers jours de mars, Ch... continue de bien aller; mais à cette époque apparaît un symptôme nouveau et tellement contraire aux précédents et au caractère du blessé, que sa femme fait part de cet incident avec des marques d'inquiétude. Ch..., qui jusqu'alors avait été très-peu communicatif, se sent dominé par un besoin irrésistible de parler. Il se rend lui-même très-bien compte de son état, et le compare au premier degré de l'ivresse. Cet incident bizarre, survenu sans cause appréciable, dura quatre ou cinq jours, après quoi tout rentra dans un état normal.

Le 24 avril 1859, le jour où notre confrère nous a adressé la relation de ce fait, Ch... jouissait d'une bonne santé; sa guérison ne s'était pas démentie. Il ignore qu'il porte encore dans la tête le plomb qui a failli lui coûter la vie.

Cette observation ajoute un fait de plus à ceux déjà si nombreux que la science possède sur l'heureuse influence du froid dans les lésions traumatiques, et fait connaître les ressources de la nature dans un cas qui s'est offert bien rarement. Quant aux symptômes observés pendant la maladie, à savoir : la lenteur et la difficulté de la parole dans les premiers jours, puis la loquacité remarquable survenue dans la convalescence, les physiologistes auront à en rechercher l'interprétation.

FONGUS DU TESTICULE.

(Observation recueillie par M. Langlebert, et lue par M. Jarjavay à la Société de chirurgie dans la séance du 20 avril.)

P..., coiffeur, âgé de trente ans, d'une constitution moyenne, d'un tempérament bilieux, est affecté depuis six ans d'une blennorrhagie (goutte militaire). Il n'a jamais eu de chancres ni aucun autre symptôme de nature syphilitique.

Au mois de septembre 1856, P..., a été pris d'une inflammation de l'épididyme du côté gauche, laquelle s'est étendue promptement au corps du testicule, de manière à produire une orchite blennorrhagique complète. Un confrère appelé à cette époque a prescrit des sangsues, des pommades résolutives, des cataplasmes, des bains, des purgatifs salins; en un mot, le traitement *classique* de cette affection.

Ce traitement a fait disparaître en dix ou quinze jours les symptômes aigus de la maladie; mais le testicule est resté volumineux, dur, pesant, et douloureux à la moindre pression.

Le 9 janvier 1857, après une journée de fatigue, le malade est pris tout à coup de douleurs vives et d'une fièvre assez forte, qui le forcent à se mettre au lit. Le 10, il me fait appeler.

Je trouve le testicule gauche doublé de volume à peu près, excessivement douloureux à la pression, la peau du scrotum d'un rouge vif. — 12 sangsues, moitié au périnée, moitié sur l'aine gauche; onguent napolitain belladoné; cataplasmes; bains; eau de Sedlitz; tisane d'orge et de chiendent; diète.

Du 10 au 15 janvier, pas de changement dans l'état du malade; les douleurs et la fièvre persistent.

Le 16, je remarque sur la face antérieure du scrotum une tumeur fluctuante, large comme une pièce de 2 francs. La peau qui la recouvre est d'un rouge sombre violacé. J'ouvre cette tumeur d'un coup de lancette, et il en sort environ une cuillerée à café de pus phlegmoneux, à la suite duquel est venue un peu de sérosité.

Le 18, je revois mon malade. « Docteur, me dit-il, je ne souffre plus, mais je suis fort inquiet; il me semble que mon testicule est sorti en partie par l'ouverture de l'abcès. » Il avait raison. La moitié de la pulpe séminale faisait hernie à travers la tunique albuginée déchirée et le scrotum détruit sur toute l'étendue précédemment occupée par l'abcès.

La tumeur ainsi formée était grosse comme la moitié d'une noix, d'un blanc jaunâtre, çà et là piquetée de rouge, molle, légèrement poisseuse et montrant à sa surface une foule de filaments excessivement fins, qui n'étaient autre chose que les canalicules spermatiques mis à nu. Vers la base de la tumeur, on voyait des lambeaux de la tunique albuginée, et un peu plus bas, les bords de l'ouverture scrotale d'un rouge vif, embrassant exactement, mais sans le comprimer, le testicule hernié.

Le lendemain et le jour suivant, je fis venir successivement MM. Gosselin et Jarjavay, que mon malade pouvait intéresser plus particulièrement, en raison de leurs travaux spéciaux sur ce point, encore peu étudié en France, de la pathologie du testicule.

Voici le traitement que j'employai, et dont je fus très-satisfait.

Application sur la tumeur de linges et de charpie imbibés de la solution suivante :

Eau distillée.	100 grammes.
Teinture d'iode.	de 6 à 10 gram.
Iodure de potassium.	1 gramme.

Compression modérée au moyen d'un volume in-8° relié placé sur les pièces du pansement.

A l'intérieur, 1 gramme d'iodure de potassium par jour; vin de quinquina.

Le malade n'ayant pas de fièvre, je lui permis de se nourrir à peu près selon son appétit.

En peu de jours la tumeur s'affaissa, en même temps que se rétrécissait très-rapidement l'ouverture du scrotum.

Le 28 janvier, j'enlevai avec le bistouri une petite portion du testicule qui faisait encore saillie. Cette portion, sur laquelle avait pesé immédiatement la compression, était aplatie et de plus noircie et mortifiée par le liquide iodé. Le malade ne perdit pas une goutte de sang.

Le 4 février, la cicatrisation était achevée, et l'ouverture scrotale complétement fermée. Les jours suivants, on sentait à travers le scrotum l'épididyme et une partie du testicule, représentant environ les deux tiers de l'organe supposé sain. Mais peu à peu cette partie s'est atrophiée, et il n'est plus resté dans le scrotum qu'un petit noyau oblong et aplati transversalement, formé par l'épididyme et quelques débris de la tunique albuginée.

J'ai depuis guéri ce malade de sa blennorrhée par ma méthode des injections caustiques (1 gramme d'azotate d'argent dans 20 grammes d'eau distillée), faites tous les huit jours dans la partie antérieure de l'urèthre, à une profondeur de 5 à 6 centimètres seulement, et combinées avec l'administration à l'intérieur du citrate de fer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 avril 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

Du fongus bénin du testicule. — Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. JARJAVAY communique une observation relative à un cas de fongus du testicule, recueillie par M. Langlebert. (Voir plus haut.)

M. GOSSELIN regrette de ne pas avoir assisté à la dernière séance pour rectifier une erreur relative au traitement appliqué par lui au jeune enfant opéré par M. Guersant.

Je n'ai jamais excisé le fongus, dit M. Gosselin, pendant les trois mois que j'ai traité le petit malade. Si je n'ai pas fait part à la Société des suites du traitement, c'est parce que le malade m'avait été enlevé pendant que je lui donnais des soins. Aujourd'hui l'occasion s'offre à moi de remplir cette lacune, et je m'empresse de la saisir.

J'ai commencé par recourir à la compression, que j'exerçai à l'aide de bandelettes de diachylon, par-dessus lesquelles je maintenais des tampons de charpie imprégnés de solution de sulfate de cuivre, suivant le procédé de Curling, qui cite des cas de guérison obtenue par ce mode de pansement. Je formulai en même temps un traitement général, car vous vous rappelez que la constitution de l'enfant paraissait entachée de syphilis. Cet ensemble de moyens n'amena aucune modification. Alors j'eus recours à l'opération de Syme. Je débridai en haut et en bas la peau du scrotum, et, par une dissection suffisante je la détachai, et après en avoir avivé les bords je réunis, en fermant ainsi la tumeur au dessous de la peau. La réunion fut maintenue à l'aide de six points de suture. Les sections en haut et en bas réussirent, mais il n'en fut pas de même dans le milieu et par l'ouverture qui se fit et qui peu après prit plus d'étendue. La tumeur fit hernie de nouveau.

Je tenais à vous exposer les phases diverses de ce traitement minutieux, qui, sur le même sujet, montre l'insuffisance et de la compression et du procédé autoplastique de Syme.

Fongus du testicule. — M. BROCA, à l'occasion de la discussion qui a suivi la présentation faite par M. Guersant dans la dernière séance, présente le moule en cire d'une pièce qu'il a eu l'occasion d'examiner il y a deux ans, à l'hôpital Saint André de Bordeaux, dans le service du professeur Chaumet. M. Péry, aide de clinique du service, a bien voulu lui faire parvenir, avec la pièce artificielle, l'observation, qu'il a recueillie au lit du malade.

Voici d'abord un extrait de cette observation.

Fongus du testicule consécutif à une affection tuberculeuse de cet organe; cas traité par la méthode de l'écrasement linéaire; guérison. — Pierre M..., vingt-cinq ans, constitution faible et lymphatique; hémoptysie il y a huit ans; blennorrhagie simple il y a sept ans; n'a eu ni chancres ni accidents syphilitiques.

En 1852, sans cause connue, douleur dans le testicule gauche, bientôt suivie de gonflement et de rougeur. Entré à l'hôpital Saint-André, le malade fut soumis à un traitement antiphlogistique. Néanmoins un abcès se forma et ne tarda pas à s'ouvrir. Quelque temps après M... sortit de l'hôpital, mais il n'était pas guéri; son testicule gauche était toujours gros et douloureux.

Deux ans plus tard (1854) même douleur dans le même testicule; la tuméfaction s'accroît, la peau redevient rouge. Le malade entre cette fois à l'hospice Saint-Jean (vénériens). Traitement antiphlogistique; frictions mercurielles pendant plusieurs mois; la douleur et la rougeur disparaissent, mais la tumeur ne diminue pas. Le malade ayant quitté l'hôpital Saint-Jean, dut bientôt rentrer à l'hôpital Saint-André, où il lui survint un nouvel abcès. Un pus granuleux et mal lié s'échappait à l'ouverture, et celle ci resta longtemps fistuleuse.

Vers le milieu de 1856, quoique la tumeur existât toujours, la fistule était refermée, et le malade put encore sortir de l'hôpital, mais il dut y rentrer au 1er décembre 1856; un nouvel abcès, plus gros que les précédents, s'était formé, et avait laissé plusieurs fistules. Le sujet était faible, pâle et amaigri; il toussait fréquemment. Il y avait sous la clavicule gauche un peu de matité avec rudesse de la respiration. Le testicule gauche avait le volume d'un œuf de poule; il était irrégulièrement bosselé, dur en certains points, ramolli et presque fluctuant par places. Il était surmonté de trois trajets fistuleux qui fournissaient du pus séreux en petite quantité. Du reste la tumeur était peu douloureuse, même à la pression.

Le 15 décembre 1856 on fit des incisions réunissant les trois points fistuleux. Il s'écoula aussitôt une certaine quantité de pus séreux avec quelques grumeaux d'un blanc jaunâtre. Bientôt des productions fongueuses, que rien ne put réprimer, s'élevèrent du fond de la plaie, et en peu de temps elles constituèrent un gros champignon rouge, mollasse, saignant au plus léger contact; autour du pédicule de ce champignon, qui avait le volume d'une grosse noix, la peau était amincie, d'un rouge violacé, et très-adhérente à la partie profonde du testicule. Pendant que ce fongus se produisait, le malade était soumis à un traitement tonique antiscrofuleux; sa constitution s'améliorait, ses forces se rétablissaient, et le 2 avril 1857 M. Chaumet jugea que le moment était venu de pratiquer l'ablation du testicule.

Cette opération fut faite avec le plus grand succès par la méthode de l'écrasement linéaire. Il ne s'écoula pas une goutte de sang, il ne survint aucun accident, et la cicatrisation fut rapide.

Examen de la tumeur. — La tumeur, incisée dans le sens de sa longueur, depuis la surface du champignon jusqu'à l'épididyme, présente d'abord, de dehors en dedans, une couche corticale rouge, fongueuse, très-vasculaire, épaisse de trois ou quatre millimètres. Au-dessous de cette couche, on trouve une substance dense, d'un blanc-grisâtre, très-peu vasculaire, semblable à certaines tumeurs fibro-plastiques. Plus loin enfin, dans la partie la plus profonde de la tumeur, on aperçoit quelques rares débris de canaux séminifères. Ces particularités, à l'exception de la dernière, se constatent très-bien sur la pièce en cire que M. Broca met sous les yeux de la Société de chirurgie, et qui a été modelée par M. le docteur Tatin, de Bordeaux.

M. BROCA, après avoir fait cette présentation et avant de revenir sur un point d'anatomie pathologique qui se rattache plus spécialement à la discussion, rappelle que M. Deville a mis en doute, il y a quelques années, tout ce qu'on avait dit jusqu'alors sur la nature du fongus du testicule. Cette affection, décrite pour la première fois par Lawrence, passait pour très-commune en Angleterre; on croyait que c'était une maladie *sui generis*, différente quant à sa nature de toutes les autres affections testiculaires; une production accidentelle spéciale, née dans le parenchyme de la glande, près de la tunique albuginée, perforant d'abord cette tunique, puis toutes les autres enveloppes des bourses, et finalement produisant à l'extérieur un champignon mollasse, constitué par des végétations fongueuses et par un tissu particulier, dans lequel se retrouvaient les tubes séminifères. M. Jarjavay compléta la description en prouvant que ce tissu particulier était constitué principalement par des éléments fibro-plastiques, et à la suite de ses recherches, on se laissa aller à croire que le fongus du testicule n'était autre chose que la tumeur fibroplastique du testicule. Lorsque M. Deville arriva à Londres, à la suite des événements de décembre 1851, le fongus du testicule était considéré comme une affection fréquente; il y en avait des spécimens dans tous les musées; et ce désir d'étudier une maladie réputée fort rare en France porta M. Deville à examiner ces pièces. Mais en y regardant de près, il ne tarda pas à reconnaître qu'on avait commis une grave méprise. Tous les fongus qu'il put étudier avec soin étaient des testicules tuberculeux ayant fait hernie à l'extérieur à travers une perforation des téguments, et notre honorable confrère crut pouvoir en conclure que le fongus du testicule n'était pas une affection spéciale, que c'était simplement une phase accidentelle de l'évolution des tubercules du testicule.

Le travail de M. Deville parut en 1852 dans le *Moniteur des hôpitaux*, et M. Broca s'étonne du peu d'attention qu'on y a prêtée. Dans les publications spéciales qui ont été faites depuis lors sur les maladies du testicule, on a conservé la description classique du fongus, sans discuter la négation de M. Deville. Il y a sans doute quelque chose d'exagéré dans l'assertion de cet auteur; la pièce de M. Jarjavay, la pièce toute récente de M. Guersant, montrent en effet que le fongus peut se produire sur des testicules non tuberculeux, par suite de la destruction partielle de la tunique albuginée et de la hernie partielle de la substance testiculaire. M. Jarjavay a même une fois produit artificiellement un fongus en excisant une partie de la tunique albuginée d'un chien. Il n'en est pas moins vrai que dans la très grande majorité des cas on décrit comme fongus du testicule des testicules tuberculeux, couverts de bourgeons charnus et ayant fait hernie à travers les téguments perforés.

M. Broca, après avoir lu le travail de M. Deville, a vu dans les hôpitaux deux prétendus fongus, qui étaient évidemment des tumeurs tuberculeuses, car dans les deux cas, le second testicule était le siége de tubercules moins avancés et parfaitement reconnaissables. Dans un troisième cas, chez un malade de l'hôpital Necker, un tubercule testiculaire bien caractérisé se ramollit, s'ouvrit, et quelques jours après un petit fongus commença à faire saillie à l'extérieur. M. Broca n'avait étudié ces trois faits que sur le vivant, il n'avait pas eu l'occasion de disséquer la tumeur, mais tout ce qu'il avait vu s'accordait parfaitement avec la description de M. Deville, et il se sentait disposé à accepter entièrement l'opinion de son confrère.

Les choses en étaient là, lorsqu'en passant à Bordeaux, au mois d'avril 1857, il alla à l'hôpital Saint-André, où on lui montra la pièce dont le modèle en cire est mis aujourd'hui sous les yeux de la Société. La tumeur avait été enlevée la veille par le professeur Chaumet, et sur la première coupe qui avait été pratiquée on ne découvrait aucune trace de matière tuberculeuse. C'était bien l'apparence du fongus du testicule, tel que le font connaître les descriptions classiques. Un léger étranglement circulaire marquait le point où le fongus avait perforé la tunique albuginée, et la tumeur, par sa partie profonde, se continuait manifestement avec les débris de la substance propre du testicule, bien reconnaissables encore, malgré leur altération. Ce cas, avant les travaux de M. Deville, eût passé certainement pour un exemple de fongus idiopathique. Mais M. Broca demanda à M. Chaumet la permission de faire de nouvelles incisions sur la tumeur, et découvrit ainsi, à quelque distance de la première coupe, une collection de matière jaunâtre, concrète, dont la nature tuberculeuse put, séance tenante, être constatée au microscope. Le fongus n'était donc pas idiopathique; il s'était produit à la suite d'une affection tuberculeuse, et les antécédents du malade s'accordaient parfaitement avec ce diagnostic.

M. Broca pense donc, sans être toutefois aussi exclusif que M. Deville, que le fongus du testicule est presque constamment le résultat d'une tuberculisation. Le fongus parenchymateux, continu avec la substance du testicule, existe bien certainement, mais il paraît fort rare, et le plus souvent on donne ce nom à des hernies en masse du testicule, avec végétation de la face externe de la tunique albuginée. Quant aux vrais fongus parenchymateux, M. Broca pense qu'ils sont presque toujours consécutifs aux tubercules. Il n'ose pas dire toujours, puisqu'il n'y a aucune trace de cette production accidentelle sur les deux pièces de MM. Jarjavay et Guersant. Toutefois il peut se faire qu'un tubercule unique, après s'être entièrement vidé à l'extérieur, devienne le point de départ d'un fongus, c'est-à-dire d'une végétation fibro-plastique implantée sur la substance testiculaire, à travers la tunique albuginée que le tubercule a perforée en s'ouvrant; alors en examinant la pièce après la castration, il peut se faire qu'il n'y ait de tubercules en aucun point de son étendue, et qu'on prenne ainsi pour une tumeur idiopathique une tumeur consécutive pourtant à l'évolution d'un tubercule. Cette interprétation est hypothétique sans doute; toutefois, pour que le

fongus testiculaire se produise, il faut que préalablement l'albuginée soit perforée, et il est difficile d'admettre que cette perforation soit produite par la substance même du fongus, car cette substance n'a rien de spécial dans sa structure; ce n'est pas une production accidentelle d'une nature particulière; elle s'est trouvée là même dans le fongus traumatique obtenu chez le chien par M. Jarjavay, après l'excision partielle de l'albuginée; dans le fongus d'origine tuberculeuse, excisé par M. Chaumet, et dans les fongus plus ou moins idiopathiques enlevés par MM. Guersant et Jarjavay.

En résumé, M. Broca pense que le fongus parenchymateux du testicule est fort rare, et qu'il est presque constamment le résultat d'une affection tuberculeuse.

M. JARJAVAY. Je ferai remarquer que la production du fongus bénin dû à des tubercules a été depuis longtemps signalée en Angleterre, et que je l'ai mentionnée aussi dans mon travail en 1849.

Quant au silence dont parle M. Broca sur le mémoire de M. Deville, je ferai remarquer deux faits à M. Broca :

Le premier, c'est que M. Deville qui, dans une lettre que voici, datée du 6 juillet 1849, m'avait fait connaître sa manière de voir sur un cas de fongus, ne m'avait écrit qu'après la lecture et par conséquent la publication de mon mémoire, qui a paru dans le numéro de juin des *Archives* de la même année. Il ne m'était donc pas possible d'en faire mention.

Le second, c'est qu'il n'est pas question dans les pièces qui ont été présentées à la Société, de fongosités développées à la surface du testicule hernié, mais bien de l'issue de la pulpe séminale au travers d'une rupture de la tunique albuginée. Or, M. Deville n'admet dans son travail que la première de ces deux lésions. Si notre confrère avait entre les mains la pièce que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société dans la séance dernière, il reconnaîtrait, comme tous les membres de la Société, que nous avons là affaire à un fongus parenchymateux. La loyauté bien connue de M. Deville ne me permet pas d'en douter.

Que si l'existence des fongus parenchymateux est bien démontrée, particulièrement par la pièce anatomique que je possède, cela ne veut pas dire que des bourgeons charnus ne puissent se développer quelquefois sur la surface de la tunique albuginée mise à nu ! Personne n'a nié cette variété de fongus; elle est décrite sous le nom de *fongus superficiel*.

M. GOSSELIN trouve exagérée l'opinion de M. Deville, opinion que semble aujourd'hui partager, en partie du moins, M. Broca. L'affection tuberculeuse peut sans doute, dit M. Gosselin, jouer le rôle étiologique dans certains fongus, mais pas aussi souvent que veulent bien l'admettre nos collègues.

J'ai prétendu que le fongus pouvait bien, dans certains cas, avoir une origine syphilitique, et je reconnais les difficultés encore insolubles pour moi qui se présentent lorsqu'on se trouve en face de certaines productions, dont il ne me paraît pas possible de reconnaître la nature d'une manière positive. S'agit-il de tubercules, ou de ces espèces d'apoplexies plastiques qui se produisent sous l'influence de la syphilis ? Il est certain qu'à l'œil nu le diagnostic différentiel ne peut se faire. Le microscope est-il en état de nous donner une description exacte de la production syphilitique? Là est la question. M. Robin a bien voulu examiner une pièce sur laquelle à l'œil nu on aurait sans doute diagnostiqué l'affection tuberculeuse; cet habile micrographe n'a pu rien préciser : il a bien vu, dit-il, quelques éléments tuberculeux, mais il y avait aussi d'autres éléments dont il ne pouvait déterminer la nature. Ainsi, voilà où nous en sommes; à l'œil nu, le diagnostic différentiel est impossible; avec le microscope, on est forcé de confesser la même impuissance. Je demanderai à M. Broca son avis sur cette matière.

M. BROCA. Dans l'observation que j'ai rapportée, la lésion est assez claire pour ne laisser aucun doute. Quant au fait de M. Gosselin, il présente, en effet des difficultés très-grandes; et certes, après M. Robin, on aura peu de chance d'arriver à la solution désirée; cependant je serai heureux, si l'occasion se présente, d'étudier ces tumeurs si obscures dont parle M. Gosselin. Heureusement, du reste, que ces cas difficiles sont rares, et le plus souvent, en outre des caractères propres de la lésion, on a pour se guider l'appréciation de l'état constitutionnel. M. Gosselin peut-il nous donner quelques détails sur les antécédents de son malade?

M. GOSSELIN. Mon malade avait des exostoses et des ulcérations du larynx et de la trachée, considérées comme de nature syphilitique.

M. CULLERIER. Il est mort dans mon service, il y a deux ans, un individu présentant tous les symptômes de la syphilis constitutionnelle: exostoses, ulcérations du larynx, etc.; il avait en outre un double sarcocèle, que je considérais comme de nature syphilitique.

A l'autopsie, je reconnus qu'il existait des tubercules dans les deux testicules. Je crois donc que les syphilitiques peuvent en outre présenter des tubercules dans les testicules.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, les ouvrages suivants :

Bulletin de l'Académie royale de Belgique, 1858-1859; 2me série, tome II.

Mémoire des concours et des savants étrangers, passés par l'Académie de Belgique; fascicules 2 à 3 du tome III.

Duplan (Dominique). *Rapport du conseil départemental d'hygiène et de salubrité des Hautes-Pyrénées sur la pellagre*; Tarbes, 1858, in-8°.

Chairou (Emile). *De l'anesthésie provoquée* (thèse inaugurale); Paris, 1857, in-4°.

Deschamps (Alphonse). *De l'alimentation de la première enfance et du rachitisme* (thèse inaug.); Paris, 1859, in-4°.

Ces deux thèses sont présentées à la Société par M. Marjolin.

— M. GIRALDÈS, à propos de la correspondance, fait hommage à la Société, de la part de M. Thomas Alexandre C. B., directeur général du département médical de l'armée anglaise, de deux volumes in-folio intitulés : *Medical and surgical history of the british army which served in Turkey and the Crimea in the years* 1854, 1855, 1856. — London, 1858.

Cette importante publication, où sont consignés tous les documents officiels, a été présentée à la Chambre des lords par le département médical de l'armée anglaise.

Dans le premier volume, on trouve une carte de la mer Noire, des détails précis sur le nombre d'hommes envoyés en Crimée, etc.

Le second volume comprend des études sur la climatérie, sur la topographie de la Crimée; l'indication des maladies régnantes avec leur description.

Une série d'observations sur les blessures par armes de guerre, et une statistique générale.

On y lit avec intérêt un chapitre sur l'emploi du chloroforme. L'auteur signale un seul cas de mort. Il s'agit d'un soldat qui devait subir l'amputation d'un doigt; la mort eut lieu avant l'opération. On analysa avec soin le chloroforme, et on reconnut qu'il était altéré. (Remerciments à l'auteur.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MOREL-LAVALLÉE communique l'observation d'un malade affecté de cryptorchidie sous-inguinale droite avec hydrocèle congéniale.

(Nous publierons ce travail dans un prochain numéro.)

M. FOLLIN ne croit pas que ces cas soient rares. J'en ai trouvé, dit-il, plusieurs exemples, et j'ai donné au musée Dupuytren un certain nombre de pièces anatomo-pathologiques relatives à cette affection. On trouve au dessous du testicule une poche de liquide. Souvent l'épididyme, descendant en avant du testicule, entraîne une portion de la tunique vaginale et se déroule dans cette poche qui peut se remplir de liquide, réductible soit par la pression, soit par le simple décubitus.

M. MOREL. Je considère toujours cette tumeur comme rare; M. Godard n'en cite aucun exemple. Je ne crois pas que l'épididyme se trouve dans la poche.

M. RICHARD pense qu'il n'est pas possible de reconnaître si l'épididyme est dans la tumeur, en raison de la présence du liquide qui gêne l'exploration. Il faut donc s'en rapporter, pour la possibilité de la présence de cet organe, aux recherches anatomiques qui ont été faites. Du reste, le fait de M. Morel ne lui paraît pas rare.

M. MOREL ne nie pas la présence de l'épididyme dans un certain nombre d'observations; mais quant au fait particulier qu'il soumet à l'examen de la Société, il ne croit pas à la présence de cet organe dans la poche, qui est d'une parfaite transparence. Du reste, le liquide, en se réduisant, permet de bien établir le diagnostic.

M. CHASSAIGNAC trouve l'observation de M. Morel très-intéressante, car, suivant lui, les hydrocèles congéniales se présentant dans ces conditions ne conservent que bien rarement une communication avec le ventre qui permette de réduire le liquide.

Après quelques observations de MM. RICHARD, GIRALDÈS et MOREL, la discussion est close.

Cancer récidivé. — M. FORGET présente, au nom de M. Michon, un malade opéré il y a huit mois d'une tumeur siégeant sur le front; il y a aujourd'hui récidive, et, de plus, une nouvelle tumeur apparaît à la mâchoire inférieure, faisant saillie au niveau d'une alvéole.

La tumeur était de nature cancéreuse.

Bec de lièvre compliqué d'écartement de la voûte palatine et de division du voile du palais. — Opération pratiquée avec succès. — M. CHASSAIGNAC présente à la Société un enfant déjà soumis à son examen il y a cinq semaines. Il était atteint de bec-de-lièvre compliqué de division de la voûte palatine et du voile du palais. Il était âgé de sept semaines lorsqu'il a été opéré. Le succès de l'opération est complet. L'enfant est en bon état. Un autre enfant a été opéré dans les mêmes conditions, il est aujourd'hui parfaitement guéri.

M. Chassaignac a eu le soin, pour rendre le rapprochement des lèvres de la plaie plus facile, de détacher largement les lèvres de la mâchoire supérieure.

M. VERNEUIL rappelle que dans une discussion précédente il a distingué les complications du bec-de-lièvre sans saillie de l'os intermaxillaire des autres complications. Ces dernières ne contre-indiquent pas l'opération. Le succès est bien moins probable lorsque le tubercule saillant doit être excisé ou refoulé.

M. Verneuil craint les dissections trop étendues; elles peuvent déterminer des hémorrhagies graves.

M. RICHARD demande si le procédé de Phillips pour relever et maintenir les narines a été mis en usage par quelques-uns de ses collègues; pour son compte, il ne l'a jamais vu réussir.

M. CHASSAIGNAC n'a pas eu chez son malade à s'occuper d'un procédé pour remettre la narine en bonne position, elle s'est replacée sous la seule influence de la suture labiale.

M. DEPAUL est heureux d'avoir pu voir le résultat obtenu par M. Chassaignac. Ce fait vient de confirmer les opinions qu'il a émises sur l'opportunité de l'opération du bec-de-lièvre, même compliquée de division palatine, chez les très-jeunes enfants.

Quant à l'opinion de M. Verneuil sur l'inopportunité d'opérer lorsqu'il y a saillie du tubercule intermaxillaire, il ne la partage pas; il a opéré dans ces conditions en excisant le tubercule, et il a réussi. M. Depaul insiste également sur l'utilité du décollement; il n'a jamais vu que cette manœuvre ait été suivie d'accidents.

LECTURE.

M. FAURE donne lecture d'un travail intitulé *Expériences sur les effets du chloroforme*. (Renvoi à une commission composée de MM. Robert, Marjolin et Richet.)

Le secrétaire, E. LABORIE.

On lit dans le *Bulletin de la médecine militaire* :

Le décret attendu depuis si longtemps vient enfin d'être signé. Ce premier travail contient les dispositions les plus importantes pour le fonctionnement du corps de santé. L'assimilation n'y figure pas, mais une commission sera bientôt nommée pour régler définitivement cette question; elle sera présidée par un maréchal de France et composée d'officiers généraux, d'intendants et d'inspecteurs du service de santé.

Le tarif annexé au décret consacre pour les médecins et pharmaciens militaires la solde attribuée aux états-majors du génie; l'indemnité de 150 fr., accordée récemment aux officiers de troupe à partir du grade de sous-lieutenant jusqu'à celui de capitaine inclus, est comprise dans la solde normale des officiers de santé.

Un avancement considérable va avoir lieu dans les divers échelons de la hiérarchie, si, comme tout semble l'indiquer, les cadres sont immédiatement et totalement remplis.

D'autres dispositions, non comprises dans ce décret, viendront successivement compléter l'organisation du corps de santé. Le nouveau fonctionnement des infirmiers, mis en essai dans ces derniers temps, a complétement réussi; la solution donnée à cette question marchera sans doute de pair avec celles des deux écoles du service de santé, qui recevront une organisation définitive.

DÉCRET.

NAPOLÉON, etc.

Vu les décrets des 23 mars 1852, 21 juillet 1854 et 4 août 1855;

Sur le rapport de notre ministre, etc.

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. Le cadre du corps de santé de l'armée de terre est fixé ainsi qu'il suit :

Médecins.		*Pharmaciens.*	
Inspecteurs	7	Inspecteurs	1
Principaux de 1re classe . .	40	Principaux de 1re classe . .	5
Principaux de 2e classe . .	40	Principaux de 2e classe . .	5
Majors de 1re classe . . .	260	Majors de 1re classe . . .	36
Majors de 2e classe . . .	300	Majors de 2e classe . . .	42
Aides-majors de 1re classe . .	400	Aides-majors de 1re classe . .	55
Aides-majors de 2e classe . .	100	Aides-majors de 2e classe . .	15
	1,147		159

2. Les médecins et pharmaciens aides-majors de 2e classe passeront à la 1re classe après deux années de service effectif.

3. Il y aura, à l'avenir, dans chaque régiment à trois bataillons et dans les corps d'un effectif équivalent :

1 médecin-major de 1re classe;

1 médecin-major de 2e classe;

1 médecin aide-major.

4. La solde des médecins et pharmaciens est fixée conformément au tarif ci-joint.

5. Les médecins et pharmaciens aides-majors de 1re classe aujourd'hui en possession d'une solde supérieure à celle du tarif ci-annexé, resteront en possession de cette solde, dans les diverses positions, jusqu'à leur promotion au grade supérieur.

6. Toutes dispositions antérieures qui ne sont pas modifiées par le présent décret sont et demeurent maintenues.

7. Notre ministre secrétaire d'Etat au département de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 23 avril 1859.

Signé NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le maréchal de France, ministre secrétaire d'Etat au département de la guerre, *Signé* VAILLANT.

Tarif de la solde de présence et de l'indemnité de logement sur pied de paix.

MÉDECINS ET PHARMACIENS.	SOLDE.	INDEMNITÉ DE LOGEMENT.
	fr.	fr.
Inspecteurs.	10,000	1,200
Principaux de 1re classe.	6,250	960
Principaux de 2e classe.	5,300	840
Majors de 1re classe.	4 500	720
Majors de 2e classe.	2,950	360
Aides-majors de 1re classe. . . .	2,000	360
Aides-majors de 2e classe. . . .	1,800	360

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 17 mars 1859, M. le docteur Reboulleau, médecin des établissements hospitaliers civils de Constantine, a été nommé conservateur du virus-vaccin du département.

Ont été nommés vaccinateurs publics dans chacune des circonscriptions médicales ci-après désignées :

Constantine (ville), Dr Reboulleau. — *Constantine* (banlieue), Dr Renucci. — *Bou-Merzoug*, Dr Bouland. — *Condé*, Dr Bernard. — *Bathna*, Dr Boisse. — *Philippeville* (ville), Dr de Manas. — *Philippeville* (banlieue), Dr Mellet. — *El-Arrouch*, Dr Latour. — *Jemmapes*, Dr Pétraud. — *Djidgelly*, Dr Dauvais. — *Bône* (ville), Dr Moreau. — *Bône* (banlieue), Dr Thévenin. — *Mondovi*, Dr Audibert. — *Heliopolis*, Dr O. loyer. — *La Calle*, Dr Mercadier. — *Penthièvre*, Dr Baubonne. — *Guelma*, Dr Nouffert. — *Souk-Ahras*, Dr Gojad. — *Sétif*, Dr Si ve. — *Bougie*, Dr Vaulat. (*Gaz. med. de l'Algérie.*)

— Par décision de M. le directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger, M. Lehec, interne à l'hôpital civil, et M. Simon, étudiant en pharmacie, ont été nommés : le premier, prosecteur d'anatomie et de chirurgie; le second, préparateur de chimie, de pharmacie et d'histoire naturelle près ladite Ecole, à titre provisoire, pour l'année scolaire 1858-1859.

— MM. Charcot et Vulpian, médecins du bureau central des hôpitaux, commenceront un cours public de pathologie interne à l'Ecole pratique, dans l'amphithéâtre n° 1, le mardi 3 mai 1859, à une heure; ils le continueront tous les jours à la même heure.

— M. le docteur Béraud, chirurgien du Bureau central, commencera son cours de chirurgie le mardi 10 mai 1859, à sept heures du soir, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 52. — MARDI 3 MAI 1859. (32e ANNÉE.) N° 52. — MARDI 3 MAI 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 MAI 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans un mémoire communiqué à l'Académie l'année dernière, MM. Demarquay et Leconte ont établi, d'après une série d'expériences entreprises dans le but d'étudier l'action des différents gaz sur les plaies : 1° Que l'air injecté dans le tissu cellulaire ou le péritoine d'un animal vivant, perd rapidement, par absorption, une grande partie de son oxygène, qui est remplacé par un volume presque correspondant d'acide carbonique, et que le mélange des gaz restants s'absorbe avec lenteur ; 2° que l'oxygène, l'hydrogène, l'acide carbonique et l'azote, injectés dans les mêmes conditions, déterminent, en se résorbant, une exhalation des gaz contenus dans l'organisme, et que les mélanges qui en résultent s'absorbent avec une rapidité plus ou moins grande, suivant la nature du gaz injecté.

Ces résultats, déjà très-dignes d'intérêt, et qui confirmaient à plusieurs égards les faits curieux révélés quelque temps auparavant à l'Académie par M. H. Bouley, à l'occasion de la discussion sur la méthode sous-cutanée, ne répondaient encore qu'à une partie seulement du programme que s'étaient tracé MM. Demarquay et Leconte. Ces deux habiles et ingénieux expérimentateurs, poursuivant leurs recherches sur ce sujet, ont étudié depuis l'influence qu'exercent sur la guérison des plaies sous-cutanées, l'air, l'oxygène, l'hydrogène et l'acide carbonique.

Tel est le sujet d'un nouveau mémoire que M. Cl. Bernard a présenté en leur nom dans la dernière séance.

Après avoir établi quelle est la durée moyenne de la réparation des tendons divisés sous la peau chez des lapins, ils ont constaté que, sous l'influence d'injections quotidiennes d'air sous la plaie, le travail d'organisation se fait sensiblement dans le même temps. L'injection de l'oxygène pour la retarde, mais sans produire d'inflammation. L'hydrogène produit une inflammation accompagnée d'une vascularisation anormale considérable, qui apporte un grand retard dans l'organisation. Enfin, l'acide carbonique, au contraire, favorise l'organisation des plaies sous-cutanées, et en amène la guérison dans un temps beaucoup plus court que dans les ténotomies faites en dehors de l'influence de l'air.

Ces faits, en même temps qu'ils soulèvent des questions intéressantes de physiologie, contribuent à jeter du jour sur quelques-uns des points qui furent si vivement débattus à l'Académie, lors de la discussion que nous venons de rappeler. Peut-être même la thérapeutique y trouvera-t-elle quelques indications pratiques utiles. On ne saurait trop engager les deux savants qui sont entrés dans cette voie à poursuivre ces utiles recherches. — Dr Brochin.

Nous avons publié, dans notre dernier numéro, le nouveau décret constitutif des cadres du corps de santé militaire. Nous publions aujourd'hui le rapport du maréchal ministre de la guerre qui a provoqué ce décret. On lira avec un vif intérêt ce document officiel, où sont exposées, avec autant de concision que de netteté, les causes du malaise et du découragement qui frappaient le corps de santé; et les mesures destinées à donner tout à la fois satisfaction aux besoins du service et aux légitimes aspirations des médecins de l'armée. Grâce à la persévérante sollicitude du conseil de santé et du savant directeur du Val-de-Grâce pour tout ce qui touche à la dignité et aux intérêts du corps de santé; grâce surtout à la bienveillante intervention de l'éminent ministre qui a si bien compris ses besoins, la médecine militaire aura bientôt conquis enfin le rang et la considération que lui méritent ses services.

Voici le rapport de M. le maréchal Vaillant :

« Depuis plusieurs années, le corps de santé militaire voit ses rangs s'éclaircir par des retraites multipliées, par des démissions de plus en plus nombreuses, et par l'insuffisance de son recrutement annuel.

» Cette situation trahit dans le corps de santé un sentiment de malaise et de découragement dont j'ai dû rechercher les causes. J'ai écouté, j'ai provoqué les plaintes des médecins. J'ai reconnu qu'ils sont mal satisfaits de la rémunération des services qu'ils rendent et de la position qui leur est faite dans l'armée. J'ai reconnu en même temps que plusieurs de leurs griefs ne sont pas sans fondement, et qu'il y a lieu d'y faire droit dans une certaine mesure.

» En effet, l'avancement dans le corps de santé est plus lent que dans aucun des corps de l'armée, bien qu'il n'y ait pas d'officiers ni de fonctionnaires ou employés militaires dont le début soit soumis à une série d'épreuves plus longues, plus continues, plus pénibles que le noviciat exigé de nos médecins et de nos pharmaciens.

» Il est incontestable qu'ils restent trop longtemps dans les rangs inférieurs de leur hiérarchie; beaucoup d'entre eux n'arrivent au grade de major, dont la solde a été fixée au chiffre modique de 2,800 fr., qu'après vingt ans de service et de nombreuses campagnes.

» D'autre part, leur position dans l'armée est mal définie. Ils savent à peine à quelle table d'officiers ils doivent s'asseoir, qui leur doit le salut et à qui ils le doivent.

» Quand ils sont engagés dans un conflit d'honneur et de préséance, il faut d'ordinaire une décision ministérielle pour le trancher. Ce n'est pas là une situation normale; il importe que les devoirs et les prérogatives du corps de santé soient nettement précisés, et j'ai l'honneur de proposer à Votre Majesté de confier ce soin à une commission que présiderait un maréchal de France, et que je composerais d'officiers généraux, d'intendants militaires et d'inspecteurs du service de santé.

» Mais je considère comme urgent de modifier dès maintenant les cadres du corps de santé, et je viens soumettre à l'approbation de Votre Majesté un projet d'organisation nouvelle dans laquelle les degrés hiérarchiques sont combinés de manière à assurer à la fois une progression d'avancement satisfaisante pour les médecins et une bonne exécution du service médical, tant dans le corps de troupes que dans les hôpitaux et les ambulances.

» Je signalerai d'abord comme devant amener, sous ce double rapport, des résultats décisifs, une augmentation notable du nombre des médecins-majors correspondant à une réduction équivalente du cadre des aides-majors. Cette disposition me paraît favorable non moins peut-être aux intérêts bien compris du service qu'à ceux des médecins mêmes.

» Il me semble démontré par une étude approfondie que les régiments auxquels sont attachés trois médecins s'accommoderaient mieux d'un médecin-major de 1re classe, d'un médecin-major de 2e classe et d'un aide-major que de deux aides-majors et d'un seul médecin-major. Le service de santé devrait à cette substitution plus de consistance et de sécurité. En cas d'absence ou d'empêchement du chef médical, la présence du second médecin-major serait une garantie de régularité et préviendrait des froissements et des faiblesses. En campagne, enfin, on serait moins exposé à voir, comme cela s'est souvent présenté pendant la guerre d'Orient, des régiments sans médecin-major.

» La place du médecin-major de 1re classe et de l'aide-major serait naturellement marquée aux bataillons actifs, et les dépôts abandonnés aujourd'hui à un aide-major, malgré l'importance d'un service médical embrassant les recrues, les malingres, les convalescents, l'instruction des propositions de non-activité, de réforme ou de retraite, auraient évidemment à gagner à la présence d'un médecin major.

» Je conclus, d'après ces motifs, à ce que tous les corps de troupes à trois bataillons comprennent dans leur organisation un médecin-major de 1re classe, un médecin-major de 2e classe et un aide-major.

Le nombre des médecins-majors attachés aux troupes, qui est aujourd'hui de 236, serait ainsi augmenté de 133 et porté à 369.

» Pour arrêter le chiffre des médecins traitants qui seront affectés au service des hôpitaux, j'ai pris pour base le nombre de places de malades existant dans ces établissements, en admettant l'emploi d'*un médecin pour* 200 *malades*. Le nombre de ces places est de 26,000 environ, tant pour l'intérieur que pour l'Algérie; il est vrai que ces places sont rarement occupées en totalité, mais le nombre des médecins qui restent ainsi disponibles répond à peine aux besoins du conseil de santé des armées, de l'hôtel impérial des Invalides, des écoles militaires, des états-majors divisionnaires, des établissements thermaux, des salles militaires, des hospices civils, et il faut d'ailleurs prévoir les éventualités de la guerre et les non valeurs du service actif.

» J'établis en principe que tous les médecins traitants doivent être, au moins, « *du grade de médecin-major de 2e classe*. »

» Il résulte de ces données qu'il faut, pour le service spécial des hôpitaux, 260 médecins principaux de 1re et de 2e classe et majors de 1re et 2e classe.

» Je ne propose aucun changement à la composition actuelle du cadre des principaux; je les maintiens au nombre de 80, dont 40 de 1re et 40 de 2e classe, ce qui réduit à 180 le nombre des majors à attacher aux hôpitaux.

» Or, ces établissements ne s'ouvrent qu'aux médecins qui se sont soumis à des épreuves spéciales. Depuis plusieurs années la proportion des concurrents s'est maintenue pour deux tiers dans la 1re classe, et pour un tiers dans la 2e. Cette proportion, qui paraît devoir être acceptée comme normale, donnerait 120 majors de 1re classe et 60 de 2e classe.

» Quant aux majors attachés aux corps de troupes, ils se décomposeraient en 133 majors de 1re classe et 236 de 2e classe; et le cadre des majors serait, en définitive, constitué de la manière suivante :

Médecins-major de 1re classe.

» Dans les hôpitaux	120
» Dans les corps de troupe.	133
	253

Médecins-majors de 2e classe.

» Dans les hôpitaux	60
» Dans les corps de troupe.	236
	296

» Ou, en nombres ronds :

» 260 majors de 1re classe.

» 300 majors de 2e classe.

» Il reste à déterminer le nombre des médecins aides-majors nécessaires pour compléter l'organisation du personnel de santé.

» Une conviction qui m'est inspirée par des essais récents tentés récemment pour élever les attributions des infirmiers d'élite me fait considérer comme suffisante l'adjonction à chaque médecin traitant des hôpitaux d'un aide major remplissant auprès de lui des fonctions analogues à celles des internes des grands hôpitaux civils; il faudrait donc, pour le service des hôpitaux, 260 aides-majors, mais ils peuvent être sans inconvénient réduits à 200, parce qu'un certain nombre de médecins traitants attachés, comme on l'a dit plus haut, à des services variés, n'ont pas besoin d'adjoints, ci. 200

» Les divers corps ou fractions de corps de l'armée requièrent aujourd'hui comme compris dans leurs cadres d'organisation 438 aides-majors, à réduire à 305 par la création projetée de 133 emplois de médecin-major, ci. 305

Ce qui constitue finalement un total de 505 aide-majors, ci. . 505

» Ces médecins aides-majors rempliront, sans distinction de classe, les mêmes fonctions, avec cette réserve, toutefois, que les aides-majors de 2e classe, débutant dans l'armée, passeront directement de l'école d'application dans les hôpitaux militaires.

» Je propose de faire arriver les aides-majors de la 2e classe à la 1re après deux ans de grade, et comme le nombre de ceux qui comptent moins de deux ans d'ancienneté est aujourd'hui de 80 environ, et resterait à peu près constamment dans ces limites avec un recrutement annuel de 50 médecins, je m'arrête, pour l'effectif des médecins aides-majors, à 400 dans la 1re classe et à 100 dans la 2e.

» Les développements dans lesquels je viens d'entrer au sujet des médecins militaires de divers grades me semblent rendre peu utiles des explications étendues en ce qui concerne les pharmaciens militaires. Je me bornerai donc à exposer à Votre Majesté que les deux fractions d'un même corps, issues d'une même origine, me paraissant devoir arriver au même but, j'ai strictement appliqué aux pharmaciens, et eu égard à leur effectif total, la proportion numérique établie entre les divers grades des médecins militaires.

» Les rapprochements qui précèdent démontrent déjà quelle amélioration la réorganisation proposée apporterait à la position des médecins et des pharmaciens de grade inférieur; il est juste cependant de s'occuper aussi des grades supérieurs, et pour comprendre tout le corps de santé dans une mesure équitable et bienveillante, je demande à Votre Majesté d'accorder à ce corps la solde spéciale fixée par le tarif ci-joint.

» Les conséquences de cette concession auraient pour résultat, entre les dépenses de solde du cadre réglementaire actuel et celles du cadre projeté, une économie de 309,590 fr., qui n'atteindrait pas, en réalité, de semblables proportions, parce que le nouveau cadre, plus restreint que l'ancien, présenterait nécessairement moins de vide; mais je me suis assuré, par un examen rigoureux des crédits votés pour les exercices 1859 et 1860, que ces crédits (annexe 8), ne seraient pas employés en totalité pour couvrir la dépense du nouveau cadre maintenu au complet, et qu'ils laisseraient, en définitive, des ressources suffisantes encore pour asseoir les deux écoles de médecine militaire sur des bases proportionnées aux résultats qu'il importe d'en obtenir et pour subvenir même à des modifications qui se préparent dans l'organisation des infirmiers militaires. »

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Du délire dans les maladies aiguës.

On appelle généralement délire un trouble de l'intelligence qui survient, sans fièvre, dans le cours des maladies aiguës.

Loi i d'être légitime, cette définition présente des erreurs assez graves à plusieurs égards : ainsi un homme, entraîné par la jalousie, tue son rival ; il n'a pas de fièvre sans doute au moment où il commet ce meurtre, et pourtant il délire. Un autre, au commencement d'une bataille, est sous l'impression d'une grande frayeur, il est pris de diarrhée ; mais bientôt il se monte l'imagination, il s'élance dans la mêlée et arrive le premier sur le terrain ; cet homme est en délire, il ne voit pas ce qu'il fait et le danger auquel il s'est exposé, il ne l'aperçoit qu'après la victoire : tel est le délire des combats.

En 1830, parmi les volontaires arrivés de Rouen à Paris, il s'en trouvait un qui avait assisté à la bataille, et que chacun croyait ivre. Cet homme se trouvait dans la cour d'une imprimerie; il aperçoit des formes typographiques et s'empresse de les briser. On l'interpelle, on lui demande dans quel but il venait combattre pour la liberté de la presse, puisqu'il en détruisait les instruments. Aussitôt il porte la main à son front, reconnaît sa folie, et revient immédiatement à la raison.

On voit donc par ces exemples qu'il existe des délires physiologiques ou des délires de passion ; c'est qu'on délire dans toutes les circonstances de la vie, quand l'intelligence ne fonctionne plus normalement, et tel inventeur passe pour être en délire s'il s'occupe exclusivement de son idée, ou s'il y ajoute trop d'importance. Il en est de même de l'homme du Midi qui, se transportant dans les froides contrées du Nord, ne saura se prémunir contre sa tendance naturelle aux exagérations ; il parlera avec enthousiasme et chaleur d'objets qui paraîtront peut être d'une valeur tout à fait secondaire.

Préciser si un homme possède ou non son bon sens est donc chose difficile lorsque l'on n'a pas soin de s'enquérir du milieu où il se trouve et de celui d'où il vient. Et d'abord il ne serait pas toujours inopportun de se demander si les juges en pareille matière sont eux-mêmes dans le vrai ; Harvey, Césalpin, Michel Servet, ne furent-ils pas considérés comme des aliénés, et les persécuteurs de ces grands hommes ne se croyaient-ils pas en pleine possession de la raison? La chose étant ainsi embarrassante, on a dit que le délire consistait en un défaut de coordination dans les idées, et cette définition n'est guère plus heureuse que la première. Souvent, en effet, les aliénés mettent dans leurs discours la logique la plus rigoureuse, et leur point de départ seul est défectueux ; c'est ainsi que furent commis des meurtres et des massacres que la logique ne pourrait désavouer. La Saint-Barthélemy n'en est-elle pas la preuve? Les protestants, disait la foule en délire, perdent les âmes qui se confient à eux ; il vaut donc mieux se débarrasser de ces fous que de laisser subsister une pareille erreur. On tranchait ainsi d'un seul coup cette distinction entre la folie et la raison, que les aliénistes les plus distingués de nos jours n'ont pas encore su établir.

Quelquefois, il est vrai, le délire s'accompagne de fièvre, mais il est bien difficile, pour ne pas dire périlleux, de se servir d'un tel caractère distinctif entre le délire et la folie ; aussi est-on en droit de rechercher s'il y a lieu de conserver ces deux expressions, leur signification étant si peu précise. La fièvre n'existe-t-elle pas dans certains cas de folie, dans certaines formes de fièvre intermittente ; la manie aussi n'est-elle pas une maladie fébrile? Une autre manière de considérer les faits consisterait à demander s'il ne faut pas entendre par folie les dérangements d'esprit qui ne laissent aucune trace après la mort. Mais les élèves d'Esquirol ont manifestement démontré que presque toujours on rencontre alors une altération organique : les travaux de MM. Calmeil, Baillarger et Bouillaud ne sauraient à cet égard être révoqués en doute, et, dans tous les cas, ils ont signalé une lésion cérébrale chronique.

L'étude des conditions anatomiques qui troublent la coordination des phénomènes intellectuels est donc appelée à faire cesser ces incertitudes de langage, et c'est pour sortir de cet embarras, en attendant que cette étude soit complète, que nous avons appelé *apsychismie* et *hypopsychismie* les cas où l'intelligence fait défaut complétement ou incomplétement (idiotie, démence) ; *hyperpsychismie*, l'état inverse, les intelligences supérieures délirantes, et les fous sont les plus dangereux ; *anomopsychismie* et *dysœrthopsychismie*, le défaut de coordination des idées.

Quoi qu'il en soit de ces difficultés de langage, recherchons les causes qui déterminent le délire et les conditions qui peuvent le simuler.

Un homme répond mal aux questions qu'on lui adresse, ou, s'il y répond, il ne le fait pas d'une façon précise : possède-t-il réellement toute son intelligence? Telle est la question qu'on doit se poser. Or, il peut être paresseux, et ces cas ne sont pas rares dans les hôpitaux, et il ne tient pas à parler. Souvent même on a affaire à un individu stupide et incapable, même en santé, de comprendre les questions qu'on lui fait. Examinez l'état du pouls, et, le malade a-t-il une fièvre vive, il n'est point surprenant de rencontrer cette mauvaise disposition d'esprit et ce mauvais vouloir, bien que la raison ne soit nullement altérée : la fièvre qui le tourmente explique suffisamment cet état, si fréquent d'ailleurs, chez les femmes les moins déraisonnantes.

Dans les fièvres graves, il arrive assez souvent que le malade parle avec assez de difficulté pour laisser croire à l'existence du délire. Une exploration attentive montre que la voûte palatine est sèche, la langue parcheminée, raboteuse, couverte d'enduits noirâtres, et, dès que l'on humecte la bouche du patient, il parle d'une manière assez distincte. Une autre circonstance simule parfois une hémiplégie faciale et le délire qui peut l'accompagner; il s'agit des personnes chez lesquelles les dents font défaut d'un côté, en bas, tandis que sur la mâchoire supérieure c'est le côté opposé qui en est dépourvu ; ou bien encore les dents n'existent plus du tout en avant, et le malade parle comme un apoplectique.

Pour faire cesser tous les doutes, et pour s'assurer s'il existe ou non du délire, on fera parler le malade pendant quelques instants, et de cette manière on saura bientôt s'il y a réellement incohérence dans les idées. Il sera quelquefois prudent de s'adresser aux assistants qui ont suivi le malade aux différentes heures de la journée, car certainés gens raisonnent sainement durant le jour et délirent la nuit.

Cette disposition d'esprit s'observe dans la majorité des cas : la pensée est régularisée pendant la veille par les objets sur lesquels les regards peuvent se fixer ; la nuit, au contraire, ne laisse entrevoir que des objets fantastiques, des images fugitives et incomplètes qui ne sauraient arrêter l'attention. Cette raison explique donc pourquoi le délire est, en général, plus fort et plus tenace pendant la nuit que pendant le jour, et souvent une lumière vive durant la nuit arrêtera brusquement ce délire. Notez bien encore si le malade n'a pas eu à supporter des veilles prolongées, car on voit d'ordinaire des idées vagues, du délire même se rencontrer à la suite de cette fatigue intellectuelle. On évitera d'ailleurs aisément ces erreurs en parlant à haute voix afin de fixer l'attention, et cette règle pratique s'adresse aussi bien au délire qu'à la folie.

Un homme est atteint de fièvre ; il a beaucoup de sang, et ce sang est riche. Tout à coup il devient rouge, il délire d'une façon furieuse; c'est, dit-on, une fièvre chaude, une congestion. Le délire augmente sans cesse ; dans la position déclive, il y a un peu d'assoupissement parce que le décubitus ralentit le cours du sang. Il croit voir des objets rouges, lumineux, voltiger autour de lui. Dans ce cas, le délire est toujours furieux. Regardez, au contraire, cet autre qui est hypémique : il dit des choses incohérentes ; mais, en général, il est calme. Cela se rencontre à la suite des pertes de sang un peu considérables ; toutefois la saignée y prédispose moins que l'abstinence prolongée, et, sous ce rapport, il est très-important de faire observer que certaines personnes — et ce ne sont pas, en général, les grands mangeurs — supportent très difficilement la privation d'aliments. C'est ce qu'Esquirol appelait le *délire de la côtelette*, qui cesse dès que l'on nourrit le malade.

Il est d'observation que la pneumonie du sommet droit donne fréquemment lieu au délire, et M. Hervez de Chégoin a expliqué cette coïncidence par la compression qu'exerce le poumon induré soit sur la veine-cave supérieure, soit sur le tronc brachio-céphalique. Sans rejeter absolument cette interprétation, on ne saurait passer sous silence l'influence qui doit résulter ici du défaut d'oxygénation du sang. Toutes les fois, en effet, que la respiration est incomplète, il arrive un moment où l'intelligence faiblit, quelle que soit en général la nature de la lésion pulmonaire. Sur cent malades, quatre-vingt dix-neuf périssent de la sorte, par anoxémie, et à mesure que les bronches s'emplissent d'écume et se trouvent oblitérées, à mesure que la respiration diminue, les idées s'obscurcissent de plus en plus ; le malade veut partir pour un autre lieu, il est en délire, et le râle de la mort est toujours accompagné de ces nuages de l'intelligence, de sorte que bien souvent l'affaiblissement des facultés cérébrales peut servir d'indice des progrès de la maladie pulmonaire.

Le délire présente donc une foule de variétés, suivant les causes qui lui ont donné naissance et selon la nature des individus chez lesquels il se développe. Chaque espèce d'empoisonnement apporte aussi avec elle son délire spécial. L'opium, qui à petites doses fait dormir le malade, détermine au contraire, quand il est administré à doses élevées, un délire fantastique, érotique même d'après quelques observateurs ; l'opium français, l'alcool, s'accompagne d'un délire non moins variable, en raison des prédispositions naturelles et de la quantité d'alcool ingérée. Il convient ici de faire remarquer que toute espèce de vin ne cause pas forcément le délire ; car, tandis que celui du Midi produit une ivresse lourde et délirante, le vin de Champagne ne fait que griser légèrement. Le datura, la belladone, la jusquiame, le haschisch, donnent également lieu chacun à une forme de conceptions délirantes ; ce dernier, par exemple, n'amène pas le sommeil, mais il produit des rêves agréables.

Dans tous ces cas, l'intelligence est-elle primitivement malade? Il n'en est rien, et la variété du délire chez un même individu suffirait à la rigueur pour le démontrer ; mais n'avons-nous pas une preuve irrécusable de la lésion primitive qui cause le délire dans l'alcoolémie ou altération du sang qui suit l'usage immodéré de l'alcool. Cet agent détermine dans les fonctions cérébrales le même défaut de coordination qu'il occasionne dans les fonctions locomotrices, et l'alcoolémie est certainement une cause anatomique du délire aussi irréfutable que les altérations observées dans la substance cérébrale par MM. Baillarger, Bouillaud et Piédagnel.

Les hystériques présentent, comme origine du mal dans l'appareil génital, une sensation douloureuse qui, se transformant en névropathie (oscillation nerveuse), se communique de proche en proche jusqu'au centre nerveux où elle produit le délire ; il en est de même de l'épilepsie. On a prétendu, il est vrai, que dans ces circonstances il n'y a point de lésions parce que l'autopsie ne révèle aucun désordre organique ; mais un mal qui ne persiste pas implique-t-il nécessairement l'existence d'une lésion permanente? Trouve-t-on d'ailleurs, après la mort, l'alcool et les divers narcotiques dont nous avons parlé plus haut, et qui ont pourtant déterminé du délire pendant la vie? Or, chez les épileptiques on constate que la plupart des attaques commencent par des oscillations qui prennent naissance dans les nerfs spéciaux et périphériques ; cette sensation, nettement accusée par les malades, constitue *l'aura epileptica*.

Quand l'oscillation arrive jusqu'au cerveau par l'intermédiaire des nerfs crâniens, l'épilepsie est établie, il y a délire. Un tremblement, quelque court qu'il puisse être, persisterait-il sans une lésion anatomique momentanée, sans une modification moléculaire dont la nature ne nous est pas, à la vérité, encore connue? Et, entre le phénomène primitif, l'oscillation nerveuse, et l'effet, l'oscillation musculaire, il y a un rapport de ressemblance et de continuité tel qu'on ne saurait nier la transformation du premier mouvement dans le second. Quand, par exemple, l'attaque a pris son point de départ dans l'œil, il est de toute évidence qu'elle est consécutive à une impression lumineuse très-vive. On n'est donc pas autorisé à admettre que ces phénomènes sont indépendants d'une lésion ; quelquefois ce sont des circonstances morales qui les ont provoqués, mais alors on en trouve la raison anatomique dans la constitution de l'individu, qui est exalté ou irritable.

On voit donc combien sont peu rigoureuses les dénominations délire et folie, et l'importance qu'il y aurait à leur substituer des expressions plus précises. L'absence de lésions anatomiques n'est pas un caractère sur lequel on puisse se baser pour établir une différence entre les diverses espèces de conceptions délirantes, puisque l'organisme nous présente toujours une lésion, sinon organique, du moins fonctionnelle, expliquant tous les désordres. Si certains délires échappent manifestement aux agents de la thérapeutique, en tenant compte des circonstances qui leur ont donné naissance, on parviendra maintes fois à faire cesser les troubles de l'intelligence en combattant par l'alimentation les suites de l'abstinence ou des pertes de sang, par l'ammoniaque les effets de l'alcoolémie, et par les agents spéciaux les différentes espèces de narcotismes. En un mot, l'organisme fournira dans un grand nombre de circonstances les indications thérapeutiques et les moyens d'expliquer la nature du mal sans rechercher, dans des hypothèses voisines du délire, la raison d'être de ces désordres intelleetuels. (*Clinique européenne.*)

HOPITAL SAINT-ANTOINE.—M. MOREL-LAVALLÉE.

Cryptorchidie sus-inguinale droite avec hydrocèle congéniale.

(Observation communiquée à la Société de chirurgie, séance du 20 avril.)

Le 5 avril 1859 est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, nº 19, le nommé Henri P..., âgé de seize ans, sculpteur sur bois.

Tempérament lymphatique. Pas d'antécédents héréditaires, pas d'antécédents pathologiques. Complexion médiocre, force moyenne. Poils du pubis très développés.

Le malade a toujours su qu'il n'avait qu'un testicule dans les bourses, mais qui n'avait pas, dit-il, de côté déterminé. Il y a trois mois, sans cause connue, sans efforts, sans secousses de toux, une grosseur du volume d'une noix, indolente, sans changement de couleur à la peau et se réduisant spontanément par le décubitus horizontal, s'est prononcée au-dessous de l'anneau externe du canal inguinal droit, qu'elle ne débordait que de son volume. Pas de douleurs de voisinage; aucune espèce de gêne, aucun symptôme, en un mot, de la présence de cette tumeur. Quelques rêves érotiques la nuit. Des attouchements auxquels il s'est livré depuis un an ont été suivis d'éjaculation.

Il est naturel que le malade n'ait pas su quel testicule il avait dans les bourses, car le raphé du scrotum tombe juste sur le milieu du testicule. Le scrotum, d'ailleurs normal, représente dans le décubitus dorsal une pyramide tronquée à base supérieure.

En palpant le scrotum, on constate que le testicule qui s'y trouve seul est normalement constitué, quant à la glande elle-même et quant à son épididyme. Rien dans l'anneau inguinal droit, où le doigt s'introduit aisément. Le doigt ne constate rien dans toute la longueur du canal inguinal, mais il trouve au niveau de son orifice supérieur et un peu au-dessus une grosseur sur laquelle il glisse, qui a la forme, la consistance et la sensibilité spéciale du testicule; mais on n'y distingue pas d'épididyme.

En pressant sur l'extrémité supérieure du testicule, on peut l'engager dans le canal et même lui faire franchir l'anneau externe.

Dès que le malade prend l'attitude verticale, en moins de cinq minutes une tumeur se prononce lentement et progressivement au-dessous de l'anneau inguinal externe. C'est d'abord comme une espèce d'intestin vide, affaissé et comme chiffonné; un peu plus tard, la cavité se remplit, acquiert une certaine tension, devient fluctuante. Elle se réduit à la moindre pression, mais d'une façon toute particulière : ce n'est pas le liquide seul qui rentre dans l'abdomen ; la poche qui le contient y rentre avec lui, et cette réduction se fait même spontanément par le simple décubitus dorsal. On ne retrouve alors ni dans l'anneau ni au-dessus le liquide, ni la poche.

Ajoutons que les secousses de toux augmentent la tension et le volume de la tumeur, mais sans y produire de gargouillements pas plus que sa sortie et sa rentrée.

L'absence de gargouillements, d'élasticité de la tumeur, sa fluctuation franche, sa production *progressive* dans la station verticale, m'avaient fait annoncer une hydrocèle congéniale, diagnostic que la transparence de la tumeur est venue confirmer.

Il s'agit donc d'une cryptorchidie simple sus-inguinale, accompagnée plutôt que compliquée d'une hydrocèle congéniale.

Deux points sont particulièrement remarquables dans cette hydrocèle :

1° La formation de la poche au-dessous du testicule à la distance assez considérable de quatre travers de doigt, formation qui ne peut s'expliquer que par la pression exercée par la sérosité sur le cul-de-sac péritonéal ;

2° La réduction de la poche elle-même, c'est-à-dire de la tunique vaginale, qui rentre à la manière d'une hernie et ressort de même. Le malade dit, en effet, avoir remarqué que dans les efforts de garde-robes quelque chose semblait partir du voisinage de la tumeur pour rentrer dans le ventre. C'est qu'en effet dans l'attitude verticale, en même temps que l'hydrocèle se manifeste, le testicule s'engage complétement dans le canal inguinal de manière à devenir contigu à la partie supérieure de la tumeur, au niveau de l'anneau externe, et la pression le fait aisément remonter et descendre, en lui imprimant un mouvement de navette dans toute la longueur du canal inguinal, ce qui confirme son siége, dans le décubitus dorsal, à l'entrée même du canal.

Puisque le testicule s'engage si facilement dans le canal inguinal, et peut même en sortir par une pression douce, on pourra sans inconvénient appliquer au malade un bandage herniaire dont la pelote en demi-lune pressera le canal au-dessus du testicule, et empêchera à la fois celui-ci de remonter dans l'abdomen et l'intestin de s'engager dans le canal inguinal.

Quant à l'hydrocèle, elle favorise plutôt qu'elle n'entrave la descente du testicule ; il est d'ailleurs évident qu'on ne saurait songer à l'opérer, car, outre le danger d'une péritonite, l'oblitération de la tunique vaginale qui résulterait de l'opération offrirait un obstacle insurmontable à la migration du testicule.

RAPPORT SUR LES EAUX MÈRES DE SALINS,

Par M. le docteur LÉGER, médecin de l'hôpital de Bicêtre, ex-médecin inspecteur de ces eaux.

(Présenté à l'Académie de médecine, séance du 12 avril 1859.)

La France ne possède que depuis un an des bains d'eaux minérales sodo-bromurées, analogues aux eaux de Kreuznach, Nauheim, etc., qui jouissent d'une réputation si méritée en Allemagne, et dont jusqu'à présent nous étions restés tributaires.

Le magnifique établissement de Salins, élevé à grands frais et avec tous les perfectionnements de la balnéaire moderne, est consacré à l'administration des eaux mères sodo-bromurées, provenant des salines. Cet établissement n'a encore été ouvert qu'une année. M. le docteur Léger, médecin inspecteur de ces eaux, et qui a été obligé de quitter cette position pour remplir à Paris d'autres fonctions, a rendu compte dans un rapport des résultats obtenus aux eaux de Salins la première année de leur ouverture. C'est ce rapport que nous croyons intéressant de faire connaître.

La nature et la composition des sources salées et des eaux mères de Salins sont parfaitement connues depuis les analyses de M. Desfosses, de Besançon, et surtout depuis que l'analyse des eaux mères a été faite par MM. Favre, Pelouze et Dumas. Cette analyse donne, comme on le sait, les résultats suivants :

Chlorure de magnésium.	31,750
— potassium.	31,090
— sodium.	157,980
Sulfate de magnésie.	19,890
— potasse.	10,140
— soude.	64,170
Bromure de potassium.	2,700
	317,720

Employées avec succès depuis un certain nombre d'années par les médecins de Salins, ces eaux ont été expérimentées avec le plus grand soin par MM. Carrière et Germain ; lesquels ont consigné le résultat de leurs recherches dans deux mémoires importants, présentés il y a quelques années à l'Académie de médecine, et publiés depuis cette époque. D'après ces observateurs, c'est surtout dans les affections lymphatiques et scrofuleuses, dans les cas de chloro-anémie et d'aménorrhée chlorotique, dans les maladies du genre asthénique, dans le rachitisme, etc., que les eaux de Salins sont puissantes et jouissent d'une efficacité incontestable.

Ces assertions sont-elles l'expression sincère des faits, et doit-on leur accorder une entière confiance ? Pour ma part, je n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Attaché l'année dernière, en qualité de médecin inspecteur, à l'établissement des eaux minérales de Salins, lors de son ouverture officielle, j'ai dû m'attacher à étudier attentivement les vertus curatives de ces eaux, à surveiller leur mode d'administration, à saisir les indications et les contre-indications de leur emploi ; enfin, à me rendre un compte rigoureux des résultats obtenus pendant la durée du traitement. Je dois reconnaître, il est vrai, que, en raison du peu de temps que j'ai passé à Salins et du nombre assez restreint des malades confiés à mes soins, il ne m'a pas été permis d'approfondir et de résoudre ces différentes questions. Toutefois, mon observation personnelle concorde tellement avec celle de mes devanciers, que je n'hésite pas à lui accorder plus de valeur qu'elle n'en aurait sans cette circonstance.

Dans toutes les conditions où le lymphatisme prédomine, les eaux de Salins modifient rapidement et profondément l'organisme. Ainsi, les enfants faibles, lymphatiques, dont les forces digestives sont languissantes, et dont par suite la nutrition est incomplète ; les jeunes gens des deux sexes chez lesquels des conditions analogues de tempérament et d'influences morbides entravent et retardent l'évolution des phénomènes de la puberté ; les femmes affectées de chloro-anémie, compliquée de dysménorrhée ou d'aménorrhée ; les sujets affaiblis par des fatigues excessives et prolongées, des excès ou des maladies antérieures qui ont épuisé les forces vitales ; tous voient leur situation s'améliorer rapidement sous l'influence des eaux sodo-bromurées de Salins. Chez ces malades, l'action tonique de ces eaux augmente l'appétit, rend l'assimilation plus complète, relève les forces et ne tarde pas, en restituant aux fonctions paresseuses ou frappées d'inertie, toute leur activité physiologique, à rétablir dans l'organisme l'équilibre et la santé.

Parmi les malades dont j'ai dirigé le traitement, le plus grand nombre présentaient ces différents états morbides, et presque toujours, je puis le dire, ont retiré un bénéfice réel de l'usage des eaux de Salins. Chez les uns, l'amélioration a été rapide et le retour à la santé pour ainsi dire immédiat ; chez les autres, les effets ont été plus lents, mais régulièrement progressifs ; chez quelques-uns, ou bien l'amélioration était d'abord moins sensible, ou bien, après un progrès facilement appréciable, l'état du malade restait stationnaire, et on n'atteignait enfin le but qu'après plusieurs oscillations successives.

Je n'ai pas la prétention de croire que tous ces malades ont été mis à l'abri du retour des accidents dont ils étaient venus chercher la guérison. Je constate seulement que chez tous, la médication par les eaux de Salins a été utile ; que ceux qui n'ont pas recouvré complétement la santé ont éprouvé une amélioration notable, et que pas un d'entre eux n'a vu son état s'aggraver pendant le cours du traitement.

L'efficacité des eaux de Salins contre la plupart des manifestations scrofuleuses est également incontestable. J'ai eu l'occasion de soigner plusieurs malades affectés d'engorgements ganglionnaires, les uns simples, les autres compliqués de plaies. Chez ces sujets, en même temps que l'influence générale de la médication sodo-bromurée se faisait sentir sur l'organisme, son action résolutive s'exerçait sur les tumeurs dont on pouvait suivre *de visu* la décroissance rapide. Quelques-uns de ces engorgements ont disparu complétement ; d'autres, très-volumineux et d'origine déjà fort ancienne, avaient perdu les deux tiers ou les trois quarts de leur volume, et se trouvaient réduits à un noyau dur et indolent à l'époque où les malades ont quitté l'établissement. L'existence de plaies ou de trajets fistuleux n'est pas toujours un obstacle à la résolution des tumeurs ganglionnaires. Souvent, au contraire, cette résolution est alors plus rapide et plus complète. Il n'en est plus de même lorsqu'il existe des caries scrofuleuses. Dans ce cas, en effet, la cure est beaucoup plus longue et plus difficile ; cependant elle est possible, et les faits observés jusqu'à ce jour ne laissent aucun doute à cet égard. Seulement, le traitement doit être poursuivi avec persévérance. J'ai vu plusieurs cas de carie dans lesquels, indépendamment des modifications avantageuses qui s'étaient opérées dans l'état général du malade, j'ai pu constater une amélioration évidente dans l'état local ; mais la guérison n'était pas encore complète lorsque les malades ont quitté Salins.

Plusieurs malades affectés de rhumatisme chronique sont venus réclamer le bénéfice des eaux de Salins. Ces malades ne présentaient pas de lésions organiques du cœur ; leur état s'est amélioré. Ces faits sont trop peu nombreux pour me permettre de juger la valeur des eaux de Salins dans le rhumatisme ; ils prouvent seulement que l'on peut recourir à cette médication sans inconvénient, et qu'il y a lieu d'en poursuivre l'expérimentation dans des cas analogues.

Chez une jeune femme d'un tempérament éminemment lymphatique, affectée d'une ancienne blépharite et d'un eczéma chronique très-étendu, j'ai obtenu une amélioration, peut-être passagère, à la suite de l'administration de 35 bains et de l'usage de l'eau de source en boisson. Je dis peut-être passagère, car vers la fin du traitement il survint une nouvelle éruption, assez limitée, il est vrai, mais qui pouvait cependant inspirer quelques craintes pour l'avenir. Cette jeune femme avait d'abord supporté difficilement les bains ; il avait fallu mitiger l'eau de source au début, puis graduer avec beaucoup de précautions les additions d'eaux mères ; mais, enfin, on est parvenu à modifier d'une manière très-heureuse l'état général, et on avait vu disparaître peu à peu presque complétement l'affection cutanée.

La médication par les eaux sodo-bromurées est bien supportée par les individus doués d'un tempérament lymphatique ; le tempérament sanguin ne contre-indique pas cette médication d'une manière absolue ; mais lorsque à ce tempérament se joint une vive irritabilité, les eaux de Salins ne sont plus tolérées, et les bains peuvent produire alors des mouvements congestifs qui exigent l'abandon de ce moyen. On rencontre également certaines constitutions nerveuses, éminemment irritables, qui ne s'accommodent pas davantage de cette médication. J'ai vu, entre autres, une malade d'une mobilité nerveuse portée au plus haut degré, chez laquelle l'administration du bain produisait une excitation tellement vive que, après plusieurs tentatives faites avec toutes les précautions convenables, il fallut renoncer au traitement. Ce sont là, d'ailleurs, de très-rares exceptions.

Le mode d'administration des eaux sodo-bromurées mérite de fixer sérieusement l'attention. On administre les eaux de Salins en bains, en douches et en boisson. A l'intérieur, l'eau de la source se donne à la dose d'un demi-verre à deux verres, le matin à jeun. Deux verres d'eau produisent ordinairement un effet laxatif, surtout les premiers jours. Si cet effet se prolonge, il faut diminuer la dose de l'eau ou bien en suspendre momentanément l'usage. Un seul verre d'eau détermine quelquefois des effets analogues ; mais presque toujours la tolérance s'établit rapidement, et l'effet laxatif cesse bientôt de se produire. La plupart des malades éprouvent, après avoir ingéré l'eau de Salins, un peu de pesanteur à la région épigastrique. Cette sensation est ordinairement de courte durée ; cependant il est certains malades qui digèrent habituellement cette eau avec lenteur et difficulté. Pour parer à ces inconvénients, on a pris le parti de saturer l'eau de la source d'acide carbonique, et cette tentative a parfaitement réussi.

Lorsque l'eau de la source marque 4 ou 5 degrés à l'aréomètre, ce qui a eu lieu presque constamment pendant toute la durée de la saison de l'année dernière, il est utile de la couper avec un tiers ou une moitié d'eau naturelle, surtout pendant les premiers jours du traitement. On arrive ainsi, sans le moindre effort, à obtenir une tolérance complète. Il est bon aussi, le plus ordinairement, de commencer par un demi-verre et de ne pas dépasser la dose d'un verre à un verre et demi par jour, à moins d'indication spéciale. L'eau de la source, prise en boisson, est presque toujours un adjuvant utile du traitement. Elle a pour effet de stimuler la membrane muqueuse de l'estomac, d'exciter l'appétit, de faciliter la digestion, et par suite d'aider puissamment à la restauration des forces et à la reconstitution de l'organisme. Dans quelques circonstances, son usage est non-seulement utile, il devient même indispensable. Il en est ainsi, par exemple, lorsque le malade est affecté de dyspepsie et que les fonctions intestinales sont frappées de langueur ou d'inertie.

Lorsque l'ingestion de l'eau de la source inspire aux malades une certaine répulsion, ce qui d'ailleurs est fort rare, on parvient généralement à vaincre leur répugnance en coupant cette eau avec de l'eau pure, en la donnant à petites doses, en suspendant son emploi pendant un ou deux jours, pour la reprendre ensuite. Ces tentatives sont-elles infructueuses, il vaut mieux alors abandonner le mode d'administration et s'en tenir à l'usage des bains.

Les bains constituent, sans contredit, la partie la plus importante de la médication sodo-bromurée. On les prescrit ordinairement tous les jours, rarement deux fois par jour. Les bains de Salins se composent d'eau de la source, additionnée ou non d'une quantité variable d'eaux mères. Au début du traitement, il est prudent d'administrer d'abord un ou deux bains d'eau de source sans addition. Cette eau, dans la belle saison, marque souvent 4 ou 5 degrés à l'aréomètre. Lorsque l'on traite des enfants faibles, excitables, dont la peau s'irrite facilement, ou des femmes chez lesquelles les sympathies nerveuses s'éveillent sous la plus légère influence, il est préférable d'additionner d'abord l'eau de la source d'un quart ou d'un tiers d'eau douce ; aussitôt que le bain est bien supporté, il faut commencer les additions d'eaux mères. On ajoute d'abord à l'eau du bain 5 litres d'eaux mères, puis on augmente successivement de 5 litres, jusqu'à concurrence de 25 ou 30 litres par bain, quantité que l'on est rarement obligé de dépasser.

Les eaux mères marquent invariablement 30 degrés à l'aréomètre, et 5 litres de ce liquide augmentent à peu près la densité de l'eau du bain d'un demi-degré. Une telle précision dans le dosage du médicament permet au médecin de se rendre journellement un compte exact de la tolérance du malade et de l'effet produit ; elle lui donne aussi le pouvoir de remplir avec une exactitude mathématique, pour ainsi dire, les indications individuelles, sans craindre de dépasser le but ou de se trouver impuissant pour l'atteindre. C'est là, comme on le voit, une des conditions les plus avantageuses, et que l'on est loin de rencontrer dans l'administration de la plupart des eaux minérales.

Les bains doivent être pris à une température modérée, 27 à 30 degrés centigrades. Il peut même être très-avantageux de les donner à une température plus basse, 24 ou 26 degrés centigrades. Administrés à une température élevée, ces bains, surtout lorsque l'addition d'eaux mères est considérable, déterminent souvent des mouvements congestifs, de l'agitation, de l'insomnie, du prurit, un sentiment de courbature et de fatigue générale. Ces accidents ne sont, du reste, que passagers, et il suffit pour en empêcher le retour, d'abaisser la température du bain. L'augmentation trop rapide de la quantité d'eaux mères peut également donner lieu à des accidents analogues, mais il est facile d'y obvier en diminuant momentanément la dose de ces eaux.

La durée du bain, sauf exception, doit être de trois quarts d'heure à une heure au plus. On administre le plus ordinairement une série de vingt-cinq à trente bains. Quelquefois cette série se prend sans interruption ; d'autres fois il est utile de prescrire de temps en temps un repos d'un ou deux jours. Lorsque l'état du malade exige l'emploi d'un nombre plus considérable de bains, il est d'usage de suspendre la médication pendant quinze jours ou trois semaines, et de reprendre ensuite une nouvelle saison. Ce mode de procéder est sanctionné par l'expérience.

Les douches locales chaudes ajoutent beaucoup, dans certains cas, à l'efficacité de la médication générale. Employées avec persévérance et avec la précaution de proportionner leur force de

projection aux effets que l'on veut obtenir, elles rendent d'éminents services. Elles favorisent et activent évidemment la résolution des engorgements ganglionnaires, et celle des indurations qui s'opposent à la cicatrisation des trajets fistuleux. Est-il nécessaire d'ajouter que dans les affections rhumatismales elles entrent pour une large part dans les heureux résultats du traitement? Quant aux douches générales, chaudes ou froides, indépendamment de leur valeur habituelle, il est plus que probable qu'elles empruntent à la composition des eaux sodo-bromurées un surcroît d'action et des propriétés thérapeutiques plus actives.

Je regrette que mon expérience particulière ne me permette pas d'apprécier avec plus d'autorité la valeur des eaux de Salins. Cependant, ce que j'ai appris de ceux de mes confrères qui ont expérimenté ces eaux, ce que j'ai lu dans les mémoires de ceux qui ont publié le résultat de leurs recherches; enfin, ce que j'ai vu par moi-même, ne laisse aucun doute à ce sujet dans mon esprit.

Je crois que les eaux de Salins sont appelées à occuper une place importante parmi les eaux minérales dont la réputation repose sur des succès de bon aloi. Le lymphatisme, la scrofule, l'anémie, toutes les maladies de genre asthénique, trouveront dans ces eaux un puissant modificateur qui régularisera les fonctions, retrempera les forces de l'organisme et assurera, au moins dans bon nombre de cas, le retour complet à la santé. Leur valeur sera d'autant moins contestée que, au lieu de pouvoir être conseillées indifféremment dans une foule d'affections disparates, elles s'appliquent d'une manière toute spéciale à certains états morbides bien déterminés, contre lesquels la médecine reste trop souvent impuissante.

Cette spécialité, selon moi, fait leur force et assure leur avenir.

OBLITÉRATION DE L'ORIFICE EXTERNE DU COL UTÉRIN;

Traitement.

Par le docteur ROUTH.

Sarah W..., domestique, âgée de vint-trois ans, entre à l'hôpital le 5 mai 1858, pour s'y faire traiter d'une aménorrhée datant de onze mois. A cette époque, elle est accouchée d'un enfant mort-né et déjà en putréfaction après un travail qui, à ce qu'elle raconte, avait duré cinq jours et cinq nuits et avait dû être terminé par l'emploi des fers; elle n'eut aucun accident du côté des seins; les lochies durèrent plus d'un mois. Elle a suivi un traitement général tonique, composé de fer et d'aloès, pendant les trois derniers mois avant son entrée à l'hôpital, dans le but de provoquer le retour des règles, mais on ne put y réussir. Deux fois on lui pratiqua la cautérisation du col utérin sans obtenir aucun résultat. La malade n'est pas très-pâle, mais elle est faible, elle a toujours mal à la tête et ressent de vives douleurs dans le dos et les membres inférieurs. Elle a de la leucorrhée assez abondante, d'une odeur nauséabonde, et de laquelle se dégagent des bulles de gaz infectes.

L'examen au spéculum montre l'état suivant : col utérin normal, son orifice externe est béant, mais le doigt introduit dans la cavité du col ne pénètre pas à plus d'un pouce de profondeur; là on trouve un obstacle invincible à travers lequel on ne peut pas introduire même le plus petit stylet. Cet état suffit parfaitement à expliquer l'aménorrhée.

Opération. — L'utérus étant fortement attiré en bas par des pinces à double griffe, on introduit dans la cavité du col, parallèlement à l'axe du vagin, un bistouri que l'on fait pénétrer dans l'étendue de 1 centimètre environ. Par cette nouvelle ouverture, on fait passer une sonde de gomme élastique que l'on pousse à une certaine profondeur : après quelques minutes, on retire ce bout de sonde et on le remplace par une petite flèche de bois très-mince, enveloppée de coton et parfaitement huilée. Ce pansement est laissé à demeure dans l'orifice de nouvelle formation, et changé tous les jours; au bout de trois ou quatre jours on y substitue un cône d'éponge préparée. Bientôt l'orifice du col utérin est assez dilaté pour admettre l'index; on fit alors une injection d'eau tiède pour nettoyer la cavité de l'utérus; le liquide ne put être évacué en totalité et son séjour causa quelques douleurs à la malade; on lui donna un peu de laudanum et bientôt le liquide s'écoula et le malade fut complétement soulagée.

On continua le régime et le traitement toniqeus, et la malade ne tarda pas à quitter l'hôpital parfaitement guérie. (*The Lancet.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 avril 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un correspondant pour la section d'anatomie et de zoologie, en remplacement de feu M. le prince Charles Bonaparte.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 51,

M. Dujardin obtient.	42 suffrages.	
M. P. Gervais..	7	»
M. Hollard.	1	»

M. Dujardin ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

— L'Académie avait, dans la précédente séance, élu la commission chargée de décerner le prix de physiologie expérimentale. Cette commission se compose, d'après les résultats du scrutin, de MM. Claude Bernard, Flourens, Milne-Edwards, Rayer et Serres.

Influence de l'air, de l'oxygène, etc., sur la guérison des plaies sous-cutanées. — MM. DEMARQUAY et LECONTE adressent l'extrait suivant d'un mémoire sur l'influence de l'air, de l'oxygène, de l'hydrogène et de l'acide carbonique sur la guérison des plaies sous-cutanées.

« Dans toutes les expériences dont nous donnons ici le résumé, disent les auteurs, les opérations étaient faites comparativement deux à deux sur le même animal; c'est ainsi que, quand on injectait de l'air dans la plaie sous-cutanée d'un membre, on pratiquait sur le membre correspondant une ténotomie qu'on soustrayait avec soin au contact de l'air; toutes les injections de gaz ont été ainsi comparées avec des ténotomies simples, puis comparées entre elles de la même manière, ce qui nous a donné un nombre considérable d'expériences, dont les plus importantes sont consignées dans notre mémoire.

» Pour bien faire comprendre les conclusions qui découlent de ces expériences, nous croyons devoir rappeler succinctement les résultats contenus dans notre premier mémoire, et qui peuvent se formuler ainsi :

» 1° L'air injecté dans le tissu cellulaire ou le péritoine d'un animal vivant perd rapidement, par absorption, une grande partie de son oxygène, qui est remplacé par un volume presque correspondant d'acide carbonique, et le mélange des gaz restants s'absorbe avec lenteur.

» 2° L'oxygène, l'hydrogène, l'acide carbonique et l'azote, injectés dans les mêmes conditions, déterminent, en se résorbant, une exhalation des gaz contenus dans l'organisme, et les mélanges qui en résultent s'absorbent avec une rapidité plus ou moins grande, suivant la nature du gaz injecté, et dans l'ordre suivant: l'acide carbonique, l'hydrogène, l'oxygène, l'air atmosphérique et l'azote.

» Quant au mémoire que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui à l'Académie, les expériences qu'il renferme peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

» 1° Les ténotomies sous-cutanées, pratiquées sur des lapins, et à l'abri du contact de l'air ou d'autres gaz, sont complétement et solidement réparées dans l'espace de dix-huit à vingt-deux jours.

» 2° Les ténotomies sous-cutanées pratiquées dans les mêmes conditions, mais avec injections quotidiennes d'air, s'organisent sensiblement de la même manière et dans le même laps de temps; ce qu'il faut sans doute attribuer à l'absorption rapide d'une grande partie de l'oxygène, ainsi que cela est démontré dans notre premier mémoire.

» 3° L'oxygène mis en contact chaque jour avec des ténotomies sous-cutanées s'oppose à la réparation du tendon divisé pendant un temps qui peut excéder la durée de la guérison normale, mais il ne produit jamais la vascularisation anormale que détermine l'hydrogène.

» 4° L'hydrogène injecté dans les ténotomies sous-cutanées en retarde tellement la guérison, qu'elle est encore incomplète sept mois et demi après l'opération, phénomène dû sans doute à l'inflammation particulière que détermine l'injection de ce gaz, qui produit toujours un développement très-considérable des vaisseaux et surtout des veines.

» 5° L'action de l'acide carbonique, contrairement à celles de l'oxygène et de l'hydrogène, favorise au plus haut degré l'organisation des plaies sous cutanées et en amène la guérison dans un laps de temps beaucoup plus court que dans les ténotomies faites en dehors de l'influence de l'air.

» L'acide carbonique semble donc appelé, ainsi que Priestley l'avait annoncé le premier, à jouer un rôle important dans la thérapeutique des plaies.

» Nous espérons démontrer bientôt expérimentalement la valeur thérapeutique réelle des gaz précédents sur les plaies exposées.»

Règne humain. — M. GRIMAUD (de Caux) adresse la lettre suivante :

« Dans la dernière séance, M. Geoffroy Saint-Hilaire a présenté à l'Académie la seconde partie du tome II de son *Histoire générale des règnes organiques.* Le savant auteur introduit avec raison dans la classification des êtres un règne à part qu'il appelle le *règne humain*. Qu'il me soit permis à cette occasion de rappeler qu'en 1842 j'ai publié un petit volume intitulé : *De l'esprit de l'éducation*, dans lequel on lit ce qui suit (pages 53 et suivantes) :

« Les déductions scientifiques nous amènent donc à savoir qu'il y a
» dans la nature quatre sortes d'êtres bien distincts :
» 1° Les corps bruts ou inorganiques;
» 2° Les végétaux;
» 3° Les animaux;
» 4° Enfin l'homme.
» Et maintenant, si nous empruntons le style aphoristique de Linné,
» il conviendra d'ajouter une proposition aux trois propositions par
» lesquelles il a voulu caractériser tous les êtres : *mineralia crescunt;*
» *vegetabilia crescunt et vivunt; animalia crescunt et vivunt et sentiunt;* et, d'après ce que nous venons d'établir, il conviendra d'ajouter : *Homo crescit et vivit et sentit et cogitat.* »

» Or, à la page 264 de son t. II, M. Geoffroy Saint-Hilaire reproduit la même formule en ces termes : *La plante vit; l'animal vit et sent; l'homme vit, sent et pense.*

» J'ai la conviction que M. Geoffroy Saint-Hilaire n'aurait pas manqué de citer mon livre s'il en avait eu connaissance. Il aurait pu le faire avec d'autant plus de justice que je crois être le premier (les dates sont là) qui ai mis les naturalistes expressément en demeure de compter l'homme à part dans un catalogue de la nature, de ne pas le confondre avec les mammifères, de ne pas se borner à en faire un mammifère perfectionné. »

M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE fait remarquer que le livre qu'il vient de publier ne renferme, en ce qui concerne l'homme, que quelques additions au résumé antérieurement donné des vues depuis longtemps émises sur le *règne humain.* Il n'y avait pas lieu de revenir dans le nouveau volume sur ce qui avait été déjà dit dans le précédent.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Voici les renseignements qui nous sont parvenus sur la composition du service de santé de l'armée d'Italie :

M. le baron H. Larrey est nommé chirurgien en chef de l'armée;
M. Champouillon, médecin en chef du 1er corps;
M. Boudin, — — du 2e;
M. Salleron, — — du 3e;
M. Fenin, — — du 4e.
MM. Legouest, Bertherand et Cazalas sont attachés au grand quartier général; MM. Méry et Napoléon Perrier aux ambulances de la garde.

— La *Gazetta medica italiana* de Turin publie un avis indiquant les conditions demandées et les avantages promis aux médecins et chirurgiens qui désireraient être admis dans le corps de santé militaire de l'armée piémontaise.

Voici ces conditions et ces avantages :

Avoir été proclamé lauréat médico-chirurgical dans une des universités italiennes; ne pas dépasser l'âge de trente ans, et posséder les qualités requises pour le service militaire. — Ceux qui auront exercé pendant l'époque de la guerre d'Orient seront admis, mais seulement *pendant le temps de la guerre*, à titre d'officiers de santé, s'ils peuvent prouver leur aptitude à supporter les fatigues de la campagne.

Les avantages accordés sont :

Le grade payé comme celui des médecins exerçant actuellement; plus 400 fr. à titre d'indemnité; 400 fr. pour entrée en campagne; un semestre payé à titre de gratification; la conservation du grade *honoraire*, quand la campagne sera finie; la conservation *effective* du grade pour tous ceux qui auront introduit une innovation dans l'art, ou qui se seront distingués par des services signalés.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau et de ses divers comités. M. Grisolle a été nommé *président*, et M. Hervez de Chégoin *vice-président* pour l'année 1859-1860.

Ont été réélus : *secrétaire général*, M. Henri Roger; *secrétaires particuliers*, MM. Woillez et Hervieux. M. Ch. Bernard a été nommé *trésorier*.

Ont été désignés pour faire partie du *conseil d'administration*: MM. Barth, Barthez, F. Blache, Moreau et Trousseau. — *Conseil de famille* : MM. Becquerel, Hérard, Legroux, Marrotte et Rostan. — *Comité de publication* : MM. Ch. Bernard, Hervieux, Monneret, H. Roger et Woillez.

— M. le docteur Satis père (de Vendôme) vient de mourir dans cette ville à l'âge de soixante-dix ans, après quelques jours de cruelles souffrances. L'Association médicale de Loir-et-Cher, dont il était vice-président, perd en lui un guide expérimenté, prudent et ferme.

— Le docteur Glover, connu par d'importants travaux sur le chloroforme, a succombé le 9 avril, accidentellement empoisonné par cette substance, dont il avait (à ce qu'on présume, dans un but expérimental), avalé à de trop courts intervalles une quantité vraiment incroyable, 60 à 90 grammes.

— Une affaire assez singulière vient de se dénouer devant la cour du comté de Marylebone (Angleterre). Un médecin s'était engagé à accoucher sa cliente pour le prix convenu d'une guinée (26 fr.). Mais l'accouchement, laborieux, réclama l'intervention d'un second praticien. Puis il survint un rhumatisme, et enfin un abcès au sein. Bref, le demandeur produisait une note de près de 3 guinées. A cette réclamation si raisonnable et si modérée, la dame opposa t impitoyablement la convention préalable d'une guinée, ne rougissant pas d'alléguer que les complications survenues devaient être attribuées à l'effet du traitement.

Ce système n'a pas trouvé crédit devant le juge, qui a prononcé le payement de la note et mis les frais à la charge du défendeur.

— M. le docteur Don, du 28e régiment de l'armée anglaise de l'Inde, fait connaître un cas curieux d'obésité chez un garçon hindou de Bombay, âgé de douze ans. La polysarcie a commencé, chez ce garçon, dès la seconde année de sa naissance; son développement est tel aujourd'hui, que tout le corps semble ne former qu'une masse de graisse qui présente de volumineux replis à la poitrine, aux jointures et aux hanches. Sa santé, du reste, est parfaite, et il digère on ne peut mieux. Sa nourriture ordinaire se compose de pois et de riz. Sa démarche, naturellement grave, est fort curieuse à voir. La moindre fatigue lui cause de la dyspnée, ce qui l'oblige à se reposer fréquemment : alors il appuie son ventre contre une muraille ou quelque autre support. La hauteur de sa taille est en rapport avec celle des jeunes garçons hindous de son âge; seulement les organes génitaux, les testicules principalement, sont fort peu développés. Sa capacité intellectuelle ne laisse rien à désirer. Pour donner une idée des dimensions de cet individu, en voici les mesures: poids du corps, 206 livres; hauteur, 48 pouces; périphérie de la poitrine, 39 pouces; celle de l'abdomen, 43 pouces; circonférence de la cuisse, 27 pouces; de la jambe, 16 pouces; du bras, 15 pouces 1/2. Le pied a 6 pouces 1/2 de longueur.

(*Clinique européenne.*)

— M. Magne reprendra son cours de clinique oculaire tous les lundis à midi, rue Louis-le-Grand, 3. Les premières leçons traiteront des divers moyens de traiter la tumeur lacrymale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Gérant, ...

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 53. — JEUDI 5 MAI 1859. (32e ANNÉE.) N° 53. — JEUDI 5 MAI 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 MAI 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance a été presque entièrement occupée par la lecture d'un rapport de M. Devergie sur un travail de M. Delattre (de Dieppe), relatif aux propriétés médicales des huiles de poisson. M. Delattre s'est livré à un travail considérable ayant pour objet d'étudier comparativement la composition chimique et l'emploi médical des huiles de foie de morue, de raie et de squale. La partie chimique de ce travail, faite avec le concours de M. Girardin (de Rouen), a eu pour principal résultat de faire connaître que la composition de ces huiles est à peu près identique, qu'elles renferment toutes les mêmes éléments, avec quelques différences seulement dans les proportions. Mais ces différences, pas plus que celles qui existent entre les diverses espèces d'huiles de foie de morue, ne paraissent suffisantes pour entraîner l'idée de différences corrélatives dans leurs effets thérapeutiques.

D'après les expériences de M. Delattre, en effet, l'action physiologique de toutes ces huiles serait, à peu de chose près, la même ; elles pourraient donc être considérées comme succédanées les unes des autres, et toutes également applicables au traitement des affections scrofuleuses, dartreuses, rhumatismales, etc. Cependant M. Delattre leur reconnaîtrait quelques propriétés spéciales qui constitueraient pour chacune d'elles des indications particulières.

La commission a déclaré n'avoir pu contrôler expérimentalement ces propositions de l'auteur; elle s'est attachée seulement à examiner ce point, savoir : si l'huile de squale peut être substituée avantageusement à l'huile de foie de morue. Il résulte des expériences auxquelles elle s'est livrée à cet égard, que les effets thérapeutiques ont été en effet à peu près les mêmes, et que l'huile de squale a été généralement prise avec moins de dégoût et mieux supportée que l'huile de foie de morue. Toutefois, ne se considérant pas comme suffisamment fondée à émettre un jugement définitif, elle s'est bornée à déclarer que l'huile de squale lui paraissait pouvoir être considérée comme un succédané de l'huile de morue.

Une courte discussion a suivi cette lecture. Nous avons cru un instant que la grande question du rapport de l'action dynamique des médicaments avec leur constitution chimique et leurs doses, soulevée dans la dernière séance, allait être remise sur le tapis ; mais il n'en a rien été ; on s'est borné à quelques échanges d'explications au sujet de l'assimilation des huiles artificielles aux huiles naturelles. Le fond de la question n'a point été abordé. C'est donc encore un sujet de discussion ajourné à une autre occasion. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Du kératome ou variété peu connue de tumeur de la cornée.

(Observation recueillie et rédigée par M. PÉAN, interne à l'hôpital des Cliniques.)

Parmi les tumeurs ayant pour point de départ l'une des membranes du globe de l'œil, celles qui prennent naissance dans le tissu de la cornée sont peut-être les moins connues jusqu'ici des anatomo-pathologistes, et l'on peut dire qu'il en est peu qui aient donné lieu à plus de confusion de langage, et partant, à plus d'erreurs de diagnostic. C'est ainsi que sous les noms de dégénérescence cancéreuse, de sarcomes, de fongus, d'excroissances, de polypes de la cornée, on a désigné diverses affections mal définies, dont la nature avait été ou méconnue ou préjugée.

Nous nous proposons aujourd'hui d'appeler l'attention sur une maladie mise à l'étude depuis quelques années, et d'ajouter une observation à celles qui ont été publiées sur ce sujet, et qui sont au nombre de deux seulement. Cette maladie (1), passée inaperçue jusqu'à cette époque, suivant qu'elle avait été envisagée au début ou à la terminaison, avait été prise tantôt pour une kératite disséminée, plastique, ou une kérato-iritis, comme cela est arrivé aux plus savants observateurs ; d'autres fois pour un cancer né dans les membranes profondes de l'organe oculaire. Car telle est la marche de cette singulière affection, qu'elle parcourt dans l'espace de quelques mois ses diverses métamorphoses. On conçoit quelle doit être la pénible surprise du chirurgien, qui, comptant sur l'apparente bénignité des prodromes, est bientôt contraint de proposer lui-même en dernier ressort l'excision de la moitié antérieure du globe. C'est dire assez l'intérêt que mérite cette maladie, que nous allons décrire.

Elle débute sur l'un des yeux, à l'âge de la deuxième dentition, chez des enfants robustes et nés de parents bien portants. Sans cause occasionnelle connue, des vaisseaux apparaissent en assez grande abondance sur la sclérotique, et accompagnent une véritable kératite ponctuée avec ses troubles habituels, photophobie, larmoiement, brouillards, douleurs circumorbitaires, en un mot tous les signes inséparables d'une inflammation plus ou moins intense que le chirurgien cherche à combattre par les moyens généralement mis en usage : sangsues, purgatifs, dérivatifs, par exemple.

Contre son attente, la marche n'en est pas entravée, et deux ou trois mois se sont à peine écoulés que déjà on voit se former dans la chambre antérieure, à l'implantation de l'iris sur la sclérotique, une tumeur bosselée, d'un gris noirâtre, et un staphylome sclérotidien au même niveau, pendant que la cornée se dépolit, se ramollit, laisse agrandir les taches qui occupent ses couches lamelleuses. Peu à peu la tumeur intérieure prend l'aspect grisâtre, purulent, la forme oblongue, s'avance au-devant de la pupille qu'elle déforme, finit par masquer complétement l'iris ; et pendant ce travail, les vaisseaux sclérotidiens deviennent si nombreux, si animés, qu'il y a tout lieu de croire à une inflammation violente de l'iris, de la choroïde, des procès ciliaires, quand l'esprit non prévenu du chirurgien ne suit pas l'enchaînement de cet appareil symptomatique. C'est alors que l'œil commence à s'atrophier ; que sous la conjonctive cornéo-scléroticale, soit en dedans, soit en dehors, surgit une tumeur jaunâtre, ocreuse, striée de filaments blanchâtres, parcourue par de fins capillaires émanant de la sclérotique ; du volume d'un grain de millet, elle peut passer en quelques semaines à celui d'un pois.

La production de cette petite masse, coïncidant avec la disparition de l'iris voilé par la tumeur rétro-cornéeune, non moins que la déformation du globe, font supposer que l'on est en présence d'un cancer qu'il faut extirper au plus vite. L'opérateur prudent et qui désire s'assurer préalablement de l'état des tuniques et des milieux profonds de l'organe de la vision, se contente d'exciser l'hémisphère antérieur : conduite d'ailleurs indiquée, et qui ne tarde pas à être couronnée de succès.

Une dissection attentive permet alors de découvrir que la tumeur qui remplit la chambre irido-cornéenne est aplatie ou repliée, d'un blanc grisâtre, semi-transparente, homogène, luisante, demi-élastique, qu'elle adhère par un pédicule au tissu de la cornée et de la sclérotique à leur point d'union, et entre en continuité de substance avec la tumeur sous-conjonctivale qui est un peu plus jaunâtre. Si l'on soumet alors à l'examen microscopique des préparations bien faites de la substance morbide, on pourra facilement s'assurer qu'elle est invariablement composée des éléments anatomiques suivants :

1° Des faisceaux celluleux semblables à ceux de la cornée ;

2° Des cystoblastions groupés en abondance au milieu d'une matière amorphe, transparente ;

3° Des noyaux fibro-plastiques ;

4° Des plaques à noyaux multiples ou myéloplaxes ;

5° Enfin l'épithélium de la surface qui compose la membrane de Descemet.

Nous terminerons là cet exposé général, nous réservant d'entrer dans de plus longs détails en décrivant l'observation dont nous venons d'être témoin.

Le 22 avril 1859, un garçon âgé de six ans, nommé Jules C..., demeurant chez son père, qui exerce à Bicêtre la profession de boucher, est conduit à l'hôpital des Cliniques pour recevoir les soins de M. le professeur Nélaton. Cet enfant, né de parents jeunes et robustes, présente les apparences extérieures d'une bonne santé, et n'a jamais eu de maladies antérieures.

Pendant les premières semaines du mois de janvier 1859, ses parents remarquèrent de temps en temps un peu de strabisme, et le 24 du même mois, l'enfant se plaignit subitement de douleurs violentes et de troubles de la vision. Du grand angle de l'œil émanait un réseau de capillaires sclérotidiens, qui s'étendirent si rapidement vers la cornée que, dans l'espace de vingt-quatre heures, celle-ci devint nuageuse, dépolie, et ne permit de distinguer les objets qu'à travers un brouillard. Préoccupés du larmoiement, de la photophobie, surpris de la rapidité de l'altération, les parents consultèrent un médecin qui prescrivit des sangsues derrière les oreilles, et donna les premiers soins jusqu'au mois de mars.

Le 4 mars, M. le docteur Coursserant vit l'enfant, et reconnut « que la cornée gauche était recouverte de taches grisâtres, nombreuses, semblables à celles de la kératite disséminée. Au côté interne, et derrière l'implantation de la cornée à la sclérotique, existait une tumeur un peu bosselée, noire en haut, gris-noirâtre en bas, imitant un staphylôme de la sclérotique ; on eût dit que ramollie en ce point, cette dernière membrane avait cédé et permis à l'humeur aqueuse de s'engager avec la tumeur dans ce diverticulum, en même temps que la pupille était gravement déformée. » Un pansement approprié, l'occlusion des paupières, l'instillation de sulfate d'atropine, un vésicatoire, des purgatifs, des amers et des corroborants, constituèrent la base du traitement mis en activité.

Cependant le danger devenait menaçant, les douleurs continuaient avec redoublement ; au bout de quelques jours, l'enfant fut conduit à la clinique de M. le docteur Sichel, qui reconnut les symptômes suivants : « Kératite plastique, cystite et choroïdite lymphatiques de » l'œil gauche, avec nombreuses plaques opaques disséminées dans la » cornée ; staphylome choroïdien antérieur ou ciliaire entraînant la » pupille en dedans, et perte de la vision. » Quelques sangsues, des collyres, des purgatifs, formèrent la base du traitement conseillé, jusqu'au moment où M. Sichel avertit la famille que le traitement médical n'avait aucune prise, et la décida à faire opérer le petit malade par M. Nélaton.

Voici les désordres qui existaient trois mois après le début des premiers accidents :

Les paupières étant spasmodiquement contractées, nous les entr'ouvrons légèrement, et nous remarquons ce qui suit :

L'œil gauche, en voie d'atrophie, contraste singulièrement avec celui du côté opposé, qui est resté parfaitement sain ; la surface est peu régulière, et porte au côté interne et inférieur de la cornée, à la jonction de la sclérotique, une tumeur sous-conjonctivale, lisse, à contours irréguliers. Nous sommes frappés de la vascularisation de ces parties ; en effet, la sclérotique est couverte de vaisseaux droits ou tortueux, de petit calibre, et qui vont de tous côtés à la tumeur comme à la cornée. L'état de celle-ci n'est pas moins alarmant, car elle est sillonnée de capillaires ténus, droits, parallèles, qui en voilent presque complétement l'aspect, et ne laissent apercevoir dans leurs intervalles que des lames peu transparentes, jaunâtres ou opalines. C'est en vain que nous cherchons l'iris et même la pupille. De même que la cornée, la sclérotique est luisante et maculée ; mais au voisinage de la tumeur sous-conjonctivale, les vaisseaux sont plus multipliés. Cette tumeur offre elle-même une forme peu régulière, une teinte jaunâtre plus foncée que celle de la cornée, des stries intérieures blanchâtres, une transparence demi-liquide, une vascularisation moins riche que celle des membranes qui l'alimentent, et atteint à peine le volume d'un petit pois. Un toucher délicat fait constater une consistance analogue à celle de la cornée, qui est elle-même ramollie.

Le diagnostic d'une pareille affection était-il possible avant l'opération? Si nous rapprochons notre observation de celles qui ont été publiées par MM. Ch. Robin et Desmarres, nous sommes disposés à répondre par l'affirmative.

Vainement l'injection vasculaire laisserait-elle supposer tout d'abord que les tuniques de l'œil sont le siége d'une inflammation franche. L'âge du sujet, l'atrophie du globe, le mode de vascularisation, la teinte spéciale de la cornée, de la sclérotique et de la tumeur sous-conjonctivale, le siége, le volume, la forme et la consistance de cette dernière, la couleur gris-jaunâtre de la chambre antérieure, non moins que la marche de la maladie, confirment tellement ce qui a été observé par les deux auteurs qui ont les premiers abordé le sujet, qu'il nous semble difficile de ne pas distinguer, au milieu de cet ensemble de phénomènes, une variété pathologique nouvelle et bien distincte pour le chirurgien. S'il restait encore quelques doutes avant l'opération, c'est alors que l'examen le plus superficiel ne tarderait pas à mettre sur la voie. En effet, l'étude anatomo-pathologique donne des résultats tellement précis, que les observateurs qui voudront bien s'y livrer éprouveront une vive satisfaction en voyant la constance, la netteté des éléments microscopiques qui entrent dans la composition de ce produit morbide. Pour rendre la description plus saisissante, nous avons jugé convenable d'en publier un dessin exact.

(1) Le mot kératome, que nous proposons ici, nous paraît suffisamment justifié par la terminologie usitée dans l'histoire des tumeurs. On donne, par exemple, le nom d'enchondrome, de fibrome, d'adénome, à des tumeurs formées par du tissu cartilagineux, fibreux, glanduleux, etc. De même, et par analogie, le kératome sera une affection caractérisée par l'hypergénèse de quelques éléments du tissu cornéen.

Fig. I.

Fig. II.

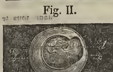


Fig. I. Coupe antéro-postérieure de la cornée, de la tumeur, de la portion de sclérotique enlevée, de l'iris et du cristallin. *a d e*, la conjonctive recouvrant la cornée, la tumeur et la sclérotique. *c d*, la tumeur coupée d'avant en arrière pour montrer son épaisseur. *d*, est un petit champignon de la tumeur faisant saillie hors de l'œil et s'étalant au dehors après avoir traversé une perforation de la cornée, dont la grandeur est exactement mesurée par le pédicule qui la traverse. Le point d'attache, ou mieux de continuité de la tumeur avec la cornée, provient de la partie inférieure de cet organe par une lame de tissu morbide épaisse de 1 millim., large de 3.

Fig. 2. Vue antéro-postérieure de la sclérotique et de la tumeur après l'ablation de la cornée. *e*, face antérieure de la tumeur profonde. *d*, tumeur sous-conjonctivale en continuité de substance avec la cornée et la tumeur postérieure. *e d*, étranglement correspondant au passage de la tumeur à travers la cornée. *a*, sclérotique. *b*, conjonctive oculaire.

L'hémisphère antérieur du globe étant tenu entre les mains, si nous le retournons pour voir de l'intérieur à l'extérieur, voici ce que nous remarquons successivement :

1° La tumeur, vue par sa face postérieure, refoule sur les parties latérales l'iris, qui n'en recouvre qu'une faible partie et conserve son intégrité.

2° La distension de l'orifice pupillaire est telle qu'elle laisse apercevoir la masse occupant la place de l'humeur aqueuse; et principalement l'espace compris entre l'iris et la cornée. Bien que cet espace soit complétement envahi, nous trouvons que la tumeur ne contracte adhérence avec la cornée qu'au voisinage du cercle postérieur, vers le grand angle de l'œil. Pour augmenter la certitude, nous soulevons cette petite masse par le côté externe, et nous pouvons par cet artifice mesurer l'étendue et le lieu précis de l'implantation, qui se fait aussi bien sur le tissu de la sclérotique que sur celui de la cornée transparente. Un simple examen permet d'affirmer que la face antérieure de l'iris était entièrement libre, et que la tumeur recevait uniquement de la sclérotique et de la cornée les capillaires qui cheminaient dans son épaisseur. En coupant ces deux dernières membranes, nous vîmes que par leur intermédiaire la tumeur intérieure était en continuité de substance avec la tumeur superficielle, qui s'étalait au-dessous de la conjonctive à la manière d'un champignon.

3° Quant aux caractères physiques, nous dirons que la portion contenue dans la chambre antérieure était disposée en forme de lame ayant l'épaisseur d'un cristallin; qu'elle tranchait sur les parties ambiantes par une couleur gris-cendré, peu vasculaire, brillante et demi-transparente; que l'aspect gélatiniforme n'était pas en rapport avec la consistance plutôt élastique que friable perçue entre les doigts; que cette consistance était celle de la cornée et de la tumeur extérieure; mais que la coupe de ces dernières se distinguait par une coloration jaunâtre, ocreuse, semée de stries blanches et rosées qui les rapprochaient de la première.

4° Pour ne rien omettre, nous ajouterons que les milieux et les membranes composant l'hémisphère postérieur du globe furent jugés sains, mais qu'il n'en fut pas de même de la cornée et de la partie antérieure de la sclérotique, car non-seulement celles-ci étaient animées par d'innombrables capillaires d'un rouge ardent, mais encore elles étaient atteintes d'un ramollissement facile à constater sous le tranchant du bistouri.

5° La membrane de Descemet n'était pas détruite et donnait à la tumeur son aspect miroitant.

Il était impossible de poursuivre plus loin les investigations sans recourir à l'étude microscopique, qui devait nous donner la clef de la structure, et, s'il faut l'avouer, nous fûmes agréablement surpris à la vue du groupement et de la nature des éléments qui constituaient la trame de cette nouvelle espèce de tumeurs.

C'est ici le lieu d'entrer dans l'historique de cette maladie et de rappeler que la première observation en est publiée dans l'ouvrage de M. Desmarres (*Traité des mal. des yeux*, 2e édition, 1855, t. II, p. 503). En 1855, cet auteur envoyait à M. Ch. Robin la première tumeur de ce genre qui ait été observée au microscope, et je tiens de notre habile et savant micrographe qu'il n'avait pu d'abord en préciser la nature. Après cette première publication, M. Desmarres le pria d'examiner une seconde tumeur entièrement analogue et prise également chez un jeune enfant.

Cet examen date du 27 mars 1857, et l'observation ayant été remise entre les mains de M. Desmarres, nous trouvons dans le registre de M. Robin la note suivante : « La production morbide provient du tissu de la cornée, dont elle conserve la transparence; cependant elle est jaunâtre ou opaline par places. La structure est celle de la tumeur analogue décrite en 1855, dont l'observation est également relatée dans les *Bulletins de la Société de biologie* et dans les *Archives d'ophthalmologie*. Elle présente la même consistance, le même mode de friabilité, la même distribution des cystoblastions au milieu d'une matière amorphe finement granuleuse, les mêmes noyaux fibro-plastiques, transparents, allongés ou un peu recourbés, les mêmes myéloplaxes, quelques-uns très-volumineux, d'autres plus petits, ayant une forme ronde, rarement polyédrique, et parfois ovoïde, représentée dans la planche XIII, fig. 2, *d*. Quelquefois même leur forme est variée, et ils contiennent deux ou un plus grand nombre de noyaux, planche XIII, fig, 4, *a*, *i*, *d*. On y trouve aussi quelques leucocytes. »

Comparant depuis ces notes avec celles d'une observation signalée dans le même ouvrage (t. II, p. 377) sous un autre nom, M. Robin reconnut leur parfaite identité de structure, qu'il n'avait pu bien déterminer alors. En effet, à cette époque déjà éloignée, il ne connaissait pas la nature et l'importance des éléments anatomiques qu'il a appelés cystoblastions, et il en avait confondu la description avec celle des noyaux fibro-plastiques, ainsi que l'ont toujours fait, pour d'autres tumeurs, les auteurs qui ont écrit sur cette espèce d'éléments anatomiques.

Disons maintenant quelle est la constitution de notre tumeur.

1° Les *fibres du tissu cellulaire* qui composent la trame sont peu nombreuses et rarement fasciculées. Dans ce dernier cas, elles rappellent les faisceaux de la cornée. Cette trame ne représente que la dixième partie des éléments qui entrent dans la totalité du tissu morbide, et contient dans ses interstices une matière amorphe, finement et uniformément granuleuse, qui représente à elle seule les cinq dixièmes environ de la masse.

2° Cette *matière amorphe*, demi-transparente, grisâtre sous le microscope, est composée de granulations qui ont toutes le même volume, c'est-à-dire un demi-millième de millimètre de diamètre; et c'est à la distribution uniforme de ces granulations que la matière doit sa teinte grisâtre et une certaine fermeté. L'acide acétique la gonfle un peu, et augmente la transparence, mais il pâlit les granulations et fait disparaître une partie.

3° *L'élément fibro-plastique* est ensuite celui que nous devons signaler, car il entre dans la composition du tissu pour les trois dixièmes environ, et présente ses trois variétés. La plus abondante est la variété noyau. Les noyaux, pour la plupart, sont très-allongés, ovoïdes, très-transparents, pâles, comme gonflés, turgescents dans leur partie centrale, qui est dépourvue de granulations. En un mot, ils offrent les caractères qui leur sont habituels dans les tissus récemment formés, et qui se développent avec rapidité. Leurs bords sont nets et bien limités; ils renferment habituellement un nucléole central, petit, sphérique dans les noyaux régulièrement ovoïdes, tandis que le nucléole est, au contraire, un peu allongé dans ceux des noyaux qui sont très-longs et étroits, à la manière de bâtonnets.

Parmi les derniers, on en trouve quelques-uns dont une des extrémités est plus étroite que l'autre, soit droite, soit recourbée; parfois les plus longs sont coudés, lors même que leurs deux extrémités sont régulièrement recourbées.

Beaucoup de noyaux ont les dimensions ordinaires, mais la plupart offrent pourtant une longueur de 15 à 17 millièmes de millimètre, sur une largeur de 5 à 8 millièmes. Quant aux nucléoles, dont la circonférence est nette, peu foncée, et le centre clair, ils ne dépassent pas un millième de millimètre.

Cet ensemble de particularités donne aux noyaux un aspect très-remarquable et en même temps très-caractéristique, comme cela se produit quelquefois lorsque les éléments fibro-plastiques sont encore récemment formés dans les tissus rapidement développés.

Après la variété noyau, celle des éléments fibro-plastiques que l'on rencontre en plus grande quantité, est la variété cellule. La distribution de ces dernières est moins uniforme, car on les trouve par places en plus grande quantité qu'ailleurs. Toutes ou presque toutes sont remarquables par leur forme sphérique ou ovoïde, leur aspect de turgescence, lors même qu'on les examine sans addition d'eau : celle-ci augmente un peu cet aspect, mais non d'une manière tellement sensible qu'il soit nécessaire d'insister sur ce fait. Toutes ont un diamètre qui varie de 15 à 22 millièmes de millimètre, une périphérie ordinairement régulière, et renferment un, rarement deux noyaux semblables à ceux des noyaux libres. Le reste de la cellule contient une grande quantité de granulations moléculaires grisâtres, toutes de même volume, uniformément distribuées, au milieu desquelles le noyau se détache en clair. L'acide acétique les pâlit sans les dissoudre entièrement.

La variété fusiforme des éléments fibro-plastiques existe aussi dans ce tissu, mais elle est beaucoup plus rare que les précédentes. En général, les éléments de cette variété sont courts, à bords un peu irréguliers et dentelés; leur noyau est un peu plus court et plus étroit que les noyaux libres et que ceux qui sont contenus dans les cellules sphériques ou ovoïdes, mais il est également transparent et non granuleux.

4° On trouve encore dans ce tissu des *cystoblastions* et de rares vaisseaux capillaires, qui n'offriraient rien de particulier à noter, s'ils n'étaient comme empâtés dans la matière amorphe et difficiles à isoler, car celle-ci laisse toujours des lambeaux adhérents à leur surface.

Les cystoblastions sont très-nombreux par places, sans être continus; ailleurs on n'en trouve que fort peu. Comme toujours ils sont sphériques, mais quelques-uns, en petit nombre, sont fort peu ovoïdes : leur diamètre est de 3 à 5 millièmes de millimètre; leurs contours sont nets, et leur intérieur finement granuleux, sans nucléole. Ils se séparent, s'isolent de la matière amorphe plus parfaitement que les éléments fibro-plastiques, et partout où ils abondent, leur mélange à ces derniers donne au tissu sous le microscope un aspect tout particulier.

5° D'autres éléments existent encore, ce sont les *myéloplaxes* ou *plaques à noyaux multiples*, qui, normaux dans la moelle des os, se rencontrent assez fréquemment dans les produits morbides de nature fibreuse, cartilagineuse, fibro-cartilagineuse et fibro-plastique, provenant des tissus osseux, fibreux, périostique, ligamenteux même, du tissu scléroticai et cornéen.

Ces éléments sont peu abondants au sein de la tumeur, mais ils se rencontrent dans presque toute son étendue. Sphériques ou ovoïdes pour la plupart, ils ont rarement un contour onduleux ou denté, comme dans les os, et leur circonférence offre également un relief moins distinct. Ils sont finement granuleux, renferment des noyaux nombreux, surtout près de la périphérie, où ils sont parfois rangés avec une certaine régularité, conformément à ce que M. Robin a fait représenter et dit avoir observé soit dans les tumeurs de ce genre, soit dans la moelle des os à l'état normal, soit dans les tumeurs des os, mais moins habituellement que dans la cornée. Ces plaques sont d'ailleurs plus claires que la masse de l'élément, et la plupart ont un nucléole. Le diamètre des myéloplaxes varie de 5 à 9 centièmes de millimètres, et celui de leurs noyaux est de 12 millièmes de millimètre pour la longueur, sur 5 à 7 millièmes de large. Les plus grands offrent dans le cas qui nous occupe de très-fines granulations graisseuses, éparses dans leur épaisseur, fait qui n'avait pas encore été signalé dans celles des tumeurs de la cornée.

6° Notons aussi qu'à la surface de la tumeur sous-conjonctivale on trouve des *leucocytes* ou *globules de pus*, mélangés aux éléments précédents, répandus au milieu de la matière amorphe, et d'autant plus rares, que l'on étudie la partie plus profonde de la tumeur.

7° La surface qui touchait l'iris était recouverte de quelques cellules pigmentaires, polyédriques, plus ou moins régulières, et de granulations de même nature à l'état de liberté.

8° Quant à la *membrane de Descemet*, elle avait été repoussée et plissée du côté opposé à celui de l'adhérence du pédicule; cependant nul changement ne s'est opéré dans sa transparence et son homogénéité, et presque partout nous retrouvons à la surface son épithélium pavimenteux si délicat; néanmoins les cellules sont plus irrégulières qu'à l'état normal, étroites, allongées, prismatiques; et leur couche n'existe pas sur certains points, ce qui n'arrive jamais à l'état sain.

En comparant cette description à celle du tissu pathologique décrit par MM. Robin et Desmarres, on reconnaîtra que, les pièces sous les yeux, nous ne pouvions guère nous dispenser de reproduire presque textuellement l'examen microscopique déjà publié par ces deux auteurs. On sait aujourd'hui que la cornée contient à l'état normal la plupart de ces éléments, y compris les myéloplaxes.

En résumé, ce qui ressort de l'examen fait à l'œil nu et de l'analyse microscopique, c'est qu'il est désormais impossible de méconnaître l'analogie et la continuité de substance avec le tissu de la cornée, comme aussi la complète indépendance de la tumeur par rapport à l'iris et à la rétine. Supposer que le mal a pris sa source dans ces derniers organes serait irrationnel, puisque ni les caractères extérieurs ni la structure ne pourraient servir de base à cette hypothèse.

Traitement. — Justement préoccupé de la vascularisation de la sclérotique et de la cornée, de l'atrophie de l'œil, de l'évolution rapide et du mauvais caractère de la tumeur, M. Nélaton n'hésita pas à proposer l'extirpation du mal en totalité. Il soupçonna que la tumeur était bornée à la chambre irido-cornéenne, décida que l'hémisphère antérieur du globe serait seul excisé, dans le but de conserver un moignon qui permît, après cicatrisation, de cacher la difformité sous un œil artificiel, et fixant l'œil avec des pinces, il enleva du même coup, à l'aide de ciseaux courbes, la cornée, l'iris, le cristallin, une partie du corps vitré, et la portion antérieure de la sclérotique. Le résultat fut satisfaisant.

Le troisième jour après l'opération, quelques douleurs circum-orbitaires accompagnées d'un état fébrile peu intense ayant apparu, ces accidents cédèrent après quelques heures, et l'enfant reprit son régime habituel et sa gaieté.

Cet état favorable s'étant maintenu douze jours après l'opération, nous sommes en droit d'espérer une heureuse et prompte cicatrisation; mais il est à regretter que l'état de la science ne nous permette pas encore de répondre à la question de récidive.

SUR LE CATHÉTÉRISME DE L'UTÉRUS,

Par M. le docteur PÉ DE LABORDE, de Monein (Basses-Pyrénées).

(Note communiquée à l'Académie de médecine dans la séance du 19 avril.)

Il résulte de la discussion à laquelle vient de donner lieu, au sein de l'Académie, le mémoire de M. Huguier sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus, que le cathétérisme utérin serait diversement apprécié. Utile selon M. Huguier, il serait toujours dangereux d'après M. Depaul.

Une manière de voir aussi différente de la part de deux praticiens aussi compétents ne peut manquer de porter dans l'esprit des médecins des doutes qu'il serait cependant utile de dissiper.

Personne n'a oublié la mémorable discussion qui intervint, à l'occasion de la communication de M. Broca, sur le traitement des déviations utérines; et l'on se souvient de la divergence d'opinions qui se manifesta alors chez les médecins les plus autorisés au sujet des opérations que l'on proposait pour le redressement de l'utérus dévié.

A cette époque déjà, je trouvais, d'après mon expérience personnelle, que la réprobation dont ces opérations, et entre autres le cathétérisme de l'utérus furent, l'objet, était exagérée, je n'ose dire mal fondée.

Comme alors, je pense, aujourd'hui que j'ai acquis plus d'expérience sur ce sujet, que pour juger sans parti pris ce point de thérapeutique assez récemment introduit dans la pratique et assez rarement mis en usage, il convient, avant tout, de recueillir une somme assez imposante de faits pour qu'il soit possible d'en déduire des conséquences légitimes, rigoureuses et capables d'édifier les esprits sur la valeur réelle du cathétérisme utérin.

C'est dans cette vue que je prends la liberté de présenter à l'Académie le fruit de mon expérience propre.

OBS. I. — Mme de L..., de Monein, âgée de trente-six ans, mariée depuis dix-huit ans, n'ayant jamais eu d'enfants, ayant une menstruation laborieuse, offrait depuis longues années le type de l'affection hystérique, portait une antéversion complète de l'utérus, au point que le doigt ne pouvait atteindre que le col; qu'il fallait aller chercher avec la sonde utérine pour le ramener dans l'axe du vagin. Point d'altération d'ailleurs du côté de cet organe autre que cette déviation.

Pendant deux mois, je redressai avec l'hystéromètre de M. Huguier l'utérus, que je portai fortement en rétroversion. Au bout de ce temps, j'appliquai le redresseur de Simpson modifié par Valleix. De temps en temps quelques symptômes d'irritation se présentant du côté de l'utérus (symptômes bien décrits par Valleix), je retirais aussitôt l'appareil; je soumettais la malade au repos, aux émollients, etc., et tout rentrait bien-

tôt dans l'ordre. Pendant quatre mois je maintins ce redresseur en place, sauf aux époques des règles et pendant les interruptions que je viens de mentionner. Au bout de ce temps, je suspendis le traitement. Les rapports conjugaux furent autorisés, et deux mois après Mme de L... devint grosse pour la première fois après dix-huit ans de mariage. A cette première grossesse en succéda une seconde; et Mme de L... était grosse pour la troisième fois, lorsque le choléra, qui sévit à Monein en 1856, l'emporta.

Chez cette malade, le cathétérisme, répété à huit jours d'intervalle, fut pratiqué huit fois, et elle supporta quatre fois le redresseur de Simpson sans qu'elle se ressentît d'une incommodité quelconque. Cette observation, extrêmement intéressante sous plusieurs rapports, fera plus tard l'objet d'une publication spéciale.

Obs. II. — Mlle M..., de Monein, âgée de vingt-huit ans environ, n'ayant jamais eu de grossesses ni d'accidents auxquels elle pût rattacher une antéflexion très-prononcée qu'elle portait, ayant une menstruation laborieuse et cette série d'accidents nerveux auxquels sont sujettes les malades de cette sorte, fut redressée plus de vingt fois avec l'hystéromètre de M. Huguier, et toujours sans le moindre inconvénient. Je renonçai à suivre plus longtemps ce traitement, qui chaque fois que la sonde était appliquée, soulageait pour un certain temps la malade.

Il résulte encore bien évidemment de cette observation que le cathétérisme a été exempt de tout danger et même du moindre inconvénient.

Obs. III. — Mme S..., de Pardies, âgée de quarante ans, ayant eu plusieurs enfants, avec des couches qui n'ont rien offert de particulier, et portant une rétroversion utérine qui la rendait impropre à toute occupation, a été redressée plus de douze fois à huit jours d'intervalle. Le redressement de l'organe a été si bien obtenu, que la malade a demandé elle-même à ne plus le continuer, le jugeant désormais inutile. Chez elle non plus cette opération n'a jamais déterminé le moindre inconvénient.

Obs. IV. — Mme L..., de Pardies, âgée de trente-deux ans, ayant eu deux enfants avec des couches naturelles, éprouvait depuis longtemps des symptômes d'affection utérine avec une incurvation notable du rachis en avant. A l'examen direct, le doigt reconnut une antéversion prononcée. Elle fut redressée plus de seize fois sans le moindre inconvénient. Le résultat que je cherchais à obtenir se faisant trop attendre, et quelques symptômes de tuberculisation générale m'apparaissant, je fus d'avis de suspendre le redressement de l'utérus pour nous occuper plus particulièrement de l'affection générale qui fit des progrès constants, et qui, après un an de langueur, emporta la malade.

Ici encore le cathétérisme a été absolument inoffensif.

Obs. V. — Mme M..., de Lucq, âgée de vingt-six ans, n'ayant jamais eu d'enfants ni de grossesses, mal réglée, portait une antéversion prononcée avec subinflammation du col et ulcération de la forme d'une pièce de 20 centimes. Quelques scarifications du col, des bains, dissipèrent avec un peu de temps l'état congestif de l'organe. Le fer rouge, après quelques applications, cicatrisa l'ulcération, et j'appliquai trois fois ensuite la sonde utérine. La malade demeurant fort loin de moi, ne fut pas suivie davantage.

J'ai appris depuis par son mari qu'elle était réglée, elle qui ne l'était plus depuis longtemps, et cela sans difficulté.

Le cathétérisme a été, dans ce cas, aussi innocent que dans les observations précédentes.

Obs. VI. — Mme C..., de Lucq, âgée de vingt-deux ans, n'ayant jamais eu de grossesse, et désirant se débarrasser d'une série de phénomènes névropathiques, que son médecin attribuait avec raison à une affection utérine, vint me trouver. Ayant constaté une antéversion, je lui proposai, comme je l'avais toujours fait avec les autres, de prendre un logement à ma portée pour que je pusse lui appliquer le redressement avec les précautions dont je ne m'étais jamais départi. Ses affaires ne lui permettant pas de quitter son ménage, je la redressai, sur ses instances, avec la sonde utérine, et elle partit, faisant deux heures de marche pour rentrer chez elle.

Malgré cette imprudence tout se passa fort bien, et elle revint huit jours après réclamer une nouvelle opération, que je lui appliquai avec la même répugnance que précédemment. Cette femme refit le même trajet (deux heures de marche à pied), qui la fatigua plus que la première fois; néanmoins, cinq jours après elle n'y pensait plus, quand elle fit encore une marche de plusieurs heures pour aller à l'église du hameau et en revenir. Dans la nuit, elle fut prise de symptômes inflammatoires du côté du bassin. Les soins les mieux dirigés (peut-être mal suivis par la malade, ne purent conjurer l'abcès péri-utérin, que je constatai dans une consultation à laquelle je fus appelé. La suppuration fut longue, mais, en définitive, la malade a parfaitement guéri de cet abcès.

Conclusion. — Pour moi, il résulte de ces observations que le cathétérisme, si souvent employé par moi, a été toujours exempt de tout inconvénient tant que les malades se sont soumises à un repos de plusieurs heures après l'opération, ainsi que je le recommande constamment. Je m'attache toujours dans cette opération à ne pas violenter les obstacles, à les tourner avec la plus grande douceur. Rarement il s'écoule quelques gouttes de sang, et généralement les malades ne ressentent qu'une sensation particulière, qui leur *porte au cœur*, ainsi qu'elles le disent; sensation qui dure à peine quelques minutes.

La seule malade qui n'a pas pu se rendre à mes observations et à mes conseils, a éprouvé les accidents qui se sont terminés par un abcès péri-utérin (obs. 6); ce qui prouve, en définitive, ainsi que je l'établissais en commençant, que l'opération en elle-même, faite avec les précautions commandées pour une opération quelconque, est innocente, et qu'elle ne saurait être rendue responsable des accidents qui pourraient survenir par l'inobservance des précautions que la prudence et l'expérience demandent.

SUR L'ÉTHÉRISATION PAR LE CHIBOUK,

Par M. le docteur Delabarre,

L'éthérisation a produit de grands résultats, ses bienfaits sont incontestables.

Malheureusement il est peu de découvertes, si utiles qu'elles soient, qui ne présentent des inconvénients; il appartient aux praticiens prudents de chercher les meilleurs moyens de les combattre.

Si les accidents sont redoutables pendant les grandes opérations chirurgicales, combien ne sont-ils pas regrettables lorsqu'ils accompagnent des opérations qui ne compromettent pas habituellement la vie des malades, pendant l'extraction des dents par exemple.

Bien que j'aie le bonheur d'opérer chaque jour sans accident un grand nombre d'individus sous l'influence de l'éther et du chloroforme, je n'en reste pas moins frappé de la responsabilité qui pèse sur moi, chaque fois que j'emploie les anesthésiques, surtout en présence des accusations portées de temps à autre contre ces agents de l'insensibilité.

Je me suis efforcé de bien comprendre leur action sur l'organisme, et je suis resté convaincu qu'elle n'était autre que celle de l'ivresse poussée plus ou moins loin.

Les effets des anesthésiques ont les rapports les plus intimes avec ceux produits par les alcooliques, l'opium et le haschisch.

Me basant sur le peu de danger que présente, pour les Orientaux, l'usage de s'enivrer en fumant l'opium, j'ai pensé qu'il serait possible d'obtenir quelque chose d'analogue en faisant fumer les anesthésiques dans un chibouk, au lieu de les administrer sur des éponges ou dans des appareils qui ne permettent pas d'apprécier exactement les doses absorbées dans chaque aspiration.

En effet, par ce moyen, j'ai obtenu des résultats qui seront appréciés par la savante Académie à laquelle je m'adresse.

Il faut remarquer que les phases de l'ivresse varient autant que les individualités.

Celui-ci s'enivrera avec quelques gorgées de vin ou d'alcool, tandis que d'autres en absorbent impunément de grandes quantités.

Ne serait-il pas dangereux de forcer le sujet qui s'enivre facilement, à ingurgiter la même dose de spiritueux que celui qui n'en est que difficilement impressionné?

C'est pourtant ce que l'on fait chaque jour avec les anesthésiques.

On en verse indifféremment une quantité indéterminée sur un linge ou sur une éponge dont on couvre le visage.

Qu'en advient-il?

C'est que certains sujets éprouvent à l'instant même une horrible suffocation; ils se débattent avec fureur, et si on emploie la force pour les retenir, ils tombent comme foudroyés.

Admettons que la frayeur accompagne cette suffocation, il peut survenir une syncope mortelle, ainsi que cela est arrivé. J'appellerai ce genre d'accidents apoplexie nerveuse, car il ne laisse aucune trace à l'autopsie.

Avec le chibouk, ces graves inconvénients disparaissent.

Je choisis l'anesthésique que le malade préfère, car il n'est pas sans importance de tenir compte de la répugnance qu'il peut éprouver soit pour l'éther, soit pour le chloroforme; un mélange d'éther et de chloroforme, par parties égales, est le composé le plus favorable.

A mon chibouk est adapté un robinet à double effet, comme dans l'appareil Charrière, ce qui me permet de mêler plus ou moins d'air atmosphérique aux vapeurs stupéfiantes, et de pouvoir en graduer l'intensité selon l'impressionnabilité de chacun.

De ce robinet part un tube en caoutchouc d'une longueur indéterminée, mais dont le diamètre doit toujours être d'au moins 1 centimètre, pour éviter de trop grands efforts d'inspiration et l'excitation des bronches.

Le sujet fume d'abord de l'air pur pour s'exercer; puis, en ouvrant graduellement le robinet, il aspire cet air, de plus en plus chargé de vapeurs stupéfiantes.

Les avantages de ce procédé, fort simple, n'échapperont pas à la sagacité des opérateurs.

1° Jamais les sujets ne peuvent absorber une dose de vapeur plus forte que celle que leur constitution ou leur prédisposition ne comporte; car aussitôt que la sensibilité disparaît, ils se trouvent dans l'impossibilité physique de continuer les efforts nécessaires à l'action de fumer.

2° Ce procédé rassure le malade, qui n'est jamais brusquement suffoqué par une trop grande quantité de vapeurs à la fois.

3° Il permet de s'arrêter toujours à temps, puisqu'on peut étudier l'effet progressif que produisent ces vapeurs au fur et à mesure de leur absorption.

4° Il ne surexcite pas comme tous les autres modes d'application.

Par l'emploi du chibouk, la perception de ce qui se passe autour de soi s'anéantit généralement avec la sensibilité.

Souvent, aussi, on tombe seulement dans une sorte d'extase, pendant laquelle les sensations ne semblent plus qu'un rêve.

Dans les deux cas, le résultat est on ne peut plus satisfaisant.

Je pense que le chibouk devra remplacer tout autre appareil dans les opérations de courte durée.

Il rendra également de véritables services aux accoucheurs.

C'est, en effet, le moyen le plus certain d'éviter les accidents, ainsi que chacun pourra s'en assurer.

PARACENTÈSE URÉTHRALE INTERNE

Pour détruire un obstacle organique dans l'urèthre. Guérison.

Par le professeur Rizzoli.

B... D... de Porto-Maggiore, 32 ans, d'un tempérament sanguin, fut affecté à l'âge de dix-neuf ans d'une blenorrhagie, dont il fut guéri, dit-il, complétement après un traitement de cinq mois.

Il y a sept mois, le malade a commencé à ressentir quelque difficulté dans l'émission des urines, mais sans y porter grande attention, pensant qu'elle disparaîtrait spontanément. Bientôt ses espérances s'évanouirent, les souffrances augmentèrent chaque jour, ce qui le détermina à consulter le chirurgien de son village. Aucune amélioration n'ayant suivi le traitement institué, le malade vint à Argenta consulter M. Modoni.

Ce chirurgien reconnut que l'obstacle était une production pathologique dans la portion vasculaire de l'urèthre, production qui obstruait alors le canal au point de laisser à peine passer quelques petites gouttes d'urine. On usa de moyens variés pour faire diminuer l'obstacle, de fondants locaux, mais en vain; le malade eut même plusieurs fois à souffrir d'une ischurie complète.

Le professeur Francesco Rizzoli est alors consulté: Etat général satisfaisant, excepté un certain degré de maigreur et cet aspect du visage propre à l'homme souffrant. La verge présente un hypospadias congénital limité à la région de la fosse naviculaire, ayant une petite ouverture entourée de tissus muqueux. A la face inférieure de la portion spongieuse de l'urèthre, la vue et le toucher font reconnaître une induration presque cartilagineuse, ovoïde, ayant son grand diamètre de 25 millimètres, suivant la longueur du canal, et son diamètre transversal de 7 millimètres finissant en arrière à 10 millimètres en avant du bulbe uréthral; douloureuse à la pression et formée évidemment de tissu fibreux fort dense de nouvelle formation. La miction étant presque impossible et très-douloureuse, la vessie distendue formait tumeur au-dessus du pubis.

Le professeur Rizzoli fit de nombreuses tentatives, mais inutiles pour franchir l'obstacle, et se décida pour une opération qu'il appelle « paracentèse interne de l'urèthre. »

Le but principal de cette opération est de transpercer à son centre la production morbide par le canal lui-même au moyen d'un trocart approprié, et de s'ouvrir ainsi une voie nouvelle pour l'emploi de moyens utiles non-seulement à l'émission facile et rapide de l'urine, mais encore à la destruction complète du tissu morbide.

Dans ce but, il employa un trocart droit très-analogue au trocart explorateur des chirurgiens, long de 20 millimètres et d'un diamètre de 4 millimètres et demi.

Avant l'opération, on crut indispensable d'élargir le méat urinaire où siégeait l'hypospadias, et le 29 septembre 1858 on exécuta la paracentèse uréthrale interne par le procédé suivant:

On recommande au malade de faire des efforts de miction, et l'urine, dont quelques gouttes à peine sont émises au dehors, s'accumulant en arrière de l'obstacle, distend cette portion de l'urèthre de manière que le trocart, une fois l'obstacle franchi, ne puisse en blesser les parois. Un aide porte la verge perpendiculairement au pubis. Le chirurgien la saisit entre le pouce et l'index de sa main gauche, à la hauteur de la production morbide, tandis que de la droite il introduit le trocart dans le canal par le méat urinaire, avec la précaution de rentrer dans la canule la pointe de l'instrument. Arrivé à l'obstacle, il pousse directement le trocart avec la canule suivant la direction du canal jusqu'à ce que le défaut subit de résistance indique que le tissu morbide est complétement traversé. On retire le trocart, et l'urine s'écoule abondamment par la canule.

Celle-ci est assujettie sur la verge, et l'on ordonne une boisson émolliente pour la journée.

Le lendemain matin, la canule étant un peu mobile, on la retire et on la remplace par une sonde de gomme élastique de 10 millimètres de diamètre.

Le troisième jour, cette sonde est remplacée par une autre de 12 millimètres; le quatrième, on emploie une bougie de 13 millimètres, mais on la prend très-courte, de manière à dépasser très-peu le rétrécissement, pour éviter ainsi d'irriter les dernières portions du canal et la vessie.

Les deux jours suivants, le calibre de la bougie est graduellement augmenté jusqu'à ce que toute trace d'induration ait disparu, et que le malade rende facilement, sans douleurs, l'urine à plein canal.

Les septième, huitième et neuvième jours après l'opération, on continue l'usage de la bougie, mais elle reste seulement huit minutes chaque jour.

Le dixième jour, B..., se trouvant parfaitement guéri, retourne dans sa famille; on lui conseille, par mesure prophylactique, d'introduire la bougie quelques minutes tous les jours.

(*Société médico-chirurgicale de Bologne.*)

NOUVELLE MÉTHODE

pour la réduction de la luxation de l'humérus,

Par M. Deiters (de Bielfeld).

Le malade est assis sur une chaise élevée, sans dossier; l'extension est exercée par des aides, autant que possible dans la direction du membre luxé; l'opérateur se place devant le malade et affermit sa position en fixant un pied contre la muraille; il

passe ensuite son bras droit, si la luxation est à gauche (et *vice versâ*), sous le bras luxé, et embrasse avec la main la partie supérieure de l'omoplate, qu'il repousse de toutes ses forces en bas contre la colonne vertébrale pour la fixer le plus possible. En même temps, se servant de son bras comme d'un levier, il porte énergiquement le bras luxé en haut et en dehors, si la luxation est en bas; par cette manœuvre il fait lui-même la contre-extension, qu'il renforce au besoin par une serviette passée autour du thorax et confiée à des aides.

L'auteur considère sa méthode comme particulièrement appropriée aux luxations en bas, et il rapporte deux cas dans lesquels elle lui a parfaitement réussi. Il l'a essayée une troisième fois pour une luxation datant de deux années sur un vieillard de soixante-quatre ans; la luxation était en dedans et probablement consécutive : il n'obtint qu'un déplacement momentané de la tête de l'humérus, qui reprit bientôt sa position anormale, ce qui le fit renoncer à toute tentative ultérieure.

(*Journal de médecine de Bruxelles*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 mai 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet une lettre par laquelle l'ambassadeur d'Angleterre demande que les documents relatifs à la diphthérite soient mis à la disposition de M. le docteur Oliffe, chargé par le gouvernement britannique de faire des recherches sur ce sujet.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Vernois, Bouchut, Duchesne et Grassi se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

— L'Académie reçoit :

1° Un mémoire de M. le docteur Pizès (de Montélimart), intitulé *De l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura hemorrhagica, et de l'action sédative de ce médicament sur le cœur* (commissaires : MM. Bouchardat, Bouillaud, Devergie);

2° Une note sur les eaux de Nérac (Ardèche), par M. le docteur Mazade (commission des eaux minérales);

3° Quelques considérations sur la circulation en général, par M. le docteur Wanner.

4° Une lettre de M. le docteur Trudeau, agrégé au Val-de-Grâce, renfermant l'observation d'un enfant nouveau-né guéri de la syphilis par le traitement indirect, au bout de quatre mois et demi;

5° Une lettre de M. le docteur Dumesnil, médecin directeur de l'Asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), qui se plaint de n'avoir pas été désigné dans le rapport de M. Bouley, relatif au mémoire et aux expériences de M. Labourdette, dont il a été le collaborateur.

Cette réclamation est renvoyée à l'examen de M. Bouley.

RAPPORT.

Composition chimique et emploi médical des huiles de foie de poisson.

M. DEVERGIE, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Grisolle et Soubeiran, lit un rapport sur un mémoire de M. Delattre (de Dieppe), ayant trait à la composition chimique et à l'emploi médical des huiles de foie de morue, de raie et de squale. Il résulte des analyses chimiques faites par M. Delattre, avec le concours de M. Girardin (de Rouen), que les huiles de foie de morue, de raie et de squale renferment les mêmes éléments, mais dans des proportions différentes. Comparée à l'huile de foie de morue, l'huile de raie renferme la moitié moins d'iode, le quart en moins de soufre et un tiers en plus de phosphore; l'huile de squale est plus riche en iode et en phosphore que l'huile de foie de morue; elle contient un peu moins de brome et de soufre. Comparée à l'huile de raie, l'huile de squale renferme deux fois et demie plus d'iode, et seulement un cinquième en moins de phosphore; elle est donc, chimiquement parlant, plus riche en éléments inorganiques que l'huile de foie de morue et de raie, sauf, pour cette dernière, ce qui concerne la proportion du phosphore.

M. Delattre a étendu ses recherches analytiques aux diverses variétés d'huiles de foie de morue, l'huile ambrée, blonde, brune et noire. Il résulte de ces analyses qu'à partir de l'huile la plus pure, l'huile vierge, on observe jusqu'à l'huile noire une progression décroissante dans la quantité des principes inorganiques qui font partie de ces huiles. Mais les différences dans les proportions de ces principes sont tellement minimes qu'elles ne peuvent justifier la préférence que certains chimistes donnent à l'huile blonde sur l'huile brune, contrairement à ce que l'expérience médicale a appris à ce sujet.

Ce n'est pas, ajoute M. Devergie, que nous n'accordions aucun rôle dans l'action thérapeutique de l'huile de foie de morue, à l'iode, au brome, au phosphore et au soufre, mais nous pensons que l'action thérapeutique ne réside pas seulement dans ces éléments chimiques; c'est à l'association de ces éléments par la nature que nous devons dans certains cas des actions toutes spéciales du médicament, actions que nous ne pouvions obtenir lorsque ces éléments étaient dans leur état d'isolement. Aussi ne saurai-je admettre les prétentions de quelques pharmaciens qui ont cru pouvoir suppléer aux huiles de poisson par des huiles artificielles.

Arrivant au côté médical de la question, M. le rapporteur fait connaître les résultats obtenus par M. Delattre dans les essais qu'il a faits de l'huile de squale et de raie :

1° L'action physiologique des huiles de foie de poisson est la même, quelle que soit l'espèce d'huile employée;

2° Ces huiles peuvent être considérées comme succédanées les unes des autres; toutes peuvent être appliquées au traitement des affections scrofuleuses, dartreuses et rhumatismales;

3° Cependant il est des affections qui réclament plus particulièrement l'emploi de telle ou telle huile. Ainsi l'huile de foie de morue est plus efficace dans la phthisie scrofuleuse que les huiles de raie et de squale; l'huile de raie vaut mieux dans la diarrhée séreuse et l'engorgement mésentérique des enfants pendant la dentition, ainsi que dans le traitement des dartres et du rhumatisme chronique.

4° L'huile de squale paraît jouir d'une action toute spéciale dans les altérations des os. M. Delattre lui accorde même une préférence marquée sur l'huile de foie de morue dans le traitement des affections scrofuleuses.

Ces diverses propositions auraient exigé un temps considérable pour être l'objet d'un contrôle expérimental; aussi la commission s'est-elle bornée à examiner celle de ces propositions que M. Delattre considère comme la plus importante, à savoir si l'huile de squale peut être substituée avantageusement à l'huile de foie de morue.

Après avoir analysé d'une manière sommaire les observations que M. Delattre a faites sur l'action physiologique des huiles de poisson, M. Devergie fait connaître les résultats des expériences instituées par la commission.

L'huile de squale remise à l'Académie était très-limpide, d'un jaune clair, d'une odeur moins forte que celle de l'huile de foie de morue. Sur vingt malades qui ont pris en même temps l'huile de squale, dix-huit l'ont préférée à l'huile de morue. Quelques malades, qui n'avaient jamais pu supporter celle-ci, ont pu prendre de l'huile de squale.

M. le rapporteur a administré l'huile de squale à douze malades de l'hôpital Saint-Louis représentant la scrofule à divers degrés, suivant la méthode qu'il a coutume de suivre, c'est-à-dire en l'associant à la tisane de noyer, au sirop d'iodure de fer et au vin de gentiane. L'ensemble de ces faits a conduit M. Devergie à considérer l'huile de squale comme un succédané de l'huile de foie de morue, de même valeur que cette huile. Les expériences instituées par MM. Guersant, Barthez et Bergeron, à l'hôpital des Enfants et à l'hôpital Sainte-Eugénie, ont produit des résultats analogues.

L'ensemble de ces expérimentations est insuffisant pour porter un jugement définitif sur la valeur réelle de l'huile de squale et sur les indications plus spéciales qu'elle est appelée à remplir, mais il suffit pour reconnaître que l'huile de squale peut être considérée comme un succédané de l'huile de foie de morue.

Après avoir rappelé que l'emploi de cette huile avait été déjà préconisé par MM. Ure, Homolle, Lebœuf et Bouchardat, et considérant que M. Delattre, en créant un appareil pour la préparation des huiles de poisson à l'abri du contact de l'air, en établissant une pêcherie spéciale pour les squales, en administrant cette huile dans sa pratique médicale, a véritablement ouvert la porte à l'usage commercial de cet agent, M. Devergie propose à l'Académie l'adoption des conclusions suivantes :

1° Renvoyer le mémoire de M. Delattre au comité de publication;

2° Adresser des remercîments à l'auteur pour sa communication.

DISCUSSION.

M. J. CLOQUET. Le squale n'est pas aussi à dédaigner que paraît le croire M. le rapporteur. C'est un poisson très-abondant sur nos côtes et sur celles de l'Algérie. Nos pêcheurs en font une assez grande consommation. J'ai eu l'occasion de manger de ce poisson; sa chair n'est pas très-savoureuse, mais elle est mangeable, particulièrement celle du squale à marteau.

Le squale a un foie très-volumineux, qui doit, par conséquent, fournir de grandes quantités d'huile. Je m'associe aux éloges que M. Devergie a donnés aux belles recherches de M. Delattre, dont le résultat est de doter la thérapeutique d'un remède efficace destiné à remplacer avantageusement, à tous les égards, l'huile de foie de morue.

M. GIBERT. Les essais qu'a faits M. Devergie me paraîtraient plus convaincants s'il avait expérimenté l'huile de squale seule, sans l'associer à l'iodure de fer, au vin de gentiane et à la tisane de noyer. Il me semble qu'il n'est rigoureusement permis de rien conclure d'une médication aussi complexe.

M. DEVERGIE. J'avais à comparer l'huile de squale à l'huile de morue. J'ai cru bien faire en administrant l'huile de squale dans des conditions tout à fait identiques à celles que j'ai l'habitude de suivre dans l'administration de l'huile de foie de morue. De cette manière seulement je pouvais, ce me semble, arriver à des résultats comparables.

M. BOUDET. Je trouve que M. Devergie a été trop loin dans l'espèce de condamnation dont il a frappé l'huile iodée. Sans doute, une pareille préparation ne saurait avoir la prétention de remplacer avantageusement l'huile de foie de morue; mais ce n'est pourtant pas un remède à mépriser. L'Académie lui a donné son approbation il y a quelques années; et des faits assez nombreux sont venus déposer, dans cette enceinte, en faveur de l'heureuse et utile invention de M. Personne.

M. DEVERGIE. Je n'ai pas jeté le blâme sur l'huile iodée; j'ai seulement déclaré qu'elle était bien inférieure à l'huile de foie de morue, et j'ai désapprouvé l'engouement de ceux qui plaçaient ces deux huiles sur le pied de l'égalité.

Je le répète, jamais on ne parviendra à remplacer complétement les huiles naturelles de poisson par des huiles artificielles, pas plus qu'on n'arrivera à substituer avantageusement les eaux minérales artificielles aux eaux minérales naturelles.

M. ROBINET. On a trop souvent l'habitude de généraliser dans les opinions que l'on prête aux autres. Ainsi, j'ai regretté d'entendre M. Devergie accuser les chimistes et les pharmaciens de vanter l'huile iodée au-dessus de l'huile de foie de morue. C'est là une opinion particulière à *quelques* pharmaciens, au plus petit nombre, Dieu merci! à ceux qui affichent leur nom à la quatrième page des journaux; mais les véritables, les savants pharmaciens et chimistes, n'ont jamais soutenu une pareille énormité. Nous savons très-bien qu'en matière de médicaments l'art ne peut pas faire mieux que la nature.

M. DEVERGIE. J'ai été mal compris par M. Robinet. Mon accusation n'atteint pas tous les pharmaciens; elle ne frappe que ceux qui font trop de cas de l'huile iodée. Je suis donc d'accord avec mon honorable interlocuteur.

M. BOUDET, après avoir donné lecture des conclusions du rapport de M. Guibourt sur l'huile iodée, insiste sur le rôle considérable que jouent les principes inorganiques dans l'huile de foie de morue; il répète qu'il ne saurait admettre, avec M. Trousseau, que cette huile n'agit qu'à la façon des matières grasses, et qu'on peut aussi bien lui substituer la graisse de porc, le lard ou le beurre. Les substances inorganiques sont tellement associées dans les huiles de poisson à la matière organique, qu'il en résulte un tout, un ensemble inimitable par les procédés artificiels, et qui jouit d'une efficacité thérapeutique que nul ne saurait nier, bien qu'il soit très-difficile d'en trouver la raison.

M. DEVERGIE s'élève contre la tendance qu'ont certaines personnes à faire trop souvent intervenir la chimie dans l'explication des phénomènes qui se passent au sein de l'organisme.

M. CHATIN voudrait que le débit des huiles de squale et de raie fût réglementé, comme l'est celui de tous les remèdes. Ce sont deux médicaments, il ne faudrait pas qu'ils tombassent dans le domaine de l'épicier. Le pharmacien seul devrait avoir le droit de vendre ces produits.

M. BOUDET voudrait que toutes les huiles de poisson ne se vendissent comme médicaments que sous la garantie d'un contrôle scientifique bien sérieux.

PLUSIEURS VOIX : Mais parviendrez-vous jamais à bien doser les principes actifs que renferment ces huiles?

M. CHATIN. En ce qui concerne l'iode, rien n'est plus facile. On possède aujourd'hui des procédés très-prompts et très-sûrs.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL fait remarquer que la proposition de M. Chatin et celle de M. Boudet tendent à faire appliquer aux huiles de squale et de raie le bénéfice de la loi du 2 mai 1850, il y aurait lieu de renvoyer le travail de M. Delattre à la commission des remèdes secrets et nouveaux pour devenir l'objet d'un second rapport. Ce n'est pas là ce que l'auteur a demandé.

M. DEPAUL. M. Devergie a déclaré que des enfants avaient été guéris par l'huile de raie de la diarrhée séreuse symptomatique du travail de la dentition. C'est là un fait tellement extraordinaire que, pour mon compte, j'ai grand'peine à y croire. Je demande donc qu'une pareille assertion soit faite sous toute réserve.

M. DEVERGIE. Je n'ai rien affirmé de semblable, puisque je n'ai fait aucune expérience dans ce sens; je me suis contenté de reproduire à ce sujet les propres paroles de M. Delattre. M. Delattre affirme avoir obtenu des guérisons; mais je ne me porte aucunement garant de cette affirmation.

M. DEPAUL regrette que la commission n'ait pas vérifié expérimentalement l'exactitude d'une assertion si grave.

M. GIBERT pense aussi que M. le rapporteur devrait exprimer dans son travail les doutes que suggère la nouveauté de ce fait.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL. L'Académie n'est pas responsable des opinions émises par les auteurs des mémoires qui lui sont soumis.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions du rapport.

Elles sont adoptées.

LECTURE.

M. CH. ROBIN lit un travail sur la cataracte, dont il ne nous est pas possible de donner aujourd'hui l'analyse. Nous y reviendrons plus tard.

— La séance est levée à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Thibault, né à la Neuville-Champ-d'Oisel (Seine-Inférieure); *De la néphrite albumineuse aiguë.*

Gérandie, né à Peyrière (Lot-et-Garonne); *Des glandes sébacées considérées en anatomie, en physiologie et en pathologie.*

Lépinay de la Beaudière, né aux Sables-d'Olonne (Vendée); *De l'hémorrhagie utérine pendant les derniers mois de la grossesse et pendant l'accouchement.*

Beuzelin, né à Glos-la-Ferrières (Orne); *Quelques considérations sur l'étiologie et le traitement du scorbut à la mer* (hypoplastémie de M. Piorry).

Lechat, né à Saint-André (Eure); *De la névralgie de la mamelle.*

Corbin, né à Tarbes (Hautes-Pyrénées); *Du ramollissement du cerveau.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. les docteurs ou étudiants en médecine qui désireraient prendre du service sur la flotte en qualité de chirurgiens auxiliaires, sont invités à se présenter au bureau de l'inspection générale du service de santé, au ministère de la marine.

— M. le docteur Coursserant commencera son cours public des maladies des yeux le lundi 9 mai à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis et vendredis suivants.

— La visite de M. Morel-Lavallée à l'hôpital Saint-Antoine aura lieu désormais à sept heures, et la leçon à huit heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Traité de physiologie, par F. A. LONGET; 2e édition, t. I, 2e partie; fascicule II : *Absorption, respiration.* In-8°, 285 à 682 pages. — *Nota.* Le 3e et dernier fascicule de cette 2e partie sera publié à la fin de 1859. Il comprendra : *Circulation, chaleur animale, sécrétions, nutrition.* Le tome Ier sera complété par la publication de la 1re partie, consacrée aux prolégomènes. Le tome II est imprimé simultanément avec la fin du tome Ier, et cette 2e édition sera complétée à la fin de l'année 1859. Prix des trois fascicules en vente, 12 fr. — A Paris, chez Victor Masson.

Revue pharmaceutique de 1858, supplément à l'officine pour 1859; par DORVAULT, directeur-fondateur de la pharmacie centrale et de la caisse générale de prévoyance des pharmaciens de France. Grand in-8°. Prix, 1 fr. 50., rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie. — Paris, chez Labé.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 54. — SAMEDI 7 MAI 1859. (32e ANNÉE.) N° 54. — SAMEDI 7 MAI 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'orchite varioleuse.

« La variole peut-elle exercer une influence quelconque sur les organes de la génération de l'homme et de la femme? Si cette influence a lieu, en quoi consiste-t-elle? Quels sont les organes principalement affectés? Quels sont les effets qui peuvent survenir à la suite de cette altération? » Tels sont les problèmes pathologiques dont M. le docteur Béraud a cherché la solution dans des observations cliniques, et dans les nombreux documents nécropsiques qu'il a été à même de recueillir à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux pendant les dernières années de son prosectorat.

MM. les professeurs Velpeau et Gosselin avaient déjà constaté que la variole a une influence sur les organes producteurs du sperme, mais il restait à démontrer en quoi consiste cette influence, s'il s'agit d'une orchite, d'une épididymite, d'une vaginalite, ou de toute autre affection du scrotum.

Neuf observations nécropsiques lui ont démontré l'existence de l'orchite varioleuse au point de vue anatomique; ces résultats ont été contrôlés par une observation recueillie à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Béhier, et dans laquelle on a constaté pendant la période d'éruption d'une variole confluente, une orchite bilatérale et une vaginalite avec dépôt plastique vers la queue de l'épididyme. Enfin, M. Béraud dit avoir constaté maintes fois, mais sans en recueillir les détails, l'inflammation du testicule et de ses annexes chez des varioleux qui étaient dans les salles de médecine.

C'est avec ces faits que M. Béraud a tracé l'histoire de l'orchite varioleuse qu'il vient de publier tout récemment dans les deux derniers cahiers des *Archives générales de médecine*, et à laquelle nous empruntons les principaux traits qui suivent :

M. Béraud admet deux formes distinctes de l'orchite varioleuse, l'orchite *périphérique*, et l'orchite *parenchymateuse*.

L'orchite varioleuse périphérique est caractérisée par deux ordres de faits bien distincts :

1° Une inflammation de la séreuse testiculaire.

2° Une inflammation avec dépôt plastique vers la queue de l'épididyme.

Nous ne nous arrêterons pas ici sur les détails anatomo-pathologiques, très-intéressants d'ailleurs, qui motivent cette distinction, et nous passerons de suite aux caractères cliniques et à l'histoire symptomatique des différentes formes et variétés de l'orchite varioleuse.

L'orchite paraît être assez fréquente dans le cours de la variole, à en juger par les résultats des nécropsies qu'a recueillies M. Béraud. Sur une vingtaine de sujets qui ont été soumis à son observation, à peine en a-t-il trouvé trois ou quatre qui aient été indemnes de cette lésion. Il est bon de remarquer qu'il s'agit principalement ici de sujets qui ont été soumis à la variole, et qu'on ne peut prendre ces faits pour règle absolue. Cette lésion a été observée plus fréquemment chez les sujets atteints de la variole à l'âge adulte.

L'orchite périphérique a été constatée beaucoup plus fréquemment que l'orchite parenchymateuse; cette dernière forme n'a été rencontrée qu'une fois sur un grand nombre d'autopsies.

Sous le rapport du siége, l'orchite varioleuse s'est montrée tantôt unique et tantôt double; l'orchite double, bilatérale, est de beaucoup la plus fréquente.

Eu égard au mode de manifestation et au degré d'intensité, l'orchite périphérique, dans la variole, se présente sous trois variétés. Dans la première, il y a seulement inflammation de la tunique vaginale; dans la deuxième, il n'y a pas inflammation de cette séreuse, mais seulement dépôt plastique de nature inflammatoire vers la queue de l'épididyme; dans la troisième enfin, il y a simultanément les deux phénomènes précédents, c'est-à-dire à la fois inflammation de la tunique vaginale et du tissu cellulaire péri-épididymique.

Dans la première variété, qui pourrait, suivant M. Béraud, être considérée comme le premier degré de la maladie, on observe tous les symptômes de la vaginalite, c'est-à-dire de l'inflammation d'une membrane séreuse : tuméfaction, quelquefois rougeur, chaleur, douleur, sensation de frottement, fluctuation, transparence.

La deuxième variété est caractérisée par un dépôt fibrineux vers la queue de l'épididyme : on la reconnaît à plusieurs symptômes, tels qu'à une douleur plus vive que dans la première variété, surtout à la pression, à une tuméfaction peu volumineuse, située vers la partie la plus déclive du scrotum, profondément située en arrière de la masse testiculaire et faisant corps avec l'épididyme; enfin à l'absence ordinaire de rougeur et de chaleur à la surface de la peau.

Dans la troisième variété de l'orchite variolique périphérique, on trouve à la fois la vaginalite et le dépôt plastique vers la queue de l'épididyme. Aussi y rencontre-t-on tous les signes de la vaginalite et tous les signes de l'épanchement plastique péri-épididymique réunis.

On la distingue de ces deux premières variétés en ce que la tuméfaction est plus considérable; on reconnaît d'ailleurs par un toucher attentif que cette tuméfaction est due à des tumeurs séparables, distinctes, même sous la peau. La douleur y est également plus vive.

Les symptômes de l'orchite varioleuse parenchymateuse varient suivant que l'inflammation est exclusivement bornée au testicule, ou qu'elle a atteint en même temps les autres organes, en d'autres termes qu'elle est simple ou qu'elle accompagne la première forme. Dans le premier cas, on sent une tuméfaction du testicule; il y a de la douleur profonde, obtuse. Dans le second cas, on observe ces mêmes symptômes avec ceux qui ont été assignés à la première forme.

L'orchite varioleuse périphérique suit dans sa marche générale les phases de la variole; elle débute en même temps qu'elle arrive à sa période d'état, et décline comme l'affection qui l'a produite. Ce qui démontre, par parenthèse, que ce n'est pas là, comme on aurait pu le croire au premier abord, un fait de *métastase*. Toutefois il existe dans cette marche quelques différences relatives aux différentes variétés de l'orchite. Ainsi dans la vaginalite aiguë, les symptômes apparaissent dans l'ordre suivant : état de sécheresse, fausses membranes, et enfin épanchement vaginal. A chacun de ces états anatomiques correspondent des signes physiologiques qui sont : la douleur, le frottement, le bruit de cuir neuf, la fluctuation, la transparence.

Dans la deuxième variété, on voit d'abord apparaître la douleur, le gonflement et la dureté, et chacun de ces phénomènes va en augmentant peu à peu d'intensité, pour arriver à la période d'état.

Dans la troisième variété, on trouve les deux conditions précédentes réunies.

La durée de l'orchite varioleuse périphérique est la même que celle de la variole. En général, vers le vingtième jour, les malades sont guéris et de la maladie principale et de l'affection concomitante.

L'orchite périphérique se termine, en effet, constamment par la résolution; du moins, on ne trouve dans les observations recueillies par M. Béraud, aucun exemple d'un autre mode de guérison. On voit apparaître successivement un amendement de tous les symptômes; la douleur ainsi que la tuméfaction diminuent de jour en jour, le liquide épanché se résorbe, et il ne tarde pas à disparaître complétement; les choses se passent à peu près de même pour le dépôt plastique péri-épididymique. Quand le malade est guéri de sa variole, il n'éprouve plus de douleur du côté du scrotum, mais il reste vers la queue de l'épididyme un noyau dur qui ne tarde pas à disparaître à son tour.

Quant à la marche et au mode de terminaison de l'orchite varioleuse parenchymateuse, les faits sont en trop petit nombre pour qu'on ait pu acquérir quelques notions suffisantes à cet égard. Mais tout porte à penser que c'est là une complication beaucoup plus grave que celle de l'orchite périphérique.

Il résulte, en effet, des recherches de M. Béraud, que le pronostic de l'orchite varioleuse périphérique n'est point grave. La bénignité de cette complication est démontrée d'ailleurs par ce que l'on observe tous les jours.

L'expérience directe manque également pour asseoir les indications et les bases du traitement de l'orchite varioleuse. Dans l'observation recueillie à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Béhier, on voit que ce médecin a ordonné des résolutifs et principalement des mercuriaux en application sur les bourses. C'est là le traitement qui paraît le plus rationnel. D'ailleurs, comme le fait remarquer avec raison M. Béraud, en mettant un emplâtre de Vigo sur les bourses, on remplirait une double indication, on empêcherait le développement des pustules trop nombreuses et on hâterait la guérison de celles qui existent déjà sur la peau, en même temps qu'on agirait sur les organes qu'elles renferment.

Voici, en conséquence, la série des moyens que M. Béraud propose d'employer à l'avenir pour combattre cette complication : au début, pour prévenir la douleur, qui est quelquefois très-vive, appliquer un suspensoir revêtu à l'intérieur d'un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, qu'on maintiendrait jusqu'à la fin de la maladie.

Si la douleur persistait et augmentait même, appliquer des sangsues sur le trajet du cordon, vers le pli de l'aine, et non pas sur les bourses mêmes, par la crainte d'y produire la gangrène. S'il survenait de la suppuration, donner issue au pus le plus promptement possible. Enfin, dans le cas où le dépôt plastique péri-épididymien serait trop longtemps persistant, on pourrait favoriser sa résolution par l'application d'une pommade renfermant de l'iodure de plomb ou mieux encore de l'iodure de potassium.

Dans une prochaine *Revue*, nous exposerons les résultats des recherches non moins intéressantes que M. Béraud a faites sur l'inflammation de l'ovaire dans le cours de la variole ou sur l'ovarite varioleuse.

Du traitement de la chorée par l'acide arsénieux.

Il y a trois ans, dans le numéro du 31 mai 1856, nous avons publié un bel exemple de guérison de chorée unilatérale rebelle et ancienne par les préparations arsenicales, obtenue par M. Aran dans son service de l'hôpital Saint-Antoine. Ce n'était pas la première fois que M. Aran avait recours à cette médication pour des cas de ce genre. A l'exemple des médecins anglais et allemands, qui en font un usage fréquent, il l'avait employée quelques années auparavant, et il s'étonnait déjà à cette époque que cette médication n'eût pas eu plus de retentissement en France, où elle n'est encore aujourd'hui que très-exceptionnellement mise en usage. Dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M. Aran vient de communiquer un nouveau cas de guérison non moins remarquable, et qui lui a fourni l'occasion de renouveler l'appel qu'il avait déjà fait à l'expérience de ses confrères des hôpitaux, et de discuter quelques points relatifs aux indications et au mode d'administration des préparations arsenicales dans la chorée.

Voici d'abord l'observation a communiquée à la Sociétée :

Une jeune fille de seize ans entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Aran, le 10 février dernier, pour une chorée dont elle est atteinte depuis peu de jours. L'agitation excessive à laquelle elle est en proie, la difficulté qu'elle éprouve à marcher, à se tenir debout, ne laissent aucun doute en effet sur la nature de son affection. Cette jeune fille, d'une assez bonne constitution, quoique lymphatique, est naturellement sensible et nerveuse; elle pleure avec facilité, mais jamais elle n'a eu de véritables attaques de nerfs. Il y a dix-huit jours qu'elle est malade, mais c'est surtout depuis trois jours que les accidents se sont bien caractérisés. Jusque-là elle avait présenté des mouvements d'extension brusque dans les membres supérieurs, mais revenant à d'assez longs intervalles pour qu'on n'y attachât pas une véritable importance. Elle avait de la constipation depuis quelque temps, lorsqu'on a imaginé de la purger avec 10 ou 15 grammes d'eau-de-vie allemande. Dès le lendemain, une agitation très-grande s'est emparée d'elle, et depuis trois jours cette agitation ne lui laisse aucun repos. La malade est dans l'impossibilité de tenir le moindre objet sans le laisser tomber; il faut la faire manger et boire comme un enfant. La nuit, les accidents convulsifs se calment, mais il lui reste de l'agitation et des rêves qui, pendant la nuit, la font se réveiller en sursaut, croyant voir des monstres qui la poursuivent.

Le 11 février, la malade est dans l'état suivant : face animée, un peu injectée; de temps en temps, quelques grimaces, tiraillement des commissures des lèvres, occlusion convulsive des paupières, avec mouvements convulsifs des yeux; mains dans une agitation continuelle, se tordant de la manière la plus bizarre; les membres supérieurs, également très-agités, se fléchissent et s'étendent sans cesse; agitation presque aussi marquée dans les membres inférieurs que dans les supérieurs. L'agitation devient plus prononcée encore quand la malade s'assoit dans son lit et

quand elle marche; elle se frappe alors contre les corps extérieurs, et son corps porte dans toutes les parties saillantes des traces de ces chocs. La parole est nette, quoiqu'un peu saccadée. Langue humide; pas d'appétit; bruit de souffle intermittent sur les parties latérales du cou; pas d'irritation spinale, de trouble dans la sensibilité ni dans la mobilité; les deux mains sont même assez fortes. — Une cuillerée de solution arsenicale contenant 5 centigrammes d'acide arsénieux pour 500 grammes d'eau distillée, ou 2 milligrammes 1/2 par cuillerée.

La nuit est très-agitée. La malade se lève, arrache ses vêtements comme si elle avait du délire; on est obligé de lui mettre la camisole. Le lendemain matin elle se plaint d'une très-forte céphalalgie; sa face est vultueuse et ses yeux brillants. Le matin elle a pris une seconde cuillerée de la solution. On lui en prescrit deux autres.

La nuit du 12 au 13 n'est pas beaucoup plus calme que la précédente; elle a eu des hallucinations, elle se croyait poursuivie par des ennemis. Les règles ont paru dans la nuit. — Quatre cuillerées de la solution arsenicale.

Le 14, grande amélioration, calme presque complet; la malade commence à se servir de ses membres; la nuit dernière a été moins agitée, quoique encore troublée par des hallucinations. Cinq cuillerées de la solution arsenicale.

Le 15, l'amélioration fait des progrès rapides; la malade est parfaitement calme quand elle est couchée; à peine, de temps en temps, quelques sautillements dans la face et quelques mouvements saccadés dans les membres supérieurs; mais dès qu'elle s'assied ou qu'elle marche, elle est encore agitée; pourtant elle a pu manger seule la veille. La nuit a été assez calme, bien qu'il y ait eu encore quelques hallucinations. La solution arsenicale continue à être parfaitement supportée: pas de mal à la gorge, ni de céphalalgie, ni de resserrement autour des orbites, ni de vomissements, ni de nausées. — Six cuillerées de solution, ou environ 15 milligrammes d'acide arsénieux.

Le 16, très-bon état depuis la veille; la malade s'est levée, a pu marcher et lire, se servir de ses membres supérieurs pour manger et pour s'habiller. Sommeil depuis sept heures du soir jusqu'à quatre heures du matin. Encore un peu d'agitation dans les muscles de la main seulement. — La dose de la solution est réduite à quatre cuillerées.

Le 17, convalescence presque complète. — Deux cuillerées seulement.

Le 19, le rétablissement est parfait; l'appétit est excellent depuis trois jours. — Une seule cuillerée de la solution.

Si l'on tient compte de l'intensité de cette affection et de la rapidité avec laquelle la guérison a été obtenue, une semaine à peine, on ne peut nier que ce ne soit là un résultat très-remarquable. Il frappera d'autant plus encore qu'on le rapprochera des faits précédents que M. Aran a déjà fait connaître, et surtout des résultats obtenus par plusieurs médecins allemands et anglais, et notamment par Romberg, qui considère l'arsenic comme un des meilleurs moyens de combattre la chorée, et par Pereira, qui, allant plus loin encore, pense que ce moyen agit dans un grand nombre de cas presque comme un spécifique.

Cependant, le même moyen essayé en France par d'autres médecins ne paraît pas avoir eu un résultat aussi heureux. Ainsi, M. H. Roger, à l'occasion de la communication de M. Aran à la Société des hôpitaux, a déclaré avoir essayé trois fois en ville l'acide arsénieux contre la chorée. Chez deux malades, il n'a rien obtenu; chez le troisième, on aurait pu croire à un succès, a-t-il dit, si la guérison n'avait eu lieu trois ou quatre mois après le début de la maladie, le médicament ayant été donné après que le tartre stibié, la gymnastique et les bains sulfureux avaient échoué. M. E. Barthez a employé aussi l'acide arsénieux contre cette maladie dans cinq cas, mais, a-t-il ajouté, dans des conditions où il était difficile de bien en juger. Les malades avaient, en effet, subi auparavant un traitement long, et cependant il n'a obtenu aucun résultat certain.

Que faut-il conclure de ces faits en apparence contradictoires? L'acide arsénieux n'a-t-il pas été administré aux doses nécessaires et dans les conditions convenables pour en obtenir les effets voulus? ou les cas de chorée n'étaient-ils pas de même nature et également susceptibles d'être avantageusement modifiés par l'agent expérimenté?

Il y aurait lieu, pour répondre à cette double question, d'examiner deux points, savoir: quel est le meilleur mode d'administration de la médication arsenicale pour en obtenir les effets les plus sûrs, tout en garantissant son innocuité? Et y a-t-il dans les différentes formes ou dans les différents degrés de la chorée, des indications particulières pour l'emploi de cette médication?

L'examen de ces deux questions nous entraînerait trop loin aujourd'hui. Elles ont été d'ailleurs l'objet d'un article publié récemment par M. Aran dans le *Bulletin de thérapeutique*; au sujet du fait que nous venons de rapporter, et qui nous fournira l'occasion d'y revenir dans une prochaine *Revue*.

Cure de l'épilepsie par la castration.

Nos lecteurs ne seront probablement pas fâchés de connaître l'issue de la malheureuse opération tentée sur le pauvre épileptique américain noirci par le nitrate d'argent, dont nous les avons entretenus déjà plusieurs fois; issue qu'il n'était que trop aisé de prévoir, et qui nous faisait regretter qu'il se fût trouvé un chirurgien qui n'ait pas su résister à ses obsessions. Le *Medical Times and Gazette* du 26 mars, apprend à ses lecteurs que les accès épileptiques du pauvre *émasculé* (*emasculated*) sont, après l'opération, exactement ce qu'ils étaient avant; il a perdu beaucoup, ajoute le rédacteur de ce journal, et n'a rien gagné.

Mais ce n'est pas tout. D'après noble honorable confrère d'outre-Manche, l'opérateur n'aurait pas vu que cet infortuné n'était ni plus ni moins, et depuis longtemps, qu'un cerveau non-seulement épileptique, mais maniaque, courant le monde après son idée. De sorte que ce malheureux, épileptique et aliéné par le fait de sa maladie, est devenu en outre noir et châtré par le fait de l'intervention intempestive de l'art. — *Primum non nocere* est un précepte qu'on ne devrait cependant pas être obligé de rappeler! On peut lui opposer ici, il est vrai, en manière d'atténuation, la gravité même de l'affection, qui semblait justifier d'avance toutes les tentatives.

ASSOCIATION GÉNÉRALE
de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

Par arrêtés en date du 23 avril dernier, S. E. M. le ministre de l'intérieur a approuvé les statuts de la *Société centrale* de l'Association générale des médecins de France.

Conformément aux articles des statuts de l'Association générale ainsi conçus:

« Art. 7. L'Association générale procède à son œuvre par deux opérations;

» Premièrement:

» . . . .

» Elle forme une *Société centrale* destinée à réunir:

» Les médecins de l'armée et de la flotte;

» Les médecins qui, par la nature de leur service, n'ont pas de résidence fixe ou résident hors de France;

» Les docteurs en médecine et en chirurgie disséminés dans les arrondissements et départements où il n'existerait pas de Société locale agrégée à l'Association générale.

» Art. 31. Il est établi à Paris une Société destinée à compléter le système des Sociétés locales.

» Cette Société prend le nom de *Société centrale*.

» Elle est composée de tous les médecins qui se trouvent dans les conditions exprimées dans l'article 7.

» Elle est administrée par une commission spéciale, nommée à cet effet par le Conseil général, et présidée par le président de l'Association générale.

» Art. 35. La Société centrale est organisée sur les mêmes bases que les Sociétés locales. »

Conformément aux statuts de la *Société centrale*, approuvés par arrêté de M. le ministre de l'intérieur, en date du 23 avril dernier:

Le Conseil général de l'Association générale a élu le bureau et les membres de la commission administrative de la *Société centrale*.

En conséquence, le bureau et la commission administrative de la *Société centrale* se trouvent ainsi composés:

Président: M. le Président de l'Association générale;

Vice-présidents: M. Andral, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc.;

— M. Michel Lévy, membre du conseil supérieur de santé, directeur de l'École militaire de médecine du Val-de-Grâce, etc.;

Secrétaire: M. Ludger Lallemand, professeur agrégé au Val-de-Grâce;

Vice-secrétaires: M. le docteur Piogey;

— M. le docteur Gallois;

Trésorier: M. le docteur Brun.

Commission administrative (*composée de vingt membres*).

MM. les docteurs:	MM. les docteurs:
Arnal,	Guyot (Jules),
Barthez (Ernest),	Hérard,
Béhier,	Horteloup,
Bixio,	Legouest,
Blache,	Lustremann,
Brierre de Boismont,	Moreau (de Tours),
Cabanellas,	Richelot,
Cazeaux,	Roché,
Gimelle (Jules),	Roger (Henri),
Guersant,	Wurtz.

Tous les honorables confrères ci-dessus désignés ayant accepté leur nomination, la *Société centrale* entrera très-prochainement en fonctions.

SUR UN PROCÉDÉ DE RÉDUCTION
de la rétroversion utérine pendant la première moitié de la grossesse;

Par M. GODEFROY, professeur d'accouchements à l'École préparatoire de médecine de Rennes (Ille-et-Vilaine).

Cinq fois j'ai rencontré la rétroversion utérine pendant la première moitié de la grossesse; cinq fois j'ai employé le même traitement, et toujours la réduction s'est faite avec la plus grande facilité.

Si je compare les résultats que j'obtiens avec ceux que je trouve consignés dans les auteurs et dans les journaux, je ne puis que m'applaudir de plus en plus de mon procédé. Ce procédé est le suivant:

La malade, soutenue par des aides, est placée sur le devant de son lit, la tête et les mains appuyées sur le sol. Les parties antérieures des cuisses et les jambes reposent seules sur le lit.

Cette position perpendiculaire du corps a pour but de soustraire l'utérus à la pression des organes abdominaux, d'empêcher la femme de se livrer à des efforts contraires à ceux que l'opérateur est obligé de faire pour obtenir la réduction de cet organe, efforts qui sont cependant très-faibles, puisqu'il n'y a plus à surmonter que la résistance de l'angle sacro-vertébral.

Le refoulement du fond de l'utérus, si difficile à obtenir par les autres procédés, se fait alors presque sans douleurs pour la malade et sans fatigue pour l'opérateur, qui, placé à droite ou à gauche de la malade, introduit dans le rectum trois ou quatre doigts ou même la main tout entière, et refoule le fond de l'utérus tout le long de la face antérieure du sacrum.

Dans l'antéversion utérine de la première moitié de la grossesse, il suffit de donner cette position à la malade pour que la réduction s'opère toute seule. (Voir les observations d'antéversions que j'ai publiées en 1842 dans les *Annales d'obstétrique*.)

Je crois donc rendre service à mes confrères en livrant mon procédé à leur connaissance.

Des quatre premières observations, deux ont été publiées dans les *Annales d'obstétrique* et deux dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*.

Voici la cinquième:

Le 2 mars 1859, je fus appelé à 12 kilomètres pour visiter Mme B..., cultivatrice, primipare, et malade depuis six semaines; les règles n'avaient pas paru depuis quatre mois. Il y a six semaines que, ayant éprouvé le besoin d'uriner dans le courant de la nuit, elle se leva et passa dans son étable, où, malgré de violents efforts, il lui fut impossible de satisfaire ce besoin.

Depuis cette époque, elle n'a pas uriné dans son vase de nuit; mais l'urine s'échappe continuellement par regorgement. Il y a une infiltration considérable des extrémités inférieures et des grandes lèvres. Le ventre est développé comme dans une grossesse de six mois au moins.

La palpation et la percussion font constater une tumeur fluctuante occupant toute la région hypogastrique, et remontant jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur est formée par la vessie énormément distendue par l'urine.

L'examen des organes génitaux externes montre le méat urinaire profondément enfoncé au-dessous du pubis, et la paroi postérieure du vagin faisant hernie à la vulve. Le toucher vaginal fait reconnaître une rétroversion de l'utérus. Le fond répond à la partie inférieure du coccyx, et le col est tellement relevé derrière les pubis, que mon doigt a beaucoup de peine à l'atteindre.

Avant toute tentative de réduction, je pratiquai le cathétérisme, opération qui présenta quelque difficulté, vu la pression du col utérin et l'aplatissement du canal de l'urèthre. Je retirai de la vessie six litres d'urine, quantité énorme, et que je n'avais encore jamais rencontrée dans aucune vessie. Traitée par l'acide azotique, l'urine n'a pas donné de traces d'albumine.

Après avoir laissé la malade se reposer quelques instants, je la plaçai dans la position précédemment décrite, et m'étant placé à sa droite, j'introduisis dans le rectum l'indicateur, le médius et l'annulaire de la main gauche. La réduction eut lieu après quelques minutes d'efforts.

Dans la crainte d'une récidive, je conseillai à cette femme de garder encore quelque temps cette position déclive, puis de se coucher la tête basse et le siége élevé par des oreillers.

Le déplacement n'a pas reparu, et la malade paraît parfaitement guérie, aujourd'hui 7 mars.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 avril 1859. — Présidence de M. DEGUISE fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal M. MOREL-LAVALLÉE communique le résultat de l'examen qu'il a fait de nouveau du malade affecté d'hydrocèle congéniale, dont il a parlé dans la dernière séance.

Après la réduction du liquide, et en étalant la poche, on ne peut y trouver la moindre trace d'aucun cordon qui puisse ressembler à l'épididyme. Il n'est donc pas permis de croire que cet organe ait été entraîné dans l'hydrocèle.

RAPPORT.

M. LABORIE donne lecture du rapport suivant sur un travail de M. Andrieux, professeur à l'école de médecine d'Amiens, intitulé *Opération césarienne*. (Commissaires, MM. Danyau, Cazeaux; Laborie, rapporteur.)

M. Andrieux a fait hommage à la Société d'un travail entrepris à propos d'un fait d'opération césarienne. Des réflexions accompagnent cette observation, et en raison de la gravité du sujet, en raison surtout des opinions si diverses émises sur l'opportunité de cette grave opération, nous nous sommes attachés à donner à notre rapport toute l'étendue compatible avec la multiplicité de vos travaux.

Une rapide analyse du travail de M. Andrieux vous mettra à même d'apprécier l'importance de cette communication, ainsi que la valeur des opinions de l'auteur.

L'introduction est consacrée à une excursion dans la partie historique du sujet. Après avoir signalé l'insuffisance des preuves données à l'appui de l'antiquité du procédé, il établit que ce ne fut vraiment qu'au commencement du seizième siècle que l'opération fut bien authentiquement pratiquée, et doit-on le dire? ce ne fut pas un médecin qui osa entreprendre cette hasardeuse opération. Un homme sans autres notions anatomiques que celles puisées dans sa profession de châtreur de porcs, tourmenté de voir se poursuivre pendant plusieurs jours sans résultat le travail de l'enfantement chez sa jeune femme primipare, après avoir sans succès sollicité les secours des matrones inhabiles, proposa, de guerre lasse, à la patiente de se laisser faire une opération

qui pourrait bien, *avec la grâce de Dieu*, avoir quelque chance de succès. Cette proposition acceptée, le chirurgien improvisé se mit en règle auprès des autorités du pays, et ainsi muni d'un diplôme temporaire, il fendit le ventre de sa femme, pénétra dans la matrice, put extraire l'enfant, recousut la plaie, et la femme se rétablit si bien que quelques années après elle accoucha *naturellement*, notez bien ce fait, de deux enfants bien vivants, car soixante-dix années après l'un de ces deux jumeaux était encore juge à Siergerhensen.

En 1581 Rousset publiait son *Hystérotomotokie* ou *Traité de l'enfantement césarien, qui est extraction de l'enfant par incision latérale du ventre et matrice de la femme grosse ne pouvant autrement accoucher*, et l'auteur, qui a pu rassembler les faits les plus extraordinaires, tels que l'histoire de la femme Godon, qui fut opérée sept fois, ne peut donner aucun fait à lui personnel, ou tout au moins dont il ait été témoin. Et toutes ces observations ont en résumé si peu d'authenticité que Mauriceau, après avoir violemment stigmatisé cette opération en 1675, en regarde la réussite comme impossible, quoi qu'en disent plusieurs imposteurs. Mais nous devons dire que composant avec sa conscience, qui se refusait à admettre en thèse générale et pour le commun des femmes la légitimité de l'opération, il faisait une exception pour les grands de la terre.

Ainsi une reine, dont la parturition heureuse donnait la sécurité à un royaume héréditaire, devait être sacrifiée au salut public. C'était le contre-pied d'un mot devenu célèbre, car il émanait du plus grand législateur des temps modernes.

Cette exception posée, il n'admettait l'opération qu'après décès de la mère.

Delamotte, en 1721, cite aussi des observations de succès, mais pas plus heureux que Rousset. Il ne parle que sur ouï-dire. Quant à lui, il n'a rien vu. Il admet toutefois l'opération et trace des indications. Il faut cependant reconnaître, au milieu de tous ces faits mal rapportés, mal observés, que l'opération a réussi dans quelques cas. Les défenseurs de l'opération apparaissent, offrant ceci de bien remarquable que pour la plupart ils n'ont vu aucun cas de succès. Tels sont Levret et Baudelocque.

Le dix-neuvième siècle est plus heureux dans l'énumération des faits de succès. Ils ont dès lors une incontestable authenticité, et, comme le dit M. Velpeau dans son savant Traité d'accouchement, on ne peut plus se refuser *de croire à la possibilité de sauver ainsi quelques femmes* (1835).

Revenons au travail de M. Andrieux; nous nous réservons de faire quelques observations sur les faits publiés.

La femme opérée par M. Andrieux, la nommée R..., stature moyenne, constitution lymphatique, se marie à 28 ans. Un an après elle accouche à terme d'un enfant mort. Le travail avait été peu énergique pendant 48 heures, puis très-actif pendant 30 heures, et on dut recourir à l'emploi du forceps.

Un an après nouvel accouchement. Tout paraissait se bien passer d'abord, mais après la rupture de la poche des eaux, malgré la dilatation du col, le travail ne fit aucun progrès. On se décida à faire la version. On amena un enfant mort. Pendant l'opération, on reconnut l'existence d'une tumeur osseuse à l'angle sacro-vertébral.

L'année suivante troisième grossesse, présentation du bras, version. L'enfant extrait est encore mort.

Quatrième grossesse l'année suivante. La tête se présentait; après un travail infructueux, M. Andrieux, appelé, se décide à appliquer le forceps. La tête était en partie engagée au détroit supérieur. Malgré les tractions les plus énergiques, on ne peut la faire avancer dans le bassin. La mort de l'enfant paraissant certaine, on perfora le crâne et on fit la version. On réussit par ce procédé à extraire le fœtus. Des accidents survinrent : *fièvre puerpérale*, abcès des parois du ventre, perte considérable. Deux mois après la santé était rétablie. Malgré les avertissements de M. Andrieux, cinquième grossesse un an après.

Le 28 mars 1849 le travail était commencé; la poche des eaux faisait saillie; les douleurs se succédaient régulièrement. M. Marsillé assistait la malade; il fit demander M. Andrieux, et on reconnut par le toucher la tumeur osseuse de l'angle sacro-vertébral, assez saillante pour réduire le diamètre sacro-pubien à 6 centimètres. Telle est du moins la mesure approximative indiquée dans le mémoire dont nous rendons compte. La tumeur, grosse comme le pouce à sa base, mousse au sommet, mesurait 4 centimètres de longueur.

Si ces mesures sont exactes, le bassin n'avait pas, abstraction faite de la tumeur, ses dimensions absolument normales, car le diamètre sacro-pubien présente en général 11 centimètres.

L'enfant était vivant; dès lors M. Andrieux se décida à pratiquer l'opération césarienne.

Nous n'avons rien à dire de l'opération : elle se fit suivant les principes de l'art. On put extraire et l'enfant et l'œuf. La plaie abdominale fut réunie par six points de suture enchevillée.

Un traitement préventif par le mercure et l'opium fut appliqué. Aucun accident ne survint, et six semaines après la malade était guérie. L'enfant a été conservé.

Voici l'observation. Elle est sans doute fort intéressante, et nous devons remercier notre confrère de nous l'avoir communiquée.

La science, Messieurs, ne peut malheureusement pas se plier aux faiblesses sentimentales de notre humanité; tout en donnant à M. Andrieux les éloges que l'on doit au succès, nous devons cependant protester contre les principes qu'il émet en s'appuyant sur le résultat obtenu.

Ainsi, repoussant l'opinion aujourd'hui presque généralement admise, qui tend avant toute chose à sauvegarder le salut de la mère, il dit : « Et depuis quand, en effet, alors que la société tout entière se demande si elle peut disposer de la vie d'un de ses membres, le médecin a-t-il le droit de préférer la mère à l'enfant, d'assurer la vie de l'un aux dépens de l'autre, et de dire au nouvel être : Tu n'iras pas plus loin? Qui peut se flatter de ne pas s'être trompé dans ses évaluations et dans ses calculs? Le médecin qui prélude à la conservation de la mère par le meurtre possible de l'enfant, connaît-il les mystères de la famille? A-t-il deviné les destinées du nouvel être? »

J'ai tenu, Messieurs, à reproduire textuellement la péroraison de notre confrère. Ce n'est pas ainsi que doit procéder le savant convaincu, lorsqu'il veut faire prévaloir son opinion. M. Andrieux avait mieux à faire s'il voulait entrer dans une si délicate discussion. Permettez-moi de vous dire comment nous aurions désiré que le travail de M. Andrieux eût été conçu.

L'observation communiquée par notre confrère ne pouvait seule avoir aucune valeur; il ne s'agit en effet que d'un fait, et ce fait ainsi présenté, isolé, n'apporte avec lui aucun enseignement spécial, pas plus comme opération que comme signification. M. Andrieux a réussi, c'est fort heureux sans doute, et ainsi que je l'ai déjà dit, nous l'en félicitons; mais ce succès unique ne saurait peser sur le jugement à porter dans un aussi grave sujet.

Nous aurions souhaité lire dans ce travail, au lieu de considérations puisées dans l'ordre purement moral, une appréciation générale sur la gastro-hystérotomie, et il est bien probable que M. Andrieux aurait été bien ébranlé, s'il n'a entre les mains d'autres documents que ceux très-insuffisants qui sont du domaine commun de la science.

Les statistiques publiées sont tellement incomplètes, tellement insuffisantes, qu'elles ne peuvent malheureusement en rien nous éclairer. M. Andrieux aurait fait un travail d'une grande valeur s'il avait essayé de classer et d'analyser autant que possible ces faits, en y joignant ceux inédits qu'il possède peut-être. Il aurait rendu un véritable service à l'art obstétrical en s'efforçant de classer par régions les faits de succès; car tous nous savons déjà que, dans certaines localités, l'opération paraît réussir assez ordinairement, tandis qu'elle reste constamment mortelle dans d'autres régions, où cependant se trouvent de très-habiles chirurgiens.

Les causes qui ont déterminé les opérateurs à pratiquer l'opération césarienne pouvaient offrir un sujet d'étude non moins intéressant, et M. Andrieux aurait reconnu facilement combien cette question des indications présente de difficultés.

Si nous ne posons que les cas les plus extrêmes, là sans doute l'opérateur peut n'éprouver aucun embarras; mais il n'en est pas toujours ainsi, et pour se décider dans le plus grand nombre des cas à recourir à un moyen aussi extrême, on se demande si toujours les connaissances les plus étendues seront suffisantes. Il y a peu d'accoucheurs qui n'aient rencontré dans la pratique les faits les plus inattendus; et telle femme vouée à une opération a pu naturellement accoucher, déjouant ainsi les prévisions de l'accoucheur.

Permettez-moi, Messieurs, de vous citer deux faits. Dans le premier, en lisant le nom des acteurs de ce drame avorté, vous pourrez comprendre l'indécision des médecins encore peu expérimentés, et excuser leurs erreurs. Nous les empruntons à un recueil anglais. (*Dublin medical Press*, 1851.)

M. Lee, dans un discours prononcé à la Société médico-chirurgicale contre l'opération césarienne, disait :

« Cette rage pour les opérations cruelles et sanglantes se répand au loin et au large, et l'on fait aujourd'hui, sur tous les points de ce pays, des efforts pour pervertir et corrompre les saines et fondamentales doctrines de l'obstétrique anglaise. Comme professeur, comme homme occupant une position publique, ma conscience ne me permet pas de demeurer témoin silencieux de pareilles abominations. Ce sera là mon excuse pour l'importunité dont je me rends coupable en prenant si souvent la parole sur le même sujet. Je terminerai en racontant un fait où le dénoûment tragique fut heureusement prévenu.

» A Cupar, en 1847, une femme échappe de la manière la plus providentielle et presque miraculeuse aux horreurs de l'opération césarienne.

» Le docteur Simpson déclare ce fait unique dans les annales tocologiques, et peu de personnes différeront de lui sur ce point.

» La patiente, âgée de trente-quatre ans, était une pauvre femme atteinte d'une grande distorsion du bassin par suite de ramollissement des os. Elle fut menstruée pour la dernière fois en juin 1846; on n'indique pas positivement la date du début de la grossesse, mais elle fut vue en mars 1847 par le docteur Simpson avec trois autres praticiens. Après examen, il fut décidé que la grossesse était déjà avancée pour exclure, à un tel degré de difformité, l'idée de provoquer l'accouchement prématuré, et que l'opération césarienne devait être pratiquée.

» Le 28 avril, le travail commença, et l'on prévint par un messager le docteur Simpson, à Edimbourg, à trente milles de Cupar, de venir accomplir son exploit. Il se mit en route, accompagné de plusieurs confrères et amis, tous sans doute armés de scalpels, aiguilles, éponges, bandes, éther, etc. Ainsi pourvus, ils marchaient vers Cupar. Maintenant, vous croyez peut-être que l'opération fut faite et suivie du résultat ordinaire, c'est-à-dire la mort de la mère? Vraiment non; aucune opération n'était nécessaire, et la pauvre créature est encore en vie. *En arrivant*, dit le docteur Simpson, *nous fûmes surpris d'apprendre que la malade avait accouché, et notre étonnement redoubla encore quand nous sûmes qu'elle s'était délivrée sans le secours d'aucun instrument.* » (*Gazette médicale*, 1852, p. 188.)

Vous le voyez, Messieurs, diminuez la distance de quelques milles, et la victime de cette déplorable erreur ne pouvait se soustraire à son malheureux sort.

En regard de ce fait si heureusement accompli, permettez-moi de vous en citer un autre bien autrement grave. Je l'emprunte à un excellent rapport de notre collègue M. Depaul.

Dans la séance du 22 mars 1855, rendant compte à l'Académie d'un travail de M. Maslieurat-Lagémar, intitulé : *Dix ans de pratique d'accouchement dans le département de la Creuse*, il cite le fait suivant :

M. Maslieurat, en décembre 1846, amené par hasard à 24 kilomètres de sa résidence, fut invité par trois de ses confrères à visiter une femme qui était en travail depuis deux jours. Ces messieurs s'apprêtaient à pratiquer sur cette malheureuse patiente l'opération césarienne.

Il constata que cette femme, de petite taille, avait les jambes fortement contournées, et une très-légère déviation de la colonne vertébrale. Cinq fois déjà il y avait eu grossesse terminée par un accouchement spontané. Il reconnut que le bassin était plutôt large qu'étroit, et rien ne permettait de penser que la tête, encore retenue au détroit supérieur, ne franchirait pas spontanément la cavité pelvienne.

M. Maslieurat, étonné du parti pris, fit tous ses efforts pour qu'au moins préalablement on voulût bien tenter une application de forceps. Mais cette opinion fut rejetée bien loin, car, pour ces messieurs, cette tête, sentie au détroit supérieur, n'était pas au fœtus, c'était une tumeur adhérente au bassin.

Seul contre tous, il vit repousser son sage avis; rien ne put ébranler l'opinion de ses trois confrères. Dès lors, repoussant toute solidarité dans un pareil acte, il voulut se retirer. C'était la seule conduite à tenir; heureusement pour la malade il ne persista pas, et sur de vives instances il se décida à rester, dans la pensée de prévenir de nouveaux malheurs.

C'est vraiment avec un sentiment des plus pénibles que nous achevons le récit de cette énormité.

Aucun des trois confrères n'avait même vu pratiquer cette opération; le médecin ordinaire se chargea de l'exécuter, mais à peine avait-il incisé la paroi abdominale qu'il sentit son courage faiblir, et il déclara qu'il ne pouvait plus continuer. Il en fut de même des deux autres, et M. Maslieurat dut prendre le bistouri et achever une opération que jamais il n'eût voulu entreprendre. Elle fut menée à bonne fin, et par un bonheur tout providentiel l'opérée guérit. L'enfant extrait était mort, et l'examen du bassin permit de reconnaître que la prétendue tumeur appartenait bien au fœtus.

Cette observation n'a pas besoin d'être commentée; rapprochons-la de la précédente, et nous pouvons sans hésiter admettre que dans bon nombre de faits d'opération césarienne, les indications n'étaient pas plus précises.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les statistiques publiées, nous pouvons encore les considérer comme tout à fait insuffisantes. L'élément insuccès a dû être le plus souvent mis de côté, et pour les faits d'insuccès publiés, combien doit-il y en avoir de passés sous silence?

Il faudrait, pour avoir une opinion vraiment juste sur un tel sujet, posséder une statistique complète. Ainsi les auteurs qui se sont occupés de la question ont ramassé des observations comme ils ont pu le faire, et on doit être certain que nombre de victimes avaient été silencieusement ensevelies.

M. Jacquemier, dans son excellent *Manuel des accouchements*, partage complétement notre opinion sur le peu de valeur des statistiques connues.

Voici, du reste, une liste empruntée à divers auteurs :

Beaudelocque.	73 opérées,	42 mortes,	31 guéries.
Sprengel. . .	106 »	45 »	61 »
Michaëlis. . .	110 »	62 »	48 »
Burns. . . .	33 opérées en Angleterre,	25 »	8 »
	322	174	148

Si maintenant on voulait tirer quelque parti de ces faits ainsi réunis, on pourrait acquérir la conviction qu'ils sont le plus souvent dépourvus des détails les plus essentiels. Ainsi, l'époque précise de l'opération par rapport au travail, le mode d'opération, la nature et la forme du rétrécissement, la nature des accidents, l'état des enfants, etc., sont peu ou mal notés, ou bien souvent complétement passés sous silence.

La raison de cette insuffisance des statistiques est facile à comprendre. Nous n'avons pas la possibilité, à Paris, de dresser une nouvelle liste de faits. La conclusion de toutes nos observations est la même. La question reste donc à étudier de nouveau. Ce serait pour la Société de chirurgie un grand honneur d'aider à sa solution en se servant des nombreux correspondants qu'elle possède aussi bien en France qu'à l'étranger; quant à présent, nous ne sommes pas en mesure, à Paris, d'apporter dans cette enquête aucun fait favorable à l'opération.

En vain demanderez-vous à nos plus habiles chirurgiens, à MM. P. Dubois, Velpeau, et parmi les membres les plus autorisés de notre Société, à MM. Danyau, Depaul, Cazeaux, Lenoir, Désormeaux : Avez-vous pu réussir une seule fois? Tous nous font la même réponse.

Les causes de tous ces insuccès doivent-elles être toutes rapportées à la climatérie spéciale des grandes villes? C'est là une question qui serait résolue à l'aide d'une bonne statistique; car il n'est pas à mettre en doute qu'à Paris comme à Londres nous ne choisissons pas nos opérées. L'opération césarienne n'est appliquée qu'aux cas vraiment extrêmes, et bien certainement les femmes qui présentent une déformation rachitique ont leur constitution d'autant plus entachée que la difformité est plus prononcée : dès lors les chances de succès diminuent en raison même du degré de la difformité.

Quoi qu'il en soit, on comprend dès lors le parti pris par nous tous de renoncer à l'opération césarienne à Paris, et cette ressource extrême n'est plus que l'*ultima ratio* du chirurgien lorsque l'emploi des instruments fœticides n'est même plus possible.

Nous en sommes donc réduits, quant à présent, à une stérile discussion. Les reproches que nous adressent les praticiens de la province armés de quelques succès, ne peuvent en rien nous faire abandonner la voie dans laquelle la nécessité nous a poussés; et tant que la triste fatalité nous mettra en présence d'une malade dont la difformité ne saurait permettre à l'accouchement de se faire, bien certains de l'inévitable suite de l'opération césarienne, nous aurons recours, sans hésitation comme sans remords, à la céphalotripsie.

Nous devons ajouter encore que le plus souvent nous ne sommes appelés auprès des malades que lorsqu'il n'y a plus guère d'autres ressources à mettre en usage. Nous ne saurions, en effet, partager l'opinion de M. Depaul sur la généralisation plus grande des connaissances obstétricales. C'est sans doute bien déplorable à constater; mais le plus grand nombre des praticiens restent encore bien loin du mouvement scientifique. On nous dispensera de donner les preuves de cette assertion.

On demandera, dès lors : A quel parti faut-il s'arrêter? Cet état de choses est-il rationnel? Non, sans doute, et nous concevons l'espèce de *tolle* soulevé à la suite d'une discussion académique sur cette question.

C'est précisément vers une solution que doivent tendre tous nos efforts, et permettez-nous, Messieurs, de vous exposer une série de propositions que nous soumettons à votre jugement.

Nous pouvons demander aux travailleurs que nous nous sommes associés de nous adresser tous les documents relatifs à l'opération césarienne qu'ils possèdent actuellement, et qu'ils pourront ultérieure-

ment recueillir. Nous avons, pour notre compte, déjà réuni quelques observations qui vous seront communiquées quand le moment sera venu.

Que dans une note rédigée par les membres de la Société les plus autorisés, il soit dressé une espèce de programme indiquant avec précision tous les détails qui devront se rencontrer dans les observations à recueillir. Nous aurons ainsi une statistique complète, dont la valeur incontestable nous mènera sûrement à une solution.

Quant à nous, nous ne saurions, sans une coupable indifférence, ne pas faire d'efforts pour tenter aussi de sortir de la fatale impasse dans laquelle nous sommes.

Puisqu'il reste bien établi que l'opération césarienne ne réussit pas à Paris depuis bien des années, pourquoi ne pas chercher dans des conditions climatériques différentes le salut de la mère aussi bien que celui de l'enfant? Certaines localités des environs de Paris nous paraissent tellement heureuses au point de vue de la salubrité, que nous pourrions en choisir une en nous guidant dans le choix à faire sur les conditions qui ont paru offrir les plus grandes chances pour le salut des opérées. On peut trouver à quelques kilomètres de distance les conditions climatériques les plus variées : vallées, montagnes, sécheresse, humidité, etc... Il n'est pas un de nous qui ne s'empresse aussi bien de sa personne qu'en faisant des sacrifices pécuniaires de se dévouer pour aider à la solution de la question. Déjà plusieurs journaux ont fait des propositions analogues. M. Fleury a été encore plus loin, il a offert de se charger des opérées. L'initiative est donc déjà donnée. Rien ne doit faire obstacle à la réalisation du projet que nous appuyons de toutes nos forces.

Notre respect pour le salut de la mère est bien trop profond pour que nous ayons la pensée de proposer l'opération césarienne tant que l'extraction, même par lambeaux, de l'enfant sera possible par les voies ordinaires. Notre proposition ne s'appliquerait qu'aux cas d'angustie telle qu'il deviendrait impossible de recourir à un autre moyen de salut. Ce sera seulement plus tard, et lorsque l'expérience aura prononcé dans un sens favorable, que nous pourrons étendre la liste des indications de salut. Nous avons été heureux de l'occasion qui s'est offerte à nous de traiter, dans une société aussi dévouée aux intérêts purs de la science, un sujet aussi important. Les propositions que nous soumettons à votre appréciation nous paraissent les seules possibles; vous pouvez, en les appuyant, les rendre d'une facile exécution. Les généreuses lamentations de nos confrères de province sur l'impitoyable parti que nous avons dû prendre jusqu'à ce jour, ne peuvent malheureusement pas tenir lieu de raison; les sacrifices que nous avons faits, nous devions les faire, mais nous serions coupables de nous en tenir au point où nous en sommes.

Nous terminerons, Messieurs, en vous proposant :

1° D'adresser à M. Andrieux des remercîments pour sa communication;

2° De déposer son travail dans les archives de la Société.

— Après la lecture du rapport, les conclusions sont mises aux voix et adoptées. Sur la proposition de M. Depaul, la discussion est renvoyée après l'impression du rapport, dont la Société décide l'insertion dans les bulletins.

COMMUNICATION.

MM. Legendre et Bastien complètent la communication commencée dans une séance précédente. Nous en donnons une analyse :

Dans leurs premières expériences, ils avaient employé une force de traction assez considérable et qui agissait pendant un temps très-court. Dans ces nouvelles expériences, ils ont employé une force de traction assez faible, mais agissant d'une manière continue pendant plusieurs jours. Voici le procédé qu'ils ont employé, et le résultat de leurs observations.

Le cadavre d'une femme âgée de quarante-cinq ans environ, qui avait eu des enfants, fut attaché debout contre une table; avant d'attirer l'utérus en bas, on constate que le col est à une très-petite distance de l'ouverture vulvaire, à 3 centimètres seulement. La mesure de la cavité utérine donne 5 centimètres en profondeur. La situation du col était normale dans le vagin, celui-ci très-large; la vessie faisait une saillie assez considérable du côté de la paroi supérieure de ce conduit.

Après avoir attiré le col utérin avec une pince à griffes, on le maintient abaissé avec un poids de 5 kilogrammes; le lendemain, on ajoute à ce poids 5 kilogrammes, et on constate que le museau de tanche dépasse à peine la fourchette.

Le troisième jour, on applique un poids de 15 kilogrammes; le col est hors de la vulve; on laisse ce poids jusqu'à la fin de l'expérience, qui a duré quatre jours; le museau de tanche faisait saillie hors de la vulve de 3 centimètres.

Voici les nouveaux rapports qu'affectent maintenant les différents organes de la cavité pelvienne.

Si l'on tire une ligne verticale du sommet du coccyx à la base de la symphyse pubienne, le corps de l'utérus a dépassé cette ligne; il est donc hors de la cavité pelvienne; mais il est encore contenu dans la région périnéale, puisqu'il reste une portion du vagin à la partie inférieure; au contraire, la paroi antérieure de ce canal est entièrement retournée. Les culs-de-sac péritonéaux sont descendus dans une assez grande étendue; l'antérieur répond au bas-fond de la vessie, le postérieur dépasse à peine le cul-de-sac vaginal. La distance qui les sépare de l'extrémité du col de l'utérus est de 5 centimètres. La cavité de cet organe est allongée de 2 centimètres. La vessie présente deux cavités : une postérieure, qui répond au bord inférieur du pubis; l'autre antérieure, qui proémine jusqu'au bord libre de la petite lèvre, et qui constitue une cystocèle complète. L'urèthre se dirige tout à fait en bas, de sorte qu'une sonde introduite dans ce canal vient de suite heurter sa paroi postérieure. Il faut, pour pénétrer dans la vessie, placer la sonde parallèlement à l'axe de la symphyse pubienne. Le rectum n'a subi aucun déplacement. Les ligaments ou replis de Douglas sont très-fortement tendus; les ligaments larges ont été entraînés au niveau des culs-de-sac péritonéaux; l'ovaire et la trompe droite sont descendus au-dessous du bas-fond de la vessie. Les ligaments ronds ne sont pas tiraillés.

Enfin, dans une dernière expérience, MM. Legendre et Bastien ont étudié le tiraillement des ligaments de l'utérus et la marche des replis péritonéaux en se mettant tout à fait dans les mêmes conditions que le chirurgien lorsqu'il veut faire une opération sur le col de l'utérus en amenant cet organe tout à fait à la vulve.

Sur une femme âgée de quarante-cinq ans, ayant eu des enfants, dont la paroi postérieure du vagin présentait une rectocèle commençante, nous avons pris les mesures suivantes avant l'opération : du col de l'utérus à la fourchette, 5 centimètres et demi; du fond du cul-de-sac postérieur ou vagin à la fourchette, 6 centimètres et demi. Du côté des replis du péritoine, nous avons noté : du fond du cul-de-sac postérieur ou recto-utérin à l'angle sacro-vertébral, 11 centimètres; du fond du cul-de-sac antérieur ou vésico-utérin, 10 centimètres.

Saisissant alors le col utérin avec une érigne, nous l'avons attiré doucement à la vulve : un seul aide a suffi pour produire cette descente en répétant les tractions, comme nous l'avions observé dans nos premières expériences.

En maintenant l'utérus dans cette position, voici les changements que nous avons observés :

Le cul-de-sac postérieur du péritoine s'est enfoncé de 6 centimètres, le cul de-sac antérieur de 4 centimètres et demi. Toute la paroi antérieure du vagin s'est renversée; la vessie se met en rapport avec cette face antérieure du vagin, que l'on soulève en introduisant une sonde dans ce réservoir. Du côté du rectum, la rectocèle ne change pas de forme.

Lorsqu'on examine la cavité du petit bassin, on voit à peine le corps de l'utérus au fond de cette cavité; la vessie est un peu entraînée; les ovaires et les trompes restent annexés aux ligaments larges sur les parois de cet entonnoir. Tous les ligaments, qui sont plus ou moins tendus par le fait de l'abaissement de l'utérus, sont disposés sous forme de trois étages.

L'étage inférieur est constitué par les replis de Douglas : ce sont les ligaments utéro-lombaires de M. Huguier; ils sont formés par la plus grande partie du plexus hypogastrique du grand sympathique décollé par le péritoine. Les douleurs que les malades éprouvent dans la chute de l'utérus peuvent être expliquées par le tiraillement des nerfs de ce plexus.

L'étage du milieu forme le relief le plus tendu. Une dissection minutieuse fait voir qu'il est formé par deux plans : le plus superficiel présente l'uretère, qui est peu tiraillé; au-dessous se trouve une lame aponévrotique qui enveloppe un plexus veineux abondant allant se rendre à la veine hypogastrique; c'est l'aponévrose du ligament large décrite par M. Jarjavay. Ces veines sont tendues et présentent une certaine résistance; elles accompagnent les artères utérines, vésicales, branches de l'hypogastrique. Cette aponévrose s'insère en arrière du col de l'utérus; c'est elle qui entraîne le cul-de-sac postérieur du péritoine.

Enfin l'étage supérieur est formé par le ligament rond, qui est très-faiblement tendu.

Le travail de MM. Legendre et Bastien est renvoyé à une commission composée de MM. Cazeaux, Depaul, Huguier.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

En me mettant au courant avec la *Gazette des Hôpitaux*, dont j'avais retardé de lire plusieurs numéros, je trouve, dans celui du 17 février dernier, un article de M. Chevalier Dufau sur *l'emploi du cautère dans les inflammations phlegmoneuses et érysipélato-phlegmoneuses*. Je ne puis sans doute qu'applaudir aux idées qui se trouvent émises dans cette note, mais je me crois en droit de regretter que l'auteur n'ait point eu connaissance de la première édition de mon mémoire sur l'*Ablation des loupes*, qui a paru en 1855, après avoir été communiqué en extrait à l'*Académie des sciences*, dans sa séance du 19 juillet 1850. Il aurait pu en effet y lire (page 36) les lignes suivantes : « La potasse caustique fait plus que d'empêcher le développement » de l'érysipèle et de la phlébite. Je vais montrer par les deux faits » suivants qu'elle arrête le développement de la lymphagite, *ainsi que* » *celui du phlegmon diffus*, qui accompagne si souvent l'érysipèle. »

Mais c'est encore plus dans l'*avant-propos* de la deuxième édition du même mémoire (Paris, 1857), avant-propos qui n'est que la reproduction d'une note (1) aussi communiquée à l'*Académie des sciences* dans sa séance du 27 octobre 1856, et en lisant surtout les observations V^e et VIIe de cet avant-propos, que mon honorable confrère aurait trouvé l'exposé des idées qu'il a développées avec tant de talent dans l'article qui a suscité cette réclamation. Ainsi dans la dernière observation, il y trouvera la même recommandation de prendre toutes les précautions convenables pour *assurer l'action du caustique en profondeur, de manière à limiter le travail phlegmasique et à réunir en un seul point le pus déjà formé.*

J'ose espérer que cette réclamation ne blessera en aucune façon mon honorable confrère; j'en serais d'autant plus contrarié que je m'empresse de reconnaître qu'il a complété dans sa note l'exposé des avantages qu'on doit retirer selon moi de l'emploi de la potasse caustique pour l'ouverture de certains abcès.

Agréez, etc. A. Legrand.

(1) *De l'érysipèle après l'ouverture d'abcès par le bistouri.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le professeur Gavarret a présenté dans la séance du 28 avril dernier le rapport sur les nouvelles chaires à introduire dans l'enseignement de la Faculté de médecine.

Les conclusions de ce rapport, qui ont été adoptées, peuvent se résumer dans les deux propositions suivantes :

1° La Faculté pense que la création de chaires spéciales serait une mesure très-fâcheuse; elle dénaturerait le caractère que doit avoir l'enseignement, et serait sans utilité pour l'instruction pratique des élèves;

2° La Faculté émet le vœu du rétablissement de la *chaire de l'histoire de la médecine*, supprimée en 1822.

Ce vœu, si nous sommes bien informés, pourra être bientôt réalisé sans qu'il soit nécessaire d'ajouter aucune dépense au budget, mais en remettant simplement en vigueur un article de règlement qui confie l'enseignement de l'histoire de la médecine au bibliothécaire de la Faculté.

— Un concours pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires doit s'ouvrir à Strasbourg le 1er juin 1859, à Montpellier le 7, et à Paris le 13 du même mois.

Les conditions d'admission ont été ainsi déterminées par l'article 2 du décret du 13 novembre 1852, aujourd'hui modifié :

1° Être né Français;

2° Être docteur en médecine de l'une des trois Facultés de l'Empire, ou avoir subi cinq examens pour le doctorat;

3° Être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire;

4° N'avoir pas dépassé l'âge de trente ans à l'époque de l'ouverture des concours (*cette limite est absolue, et nul ne pourra être admis à la dépasser que dans la proportion de services civils ou militaires antérieurs, et pouvant être compris dans la liquidation d'une pension de retraite*);

5° Avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre;

6° Souscrire un engagement d'honneur de se vouer pendant cinq années au moins au service de santé militaire.

(*L'inexécution de cet engagement donnera lieu au remboursement des frais de première mise alloués aux stagiaires.*)

Les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste ouverte à cet effet dans les bureaux de MM. les intendants des 1re, 6e et 10e divisions militaires. La clôture de cette liste aura lieu dans chaque localité la veille de l'ouverture des concours.

Les candidats des concours de Strasbourg et de Montpellier, reconnus admissibles, recevront pour se rendre à Paris une feuille de route portant allocation de l'indemnité attribuée au grade de médecin sous-aide.

La durée du stage à l'École impériale du Val-de-Grâce ne sera, par exception, que de quatre mois (du 15 juillet au 15 novembre), et, pendant sa durée, les stagiaires admis après cinq examens devront soutenir leur thèse.

Pendant leur séjour à l'École, les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaire, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire.

Ils sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à l'École, des appointements fixés à 2,460 fr. par an.

Ils ont droit, en outre, à une indemnité de première mise d'habillement fixée à 500 francs, et payable : 250 francs au moment de leur admission à l'École et après avoir souscrit l'engagement dont il est question ci-dessus, et 250 francs après qu'ils ont satisfait aux examens de sortie.

Au terme de leur temps de stage, ils obtiennent, sous la réserve de ces examens de sortie, le brevet du grade de médecin aide-major de deuxième classe, et ils jouissent, à partir de ce moment, des privilèges inhérents à la position d'officier.

En vertu du décret du 23 avril 1859 (art. 2), les médecins aides-majors de deuxième classe passent à la première classe après deux années de service effectif.

— Le grand John Hunter, dont les restes reposaient depuis soixante-six ans, à l'insu de tout le monde, dans le caveau d'une petite église, occupe maintenant une place digne de lui, à côté des rois et des reines d'Angleterre, dans l'abbaye de Westminster.

Le 28 mars dernier a eu lieu l'inhumation solennelle... Pendant l'office divin, les membres composant le *council* du collége et autres personnages marquants s'étaient réunis dans le *Jerusalem chamber*, là où on avait porté jadis Henri IV, lorsque, étant à l'abbaye, il fut tout à coup frappé de l'attaque d'apoplexie qui termina sa vie.

L'office achevé, on plaça le cercueil sur une litière, et les assistants privilégiés se rangèrent à la suite... L'orgue faisait entendre une marche funèbre, le convoi s'avança, suivant l'ordre indiqué, au milieu de l'abbaye, jusqu'au côté septentrional de la nef, où était ouverte la tombe destinée à recevoir les précieux restes; ils y furent descendus avec la litière.

Le cercueil était encore très-bien conservé; on pouvait y lire les mots suivants, gravés sur une plaque de laiton, avec les armes de sa famille : *John Hunter Esqr, died 16 octobre 1793, aged 64 years*; et au-dessous de cette plaque, une autre que le *College of Surgeons* avait fait ajouter, portant ces mots : *These remains were removed from the church of St-Martin-in-the-Fields by the Royal College of Surgeons of England. March 21 st. 1859.* Enfin le cercueil fut scellé dans sa dernière demeure. (*Clinique européenne.*)

— M. Foucher, agrégé de la Faculté, chirurgien du Bureau central des hôpitaux, commencera son cours de chirurgie le lundi 16 mai à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera le lundi et le vendredi de chaque semaine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères. Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Expériences sur le traitement du cancer instituées par le sieur Vriès à l'hôpital de la Charité, sous la surveillance de MM. Manec et Velpeau. Compte rendu à l'Académie impériale de médecine le 29 mars 1859, par M. Velpeau, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. In-8° de 40 pages. Prix, 1 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 55. — MARDI 10 MAI 1859. (32e ANNÉE.) N° 55. — MARDI 10 MAI 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 MAI 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

« De même, a dit M. Flourens, qu'il y a des forces qui *gouvernent* la matière, et qui la font *s'écouler* et *se renouveler* sans cesse, il y en a d'autres qui, au milieu de ce renouvellement continuel de la *matière*, maintiennent continuellement la *forme.* » Cette proposition concise renferme l'expression des deux grands faits que M. Flourens a établis par ses expériences sur les os, et dans deux phases distinctes de ces expériences. En effet, dans sa *Théorie expérimentale de la formation des os*, publiée en 1847, et qui résume l'ensemble de ses recherches sur ce point si intéressant de physiologie, on trouve la démonstration de ce premier fait, la formation de l'os par le périoste, qui est devenu le point de départ d'heureuses applications à la chirurgie, dont un jeune chirurgien de mérite, M. le docteur Ollier, a tout récemment si bien fait ressortir les principales indications pratiques.

Dans un nouveau travail qu'il vient de communiquer à l'Académie, M. Flourens complète cette première proposition par la démonstration de ce second fait, que non-seulement l'os se reproduit tout entier par le périoste, mais qu'il se reproduit avec sa *forme primitive.* C'est ce qui ressort effectivement des nouvelles préparations qu'il a mises sous les yeux de l'Académie.

Ainsi se trouve expérimentalement prouvée cette autre proposition générale que M. Flourens a formulée dans son livre intitulé : *De la vie et de l'intelligence* : « Il y a donc des forces qui reproduisent les parties retranchées, et qui les reproduisent avec leurs formes. Les forces reproductives sont donc non-seulement des forces *plastiques*, comme les appelaient les anciens, ce sont des forces *morpho-plastiques.* »

C'est là un des plus beaux commentaires de cette grande idée de Buffon : « Ce qu'il y a de plus constant, de plus inaltérable dans la nature, c'est l'empreinte ou le moule de chaque espèce tant dans les animaux que dans les végétaux ; ce qu'il y a de plus variable et de plus corruptible, c'est la substance qui les compose. »

La pathologie oculaire est entrée dans une nouvelle voie de progrès, grâce à deux procédés nouveaux, l'ophthalmoscopie et la photographie, qui ont étendu l'horizon de nos investigations : L'ophthalmoscopie, dont les savantes leçons de M. Follin que nous publions en ce moment auront bientôt vulgarisé l'usage, en permettant l'examen direct des membranes profondes de l'œil ; la photographie, qui a déjà rendu tant de services à l'histoire naturelle et à l'anatomie pathologique, en fixant l'image des altérations souvent fugaces de ces membranes dont la décomposition rapide permettait rarement le contrôle posthume. C'est par l'heureuse combinaison de ces deux moyens d'exploration et de contrôle que M. le docteur Cusco, chirurgien de la Salpêtrière, est parvenu à représenter une altération de la membrane choroïde qu'il eût été à peu près impossible de connaître sans le secours de ces deux procédés, et qu'il désigne sous le nom d'*atrophie partielle.* M. Cusco promet de nous faire connaître prochainement d'autres lésions intra-oculaires dont les images photographiques sont prises comparativement sur le vivant et sur le cadavre. Nous acceptons cet engagement avec reconnaissance.

Le point de physiologie relatif au siége anatomique ou à la forme morphologique de la substance glycogénique du foie dans les granulations qui occupent l'intérieur des cellules hépatiques, a été, dans la dernière séance, l'objet d'une réclamation de la part d'un physiologiste allemand, M. Schiff, connu déjà de nos lecteurs par plusieurs travaux, et en particulier par ses recherches relatives à la production des bruits des prétendus *esprits frappeurs*, dont il est question plus bas (voir le FEUILLETON). Cette réclamation porte non point sur le fait établi par M. Bernard, dont elle constate au contraire l'exactitude, mais sur la priorité de sa découverte. Nous n'avons pas cru devoir entrer à cet égard dans des détails qui nous auraient entraîné beaucoup trop loin ; mais nous avons pensé, quoi qu'il en soit d'ailleurs du bien ou mal fondé de cette réclamation, qu'il y avait avantage pour la science à inscrire l'accord qui existe entre ces deux savants sur le fond même des choses, c'est-à-dire sur le fait.

Tel est, avec quelques autres communications que nous ne connaissons que par l'énoncé de leur titre seulement, le contingent médical et physiologique assez respectable, comme on le voit, de cette séance. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOLLIN.

(Suppléant de M. Velpeau.)

Application de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies de l'œil (1).

(Extrait des leçons faites à la Charité par M. Follin, pendant les vacances de 1858, recueillies et publiées par M. le Dr DOUMIC.)

Deux cas peuvent se présenter, avons-nous dit, lorsqu'on projette à l'aide d'un miroir concave une certaine quantité de rayons lumineux qui vont de suite éclairer la surface rétinienne : tantôt l'image de la lampe vient se faire sur la rétine comme sur un écran, et on l'aperçoit à l'état renversé; ou bien le foyer se fait au delà de la rétine, et une plus grande largeur de cette membrane est éclairée par un cercle de diffusion. Dès lors une certaine étendue de la rétine étant éclairée, elle devient un nouveau centre lumineux qui rayonne vers l'extérieur à travers les milieux réfringents de l'œil.

Il en résulte que les rayons lumineux émanés de la surface éclairée de la rétine vont faire foyer au point de la vision distincte de l'œil observé, c'est-à-dire à une distance qui varie de 5 à 45 centimètres suivant les divers degrés de myopie ou de presbytie ; l'image ainsi formée du fond de l'œil est réelle, renversée et agrandie. Pour voir nettement cette image aérienne de la rétine éclairée, l'observateur devra se placer sur le trajet des rayons lumineux et à une distance de cette image égale à celle de sa vision distincte. Mais l'impression que l'on reçoit ainsi est dépourvue de netteté, elle est un peu vague, et il n'est guère possible de s'en servir pour le diagnostic ophthalmoscopique. Il devenait donc nécessaire de modifier l'ophthalmoscope de manière à donner de la netteté à l'image formée sur le fond de l'œil de l'observateur lui-même, et qui lui sert à juger de l'état de la rétine observée. A cet effet, on a employé soit des lentilles biconvexes, soit des lentilles biconcaves ; on a même associé ces deux ordres d'appareils dioptriques.

2° *Emploi des lentilles biconvexes.* — On peut employer les verres biconvexes de deux manières différentes :

Dans un premier cas, on place immédiatement contre l'œil observé une lentille biconvexe. Comment agira-t-elle? La chose est facile à comprendre : elle rapprochera de l'œil du malade l'image réelle aérienne et renversée de la rétine ; en même temps elle la rapetissera, la rendra plus nette, et de la sorte l'observation en deviendra plus facile.

En suivant sur la figure 1 la marche des rayons lumineux, on comprendra mieux l'action de cette lentille : soit *ab* une surface éclairée de la rétine de l'œil observé A ; les rayons lumineux qui en sortent iraient faire leur foyer en *a'b'*, si l'on ne

(1) Voir le numéro du 28 avril.

SUR LES MOUVEMENTS

QUI SONT LA CAUSE DES BRUITS ARTICULAIRES SUR LESQUELS REPOSE L'IMPOSTURE DITE DES ESPRITS FRAPPEURS.

Par M. le docteur Austin FLINT, professeur de clinique médicale à l'Université de Buffalo (Amérique), etc. (1).

(Extrait d'une brochure publiée sous ce titre en 1851).

La curiosité nous ayant conduit à visiter la salle de Phelps House, dans laquelle deux femmes de Rochester (Mme Fish et Mlle Fox) prétendent obtenir du monde des esprits des communications *frappantes*, au moyen desquelles on peut se mettre en rapport avec les parents ou les amis défunts, etc., nous sommes arrivé à une explication physiologique du phénomène, explication dont un cas qui s'est présenté depuis à notre observation a démontré toute l'exactitude. Nous avons senti alors combien il était nécessaire d'offrir au public un exposé qui pût contribuer à empêcher à l'avenir les abus qu'a formulé cette imposture depuis trop longtemps en faveur.

L'explication de ce prétendu phénomène s'obtient presque par une nécessité logique, par l'application d'un mode de raisonnement auquel on a souvent recours dans le diagnostic des maladies, savoir : *raisonner par voie d'exclusion.* Elle avait donc été obtenue par cette méthode avant la démonstration qui fut faite plus tard.

Il faut admettre d'abord que des manifestations ne doivent pas être considérées comme surnaturelles du moment qu'on peut y trouver une cause physique ou physiologique. Il n'est permis d'invoquer les agents immatériels qu'autant que les agents matériels font défaut. Nous devons donc *exclure* toute cause spirituelle dans cette partie de notre investigation.

Quant aux moyens artificiels que pourraient dissimuler les vêtements, on s'accorde à croire qu'il ne peut y en avoir. Du reste, cette hypothèse ne saurait être admissible, les comités de dames ayant souvent examiné les *frappeuses*.

Il est évident aussi que les *coups* ne sont produits par aucune machine attachée aux tables, aux portes, etc., car on les entend dans différentes pièces et dans différents endroits de la pièce où se trouvent les *femmes de Rochester*, toujours près cependant de la place où elles se tiennent. La supposition de mécaniques ou de machines quelconques doit donc être exclue aussi.

Voilà pour l'évidence négative, et maintenant pour ce qui se rapporte positivement au sujet. En observant les deux femmes, il était évident, d'après leur contenance, que les sons étaient dus à l'action de la plus jeune, et qu'ils nécessitaient un effort de sa volonté qu'elle cherchait vainement à dissimuler. Cet effort était manifeste, et il était facile de voir qu'elle ne pouvait le prolonger longtemps sans fatigue. En admettant donc ce fait positif, il en résulte cette question : Comment la volonté peut-elle s'exercer de manière à produire des bruits (coups) sans mouvements apparents du corps? Les muscles volontaires sont les seuls organes sur lesquels la volition puisse exercer un contrôle direct. Mais les contractions des muscles n'occasionnent pas de sons sensibles dans les muscles mêmes. Or donc, pour que les muscles développent des vibrations perceptibles à l'oreille, il faut qu'ils agissent sur les parties avec lesquelles ils sont en rapport. Assurément les coups ne pourraient être des sons vocaux ; ceux-ci ne sauraient se produire sans mouvements des muscles respiratoires, ce qui en révélerait promptement la source. Excluant par cette raison les sons vocaux, la seule source possible des bruits en question est donc dans les contractions musculaires volontaires agissant sur une ou plusieurs articulations mobiles du squelette. Cette explication est la seule qui soit admissible.

Par une curieuse coïncidence, après avoir découvert la source des bruits par le raisonnement, nous avons été à même d'observer un cas qui a clairement prouvé le fait que des bruits précisément identiques aux *coups des esprits frappeurs* se peuvent produire dans la *jointure du genou*.

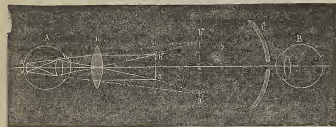
Une dame parfaitement recommandable de notre ville a la faculté d'émettre des sons tout à fait semblables par leur caractère et leur force à ceux que les imposteurs de Rochester prétendent faire émaner du monde des esprits. Nous avons été témoin de la production des bruits par cette dame, et elle nous a permis d'examiner par quel mécanisme elle les produit. Sans entrer ici dans des détails anatomiques et physiologiques minutieux, il suffit d'expliquer qu'en vertu de la relaxation des ligaments de la jointure du genou, et au moyen d'une action musculaire et d'une pression de l'extrémité inférieure contre un point d'appui, le tibia se porte latéralement sur la surface inférieure du fémur, produisant par le fait une dislocation latérale partielle. Cela s'effectue par un acte de la volonté, sans mouvement apparent du membre, et occasionne un bruit fort ; le retour de l'os à sa place est accompagné d'un second bruit. La plupart des *frappements* de Rochester sont doubles aussi. Il est possible, du reste, de ne faire qu'un seul bruit, en déplaçant l'os avec la vitesse et la force voulues, et le laissant ensuite reglisser à sa place ; en ce cas, il n'y aura pas de bruit au retour.

Si pendant la production des *coups*, le membre qui les produit, ou quelque autre partie du corps de l'opérateur, se trouve en contact avec

(1) Notre savant confrère M. le docteur L. Figuier, dans sa dernière *revue scientifique* (*Presse* du 7 mai), à l'occasion des faits récemment exposés à l'Académie des sciences par M. Jobert (de Lamballe) et des expériences faites, il y a trois ans, par M. Schiff, exprime son étonnement que, en Amérique, où l'on compte aujourd'hui plus de *cent mille médiums*, il n'ait été fait aucune remarque qui confirme les explications données par ces deux savants. Cette réflexion nous a paru donner un intérêt d'actualité tout particulier à cette note de M. Flint, dont nous devons la communication à M. Ch. Robin.

plaçait pas sur leur trajet une lentille convergente. Mais, si l'on place à une petite distance de l'œil une lentille D, elle agira pour faire converger les rayons lumineux, et les rayons qui partent du point a, au lieu d'aller converger en a', convergeront à une distance plus rapprochée de l'œil, en a'' ; il en sera de même de b, b', b'', et l'image $a''b''$, renversée comme $a'b'$, plus petite et plus nette, sera vue directement par l'observateur B placé derrière cette image et regardant à travers le trou du miroir C.

Fig. 1.



Il est une autre façon de se servir d'une lentille biconvexe, c'est de l'employer à titre de loupe pour examiner soit l'image primitive qu'on obtient avec le miroir seul, soit l'image rendue plus convergente et plus nette à l'aide d'un premier verre convexe. On devra, dans ce but, tâtonner un peu pour disposer les lentilles, car dans les deux cas il faudra que les images, soit $a'b'$, soit $a''b''$, tombent entre le foyer principal de la loupe et sa surface. C'est la condition fondamentale pour qu'une lentille biconvexe fasse office de loupe. Dans ce cas l'image perçue restera renversée par rapport au fond de l'œil, et sera agrandie par rapport à l'image aérienne primitive.

Quelques observateurs ne se servent que d'une lentille faisant office de loupe par rapport à l'image aérienne fournie par l'œil tout seul. Ce mode d'observation nous a toujours paru ne donner qu'une sensation trop confuse pour conduire à un bon diagnostic.

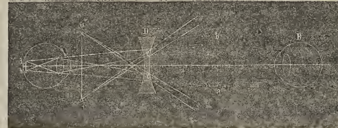
Ce sont là des variantes du procédé que l'on désigne sous le nom de *procédé par l'image renversée*; mais on ne voit pas également bien dans tous les cas, et je dois indiquer à cet égard ce que l'expérience nous apprend à préférer.

L'application d'une lentille biconvexe à une distance assez rapprochée de l'œil observé me paraît un très-bon mode d'examen; je me sers toujours à cet effet d'une loupe qui a 5 centimètres de foyer; l'image rétinienne est très-nette et facile à observer en changeant un peu la lentille de place.

L'ophthalmoscope de M. Ruete est composé, outre le miroir, de deux lentilles biconvexes, dont l'une joue le rôle de loupe pour grossir l'image fournie par l'autre. C'est encore un mode d'examen assez bon, mais il faut être prévenu que ce double système de lentilles convergentes nuit à la clarté des images et exige une parfaite accommodation de l'instrument à l'œil de l'observateur. Le moindre déplacement peut rendre la vision confuse : car il ne suffit pas que l'image de la première lentille vienne se former entre le foyer principal et la surface de la seconde; il faut encore que l'image virtuelle fournie par cette seconde lentille se forme à la distance de la vision distincte de l'observateur.

3° *Emploi des lentilles biconcaves.* — Il est un autre mode d'examen qu'on désigne sous le nom de *procédé par l'image droite*, et je veux le faire connaître, parce qu'il est assez souvent employé pour étudier avec la plus grande exactitude certains détails de la surface rétinienne. On doit se servir alors d'une lentille biconcave qu'on place derrière et tout contre le miroir pour que l'œil de l'observateur en soit le plus rapproché possible. Cette lentille et le cristallin de l'observé font alors un système analogue à la lunette de Galilée (lorgnette de spectacle). Soit ab (fig. 2), une certaine surface éclairée de la rétine de l'œil observé A, les rayons lumineux qui en partent vont faire en $a'b'$ une image renversée et agrandie du fond de l'œil. Interposons une lentille biconcave D dont le foyer principal tombe en dedans de $a'b'$, dès lors les rayons lumineux sont rendus divergents; l'image $a'b'$ ne se forme plus; mais nous obtenons en place une image virtuelle redressée et agrandie $a''b''$. Il y a ici deux conditions à remplir pour que l'image virtuelle $a''b''$ se forme, le foyer de la lentille biconcave D doit toujours se trouver en dedans du point correspondant à l'image $a'b'$; en second lieu, pour que la perception soit nette, il faut modifier la position de la lentille biconcave D de manière que son image virtuelle $a''b''$ se forme à la distance de la vision distincte de l'observateur lui-même.

Fig. 2.



Dans le cas de myopie excessive, l'image de la rétine venant se former très-près de l'œil du malade, l'observation est quelquefois fort difficile : on peut alors placer contre l'œil observé une lentille biconcave assez faible pour que son foyer principal tombe au delà de l'image fournie directement par l'œil. L'effet de cette lentille est de reculer l'image rétinienne et de la former à une distance assez grande pour que l'on puisse facilement l'observer avec les divers procédés que nous avons conseillés.

Je viens exposer les principales conditions à remplir pour examiner l'œil par le *procédé de l'image droite* et par le *procédé de l'image renversée* : il serait peut-être possible de faire encore quelques combinaisons de lentilles pour arriver à distinguer la surface rétinienne; mais elles ne conduiraient pas à des résultats plus satisfaisants que les moyens que je conseille d'employer.

En résumé, on peut se servir du miroir oculaire de trois façons différentes :

Dans le premier cas, en se servant du miroir oculaire seul, on verra une image réelle, renversée et agrandie du fond de l'œil, et cela peut suffire pour examiner les lésions du corps vitré et du cristallin.

Dans le second cas, en employant une lentille biconvexe, on obtient une image réelle et renversée du fond de l'œil, mais cette image est plus petite que la précédente et plus rapprochée de l'œil observé; elle est aussi d'une plus grande netteté et plus facile à voir.

Enfin, dans le troisième cas, on fait avec la lentille biconcave et le cristallin une lunette de Galilée qui donne une image droite, agrandie et très-nette de la surface rétinienne.

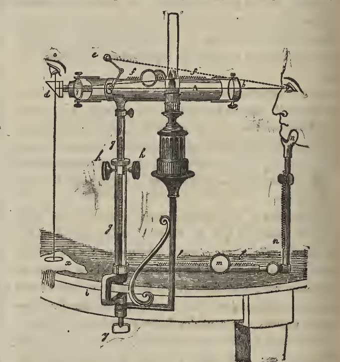
3° J'ai dit que les ophthalmoscopes variaient aussi par le mode de support : la plupart de ceux que l'on emploie dans la pratique hospitalière sont supportés par un manche qu'on tient à la main. Mais il existe aussi un certain nombre d'ophthalmoscopes fixes : celui que M. Nachet et moi avions construit naguère était fixé sur un pied; les ophthalmoscopes de MM. Ruete, Donders, Liebreich, sont aussi posés sur une tige immobile; ces deux derniers instruments, celui de M. Liebreich surtout, sont d'un emploi très-commode s'il s'agit de montrer à un grand nombre d'élèves l'image ophthalmoscopique, si l'on veut examiner longuement et dans une position bien déterminée à l'avance certaines parties de la rétine, si l'on désire dessiner le fond de l'œil, l'observer à la chambre claire ou bien encore mesurer quelques points de la surface rétinienne. L'ophthalmoscope de M. Liebreich permet de fixer aussi la tête du sujet à observer; deux plaques, l'une mentonnière, l'autre frontale, assujettissent dans ce but la tête du malade.

4° Dans quelques appareils on trouve encore certains détails accessoires dont je veux dire quelques mots : c'est d'abord une petite tige articulée terminée par un bouton et annexée à l'instrument; elle sert à diriger dans divers sens le regard de l'observé, auquel on ordonne de fixer constamment le bouton terminal de la tige. Ce petit artifice de l'examen ophthalmoscopique n'est pas sans utilité, car on a souvent affaire à des individus peu intelligents qui ne savent pas diriger leur œil en dedans, en haut, etc., mais qui regardent bien la tige en question.

On peut ajouter à certains ophthalmoscopes fixes une chambre claire qui permet de dessiner facilement le fond de l'œil : l'appareil de M. Liebreich est dans ce cas; on projette sur le papier l'image rétinienne dont on peut suivre tous les contours. Il n'y a peut-être pas loin de là à reproduire cette image par la photographie.

Enfin certains ophthalmoscopes sont munis d'un micromètre composé d'un système d'aiguilles mobiles et faciles à rapprocher ou à écarter les unes des autres; ces aiguilles sont disposées dans le corps de l'instrument de façon à ce que l'image de leurs pointes se fasse sur la rétine et serve à mesurer les dimensions des différentes parties de la membrane que l'on examine.

Je vais, pour terminer la partie instrumentale de ce sujet, décrire un ophthalmoscope qui réalise la plupart des conditions que je viens de rappeler. C'est l'appareil de M. Liebreich, avec quelques modifications insignifiantes. Cet ophthalmoscope, assez compliqué, ne peut guère servir dans la pratique habituelle, mais il est indispensable aux médecins qui désirent faire des recherches étendues dans cette partie de l'oculistique, et il économise beaucoup de temps à ceux qui veulent montrer à un grand nombre d'élèves, surtout à des débutants, les images rétiniennes. Il est construit sur les principes du *procédé par l'image renversée*.



Cet appareil se compose d'un corps A formé par deux tubes de cuivre qui se meuvent l'un sur l'autre à l'aide de la crémaillère ff. Ces deux tubes à l'intérieur sont noircis, et, comme un grand nombre d'instruments d'optique, munis de diaphragmes

---

les objets environnants, il y aura des vibrations visibles dans ces objets. La force de la semi-dislocation de l'os est suffisante pour agiter bien distinctement les portes, les tables, etc., si elles sont en contact. L'intensité du son varie en proportion de la force des contractions musculaires, et la source apparente des coups peut ainsi devenir plus ou moins distincte.

La révélation contenue dans cet exposé excita une vive agitation parmi ceux que les *coups* intéressaient directement. L'exactitude de l'explication fut contestée non-seulement par ceux-ci, mais encore par beaucoup de personnes qui n'avaient pourtant jamais balancé à considérer ces prétendues communications spirituelles comme une ruse grossière. Bien entendu, les *frappeuses* nièrent énergiquement que les bruits vinssent des jointures, et fussent produits par leur intervention.

Sur la demande adressée aux docteurs Flint, Coventry et Lee par les *frappeuses* même, dans le but d'être soumises par eux à un examen qui devait prouver l'absence de toute impusture de leur part, les observations suivantes furent faites :

On était réuni depuis peu, lorsque les *coups* commencèrent à se faire entendre avec force, et continuèrent avec une rapide succession pendant quelque temps. Les deux *frappeuses de Rochester* étaient assises sur un divan. On demanda alors aux *esprits* s'ils voudraient bien se manifester pendant la séance, et répondre aux interrogations. Une série de coups suivit, et fut interprétée comme réponse affirmative. Alors on fit asseoir les deux femmes sur deux chaises placées l'une près de l'autre, leurs talons reposant sur des coussins, les membres inférieurs étendus, la pointe des pieds en l'air et les pieds séparés l'un de l'autre. Le but de cette expérience était d'assurer une position dans laquelle les ligaments de la jointure du genou fussent tendus, et les pieds sans point d'appui. Nous étions à peu près convaincus d'avance que le déplacement des os nécessaire aux bruits ne pouvait s'effectuer sans que les pieds posassent sur un corps résistant quelconque. Les assistants, assis en demi-cercle, attendirent tranquillement les *manifestations* pendant plus d'une demi-heure; mais les *esprits*, d'ordinaire si bruyants, restèrent muets. On changea alors la position de la plus jeune sœur; on la fit asseoir les jambes étendues sur le divan; sa sœur aînée s'assit, à la manière ordinaire, à l'autre bout du canapé. Dans cet état de choses, les esprits ne jugèrent pas à propos d'indiquer leur présence, malgré les suppliques réitérées qui leur furent adressées. Cette seconde expérience nous confirma dans l'opinion que la plus jeune sœur avait seule la faculté de produire les *frappements*. On continua ces expériences jusqu'à ce que les frappeuses elles-mêmes avouassent qu'il était inutile de persister davantage, qu'il n'y avait aucun espoir de *manifestations*.

Quand on leur eut rendu la position habituelle, leurs pieds posant par terre, les *coups* commencèrent bientôt à se faire entendre. On proposa alors quelque autre expérience. Nous y consentîmes, bien que les premières fussent, suivant nous, assez concluantes. Celle qu'on choisit consista à tenir fermement les genoux des deux femmes, en y appliquant les mains de manière que tout mouvement latéral des os fût perceptible au toucher. Cette pression fut faite par-dessus les vêtements. On ne pouvait s'attendre à ce qu'elle empêchât complétement les bruits, mais elle devait prouver s'ils provenaient ou non de la jointure du genou. Il est évident que cette expérience avait bien moins de poids aux yeux d'un observateur que les précédentes, car la seule évidence du mouvement des os était le témoignage de ceux dont les mains se trouvaient en contact avec l'articulation. L'expérience fut renouvelée fréquemment pendant une heure et plus; chaque fois on appliquait les mains quelques minutes de suite. Le résultat fut toujours à la confusion des « *frappeuses*; » c'est-à-dire qu'on entendait beaucoup de coups quand les mains étaient retirées, aucun quand on les tenait appliquées sur les genoux. Une seule fois, le docteur Lee, ayant avec intention relâché l'étreinte, deux ou trois faibles coups simples furent frappés, et il constata immédiatement le mouvement sensible de l'os. On essaya aussi à plusieurs reprises de saisir les genoux le plus vite possible, au moment où les *frappements* commençaient; cette expérience eut toujours pour effet d'imposer un silence immédiat aux « *esprits* ».

On discuta alors la proposition qui fut faite de bander les genoux. Les amis des deux femmes s'opposaient à cette expérience, à moins que nous ne voulussions la considérer comme épreuve décisive. Nous n'avions pas préparé les choses nécessaires pour rendre le membre immobile, conséquemment nous refusâmes. C'était, sans doute, l'expérience sur laquelle comptaient les *frappeuses*, comme devant se terminer à leur honneur. Nous sommes à peu près certains qu'avant de demander à être examinées, elles s'étaient assurées qu'un bandage appliqué au-dessus et au-dessous de la rotule, permettant de plier le membre, n'empêcherait pas le déplacement. Dans le cas où, dans d'autres localités, des expériences relatives à cette sorte d'imposture seraient nécessaires, nous conseillons de ne pas s'en rapporter à l'effet des bandages. Il est certain pourtant qu'avec un grand nombre de tours de bandes et des éclisses latérales fermement posées, de manière à tenir la jambe bien étendue et à rendre les jointures immobiles, on parviendrait à arrêter les sons du moment, toutefois qu'ils proviendraient de la jointure du genou. On remarquera que dans notre exposé nous ne prétendons nullement que cette jointure soit la seule source de *bruits*, et si nos expériences, après avoir été dirigées sur cette partie, n'eussent pas réussi, nous nous serions occupés des autres articulations.

Depuis la publication de cet exposé, on nous a parlé de différents cas, dans lesquels les mouvements des os qui entrent dans d'autres articulations sont produits par un effort musculaire donnant naissance à des bruits. On nous a cité une personne qui fait entendre des coups avec la cheville, plusieurs autres avec les jointures des orteils et des doigts, une autre dont le mouvement de l'épaule s'entend fortement; chez une autre encore, c'est celui de la jointure de la hanche.

La révélation de cette imposture ouvre un champ nouveau aux re-

perforés à leur centre d'un large trou. A l'une des extrémités de ce corps, en *b*, se trouve une lentille biconvexe, montée sur un cadre en cuivre et mobile sur son axe vertical, à l'aide d'un bouton inférieur ; à l'autre extrémité, on voit un miroir concave de verre étamé partout, excepté à son centre. Ce miroir est également mobile sur un axe vertical, et tout l'ensemble du corps de l'appareil peut tourner sur la tige *g g*.

On peut se servir de plusieurs lentilles d'un foyer variable ; on les place facilement à l'aide d'un système de vis. J'emploie surtout les numéros 4, 6, 9 et 12, et plus particulièrement le numéro 6, qui donne rapidement une vue d'ensemble de la rétine, car, avec les numéros 9 et 12, si les détails sont grossis, le champ de l'éclairage est rétréci.

Les deux tubes composant le corps de l'appareil sont supportés par un autre tube qui renferme une tige mobile à l'aide de la crémaillère *g g* que déplacent deux boutons tournants en cuivre *h h*. Cette tige est fixée sur la table *i* par le crochet à vis *y*.

De la partie inférieure de cette tige verticale part une branche horizontale *l l*, sur laquelle vient se fixer une seconde tige verticale *n n*, terminée par une plaque demi circulaire couverte de cuir et destinée à soutenir doucement le menton du patient.

La tige horizontale *l l* se meut par un système d'écrou *m* pour écarter ou rapprocher le malade de l'appareil, et la tige verticale *n n* agit par le même mécanisme pour élever ou abaisser la tête du sujet.

Une lampe placée à une petite distance de l'appareil envoie des rayons lumineux sur le miroir qui les réfléchit, suivant la direction du tube horizontal jusque dans l'œil du malade, dont la tête est appuyée en *n* sur une mentonnière. La lentille *b* modifie, comme nous l'avons dit plus haut, la direction des rayons lumineux. Elle peut, grâce à la crémaillère *f f*, être éloignée ou rapprochée de l'œil observé.

Il est facile de comprendre qu'on possède ainsi un très-grand nombre de mouvements pour promener un faisceau de rayons lumineux sur l'œil à examiner. On peut sans changer la position du malade, et à l'aide de quelques tours de vis, éclairer tour à tour les différents points de la rétine. Ainsi la crémaillère *g g* porte la lumière à volonté de haut en bas ou de bas en haut. Le petit bouton qu'on voit à la partie inférieure du miroir permet, en tournant celui-ci, de diriger la lumière soit de gauche à droite, soit de droite à gauche. Enfin, chacun peut, comme dans le microscope, mettre la lentille au point de sa vue distincte. Derrière le miroir nous avons fait disposer un anneau dans lequel on peut engager des lentilles biconvexes ou biconcaves. Enfin sur le côté du miroir qui correspond à la flamme s'élève une lame métallique demi-circulaire qui empêche les rayons lumineux de la lampe de frapper l'œil du chirurgien.

Une petite tige articulée que surmonte le bouton *e*, et qu'un cercle de cuivre fixe sur le corps de l'ophthalmoscope, sert, comme on peut le voir par une ligne ponctuée, à diriger vers un point immobile l'œil du malade. On ordonne au patient de fixer toujours le bouton de la tige, et l'on peut ainsi observer pendant quelques instants un point déterminé de la rétine. Si l'on place le bouton en haut et en dedans de l'œil observé, on découvre alors la papille du nerf optique, qu'on peut sans peine montrer à de nombreux élèves. J'ai l'habitude, en examinant un œil, d'imprimer à la tige un mouvement circulaire pendant que le malade suit du regard le bouton qui la termine. J'explore ainsi très-facilement et très-promptement les différents points de la rétine.

On aperçoit en *d* une chambre claire. Elle est située derrière le miroir. L'image de la rétine observée vient frapper la surface hypothénusienne du prisme, et l'observateur, en plaçant son œil o au-dessus de ce prisme, aperçoit cette image en *x* sur une feuille de papier et en suit les contours. Mais le plus souvent on supprime la chambre claire, et l'on regarde par le trou du miroir concave. La figure ci-dessus donne une idée suffisante de cet appareil, de la position du malade et de celle du chirurgien, et me dispense d'insister davantage sur ce sujet.

Manuel opératoire des appareils ; conditions qui facilitent l'examen ophthalmoscopique. — La première de ces conditions, c'est de se placer avec le malade dans un endroit obscur. S'il pénètre dans l'appartement une certaine quantité de lumière naturelle, la flamme des appareils à éclairage paraît moins brillante et le fond de l'œil moins éclairé.

Une autre condition non moins utile que la précédente, c'est la dilatation artificielle de la pupille par des préparations mydriatiques.

On se sert, à cet effet, soit d'extrait de belladone délayé dans l'eau, soit d'une dissolution de sulfate neutre d'atropine.

Dès que la pupille est dilatée, on peut procéder à l'examen de l'œil. Quelques détails sur *la position à donner au malade* et *à l'appareil d'éclairage* sont ici nécessaires :

1° Le malade doit être placé dans une position qui n'entraîne point de fatigue et qui lui permette de rester longtemps immobile.

Dans quelques appareils dont j'ai dit deux mots, on fixe la tête du malade. Le menton et le front appuient sur deux plaques métalliques rembourrées, et, à l'aide d'un système facile à comprendre, ces deux supports peuvent s'écarter et se rapprocher l'un de l'autre.

2° Le mode d'éclairage dont on sert doit varier suivant différentes circonstances. Si l'on veut examiner les détails de la surface rétinienne, il faut se munir d'une bonne lampe qui donne une lumière assez forte et blanche. On la disposera de telle sorte que sa flamme et l'œil du malade soient à peu près sur le même plan. Ce résultat n'est possible qu'à la condition de pouvoir varier la hauteur de la flamme.

Si, au lieu d'examiner la surface de la rétine, on recherche quelque lésion du cristallin ou du corps vitré, il est préférable de se servir d'un éclairage moins intense, comme d'une bougie par exemple. On comprendra facilement la raison de ce conseil. Si l'on emploie une lampe éclairant beaucoup, les nombreux rayons de lumière qui pénètrent dans l'œil traverseront les opacités légères du cristallin ; on ne distinguera plus bien ces taches, ou elles échapperont complétement.

La lampe dont on se sert doit être placée sur le côté de l'œil à observer et en arrière du malade.

On tient entre la lampe et la tête du sujet observé un écran qui empêche les rayons lumineux de frapper son visage. Il est possible par cette disposition de rendre assez obscure la région oculaire, et l'image de la lampe qui s'y trouve projetée devient d'autant plus éclatante.

3° Cela fait, le chirurgien se place en face du malade et tient de la main droite le manche de l'appareil, en même temps qu'il dirige un peu vers la tempe la surface du miroir. Il faut s'arranger de façon à ce que les rayons lumineux incidents sur le miroir aillent se réfléchir dans l'axe de la pupille.

Lorsque le chirurgien, l'œil exactement placé derrière le miroir, parvient à bien éclairer l'espace pupillaire, il aperçoit le fond de l'œil sous l'aspect d'une surface rosée ou rouge, sans autre distinction des détails. Si l'on a bien compris la marche des rayons lumineux dans ce premier cas, on sait qu'il faut regarder à la distance de la vision distincte une image renversée du fond de l'œil. Mais cette image, avons-nous dit, est dépourvue de netteté et ne peut nous suffire. On prendra alors une loupe de 5 centimètres de foyer, et, la tenant de la main gauche entre l'indicateur et le pouce, on la placera à une très-courte distance de l'œil du malade de manière à apercevoir très-distinctement quelques-uns des détails du fond de l'œil.

C'est le procédé que je mets le plus souvent en pratique, et il suffit à la plupart des cas ; mais si vous voulez redresser et agrandir l'image de la rétine, vous devez employer des verres concaves.

L'ophthalmoscope dont je me sers habituellement contient cinq lentilles biconcaves des numéros 5, 8, 9, 12, 20. On prend un de ces verres, le numéro 12, par exemple, et on l'introduit dans l'anneau circulaire disposé derrière l'ophthalmoscope. On place alors l'œil immédiatement derrière ce verre, et l'on cherche en tâtonnant un peu à atteindre la position la plus favorable à la vision distincte des objets. Il est toujours possible, soit en changeant les verres concaves, soit en se rapprochant ou en s'éloignant de l'œil, de constituer avec le cristallin une véritable lunette de Galilée ; alors seulement on distingue très-nettement les objets.

Avant d'apprendre à employer l'ophthalmoscope dans des cas pathologiques, il importe de faire connaître d'abord ce que cet instrument permet de voir dans l'œil normal. Ce sera l'objet d'un prochain article.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 mai 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Sur la reproduction complète des os. — M. FLOURENS lit la note suivante, intitulée *Note sur la reproduction complète des os et sur la force morpho-plastique*.

Il y a bientôt vingt ans que dans un mémoire lu à l'Académie (séance du 4 octobre 1841), j'ai prouvé, en m'appuyant sur les expériences les plus décisives, que *l'os se forme dans le périoste*, que *le périoste forme l'os*, que *l'os n'est que le périoste ossifié*.

Dans ma *Théorie expérimentale de la formation des os*, ouvrage publié en 1847, et qui n'est que la réunion de mes nombreux mémoires lus à l'Académie, je m'exprime ainsi :

« Ma théorie de la formation des os repose sur les six propositions suivantes :

» La première, que l'os se forme dans le périoste ;

» La seconde, qu'il croît en grosseur par couches superposées ;

» La troisième, qu'il croît en longueur par couches juxtaposées ;

» La quatrième, que le canal médullaire s'agrandit par la résorption des couches internes de l'os ;

» La cinquième, que les têtes des os sont successivement formées et résorbées, pour être reformées encore, tant que l'os croît ;

» Et la sixième, que la *mutation continuelle de la matière* est le grand et merveilleux ressort du développement des os. »

J'ajoute plus loin (chap. IV, p. 66) : « Je reviens à la faculté merveilleuse qu'ont les os de se reproduire, et je prouve, dans ce chapitre, que le périoste reproduit et rend toutes les portions d'os qu'on lui ôte ;

» Je prouve même qu'on peut détruire le périoste, qu'il se reproduit, et que, une fois reproduit, il reproduit l'os. »

Je conclus enfin ce même chapitre par ces paroles :

« ..... Le périoste est donc la matière, l'organe, l'*étoffe* qui sert à toutes les reproductions des os ;

» Le périoste est l'organe qui produit les os et qui les reproduit : aussi nulle autre partie de l'économie animale ne jouit-elle à un égal degré de la faculté de se reproduire ;

» Quelques jours suffisent à sa reproduction, et cette reproduction est inépuisable ;

» On peut retrancher une portion de périoste, elle se reproduit ; on peut la retrancher encore, et elle se reproduit encore, etc.

» Et maintenant (continuais-je), après avoir mis dans tout son jour,

---

cherches physiologiques. Les bruits articulaires réclament en effet une investigation sérieuse.

La conformation anatomique de la jointure du genou est évidemment très-favorable à la production de bruits forts par le déplacement. Les larges surfaces articulaires offrent un espace considérable au mouvement latéral, pourvu que les ligaments soient suffisamment détendus et que la force motrice soit convenablement appliquée. La petitesse relative du condyle extérieur du fémur favorise le déplacement à l'extérieur, et il surviendrait une véritable dislocation dans cette direction sans les ligaments forts et nombreux qui rendent cette articulation la plus forte de notre corps. Ces ligaments protégent si bien cette jointure contre les accidents auxquels l'exposent sa position et ses relations, que les luxations de cette partie sont par le fait très-rares. Le déplacement qui occasionne les coups est suffisant pour déranger les os qui séparent les deux surfaces articulaires de l'extrémité supérieure du tibia de sa situation dans le sillon qui sépare les condyles du fémur, et pour le porter plus ou moins sur la surface du condyle extérieur. Ce mouvement donne naissance au premier bruit, et le retour de l'os à sa place au second, qui dans les *coups de Rochester* suit généralement le premier de très-près. Nous ne pouvons expliquer entièrement le mécanisme précis par lequel s'effectue ce déplacement. La dame de notre ville qui reproduit les *frappements* fait glisser l'os en dehors par un faible effort de sa volonté, et ni d'après ce qu'elle explique ni même à la faveur de l'exploration manuelle, il n'est aisé de déterminer quels sont les muscles qui viennent porter sur la jointure. Dans ce cas, le déplacement survient quelquefois en pliant la jambe sans aucun effort tendant à le produire, mais alors il n'est généralement pas accompagné de beaucoup de bruit. L'os retourne à sa place dès que cesse l'effort musculaire qui avait causé le déplacement. Pour que le déplacement cause du bruit, il faut qu'il soit opéré avec une certaine vitesse et une certaine force ; cette dernière peut en quelque sorte être graduée à volonté. La dame en question ne peut aujourd'hui produire les coups que dans un seul genou ; dans sa jeunesse, elle avait la même faculté dans les deux. D'après le nombre et le volume des sons produits par les *frappeuses de Rochester*, il est évident qu'elles peuvent faire entendre ces *coups* dans leurs deux genoux. Il serait à présumer que la fréquente répétition de ces déplacements doit, au bout de quelque temps, amener l'irritation et même quelque affection dans la jointure. Chez la dame à laquelle nous devons tant de renseignements utiles, ils sont suivis d'une certaine sensibilité ; mais autrefois, quand elle avait l'habitude de les opérer tous les jours plus ou moins, elle ne ressentait aucune douleur, et les bruits étaient plus forts qu'à présent.

Ce qui fait que certaines personnes qui ont vu et entendu les *frappeuses de Rochester*, croient difficilement que les sons soient articulaires ; c'est l'idée qu'elles ont que les coups viennent de différents endroits de la chambre, et à distance de celui où se trouvent les femmes. Cette difficulté tient à plusieurs circonstances qu'il est utile d'expliquer.

D'abord, les bruits n'ont pas réellement lieu à distance : c'est une erreur provenant d'un manque d'appréciation des lois de l'acoustique. On ne peut ordinairement déterminer la direction d'où arrivent les sons, à moins que les autres sons ne prêtent leur secours à l'oreille. On peut imiter des variations dans la distance supposée de la source, par de simples variations dans l'intensité du son, pourvu que la source véritable ne soit ni apparente ni sensible aux autres sens que l'ouïe. Sur ces principes est basée la science mensongère du ventriloque. En effet, celui-ci ne transmet sa voix ni en diverses directions ni à des distances différentes, comme on se l'imagine communément ; il en gradue simplement l'intensité de manière à la faire paraître plus ou moins éloignée ; en même temps, il dissimule toute manifestation extérieure sur la manière dont il produit le son ; puis il sait adroitement assurer le succès de ses efforts, en dirigeant si bien par sa conversation, l'attention de ses auditeurs vers des endroits particuliers, que, l'imagination aidant, on croit vraiment que la voix en arrive.

Le genou étant recouvert par les vêtements, les légers mouvements que produisent les *coups* se dissimulent aisément ; pour cette raison, les femmes sont les meilleurs imposteurs de cette catégorie. Tout objet solide, en contact avec le membre ou le corps de l'opérateur, sert de conducteur au bruit.

Les *frappeuses de Rochester* font de préférence asseoir leurs auditeurs autour d'une longue table, et s'asseoient elles-mêmes à l'une des extrémités. Alors, si elles mettent le membre en contact avec une partie quelconque de la table, les coups paraissent frappés dessus ; mais si le membre ne communique qu'avec le plancher, les sons ont l'air d'arriver d'en bas. Quand les deux femmes de Rochester donnent des représentations de ces bruits, elles se tiennent parfois debout près d'une porte. Si elles touchent cette porte, les sons semblent en sortir, et l'on peut la sentir vibrer ; si, au contraire, elles se tiennent à une petite distance de la porte, les coups paraissent venir d'en bas. En réalité, les coups ne semblent jamais arriver de bien loin, à moins que l'illusion ne soit secondée par une imagination active ou par une crédulité facile à abuser.

L'intensité des sons dépendra, du reste, à part le degré de force de la puissance motrice et la vitesse avec laquelle sera exécuté le déplacement, des propriétés conductrices des corps en contact.

M. Cl. Bernard commencera le semestre d'été de son cours au Collége de France, mercredi prochain 11 mai, à une heure.

— M. le docteur Clerc commencera un cours public sur la syphilis, le mardi 10 mai à midi, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 1.

---

après avoir démontré par tant d'expériences diverses la faculté surprenante, et jusqu'à moi si peu connue, qu'ont les os de se reproduire, me sera-t-il défendu d'espérer que cette merveilleuse puissance sera bientôt un ressort nouveau entre les mains de la chirurgie?

» Oh ! non, sans doute. Je m'adresse aux chirurgiens qui observent, qui pensent, qui ne voient pas dans la chirurgie un simple métier de routine, mais une science, une grande science, et qui, au-dessus de cette science même, voient l'humanité !

Pour mettre dans tout son jour le grand fait de la *reproduction des os par le périoste*, je me suis attaché, pendant huit années sans interruption (de 1841, date de mon premier Mémoire, jusqu'à 1847, date de la publication de ma *Théorie*), à varier et multiplier mes expériences.

1° J'ai détruit le *périoste* sur une portion d'os. Bientôt le *périoste* s'est reproduit; en se reproduisant, il s'est ossifié; et j'ai vu, pendant un moment, ses lames moitié *périoste* et moitié os.

2° Dans mes nombreuses expériences touchant la formation du *cal*, j'ai multiplié à dessein les cas d'arrachement du *périoste*. Dans tous les cas de fracture, cet arrachement a lieu, particulièrement dans les cas de fracture avec chevauchement. Or, tout *périoste* arraché, irrité, s'ossifie, et c'est ce *périoste* ossifié qui forme le *cal* : le *cal* dans les fractures simples, la *virole* dans les fractures compliquées de chevauchement.

Ainsi donc (disais-je alors) : « Le cal se forme dans le périoste ; il ne se forme que dans le périoste ; et par conséquent, la formation du cal n'est qu'un cas particulier du cas général, du cas ordinaire de la formation des os. »

3° J'ai retranché une portion d'os, sur plusieurs côtes, en respectant, en conservant le *périoste*, en passant sous le *périoste* par une de ces extirpations que j'ai appelées extirpations *sous-périostées* (1) ; et le *périoste* conservé a reproduit toute la portion d'os, toute la portion de côte enlevée.

4° Je suis allé plus loin : « Puisque (me disais-je alors) c'est le périoste qui produit l'os, je pourrai donc avoir de l'os partout où j'aurai du périoste, c'est-à-dire partout où je pourrai conduire, introduire le périoste. Je pourrai multiplier les os d'un animal, si je veux ; je pourrai lui donner des os que naturellement il n'aurait pas eus.

» D'après cette idée, j'ai imaginé de percer un os, et d'introduire une canule d'argent dans cet os percé.

» Bientôt le périoste s'est introduit dans la canule ; puis il s'y est épaissi, gonflé ; puis il y est devenu cartilage, et puis il y est devenu os. L'animal a eu, à sa jambe (car j'opérais sur le *tibia*,) un petit os nouveau, un petit os de plus, un os que naturellement il n'aurait pas eu. »

Je ne multiplierai pas davantage ces citations. Tout mon livre est plein d'expériences qui prouvent, qui démontrent la *formation de l'os par le périoste*. Je me borne à celles que je viens de rappeler, et je passe à l'objet précis de mon nouveau travail.

L'objet de ce nouveau travail est de prouver que non-seulement l'os se reproduit tout entier par le *périoste*, mais, ce qui est un point très-distinct du phénomène, qu'il s'y reproduit avec sa *forme primitive* la plus complète.

Dès 1841, j'avais répété les expériences de Troja, expériences qui, bien comprises, nous montrent, d'une part, tout un os *actuel* périssant par la destruction du *périoste interne*, et de l'autre, tout un os *nouveau* se reproduisant par le *périoste externe*.

Je suis revenu à ces expériences pour les étudier sous mon nouveau point de vue, celui de la *reproduction de la forme*.

Ici M. Flourens met sous les yeux de l'Académie des figures représentant :

1° Un *radius* de bouc à l'état sain, et sur lequel il n'a été fait aucune opération.

2° Un *radius* de bouc tout nouveau et entièrement reproduit. Ce *radius* est plus gros que le précédent, parce qu'il en contient un autre dans son intérieur, savoir : le *radius* ancien, le *radius* mort par suite de la destruction du *périoste interne*.

3° et 4° Le même *radius* nouveau, ouvert longitudinalement.

L'une des moitiés contient encore la moitié qui lui correspond du *radius* ancien et mort.

L'autre moitié a été débarrassée de sa moitié de *radius* ancien et mort, et laisse voir la nouvelle *membrane médullaire* (ou *périoste interne*) avec toute sa richesse première d'organisation.

5° La seconde moitié du *radius* mort, dégagée de la seconde moitié du *radius* nouveau, et déjà en grande partie érodée et résorbée.

Voilà donc, dit M. Flourens, un *radius* nouveau, complétement reproduit, et, ce qui fait ici mon objet principal, reproduit avec toute sa *forme*.

Les os reproduisent donc leurs *formes*.

Le *radius* nouveau a reproduit la *forme* du *radius* ancien. Mais peut-être, me suis-je dit, y a-t-il été aidé par le *radius* ancien; peut-être ce *radius* ancien lui a-t-il servi de *noyau*, de *moule intérieur*, comme eût dit Buffon; peut-être la *forme* de l'os ancien a-t-elle donné la *forme* à l'os nouveau.

Pour lever ce doute, j'ai eu recours à une autre expérience. Rien n'est plus compliqué, dans les os, que leurs extrémités, que ce que l'on appelle leurs *têtes*.

J'ai retranché l'*olécrâne* sur plusieurs *cubitus*.

Les figures 10 à 15 représentent un *cubitus* à l'état normal; la portion d'*olécrane* retranchée, et le nouvel *olécrâne* qui se reproduit; et les figures 17 à 23, le *péroné* d'un chien à l'état normal, la portion de *péroné* qui en a été retranchée, et le nouveau *péroné* qui se reproduit.

On le voit, ajoute M. Flourens, il n'y a plus ici de *moule* d'aucune espèce, ni *extérieur* ni *intérieur*, plus de secours, plus d'aide; le *péroné* est un os entièrement libre, que rien ne contraint, que rien ne gêne. Cependant il se reproduit, et, ce qui est, à ce moment, tout ce que je cherche, il reproduit sa *forme* ; il fait bien plus ; il fait ce à quoi je n'aurais jamais osé m'attendre, il reproduit jusqu'à son *épiphyse*.

C'est donc en lui, en lui-même, en lui *péroné*, ou plutôt c'est dans l'organe qui produit le *péroné*, c'est dans le *périoste* que se trouve et réside la *force* de reproduction.

C'est cette force individuelle et propre, cette *force* qui reproduit la *forme*, que j'appelle force *morpho-plastique*.

(1) Voyez mon *Cours de physiologie comparée* (*De l'ontologie ou étude naturelle des êtres*), p. 69. — Dans toute extirpation d'os, la règle est de laisser le plus de *périoste* possible ; la reproduction de l'os en est d'autant plus prompte. Mais la destruction du *périoste* n'empêche pas la reproduction de l'os ; car le *périoste* détruit se reproduit, et le *périoste*, reproduit, reproduit l'os : seulement la reproduction de l'os est alors plus lente.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 27 avril 1859. — Présidence de M. DEGUISE fils.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur cancéreuse développée dans la partie inférieure du fémur droit chez un enfant de sept ans. Amputation. — M. DEMARQUAY communique l'observation suivante :

Le jeune malade sur lequel j'ai pratiqué l'amputation de la cuisse éprouva les premiers symptômes de l'affection pour laquelle je l'ai traité en juin 1858. Il ressentait de vives douleurs à la partie inférieure de la cuisse droite.

Cet état douloureux persista jusqu'au mois d'octobre sans que rien pût le modifier. A cette époque, il se forma une petite tumeur et les douleurs persistèrent. Le mal s'aggravant, le père de cet enfant le conduisit à Paris au mois de février, afin de prendre l'avis de MM. Denonvilliers, Nélaton, Monod et le mien. Nous fûmes d'un avis unanime. Nous proposâmes l'amputation de la cuisse à la partie moyenne. La tumeur, en effet, s'était développée au point d'avoir acquis le volume d'une tête d'enfant à terme; elle était horriblement douloureuse au toucher et souvent même spontanément. L'enfant avait maigri.

Nous pensions que la tumeur était formée par un cancer développé au centre de l'os. Une consultation fut rédigée dans ce sens. L'enfant, qui devait retourner en province, fut confié au sieur Vriès.

Au bout de six semaines, il nous était ramené dans un état bien plus alarmant que lorsque nous l'avions vu. En effet, la tumeur avait acquis le volume d'une tête d'adulte, les douleurs étaient persistantes; l'enfant s'était encore amaigri.

L'amputation, qui était notre seule ressource, ne pouvait être pratiquée que très-haut; mais, comme l'enfant était très-affaibli, il fallait faire l'opération de telle sorte que l'enfant perdît le moins de sang possible. Afin d'arriver à ce résultat, je procédai à l'amputation de la manière suivante, avec le concours de M. Monod :

Je fis, à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, un lambeau convexe comprenant seulement la peau et le tissu cellulaire superficiel; je liai la veine saphène et les vaisseaux qui donnaient du sang. Cela fait, je fis préventivement la ligature de l'artère fémorale et de la veine du même nom, et j'incisai ensuite les couches musculaires, liant tous les vaisseaux de second ordre aussitôt qu'ils étaient ouverts. J'arrivai ainsi sur le fémur; je passai au-dessous du petit trochanter la sonde à résection de Blandin, et je fis la section du fémur. Cela fait, je terminai l'amputation par la section d'un lambeau postérieur, et je liai les derniers vaisseaux ouverts. La plaie fut réunie par plusieurs points de suture entre-coupés.

Pendant tout le temps de l'opération l'enfant fut maintenu endormi à l'aide du chloroforme, par M. Faure, qui avait eu la bonté d'appliquer sa méthode sur cet enfant.

La tumeur, disséquée avec soin, permit de constater l'intégrité des parties molles. L'articulation du genou est saine. La tumeur est formée dans le canal médullaire de la partie inférieure du fémur; de là elle s'est développée en envahissant toute la masse osseuse à travers laquelle elle est venue se développer sous le périoste, entraînant avec elle des lamelles osseuses. Tout le tiers inférieur du fémur est envahi par cette masse, très-vasculaire et ramollie; cependant à la circonférence on trouve quelques plaques dures. Le périoste, qui recouvre cette masse morbide ayant le volume d'une tête d'adulte, est le siége de ces plaques osseuses ou cartilagineuses. En dehors du périoste, il y a un tissu malade, de même nature que celui développé au centre de l'os, et qui a un centimètre d'épaisseur. Ce dernier tissu enveloppe complétement la tumeur formée au centre de l'os. La tumeur, séparée des parties molles, a encore le volume d'une tête d'enfant de trois à quatre ans.

Résection de l'extrémité du fémur nécrosé à la suite d'une amputation. — Examen de la pièce. — Discussion. — M. CHASSAIGNAC a dû réséquer l'extrémité du fémur qui s'était nécrosé et avait perforé le lambeau antérieur; cette résection a été faite avec la scie à chaînette.

La nécrose occupe toute la surface de l'os dans l'étendue, en hauteur, de plus d'un centimètre; à la partie inférieure, elle embrasse la presque totalité du tissu compacte, et vient se terminer obliquement de dedans en dehors de manière à devenir très-superficielle à sa limite supérieure, formant ainsi une espèce d'anneau conique à base supérieure. L'os, débarrassé de sa partie mortifiée, se termine par une partie effilée.

M. Chassaignac pense que la forme conique affectée par la plupart des extrémités des os tient à une nécrose analogue à celle dont il présente un spécimen.

Sur cette même pièce, on voit le canal médullaire complétement oblitéré par un couvercle cicatriciel d'apparence cutanée, et cette cicatrice partielle est d'autant plus remarquable que tout autour d'elle la suppuration existait; elle n'avait donc aucun rapport de continuité avec les parties molles du moignon.

M. HOUEL est disposé à admettre que cette cicatrice a précédé la nécrose. Quant à la forme conique de l'extrémité de l'os, elle a été signalée par Louis, et elle ne lui paraît pas devoir être attribuée d'une manière générale à une nécrose.

M. BROCA. L'amincissement de l'extrémité osseuse est le fait commun; Louis l'avait parfaitement signalé. Quant à l'explication donnée par M. Chassaignac, elle n'est admissible que pour des cas exceptionnels, car on retrouve la même disposition sans qu'il y ait eu de nécrose. On a voulu expliquer ce fait en l'attribuant à l'exfoliation insensible. Cette explication n'est pas plus susceptible d'être généralisée. Il faut, en effet, pour que l'exfoliation insensible se produise, qu'il y ait décollement du périoste, et ce décollement est loin d'exister dans le plus grand nombre des cas.

M. VERNEUIL. La nécrose a été évidemment consécutive à la perforation de la peau.

Il est très-difficile, dans un bon nombre d'amputations, d'éviter cette issue de l'os à travers le lambeau qui se trouve perforé comme par un emporte-pièce. Sur deux de mes amputés, j'ai vu, malgré l'étendue donnée au lambeau antérieur, cette perforation se produire. Un de ces amputés était dans le service de M. Marjolin. Dans les deux cas, la nécrose n'est survenue qu'après l'issue de l'extrémité osseuse. Quant au fait de l'amincissement de cette extrémité osseuse, il est, peut-on dire, presque constant. Une des causes pourra bien résider dans la pression assez énergique exercée par le lambeau antérieur. J'ai cru, en effet, remarquer que la face antérieure de l'os affectait cette disposition d'une façon bien plus marquée.

M. MARJOLIN. Sur le malade de mon service, amputé par M. Verneuil, il s'est produit un fait assez intéressant. L'extrémité osseuse, saillante, paraissait bien nécrosée. En la frappant avec un corps dur, on obtenait le son analogue à celui obtenu sur un os mort. J'ai néanmoins fait entourer cet os de cataplasmes, et la vie s'y est assez complétement reproduite pour qu'il se fasse une cicatrice.

Quant à la raison de cette perforation des lambeaux par les extrémités des os, quels que soient les soins pris pour avoir de larges lambeaux, elle peut être rapportée à l'ostéite, avec allongement de l'os. Ainsi sur un jeune amputé de jambe, j'ai vu le péroné, après un certain temps, subir un tel allongement, que son extrémité dépassait de 5 centimètres l'extrémité du tibia. Ne serait-il pas possible de rapporter à cet allongement morbide de l'os les difficultés que l'on rencontre pour obtenir la guérison après l'amputation sus-malléolaire? J'ai été forcé, il y a quatre ou cinq jours, de faire pour une deuxième fois la résection de l'extrémité de l'humérus sur un malade amputé du bras.

M. BROCA. Je crois à cet allongement que signale M. Marjolin, et sur une pièce que je possède, on peut voir cette même disproportion entre le péroné et le tibia.

M. VERNEUIL. Je signalerai comme un fait assez rare, et par cela très-intéressant, la présence du tissu de cicatrice sur l'extrémité de l'os présenté par M. Chassaignac. On rencontre, en effet, bien rarement cette cicatrice isolée par îlot. Il faut pour qu'elle se produise qu'elle se montre sur un point où il y avait de la peau, et que quelques éléments de cette peau aient été conservés. Dans le cas contraire, la cicatrice marche de la circonférence au centre.

M. BROCA. Je ne crois pas que ces cicatrices en îlot aient besoin pour se former de retrouver quelques éléments de la peau. Ainsi j'ai vu une cicatrice de ce genre se former au centre d'une vaste ulcération cancéreuse du sein.

M. LARREY a vu une cicatrice se parfaire sur le péroné et le tibia d'un amputé. Les os très-saillants avaient subi probablement un allongement, la cicatrice cutanée fibreuse enveloppant les os qui paraissaient ainsi contenus dans une véritable gaîne.

M. RICHET. Je m'étonne de cet allongement des os après une opération. C'est un fait tout nouveau pour moi, je l'avoue, et, physiologiquement parlant, je ne puis m'en rendre compte.

On sait, en effet, que l'allongement des os se fait entre la diaphyse et l'épiphyse. Si l'individu est adulte, il n'est plus possible de s'expliquer cet accroissement en longueur. Il est au contraire bien plus facile d'admettre que la saillie des os est toute passive et qu'elle dépend de la rétraction du tissu.

Il est vrai que le fait de M. Marjolin ne peut se prêter à cette explication. Peut-être en pourrait-on trouver une plus plausible. Du reste 5 centimètres me paraissent constituer un allongement bien extraordinaire.

M. BROCA. La question soulevée est très-grave, s'il était prouvé qu'après les amputations les os dussent subir un tel accroissement, ce fait bouleverserait singulièrement les idées et les préceptes qui ont cours dans cette partie de la chirurgie.

Deux questions se présentent à résoudre. La première est une question de fait. Faut-il admettre que l'inégalité de saillie des deux os tient au raccourcissement de l'une des deux extrémités ou à l'allongement de l'autre? L'autre question est relative à l'explication du phénomène. M. Richet émet des doutes, en s'appuyant sur cette donnée physiologique que les os s'allongent par l'extrémité épiphysaire. — Les expériences de Duhamel semblent prouver que l'os s'accroît aussi par son corps. Ainsi des épingles placées à une distance égale d'une première appliquée à la partie moyenne de l'os, finissent par se trouver toutes plus éloignées de l'épingle centrale. Seulement l'écartement est plus grand entre les épingles des extrémités, de telle sorte que, s'il est vrai que l'accroissement est plus marqué aux extrémités, il n'en est pas moins réel au centre de l'os.

Il est maintenant prouvé que sur des membres affectés d'ulcère, les os subissent un allongement; j'en ai vu un exemple remarquable à l'hôpital Saint-Louis, dans le service dirigé par M. Richet, qui remplaçait Gerdy. Il s'agissait d'un infirmier affecté d'un ulcère de la jambe. Le tibia avait acquis 4 centimètres de plus; évidemment cet allongement était le résultat d'une ostéite. Pourquoi le traumatisme de l'amputation ne déterminerait-il pas les mêmes phénomènes? Dans la pièce que je possède, l'amputation a été faite très-près de la partie supérieure du péroné, et l'inflammation a pu facilement gagner l'extrémité épiphysaire, ce qui donnerait l'explication du rapide allongement produit.

M. BOUVIER. Je pense que cet allongement après l'amputation est tout à fait digne de fixer l'attention; il faut en tenir grand compte, surtout chez les enfants, et tailler le lambeau en conséquence. M. Guersant a vu assez souvent se produire cette particularité pour en avoir été frappé.

M. MARJOLIN insiste dans le même sens.

Le secrétaire, LABORIE.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 MAI 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie n'a eu hier qu'une demi-séance, la deuxième heure ayant été consacrée à un comité secret, plusieurs fois ajourné pour l'examen des titres des candidats aux places vacantes de correspondant. Cette demi-séance a du reste été bien employée. Après la lecture d'un court et substantiel rapport de M. Blache sur un prétendu moyen hémostatique soumis à l'appréciation de l'Académie, M. Vernois, candidat pour la section d'hygiène publique et de médecine légale, a lu un intéressant travail sur l'usage des verts arsenicaux dans la fabrication des fleurs artificielles. « On doit moins s'attacher à proscrire les industries insalubres, qu'à trouver les moyens d'en assainir les procédés, » a dit M. Vernois. C'est en effet là le véritable but que doit se proposer l'hygiène. Cette proposition très-juste a servi en quelque sorte de programme aux recherches de M. Vernois, qui, après avoir signalé les diverses causes de dangers inhérents à ce genre de fabrication, s'est attaché à étudier les moyens de les prévenir ou de les neutraliser. Nous regrettons de ne pouvoir exposer la série des expériences que M. Vernois a instituées et les procédés qu'il a imaginés pour assainir la profession des ouvriers fleuristes. Il s'agit là, comme on le voit, de quelque chose de plus que d'une simple épreuve scientifique; il s'agit d'un service important dont nous serions heureux de pouvoir constater les résultats.

M. le président, en ouvrant la séance, a annoncé à l'Académie la mort de M. Alexandre de Humboldt, qui lui appartenait comme membre associé étranger depuis sa fondation. La mort de M. de Humboldt est un deuil pour le monde savant. Il appartient aux plus humbles pionniers de la science comme à ses plus illustres représentants, de mêler l'expression de leurs regrets au deuil universel que cause cette perte. Nous avons été heureux d'apprendre que, pendant qu'à Berlin on rendait aux restes de M. de Humboldt des honneurs princiers, à Paris, sa seconde patrie, le gouvernement de l'Empereur décrétait que sa statue serait placée dans les galeries du Musée historique de Versailles. Il est beau de voir honorer ainsi la science. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. ROBERT.

Sur les fractures du péroné.

Au n° 30 de la salle Saint-Jean est couché le nommé M... (Noël), âgé de soixante et un ans, tourneur en cuivre, entré le 10 mars pour se faire traiter d'une fracture du péroné, présentant au plus haut degré les caractères classiques attribués par Dupuytren aux fractures de cet os; il y avait en outre chez lui fracture de la malléole interne. C'est, depuis trois mois, le second fait du même genre que nous avons observé dans notre service; le premier était celui d'une femme couchée au n° 16 de la salle Saint-Paul; cette femme en tombant, s'était fracturé le péroné et la malléole interne; en outre, il y avait chez elle une plaie assez large de la peau au niveau de la fracture de la malléole interne; je ne vous en ai pas parlé à cette époque, parce que la réduction de la fracture a été facile; chez elle, la gravité de l'affection tenait, non pas à la double fracture, car il n'y avait aucune tendance au déplacement, mais bien au voisinage de l'articulation et à l'existence de la plaie qui devait communiquer avec celle-ci.

Le fait dont je veux vous entretenir aujourd'hui est un type de la fracture du péroné et de la malléole interne avec subluxation du pied. Le 7 mars, le malade marchait sur un trottoir, le pied lui a manqué, et il est tombé la jambe pliée sous le tronc, on pourrait même dire en quelque sorte qu'il est tombé sur sa jambe. Il ne sait pas au juste si, au moment de la chute, le pied s'est porté dans l'adduction ou dans l'abduction : cependant on peut croire que le pied s'est tordu et s'est porté dans l'adduction, et d'après la manière dont le malade est tombé, il est permis de dire que c'est dans cette position que la fracture s'est opérée. Notez bien ceci, car j'y reviendrai plus tard pour critiquer ce que l'on a dit dans ces derniers temps sur le mode de formation des fractures du péroné.

Le malade est donc tombé à terre, on l'a relevé et on l'a porté à l'hôpital. Voici les symptômes que l'on constatait alors :

Le cou-de-pied, au lieu de faire suite à l'axe de la jambe, était dévié en dehors; le pied dans sa totalité avait subi un mouvement de bascule dans lequel le bord interne était abaissé, le bord externe relevé, la face dorsale regardait en haut et en dedans, la face plantaire était tournée en dehors et en arrière; il y avait donc rotation du pied en masse de dedans en dehors.

Mais le pied n'avait pas seul exécuté ce mouvement, car vous savez qu'à l'état normal cette rotation latérale du pied est impossible; pour qu'elle s'exécute, il faut nécessairement qu'il y ait fracture d'une ou des deux malléoles. Or, il était facile de voir que la malléole externe était déjetée en dehors, et à 3 centimètres environ au-dessus de cette malléole, on constatait un enfoncement considérable; le péroné décrivait une ligne brisée par suite de la déviation en dehors qu'avait subie sa partie inférieure. Cet enfoncement, qui est constant dans les fractures du péroné, a été signalé pour la première fois par Dupuytren, qui lui a donné le nom d'enfoncement *en coup de hache*.

Donc jusqu'ici nous avons comme symptômes: déviation du pied en dehors, rotation du pied sur son axe antéro-postérieur, saillie de la malléole externe, et enfoncement du péroné à 3 centimètres au-dessus de la malléole.

A la malléole interne on constatait des phénomènes en sens inverse; la région malléolaire formait une convexité très-marquée; la malléole était entraînée en bas et en dehors avec le pied, à tel point qu'il était d'abord difficile de la trouver; puis, portant le doigt un peu au-dessus de cette convexité, on sentait une dépression limitée en haut par une arête solide, un bord rugueux; il y avait un écartement d'environ 2 centimètres entre la malléole et le tibia; l'arête que l'on sentait à la partie supérieure de cet écartement n'était autre chose que le bord tranchant et irrégulier du fragment supérieur.

A la face interne du cou-de-pied, la peau était très-tendue; c'est encore là un phénomène que l'on trouve toujours et qui ne manque pas d'avoir une certaine gravité; en effet, si le malade était resté plusieurs jours sans réclamer le secours de la chirurgie, la peau, violemment tendue, n'aurait pas tardé à se gangréner; également si la cause vulnérante avait agi un peu plus fort, la peau se serait inévitablement rompue, ainsi que cela est arrivé pour la malade dont je vous parlais tout à l'heure.

Tels sont les phénomènes que vous pouvez constater par l'inspection du malade et en palpant légèrement.

Maintenant, poussons l'examen plus loin; en saisissant la jambe d'une part et le pied de l'autre, on pouvait assez facilement ramener celui-ci dans sa position normale. A ce propos, je vous ferai observer en passant une chose qui est constante dans ces cas, c'est que la réduction du pied se fait bien plus facilement, la jambe étant fléchie sur la cuisse, que lorsque le membre est placé dans l'extension; vous pourrez constater vous-mêmes que, lorsque la jambe est étendue, le pied semble fixé d'une manière invariable; il est, au contraire, beaucoup plus mobile quand on fléchit la jambe sur la cuisse. Nous reviendrons plus tard sur cette question en étudiant les causes qui produisent le déplacement du pied, étude qui a une grande importance au point de vue des indications thérapeutiques.

Nous avons vu que le pied pouvait facilement être ramené à sa direction normale; mais ce qui complète les caractères de cette fracture, c'est que la réduction n'était que momentanée et que, si l'on abandonnait le pied à lui-même, le déplacement se reproduisait aussitôt.

Si nous résumons ce que nous connaissons jusqu'ici de ce fait, nous voyons qu'il y a eu une violence par laquelle le pied a été fortement tordu sur son axe antéro-postérieur, et par suite de laquelle le pied est actuellement porté dans l'abduction forcée avec fracture du péroné, fracture du tibia avec écartement des fragments, puis possibilité de ramener le pied dans sa direction normale, lorsque la jambe est fléchie sur la cuisse, et enfin retour du déplacement en dehors dès que les mains du chirurgien cessent de soutenir le pied.

En pareil cas il est complétement inutile de chercher la crépitation : en effet, d'un côté les fragments du tibia étant éloignés l'un de l'autre, on ne pourrait en obtenir le frottement qu'en causant des douleurs très-vives au malade, et de l'autre la déformation du membre et la mobilité anormale du pied suffisent parfaitement à caractériser la nature de la lésion, sans qu'il soit besoin de constater la crépitation. Il y a donc fracture du péroné et de la malléole interne avec subluxation du pied en dehors.

Cherchons maintenant à établir comment la fracture s'est produite.

Le malade dit que dans la chute son pied s'est placé sous lui, qu'il est tombé sur sa jambe; il est très-probable que le pied a été porté dans une adduction violente; or que s'est-il passé dans ce mouvement? A l'état normal le pied est maintenu de chaque côté par les malléoles, qui font l'office de mortaises et s'opposent à ses mouvements de latéralité; lors donc qu'une cause vulnérante lui fait exécuter un mouvement de rotation exagérée, il faut, bon gré, mal gré, que les mortaises cèdent, c'est-à-dire que les malléoles se brisent. Le mécanisme de cette fracture est très-facile à comprendre.

Ce mécanisme une fois admis, rien n'est plus aisé que d'expliquer le reste des phénomènes.

Lorsque les malléoles sont fracturées, le pied est privé de ses soutiens latéraux; il est donc abandonné à l'action des muscles qui s'y insèrent. Or, quels sont les muscles qui portent le pied latéralement? Ce sont d'abord les péroniers latéraux; mais ces muscles n'agissent pas énergiquement, ainsi que j'ai pu m'en assurer par l'observation d'un certain nombre de faits; de plus, ils ont un bras de levier très-court : le péronier antérieur, par exemple, qui s'insère à la tubérosité du cinquième os du métatarse, n'a tout au plus qu'un centimètre de bras de levier; cependant on peut les considérer comme déterminant un certain degré d'abduction.

Les muscles jambiers peuvent porter le pied dans l'adduction; s'ils agissaient, ils tendraient donc à réduire la fracture; mais leur action est nulle, et je crois, par la même raison, que les péroniers latéraux n'agissent pas non plus.

Pour moi, ce sont les muscles du mollet qui ont la plus grande part dans le déplacement : à l'état normal, leur direction est parallèle à l'axe de la jambe, et leur contraction a pour effet l'extension du pied; mais lorsque le pied est porté en dehors, soit par l'action des péroniers latéraux, soit par le fait seul de la fracture, les muscles du mollet dès lors ne sont plus parallèles à l'axe de la jambe; ils représentent la corde d'un arc formé par la jambe et le pied (dont l'axe est brisé au niveau de la fracture), et la contraction de ces muscles a alors pour résultante non plus l'extension, mais bien l'exagération de la déviation du pied en dehors.

Ce qui le prouve, c'est que la réduction de ces fractures est impossible lorsque la jambe est étendue, et qu'elle devient au contraire facile dès que la jambe est fléchie sur la cuisse. Quelles modifications la flexion de la jambe apporte-t-elle donc dans l'état des muscles du mollet? Elle relâche les muscles jumeaux, et l'on n'a plus alors à lutter que contre le soléaire, dont l'action beaucoup plus faible est facilement surmontée par de légères manœuvres. Ainsi s'explique ce que je vous disais tout à l'heure, à savoir : que ce sont les muscles jumeaux qui exagèrent la déviation du pied en dehors, puisque, quand ces muscles sont dans l'état de relâchement, la réduction de la fracture est tout à la fois facile et complète.

Lorsqu'on étudie ces fractures au lit des malades et que l'on s'enquiert de la manière dont ils sont tombés, ils vous disent bien que leur pied s'est tordu; mais si vous leur demandez comment, dans quel sens, en dedans ou en dehors, le plus souvent ils ne le savent pas; de sorte que, pour expliquer les lésions qui se sont produites, on est obligé de faire intervenir la théorie. Or la théorie dit que les mouvements exagérés d'adduction et d'abduction doivent faire éclater les malléoles; elle dit encore que, si l'adduction du pied est difficile à cause de la présence de la malléole interne, le mouvement d'abduction est encore plus borné et plus difficile, la malléole externe étant plus longue que l'interne. C'est là tout ce que l'on sait, la théorie ne peut nous apprendre autre chose : lorsqu'un mouvement physiologiquement impossible est exécuté en vertu d'une cause vulnérante plus ou moins violente, il doit nécessairement se produire des accidents plus ou moins graves.

Cependant différentes hypothèses ont été proposées dans le but d'expliquer les désordres qui se produisent dans ces fractu-

res. David, au siècle dernier, Boyer, Dupuytren, ont émis des théories à ce sujet; enfin, il y a une vingtaine d'années, M. Maisonneuve a voulu donner aussi une explication du mécanisme de la fracture des malléoles; ce chirurgien attribue les désordres dont il s'agit à la déviation de la pointe du pied en dehors; mais sa théorie se trouve en défaut dans un grand nombre de cas; ce n'est pas seulement la direction, c'est surtout la violence du mouvement qui produit la fracture. On a dit aussi que dans les fractures graves, où le péroné et la malléole interne sont brisés, c'est dans l'abduction qu'a eu lieu la chute, et qu'au contraire, dans les cas où il y a seulement fracture de la malléole externe, c'est dans l'adduction qu'elle s'est faite.

De telle sorte que, dans les traités de chirurgie, on divise les fractures du péroné en trois catégories: fractures 1° par adduction, 2° par abduction, et 3° par divulsion (Maisonneuve). Or je dis que cette division est toute spéculative, qu'elle ne s'appuie sur aucun fait, qu'elle est même contraire à l'observation, et qu'elle ne saurait par conséquent subsister.

Ainsi, dans le cas actuel, nous avons un malade qui présente une fracture du péroné et de la malléole interne: d'après la théorie dont je vous parlais tout à l'heure, cette fracture aurait dû se produire le pied étant dans l'abduction. Eh bien, je dis qu'il est impossible que les choses se soient passées ainsi, eu égard à la manière dont le malade dit être tombé. Ce n'est pas seulement sur ce fait, mais bien sur un certain nombre de cas semblables que je base mon assertion, et, d'après ce que j'ai observé, je me crois autorisé à rejeter cette théorie. D'ailleurs, toutes ces subtilités imaginées pour expliquer le mode de production de ces fractures du péroné, pour savoir dans quel sens a eu lieu l'effort qui a déterminé la fracture, toutes ces subtilités, dis-je, sont complétement inutiles au lit du malade, et pour nous, qui faisons de la clinique, nous nous bornons à constater que c'est dans un mouvement de torsion latérale du pied que se font les fractures du péroné. Du reste, l'effet de ces mouvements de latéralité exagérée est le même, qu'il y ait fracture du péroné seul ou des deux malléoles; le pied se dévie par suite de l'action musculaire, et c'est là surtout que le chirurgien doit porter son attention, car c'est dans cette déviation que se trouve l'indication du traitement.

Nous avons examiné quels sont les muscles dont l'action a le plus d'influence sur le déplacement du pied, et nous avons conclu finalement que la plus grande part dans cette déviation provient des muscles jumeaux.

Le malade est donc entré à l'hôpital le 10 mars, c'est-à-dire le troisième jour de l'accident; il y avait alors de la douleur et du gonflement. Que fallait-il faire? Etait-il préférable de recourir d'abord à l'emploi des émollients, et d'attendre que le gonflement eût cessé avant d'opérer la réduction de la fracture? Au siècle dernier, on disait qu'il ne fallait pas toucher à ces fractures dans les premiers jours qui suivaient l'accident; on appliquait des émollients, et, lorsque le gonflement avait disparu, on s'occupait de la réduction. Or c'est là une très-mauvaise pratique, qui a de très-graves inconvénients. Desault le premier a signalé les dangers de cette manière de faire; il avait vu que, quand on ne réduit pas immédiatement la fracture, la réduction devient ultérieurement très-difficile. Dupuytren a constaté le même fait; il va même plus loin que Desault, car il dit que dans certains cas il est complétement impossible de réduire la fracture, les parties molles qui entourent celle-ci devenant le siége d'une induration considérable. Il conseille donc de réduire la fracture, malgré la tuméfaction, aussitôt que l'on est appelé auprès du malade.

Dupuytren a fait observer, à juste raison, que la réduction de ces fractures n'est pas très-difficile, et que les manœuvres qu'elle nécessite ne sont pas très-douloureuses; il suffit de trouver une position dans laquelle les muscles, qui maintiennent le déplacement, soient relâchés et où le déplacement, par conséquent, soit nul. Il ajoutait que, lors même que la réduction devrait être un peu douloureuse, il faudrait encore réduire immédiatement, sans s'arrêter à cette considération. Ce principe posé par Dupuytren est bien plus facile à suivre aujourd'hui qu'à l'époque où ce chirurgien l'a établi; si le malade craint la douleur, on peut à l'aide du chloroforme éteindre la sensibilité; l'anesthésie a encore un autre avantage dans ce cas: non-seulement elle soustrait le malade aux douleurs qui peuvent résulter des manœuvres de réduction, mais encore elle supprime les contractions musculaires et facilite considérablement la réduction. C'est un moyen accessoire d'une utilité incontestable, surtout dans les cas où l'on pourrait craindre d'augmenter l'inflammation, lorsque les efforts musculaires, provoqués par la douleur, nécessitent de la part du chirurgien des manœuvres un peu énergiques.

Nous posons donc en principe, avec Desault et Dupuytren, que, dans les fractures du péroné et de la malléole interne, il faut réduire immédiatement, sous peine de voir plus tard la réduction très-difficile ou même impossible.

En effet, quand on ne réduit pas ces fractures, le déplacement persiste. Ceci nous conduit à examiner ce que deviennent les fractures du péroné quand le déplacement n'a été qu'incomplétement ou n'a pas été du tout combattu; le plus souvent elles ont pour résultat la claudication ou l'impossibilité de marcher.

En effet, voici ce qui se passe: le pied est fortement dévié en dehors, la malléole interne est saillante, et l'axe de la jambe, au lieu de tomber sur le centre de l'astragale, tombe en dedans; le poids du corps ne porte plus sur la voûte plantaire, mais sur les ligaments latéraux internes, qui par suite du déplacement du pied sont placés sur l'axe prolongé du tibia: aussi, lorsque les malades se tiennent debout et qu'ils veulent marcher, le poids du corps se transmettant sur les ligaments internes, qu'il tiraille sans cesse, il en résulte des douleurs très-vives qui dans certains cas empêchent complétement la marche.

En voulez-vous un exemple? Reportez-vous à un malade que vous avez pu voir dernièrement dans nos salles; ce jeune homme portait un double pied plat congénital; ces deux pieds étaient déviés en dehors, et la marche était difficile; par surcroît de malheur, il se cassa le péroné gauche; je ne sais où il fut traité de cette fracture, mais il dit qu'on lui a mis un appareil: bref, il a été incomplétement traité, et la fracture s'est consolidée, mais le malade a conservé la difformité des pieds plats, augmentée à gauche de la déviation résultant de la fracture du péroné. C'est donc pour remédier aux conséquences fâcheuses de cet accident que le malade est venu réclamer nos soins; il ne pouvait marcher qu'avec des béquilles, et encore éprouvait-il à chaque pas des douleurs très-vives sous la malléole interne, et c'est cette difficulté énorme qu'il éprouvait pour la marche qui l'a décidé à entrer à l'hôpital.

Vous trouverez quelquefois des malades dans la même position que ce jeune homme, conservant après une fracture du péroné une déformation plus ou moins considérable du membre, avec déviation du pied rendant la station debout et la marche très-difficiles. En pareil cas, il n'y a aucun traitement chirurgical à faire; il faut se borner à soulager les malades et à leur rendre la marche possible. On y arrive en leur faisant porter des bottines orthopédiques munies de montants latéraux solides, pour empêcher le pied de se porter en dehors; on ramène ainsi le poids du corps dans l'axe de la voûte plantaire, et l'on supprime l'effort constant auquel les ligaments latéraux étaient soumis. Les malades sont considérablement soulagés par l'usage de ces bottines; ils peuvent marcher sans beaucoup de fatigue, mais ils sont désormais condamnés à l'usage perpétuel de ces appareils orthopédiques. J'ai eu déjà un très-grand nombre de fois l'occasion de faire porter des bottines semblables à des malades chez lesquels une fracture du péroné s'était guérie avec un certain déplacement; j'ai toujours vu qu'ils en éprouvaient immédiatement un soulagement considérable, qu'ils étaient débarrassés des douleurs qu'ils ressentaient sous la malléole interne, et qu'enfin ils pouvaient marcher sans béquilles.

(La fin à un prochain numéro.)

SUR LES INHALATIONS DANS LES MALADIES DE POITRINE,

Par M. le Dr SECRÉTAN (des Thermes de la Caille, en Savoie).

Dans le numéro du 10 mars de la *Gazette des Hôpitaux*, M. Champouillon, du Val-de-Grâce, a signalé avec verve les graves inconvénients des inhalations dans les maladies de poitrine.

Et cependant, chaque été, bien des malades viennent guérir leurs poumons ou leurs bronches aux exhalaisons bienfaisantes d'une des sources qui alimentent les thermes de La Caille.

C'est afin que leur confiance ne soit pas ébranlée par la crainte des dangers très-réels signalés par M. Champouillon, et que nos confrères ne soient point frustrés d'une ressource si puissante dans des cas pour lesquels il semblait ne plus y en avoir d'efficace, que nous avons cru devoir interjeter dans les colonnes de la *Gazette un avertissement de ne pas confondre.*

Dans plusieurs établissements thermaux, d'après l'exposé de M. Champouillon, on s'est ingénié par différents appareils dont on a fait grand bruit, à réduire l'eau minérale en vapeur ou en poussière afin de la rendre respirable, mais vapeur et poussière sont condensées en gouttelettes bien avant d'arriver à leur destination.

Dans d'autres on rassemble les malades dans une sorte d'étuve ou *vaporarium*, où règne nécessairement une température élevée.

Aux thermes de La Caille on guérit sans bruit et sans poussière.

Il est vrai que l'on n'y *tourmente* pas l'eau par des procédés artificiels, afin de la pousser comme malgré elle dans les bronches de l'infortuné patient, condamné à subir cet assaut;

Que l'on n'y soumet pas les malades au supplice dégoûtant du *vaporarium*, où ils vont se renfermer chaque jour un temps déterminé, et se gorger de leurs émanations réciproques.

A La Caille, l'inhalation a lieu tout naturellement, sans que le malade en ait la perception.

C'est pendant la nuit surtout, pendant son sommeil, que le malade aspire le remède, sans s'en douter, et qu'il vit la plus grande partie de son temps au milieu de l'atmosphère qui doit le guérir.

Atmosphère dont les effets sont palpables sur l'organisme par la sédation qui en résulte, dans la toux et les autres symptômes, et sur les métaux, tels que l'argent, qui noircit en quelques heures dans la bourse des malades qui habitent ces chambres.

Nous avouons, en toute humilité, qu'il nous a fallu très-peu de frais d'imagination pour arriver à cette méthode, si méthode il y a; aucune idée préconçue n'y a présidé.

Il n'a fallu qu'être témoin des effets que ces vapeurs opèrent ici spontanément.

Nous n'avons point eu la peine de créer des procédés ingénieux, ni de faire les louables efforts qu'ont dû faire plusieurs de nos confrères moins favorisés.

Il nous a suffi d'ouvrir les yeux. Voici comment cela s'est passé.

Quelques malades atteints d'affection des bronches et des poumons (mais venus aux thermes de La Caille *pour d'autres affections*, notamment pour des maladies de la peau), ayant logé dans l'édifice appelé le château, se trouvèrent simultanément guéris *des unes et des autres*. On fut ainsi amené tout naturellement, et préalablement à toute idée théorique, à loger dans le château les malades atteints de lésions des voies respiratoires, et le succès n'a pas cessé de justifier cet essai.

Quant au mécanisme de l'application des vapeurs, l'instinct de conservation d'un malade est venu y pourvoir; ensuite nous n'avons eu qu'à le perfectionner.

En 1856, le nommé François F....., des environs de Genève, ayant passé la cinquantaine, atteint depuis quatre ans d'une toux sèche et fréquente, accompagnée d'hémoptysie et d'accès d'asthme, principalement la nuit, vint aux bains de La Caille sans avoir pris avis d'aucun médecin, et dans un état tel, qu'alors je n'eusse pas osé prendre sur moi de lui permettre de se mettre en route.

Mais, puisqu'il avait tant fait que de venir à La Caille, je lui conseillai de quitter la chambre de l'hôtel des bains, où le matin à son arrivée on l'avait placé, de s'installer dans une chambre du château, des plus voisines de la source thermale qui y est renfermée, et de laisser la nuit sa porte entr'ouverte, afin que les vapeurs sulfureuses arrivassent plus facilement jusqu'à lui.

Dès la première nuit, chose extraordinaire, le crachement de sang disparut.

Notre malade éprouvant que le remède était bon, voulut, suivant l'habitude, le prendre en plus grande abondance, et imagina de scier furtivement, sous son lit, une partie du plancher d'environ 25 centimètres carrés, afin de permettre à la vapeur de lui arriver directement de la partie inférieure de l'édifice où la source a son émergence.

Il habita cette chambre pendant dix-sept jours, et partit sans toux, sans asthme, et ayant déjà repris de l'embonpoint.

Quant au crachement de sang, il avait disparu *dès la première nuit*, et n'eut qu'un retour passager *six mois après*, à la suite d'un acte d'intempérance.

Notez que cet homme put reprendre son travail de campagne, et le continuer pendant deux ans, c'est-à-dire jusqu'en 1858.

Il eut alors un retour de toux et d'hémoptysie, mais à un faible degré. Il vint aux thermes de La Caille reprendre possession de sa chambre; il trouva son trou bouché, mais, en revanche, des conduits qui amenaient la vapeur directement dans sa chambre, ainsi que dans toutes celles du château. Cette fois, l'hémoptysie resta trois jours à disparaître.

C'est tout au plus si notre homme paraissait content, se souvenant que la première fois il avait suffi d'une nuit *pour faire le tour*. Puis après un séjour assez court, il partit dans un état satisfaisant qui se maintient.

Je dois ajouter que, loin d'être exclusif dans l'usage des vapeurs, auquel nous avons été conduit fortuitement, nous nous servons de l'eau en boisson, en bains et en douches, soit seule, soit comme adjuvant de l'inhalation; et même la boisson de l'eau à domicile produit d'assez bons résultats.

VARIOLE ET VACCINE

marchant côte à côte ou simultanément;

Par M. le Dr JOBERT, de Guyonvelle (Haute-Marne).

Le sujet de cette curieuse observation est âgé de neuf mois; il est amené par sa mère à la vaccination du 7 mai 1858.

Au moment de procéder à l'opération, la mère demande à me faire observer que l'avant-veille et la veille encore son enfant lui avait paru avoir de la fièvre, car il avait la peau brûlante et une rougeur assez vive à la face. En même temps, elle avait remarqué un peu de tendance au dévoiement et quelques envies de vomir. Toutefois, depuis vingt-quatre heures elle n'avait plus rien observé, et l'enfant lui semblait avoir repris toute sa gaîté habituelle.

En présence de ces déclarations, et surtout à la vue de l'enfant, je ne pensai pas devoir surseoir à l'opération, et je le vaccinai.

Mais le quatrième jour depuis l'inoculation du virus-vaccin par la lancette, et comme les boutons commençaient à peine à paraître, une éruption pustuleuse eut lieu vers le centre de la joue droite. Dix-sept pustules de diverses largeurs confluaient vers un même point de la joue, vers un même espace, très-circonscrit d'ailleurs.

Cette éruption, dès ses premiers moments, ressemblait absolument à la variole, et j'en suivis exactement toutes les phases d'accroissement et de durée. Ainsi, je vis ces pustules varioleuses grandir incessamment et régulièrement, puis, au huitième jour, arriver à leur apogée de grosseur et de développement.

Pendant tout ce temps, c'est-à-dire pendant les huit jours que ces pustules mirent à leur accroissement, les pustules vaccinales demeurèrent dans un profond état de sommeil ou de mort apparente, et sans que rien pût faire espérer ni croire à leur développement ultérieur.

Pourtant il n'en fut pas ainsi, car après quelques jours les boutons de la vaccine rougirent et se développèrent successivement, comme ils font d'ordinaire, et alors que rien ne gêne et n'entrave leur marche régulière.

La résurrection de la vaccine coïncida précisément avec le moment où les pustules varioleuses de la joue commencèrent à se faner, à noircir et à se dessécher au centre.

L'enfant n'a pas eu d'autres pustules varioleuses que celles que j'ai vérifiées sur la joue.

Voilà donc deux éruptions qui ont marché côte à côte et sans s'influencer, au moins d'une manière sensible, autrement que par un peu de lenteur et de retard apporté par la première au développement de la seconde.

CONCLUSIONS. — 1° Au moment où l'enfant a été vacciné, déjà il avait subi l'infection ou l'intoxication varioleuse; il était déjà bien réellement varioleux.

2° La variole, encore à l'état d'incubation, mais tout sur le point d'éclore, n'empêche pas le développement normal et régulier de la vaccine pratiquée en cet instant et dans ces circonstances.

3° Au contraire, la vaccine, sur le point d'éclore ou à peine éclose, ne se laisse que très-rarement envahir par la variole, et quand par hasard ces envahissements ont lieu, la vaccine toujours en amoindrit très-sensiblement les effets.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 mai 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de deux lettres, l'une de M. le ministre de l'instruction publique, et l'autre du ministre de la justice, accusant réception du rapport de M. Velpeau sur les expériences faites par le sieur Vriès, à l'hôpital de la Charité. M. le ministre de la justice ajoute qu'il va se concerter avec son collègue de l'instruction publique sur les mesures qu'il peut convenir de prendre dans cette circonstance.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements de la Meurthe, de l'Ardèche et de Seine-et-Oise;

2° Un rapport de M. le docteur Spiral sur une épidémie de fièvre typhoïde, qui a régné en février dernier dans la commune de Stenay (Meuse) (commission des épidémies);

3° Les rapports de MM. les docteurs Rebillout, Reyrolles et Goyrand, sur le service médical des bains de mer du Croiset (Loire-Inférieure); sur les eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire) et d'Aix (Bouches-du-Rhône), pendant les années 1856, 1857 et 1858 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Opium titré. — M. Aubergier, de Clermont-Ferrand, adresse la lettre suivante :

« Depuis que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie mes travaux sur les moyens de régulariser la richesse en morphine de l'opium employé en médecine, j'ai rencontré, pour atteindre d'une manière pratique le but que je me proposais, des difficultés nombreuses. Ces difficultés ont été si souvent présentées comme insurmontables dans le sein même de l'Académie, qu'elle ne devra pas s'étonner du temps que j'ai dû mettre à les vaincre. La crise des subsistances est venue les augmenter depuis trois ans, en rendant les exigences des cultivateurs plus grandes. La bienveillance avec laquelle l'Académie a bien voulu accueillir mes communications m'était un trop puissant encouragement pour que ma persévérance pût se lasser, et j'ai considéré comme un devoir de profiter de la période d'abondance dans laquelle nous sommes entrés, pour développer la production de l'opium indigène.

» Le temps d'arrêt que le déficit des récoltes en céréales m'a obligé d'apporter dans cette production en France, m'a conduit à étudier sous une nouvelle face la solution du problème que je m'étais proposé, la régularisation du titre en morphine de l'opium employé en médecine. J'ai fait étudier la production de l'opium en Orient, et j'ai reconnu que je pourrais me procurer facilement des opiums orientaux d'une richesse de 10 p. % en morphine, et qu'en cas d'insuffisance de la récolte indigène, il me serait facile de continuer la livraison d'un opium titré à 10 p. % de morphine, en allant chercher directement en Orient, avant qu'elles aient passé par les mains des falsificateurs, les quantités nécessaires pour combler le déficit.

» Après m'être entouré de ces renseignements et avoir pris les mesures qu'ils me rendent faciles, fort, du reste, d'une expérience qui remonte à 1843, j'entreprends de livrer au commerce un opium titré à 10 p. % de morphine, dont la composition sera toujours identique.

» J'ai l'honneur de joindre à cette lettre un échantillon de mon opium, que je vous prie de vouloir bien mettre sous les yeux de l'Académie. La feuille d'étain que j'emploie comme enveloppe a l'avantage de mieux assurer la conservation de l'opium que la feuille de pavot et les semences de rumex auxquelles on a eu recours jusqu'ici. »

Appareil néphogène. — M. Mathieu soumet au jugement de l'Académie un appareil dont l'idée première appartient à M. Henry Tirman, élève en médecine.

Cet appareil, dit *néphogène*, a fonctionné le 8 mars dernier à la clinique de M. le professeur Trousseau.

Il a pour but la production d'un brouillard d'eau simple ou chargée de substances médicamenteuses, destiné à faire pénétrer par la respiration ces substances dans les voies aériennes.

L'appareil néphogène a donc pour effet de réduire l'eau en molécules assez fines pour être rendues respirables. Le principe sur lequel repose sa construction n'a pas, que nous sachions, reçu d'application antérieure : c'est la division de l'eau par l'air comprimé.

Cet appareil se compose essentiellement d'une pompe foulante destinée à condenser l'air dans un ballon métallique, d'une boule en verre ou en métal munie d'un entonnoir qui reçoit le liquide médicamenteux; d'un tube qui amène le fluide condensé dans la boule de verre; d'un tube métallique d'un diamètre très-fin dans lequel s'engagent pour s'échapper le liquide et l'air comprimé; enfin, une embouchure métallique terminée par un orifice capillaire, deux robinets, un pied mobile, complètent l'appareil.

Pour le mettre en jeu, on dévisse préalablement la boule en verre; on introduit dans l'entonnoir le liquide médicamenteux; le tube renversé est dévissé sur la boule.

Les robinets étant fermés (pour cela leur clef doit être dirigée parallèlement à l'axe du tube sur lequel ils reposent), on fait agir la pompe foulante; la résistance de l'air transmise à la main de l'opérateur indique que l'air est suffisamment condensé; on ouvre successivement les deux robinets en commençant par le plus rapproché de la sphère métallique. Ceci fait, le brouillard se produit d'autant plus fin que l'air est plus condensé et que le robinet est moins ouvert.

Le sujet soumis aux inhalations se place dans l'atmosphère nébuleuse et respire largement.

Tel est le mode d'emploi de l'appareil.

Il est destiné à modifier directement les muqueuses laryngienne et bronchique dans le cas d'inflammation simple ou spécifique. On pourra l'employer à l'inhalation d'un brouillard de perchlorure de fer dans les hémoptysies rebelles, dans certaines névroses de l'appareil respiratoire, telles que spasmes de la glotte, angine de poitrine, asthme, coqueluche; on pourra essayer au moyen de l'appareil un brouillard antispasmodique.

L'appareil néphogène peut également recevoir plusieurs applications chirurgicales, telles que : 1° l'usage d'un brouillard approprié dans certaines ophthalmies; 2° l'anesthésie locale due à la production d'un brouillard d'éther.

M. Tirman soumettra ultérieurement au jugement de l'Académie les résultats d'expériences entreprises dans le but de déterminer le degré et les conditions de pénétration du brouillard médicamenteux dans les voies respiratoires, ainsi que le mode d'action de certains agents introduits par cette voie sur les muqueuses aériennes.

— M. le docteur Maissiat adresse un pli cacheté dont le dépôt est accepté.

— M. le docteur Labourdette adresse une lettre en réponse à la réclamation de M. Dumesnil.

M. BOULEY, interpellé à ce sujet par M. le secrétaire perpétuel, répond qu'il n'a eu à s'occuper dans son rapport que de M. Labourdette, seul auteur du mémoire dont il avait à rendre compte. Quant à M. Dumesnil, cité dans ce travail, son nom a également été cité dans le rapport.

— M. MALGAIGNE propose à l'Académie de voter des remercîments à M. le secrétaire perpétuel pour sa publication des éloges de Louis. Il dépose ensuite sur le bureau, au nom de M. Liétard, de Strasbourg, une brochure intitulée : *Essai sur la médecine des Hindous*.

— M. FERRUS offre à l'Académie deux brochures de M. Delasiauve, l'une sur la monomanie suicide, l'autre sur les principes qui doivent présider à l'éducation des idiots.

— M. VELPEAU, au nom de M. Benett, d'Édimbourg, fait hommage à l'Académie de la troisième édition des *Principes et pratique de médecine*.

M. Velpeau propose d'inscrire le nom de M. Benett parmi les candidats au titre d'associé étranger.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Alexandre de Humboldt, membre associé étranger.

RAPPORT.

Coton hémostatique. — M. BLACHE lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Jacquez, de Lure (Haute-Saône), intitulé : *De l'emploi du coton comme hémostatique infaillible dans les hémorrhagies par piqûre de sangsues*.

La propriété hémostatique du coton, dit M. Blache, nous paraît être essentiellement mécanique dans le procédé de M. Jacquez : avec l'agaric ou la charpie on arrive presque toujours au même résultat. Le coton n'est point infaillible, et on ne peut comparer son action à celle du perchlorure de fer. M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à M. Jacquez, et de déposer son travail dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

LECTURE.

Effets de l'emploi des verts arsenicaux chez les ouvriers fleuristes. — M. VERNOIS, membre titulaire du conseil de salubrité, et candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, lit un travail intitulé : *Mémoire sur les accidents produits par l'emploi des verts arsenicaux chez les ouvriers fleuristes en général, et chez les apprêteurs d'étoffes pour fleurs artificielles en particulier. Assainissement hygiénique de cette profession par un procédé qui permet d'employer les verts arsenicaux sans danger pour l'ouvrier et pour le consommateur.*

Ce travail se divise en trois parties. Dans la première, tout hygiénique, l'auteur décrit les détails de l'industrie du fleuriste, dans lesquels on se sert des verts arsenicaux. C'est d'abord la préparation des herbes. Elle comprend le trempage, le séchage, le poudrage, et l'assemblage des bouquets. Vient ensuite l'apprêteur d'étoffes, qui unit l'acide picrique au vert de Schweinfurt, dans la préparation de sa pâte; il pratique successivement le battage, le brossage, le séchage et le pliage de l'étoffe. C'est pendant le séchage qu'il se développe un accident presque inévitable. L'étoffe est fixée sur des cadres en bois munis d'un rang très-serré de pointes aiguës qui piquent les doigts et les mains des ouvriers. Ces blessures donnent lieu à l'inoculation constante et répétée du sel arsenical. Après l'apprêteur vient le cylindreur, qui lisse la toile; puis les fabricants la découpent en feuilles. Celles-ci sont dédoublées, gaufrées, accouplées et montées.

Dans toute cette série de manipulations diverses, les mains des ouvriers sont couvertes de pâte ou de poussière arsenicale. Des ulcères graves se déclarent aux doigts des apprêteurs, et tous les ouvriers, en montant les bouquets, respirent constamment une poudre toxique.

La deuxième partie est consacrée aux accidents externes et internes déterminés par cette industrie. M. Vernois insiste principalement sur ceux qui surviennent chez les apprêteurs et chez les ouvriers fleuristes. Il indique les erreurs cliniques commises à cet égard, et montre qu'on pourra les éviter en interrogeant convenablement les malades.

M. Vernois, après avoir énuméré les conditions spéciales du travail où les fleuristes manient les pâtes ou les produits arsenicaux, décrit le nouveau procédé qui permettra de s'en servir sans danger. Il consiste dans l'incorporation de la matière colorante dans un collodion spécial; le procédé est dû à M. Bérard Touzelin, de Paris. Ce collodion sert à fabriquer, soit seul toute espèce de feuilles, soit étendu sur une toile, tous les tissus à l'aide desquels on confectionne les herbes et feuilles artificielles du commerce. On laisse donc à l'industrie le corps dont elle a besoin pour obtenir certaines colorations, et on peut, avec cette manière d'opérer, répondre à toutes les indications et à tous les caprices de la mode et de l'industrie. Avec ce procédé, et du commencement à la fin, il n'y a plus rien à redouter de l'emploi des verts arsenicaux dans la fabrication des feuilles artificielles.

Dans la troisième et dernière partie, celle qui a trait à la police médicale, M. Vernois cherche à établir que l'on doit moins s'attacher à proscrire les industries insalubres qu'à trouver les moyens d'en assainir les procédés. Aussi recherche-t-il la meilleure pratique dans une série d'expériences qui lui sont propres; il reprend un à un chaque danger, chaque inconvénient, et pose les préceptes qu'on doit enseigner à ceux qui se servent des verts arsenicaux. Il termine en indiquant aux ouvriers comment ils pourront obtenir une série de *beaux verts* sans employer aucune préparation arsenicale.

M. Vernois a mis sous les yeux de l'Académie des planches très-bien exécutées qui représentent les lésions propres aux apprêteurs d'étoffes, et une collection de feuilles artificielles en collodion pur et en étoffes collodionées au vert de Schweinfurt.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 mars 1859. — Présidence de M. DUBOIS.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

1° Observations ayant pour but d'éclairer le traitement de la fièvre puerpérale (M. Mattei);

2° Un travail sur la pyobémie, de M. Lecoq, médecin à Cany (Seine-Inférieure), qui sollicite le titre de membre correspondant (M. Fabre).

— M. le docteur Milon adresse à la Société un travail manuscrit sur la *médication tonique*. Il sollicite le titre de membre titulaire. (MM. Dubamel et Elleaume.)

Commencement de travail à sept mois de grossesse; rétrocession spontanée. Accouchement à terme au bout de 21 jours; expulsion d'un fœtus de quatre mois. — M. DUPERTUIS présente à la Société le fœtus dont il a parlé l'an dernier, dans la séance du 2 septembre.

Ce fœtus, qui paraît avoir trois mois ou trois mois et demi, ne présente rien de remarquable.

M. DUBOIS partage l'opinion de MM. Dubamel et Mattei. Il y a eu dans le cas de M. Dupertuis une grossesse gémellaire.

Ce qu'il y a de singulier, c'est que l'expulsion du second fœtus, expulsion qui suit ordinairement de très-près la première, ne s'est faite que le vingt et unième jour. La science possède plusieurs cas semblables; Guillemot, dans un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine*, en a rassemblé un certain nombre. On a vu des grossesses gémellaires se terminer par l'accouchement d'enfants vivants nés à des distances plus ou moins éloignées.

M. DUPERTUIS. Les faits semblables ne sont pas rares dans la race canine. Une de mes chiennes, huit jours après avoir mis bas deux petits chiens, en mit au monde un troisième parfaitement vivant.

M. TERRIER s'étonne que la matrice puisse tolérer pendant 21 jours un fœtus mort qui doit agir comme corps étranger. Il se demande aussi pourquoi le développement inégal des deux enfants dans une grossesse gémellaire.

M. DUBOIS. Il est fort difficile de donner une bonne explication de ce développement inégal. Mauriceau disait que *l'un des enfants fraude l'autre*.

M. CARON se rappelle un cas non moins remarquable. Il y a quelque temps, il mit au monde un enfant qui sortit avec ses membranes, lesquelles étaient intactes. En les ouvrant on ne trouva aucun vestige de liquide amniotique; par contre l'enfant était couvert d'un enduit sébacé très-épais. L'enfant était vivant, mais il était impossible de constater ni sexe ni anus; pas de méat urinaire; la vessie était distendue par l'urine. Une incision fut faite suivant la ligne intra-vulvaire, mais sans succès. L'enfant mourut quelques heures après. M. Caron se demande si l'occlusion complète de la vulve, et par suite l'absence de méat urinaire, a été la cause de l'absence du liquide amniotique.

M. DUBOIS. On a cité un certain nombre de cas où le liquide amniotique n'avait pu être constaté; mais il est probable qu'il y a eu erreur.

M. MATTEI. Dans l'ouvrage de Schmit sur *les grossesses douteuses*, il est relaté un fait où l'utérus était tellement appliqué sur l'enfant, sans interposition de liquide amniotique, que l'on crut à la présence d'une tumeur fibreuse. L'accouchement se fit, et l'on expliqua le fait par l'absence du liquide amniotique.

Compte rendu du service chirurgical de l'hôpital des Enfants. — M. GUERSANT. Le service chirurgical de l'hôpital des Enfants a présenté dans le courant de février quelques cas curieux.

Comme il arrive toujours en hiver, les brûlures ont été fréquentes. Généralement elles sont graves. Chez les enfants qui ont le siége brûlé, j'emploie un pansement que je ne saurais trop recommander, c'est de saupoudrer la plaie avec un mélange de partie égale d'amidon et quinquina en poudre.

Les calculs de la vessie ont présenté quelques particularités intéressantes. Depuis trois ou quatre ans je pratique la lithotritie aussi fréquemment que la taille. Une opération de taille, pratiquée il y a peu de temps, m'a paru curieuse sous un certain rapport. Au moment d'opérer, il semblait que le cathéter passait sous la pierre. La taille faite, le lithotome introduit, j'entrai dans un magma de pierre. Je me suis trouvé dans l'obligation d'introduire quatre et cinq fois l'instrument, et de faire des injections pour ramener les fragments au dehors. Aujourd'hui, quatre semaines après l'opération, le malade urine encore un peu par la plaie.

Les phimosis sont assez fréquents. Je les opère en me servant de l'instrument de M. Bonnefont. Cet instrument, comme chacun sait, tend le prépuce, et permet de couper la peau et la muqueuse sur la même ligne.

Nous avons eu plusieurs hydrocèles de la tunique vaginale et du cordon. Quelquefois, suivant le précepte d'Antoine Dubois, je fais une simple ponction, puis j'applique des compresses de teinture de di-

gitale. Ce procédé m'a quelquefois réussi chez des enfants âgés de dix mois à deux ans. Le plus souvent j'ai dû recourir à une injection d'alcool.

Deux cas de bec-de-lièvre avec division de la voûte palatine ont été opérés sans succès. L'opération, pratiquée pour un bec-de-lièvre double, a complétement réussi.

Depuis un certain temps, je n'opérais plus les fistules lacrymales; je me contentais d'un traitement général et des soins de propreté, et souvent, vers quatre, cinq ou six ans, je voyais des modifications se produire. Depuis qu'on emploie l'oblitération du sac, je cautérise le sac avec le beurre d'antimoine; dans deux cas, j'ai obtenu une oblitération complète; les enfants larmoient à peine.

Les tumeurs érectiles ont été très-fréquentes. J'emploie les piqûres multiples avec des aiguilles rougies à blanc. Nous modifions ainsi les tissus, et nous complétons le traitement en touchant la plaie avec le perchlorure de fer.

M. DUBOIS demande à M. Guersant pourquoi il pratique aujourd'hui la lithotritie plus souvent que la taille.

M. GUERSANT. Je penche pour la lithotritie, parce que la taille présente trop de causes d'insuccès. J'ai pratiqué près de cent tailles, et trois fois il y a eu une lésion du rectum, deux fois une fistule rectale. Deux ou trois fois, il y a eu des fistules périnéales; enfin, à la suite de la taille, il reste fréquemment une incontinence d'urine.

Gousse d'ail dans l'oreille. Extraction par les injections forcées.— M. FABRE. La fréquence des corps étrangers de l'oreille et la difficulté souvent très-grande qu'on rencontre pour les extraire, m'ont semblé donner de l'intérêt à l'observation suivante, qui prouve une fois de plus les bons résultats qu'on peut obtenir des injections forcées en pareil cas.

En 1856, étant chargé du service médical de l'Ecole de gymnastique de Joinville, je fus appelé à donner mes soins à M. le lieutenant G..., élève de l'Ecole. Je trouvai le malade en proie à des douleurs d'oreilles qui le faisaient cruellement souffrir; depuis vingt-quatre heures il n'avait pas eu un moment de répit. La face était vultueuse, les yeux injectés, la fièvre était intense.

M. G... me raconta alors qu'il y avait trois jours, pour calmer un violent mal de dents, cédant au conseil étrange d'une dame, il s'était fait introduire dans l'oreille une gousse d'ail préalablement taillée en cône. Depuis lors, le malade et ses amis avaient fait d'inutiles efforts pour l'extraire.

Le conduit auditif, rouge, gonflé, laissait écouler une certaine quantité de muco-pus qui trahissait par son odeur la nature du corps étranger.

Je fis de nouvelles tentatives d'extraction avec une pince, puis avec un stylet, sans autre résultat que beaucoup de douleur pour mon malade. La gousse d'ail s'était gonflée au contact des liquides que sécrétait la muqueuse enflammée, et ne donnait prise à aucun instrument. Je songeai alors aux injections forcées que dans une séance de la Société j'avais entendu recommander par notre savant collègue M. Guersant. Je poussai avec force le jet d'une seringue ordinaire dans le conduit auditif, et à la troisième injection j'eus le bonheur de voir le corps projeté avec violence.

La gousse d'ail sortie, les douleurs cessèrent, et un traitement émollient termina la guérison.

L'odontalgie fut guérie aussi, et le malade jura, mais un peu tard, de ne plus avoir recours à un remède qui était pire que le mal.

M. GUERSANT. Il m'arrive fréquemment des cas semblables. Avant de me servir des curettes, je commence toujours par les injections forcées. Je fais trois, quatre, cinq, six injections; il faut y mettre de la persistance; quelquefois on ne réussit qu'à la dixième ou douzième. Quand je ne réussis pas, je me sers de la curette de M. Le Roy-d'Etiolles.

Déchatonnement spontané du cristallin. — M. COURSSERANT fait passer sous les yeux de la Société un dessin qui représente cette double lésion, observée chez Louise X..., demeurant rue Notre-Dame-des-Victoires, 19.

Cette fille, âgée de seize ans, d'une constitution lymphatique, accuse depuis plusieurs années une diminution notable de la faculté visuelle, laquelle va en s'affaiblissant de plus en plus chaque jour, à tel point qu'en ce moment la malade ne peut se risquer à sortir seule dans la rue. L'examen des yeux ne présente aucune altération des membranes externes; l'iris est tremblotant, la pupille manifestement opaline dans toute son étendue, excepté en bas et en dedans, où elle présente la teinte noire normale. A l'éclairage oblique, il est permis de constater que la teinte opaline est due à la présence du cristallin, lequel, après avoir perdu ses adhérences en bas et en dedans, a été entraîné en haut et en debors. Malgré la suffusion du système cristallinien, l'examen ophthalmoscopique démontre une raréfaction notable de la couche pigmenteuse.

Ce fait offre un certain intérêt, surtout si on le rapproche de l'opinion de quelques anatomistes avec laquelle il est en opposition manifeste.

Mode d'action des caustiques dans l'énucléation des tumeurs kystiques et cutanées. — M. COURSSERANT donne de ce phénomène l'explication suivante: Si, sur une loupe, par exemple, et dans le sens du plus grand diamètre, on produit avec un caustique une eschare intéressant, après une ou plusieurs applications, presque toute l'épaisseur de la peau; d'un autre côté, si, plus tard, l'eschare et la faible couche cutanée non encore atteinte par le caustique sont intéressées par une incision linéaire, on trouve entre la peau et les parois du kyste un amas plus ou moins considérable d'une sérosité absolument identique, pour tous ses caractères physiques, à celle qui soulève l'épiderme dans l'emploi des vésicatoires; c'est cette sérosité qui, s'infiltrant entre la peau et la poche kystique, imbibe, ramollit et finit par détruire les adhérences cellulo-fibreuses, d'une texture assez lâche, qui existent entre le kyste et l'enveloppe cutanée. Si donc on réfléchit bien au procédé que la nature emploie pour l'élimination des tumeurs kystiques, on devra, dans le choix des procédés opératoires, donner la préférence à ceux de ces procédés qui tendent à ne produire que des eschares linéaires, laissant après leur chute des ouvertures linéaires, à travers lesquelles se produit avec facilité l'énucléation des tumeurs ci-dessus mentionnées.

Les considérations qui précèdent, ajoute M. Coursserant, ne doivent pas être perdues de vue toutes les fois qu'on s'occupera du traitement et de la cure de la tumeur lacrymale par l'oblitération du sac; car, si depuis que cette dernière question est à l'ordre du jour on voit si souvent relatées par les auteurs des observations de carie ou de nécrose des os entrant dans la charpente osseuse des voies lacrymales, ce ne sera pas forcer l'analogie des faits que de prétendre que dans ce cas particulier la cautérisation de la muqueuse du sac produit et doit produire souvent entre les os et la membrane fibro-muqueuse du sac, un épanchement de sérosité dont la présence a pour effet ultérieur de dénuder les os de leur enveloppe périostique et d'amener des complications dont on triomphe, mais qui retardent néanmoins beaucoup la guérison.

Le secrétaire adjoint, Dr ELLEAUME.

CORRESPONDANCE.

M. Clément Ollivier (de Nantes) nous prie d'insérer la réponse suivante aux critiques dont son travail sur les hémorrhagies puerpérales a été l'objet de la part de M. Cyrille Mathieu, dans le numéro du 26 avril dernier:

Monsieur le Rédacteur,

M. Cyrille Mathieu, examinant les quatre causes indiquées dans ma note du 29 janvier comme pouvant occasionner des métrorrhagies puerpérales, commence par me supposer une opinion que je n'ai nullement exprimée.

PREMIÈRE CAUSE. — *Implantation du placenta sur le col utérin pendant ou avant le travail de l'accouchement.*

M. Mathieu dit: Débarrasser l'utérus de tout ce qu'il renferme est la seule indication à remplir pour notre confrère.

Or je n'ai jamais exprimé cette opinion-là.

J'ai dit: Indiquer ces quatre causes, c'est indiquer aussi le moyen d'y remédier: or est-il un praticien tant soit peu expérimenté qui aura recours au tamponnement dans les quatre cas indiqués?

A la question posée par M. Mathieu au sujet de sa femme primipare, je répondrai qu'il peut y avoir autre chose à faire que de vider l'utérus, sans se priver, en employant le tampon, de tout moyen d'une investigation d'autant plus indispensable que le cas est plus grave.

En effet, à quoi attribuer en pareil cas la métrorrbagie? Au décollement de la portion placentaire qui s'insère sur l'orifice utérin. Eh bien, en supposant que le travail ne soit pas commencé, n'avez-vous pas l'hémostatique par excellence qui cicatrisera, si je puis employer ce mot, la déchirure qui est devenue une occasion de péril?

Si, au contraire, le travail est commencé, pouvez-vous encore employer le tampon? Je le demande à tous les praticiens.

Ne faut-il pas hâter le travail par tous les moyens connus? puis, sitôt que la dilatation le permet, déchirer un côté des adhérences placentaires pour engager la tête dans l'orifice utérin, ou terminer par une version rapide? Observons toutefois en passant que presque toujours dans le cas d'implantation du placenta sur le col utérin cette partie est tellement dilatable qu'on est tout étonné de pouvoir procéder à la version dès le début du travail.

Assurément la position est grave dans ce cas; toutefois, le danger n'existe qu'autant que le travail est languissant, et le tamponnement est bien peu susceptible de modifier cette position, puisqu'il serait incapable d'arrêter un écoulement sanguin qui se ferait tout aussi bien dans la cavité utérine qu'au dehors.

DEUXIÈME CAUSE. — Non discutable.

TROISIÈME CAUSE. — *Présence d'une portion ou de la totalité du placenta dans la cavité utérine.*

M. Mathieu admet le tamponnement dans le cas où l'adhérence exposerait à déchirer l'utérus.

Rien, selon moi, de plus funeste qu'une pareille théorie; car enfin, où s'adapte le tampon?... Empêchera-t-il la perte intra-utérine et le sang de s'accumuler dans la cavité de l'organe?... Vous aurez beau comprimer l'aorte, vous n'arrêterez pas la perte; et puis, comptez-vous pour rien la putréfaction de la portion placentaire restée dans la cavité utérine?

Quant à la crainte de déchirer les parois utérines..., j'opérais dernièrement un polype dur implanté sur le fond même de l'utérus. Ayant *faussé une grosse pince à polype dans un mouvement de torsion*, je fus obligé de couper la portion accessible; puis, quatre jours après, *j'arrachai* à l'aide de pinces à érignes les points d'attache fibro-tendineux; le tout formait 1100 grammes. Je n'eus assurément aucun accident à regretter, puisque la malade retournait le quatrième jour de Nantes à Chemillé, distant de vingt lieues au moins. Or, si pendant le travail de la grossesse les parois utérines augmentent proportionnellement à l'accroissement du produit de la conception, il est bien loin d'en être ainsi pour les polypes internes de l'utérus, lesquels ne se développent qu'aux dépens de l'épaisseur de ses parois.

Donc, lorsqu'il reste une portion placentaire, il ne faut point être arrêté par la crainte puérile d'une déchirure, mais bien l'extraire ou l'écraser, si l'on ne peut mieux, de manière à détruire ses communications vasculaires.

QUATRIÈME CAUSE. — *Séjour dans la cavité utérine de l'œuf au moment d'une fausse couche.*

M. Mathieu avoue que s'il était toujours possible de débarrasser l'utérus, ce mode d'agir serait à préférer... Eh bien, je dis: Ce mode d'agir est toujours possible, du moment où la fausse couche est déclarée, c'est-à-dire du moment où le col utérin dilaté et laissant saillir les membranes ne laisse plus de doute sur l'expulsion de l'œuf, car jusque-là, s'il n'existe aucune dilatation du col, la lésion placentaire ne peut être grave, et rien ne dit que, la perte apaisée, la grossesse ne suivra pas son cours.

Or le tampon, dans ce cas, provoquera des coliques s'il n'y en a pas, soit par son contact, soit en laissant accumuler dans la cavité utérine ou ses annexes le sang qui y arrive par torrents.

S'il y avait ténesme utérin, le tampon, en pareil cas, ne manquerait pas de l'augmenter. Les réfrigérants et les calmants doivent être seuls employés.

Mais sitôt que l'avortement est imminent, que le col est dilaté par les membranes, que la grossesse soit à son début ou à une époque plus avancée, assurément le seul moyen est de permettre à l'utérus d'obstruer par la rétraction de ses fibres les bouches exhalantes des vaisseaux placentaires.

Personne ne nie que cela ne soit difficile; mais cela est possible, car il est toujours possible d'introduire un doigt qui, avec la pression hypogastrique pour point d'appui, broiera ce qu'il ne pourra extraire.

Ce qui est dangereux dans ce cas, ce ne sont pas les manœuvres difficiles, mais le séjour dans la cavité utérine de matières si éminemment putrescibles, et qui par leur volume empêcheraient la rétraction des fibres de l'organe.

L'utérus débarrassé, la perte cesse à l'instant même. Ce ne sont donc point là de vaines théories, c'est de la pratique, et de la bonne pratique.

Je terminerai en faisant au sujet de la saignée dans le cas d'avortement une petite observation.

Si, dans le but d'arrêter les contractions utérines, cette saignée est pratiquée avant l'apparition de la perte, elle est essentiellement rationnelle. Mais si elle est pratiquée dans le but d'arrêter cette perte elle-même, alors qu'elle s'est manifestée, ne devrait-elle point être rangée comme le tampon au nombre des hérésies de la pratique?...

Saigner pour empêcher une malade de devenir exsangue, n'est-ce point plutôt hâter le terme fatal?... La saignée peut-elle obstruer les vaisseaux placentaires?...

Agréez, etc. Clément OLLIVIER.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Lestrille, né à Saint-Savinien (Charente-Inférieure); *Essai médical sur le comptoir du Gabon* (côte occidentale d'Afrique).

Genouville, né à Paris (Seine); *De l'ictère grave essentiel.*

Nicolle, né à Rouen (Seine-Inférieure); *Recherches sur le développement et les transformations de l'hystérie, faites à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen.*

Mercier, né à Nantes (Loire-Inférieure); *De l'ombilic artificiel.*

Paillot, né à Argenteuil (Yonne); *Nouvelles recherches sur le croup.*

Mignot, né à Nevers (Nièvre); *De la chlorose.*

Sénac, né à Paris (Seine); *Quelques considérations sur la nature, la marche et le traitement des maladies du cœur.*

Gasté, né à Tours (Indre-et-Loire); *De l'ictère des nouveau-nés.*

Moreau, né à Mantelan (Indre-et-Loire); *Des hémorrhagies de l'utérus.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La commission générale des délégués des douze arrondissements de Paris, pour la poursuite de l'exercice illégal de la médecine, a procédé dans sa première réunion à la nomination d'une sous-commission chargée d'étudier la question. La sous-commission a chargé à son tour un de ses membres d'élaborer un projet de règlement pour le fonctionnement de la commission générale. On pense que ce projet de règlement sera proposé à la sous-commission dans sa prochaine séance. Il a été convenu, en outre, que les résolutions de la commission générale seraient soumises à l'approbation des diverses sociétés d'arrondissement.

— Un décret du 28 avril dernier a décidé que l'Asile impérial du Vésinet, destiné primitivement à recevoir des ouvriers mutilés, sera affecté aux femmes convalescentes.

— Parmi les effets de l'acte qui a décrété la répression du charlatanisme en Angleterre, l'un des plus curieux et des plus inattendus est celui qui s'est produit le 6 avril dernier. Un individu qui avait exercé la médecine sans titre, s'est présenté à Londres devant une réunion de la commission générale, et là il a fait amende honorable, protestant que s'il avait donné quelques consultations chez lui, il n'avait du moins jamais fait de visites en ville, *excepté pour les maladies vénériennes.*

Une autre conséquence de la nouvelle législation, c'est que les malades commencent à savoir qu'ils peuvent s'autoriser des termes de l'acte pour refuser de satisfaire aux demandes d'honoraires que leur adressent les médicastres dépourvus de titre légal, et que plusieurs ont déjà usé de cette faculté.

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

M. le docteur Etoc-Demasy, du Mans. . .	30 fr.
M. le docteur Seraine, de Niort. . . .	20
Total. . . .	50 fr.
Total des listes précédentes. .	1418 fr. 50 c.
Total général jusqu'à ce jour. .	1468 fr. 50 c.

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 4, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 40.

Toutes les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises pour être reliées sont maintenant toutes prêtes et à la disposition de leurs propriétaires.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encourager les auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et ou autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De l'ictère grave au point de vue anatomo-pathologique. — De la médication arsenicale dans la chorée. — Hydropéricardite développée sous l'influence d'une diathèse nerveuse. — Quelques mots sur l'ablation de l'ongle. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 4 mai. — Nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'ictère grave au point de vue anatomo-pathologique.

Les observations d'ictère grave que nous avons publiées en assez grand nombre dans ces deux ou trois dernières années, les recherches anatomo-pathologiques dont cette maladie a été le sujet, et les diverses tentatives de théorisation qui ont été faites sur sa nature et son caractère, tout concourt à donner un intérêt particulier d'actualité aux recherches que M. le docteur L. Genouville, ancien interne des hôpitaux, vient de consigner sur ce difficile sujet dans sa thèse inaugurale. On nous saura gré d'emprunter à cet excellent travail un résumé des faits qui ressortent de l'analyse d'un grand nombre d'observations, recueillies par l'auteur pendant son internat dans les hôpitaux. Nous nous bornerous, pour aujourd'hui, à présenter les faits relatifs à l'anatomie pathologique de l'ictère, sujet qui est plus particulièrement à l'ordre du jour dans ce moment.

Lésions du foie. — M. Genouville divise, sous ce rapport, les observations qu'il a rassemblées en deux catégories. Dans un certain nombre de cas, soit que la marche rapide de la maladie ait empêché les lésions de se produire, soit qu'il s'agisse d'une forme particulière de l'affection, le foie a été trouvé parfaitement sain; sauf la teinte ictérique qui colore les tissus, il eût été impossible, dit-il, à l'observateur le plus attentif, de découvrir la plus légère modification tant dans son aspect extérieur que dans sa structure intime. Tel a été en particulier le cas d'une observation que M. Genouville a recueillie lui-même dans le mois de mai de l'année dernière, dans le service de M. le professeur Grisolle, à l'Hôtel-Dieu. Une observation tout à fait semblable avait été recueillie dix-huit mois auparavant par M. Brongniart, dans le service de M. Marotte, à la Pitié.

L'autre catégorie comprend les cas, en plus grand nombre, dans lesquels les altérations portent sur le poids, le volume, la couleur, la consistance, et enfin sur la structure même de la glande.

Le poids et le volume du foie ont subi, dans un grand nombre de cas, des modifications notables. Ainsi, l'organe, qui, terme moyen, pèse 2 kilogrammes, a pu être diminué de moitié, des trois quarts, et même, dans un cas, le foie s'est trouvé réduit au poids de 280 gr. Très-exceptionnellement, il déborde les fausses côtes; au contraire, il remonte et se place ordinairement dans la cavité du diaphragme. Son bord inférieur est mince et tranchant; il atteint rarement à gauche la petite courbure de l'estomac. Mais c'est surtout sur l'épaisseur de la glande que porte la réduction de volume. Le lobe gauche paraît avoir été plus fréquemment et plus profondément atteint que le droit.

Sous le rapport de la consistance, tantôt normal, tantôt, mais rarement, d'une fermeté insolite, il a été trouvé le plus souvent ramolli. Souvent parsemée de taches ecchymotiques en plus ou moins grand nombre, sa surface présente, dans ce cas, des teintes très-variables, tantôt d'un rouge vineux, tantôt d'un vert bronzé uniforme ou parsemé de taches jaunâtres, tantôt d'un gris ardoisé. Lorsque la membrane fibreuse est incisée, on trouve le tissu de la glande d'une consistance molle, onctueuse au toucher et facile à écraser sous les doigts. Sa déchirure, bien qu'irrégulière, n'est pas granuleuse comme à l'état normal; on y distingue à peine les lobules; l'aspect en est homogène, et l'élément vasculaire semble avoir complétement disparu. En le coupant par tranches, on voit que le foie contient peu de bile et peu de sang, mais qu'il renferme une assez notable proportion de substance huileuse, qui suinte sous forme de gouttelettes par la plus légère pression.

Tel se montre l'état du foie lorsque le ramollissement est porté à son plus haut degré et qu'il a envahi la totalité de l'organe. Mais toutes ces modifications dans l'aspect extérieur du foie se rattachant à un trouble plus profond de sa structure intime, M. Genouville a cherché à aller plus loin; il a examiné, quand cela lui a été possible, l'état des vaisseaux et des cellules hépatiques. Il n'a pu réunir malheureusement que deux observations dans lesquelles il ait été fait mention des vaisseaux injectés. Dans un cas, l'injection poussée dans la veine-porte et dans l'artère hépatique, a donné un résultat peu concluant; dans l'autre, la matière injectée, arrivée au réseau capillaire, ne le remplit qu'incomplétement, puis s'épanche au dehors sans pénétrer dans les vaisseaux périphériques des lobules.

On connaît le mode de dégénérescence ou d'altération des cellules hépatiques, qui a été désigné par les anatomo-pathologistes sous le nom de dégénérescence atrophique. Nous n'en rappellerons pas ici les caractères. C'est la lésion qui a été constatée le plus fréquemment.

En somme, et pour résumer ce qui a trait aux lésions du foie, les recherches anatomo-pathologiques montrent l'organe diminué de volume, plus ou moins ramolli, modifié dans sa coloration; elles montrent, en outre, que ces changements, appréciables à première vue, sont le résultat d'une altération plus profonde, révélée par le microscope, et consistant dans la destruction ou la transformation graisseuse des éléments sécréteurs, et que, enfin, dans quelques cas exceptionnels, il s'est formé des produits élémentaires nouveaux qui se sont substitués aux cellules. Mais ce qu'il importe d'ajouter, c'est que ces lésions ne sont pas constantes, et que dans les cas où elles sont le plus manifestes, elles paraissent répondre toujours à une période avancée ou même à la période ultime de la maladie.

Les lésions anatomiques des voies biliaires ont une moindre importance. Le conduit cholédoque a été toujours trouvé perméable, ainsi que les deux conduits hépatiques. La vésicule est généralement flasque, aplatie, et ne déborde jamais le bord inférieur du foie; la bile qu'elle contient est en petite quantité; tantôt visqueuse et filante, tantôt très-fluide, sa coloration varie du brun foncé au brun clair, ou du vert noirâtre au vert jaunâtre.

Le tissu du rein est souvent ramolli; sa surface externe est pâle, comme chez les individus qui succombent à la suite de la scarlatine; sa membrane fibreuse se détache facilement, mais entraîne parfois avec elle des fragments de tissu glandulaire; la substance tubuleuse, d'un rouge-brun foncé, se détache nettement sur la substance corticale d'un aspect jaunâtre, uniforme ou disposé par plaques; des ecchymoses, de petits épanchements sanguins se forment soit à l'extérieur, soit à l'intérieur. L'examen microscopique démontre que les *tubuli* sont plus friables que d'habitude, qu'ils sont remplis d'une matière granuleuse amorphe. Dans certains points, les cellules épithéliales qui tapissent les tubes urinifères ne peuvent être trouvées entières; dans d'autres, elles sont remplies de granulations brunâtres qui les rendent opaques. Enfin, il n'est pas rare de voir des granulations graisseuses et de petites gouttelettes d'huile mêlées aux autres éléments.

On remarquera l'analogie qui existe entre ces lésions et celles du foie. On y trouve en effet la même altération de structure, destruction des éléments primitifs des deux glandes, qui semblent sous l'influence d'un même processus morbide; — circonstance dont il importera de tenir compte dans l'appréciation du rôle et de la valeur de ces lésions.

Le sang que l'on trouve dans les vaisseaux est en général noirâtre, fluide, rarement coagulé.

L'examen de l'encéphale n'a révélé que des lésions banales qui n'expliquent ni l'invasion du délire ni le coma. Le plus habituellement la dure-mère offre une coloration ictérique assez intense, comme la plupart des tissus de l'économie; les vaisseaux de la pie-mère sont souvent le siége d'une injection assez forte. Dans quelques cas, on a constaté l'aspect piqueté ou sablé du cerveau; dans un cas seulement, il y eut un raptus sanguin assez fort pour produire une apoplexie.

Les plèvres sont le siége d'altérations diverses; elles contiennent, dans un certain nombre de cas, un ou deux verres de sérosité jaunâtre ou rougeâtre; outre la coloration qui affecte tous les tissus, on rencontre çà et là, tant sur la plèvre costale que

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Appréciation des différentes méthodes thérapeutiques des rétrécissements de l'urèthre, par M. le docteur ICARD, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Apprécier à leur juste valeur les diverses méthodes thérapeutiques des rétrécissements de l'urèthre, en tracer l'histoire d'une manière attachante, était une tâche difficile, mais non impossible à M. Icard.

Bien que ce sujet ait été toujours l'objet d'une prédilection spéciale de la part des chirurgiens, il suffit cependant d'ouvrir cet opuscule pour y trouver à chaque pas des questions litigieuses, des points de vue nouveaux.

Pour envisager sainement certaines méthodes, d'une utilité encore douteuse, M. Icard était dans d'excellentes conditions; aucun parti pris d'avance ne l'attachait à telle ou telle opinion; sans idée préconçue, il a mis à la recherche de la vérité un jugement sain, un esprit consciencieux et une investigation perspicace.

Nous pouvons dire avec assurance que, après avoir lu cette thèse, on possédera une idée complète de la thérapeutique des rétrécissements; du reste, une esquisse rapide montrera toute l'étendue du cadre et le nombre des points de vue embrassés par l'auteur.

Après avoir consacré quelques pages intéressantes à l'anatomie pathologique des coarctations, M. Icard parle de la dilatation; il la divise:

1° *En brusque*, qui est souvent dangereuse et a quelquefois causé la mort, comme le prouvent trois faits de M. Sédillot, deux de Béniqué, et un de M. Terrève;

2° *En continue*, dont les inconvénients sérieux ne compensent point quelques douteux avantages;

3° *En dilatation lente et graduelle*, dont l'exécution est facile, qui n'aggrave pas les rétrécissements lorsqu'elle est sagement conduite. Cependant on peut l'accuser de produire quelquefois des accès fébriles pernicieux, des uréthrites, des orchites, des abcès. On lui reproche également son insuffisance, car dans tous les cas, la guérison, pour se maintenir, nécessite l'emploi indéfini de la sonde.

Quant à la *cautérisation*, outre qu'on peut lui attribuer l'aggravation fréquente des accidents du rétrécissement, elle manque de précision, elle cause l'inflammation et l'infiltration urineuse, la rétention d'urine et des hémorrhagies graves. Cependant il est bon de noter que M. Leroy d'Étiolles l'a employée seize fois avec succès dans des cas de rétrécissement infranchissable.

Une méthode plus en faveur est celle des *incisions uréthrales*; l'auteur se demande à quelle profondeur il faut les pratiquer? Cette profondeur doit être calculée, d'après l'épaisseur de la coarctation et son degré de résistance; il n'y a donc pas de règle de conduite absolue; mais le danger vient surtout de ce que le tissu spongieux est compromis; de là hémorrhagie et infection purulente.

Les incisions sont *superficielles* et *profondes*.

Sur le compte des premières, on peut mettre la douleur, quelques hémorrhagies légères, l'infiltration urinaire notée par MM. Civiale et Maisonneuve, l'inflammation de la plaie observée souvent par M. Reybard, et, ce qui est plus redoutable encore, l'infection purulente. M. Icard en a trouvé six cas, presque tous dans la pratique des chirurgiens de Paris; mais tous les insuccès n'ont pas été publiés.

La scarification permettant les récidives et causant parfois de graves accidents, on doit lui préférer la dilatation toutes les fois que le rétrécissement est dilatable.

M. Icard se déclare peu partisan de l'*uréthrotomie profonde*; elle expose, dit-il, à des hémorrhagies graves. M. Reybard en a observé 38 sur 77 opérations; M. Bonnet dut également les combattre. Elle a amené fréquemment l'infiltration urinaire chez les opérés de Blandin, de MM. Civiale, Maisonneuve et Reybard lui-même.

On a publié sept cas de mort par infection purulente qu'on doit lui attribuer. L'inflammation de la plaie s'est produite une fois sur six.

Ces faits justifient suffisamment le peu de sympathie que montre M. Icard pour cette méthode.

Abordant ensuite l'étude de l'*uréthrotomie externe*, il lui reconnaît également de nombreux inconvénients : ainsi, elle est d'une extrême difficulté quand le rétrécissement est infranchissable; elle a produit quelques hémorrhagies graves; avec elle la phlébite est commune, et la mortalité bien plus fréquente que ne l'avait annoncé M. Syme; elle serait à peu près de 1 sur 3 d'après les relevés de M. Icard.

Ici, comme après la dilatation, comme après l'incision, les faits viennent démontrer que la récidive est la règle.

S'occupant en dernier lieu de la rétention d'urine et des moyens d'y remédier, l'auteur donne, non sans raison, la préférence à la ponction hypogastrique, qu'il met en parallèle avec le cathétérisme forcé et la boutonnière.

Tel est le résumé succinct de cette thèse, qui nous a paru remarquable par la richesse des faits et des idées, par une érudition de bon aloi, par la justesse des aperçus critiques, et par un intérêt soutenu qui en rend la lecture facile et attrayante. Dr DELORE.

Etudes sur les eaux minérales de l'Algérie, recueillies et publiées par M. le docteur A. BERTHERAND, médecin principal de l'armée (1).

En rendant compte (*Gazette des Hôpitaux* du 18 juin 1857) du *Guide pratique aux eaux minérales* de M. le docteur Constantin James, j'exprimais le regret de n'avoir pas trouvé dans cet excellent et consciencieux travail la moindre indication des richesses balnéologiques de l'Algérie.

La facilité et la rapidité des communications de la France avec cette

(1) Paris, in-8° de 183 pages. 1858. — Chez J. B. Baillière.

sur la plèvre pulmonaire, des ecchymoses en plus ou moins grande abondance. On n'y a jamais rencontré de traces d'inflammation récente. Les poumons sont toujours le siége d'une congestion sanguine très-prononcée, surtout aux lobes inférieurs et aux parties déclives, congestion qui peut même aller jusqu'à l'apoplexie, ainsi que cela a eu lieu dans le fait de M. Grisolle, déjà cité.

Le péricarde renferme généralement un liquide analogue à celui des plèvres; on y rencontre aussi des ecchymoses, mais en petit nombre. Le tissu du cœur est mou, flasque, d'un rouge qui semble participer à la teinte ictérique générale. On n'a jamais rencontré d'ecchymoses dans l'intérieur de l'organe.

Le péritoine présente les mêmes lésions que les autres séreuses; même coloration du liquide épanché; mêmes ecchymoses. La muqueuse de l'estomac offre quelques altérations; sa couleur et sa consistance varient suivant les cas; tantôt elle est d'un gris rougeâtre, comme le liquide qu'elle contient, et paraît ramollie; tantôt elle est exempte d'altération. Il y existe parfois de fines arborisations et des suffusions sanguines plus ou moins étendues. Le liquide que renferme la cavité de l'estomac est rougeâtre, constitué par du sang plus ou moins altéré, que l'on retrouve pendant la vie, soit dans les matières vomies, soit dans les déjections; rarement ce liquide est coloré par la bile. Quant aux intestins, leur muqueuse est saine, sauf quelques cas, où il existe des ecchymoses dans le duodénum.

La rate n'est le siége d'aucune altération constante. Dans quelques cas elle a été trouvée ramollie et hypertrophiée.

Si l'on essaye maintenant d'apprécier, avec l'auteur, l'ensemble de ces lésions, voici ce dont on est plus particulièrement frappé. De tous les organes, deux seulement ont été trouvés à peu près constamment et profondément modifiés dans leur structure, le foie et le rein. Encore a-t-on vu quelques cas d'ictère grave très-caractérisés dans lesquels ces lésions ont manqué. De sorte qu'en admettant même que la dégénérescence du foie suffise pour expliquer l'ictère, elle ne rendrait compte ni de la gravité ni de la marche rapide et du caractère particulier de malignité qu'elle présente.

D'un autre côté, bien qu'aucun des autres organes n'ait présenté de lésions spéciales constantes, on remarque cependant un ensemble de lésions communes à presque tous les organes; ce sont ces ecchymoses disséminées à la surface de presque tous les viscères, et qui semblent dénoter dans la crase sanguine une perturbation analogue à celle que l'on constate en général dans les maladies de nature septique.

Ces résultats engagent, comme on le voit, à se tenir encore sur la réserve à l'égard du rôle que l'on a attribué à la lésion désignée sous le nom d'*atrophie jaune du foie* dans l'ictère grave, et des diverses théories que l'on a cherché à fonder sur ce caractère anatomique.

De la médication arsenicale dans la chorée (1).

La médication arsenicale convient-elle dans tous les cas de chorée? A quelles doses devra-t-on administrer l'acide arsénieux pour en obtenir tous les effets thérapeutiques nécessaires sans atteindre à l'action toxique? Telles sont, avons-nous dit dans notre deuxième article de la dernière *Revue clinique*, à l'occasion d'un fait de guérison de chorée communiqué à la Société médicale des hôpitaux par M. Aran, les questions sur lesquelles il importe d'être fixé avant de préconiser l'emploi de cette médication.

(1) Voir le numéro du 7 mai.

Ces deux questions, M. Aran les a examinées dans un très-bon article qu'il a inséré dans le *Bulletin de Thérapeutique*, depuis cette communication. Voici ce que lui a appris à cet égard son expérience personnelle, jointe à la lecture des auteurs étrangers qui se sont plus particulièrement occupés de ce sujet.

La médication arsenicale convient-elle dans tous les cas de chorée? M. Aran déclare que, pour lui, il ne se fait aucune illusion à cet égard; il est convaincu que la médication arsenicale doit inévitablement échouer dans un certain nombre de cas; il avoue avoir échoué complétement dans quatre cas, dont deux d'hystérie avec mouvements choréiformes. Ce serait dans la chorée véritable que cette médication offrirait, suivant lui, le plus de chances. Mais n'y aurait-il pas pour l'arsenic, se demande M. Aran, une spécialité d'action? Il est disposé à le croire. S'appuyant sur l'opinion de Romberg, qui a signalé les chorées remarquables par leur caractère opiniâtre et rebelle, comme celles qui sont le plus avantageusement modifiées par l'arsenic, il pense que cet agent répond surtout aux chorées qui, sans perdre leur filiation avec le type morbide de ce nom, se montrent cependant avec des anomalies dans l'expression et dans la forme des accidents. Autrement dit, l'acide arsénieux lui paraît l'ancre de salut des chorées anormales, quelle que soit d'ailleurs la nature de l'anomalie. C'est ainsi que l'une de ses observations a trait à une chorée avec hallucination; deux autres sont des exemples de chorée unilatérale : l'une accompagnée d'une hémiplégie incomplète, une autre d'une agitation particulière, revenant principalement le matin.

Il ne doute pas cependant que des chorées simples pourraient être modifiées aussi avantageusement que les chorées anormales; plusieurs des faits qu'il a recueillis en feraient foi au besoin. Aussi est-il d'avis d'essayer toujours la médication arsenicale dans la chorée pendant quelque temps, sauf à l'abandonner de bonne heure, s'il ne survient pas une amélioration rapide.

Mais pour justifier ce conseil, il faut préalablement démontrer que la médication arsenicale ne peut faire courir aucun danger sérieux aux malades.

Ceci nous conduit à la question de posologie, question toujours importante, mais particulièrement grave ici, et qui ne saurait être examinée de trop près et avec trop de précision, quand il s'agit d'une semblable médication. Il ne suffit pas, dit M. Aran, de donner de l'arsenic, il faut encore en donner une dose suffisante pour modifier convenablement l'économie. Or il y a deux manières de procéder, l'une qui consiste à administrer une dose très-faible en commençant, un demi-milligramme, par exemple, et à l'élever peu à peu et lentement jusqu'à des doses assez considérables; l'autre, suivant laquelle on commence d'emblée par des doses qui, sans être toxiques, sont cependant de nature à impressionner assez énergiquement l'organisme.

Pour déterminer la dose *minimum* à laquelle on peut commencer l'administration de l'acide arsénieux, M. Aran a dépouillé un grand nombre des observations rapportées à propos de ce traitement de la chorée, et il est arrivé à cette conviction, que chez des sujets très-jeunes, à sept ans, par exemple, il ne peut y avoir aucun inconvénient à commencer par 2 ou 3 milligrammes, puisque dans beaucoup de cas 5 milligrammes ont été donnés d'emblée sans aucun accident. Chez l'adulte, on peut aller beaucoup plus haut, commencer par 5 milligrammes ou par 1 centigramme. Ce que M. Aran considère surtout comme important, c'est d'augmenter avec rapidité la dose, afin d'arriver en deux, trois, quatre ou cinq jours à 1 centigramme ou 1 centigr. et demi d'acide arsénieux chez l'enfant, à 2 ou 3 centigr. chez l'adulte, et cela non-seulement parce que l'économie s'habitue facilement à de petites doses, et que les effets thérapeutiques peuvent être manqués, mais surtout parce que cette manière de procéder a l'inconvénient de conduire plus facilement à la saturation de l'économie, et par suite à l'intolérance.

Cette administration lente et graduelle de l'acide arsénieux, fait remarquer M. Aran, introduit et accumule, par ce fait, dans le corps humain, plus d'acide arsénieux qu'on ne peut le faire par une augmentation rapide. Or, si l'on tient compte de ce fait bien connu que l'élimination de ce métal est très-lente et qu'il s'accumule dans les organes parenchymateux, dans le foie, le poumon, etc., on comprend les dangers que peut avoir cette manière d'agir.

Surveiller avec le plus grand soin la médication arsenicale, fractionner la dose du médicament, l'administrer même au moment du repas, afin de rendre l'assimilation plus facile, suspendre la médication au premier indice de l'intolérance, rien de mieux, dit-il; mais quand on l'emploie, il faut arriver rapidement jusqu'à la dose thérapeutique, sauf à interrompre au premier accident et à reprendre de nouveau à doses faibles et croissantes dès que les accidents sont passés. Voici la manière dont il agit, et la formule dont il se sert à cet effet :

Acide arsénieux.	5 centigrammes.
Eau distillée.	500 grammes.

100 grammes de cette solution contiennent par conséquent 1 centigramme d'acide, et une cuillerée de 25 grammes en contient à peu près 2 milligrammes et demi. En augmentant d'une cuillerée par jour, on arrive en cinq jours à 1 centigramme et demi, dose suffisante chez les enfants. Si la guérison n'a pas lieu dans un temps très-court, s'il ne survient pas au moins des modifications favorables, c'est que l'arsenic ne convient pas, et il faut se hâter d'y renoncer pour lui substituer une tout autre médication.

En résumé, l'avantage que M. Aran attribue à la médication arsenicale dans le traitement de la chorée, c'est d'être mieux appropriée que toutes les autres à certaines formes anormales, et particulièrement aux cas les plus rebelles et les plus opiniâtres, et surtout de les guérir, en général, en un temps très-court.

Les inconvénients, disons plus, les dangers que l'on pourrait craindre en recourant à cette médication, seraient aisés à prévenir suivant notre confrère, ou plutôt ils n'existeraient même pas, en sachant combiner une certaine hardiesse dans l'administration avec une grande surveillance des effets produits.

Hydropéricardite développée sous l'influence d'une diathèse nerveuse.

Tel est le titre d'une observation que nous communique M. le docteur E. Bissieu, de Verneuil (Eure). Sans garantir l'exactitude du titre, en tant qu'impliquant une relation directe entre les phénomènes morbides aigus qui se sont manifestés du côté du cœur et l'état névrosique général, qui constitue le fond de l'affection et donne à ce fait son caractère propre, nous n'en considérons pas moins cette observation comme très-digne d'intérêt, en ce moment surtout où l'attention vient d'être tout récemment éveillée sur le nervosisme. C'est, en effet, un de ces exemples des mille formes bizarres et variables à l'infini que peuvent revêtir les affections nerveuses :

Louise C..., blanchisseuse, demeurant à Verneuil (Eure), est âgée de vingt-deux ans et mariée depuis quatre. D'un tempérament lymphatico-sanguin, elle a toujours joui d'une excellente santé pendant son adolescence et les deux premières années de

---

belle colonie, ajoutais-je, le grand nombre de sources thermales qu'on y a rencontrées, et dont quelques-unes ont été analysées et expérimentées avec succès, méritent bien que la réputation des eaux minérales du nord de l'Afrique soit partout connue et popularisée.

Les documents, en effet, ne manquaient pas sur cet important sujet. D'une part, les médecins de l'armée avaient depuis longtemps pris soin de faire connaître l'emplacement et les principales propriétés des stations minérales rencontrées sur les territoires que visitaient les colonnes expéditionnaires. D'un autre côté, les officiers de santé et chefs d'hôpitaux de la colonie avaient soumis à l'analyse chimique et à l'épreuve clinique celles de ces eaux dont la puissance semblait déjà hautement indiquée, autant par les pompeux éloges de la tradition indigène que par l'importance de constructions romaines à peine respectées par le temps.

Malheureusement, toutes ces investigations scientifiques restaient disséminées dans le *Recueil des mémoires de médecine et de pharmacie militaires*, dans des *notices* particulières, dans bon nombre de *thèses inaugurales* soutenues par nos jeunes confrères de l'armée. En joignant à tous ces travaux les renseignements fournis par les journaux de la colonie, et par les rapports des bureaux indigènes, j'étais parvenu à dresser, dans ma *Médecine des Arabes* en 1855, la liste de près de quatre-vingts sources minérales : mais la nature toute spéciale de cet ouvrage m'obligeait à ne pas dépasser les limites d'un inventaire assez sommaire, il est vrai, mais après tout le plus complet qui ait été publié.

Le docteur A. Bertherand vient donc combler une lacune importante en réunissant les *Etudes* fournies par des médecins civils et militaires sur les principales de ces sources; il a avantageusement résumé plusieurs de ces travaux dans ce qu'ils présentaient de plus essentiel à connaître; pour les autres, il a textuellement inséré les mémoires originaux, et en a enrichi quelques uns des considérations médicales et économiques que l'observation clinique ou l'examen des moyens d'exploitation lui ont suggérées.

Non-seulement l'agencement de ces diverses monographies consacre d'une façon éclatante la puissance bien constatée des sources minérales que l'Algérie peut offrir à ses habitants indigènes et européens, mais encore il établit, à l'avantage de la colonie, que ses thermes n'ont rien à redouter de leur comparaison avec ceux de la France et de l'Europe.

Ainsi : *Hammam-Melouane*, à 30 kilom. d'Alger, est bien plus riche en éléments salins que ses congénères *Bourbonne*, *Balaruc* et *Lucques*.

Oaïoun-Skhouna, à 3 kilom. d'Alger, offre une ferrugineuse alcaline carbonatée des plus précieuses.

A 26 kilom. de Milianah, *Hammam-Rira*, et tout près d'Oran les *Bains de la Reine*, dissipent merveilleusement les affections rhumatismales, les arthropathies, certaines dermatoses, etc.

Seltz et *Saint-Galmier* ont trouvé des rivales dans l'eau de *Mouzaïa-les-Mines*, près de Médéah, et de *Ben-Haroun* en Kabylie.

Hammam-Meskoutine, à 40 kilom. de Guelma, se fait remarquer par une température des plus élevées que l'on connaisse (95° c.), par une composition toute spéciale qui lui assure tout à la fois les propriétés des *Eaux Bonnes*, de *Plombières*, *d'Aix* (Savoie), etc.; enfin par son efficacité dans les paralysies, la syphilis, les plaies d'armes à feu, les engorgements glandulaires, etc.

La source des Cèdres de *Téniet-el-Had*, à 60 kilom. de Milianah, contient plus de sels ferrugineux que *Bussang*, *Mont-Doré*, *Pougues*, etc., et s'est montrée bienfaisante dans la cachexie palustre, l'aménorrhée, les flux intestinaux, etc.

Grâce au réseau de chemins de fer qui vont relier entre eux un grand nombre de points des trois provinces algériennes, ces diverses étapes hydro-minérales seront facilement abordées et donneront à la population coloniale le soulagement et la guérison qu'elle aurait dû, sans cela, chercher au delà de la Méditerranée. Ajoutons que la température modérée propre au climat du nord de l'Afrique offrira l'avantage tout particulier de permettre d'y continuer la médication thermale bien au delà de l'époque où les approches de l'automne chassent prématurément les valétudinaires des sources de France et d'Europe, précisément au moment où la cure s'annonce le plus ordinairement sous de bons auspices.

Au point de vue de leurs propriétés actives et du climat, les thermes algériens offrent donc une très-précieuse ressource sur laquelle le docteur A. Bertherand aura réussi à concentrer l'attention publique et gouvernementale, en signalant à nouveau et d'une manière toute particulière les intéressants travaux qu'ils ont fourni à MM. Payn, Lelorrain, Lasnier, Hamel, Tripier, Simounet, Millon, de Marigny, Duplat, Négrin, Soucelyer, Delestre, Grellois, etc.

Dr E. L. BERTHERAND.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

son mariage. Une hernie inguinale droite, dont elle n'a jamais éprouvé d'accidents, et pour laquelle elle porte un bandage approprié, ne l'empêche pas cependant de vaquer à ses occupations journalières. Jeune fille, les règles se sont établies sans difficulté de seize à dix-sept ans, et depuis son mariage elles n'ont pas cessé de paraître régulièrement. Elle n'a jamais eu de grossesse; son mariage est heureux et la gaieté habite l'intérieur de son ménage. Ainsi donc, point de peine morale que l'on puisse rattacher aux accidents qui vont se dérouler.

En août 1856, elle s'aperçoit avec surprise de pulsations à l'ombilic. L'état général continuant à être satisfaisant, elle n'y accorde pas une plus grande attention. Deux ans plus tard (août 1858), les battements de l'ombilic augmentent d'intensité. Elle se plaint de douleurs à l'épigastre et de palpitations.

Après quelques semaines de calme, les palpitations reparaissent. Impatiences, fourmillements dans les jambes, désir immodéré de mouvement.

Ce désir est tel qu'elle n'hésite pas à sortir un jour de chez elle, sans aucun motif, et malgré une pluie torrentielle. Elle fait ainsi le tour de la ville, et rentre inondée mais soulagée, selon elle; douleurs dans les membres inférieurs semblant partir des hanches et s'irradier jusqu'aux pieds. La malade traîne un peu la jambe, la position assise ou couchée lui est insupportable, surtout dans le décubitus latéral gauche. Une nuit, elle se réveille en sursaut, se précipite hors du lit, et marche dans sa chambre en proie à la plus grande agitation. Tout à coup, ses genoux fléchissent pour se redresser immédiatement après, comme mus par un ressort d'acier ou atteints par une décharge électrique. Par deux fois, à un quart d'heure d'intervalle, ce phénomène du saut se reproduit avec la même spontanéité. Son médecin ordinaire voyant dans ces faits des symptômes d'hystérie, se borne à lui prescrire de la tisane de tilleul et de la valériane sous toutes les formes. On ne remarque aucun changement; les palpitations reviennent plus fréquentes, l'agitation augmente de jour en jour; dyspnée légère. Elle s'irrite de l'indifférence des autres pour son état; elle parle sans cesse, rit et pleure vingt fois dans la même heure.

C'est alors que M. Bissieu est appelé auprès de la malade. Il la trouve debout, marchant dans sa chambre, en proie à une anxiété qui lui rappelle celle des femmes en mal d'enfant; elle en a le facies : la sueur découle de son visage; les paupières sont marbrées de bleu, les yeux brillants; le pouls, petit, filiforme, se relève par moments, pour redevenir plein, dur, et battre de 90 à 100 fois par minute. M. Bissieu la fait mettre au lit, et examine la région précordiale. Elle ne présente aucune voussure; les battements du cœur sont inégaux, saccadés, tumultueux, alternativement sonores et voilés.

M. Bissieu remarque que la pointe du cœur ne vient pas toujours frapper le même point de la paroi thoracique; elle lui paraît se mouvoir dans une circonférence de 10 à 12 centimètres. « Il me semble, dit la malade, que mon cœur nage. « Cependant on ne perçoit pas à l'oreille une fluctuation bien manifeste. La percussion donne de la matité jusqu'à la naissance de l'appendice xyphoïde et jusqu'à la quatrième et cinquième côtes, à 7 ou 8 centimètres à gauche du sternum.

Du reste, pas de bruit de souffle aux orifices cardiaques ni dans les carotides. Il n'y a jamais eu d'œdème aux extrémités inférieures ni de cyanose à la peau. L'ombilic bat avec fureur et soulève l'oreille appliquée au-dessus. Les pulsations sont isochrones aux battements du cœur; elles sont superficielles et paraissent s'étendre autour de l'ombilic dans un rayon de 3 à 4 centimètres. On constate des sudamina sur l'abdomen et des taches oblongues, d'un rose vif, comme carminées. Ces taches disparaissent sous la pression du doigt, et offrent de 8 à 10 millimètres de largeur sur 20 ou 25 de longueur. La langue est jaune et chargée à sa base, un peu rouge sur les bords. Lorsque l'imminence de la syncope a disparu, le pouls redevient fréquent et la peau brûlante.

M. Bissieu diagnostique : hydropéricardite développée sous l'influence d'une idiosyncrasie nerveuse. Il prescrit en conséquence : application d'un vésicatoire à la région précordiale; quatre verres d'infusion de feuilles de digitale (un quart de feuille par litre d'eau).

Ceci se passait le 31 décembre dernier. Le 1er janvier, il y a un mieux sensible.

Le 2, les palpitations reparaissent. — Continuation du traitement, lavement avec 4 grammes d'*assa fetida*.

Le 3 et le 4, amélioration.

Le 5, retour des accidents; la respiration est toujours gênée, mais très-faiblement. — 8 sangsues à l'anus.

Le 6, mieux sensible; la matité diminue, la fièvre tombe.

Le 8, la malade a eu encore des palpitations qui ont duré près de trois quarts d'heure; mais « elle sent son cœur, dit-elle; il est revenu à sa place. » Par moments il lui semble qu'on le tiraille, le déchire. Une seule fois on a perçu par l'auscultation un bruit de frottement.

Le 9 et le 10, le pouls accuse de 60 à 70 pulsations; son rhythme est régulier; la peau est molle. La malade boit de l'eau ferrugineuse.

Le 11, les palpitations reviennent avec les battements à l'ombilic; qui pendant ces alternatives n'ont jamais entièrement cessé.

Le 12, persistance du trouble fonctionnel de la circulation.

Découragé, M. Bissieu appelle un confrère en consultation; celui-ci, après avoir longuement examiné la malade, déclare ne trouver aucune altération organique, et rattache tous ces symptômes à une lésion nerveuse.

Le 13, même traitement.

Les 14, 15 et 16, amélioration. Les règles attendues ce jour-là ne paraissent pas.

Le 17, on cesse la digitale qu'on remplace par une infusion d'armoise.

Le 18, l'aménorrhée persiste. — 3 sangsues à la vulve.

Le 19, aucune apparence de menstruation.

Le 20, on revient à la digitale, aux lavements *d'assa fetida*, aux ferrugineux. La malade se lève six heures par jour. Palpitations de 8 à 10 minutes de durée au moment du lever et du coucher. Digestions pénibles.

Le 21, pesanteur à l'épigastre, même état que le 20.

Le 22, la malade prétend ne plus sentir son estomac.

Le 23, on prescrit les pilules suivantes, 0,05 d'extrait de valériane, 0,10 de musc, 0,003 de strychnine.

Les 24 et 25, l'appétit revient; les 26, 27 et 28, la convalescence s'établit.

Vers le milieu de février la guérison paraît complète; cette femme ne se ressent plus de ses palpitations; elle reste levée huit ou dix heures par jour, et se livre comme par le passé à ses occupations.

QUELQUES MOTS SUR L'ABLATION DE L'ONGLE dans le traitement de l'ongle incarné,

Par le Dr Gouriet (de Niort).

Il y a vingt ans M. le docteur Barbette (de Niort) faisait connaître un procédé pour la cure radicale de l'ongle incarné. (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, année 1839, n° 9.)

Pensant que cette infirmité tient à une fausse direction imprimée à l'ongle, voyant l'inefficacité des moyens qui tendent à redresser l'organe dévié, cet honorable praticien imagina d'attaquer le mal dans sa racine même et de supprimer l'ongle d'une façon permanente, sans recourir aux procédés employés jusqu'alors. Voici ce qu'il enseigne à cet égard :

On superpose et on fait adhérer plusieurs petites bandelettes de diachylon; on en fait deux faisceaux, qu'on dispose comme deux parapets en avant et en arrière de la base de l'ongle malade; la petite rigole comprise dans l'intervalle correspond à la matrice de l'ongle. Cela fait, on charge cette rigole de pâte de Vienne délayée, et on attend quelques minutes; il se forme à la racine de l'ongle une petite eschare noire, linéaire, parfaitement limitée par le diachylon. On enlève rapidement le caustique, et quelques jours après l'ongle se détache sans douleur, pour peu qu'on exerce la plus légère traction à son extrémité. On conçoit qu'il ne saurait revenir, puisque l'organe sécréteur est détruit.

L'auteur publia à la suite de son procédé un cas d'une opération semblable couronnée de succès.

J'ignorais ces faits, lorsqu'un jour, ayant à traiter un cas analogue et craignant de recourir à des moyens trop douloureux, je fis part de mes appréhensions à M. Barbette, qui m'instruisit de son procédé. Je le mis très-heureusement en pratique, et l'employai deux autres fois avec le même bonheur.

Volci les trois observations que j'ai recueillies :

Obs. I. — M. Pierre C..., capitaine en retraite, âgé de soixante-dix ans, est affligé de l'infirmité suivante : l'ongle du gros orteil droit est aussi épais que large; il est en même temps si long que, se recourbant en faucille et se dirigeant transversalement en dehors, il écrase par sa pression les deux orteils voisins, qui offrent des plaies profondes. C'est une vraie corne de bélier, dure et rugueuse. Son implantation est très-solide. Depuis quinze jours la marche est impossible.

Le 5 février 1858, j'applique le procédé dont je viens de parler; le caustique agit pendant dix minutes.

Le 7, l'ongle se détache sans le moindre effort.

Le 18, la guérison est complète.

Depuis l'ongle n'est pas revenu, et M. C... marche avec la plus grande facilité.

Obs. II. — Mlle Florence N..., couturière, âgée de vingt-deux ans, a depuis plusieurs années une incarnation de l'ongle du gros orteil droit. L'ongle se dirige obliquement en dehors et en avant, étranglant les parties molles sur son passage. La malade a l'habitude de couper de temps en temps le côté externe de l'ongle. Impatientée de recourir sans cesse à ce moyen, qui n'apaise qu'incomplétement ses douleurs, et souffrant plus que de coutume, elle se décide à l'opération.

Le 8 juin 1858, j'applique le procédé Barbette.

Le 13, l'ongle se détache sans douleur. La malade est guérie au bout de trois semaines, une envie irrésistible de marcher ayant reculé l'instant de sa guérison.

Obs. III. — M. Louis C..., âgé de vingt-six ans, tailleur de pierres, s'est laissé tomber un moëllon sur le pied droit, il y a plusieurs années; il est survenu un onyxis du gros orteil; l'ongle est tombé, puis est repoussé difforme; il est devenu dans ces derniers temps si épais, que la pression du soulier, en l'appliquant sur l'orteil, détermine des douleurs très-vives.

Le 17 septembre 1858, j'applique le procédé déjà décrit.

Le 18, l'ongle se détache après une faible traction.

Le malade marche avant le temps; je fais de légères cautérisations avec le nitrate d'argent pour hâter la cicatrisation.

La guérison est complète le 10 octobre.

Dans ce cas, comme dans les précédents, l'ongle n'est pas repoussé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 mai 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey, nommé chirurgien en chef de l'armée d'Italie, demande un congé pour tout le temps de son absence. (Accordé.)

— M. Legouest, attaché à l'ambulance du grand quartier général de l'armée d'Italie, demande également un congé. (Accordé.)

M. Legouest renvoie en outre les thèses et les pièces dont il était dépositaire comme membre de la commission du prix Duval, et prie la Société de lui élire un successeur.

— M. Larrey transmet à la Société, de la part de M. le docteur Mourlon, aide-major au 4e d'artillerie, une observation intitulée *Oblitération des conduits lacrymaux; traitement par le cathétérisme forcé. Guérison.* (Commissaires, MM. Giraldès, Demarquay et Richard.)

— M. le Secrétaire général donne lecture des deux observations suivantes, qui ont été adressées à la Société l'une par M. Houzé de l'Aulnoits, professeur à l'École de médecine de Lille; l'autre par M. Nuzillat, aide-major de 1re classe au 2e d'artillerie, à Vincennes.

Obs. I. — **Hémorrhagie consécutive du doigt indicateur. Compression digitale des deux artères radiale et cubitale au-dessus du poignet pendant 72 heures. Guérison;** par M. Houzé de l'Aulnoits.

Cette observation, je l'espère, méritera d'autant plus l'intérêt de MM. les membres de la Société de chirurgie, qu'elle a été recueillie sur un de nos chirurgiens les plus distingués, victime de son dévouement pour une science qu'il honore depuis plus de trente ans. Voici dans quelles circonstances :

En 1855, M. Mierville, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Lille, pratiquait la résection du premier métatarsien sur un soldat de notre garnison atteint de tumeur blanche métatarso-phalangienne; lorsqu'en contournant la circonférence de l'os pour y placer la scie à chaîne, il se piqua l'index droit avec l'extrémité de l'aiguille. Malgré cet accident, il continua son opération, la mena à bonne fin, et guérit le malade en lui conservant l'orteil. Mais au bout de sept ou huit jours, au niveau de la piqûre, il vit survenir une petite excroissance grosse comme une lentille et très-douloureuse à la pression. Les moyens usuels furent employés; cependant le mal ne fit qu'empirer, et la tumeur, au bout de trois semaines, avait acquis le volume d'un haricot et était le siége de douleurs lancinantes excessivement pénibles. Le doigt présenta en même temps une coloration bleuâtre, et le gonflement envahit les deux premières phalanges. Cette tumeur semblait être constituée par les éléments hypertrophiés du derme; elle était chagrinée et hérissée de grosses papilles blanchâtres.

Pour mettre fin à la marche envahissante de l'affection et se dérober aux souffrances devenues presque intolérables, M. Mierville consentit à subir l'extirpation de la pulpe digitale et à endurer la cautérisation avec le fer rouge, afin de se préserver d'une récidive.

Tout alla bien pendant cinq jours, mais le sixième l'eschare se détacha, et du réseau formé par l'anastomose des artères collatérales du doigt s'écoula un sang rouge à jets saccadés. La position du membre, les astringents et la compression immédiate arrêtèrent momentanément l'écoulement; mais le lendemain le sang reparut, offrant les mêmes signes que la veille. Outre les moyens précédemment mentionnés, nous fîmes la compression de l'artère humérale avec le compresseur de Dupuytren; il en résulta une douleur assez vive pour nous y faire renoncer au bout de quelques heures; aussitôt nouvelle hémorrhagie. Deux petits cylindres de diachylon furent alors appliqués sur les artères radiale et cubitale, et pour obtenir complétement l'oblitération des vaisseaux, nous les fixâmes autour du poignet au moyen de plusieurs tours de bande. La main s'engorgea, devint bleuâtre et le sang continua de couler. Pour permettre la circulation du sang noir et agir en même temps sur la marche du sang artériel, nous songeâmes à faire comprimer par des aides, au niveau du poignet, les artères radiale et cubitale. L'hémorrhagie s'arrêta, et une compression digitale de 72 heures nous permit d'éloigner de notre esprit toute crainte de récidive.

Cette compression nous fut d'autant plus facile à effectuer que nous avions comme aides tous les élèves de l'hôpital militaire, qui se relayaient toutes les quatre heures.

Depuis rien ne vint troubler la cicatrisation, et trois semaines après ce célèbre chirurgien était guéri, conservant le libre usage de son doigt, ainsi qu'il nous l'a prouvé en reprenant les hautes fonctions qui lui étaient confiées, et en pratiquant avec autant d'habileté qu'autrefois les nombreuses opérations que présente journellement l'hôpital militaire de Lille.

Cette observation, qui a eu pour témoins tous les chefs de service, ainsi que tous les élèves de l'hôpital, et pour victime le chirurgien en chef de cet établissement, sera, je l'espère, prise en considération par MM. les membres de la Société, car, alors que tous les autres moyens avaient échoué, la compression digitale seule nous a donné le résultat que nous désirions si ardemment.

D'après l'appréciation de M. Mierville, cette compression est moins pénible que celle de la bande, qui engorge l'extrémité du membre, et que celle du compresseur, qui, aux inconvénients de la bande, joint celui de comprimer les nerfs. Les doigts appliqués sur les artères radiale et cubitale au niveau du poignet respectent la circulation veineuse, tout en modérant suffisamment la circulation artérielle.

Cette méthode est si peu douloureuse que, pendant les soixante-douze heures qu'elle fut employée, M. Mierville jouit d'un calme parfait, et recouvra même son sommeil habituel.

Je ne doute pas qu'on ne puisse réussir également par la même moyen dans les hémorrhagies provenant des arcades palmaire ou plantaire.

Obs. II. — **Hémorrhagie traumatique de l'arcade palmaire profonde de la main droite. — Compression mécanique de l'artère humérale. — Guérison en vingt et un jours**, par M. Nuzillat.

Depuis que la question de la compression dans le traitement des lésions artérielles a pris un caractère si important aux yeux de nos grands chirurgiens, je crois qu'il est du devoir de tout praticien de faire connaître les observations qui se rattachent à cette méthode et

qui peuvent lui être de quelque utilité. C'est grâce aux travaux éminents et aux belles recherches de M. Broca que la méthode de compression est regardée aujourd'hui comme le meilleur mode de traitement dans la thérapeutique de ces lésions. Cependant il reste encore un point dans la science sur lequel on n'est pas tout à fait d'accord, comme l'a très-bien fait observer M. le professeur Gosselin, je veux parler du *mode* qu'il s'agit d'adopter. Je vais exposer celui qui m'a réussi.

Le nommé B...., canonnier au 2e régiment d'artillerie, voulant prouver sa force à ses camarades, écrasa dans sa main droite un verre à boire; il se fit à l'éminence thénar une plaie de 2 centimètres de long qui intéressa l'arcade palmaire profonde. On vint me prévenir; c'était vers les dix heures du matin, et je reconnus en effet que l'hémorrhagie était artérielle.

Ayant suivi attentivement les discussions qui avaient eu lieu à la Société de chirurgie sur les cas de ce genre, et ne me dissimulant nullement les difficultés de la ligature de l'artère au fond de la plaie, je me décidai à employer d'abord la compression mécanique.

J'appliquai sur la blessure une pelote de charpie serrée, une autre sur la radiale à la partie inférieure de l'avant bras, et je fis ainsi avec des tours de bande une double compression à la fois directe et indirecte qui suffit pour arrêter le sang. Je plaçai ensuite l'avant-bras dans une position convenable, en recommandant de tenir le membre immobile et de m'avertir si le sang venait à reparaître. Le reste de la journée se passa bien; le blessé fut tranquille; mais à neuf heures du soir l'hémorrhagie reparut; je soupçonnai que le sang venait de la cubitale et non directement de la radiale; j'eus donc recours à la compression de l'humérale. Pour cela, je pris une bande toute roulée, que j'entourai de ouate, et que j'appliquai parallèlement sur l'artère appuyée contre l'humérus; je mis aussi une feuille de ouate autour du bras pour ménager la peau, et j'exerçai la compression avec plusieurs tours de bande circulaires : je parvins à l'aide de cet appareil à vaincre facilement l'hémorrhagie.

L'avant-bras fut ensuite replacé dans la même position. Je ne revis mon malade que le lendemain matin; il ne se plaignait pas, la nuit avait été assez calme; il supportait facilement la compression, le sang n'avait point coulé, l'appareil n'était p s dérangé, il n'y avait qu'un léger gonflement peu douloureux à l'avant-bras.

Je laissai marcher les choses, en surveillant les accidents qui auraient pu se déclarer.

Après quatre jours le gonflement et la douleur se dissipèrent, et la chaleur normale finit par se rétablir. Dix jours s'écoulèrent ainsi sans inquiétudes.

Je résolus alors d'enlever le pansement de la main avec précaution. La plaie avait un assez bon aspect, la réunion des bords ne s'était point opérée; un caillot de sang était encore interposé entre les lèvres; je me gardai bien d'y toucher; je fis seulement un pansement à sec avec un plumasseau de charpie que je renouvelai tous les deux jours.

La cicatrisation de la blessure commença à marcher assez rapidement. Après vingt jours révolus, je me crus en droit d'enlever la compression de l'artère humérale, mais en procédant lentement, c'est-à-dire en débridant les tours de bande les plus serrés, pour faire diminuer la compression, sans la faire cesser brusquement, et le jour suivant tout fut supprimé.

Ce blessé a donc été soumis durant vingt et un jours à une compression mécanique de l'artère humérale, qu'il a assez bien supportée du reste, et qui a suffi pour amener une hémostase complète et définitive sans accidents pendant le cours du traitement.

Aujourd hui il est parfaitement guéri; son bras n'a pas changé de volume; la sensibilité n'est point altérée, et les mouvements n'ont rien perdu de leur liberté et de leur force.

D'après cette observation, je me crois autorisé à conclure que la compression mécanique peut rendre de grands services dans les plaies artérielles de la paume de la main, et que cette méthode doit d'abord être tentée, si c'est possible, avant de songer à la ligature.

Sans proscrire la méthode de compression digitale, je dois dire que le procédé de compression mécanique me paraît préférable sous tous les rapports; en effet, le chirurgien peut l'employer dans toutes les occasions, à la campagne, partout, lors même qu'il est seul; tandis que la compression manuelle ne peut être faite que par des aides intelligents et en assez grand nombre, comme dans les hôpitaux. Malgré cet avantage, l'on ne réussit pas toujours à obtenir une compression exacte; ce qu'il est facile de constater journellement dans les amputations où l'on désigne l'aide le plus fort et le plus habile pour comprimer l'artère de ses doigts. Souvent il se trouve fatigué même avant que l'opération soit achevée, et demande à être relevé, ou bien il ne peut comprimer qu'imparfaitement le vaisseau artériel.

Après cette lecture, M. RICHARD dit, relativement à la deuxième observation, qu'il est bien entendu que la Société ne saurait admettre sans réserves le fait ainsi communiqué.

Il est bien évident, en effet, que dans les cas de ce genre, la ligature est préférable à la compression; et de plus, si la compression avait été efficace, elle n'aurait pas été supportée pendant vingt jours.

COMMUNICATION.

Dans leurs premières communications, MM. les docteurs Legendre et Bastien avaient fait connaître le résultat des expériences qu'ils avaient faites sur le cadavre en produisant artificiellement les différents degrés d'abaissement de l'utérus. Ces expérimentations cadavériques semblaient présenter une certaine aridité; la comparaison de ces faits purement anatomiques avec les observations pathologiques de cette même affection, c'est-à-dire la chute plus ou moins complète de l'utérus, donnera à ce travail un certain intérêt pratique.

Après avoir consulté les belles planches du travail de M. le docteur Huguier, que cet auteur avait eu l'obligeance de leur montrer; après avoir vu la description minutieuse d'une pièce de chute incomplète de l'utérus avec allongement du col, que M. le docteur Verneuil avait présentée à la Société anatomique, et d'après l'étude d'une pièce tout à fait semblable que MM. Legendre et Bastien venaient de trouver sur le cadavre d'une femme âgée, ils ont pu montrer les nombreux points de rapprochement qui existent entre leurs expérimentations cadavériques et les faits d'anatomie pathologique.

Ils ne donneront ici que la description succincte de la pièce d'anatomie pathologique qu'ils ont observée, et ils la compareront avec le fait expérimental qui s'en rapproche le plus.

Une femme d'une soixantaine d'années présentait entre les grandes lèvres une tumeur volumineuse, presque aussi grosse que le poing, se terminant en forme de poire, et présentant à son extrémité, sur le côté gauche et un peu en bas, une dépression, une sorte de cicatrice indiquant le point où devait siéger l'orifice du col utérin; ce conduit est tout à fait oblitéré.

Cette tumeur descend entre les cuisses dans une étendue de 4 à 5 centimètres depuis la fourchette; elle est réductible, mais se reproduit aussitôt si on ne la maintient pas dans le vagin, qui reçoit facilement le poing entier. Il est facile de reconnaître qu'elle est formée en grande partie par ce canal qui fait saillie à l'extérieur. Sa surface présente des rides transversales; elle est rugueuse, recouverte de lamelles épidermiques assez épaisses. En examinant les rapports de ce conduit, on voit que sa paroi antérieure est complétement renversée en avant, qu'elle est située sur le même plan que l'ouverture externe de l'urèthre; de chaque côté il existe encore une petite étendue du vagin qui a 2 centimètres de profondeur; enfin, en arrière, au niveau de la fourchette, on peut mesurer 3 centimètres de profondeur. La consistance de la tumeur est molle, mais on sent profondément un corps dur, allongé, de la grosseur du petit doigt, qui occupe le centre et l'axe longitudinal de la tumeur, et qui semble être le col de l'utérus. Si l'on fait une exploration par le rectum, on peut reconnaître avec le doigt recourbé en crochet le corps de l'utérus.

Après cet examen on ouvre la cavité abdominale et on pratique une section de la région du périnée sur la ligne médiane, après avoir fixé tous les organes en place, afin de bien juger de leurs rapports.

On remarque alors que la vessie est divisée en deux cavités, l'une située derrière le pubis, très-développée; l'autre descendant très-bas et se mettant en rapport avec une certaine étendue de la paroi antérieure du vagin. L'urèthre a changé de direction, il se porte en arrière, et une sonde introduite dans ce canal est obligée, pour pénétrer dans la vessie, de devenir presque parallèle au pubis.

Le vagin est presque complétement renversé, et c'est lui qui forme la plus grande partie de la tumeur qui pend entre les cuisses. Il reste encore en arrière un cul-de-sac peu profond, dont nous avons donné les dimensions.

L'utérus présente une forme tout à fait insolite. Le col offre un allongement considérable qui s'étend depuis son extrémité jusqu'à la partie inférieure du corps : celui-ci est un peu descendu dans l'excavation pelvienne, et s'est rapproché du plancher périnéal. La cavité utérine mesure en longeur 12 centimètres à l'hystéromètre; il a fallu détruire une légère adhérence qui fermait tout à fait l'orifice du museau de tanche.

Les culs de-sac formés par la réflexion du péritoine utérin, en avant sur la vessie, en arrière sur le rectum, sont à peu près sur la même limite; le cul-de-sac postérieur est assez rapproché du vagin; tous les deux sont à la distance de 7 centimètres du sommet de la tumeur générale.

Le rectum n'a subi aucun déplacement.

Les ligaments de l'utérus n'étaient pas tendus.

Comparant maintenant cette pièce à l'expérience de descente presque complète de l'utérus faite sur le cadavre qu'ils ont présentée dans la dernière séance, MM. Legendre et Bastien en font ressortir les points principaux, qui permettent d'établir entre ces deux observations un très-grand rapprochement avec quelques légères différences.

Du côté de la vessie, même disposition, forme bilobée, cystocèle vaginale, direction de l'urèthre en arrière. L'invagination du vagin est complète en avant, et présente en arrière un cul-de-sac qui a la même profondeur dans les deux exemples. Les culs-de-sac du péritoine sont à peu près à la même distance du périnée, et leurs rapports avec le corps de l'utérus sont les mêmes.

Comme différences, nous trouvons une capacité plus grande de la vessie, et un allongement particulier du col de l'utérus dans la pièce pathologique, différences qui ont été le résultat de la lenteur avec laquelle l'affection s'est produite.

Ainsi, au point de vue du rapport des organes, ces deux exemples offrent un rapprochement complet; ils ne diffèrent que par l'augmentation de volume de quelques-uns, produite par la durée de la maladie, tandis que l'expérimentation n'a agi que pendant un temps comparativement très-court.

Expérimentations cadavériques sur l'amputation du col de l'utérus. Déjà Lisfranc avait étudié les rapports du péritoine avec le col de l'utérus au point de vue des opérations qui se pratiquent sur cet organe. MM. Legendre et Bastien ont vu, dans leurs expériences précédentes, que ces rapports variaient lorsque l'utérus restait au fond du vagin et lorsqu'il était attiré à la vulve. Dans des expérimentations spéciales sur ce sujet, voici ce qu'ils ont observé :

Lorsqu'un aide abaisse l'utérus jusqu'à la vulve, le col s'invagine dans le vagin et entraîne avec lui l'extrémité postérieure de ce canal; le péritoine, qui est lâchement uni à ce canal, abandonne sa paroi postérieure qu'il tapisse, comme on sait, dans une petite étendue, tout en restant adhérent à l'utérus. Cette espèce de glissement du péritoine sur le vagin se fait dans une étendue de deux centimètres. Il y a une limite où le péritoine qui adhère à l'utérus ne change pas; c'est la limite des culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur déterminés par l'insertion d'une lame aponévrotique qui se fixe au col et se confond avec l'insertion du vagin. La limite de cette insertion péritonéale en avant était, sur une femme de soixante ans, à 3 centimètres 8 millimètres de l'extrémité du museau de tanche, et, en arrière, à 4 centimètres 1 millimètre. Ainsi, le rapport du péritoine qui tapisse l'utérus reste toujours le même avec cet organe; il n'y a de déplacement que dans les culs-de-sac qu'il envoie en avant ou en arrière, entre le vagin et le rectum.

Cette nouvelle disposition, l'abaissement de l'utérus, que l'on produit dans le premier temps de l'opération, facilitera beaucoup la section du col de l'utérus en éloignant le péritoine, et permettra d'en pratiquer la section à la plus grande hauteur possible.

En ne s'occupant que du procédé opératoire, MM. Legendre et Bastien ont pratiqué un certain nombre de ces sections, dont voici les résultats. Ils ont amputé 2, 3 et jusqu'à 4 centimètres en longueur de l'utérus ainsi amené à la vulve, par conséquent le col tout entier, sans toucher aux culs-de-sac péritonéaux. Cette longueur peut paraître assez considérable; mais elle doit être un peu corrigée par l'allongement qu'a subi l'utérus par la traction, lorsqu'on l'amène à la vulve. Cette amputation est encore facilitée si, au lieu de couper le col utérin par une seule section, on dissèque un peu les insertions du vagin alentour, ce qui permet d'arriver ainsi à la limite extrême de 4 centimètres que nous avons indiquée plus haut.

On peut encore, lorsque l'utérus est ainsi amené à la vulve, traverser le col de part en part avec une tige d'acier pour pratiquer la ligature en masse des deux moitiés de ce col.

La limite que nous venons d'indiquer pour l'amputation du col de l'utérus est encore indiquée dans nos expériences par la présence des vaisseaux. En effet, on arrive au niveau du point où l'artère utérine se réfléchit pour devenir ascendante, et dans quelques cas nous avons coupé toute la couronne des vaisseaux qui entrent dans l'utérus. Le danger de l'hémorrhagie en pareil cas, la difficulté de faire la ligature de ces vaisseaux, comme l'a montré M. Huguier, nous a fait chercher si l'on ne pourrait pas préalablement lier l'artère utérine au-dessous du péritoine. Nous avons tenté cette ligature, d'une manœuvre assez difficile, et voici comment nous l'avons pratiquée :

L'utérus doit être fortement abaissé en même temps que l'aide relève un peu le col en haut : le chirurgien introduisant alors le doigt indicateur de la main gauche dans le cul-de sac postérieur du vagin pour y explorer le corps de l'utérus, sent de chaque côté les bords d'un triangle ligamenteux dont le sommet va se terminer sur le col utérin : ce sont les replis de Douglas, et en haut une partie des ligaments larges, comme nous l'avons déjà montré. Cherchant alors à accrocher la partie latérale la plus élevée de ce triangle, il la contourne avec une aiguille courbe qui embrasse les vaisseaux de l'utérus. Dans ce point, l'opérateur est très-près du péritoine, il est très-exposé à le blesser; mais la ligature qu'il applique occupe une très-petite étendue, et l'adossement immédiat des deux feuillets de la membrane séreuse doit amener de suite leur adhésion. Sans discuter longuement cette opération, nous indiquons seulement le moyen de la pratiquer.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Invagination intestinale; gastrotomie. — Anus artificiel. — Mort. — Autopsie. — M. CHASSAIGNAC fait la communication suivante :

J'ai déjà présenté à la Société une observation d'anus artificiel que j'ai dû établir pour une invagination. Un nouveau fait d'opération semblable s'est présenté dans mon service, et je désire vous communiquer quelques considérations relatives à l'opération elle-même.

Les indications pour le moment opportun de l'opération sont loin d'être tracées. On doit toujours craindre d'agir au moment même où la guérison, par les seules ressources de la nature, va peut-être s'effectuer. J'ai vu des malades vivre deux mois et demi avec un étranglement; ils vomissaient des matières intestinales, et cependant leur santé restait passable. Mais au milieu de ce calme apparent peut éclater subitement la péritonite, et l'opération n'est plus praticable.

Il faudrait pouvoir reconnaître par un symptôme le moment où la péritonite contre-indique l'opération. J'avais pensé que la nature des vomissements pourrait peut-être mettre sur cette voie; ainsi, lorsque le malade rend des matières verdâtres, il m'a semblé que l'inflammation péritonéale apparaissait.

J'ai, pendant l'opération, rencontré une difficulté assez inattendue pour que je pense qu'il soit utile de la signaler. Après l'incision de la paroi abdominale, je n'ai pu saisir une anse intestinale qu'après plusieurs essais infructueux; j'amenai constamment l'épiploon. J'ai été forcé d'agrandir l'ouverture.

Quant au procédé pour retenir l'intestin, j'avais pensé dans une opération précédente qu'il pourrait être utile de le fixer d'abord, pour ce l'ouvrir qu'après vingt-quatre heures. Mais ce temps avait suffi pour rendre l'intestin irréductible, tant il avait contracté d'adhérences; aussi ai-je renoncé à cette opération en deux temps. J'ai incisé aussitôt après avoir fixé l'anse intestinale à l'aide d'une suture.

Je ne décrirai pas la pièce pathologique, car elle a été soumise à l'examen de la Société anatomique; je me contenterai de dire qu'il s'agissait d'un polype situé à la partie inférieure de l'intestin grêle. Cette tumeur s'était engagée dans le cœcum, entraînant avec elle l'extrémité inférieure de l'iléum.

Le secrétaire de la Société, LABORIE.

Par un décret en date du 7 mai 1859 ont été promus ou nommés dans le corps des officiers de santé de la marine, à la suite des concours ouverts dans les ports, savoir :

Au grade de chirurgien professeur. — M. le chirurgien de 1re classe Gallerand (René Ernest).

Au grade de chirurgien de 1re classe. — MM. les chirurgiens de 2e classe : Lagarde (Édouard-Félix), Gourrier (Ferdinand-Alexandre).

Au grade de chirurgien de 2e classe. — MM. les chirurgiens de 3e classe : Vauvray (Adolphe-Charles-Edouard), Chastang (Elie), Laurent (Jean-Baptiste), Cras (Pierre-Charles), Delpeuch (Auguste-Marie-Hyacinthe), Bisch (Louis Gustave), Laugier (Bernard), Gillet (Paul-Louis), Baquié (Charles-Henri), Branellec (Olivier), Forné (Fortuné-Jacques-Michel).

Au grade de chirurgien de 3e classe. — Les élèves Aude (Philippe-Félix-Sextius), Gardies (Léon-Henri-Prosper), Marnata (Jacques-Marin-Philomen), Pichon (Louis - Auguste), Lemoisne (Paul-Aimé), Février (Alphonse-Alfred-Louis), Chanu (Claude-Joseph-Auguste-Gabriel), Gaudin (Samuel-Evariste), Bonnithon (Gabriel-Hippolyte), Blanchon (José-Sainte-Marie-Tony), Pillerault (Marie-Emile-Lucien), Jéhanne (Charles-François-Prosper), Charbonnel (Pierre - François-Auguste-Thomas), Feitu (Pierre-François-Marie), Le Breton (Charles-Rémond), Quintin (Louis-Joseph-Marie), Dugorne (Henri-Alexandre).

Au grade de pharmacien de 3e classe. — L'élève Couturier (Claude-Antoine).

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 58. — MARDI 17 MAI 1859. (32e ANNÉE.) N° 58. — MARDI 17 MAI 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé au mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 MAI 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. L. Panum, de Kiel, a communiqué à l'Académie, par l'entremise de M. Cl. Bernard, un fait de tératologie extrêmement intéressant. Il s'agit d'un cas de duplicité du cœur, observée pendant l'incubation, chez un poulet qui n'avait pas d'autres organes doubles. Ce fait, disons-nous, est extrêmement intéressant. La duplicité du cœur chez un individu simple, est, en effet, une anomalie tellement rare, que, d'après M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, elle n'a pas même été bien constatée jusqu'ici. Mais ce n'est pas seulement dans sa rareté que gît l'intérêt du fait, c'est surtout dans sa signification et dans l'explication qu'il a permis de donner de cette anomalie à peu près inconnue.

C'est sur un embryon de moins de quatre jours et demi que M. Panum a constaté la présence de deux cœurs remplis de sang rouge, incurvés de la manière caractéristique pour cette époque et situés de chaque côté de l'embryon. L'embryon, sans avoir d'autres organes doubles, était cependant très-anormal; il présentait une forte incurvation de la portion dorsale et de la portion cervicale en avant, c'est-à-dire en sens inverse à la courbure normale; cette anomalie et d'autres plus profondes, telles que l'adhérence et la petitesse de la tête, le rapprochement des lames qui donnent origine aux parois de l'abdomen, l'absence de l'incurvation postérieure et du capuchon caudal, etc., se rapportant toutes au feuillet séreux ou feuillet externe du blastoderme, s'expliquent, d'après M. Panum, par cette circonstance que la lampe de l'appareil à incubation artificielle, auquel avait été soumis cet embryon, s'était éteinte à plusieurs reprises. Or il résulte de recherches antérieures de ce savant physiologiste, qu'un état morbide du feuillet séreux, analogue à celui qui vient d'être décrit, résulte souvent d'une perturbation dans la température de l'appareil pendant les premiers jours de l'évolution. De là découle aussi, suivant lui, la formation du cœur double, « car, dit-il, la tête de l'embryon, étant devenue adhérente avec les couches périphériques du blastoderme, avait rendu impossible la flexion de la tête vers la poitrine. L'accroissement de l'embryon détermina, au contraire, cette courbure en arrière, qui était favorisée par la contraction des replis amniotiques formés autour de l'embryon; alors la bifurcation des arcs aortiques, tiraillés de plus en plus par cette flexion anormale et forcée en arrière, a dû se prolonger peu à peu vers le cœur, qui a fini par être partagé en deux moitiés. Après quoi, l'insertion des grands vaisseaux aux bords opposés de l'embryon a pu déterminer la position latérale des deux cœurs, qui ne seraient, en réalité, que le produit de la scission du cœur originel. »

La formation de cette duplicité du cœur n'aurait été ici, comme on le voit, qu'un phénomène analogue à la duplication des vaisseaux par scission. Ce fait prouverait donc que la duplicité des organes n'est pas toujours la suite d'une duplicité originelle du germe. C'est là un point de tératologie dont M. Panum a donné, croyons-nous, la première démonstration.

L'Académie a reçu dans cette séance plusieurs communications qui, à en juger par leurs titres, ne manquent probablement pas d'intérêt. Telles sont, entre autres, une note de M. Ozanam sur l'action curative et prophylactique du brome contre les affections pseudo-membraneuses ; les expériences de M. Faure concernant un nouveau mode d'inhalation du chloroforme ; une lettre de M. Malapert sur une modification du procédé de M. Mitscherlich pour la recherche du phosphore dans le cas d'empoisonnement. Il est à regretter que le *Compte rendu* n'ait donné aucun détail sur ces divers travaux.

Dans le numéro de mardi dernier, nous avons signalé à l'attention de nos lecteurs deux communications, l'une de M. Cusco sur l'*atrophie partielle de la choroïde*, et l'autre de M. Schiff sur *la substance glycogénique du foie*, qui n'ont pu être insérées ni l'une ni l'autre dans le compte rendu de la séance. Nous les mettons aujourd'hui en tête de la séance du 9 mai. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

De la médication saturnine dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Je vous ai annoncé pour aujourd'hui une leçon relative aux expériences thérapeutiques que j'ai entreprises depuis quelques mois sur la phthisie pulmonaire.

Vous avez dû remarquer que depuis quelque temps je prescris à certains phthisiques, dans mon service, des pilules de Morton; ce n'est là qu'un euphémisme destiné à dissimuler aux malades la véritable nature du médicament. Les pilules de Morton, comme vous le savez, sont composées de substances balsamiques; celles que j'emploie ne renferment que de la *céruse*, à la dose de 10 centigrammes par pilule.

Jusqu'à présent cette substance n'avait jamais été employée à l'intérieur comme agent thérapeutique. Vous allez sans doute vous demander sous l'influence de quelle idée j'ai pris le parti de l'administrer aux tuberculeux ? Voici le point de départ qui m'a conduit à cette médication :

La tuberculisation pulmonaire n'est pas, il s'en faut de beaucoup, une affection nécessairement mortelle : chaque jour l'anatomie pathologique nous en fournit les preuves. A la Salpêtrière, sur 180 femmes parvenues au terme naturel de la vie, je n'ai rencontré que trois fois des poumons dont les sommets n'eussent pas été frappés de cette maladie.

Or la cicatrisation qui s'opère en pareil cas, pour des lésions d'une assez faible étendue, peut également avoir lieu lorsque les organes ont été plus gravement compromis, et l'inspection cadavérique vient encore nous le démontrer.

Quel est donc le travail organique qui permet à la tuberculisation de guérir ? Il peut s'opérer, sans doute, de plusieurs manières; et, dans la majorité des cas, le rétablissement des fonctions digestives, qui rend à la nutrition son activité physiologique, en est le prélude obligé : en effet, la phthisie pulmonaire est à mes yeux le produit de deux facteurs, dont le premier est l'anémie, le second la diathèse tuberculeuse. Supprimez le premier, vous supprimerez en même temps les manifestations du second.

Sans être formulée en termes aussi précis, cette proposition avait déjà cours dans la science : en effet, les meilleurs auteurs reconnaissent d'une manière générale que les tubercules se développent particulièrement chez les sujets en proie depuis longtemps à des causes de débilité et d'affaiblissement, c'est-à-dire, pour préciser, chez les gens qui sont plus ou moins anémiques. C'est ainsi que l'on peut comprendre pourquoi une foule de moyens en apparence différents, ont réussi dans le traitement de la phthisie pulmonaire, tels que le quinquina, l'huile de foie de morue, le sel de cuisine, le proto-iodure de fer, le vin généreux, certaines eaux minérales, etc., tous moyens qui ont triomphé de la maladie en rétablissant les fonctions digestives, le teint et les forces.

Voilà donc un premier mode de guérison pour les tuberculeux; mais le rétablissement ne peut-il pas avoir lieu dans d'autres conditions ? On sait, en effet, qu'en pathologie il existe des affections incompatibles; chaque maladie ou plutôt chaque diathèse pourrait avoir son antipode. Nous voulons montrer que la phthisie pulmonaire n'échappe pas à cette loi générale.

Il existe, en effet, certaines anémies qui ne conduisent nullement à la tuberculisation, et semblent au contraire offrir une immunité presque complète à cet égard. Dans ses recherches si remarquables sur les maladies paludéennes, M. Boudin a fait observer que la phthisie pulmonaire est tout à fait exceptionnelle dans cette affection. Parvenus au dernier degré de l'affaiblissement, les habitants des pays marécageux peuvent sans doute succomber à la cachexie paludéenne ; mais ils ne deviennent pas tuberculeux avant de mourir. Il y a sans doute des exceptions à cette règle, mais en médecine on ne doit guère s'attendre à rencontrer des lois absolues.

Or depuis longtemps j'avais remarqué qu'il existe un antagonisme semblable entre l'intoxication saturnine et la tuberculisation pulmonaire, et depuis l'époque à laquelle j'ai publié les résultats de mes recherches à cet égard (1), mon attention a été constamment éveillée sur ce point.

Rien n'est plus exceptionnel que de rencontrer des phthisiques parmi les ouvriers que leur profession oblige à manier le plomb ; et pendant longtemps aucun fait de ce genre ne s'était présenté à mon observation.

Cependant l'année dernière j'ai reçu à l'hôpital Cochin un peintre en bâtiments qui était phthisique ; mais, dans ce cas, l'exception n'était qu'apparente; en effet, s'il faut en croire le malade, il n'avait jamais éprouvé aucun symptôme d'intoxication. Sa maladie n'avait donc subi aucune modification sous l'influence des préparations saturnines.

Dernièrement je vous ai fait observer, au n° 22 de la salle Saint-Félix, un fondeur en plomb atteint d'une tuberculisation pulmonaire, qui s'était rapidement développée à la suite d'une fonte de métaux dont il avait respiré les vapeurs irritantes. On aurait pu croire que chez cet homme la phthisie avait résulté d'une intoxication saturnine aiguë; mais il n'en était rien : c'était une fonte de métaux mélangés, renfermant au dire du malade de l'antimoine, de l'arsenic et du mercure; ce qui prouve, en passant, que l'inspiration de certaines vapeurs métalliques peut donner lieu à la phthisie ; mais le plomb est entièrement hors de cause ici.

N'est-il pas bien singulier de voir des individus pâles, étiolés, et aussi profondément débilités que le sont en général les ouvriers qui manipulent les préparations plombiques, ne jamais contracter une maladie qui sévit plus particulièrement chez les gens affaiblis? et ne doit-on pas en conclure qu'entre ces deux états morbides, il existe une insurmontable opposition?

De la notion d'un antagonisme spécial entre le tubercule et l'intoxication saturnine découle l'idée de créer une intoxication artificielle de la même espèce, dans un but thérapeutique. J'avais cependant longtemps différé la réalisation de cette idée, lorsque deux faits des plus remarquables, qui se sont présentés à mon observation cette année, dans mon nouveau service à la Charité, ont dissipé toutes mes hésitations.

Nous avons reçu au commencement de l'année un homme qui, après avoir exercé une autre profession, s'est vu contraint par la misère à travailler à la fabrication de la céruse. Or ce malade, phthisique depuis longtemps, et dont la première hémoptysie remonte à 1848, a été délivré de tous les symptômes de son affection thoracique après avoir eu la colique de plomb. Depuis cette époque, il a exercé divers métiers, et la misère l'a fait retomber dans la même maladie : mais il a complétement cessé de cracher le sang. Il est actuellement couché au n° 3 de la salle Saint-Félix, où vous pourrez l'examiner.

Depuis quelque temps la tuberculisation, assoupie chez ce malade, me paraît éprouver une recrudescence, ce qui tient sans doute à ce que la cachexie saturnine a eu le temps de s'épuiser. Aussi mon dessein est de la raviver, en lui administrant dès aujourd'hui de la céruse en pilules.

Un second malade est entré à l'hôpital pour se faire traiter d'une colique de plomb. Nous avons constaté que depuis longtemps il était phthisique, et nous l'avons laissé sous l'influence de l'intoxication saturnine, en nous contentant de l'alimenter seulement.

Or l'examen journalier de ce malade nous a permis de voir disparaître graduellement les symptômes les plus graves, surtout ceux que nous offraient l'auscultation. Les râles bullaires (craquements) constatés aux deux sommets à l'époque de son entrée ont cessé d'exister. Une légère recrudescence s'est manifestée sous l'influence de l'abaissement notable de température, aux premiers jours du mois d'avril; enfin, le malade, considérablement amélioré sans avoir subi le moindre traitement, vient de partir pour l'Asile des convalescents à Vincennes.

La toux avait presque entièrement disparu; la matière de l'expectoration avait diminué dans une proportion considérable, et, comme nous vous l'avons fait observer, il n'y avait plus de râles dans le sommet des poumons; le malade lui-même s'applaudissait de l'heureux changement survenu dans sa position, et c'est ce qui l'avait engagé à solliciter sa translation à l'asile des convalescents.

La considération de ces deux derniers faits m'a décidé à imprégner de plomb quelques phthisiques de mon service : je l'ai fait avec succès.

J'ai fait préparer des pilules renfermant 0,10 de céruse, et par une augmentation rapide, mais progressive, je suis arrivé à

(1) *Leçons sur la dypepsie,* recueillies par M. Thibierge ; *Moniteur des Hôpitaux,* 1853.

en donner huit par jour. On en suspendait l'usage ou l'on en diminuait la dose aussitôt qu'il se manifestait de l'arthralgie, ou lorsque le malade nous paraissait suffisamment imprégné, c'est-à-dire à l'apparition simultanée du liséré, de l'analgésie et du teint ictéroïde qui caractérise, comme on sait, le premier degré de l'empoisonnement saturnin.

Il me reste à vous parler des résultats obtenus dans le cours de nos expériences, et je vais répondre sur-le-champ à une objection qui pourrait nous être adressée.

Pouvons-nous en toute conscience recourir à l'imprégnation saturnine dans le traitement de la phthisie? Oui, sans doute, car on emploie journellement des toxiques bien plus dangereux (l'arsenic, la noix vomique, le mercure) pour obtenir la guérison de diverses maladies qui sont loin d'avoir la gravité de la tuberculisation. D'ailleurs nos expériences n'ont jamais été poussées jusqu'au point où elles auraient pu devenir dangereuses pour les malades : en supprimant l'administration de l'agent toxique dès l'apparition des premiers symptômes sérieux, on en suspendait promptement les effets.

Nous pouvons aujourd'hui vous communiquer le résultat de cinq observations : trois chez les hommes, deux chez les femmes; vous pourrez apprécier les résultats obtenus.

Au nº 15 de la salle Saint-Félix est couché un malade dont le traitement a été commencé le 29 mars; le 17 avril, l'intoxication nous a paru suffisante.

Au début, il offrait à l'auscultation des craquements nombreux au sommet du poumon droit en arrière; il avait eu des hémoptysies, et présentait habituellement des vomissements dans les quintes de toux.

Aujourd'hui tous ces phénomènes ont presque entièrement disparu; la phthisie est *sèche;* il n'existe plus que de la matité et de l'expiration prolongée dans la fosse sus-épineuse droite.

Il est digne de remarque que ce malade, habituellement constipé, va plus facilement à la selle depuis son imprégnation saturnine : c'est un phénomène que nous retrouverons chez les autres; le plomb ne semble pas agir sur les tuberculeux comme sur les individus à l'état normal.

Un second malade, le nº 12 de la salle Saint-Félix, qui offrait une phthisie peu avancée, bien qu'il ait eu quelques hémoptysies, a été fort rapidement imprégné; au début du traitement, il offrait des craquements humides au sommet droit en avant et en arrière; aujourd'hui il n'existe plus que de la matité et de l'affaiblissement respiratoire dans le même endroit. La toux et l'expectoration ont diminué simultanément d'une manière remarquable, même pour le malade, qui a cessé de s'en plaindre.

Chez un troisième malade, le nº 4 de la salle Saint-Félix, qui vient de quitter l'hôpital, les résultats du traitement ont été beaucoup moins satisfaisants : il offrait une phthisie à forme fébrile, dont il nous a été impossible d'amender les symptômes; tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'après un séjour de deux mois à l'hôpital ce malade est sorti à peu près dans le même état qu'à l'époque de son entrée.

On peut se demander par conséquent si le traitement saturnin n'a pas contribué à enrayer les progrès de cette maladie, habituellement si rapide dans sa marche, lorsqu'elle affecte la forme fébrile, comme chez cet individu.

Nous ajouterons qu'il a résisté plus longtemps que tous les autres à la modification saturnine, et il a fallu six semaines de traitement pour qu'on vît paraître chez lui le liséré et les autres signes d'une imprégnation suffisante.

Chez ce malade, la diarrhée qui existait au début n'a été nullement modifiée par la médication; à l'époque de sa sortie, il avait encore 4 ou 5 selles liquides par jour.

Il semblerait jusqu'à présent que les femmes sont plus sensibles que les hommes à la modification opérée par ce médicament; nous ne pouvons jusqu'à présent citer que les résultats de deux observations, bien que nous ayons d'autres malades en voie de traitement dans nos salles.

Au nº 4, salle Saint-Vincent, se trouve une femme de 30 ans, qui offrait à son entrée les symptômes d'une phthisie bien caractérisée, sans aucune complication : elle offrait à l'auscultation de l'expiration prolongée et de la rudesse respiratoire, et 4 ou 5 légers craquements dans la fosse sus-épineuse droite, avec matité correspondante; il existait en outre une toux quinteuse très-fatigante pour la malade, donnant lieu à une expectoration muco-purulente d'une grande abondance.

Depuis quelque temps, elle avait des hémoptysies, des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement et de la fièvre le soir.

Cette malade, qui a cédé assez facilement à l'imprégnation, a continué à souffrir pendant environ quinze jours après la suppression des pilules; mais au plus fort de ses souffrances, bien que très-inquiète au sujet des douleurs arthralgiques, de la constipation et des coliques qu'elle éprouvait, elle nous disait elle-même, au milieu de ses plaintes : *Je ne tousse plus à présent.*

Elle sort aujourd'hui, dans un état d'amélioration très-prononcée; il n'y a plus de craquements aux deux sommets; l'expectoration est complétement tarie; mais il existe encore un peu de matité comparative au sommet droit.

Enfin au nº 21, nous avons une jeune fille qui présente le cas le plus grave de tous ceux dont nous avons entrepris le traitement; elle offre, en effet, une caverne énorme sous la clavicule droite.

Déjà, il y a trois ans, les progrès de la tuberculisation avaient été suspendus par l'hygiène, des voyages dans les pays chauds, et un traitement rationnel. Mais il y a sept mois, cette jeune fille est malheureusement devenue enceinte, et la préoccupation morale qui résulte d'un pareil état, jointe aux causes toutes matérielles d'affaiblissement qui en sont la conséquence, l'ont exposée à une rechute nouvelle.

La malade s'est remise à tousser au mois de janvier; elle est entrée dans notre service au mois de mars; le traitement a été commencé le 8 avril.

Malgré son extrême répugnance pour les pilules, l'imprégnation a été facile dès qu'elle a consenti à les prendre de bonne foi. Les douleurs arthralgiques, qui sont promptement survenues, nous ont obligé de supprimer le traitement, et la malade elle-même nous a fait observer que les caractères de l'expectoration étaient notablement modifiés par l'ingestion des pilules; les crachats, dont l'odeur fétide excitait au passage une répulsion allant jusqu'au vomissement, avaient perdu toute odeur désagréable, et semblaient augmenter de consistance à mesure qu'ils diminuaient d'abondance. Il serait sans doute intéressant d'en constater les caractères, avant et pendant le traitement, à l'aide du microscope et de l'analyse chimique.

Tels sont donc les faits que nous possédons, en attendant que nous en observions d'autres; pour les résumer, je dirai que l'influence du plomb semble se porter surtout sur la sécrétion purulente qui constitue en grande partie les matières expectorées; dans la phthisie elle en diminue l'abondance, et fait ainsi disparaître la toux avec toutes ses conséquences.

On ne peut évidemment pas prononcer encore le mot *guérison;* car les lésions tuberculeuses ne consistent pas seulement en une sécrétion de muco-pus, mais encore en une induration de tissu pulmonaire qui résulte d'une infiltration de produits accidentels. Il faudrait, par conséquent, un traitement plus prolongé et une expérience plus étendue que la nôtre pour pouvoir annoncer avec quelque apparence de raison que nous avons triomphé complétement de la phthisie pulmonaire.

Mais on ne peut pas, ce nous semble, nier l'influence utile du traitement; nous avons au moins enrayé les progrès du mal : nous avons gagné du temps, et c'est l'une des principales indications en thérapeutique.

Nous ajoutons, comme auxiliaire de cette médication, qu'il faut chercher à alimenter le malade le mieux possible, lui donner du vin, des toniques, et observer à son égard toutes les règles d'une hygiène rationnelle.

Le seul inconvénient sérieux que présente jusqu'ici le traitement par le plomb, c'est l'anorexie qu'il amène inévitablement. On pourrait essayer d'administrer le médicament en frictions, absolument comme on le fait pour le mercure, chez les individus dont l'estomac ne le supporte pas.

L'ingestion du plomb dans la phthisie pulmonaire n'est pas une idée entièrement nouvelle dans la science. Tout le monde sait, en effet, que l'acétate de plomb est employé depuis longtemps dans cette maladie; mais on sait aussi qu'il n'était considéré que comme un astringent; on ne le donnait pas comme altérant; on ne cherchait pas à produire par ce moyen une modification profonde dans l'organisme, allant jusqu'à la cachexie saturnine. C'était, en définitive, un palliatif destiné à combattre les sueurs et la diarrhée colliquative des phthisiques. Dans un mémoire publié en 1821 (*Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*), Fouquier préconise l'emploi de ce médicament dans les vues qui viennent d'être indiquées. On trouve dans ce travail des observations de phthisiques au troisième degré, dont les sueurs et la diarrhée sont amendées ou suspendues par l'acétate de plomb à la dose de 5 ou 6 grains, et qui finissent par succomber après avoir éprouvé un soulagement momentané. On voit qu'il n'existe, à cet égard, aucune corrélation entre les idées de Fouquier et celles qui viennent d'être exposées.

J'aurais pu sans doute employer l'acétate de plomb; mais j'ai préféré faire usage de la céruse, dont l'action sur la muqueuse stomacale est beaucoup moins irritante.

Les recherches que nous venons d'entreprendre, nous les poursuivrons jusqu'au bout; nous devons désirer que nos espérances se réalisent.

HOPITAL ST-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. CHAUMET.

Fracture complète des deux os de la jambe gauche.

Tumeur s'étendant de la partie inférieure et externe de la jambe à la partie supérieure et interne. — Bruit de souffle unique à la partie inférieure de cette tumeur. — Bruit de souffle double vers la partie moyenne.

(Observation recueillie et communiquée à la Société de chirurgie par M. le Dr ORÉ, professeur à l'École de médecine, chef des travaux anatomiques.)

J. D..., âgé de trente-huit ans, né à Mondion (Vienne), cultivateur, entra à l'hôpital le 4 juin 1854. Ce malade fut placé dans le service de M. le professeur Chaumet, salle 18, lit 34.

A son arrivée, je l'interrogeai, et il me raconta qu'au mois d'avril de la même année il avait été renversé par une charrette dont la roue passa sur sa jambe gauche, et produisit une fracture complète des deux os, sans issue des fragments et même sans plaie.

Un appareil qu'il garda un mois et demi lui fut alors appliqué. Après ce temps l'appareil fut levé, et le malade s'aperçut que non-seulement il ne pouvait exécuter aucun mouvement avec sa jambe gauche, mais qu'encore il s'était formé à la partie externe une tumeur assez volumineuse. Vivement préoccupé de son état, il se décida à entrer à l'hôpital Saint-André.

Voici quel était l'état de ce malade le jour de son entrée dans le service de M. Chaumet.

La jambe gauche est considérablement tuméfiée. On remarque autour des malléoles et jusqu'au tiers supérieur à peu près, un empâtement très-prononcé du tissu cellulaire, sous lequel la crête du tibia a presque entièrement disparu. Les mouvements y sont entièrement abolis. En promenant le doigt le long du tibia et du péroné, on trouve deux saillies facilement appréciables au travers des parties molles, qui correspondent aux fragments supérieurs de ces deux os. Ces deux saillies se trouvent, *l'une en avant*, à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur du tibia; l'autre en dehors et en bas, à la réunion des trois quarts supérieurs du péroné avec le quart inférieur. Il est, du reste, facile, en imprimant des mouvements au pied et maintenant immobile le reste de la jambe, de s'apercevoir qu'il n'existe qu'une consolidation imparfaite entre les os fracturés. A deux ou trois travers de doigt au-dessus de la malléole externe, il existe une tumeur qui contourne la face postérieure de la jambe et va se terminer à la partie supérieure de sa face interne.

Cette tumeur est fluctuante dans toute son étendue, mais la fluctuation est surtout sensible en dedans et en haut. Appliquée sur elle, la main n'éprouve aucune sensation d'expansion ou de soulèvement; la compression exercée soit au-dessus, soit au-dessous, n'amène aucun changement dans son volume. Par l'auscultation, on y distingue, à la partie inférieure et externe, *un bruit de souffle râpeux unique* très-dur. A trois travers de doigt plus haut, dans un espace très-circonscrit et qui correspond au point où le tibia a été fracturé, on distingue *deux bruits de souffle distincts*, offrant une grande analogie avec les battements du cœur. Le premier de ces deux derniers bruits est plus fort que le second. Il n'existe rien de semblable dans les autres points de la tumeur.

L'état général du malade est bon. Toutes les fonctions s'accomplissent d'une manière tout à fait normale.

Après avoir examiné avec attention la jambe de cet homme, le professeur Chaumet la plaça sur un plan incliné. Un appareil provisoire composé de deux attelles, l'une interne et l'autre externe, et de compresses disposées comme dans l'appareil de Scultet, fut appliqué.

Le même pansement avait été employé durant une quinzaine de jours, lorsque, ce temps écoulé, des douleurs aiguës se montrèrent dans la tumeur à la partie interne et supérieure, douleurs qui s'accompagnaient de chaleur à la peau, de fréquence dans le pouls, et que la pression augmentait d'une manière sensible. La fluctuation devint très-évidente dans ce point. L'interne du service pensa qu'un abcès s'était formé, et pratiqua une ponction. La ponction fut suivie d'un écoulement assez considérable de sang pur, n'ayant ni l'aspect rutilant du sang vermeil, ni l'aspect noirâtre du sang veineux, mais ayant plutôt une coloration qui semblait résulter du mélange des deux. Ce ne fut qu'à l'aide d'une compression forte et soutenue sur la fémorale qu'on parvint à arrêter cet écoulement. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas de quelques jours, et il s'écoula, par l'ouverture qui avait été faite, du pus épais, fétide, mêlé à des caillots sanguins.

Des cataplasmes de riz furent appliqués sur la tumeur. Ce pansement fut pendant cinq jours, et chaque jour, renouvelé. A chaque pansement on exerçait autour de la plaie une compression méthodique dans le but de faire sortir tout le pus contenu dans le foyer; mais malgré tout le soin apporté à cette manœuvre, l'ouverture étant insuffisante, le pus ne s'écoulait qu'avec une extrême difficulté. M. Chaumet se décida alors à introduire une sonde cannelée par l'ouverture déjà pratiquée, et fit une contre-ouverture à la partie supérieure et interne de la jambe. Une mèche à séton fut introduite; ce même pansement fut continué jusqu'au 28 juin. Le pus eut une issue facile.

Le 28 juin, nouvelle hémorrhagie. Le malade perdit une assez grande quantité de sang, qui offrit les mêmes caractères que la première fois. On fit, pour arrêter l'hémorrhagie, la compression de la fémorale.

J'examinai de nouveau la tumeur à cette époque, et j'y constatai, comme précédemment, des bruits de souffle simple et double; mais alors, pas plus qu'à mon premier examen, je n'observai de mouvement d'expansion dans la tumeur.

La compression fut maintenue, et de la glace fut appliquée sur le foyer même de la fracture.

Le 5 juillet, nouvelle hémorrhagie, à la suite de laquelle la tumeur a considérablement diminué de volume. Le malade a été transporté dans un autre lit; sa jambe ayant été remuée, il y a eu déplacement des fragments osseux. En auscultant, j'ai observé une diminution notable dans le double bruit; le second s'entend à peine. Quant au bruit unique, il offre toujours les mêmes caractères. Le malade est affaissé; sa voix est légèrement affaiblie; la peau est chaude et sèche. Le pouls est petit et fréquent, 104-108, très-dépressible; la face est grippée; elle offre une teinte jaune-terreux; la bouche est sèche; la soif est assez vive; il y a eu quelques légers frissons. Le malade, vivement frappé de son état, demande avec instance qu'on emploie un moyen extrême pour le guérir. M. Chaumet, après avoir demandé l'opinion du professeur Velpeau, qui était dans ce moment à Bordeaux, se décida à faire l'amputation, qui fut pratiquée le 13 juillet.

M. le professeur Chaumet m'ayant confié le soin d'examiner les lésions anatomiques que présentait la jambe de ce malade, j'en ai fait une dissection très-attentive, et voici quel est le résultat de mes recherches.

Anatomie pathologique. — Afin d'exposer avec ordre les lésions que j'ai observées, je décrirai successivement :

1º Celles des parties molles;

2º Celles des os;

3º Celles des vaisseaux.

1º *Parties molles.* — La jambe offre un empâtement général qui remonte jusqu'à la partie supérieure; la peau est entièrement décolorée.

Le tissu cellulaire est épaissi, induré; il a presque partout un aspect lardacé, il semble avoir perdu son élasticité; au pied il est infiltré de sérosité.

Les muscles sont pâles, décolorés, amincis et d'une friabilité extrême. La moindre traction exercée sur eux suffit pour les déchirer. Ceux qui sont situés au-devant du *ligament interosseux, qui n'existe plus*, ont conservé leur direction normale jusqu'à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la jambe. A partir de ce point ils sont écartés de leur direction primitive et portés en dehors par suite de la compression qu'exerce sur eux le fragment supérieur du tibia.

Les muscles de la couche superficielle (région postérieure), n'offrent rien de particulier. Ceux de la couche profonde sont tous confondus entre eux. Leurs adhérences normales au tibia et au péroné ont été complétement détruites, sauf à la partie supérieure. Ces muscles dé-

collés et confondus forment la paroi postérieure d'une cavité limitée en avant par le tibia et le péroné, et dans laquelle se trouvait contenu le sang de l'hémorrhagie. Ce foyer, au milieu duquel on remarquait les fragments des os de la jambe, était traversé par la mèche à séton dont j'ai parlé dans le cours de l'observation, et il communiquait avec l'intérieur par les deux ouvertures que traversait la mèche.

Os. — Le tibia est fracturé à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur. La fracture a une obliquité de 9 centimètres à peu près. Il n'existe entre les deux fragments aucun travail de consolidation. Ils ne sont pas cependant entièrement séparés l'un de l'autre, car il existe en avant une lame de périoste très-épaissie qui les réunit. Mais si ces fragments ne sont pas tout à fait indépendants l'un de l'autre, je dois dire qu'ils ne sont pas accolés exactement bout à bout, car j'ai trouvé, après un examen attentif, *un espace vide* qui les sépare en avant. Cet espace vide offre une importance très-grande, comme on le verra quand je parlerai de la disposition des vaisseaux. Le fragment inférieur du tibia offrait de nombreuses esquilles jouissant d'une certaine mobilité pour la plupart, mais dont quelques-unes avaient contracté des adhérences surtout en dedans et en arrière.

S'il n'existe aucun travail de consolidation entre les fragments du tibia, il n'en est pas de même pour ceux du *péroné*. Certainement la consolidation n'est pas complète, mais il est permis de croire que, quoique tardive, elle aurait fini par s'opérer. Il existait, en effet, entre ces deux fragments un tissu fibreux très-fort, très-résistant, qui les unissait. Les deux fragments du péroné sont loin de présenter un contact immédiat entre leurs extrémités. Le supérieur forme, au contraire, une saillie très-prononcée, très-appréciable sous la peau. C'est avec la face interne de ce fragment que l'inférieur adhère. Je ferai remarquer que le tissu osseux, soit du tibia, soit du péroné, n'offrait au niveau de la fracture aucune modification dans sa texture.

Vaisseaux. — L'hémorrhagie qui s'était renouvelée à plusieurs reprises, les bruits de souffle simple et double, distincts l'un de l'autre, rendaient l'examen des vaisseaux intéressant; aussi ai-je pris soin pour rendre cet examen aussi complet que possible, de pousser dans les vaisseaux deux injections fines. Je dois signaler cette particularité que l'injection est sortie par les deux ouvertures que traversait le séton, et que dans le foyer même de la fracture une partie s'était coagulée entre les deux fragments du tibia, tandis que l'autre s'était mêlée avec le liquide purulo-sanguinolent contenu dans le foyer. J'ai préparé les vaisseaux avec le plus grand soin, et j'ai déposé la pièce dans le musée anatomique de l'Ecole de médecine de Bordeaux.

Je dois dire tout d'abord que ni la tibiale antérieure, ni la tibiale postérieure, ni la péronière, ainsi que les veines satellites, n'offraient la moindre altération; nulle part la continuité de leurs parois n'avait été interrompue. C'était seulement dans leur disposition que ces artères offraient des particularités curieuses.

La *tibiale antérieure* avait conservé sa position jusqu'à un pouce environ au-dessus de l'extrémité inférieure du fragment supérieur du tibia. A partir de ce point, la direction de ce vaisseau avait changé. Elle contournait, en effet, ce fragment en s'appuyant contre sa face postérieure, et allait sortir par l'espace vide que j'ai signalé précédemment, de manière à chevaucher sur le fragment inférieur du tibia. Il résulte de cette disposition que l'artère traversait le foyer même de la fracture au milieu du liquide qui le remplissait, et qu'en outre elle subissait deux points de compression bien distincts, l'un au niveau du fragment supérieur, l'autre sur le fragment inférieur.

La *tibiale postérieure* ne présentait aucun changement dans sa direction.

Arrivé à l'union des trois quarts supérieurs de la jambe avec le quart inférieur, l'*artère péronière*, après avoir occupé sa position normale le long de la face interne du péroné, changeait brusquement de direction. Elle se portait en effet obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, entraînée dans cette direction par le fragment inférieur du péroné. A partir de ce point, l'artère *se trouvait fortement comprimée* entre ce fragment inférieur et *une esquille du tibia*: la compression exercée sur elle avait même été si forte qu'au-dessous son calibre avait diminué de moitié.

Une particularité importante que je dois mentionner, c'est que l'*artère nourricière du tibia* avait un volume double de son volume normal, et qu'elle venait s'ouvrir, par de nombreuses ramifications que l'injection avait remplies, à l'extrémité du fragment supérieur du tibia.

Réflexions. — La variété, je dirai même la bizarrerie des symptômes que ce malade a présentés, a dû, comme on doit le supposer, vivement éveiller l'attention de ceux qui l'ont observé. Je n'énumérerai pas toutes les opinions émises sur la cause des phénomènes signalés plus haut; je me contenterai de les rattacher à deux principales. Les uns — et je dois dire que j'étais de ce nombre — ayant égard: 1° à la présence d'une tumeur survenue à la suite d'une fracture très-irrégulière des deux os de la jambe; 2° aux diverses hémorrhagies qui avaient eu lieu, et qui avaient nécessité l'emploi d'une compression soutenue de la fémorale; 3° enfin à la présence de ce double bruit de souffle qui ressemblait si bien au bruit à double courant des anévrysmes artérioso-veineux, pensèrent qu'il s'agissait d'une lésion de ce genre, que les fragments osseux avaient bien pu diviser en même temps une des artères de la jambe et sa veine satellite, et qu'une communication existant entre les deux vaisseaux fournissait une explication suffisante des symptômes. D'autres, et surtout M. le professeur Chaumet, sans repousser l'opinion précédente, crurent plutôt à une transformation érectile du tissu osseux au niveau de la fracture.

Les diverses lésions que l'examen anatomique a fait découvrir dans la jambe de ce malade ont démontré suffisamment qu'aucune de ces opinions n'était juste. Mais peut-on, après l'examen de ces lésions, se rendre compte des symptômes observés.

Et d'abord d'où venait le sang de l'hémorrhagie? J'ai dit que l'artère nourricière du tibia avait un volume double de son volume normal, et que cette artère allait s'ouvrir par des ramifications nombreuses très-fines dans le fragment supérieur de cet os. Il est bien évident que c'était par elle que le sang était fourni, et que c'était ce sang, accumulé peu à peu par suite du petit volume de l'artère, qui constituait la tumeur qui s'étendait de la partie externe à la partie interne de la jambe. Ne pourrait-on pas admettre également que les fragments du tibia ne présentant aucun travail de consolidation, il pouvait se faire à leur extrémité une exsudation sanguine qui aurait contribué au développement de la tumeur? Je n'émets cette opinion qu'avec la plus grande réserve.

Une seconde question à résoudre est celle-ci: Par quoi était formé le bruit de souffle râpeux unique et le bruit de souffle double que l'on entendait dans des points distincts de la tumeur?

Quoiqu'il n'existât dans cette tumeur aucun mouvement d'expansion, ces bruits avaient été attribués à l'existence d'un anévrysme artérioso-veineux. Mais j'ai dit que les vaisseaux ne présentaient aucune lésion, aucune solution de continuité; on ne peut donc invoquer pour les expliquer une lésion que l'anatomie pathologique a démontré ne pas exister. Mais tout le monde sait que rien n'est plus facile que de produire un bruit de souffle en auscultant une artère: il suffit pour cela de comprimer légèrement le vaisseau avec le stéthoscope. Que de fois j'ai vu des médecins peu attentifs trouver un bruit de souffle carotidien chez des personnes chlorotiques, alors que ce bruit n'existait nullement, et qu'il n'était produit que par la compression qu'ils exerçaient sur l'artère carotide. La disposition des vaisseaux rend parfaitement compte des bruits observés chez ce malade, bruits qui étaient dus, selon moi, à une compression multiple exercée sur les vaisseaux.

J'ai dit, en effet, que le double bruit ne s'entendait que dans un *espace très-limité* et dans un point correspondant à la réunion des deux fragments du tibia; or, dans ce point, l'artère tibiale antérieure subissait deux points de compression, l'un au niveau du fragment supérieur, l'autre au niveau du fragment inférieur. Cette double compression ne rend-elle pas compte du phénomène? Une expérience bien simple, que j'ai répétée à la clinique du professeur Chaumet, pour démontrer cette manière de voir, consiste à presser sur une artère dans deux points différents et à une certaine distance l'un de l'autre, à appliquer le stéthoscope entre les deux points: on entendra un bruit double absolument semblable à celui que présentait ce malade.

Cette explication une fois admise, on sera forcé d'admettre que le bruit râpeux unique que l'on distinguait à la partie inférieure et externe de la jambe était dû à la compression de l'artère péronière.

La conséquence pratique que l'on peut tirer de ce fait, c'est que le bruit à double courant ne sera pas toujours caractéristique de l'anévrysme artérioso-veineux, puisqu'il peut être produit par une compression multiple exercée sur un vaisseau.

En présence d'un fait semblable et en admettant la possibilité d'une transformation érectile du tissu osseux, ou l'existence d'un anévrysme artérioso-veineux, quelle devait être la conduite du chirurgien?

Il n'y avait que deux moyens à mettre en usage: l'amputation ou la ligature. Dans le cas d'une transformation érectile, l'amputation était le seul moyen auquel on pût songer. Mais en admettant l'existence d'un anévrysme artérioso-veineux, devait-on amputer ou faire la ligature? Le professeur Chaumet m'ayant fait l'honneur de me demander mon opinion sur le moyen à employer, je rejetai la ligature.

Voici sur quelles raisons je m'appuyai: La forme de la tumeur, qui s'étendait de la partie externe et inférieure de la jambe jusqu'à sa partie interne et supérieure, ne permettait pas de déterminer sur quel vaisseau la lésion avait porté. Etait-ce sur la tibiale antérieure? était-ce sur la péronière, sur la tibiale postérieure? Il était impossible de le déterminer avec précision. La ligature aurait donc été pratiquée nécessairement sur l'artère fémorale, et alors la rapidité avec laquelle la circulation se serait rétablie, aurait ramené les choses à leur état primitif. L'amputation était donc, suivant moi, le seul moyen à mettre en usage. L'anatomie pathologique est venue, je crois, le démontrer d'une manière suffisante.

Réduction d'une hernie étranglée

par l'administration de l'infusion de café;

Par M. le Dr Chalut (de Saint-Maur).

La femme B..., âgée de 76 ans, domiciliée dans la plaine de la Varenne-Saint-Maur, réclama mes soins au mois d'août de l'année dernière; elle avait, disait-on, une inflammation de tout le corps.

Arrivé près de la malade, voici ce que je constatai: le décubitus est dorsal, la face grippée et considérablement altérée, la langue humide et jaunâtre; il y a un fréquent hoquet, des vomissements souvent répétés de matières fécales; le ventre est ballonné, météorisé, très-douloureux à la plus légère pression; il existe une constipation très-opiniâtre, qu'aucune espèce de lavements donnés en très-grande quantité n'a pu vaincre; l'émission de l'urine est suspendue, le pouls est petit et misérable, le corps est couvert d'une sueur froide et visqueuse.

Outre ces divers symptômes, il existait dans la région crurale droite une tumeur dure, rénitente, sans changement de couleur à la peau, du volume d'une grosse noix et très-douloureuse à la plus légère pression.

Il ne me fut pas difficile de reconnaître une hernie crurale étranglée, d'autant plus que les vomissements de matières fécales remontaient de quinze à dix-huit heures avant mon arrivée.

Interrogée par moi, la veuve B... me déclara qu'elle avait cette grosseur depuis dix ans, que pendant longtemps elle avait porté un bandage, mais que depuis plusieurs mois elle avait cessé d'en avoir un, parce que cela la fatiguait beaucoup. Tant qu'elle avait porté son bandage, la tumeur n'avait pas paru; c'était depuis sa cessation qu'elle s'était montrée et n'avait plus disparu.

Je voulus faire quelques tentatives de réduction, mais la tumeur était si douloureuse lorsqu'on la touchait, que la malade s'opposa formellement, en poussant de grands cris, à ce que j'essayasse de réduire sa hernie.

Dans cette grave conjoncture, je proposai d'appeler un chirurgien pour opérer la hernie étranglée, mais la malade et sa famille s'y opposèrent énergiquement. La première déclara même qu'elle aimait mieux mourir plutôt que de se faire opérer.

J'étais très-embarrassé, lorsque je me rappelai avoir employé une fois avec succès et deux autres fois sans aucun bon résultat, une forte infusion de café chaud et légèrement sucré.

J'avais été amené à user de ce moyen, d'après ce qu'en avaient dit les docteurs Triger père et fils, dans la *Gazette des Hôpitaux*, il y a quelques années.

Je fis verser sur 250 grammes de café réduit en poudre, douze tasses à café d'eau bouillante. Lorsque cette infusion fut arrivée au degré de température buvable, j'ordonnai qu'on en donnât à la malade une tasse à café de quart d'heure en quart d'heure.

Les onze premières tasses furent supportées sans amener aucun changement sensible dans la position de la malade; seulement les vomissements furent suspendus; jusqu'alors ils avaient été incessants.

A la douzième et dernière tasse de l'infusion de café, les vomissements revinrent en grande abondance, des gargouillements se manifestèrent, et la tumeur se réduisit entièrement avec un bruit qui fut entendu de tous les assistants.

Aussitôt cette réduction opérée, des évacuations alvines très-abondantes survinrent, les vomissements cessèrent entièrement, et la malade se trouva tout à fait débarrassée de tous les redoutables accidents qui l'avaient assaillie.

Depuis ce temps, elle a constamment joui d'une bonne santé; la tumeur n'a point reparu, grâce au bandage contentif qu'on l'a forcée de reprendre.

Je dois dire qu'en même temps que je prescrivais l'infusion de café, je conseillais des frictions sur la tumeur avec une pommade belladonnée; mais on ne peut rien revendiquer en faveur de cette dernière, attendu qu'on est cette pommade très-tard et qu'une seule friction fut faite.

Maintenant, je me demande comment le café a agi dans cette circonstance; j'avouerai franchement que je n'en sais rien; je laisse à de plus doctes à prononcer, et je me contente de constater le résultat heureux que j'ai obtenu.

De l'action physiologique de l'arsenic,

Par M. le docteur Henri Gouffier.

Les effets physiologiques de l'arsenic ont été surtout bien étudiés par Harles. Ses expériences ont été faites sur des hommes adultes et en santé, auxquels il administrait l'acide arsénieux depuis 1/12e jusqu'à 1/3 et même 1/4 de grain.

Voici ce qu'il a observé: un accroissement de la contractilité de l'intestin et de l'estomac; une augmentation du mouvement péristaltique des intestins; une excitation semblable, mais moins manifeste, se fait sentir dans les muscles de la vie de relation; en même temps, on ressent un léger sentiment de constriction à la gorge.

Le pouls devient plus ample, plus fréquent; il retombe ensuite, mais pour s'accélérer de nouveau et battre avec plus de force si l'on élève la dose. On peut ainsi produire chez l'homme en santé des accès de fièvre rémittente. Ce n'est pas, à la vérité, un frisson analogue à celui d'une véritable fièvre; ce sont des chaleurs fugaces qui parcourent le corps, disparaissent pour revenir ensuite, et qui se font surtout sentir à la région précordiale et au front. Les accès se terminent tantôt par une sueur générale ou partielle, tantôt par une simple moiteur. Cette fièvre arsenicale n'affecte jamais un type régulier.

Disons toutefois qu'il est rare que l'excitation soit portée à un si haut degré. Il est plus commun de voir apparaître simplement une augmentation plus ou moins considérable de la chaleur du corps, qui, paraissant avoir son point de départ dans l'estomac ou la région précordiale, envahit peu à peu le reste du corps et se fait sentir avec plus d'opiniâtreté à la région frontale et sourcilière. Ces effets, selon la remarque de Harles, exigent, pour se produire, une dose un peu forte d'arsenic.

Une simple ardeur dans l'œsophage se prolongeant jusque dans l'estomac, mais rarement douloureuse, à moins d'une dose considérable.

Une augmentation d'appétit extrêmement prononcée et presque constante, lorsque la dose est faible. Une forte dose est suivie de phénomènes tout opposés, tels que diminution et même perte complète de l'appétit, nausées, vomituritions.

La soif est d'autant plus vive que la quantité d'acide arsenieux ingéré est plus considérable, les évacuations alvines sont plus fréquentes et plus molles; mais presque jamais ce phénomène ne se transforme en véritable diarrhée, et plus rarement encore en dyssenterie.

Les urines sont plus abondantes, la miction plus fréquente. Cette augmentation dans la sécrétion urinaire alterne avec la transpiration cutanée, et elle est d'autant plus considérable que la peau est plus sèche. L'urine entraîne avec elle l'arsenic, et on peut l'y retrouver par les réactions chimiques.

Consécutivement à son absorption, il agit comme excitant du système nerveux. On observe alors chez les individus soumis à son administration une insomnie remarquable, de l'excitation intellectuelle, de l'activité musculaire et une grande aptitude pour la marche. La respiration est rendue plus facile et s'accompagne d'une sorte de bien-être.

L'arsenic a été rangé avec raison dans la classe des médicaments altérants. A la longue, il amène la dissolution du sang et la cachexie arsenicale, mais il est également reconstituant par l'activité et l'excitation des fonctions digestives.

On connaissait fort peu les effets produits sur l'homme en santé par de faibles doses d'arsenic longtemps continuées, lorsque M. le docteur Tschudi est venu révéler une singulière pratique, suivie dans plusieurs provinces d'Autriche et d'Allemagne. Les observations qu'il rapporte, extrêmement intéressantes, ont eu un grand retentissement et ont ouvert un nouveau champ à

l'expérimentation. La presse scientifique s'en est émue, et les journaux politiques eux-mêmes s'en sont emparés pour les offrir à la curiosité de leurs lecteurs. Toutefois, l'accueil qu'elles rencontrèrent fut plutôt celui du doute que de la bienveillance. Un des plus redoutables poisons minéraux devenir un aliment hygiénique, et son usage journalier ne produire sur la santé générale que des résultats avantageux! Quelle dérision! Cette idée révoltait la raison, et lui faisait mettre en doute l'authenticité des faits rapportés.

Selon M. le docteur Kœpl, on ne saurait donner trop de détails au sujet des arsenicophages, car la connaissance de ces renseignements importe également au praticien pour l'exercice de son art, et au médecin légiste dans ses expertises. Dans un cas d'empoisonnement qui a été porté devant le jury de Cili, l'accusée fut acquittée sur la simple déposition d'un témoin, tendant à faire supposer que la victime était arsenicophage. L'importance de ces détails ne doit pas être moindre aux yeux du médecin hygiéniste, si l'on considère que dans certains pays les éleveurs ne se font pas faute d'employer ce moyen pour engraisser les bestiaux qu'ils destinent au commerce de la boucherie; enfin, cet usage est encore très-répandu parmi les maquignons pour donner aux chevaux poussifs qu'ils mettent en vente du jarret et de l'embonpoint.

Les paysans de certaines contrées de la Styrie, de la Hongrie et du Tyrol, ont la coutume étrange de manger de l'arsenic; ils le prennent dans un double but, d'abord pour conserver et augmenter par un embonpoint modéré la fraîcheur du visage. Les motifs qui les poussent à contracter cette habitude dangereuse, sont ordinairement la coquetterie et le désir de plaire; aussi est-ce parmi les femmes et les jeunes gens qu'elle est surtout répandue. Nous disons *habitude dangereuse*, parce qu'une fois contractée, il n'est pas facile d'y renoncer sans de graves inconvénients, et que les toxicophages se trouvent par là même condamnés à manger le poison le reste de leur vie. Toujours est-il que ce n'est pas en vain qu'ils ont recours à ce moyen, et rarement les résultats viennent tromper leur attente. Sous son influence, au bout de quelques semaines, ils acquièrent une souplesse de peau et une fraîcheur de teint remarquables, et rien n'égale l'aspect florissant de leur santé générale.

Les exemples n'ont pas fait défaut à M. Tschudi, et ceux qu'il rapporte méritent d'être cités.

Une vachère de la paroisse H..., maigre et pâle, et ayant un amant qu'elle voulait s'attacher davantage par l'éclat de ses charmes, eut recours au moyen habituel. Elle prit de l'arsenic plusieurs fois par semaine, et, au bout de quelques mois, elle devint fraîche et potelée; mais ayant augmenté imprudemment la dose, elle mourut empoisonnée, victime de son imprudence et de sa coquetterie.

Cependant il ne faudrait pas croire que cet usage fût toujours suivi de conséquences aussi funestes. La plupart des arsenicophages savent approprier la dose à leur tolérance, commençant par de faibles quantités, ne l'augmentant que progressivement et avec la plus grande réserve; mais, une fois l'organisme habitué à cet agent, ils en prennent des quantités considérables sans en rien éprouver de fâcheux, même sur leur santé ultérieure. « Le paysan R..., dit M. Tschudi, sexagénaire et jouissant d'une très-bonne santé, prend actuellement chaque fois un morceau de 4 grains à peu près. Il y a plus de quarante ans qu'il a pris cette habitude dont il a hérité de son père, et qu'il lèguera à son fils. Aucune trace de cachexie arsenicale n'est visible sur cet individu. »

Mais ce qu'il y a encore de remarquable à noter, ce sont les accidents qu'entraîne chez les arsenicophages la suppression de leur médicament habituel. Ces accidents ont beaucoup de rapport avec ceux produits par l'intoxication arsenicale chronique, tels que l'anxiété pour leur personne, jointe à l'indifférence pour tout ce qui les entoure, des troubles dans les fonctions digestives, et notamment de l'anorexie, une sensation de plénitude stomacale, des vomissements glaireux le matin avec ptyalisme, du pyrosis, de la constriction spasmodique du pharynx, des tranchées, de la constipation, et surtout de la difficulté respiratoire. Contre tous ces symptômes, le seul remède efficace, c'est le retour à l'usage de l'arsenic.

Un arsenicophage, âgé de soixante-trois ans, faisait usage de l'arsenic depuis l'âge de vingt-neuf ans, et il le prenait à dose énorme, sans en avoir éprouvé autre chose qu'une altération avec raucité de la voix. Dans l'espace de trente-cinq ans, il en avait consommé 20 à 22 onces. La mort d'un de ses amis, arsenicophage comme lui, et qu'il avait attribuée à tort à un empoisonnement, vint lui ouvrir les yeux sur un abus aussi étrange : il y renonça, mais il ne tarda pas à éprouver les symptômes d'une gastrodynie violente, et, chose extraordinaire, pendant tout le temps qu'il prit de l'arsenic, il jouit d'une santé parfaite, et ne fut malade qu'une seule fois d'une pneumonie.

L'autre but qui engage les habitants de ces contrées à recourir aux préparations arsenicales, c'est de faciliter la respiration dans la marche ascendante.

Ils veulent se rendre, disent-ils, plus *volatils;* pour cela, ils prennent un morceau d'acide arsénieux, qu'ils laissent fondre dans la bouche. Les charretiers allemands en mêlent au fourrage qu'ils donnent à leurs chevaux, chaque fois qu'ils ont à monter une côte laborieuse.

On ignore à quelle époque remonte l'usage hygiénique de l'arsenic dans ces contrées, mais il y a tout lieu de croire que l'origine en est très-éloignée. Ce qui en a retardé la connaissance jusqu'à notre époque, c'est que tous les arsenicophages nient énergiquement l'habitude à laquelle ils se sont adonnés; chez ceux-là mêmes qui succombent victimes de leur imprudence, c'est à peine si sur leur lit de douleur on peut leur arracher leur fatal secret.

Plusieurs expériences sont venues confirmer les observations rapportées par M. Tschudi. MM. Masselot et Trousseau ont remarqué que l'arsenic a produit chez eux une vigueur insolite dans les membres inférieurs et une grande aptitude pour la marche.

Nous ajouterons que nous avons eu l'occasion d'observer de semblables résultats pour nous-même. Depuis le commencement de novembre 1856 jusqu'au mois de juin suivant, c'est-à-dire dans l'espace de sept mois, nous avons expérimenté avec 4 grammes d'arséniate de soude : chaque dose a été prise en une seule fois, à deux jours d'intervalle, en commençant par 5 milligrammes, et l'élevant progressivement jusqu'à 4 centigrammes. Il n'y a eu pendant tout ce temps aucun phénomène d'intolérance, et les effets se sont traduits par un appétit excessif et un embonpoint très-apparent, surtout pour les personnes qui, ignorant les expériences auxquelles nous nous étions soumis, ne manquaient pas de nous interroger sur la cause d'un phénomène aussi insolite chez nous. La cessation brusque du toxique fit rapidement place à un amaigrissement considérable, mais sans aucun autre accident.

Enfin, tout récemment, une dose de 5 centigrammes d'acide arsénieux, prise au moment du repas du soir, ne nous a produit le lendemain matin que des nausées, de la céphalalgie et un peu de diarrhée, accidents qui se sont complétement dissipés dans le courant de la journée.

FORMULE CONTRE LA MENTAGRE.

M. le docteur Duprez, médecin de régiment à Gand, a publié dans les *Archives belges de médecine militaire*, les observations de deux malades affectés de mentagre, chez lesquels cette dermatose, de forme pustuleuse, a disparu en un temps relativement très-court, sous l'influence du traitement institué par M. le docteur Richard (de Soissons).

Ce traitement consiste dans l'emploi des moyens généraux ordinaires, puis, lorsque la partie malade est débarrassée des croûtes qui la recouvrent, on la soumet à de fréquentes lotions faites avec la solution suivante :

Sulfate de zinc.	16	grammes.
Sulfate de cuivre.	5	—
Eau distillée.	500	—
Eau de laurier-cerise.	15	—

F. S. A.

(*Abeille médicale.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 mai 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

M. LE PRÉSIDENT, à l'ouverture de la séance, a annoncé la mort de M. de Humboldt et celle de M. Dirichlet, tous deux membres associés étrangers de l'Académie.

Altération de la choroïde. — M. VELPEAU présente au nom de l'auteur, M. Cusco, la note suivante accompagnant l'*image photographique d'une altération de la choroïde :*

Les altérations anatomiques des membranes profondes de l'œil ne peuvent être que rarement vérifiées par un examen direct; leur décomposition s'opère rapidement; il en résulte qu'elles sont généralement peu connues. D'un autre côté, les observations ophthalmoscopiques se multipliant de jour en jour, réclament un contrôle anatomique sérieux qui peut seul conduire à fixer l'opinion des pathologistes sur la valeur de ces observations. C'est dans ce but qu'ayant eu occasion d'examiner un grand nombre d'affections oculaires, j'ai cherché à obtenir les *images photographiques* de ces lésions.

J'ai l'honneur de soumettre à l'Académie un spécimen de ces essais, représentant une altération de la membrane choroïde, que je désigne sous le nom d'*atrophie partielle.*

Une planche qui est mise sous les yeux de l'Académie, représentant la pièce avec un grossissement de deux diamètres et demi, permet de reconnaître les particularités suivantes: la papille; une large portion de la choroïde où manquent à la fois les vaisseaux et le pigment, et où l'on voit la sclérotique par transparence; au côté opposé de la papille une tache plus petite, de même nature; un îlot de pigment circonscrivant la papille à sa partie interne; la partie circonférentielle de la choroïde, à peu près normale.

Je compte présenter prochainement à l'Académie, ajoute l'auteur, d'autres lésions intra-oculaires dont les images photographiques sont prises comparativement sur le vivant et sur le cadavre.

Granulations des cellules hépatiques, ou amidon animal. — M. SCHIFF, dans une lettre adressée à M. Flourens, réclame sur M. Cl. Bernard la priorité de la découverte des granulations qui remplissent les cellules hépatiques, et qu'il considère aussi comme de l'amidon animal. Il fonde cette réclamation sur la citation du texte d'un travail qu'il a publié dans les *Archives de Tubingue* le 18 mars 1857, et il fait remonter sa découverte à l'année 1856.

M. CL. BERNARD répond par des textes qui établissent l'antériorité de sa découverte, et il termine ses citations par le passage qui suit :

« Avant la publication des expériences d'ailleurs très-intéressantes de M. Schiff, j'avais donc signalé le mécanisme de la glycogénie animale qui a lieu, comme chez les végétaux, par fermentation glycosique. M. Schiff dit lui-même qu'il est d'accord avec moi; seulement il croit avoir mieux caractérisé et localisé microscopiquement l'amidon hépatique, et il penserait ainsi avoir prouvé mon opinion mieux que moi-même. Si cela est, je ne puis qu'en être très-satisfait; mais je le répète, je ne vois pas que cela puisse donner lieu à une réclamation de sa part. »

Action du brome dans les affections pseudo-membraneuses. — M. OZANAM adresse une note sur l'action curative et prophylactique du brome contre les affections pseudo-membraneuses.

« La note que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, se lie à un travail sur le chrome que je lui ai précédemment présenté (*Comptes rendus*, séance du 26 mai 1856). Poursuivant l'étude de ce métalloïde encore peu employé, je me suis efforcé de démontrer : 1° son action curative contre les affections pseudo-membraneuses devenues si fréquentes : 2° son action préservative dans les mêmes circonstances.

» Il importait de connaître le meilleur mode d'emploi de ce corps. Je crois avoir démontré que deux corps seulement, l'eau et la glycine, le dissolvent sans l'altérer; que la faculté dissolvante varie suivant le degré de chaleur et la succession plus ou moins prolongée; enfin que la solution au millième remplit complétement le but que se propose la thérapeutique. » (Commissaires : MM. Serres, Dumas et Velpeau).

— M. POGGIOLI commence la lecture d'un mémoire intitulé : *Traitement de la migraine par l'électricité vitrée.*

Ce mémoire, qui par sa nature ne peut être apprécié que par une commission, est renvoyé à l'examen de MM. Serres, Andral et Rayer.

— M. SCHULTZE adresse pour le concours Montyon, physiologie expérimentale, deux mémoires qu'il a publiés sur les *poissons électriques.*

— M. JEANNEL soumet au jugement de l'Académie de nouvelles recherches sur l'*émulsionnement des corps gras.* (Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés : MM. Dumas, Cl. Bernard, Bussy.)

— M. WANNER présente de nouvelles considérations sur la circulation du sang et sur le rôle que joue dans cette fonction le cœur, qui représente pour lui une pompe foulante et aspirante. (Renvoi à l'examen de M. Cl. Bernard.).

— M. MAZADE, qui avait déjà (en 1851 et 1852) entretenu à plusieurs reprises l'Académie des découvertes qu'il annonçait avoir faites relativement à la composition des *eaux minérales de Nérac*, envoie aujourd'hui une nouvelle note sur le même sujet. (Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés : MM. Berthier, Balard, Bussy.)

— M. MALAPERT adresse un mémoire intitulé *Modification du procédé de M. Mitscherlich pour la recherche du phosphore dans le cas d'empoisonnement.* (Commissaires : MM. Chevreul, Balard, Dumas et Pelouze.)

— M. FAURE, qui avait précédemment présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un opuscule ayant pour titre : *Le chloroforme et l'asphyxie*, adresse aujourd'hui, pour le même concours, un fragment d'un mémoire manuscrit concernant des expériences sur un nouveau mode d'inhalation du chloroforme. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. CL. BERNARD présente, au nom de M. P. L. Panum, de Kiel, une note sur un cas de duplicité du cœur observée pendant l'incubation chez un poulet qui n'avait pas d'autres organes doubles. (Voir le premier Paris.)

ÉRECTION D'UNE STATUE A LHOMOND.

Au moment où l'on recommence à apprécier de nouveau les immenses avantages des études classiques, à sentir que la connaissance des langues anciennes, que la parfaite intelligence des chefs-d'œuvre de la littérature antique sont indispensables pour arriver à saisir et à manier avec facilité la langue française, nous nous empressons de signaler à nos lecteurs l'ouverture d'une souscription pour ériger une statue à Lhomond, ce savant et modeste grammairien dont les utiles travaux ont aplani pour nous tous les premières difficultés de l'enseignement.

Depuis plus d'un siècle, les précieux ouvrages dont il est l'auteur sont entre les mains de la jeunesse, et jusqu'à présent, malgré toutes les tentatives des innovateurs et des réformateurs modernes, il faut convenir qu'aucun livre n'est parvenu, nous ne dirons pas à les surpasser, mais même à les égaler tant pour la clarté que pour la simplicité, et en même temps pour la parfaite exposition des principes.

C'est sur la grande place de Chaulnes, son pays natal, que s'élèvera la statue destinée à reproduire les traits et à perpétuer la mémoire de Lhomond.

Nous espérons que nos confrères voudront s'associer à cette œuvre de justice. La souscription des membres du corps médical sera une nouvelle manifestation des généreux sentiments qui leur faisaient réclamer le rétablissement des épreuves littéraires et du baccalauréat ès lettres.

La souscription est ouverte à Chaulnes.

Adresser le montant des souscriptions à M. Le Roy, notaire à Chaulnes, près Péronne (Somme), trésorier de la commission. Les souscripteurs recevront la liste générale des noms des souscripteurs et la biographie de Lhomond.

Le *Journal de médecine de la Loire-Inférieure* constate avec un juste orgueil les succès obtenus dans les concours de Paris par les élèves de l'Ecole de Nantes. Ainsi, il y a quelques mois, M. Félix Guyon était nommé prosecteur de la Faculté de médecine; M. Joüon arrivait le premier à l'internat, M. Piban-Dufeillay le troisième, et M. Douillard le neuvième.

— La médecine nantaise vient de perdre son doyen d'âge, M. le docteur Rouillard, ancien médecin du roi de Westphalie, Jérôme Bonaparte, qui, à quatre-vingt-quatre ans, se livrait encore avec zèle à l'exercice de son art et aux bonnes œuvres.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 MAI 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un médecin — c'était sans doute quelque contemporain de Boerhaave ou de Chirac — trouva un jour trois jeunes gens, et sans les saluer ni leur parler autrement, il dit à l'un : « Vous avez l'âcre enveloppé dans le visqueux ; à l'autre : Votre sang erre dans les vaisseaux capillaires ; et au troisième : Vos globules sanguins roulent languissamment et noyés dans beaucoup d'eau » ; et là-dessus il poursuivit son chemin. Les médecins d'aujourd'hui sont moins prompts dans leur diagnostic, et nous nous plaisons à reconnaître qu'ils le fondent en général sur des données moins superficielles. Mais nous en connaissons qui, comme notre homme, se tiennent pour satisfaits et quittes envers leurs malades quand ils ont énoncé la cause, le siége et la nature de leur maladie. M. Piorry n'est point de ceux-là ; personne assurément n'apporte plus de soin, plus d'exactitude et plus de précision que lui dans l'examen des malades, et nul ne déduit d'une manière plus rigoureuse de cet examen tous les éléments du diagnostic. Mais il a le bon esprit de ne pas s'en tenir là. Comprenant dans toute leur étendue ses devoirs de clinicien et de praticien, M. Piorry ne quitte pas un malade sans avoir formulé une prescription.

Sur quels principes se fondent ces prescriptions ? quelles sont les données dont il tire ses indications ? en un mot, quelle est la thérapeutique de M. Piorry ? Tout le monde connaît sa doctrine pathologique ; on sait avec quelle invariable et inflexible logique il a poursuivi jusqu'à leurs dernières conséquences les principes de l'organopathie. Or ces mêmes conséquences, qui ont arrêté la plupart des médecins de l'école organique sur la pente où il tendait à les entraîner avec lui, ceux-ci enrayés dans le scepticisme et l'inaction thérapeutique, conséquence presque nécessaire de la stérilité indicative des données anatomo-pathologiques, ceux-là se tournant vers le passé pour demander à l'empirisme traditionnel le secret de ses aveugles déterminations ; ces conséquences, disons-nous, M. Piorry, loin de les récuser, les a courageusement acceptées ; et il a fondé sur la seule considération des états organopathiques tout un ordre d'indications thérapeutiques empruntées pour la plupart à la physiologie, et qui ne témoignent pas moins des ressources infinies de son esprit que de sa confiance et de sa foi robuste dans l'excellence de ses principes.

Ceux de nos lecteurs qui connaissent moins la thérapeutique de M. Piorry que ses idées doctrinales sur la pathologie, s'édifieront à cet égard par la lecture du manifeste dont l'honorable académicien a commencé l'exposé dans la séance d'hier.

Nous ignorons encore si le gant sera relevé par quelques-uns des membres de l'Académie, qui croiraient pouvoir se reconnaître sous les désignations d'empiriques et de spécificistes, et auxquels M. Piorry n'a épargné aucun des traits de sa verve satirique. Pour nous, nous serions effrayé de la lourde tâche qui incomberait à qui voudrait discuter ce document, qui n'embrasse pas moins que la médecine tout entière. Nous y réfléchirions à deux fois ; et dans tous les cas, il nous resterait encore devant nous un répit de huit jours, dont nous réclamerions le bénéfice. — Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Cancer encéphaloïde du périoste du péroné gauche. — Amputation de la cuisse. — Guérison.

(Observation et leçon recueillies par M. Léon LABBÉ, interne à l'Hôtel-Dieu.)

A la fin du mois de janvier dernier est entré dans les salles du service de la clinique chirurgicale de M. le professeur Jobert (de Lamballe), un malade dont nous allons tracer l'histoire avant de reproduire les considérations cliniques dont il a été le sujet.

Auguste B..., âgé de 28 ans, peintre, est entré le 31 janvier dernier, salle Saint Côme, n° 13. Cet homme n'a jamais eu de maladie grave ; il a été généralement assez bien portant jusqu'au mois de mars 1858, époque du début de la maladie qui l'a amené à l'hôpital. D'après les renseignements qu'il donne sur sa famille, il n'aurait hérité d'aucune disposition diathésique, et dans ses propres antécédents il ne signale que quelques excès de jeunesse, auxquels il a mis un terme en se mariant il y a dix-huit mois.

Au mois de mars 1858, B... fit une chute sur les pieds. Quinze jours après, apparut un gonflement s'étendant tout le long de la partie externe de la jambe gauche. Le repos et quelques frictions firent disparaître ce gonflement. Au commencement d'avril, il reçut un coup de pied à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la face externe de la jambe. Il s'est produit une ecchymose assez considérable, qui a suivi toutes les phases naturelles de la résorption. Alors, dans ce point même, a commencé à paraître une tuméfaction bien limitée, qui, d'abord indolente, est devenue douloureuse lorsque le malade a repris ses travaux, d'ailleurs assez pénibles. Le malade raconte que, cherchant à explorer lui même sa tumeur, il était arrivé à penser qu'elle devait être profondément située. La peau glissait dessus et se laissait pincer facilement. Il n'y existait aucune coloration anormale. Les mouvements de la jambe étaient entièrement libres ; le pouce seul était le siége de quelques douleurs. Celles-ci ont toujours existé depuis le jour auquel le malade fait remonter l'origine première de sa maladie.

Rien de notable pendant les mois suivants ; la tumeur augmente toujours, le malade continue à travailler, mais il est obligé de prendre quelquefois un ou deux jours de repos par semaine. Parfois, il éprouve des douleurs lancinantes très-vives, avec exacerbations violentes.

Au mois d'octobre, il consulte un médecin qui lui fait appliquer plusieurs vésicatoires volants sur la jambe. A cette époque, la tumeur mesurée dans son point le plus volumineux (réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la jambe), offre une circonférence de 38 centimètres.

Enfin le 31 janvier 1859, jour où il entre à l'Hôtel-Dieu, la tumeur mesure 42 centimètres dans son plus grand développement. Elle commence en haut immédiatement au-dessous de l'articulation du genou, et se prolonge en bas jusqu'au tiers inférieur de la jambe ; saillante à la partie antéro-externe de ce membre, elle empiète aussi sur sa face postérieure. La jambe est parfaitement saine dans toute la partie correspondante à la face interne du tibia. La peau, assez mobile sur la tumeur, présente quelques petites veinules développées dans son épaisseur.

La tumeur offre une mobilité prononcée dans certains points. En l'embrassant largement avec les mains, on l'attire vers la partie externe du membre, et d'une manière assez notable pour qu'il soit possible de déterminer facilement qu'elle n'offre aucune connexion avec le tibia, dans quelque point de son étendue que ce soit.

En dehors, si l'on cherche à délimiter les rapports de la tumeur avec le péroné, on parvient à l'en détacher assez facilement vers la partie moyenne de cet os ; à la partie supérieure, au contraire, toute délimitation est complétement impossible.

Deux ou trois points de la tumeur présentent des bosselures légèrement rougeâtres, et donnant lieu à une sensation douteuse de fluctuation.

Le pied présente son aspect normal. Pas d'œdème.

La tumeur n'est le siége d'aucun battement.

L'articulation du genou est parfaitement intacte.

L'examen le plus attentif ne peut révéler l'existence de pulsations dans la pédieuse et la tibiale postérieure.

Les mouvements du pied ont lieu sans difficulté, le malade peut marcher. Toutes les après-midi il va se promener au jardin.—Des douleurs plutôt agaçantes que violentes existent dans toute la jambe ; mais les douleurs lancinantes qu'il avait éprouvées vers les mois de juillet, août, etc., ont disparu.

Le 2 février, M. Jobert fait une ponction avec le trocart explorateur au niveau de l'une des bosselures ; il s'écoule un peu de sang.

A partir du 5 février, on a appliqué sur la tumeur des cataplasmes de ciguë. Frictions mercurielles deux fois par jour. A l'intérieur, tisane de houblon ; teinture de colchique, 8 gouttes par jour ; huile de foie de morue, 2 cuillerées ; pilules de cynoglosse.

Le 25, la tumeur mesure 44 centimètres. Des veines assez volumineuses apparaissent à la surface.

Le 31 mars, 49 centimètres. Réseaux veineux abondants ; œdème du pied ; veines volumineuses au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, sur la face dorsale du pied, etc. La tumeur est rouge, un peu luisante. Au niveau de sa partie la plus saillante, elle présente un ramollissement prononcé.

Le malade, sorti le 31 mars, rentre le 4 avril.

La tumeur a pris un développement considérable ces jours derniers.

Le 9 avril, elle mesure 54 centimètres au point le plus volumineux.

L'état général a toujours été assez satisfaisant. Appétit modéré. Le malade est pâle et un peu amaigri. L'auscultation la plus minutieuse n'a révélé aucune lésion dans les poumons.

Le 14, M. Jobert pratique l'amputation de la cuisse ; il emploie la méthode à deux lambeaux, et a recours au procédé de Vermale modifié par lui. La modification qu'il a apportée d'abord, consiste à pratiquer sur la partie antérieure de la cuisse une incision verticale de la longueur que devront avoir les lambeaux. Dans le temps suivant, il fait pénétrer son couteau au niveau de l'angle supérieur de cette incision, et évite ainsi d'une manière certaine l'irrégularité de cet angle de la plaie.

Les surfaces sont affrontées à l'aide de huit points de suture entortillée.

Le soir, le malade a 110 pulsations. Il boit de l'eau rougie sucrée, et prend deux bouillons.

Le 15, 100 pulsations. Le malade prend plusieurs bouillons ; il suce une côtelette.

Le 16, premier pansement.

Le 17, un peu de rougeur existe à la partie antérieure de la cuisse, vers l'angle de séparation des deux lambeaux ; ceux-ci ne sont plus agglutinés dans l'espace d'environ deux centimètres. Une légère pression fait sortir une notable quantité de sérosité sanguinolente.

Le 18, les parties désunies hier, se sont de nouveau agglutinées. Le malade mange avec appétit. (Pansement à plat tous les matins).

Le 21, le huitième jour, chute d'un fil à ligature.

Le 26, 13e jour, l'on a enlevé une des épingles ; le 15e jour, trois épingles sont enlevées ; le 16e jour, on retire encore trois épingles.

Le 17e jour, la dernière épingle a été enlevée.

Le 18e jour est tombée la dernière ligature.

La fièvre a cessé le 5e jour. Depuis ce moment le malade a toujours conservé un excellent appétit. Son sommeil est parfait.

Le vingt-troisième jour, 7 mai, la cicatrisation est complète dans plus de la moitié de l'étendue de la plaie ; il ne reste plus que quelques bourgeons charnus en avant et en arrière, vers les angles de séparation des lambeaux.

Examen de la pièce. — La peau était distendue, des veines volumineuses rampaient à sa face profonde.

Les muscles jumeaux et soléaire étaient réduits à l'état de minces lamelles. A travers les fibres pâlies de ce dernier, l'on apercevait le produit constituant la tumeur.

Rien à noter dans l'artère poplitée et ses dépendances.

La branche interne de bifurcation de la veine poplitée était oblitérée par un caillot dans l'étendue de 3 centimètres.

Les nerfs, écartés de leur direction primitive, étaient aplatis.

La peau étant enlevée, la tumeur présente les dimensions suivantes : en longueur, à la partie externe, 25 centimètres ; en dedans, 19 centimètres ; en arrière, 23 centimètres. Au niveau du point le plus volumineux, vers la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la jambe, sa circonférence est de 52 centimètres. A sa surface existent de nombreuses bosselures.

Une première incision longitudinale et comprenant toute son épaisseur est pratiquée sur la tumeur. Dans les points les plus rapprochés de la surface, au niveau des bosselures qui laissaient percevoir une sorte de fluctuation, l'on aperçoit une bouillie gris-jaunâtre semblable à la substance cérébrale ramollie. Ces points diffluents sont entourés par une substance plus consistante. Dans des points nombreux, la matière constituante de la tumeur offre identiquement l'aspect de la substance grise du cerveau, et se montre par places sous forme de pelotons entourés par de minces cloisons lardacées. Çà et là on remarque une arborisation vasculaire très-prononcée, et dans deux points en particulier de véritables foyers apoplectiformes.

Les parties profondes de la tumeur offrent une consistance supérieure à celles qui sont plus rapprochées de la peau, et se trouvent directement en contact avec une portion de la substance osseuse du péroné, dont le périoste a disparu dans une certaine étendue.

Mis à nu et complétement isolé du reste de la tumeur, le péroné offre les désordres suivants : il a disparu complétement dans une longueur de 4 centimètres. Il cesse d'exister à 3 centimètres au-dessous de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. Plus bas, dans une étendue de 5 centimètres, l'os est dépouillé de périoste, et offre une surface érodée, rugueuse, un peu friable.

Le tibia est intact dans toute son étendue.

M. Ch. Robin a bien voulu se charger de faire l'examen microscopique de cette tumeur. Dans les points les plus divers, il n'a trouvé que l'élément fibro-plastique.

Voici les considérations cliniques que M. le professeur Jobert (de Lamballe) a émises sur ce sujet avant et après l'opération dont nous venons de faire connaître les résultats :

Cette tumeur a pris naissance sur le péroné. Elle est née du périoste. La peau qui la recouvre est distendue, rouge, bosselée, irrégulière. La tumeur paraît fluctuante dans certains points. Il ne faut pas s'y tromper, cette sensation de fluctuation n'est pas due à la présence d'un liquide ; elle résulte du ramollissement de quelques points isolés de la tumeur. Quelques auteurs ont pensé que c'était vers le centre de ces productions morbides que le ramollissement commençait. L'expérience m'a démontré qu'au

l'exraire c'étaient toujours les premiers produits repoussés du jostre à la périphérie qui se ramollissaient d'abord.

à La douleur au niveau de la peau est assez prononcée ; elle est due à la compression des nerfs de la jambe.

Dans l'épaisseur, la profondeur même de la tumeur, les douleurs ont fait défaut à diverses périodes de son développement ; aujourd'hui il s'y manifeste quelques élancements, mais encore très-rares. C'est là l'un des caractères des tumeurs cancéreuses profondes ; elles sont souvent peu ou point douloureuses.

Vous avez dû remarquer à la surface de cette tumeur la présence de veines nombreuses, volumineuses. Bérard a dit que dans les tumeurs encépbaloïdes l'on rencontrait beaucoup d'artères, mais pas de veines ; je ne puis partager cette opinion. Lorsque j'étais chirurgien à l'hôpital Saint-Louis, j'ai eu l'occasion d'injecter plusieurs tumeurs de cette nature ; le résultat de l'injection prouvait d'une manière évidente que des veines en quantité notable étaient contenues dans ces tumeurs. Les pièces furent montrées à cette époque à Bérard.

La situation de la tumeur est telle que la question suivante se présente : Doit-on désarticuler le genou, ou bien recourir à l'amputation de la cuisse ?

Pour mon compte, je rejette complétement la désarticulation du genou ; c'est, à mon avis, une mauvaise opération ; chez l'adulte, le plus souvent elle amène des inflammations diffuses des plus graves du cul-de-sac synovial préfémoral. Chez l'enfant, cette opération offre une gravité beaucoup moins grande ; le développement peu marqué du cul-de-sac préfémoral, à cet âge de la vie, en donne la raison anatomique. En amputant la cuisse, on a en outre un avantage très-considérable, et dans ce cas en particulier on s'éloigne beaucoup du siége de la lésion.

L'amputation a été pratiquée le 14 avril. La réunion immédiate a eu lieu dans plus des trois quarts de l'étendue de la plaie. Pour obtenir un semblable résultat, il faut un affrontement des plus exacts des parties divisées. Vous m'avez vu réunir les lambeaux à l'aide de huit points de suture ; vous avez dû remarquer à quelle distance les épingles ont été enfoncées, à plus d'un centimètre en arrière du bord libre des lambeaux. J'ai agi ainsi, afin de comprendre dans la suture la plus grande épaisseur de tissus possible.

Il faut nécessairement que les parties profondes soient mises exactement en contact les unes avec les autres. Tous les moyens de réunion que l'on applique à l'extérieur n'agissent que sur la peau, et n'ont aucune efficacité quand il s'agit de plaies aussi étendues.

J'insiste encore sur la durée du temps pendant lequel j'ai laissé les épingles en place. Le treizième jour seulement, j'ai retiré l'une d'elles ; le quinzième, le seizième et le dix-septième jour, les autres ont été successivement enlevées : mais alors la réunion à leur niveau était complète.

Je ne puis laisser échapper l'occasion qui m'est offerte de vous présenter quelques considérations sur l'histoire des tumeurs nombreuses qui ont pour point de départ le tissu osseux ou ses dépendances, tumeurs que dans les ouvrages classiques vous voyez désignées sous le nom générique de cancer des os.

Le plus souvent, pour indiquer les lésions organiques dont je vais vous entretenir, on emploie le mot d'ostéosarcome. A. Cooper appelle la tumeur *exostose périostale fongueuse* lorsqu'elle paraît prendre naissance sur le périoste, et *exostose médullaire fongueuse* lorsque son point de départ semble avoir été la membrane médullaire.

On pourrait adopter la division suivante : 1° cancer débutant par l'os ; 2° cancer consécutif, celui, par exemple, qui se propagerait des lèvres au maxillaire, du sein aux arcs costaux. Cette espèce, notons-le en passant, est des plus graves et réclame une prompte opération.

Il vaut mieux classer le cancer des os d'après le tissu qui a été le point de départ de la lésion, et sous ce rapport nous pouvons reconnaître trois espèces :

1° Cancer de la membrane médullaire ;

2° Cancer du périoste ;

3° Cancer du tissu osseux proprement dit.

Cancer de la membrane médullaire. — Cette espèce de cancer est fréquente. A. Cooper, qui l'a plusieurs fois observée, l'appelait, vous ai-je dit, *exostose fongueuse médullaire ;* cette expression était mauvaise : il n'y a nullement apparence d'exostose.

Abernetby dit avoir rencontré assez souvent cette affection ; la tumeur était enkystée, ajoute-t-il, et susceptible d'être enlevée sans que l'amputation fût nécessaire. Abernethy était dans l'erreur, et sans nul doute il avait eu affaire à des tumeurs fibreuses.

Dupuytren, M. Velpeau, en ont cité plusieurs exemples. Dernièrement, avec M. Velpeau, j'ai eu l'occasion d'en observer un exemple chez une jeune Anglaise. La lésion siégeait à la partie inférieure du fémur.

Cooper pense qu'il apparaît surtout vers 25 ans ; une seule fois il l'a vu chez un homme de 50 ans. Pour mon compte, je l'ai toujours observé chez de jeunes sujets.

Pour expliquer l'apparition de cette maladie, on a reproduit cette longue liste de causes générales que l'on ne manque jamais d'invoquer dans les cas de cancer.

On a cru remarquer que la commotion des os, les chutes sur les pieds, par exemple, exposaient à cette affection.

Son siége le plus fréquent est dans la partie voisine de l'extrémité des os longs. Rarement il apparaît vers leur partie moyenne.

Comment se développent ces tumeurs ? D'abord il y a accumulation du produit nouveau enre les mailles du réseau vasculaire. Ces points, isolés primitivement, se réunissent, puis forment un tout, une petite masse. Abernethy, qui a eu l'occasion d'examiner des os à cette période peu avancée de la maladie, donne alors au produit morbide le nom de *substance charnue-rouge.*

Dans cette période il n'existe aucune douleur ; pas de gêne dans le membre, pas de troubles fonctionnels, etc.

Plus tard la tumeur use l'os de l'intérieur à l'extérieur, et repousse les portions les plus excentriques. La tumeur augmentant, la coque osseuse prend plus d'ampleur ; le membre offre une voussure ; les muscles sont distendus, aplatis ; les vaisseaux s'écartent de leur direction. Des douleurs souvent vives, s'irradiant quelquefois jusqu'aux extrémités du membre, se déclarent ; elles sont surtout dues à la compression des nerfs.

La peau se laisse distendre ; alors si on examine le membre avec soin, on trouve des points amincis. Çà et là la *crépitation parcheminée,* due à l'amincissement de la couche osseuse, est facilement perçue.

La tumeur est irrégulière et bosselée ; mais ces bosselures ne se prononcent pas aussi rapidement que dans le cancer ayant pour point de départ le périoste. Dans le cancer de la membrane médullaire, la tumeur, au contraire, reste longtemps régulière.

A ce moment apparaissent quelques troubles fonctionnels : chaleur à la peau, agitation, insomnie. Quand ces troubles sympathiques se montrent, on peut affirmer que la tumeur est en voie de ramollissement.

Si la lésion se rapproche de l'extrémité des os, on trouve presque toujours des battements ; quelquefois ceux-ci sont accompagnés d'un bruit de souffle, d'un susurrus. Ces battements sont constamment partiels, et ne ressemblent en rien au mouvement d'expansion que l'on observe dans les tumeurs anévrysmales.

A quoi sont dus les battements dans le cancer médullaire des os ? Aux artérioles développées dans ce tissu.

Comment peut-on expliquer le susurrus que l'on perçoit parfois ? M. Velpeau dit que les artères ayant pris plus de développement, rencontrent plus de résistance en avant et en arrière, et qu'alors le bruit a lieu.

Je pense qu'il est permis de rattacher la production de ces bruits de souffle au développement inégal des artères dans les divers points de leur longueur.

Une fois la tumeur ramollie, la peau étant distendue, une eschare se forme bientôt à son niveau ; celle-ci tombe, et alors apparaît un fongus, une sorte de champignon de grosse végétation, à la surface de laquelle il s'écoule incessamment une grande quantité de sérosité sanguinolente. Parfois, à ce niveau, il se produit des hémorrhagies qui peuvent être mortelles.

Alors apparaissent des accidents d'un nouvel ordre ; fièvre hectique, dévoiement, amaigrissement considérable ; puis la peau jaunit, devient plombée. Alors le cancer apparaît dans d'autres points, dans les organes internes, etc.

Pour remédier à cette grave affection, on a conseillé un traitement général. A. Cooper admettait qu'on pouvait guérir l'exostose fongueuse médullaire.. Il conseillait un traitement général avec la salsepareille et l'oxymuriate de mercure. Il recommandait aussi les sangsues, les vésicatoires sur la tumeur ; tous moyens inefficaces.

On pensa à suspendre l'arrivée du sang dans la tumeur. A. Cooper, chez une fille dont le radius était malade, fit la ligature de l'artère radiale. Il y eut d'abord suspension des battements dans la tumeur, puis il se forma une eschare à la peau, et la jeune fille mourut après le retour des accidents.

Un chirurgien du même hôpital fit la ligature de la fémorale ; le malade mourut.

J'ai fait deux fois la ligature de la fémorale en pareil cas ; mes deux malades ont succombé.

M. Lallemand a fait la ligature de la fémorale. Le malade aurait, dit-on, guéri. Je n'ai jamais été bien édifié sur la valeur de cette observation.

Dupuytren, M. Velpeau, M. Pamard, ont tenté la même opération en pareille occurrence : ils n'ont pas obtenu de succès.

Bref, on perd du temps et on n'arrive à rien. Il existe de nombreuses anastomoses, les artères articulaires sont très-développées, et la circulation se rétablit très-rapidement.

Cette opération doit être mise de côté complétement.

Il n'y a que l'amputation qui puisse donner au malade des chances de guérison. Le malade sera-t-il guéri définitivement ? Dans certains cas, l'affection est bien positivement locale ; mais si l'affection est accompagnée d'engorgements ganglionnaires, si la tumeur est bien ramollie, s'il y a une altération locale très-étendue, la récidive aura probablement lieu. Dans ces cas, on doit hésiter, et quelquefois ne pas faire l'opération. Si on se décide à la pratiquer, il faut la faire le plus loin possible du mal.

Cancer du périoste. Exostose fongueuse périostale d'A. Cooper, *Sarcome* d'Abernethy. Il vaut mieux tout simplement l'appeler *cancer périostal.*

Tantôt le produit est déposé au-dessous du périoste, tantôt au-dessus, tantôt dans son épaisseur même. A. Cooper a donné une belle description du cancer situé entre l'os et le périoste.

Ce cancer est rarement circonscrit, presque toujours il est diffus ; ou bien si d'abord il est circonscrit, il ne tarde pas à gagner très-rapidement les parties voisines. Nous avons vu au contraire que le cancer médullaire était souvent limité à l'extrémité d'un os.

Certains os en sont plus spécialement atteints : l'humérus, le fémur, le tibia. Pour mon compte personnel, j'ai eu trois fois l'occasion de l'observer sur l'humérus. Chez le malade que nous avons opéré, le péroné est le point de départ de la maladie.

On le remarque presque toujours dans le jeune âge. A l'humérus, je l'ai rencontré sur un sujet de treize ans, sur un autre de vingt-cinq ans. Un troisième était arrivé à un âge beaucoup plus avancé, il avait cinquante ans.

Presque toujours les malades accusent un coup ; un traumatisme quelconque. Chez le malade soumis à notre observation, je vous ai dit qu'il y avait eu un épanchement de sang dans le point où plus tard a siégé la tumeur. Eh bien, je ne veux pas voir là cependant le point de départ de l'affection. Je crois bien plutôt au dépôt d'un produit nouveau.

Le cancer *périostal* marche beaucoup plus rapidement que le cancer *médullaire*. Il a une période tout à fait latente. Il existe alors une petite tumeur indolore, sans changement de température ni de coloration de la peau. Cet état latent peut durer un, deux, trois mois ; mais lorsque les vaisseaux se développent, tout change de physionomie. La tumeur se bosselle, et alors apparaissent les troubles fonctionnels correspondants à la période de ramollissement.

La tumeur soulève les muscles, les vaisseaux, les nerfs. Les veines peuvent s'oblitérer ; il survient un cancer du tissu osseux proprement dit.

Enfin, je pense qu'il faut réserver le nom d'ostéosarcome au cancer du tissu osseux proprement dit. On a rencontré ce cancer, sous forme d'infiltration, dans l'intérieur du grand trochanter, dans le maxillaire supérieur ; sous forme de masses, dans d'autres os. C'est dans ces cas que des fractures se produisent si facilement, et souvent ne se consolident pas.

Dans l'immense majorité des cas, la diathèse existe, et l'on trouve des lésions cancéreuses dans d'autres organes. Dans tous les cas de cancer de l'os proprement dit, rapportés par M. Lebert, la diathèse existait.

La mâchoire inférieure, que l'on dit être si souvent affectée de cancer, ne l'est réellement que très-rarement. Dans un grand nombre de cas, on a pris pour cancer ce qui devait réellement se rapporter à des tumeurs fibreuses.

Le maxillaire supérieur, au contraire, est fréquemment le siége du cancer, occupant le tissu osseux lui-même. On observe de l'œdème, plus tard la peau s'ulcère. Il n'offre jamais les battements et les bruits dont on constate l'existence dans le cancer médullaire.

L'os est détruit de sa surface extérieure vers sa profondeur ; il ne vient jamais former une coque à la tumeur ; jamais aussi ne perçoit-on dans ces cas la crépitation parcheminée.

Le traitement local est complétement inefficace. Les seuls moyens palliatifs locaux qui peuvent rendre quelques services, sont les réfrigérants et la compression.

Il faut de toute nécessité recourir à l'amputation.

Toutes ces tumeurs récidivent-elles ? J'ai opéré un grand nombre de cancers périostiques des membres, j'en ai vu repulluler plusieurs, mais j'ai quatre exemples de guérison complète, dont l'un remonte à plusieurs années.

La récidive a surtout lieu lorsque le cancer est arrivé à sa dernière période de ramollissement, au moment où l'opération a été pratiquée.

Je pense que, dans certains cas, le cancer est vraiment bien local ; il est dû alors à des modifications de vitalité dans un point très-restreint du système nerveux et vasculaire. Évidemment il n'y a pas toujours de diathèse, car pourquoi et comment s'arrêterait-elle ?

QUELQUES OBSERVATIONS

d'affections oculaires peu communes.

Par M. John Windsor.

La conjonctive qui recouvre la sclérotique, et même la mince couche épithéliale que cette muqueuse envoie au-devant de la cornée, peuvent quelquefois être soulevées sous la forme de vésicule ou de bulle contenant un fluide limpide. J'en vais rapporter brièvement un cas ou deux.

Obs. I. — Le 14 novembre 1834, on amena au *Manchester eye hospital* un petit garçon nommé H... Il avait à l'un des yeux une petite tumeur globuleuse, transparente, du volume d'un grain d'orge, et recouverte par la mince portion de conjonctive qui tapisse la sclérotique. On donnait pour cause au développement de cette tumeur un coup léger qu'il avait reçu quelques jours auparavant. Ayant fait une ponction avec la lancette, je vis s'échapper un liquide clair, et la tumeur s'affaissa. Je n'ai plus entendu parler de cet enfant, probablement parce que toute trace de son affection avait disparu.

L'observation suivante pourrait s'appeler une hydrophthalmie externe.

Obs. II. — Robert J..., âgé de vingt-quatre ans, mineur en charbon, résidant à Oldham, 24 décembre 1836.

Il présente sur la surface antérieure de l'œil une tumeur semi-transparente qui recouvre presque complétement le globe oculaire, excepté à son centre ; elle est tendue et comme divisée en trois portions par

des vaisseaux qui parcourent les sillons qui les partagent. Elle a largement la grandeur d'un schelling, est fluctuante au toucher, et offre à son centre une petite dépression constituée par les restes de la cornée. Si l'on cherche à limiter la cornée latéralement, on trouve que la tumeur est continue avec la conjonctive, qu'elle prend naissance un peu au-devant du point où cette membrane se réfléchit de dessus les paupières, et que les vaisseaux de l'une de ces parties se continuent sur l'autre.

Il y a sept ans, il a reçu sur la partie blessée un coup de pied d'homme, ce qui a déterminé, à ce qu'il croit, la rupture de son œil. Il éprouva à la suite de cet accident une douleur et une inflammation intenses. Un chirurgien qu'il consulta lui dit que son œil était perdu. Au bout de six semaines la douleur diminua.

La tumeur qu'il a maintenant a fait son apparition il y a environ trois ans; elle est restée stationnaire jusqu'au mois de juillet dernier. A cette époque, cet homme ayant traversé le Mersey à Liverpool, l'inflammation reparut dans son œil et le volume de la tumeur augmenta.

Il consulta au Liverpool eye Infirmary un chirurgien qui ponctionna la tumeur avec une lancette; il s'échappa une forte cuillerée à soupe d'un sérum clair, et le kyste conjonctival s'affaissa immédiatement et s'appliqua sur la sclérotique sous-jacente. Les restes de la cornée, qui occupent le centre, offrent maintenant une légère saillie au lieu d'une dépression.

7 janvier 1837, la tumeur a reparu, mais elle n'est pas aussi distendue qu'auparavant. On aperçoit quelques vaisseaux capillaires formant de belles ramifications au-devant d'elle. Il n'y a pas de douleur.

Le 21 janvier, la tumeur continuant de s'accroître et se trouvant de nouveau distendue par un fluide séreux, on la ponctionne derechef, et l'on enlève à l'aide de pinces et de ciseaux courbes une portion du kyste conjonctival.

Le 4 février, on aperçoit le blanc de la sclérotique à nu dans le point où l'on a enlevé la conjonctive; mais la tumeur ne récidive point, il existe à peine de la douleur. — Lotions saturnines; un peu d'*unguentum zinci* le soir, et un purgatif de temps en temps.

Le 20 mai, l'œil reste blanc dans le point où le kyste conjonctival a été enlevé, parce que la sclérotique n'est pas recouverte par la conjonctive, qui ne s'est point régénérée. La tumeur ne récidive pas, le malade n'éprouve plus de gêne.

Le 20 août, les choses sont restées dans le même état.

Obs. III. — Jonathan M..., ouvrier, âgé de quarante-trois ans, résidant à Lyde, vint me consulter le 18 février 1844 pour une affection de l'œil gauche qui le tourmentait depuis deux ou trois semaines. La conjonctive et la sclérotique sont toutes deux affectées, mais surtout la première, et particulièrement à sa partie inférieure, où elle est très-rouge et forme un peu saillie au pourtour de la cornée. Cette dernière membrane, ou sa couche épithéliale, est aussi envahie; car elle offre une certaine dépression avec ulcération superficielle, et dans deux ou trois points elle est légèrement soulevée ou présente une *vésication irrégulière* due à un léger épanchement sous la conjonctive de la cornée. L'œil est sensible au toucher, et si douloureux que le malade en est presque complétement privé de sommeil. Le second œil n'est point malade. — Application de sangsues et administration de laxatifs; pilules de calomel et opium deux fois par jour. Poudres laxatives altérantes le matin; collyre saturnin chaud; vésicatoire derrière l'oreille.

Il se présente de nouveau au bout de quelques jours. Il existe maintenant une ulcération superficielle sur le point soulevé auparavant par du sérum; l'inflammation et la douleur sont diminuées. — Même médication.

Peu de temps après, l'œil malade était complétement bien.

Obs. IV. — Mary G..... se présente le 11 février 1848 à la consultation externe du Manchester eye Hospital pour une petite tumeur lymphatique du volume d'un pois, et située sur la conjonctive de la sclérotique. Elle assignait pour cause à cette tumeur une goutte de graisse chaude qui lui avait sauté dans l'œil sept ans auparavant; j'y fis une ponction avec une lancette, ce qui donna issue à un peu de sérum clair. Cette malade ne s'est plus représentée.

Obs. V. — John H..., âgé de soixante-sept ans, de Preston Brook, se présente le 3 juillet 1849 au Manchester eye Hospital pour une petite tumeur ou vésicule survenue sans cause connue; elle est du volume d'un pois et située sur la conjonctive oculaire, à égale distance du repli semi-lunaire et de la cornée de l'œil gauche. Un faisceau de vaisseaux partant du canthe interne se dirige vers elle, et quelques stries vasculaires viennent la recouvrir. La ponction fait écouler une petite quantité de sérum incolore, et la tumeur disparaît. Je n'ai point appris qu'elle eût reparu; si cela arrivait, il suffirait de retrancher, comme dans le cas de Jackson, une petite portion de conjonctive. Cela préviendrait sûrement la récidive. (*Annales d'oculistique*.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 mai 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique communique :

1° Un arrêté par lequel il autorise l'Académie à administrer, au cas où l'Association des médecins du département de la Seine cesserait d'exister, la fondation du docteur Moulin, destinée à attribuer dans un lycée de Paris une bourse au fils d'un médecin pauvre;

2° Une pétition adressée à l'Empereur par le sieur Lorenzo Giordano, médecin de Naples, dans le but d'obtenir l'autorisation d'expérimenter dans les hôpitaux des remèdes infaillibles contre la plupart des maladies considérées comme incurables. (Commission des remèdes secrets).

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Saunois, de Metz, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans cette ville depuis décembre 1858 jusqu'en avril 1859.

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans le département de l'Orne.

3° Le rapport final de M. le docteur Noirot, de Dijon, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1858 dans les communes de Darois et d'Hauteville. (Commission des épidémies.)

4° Un rapport de M. le docteur Tellier, de Bourbon-Lancy, sur le service médical des eaux minérales de cette localité pendant l'année 1857.

5° Un rapport de M. le docteur Louviers, sur le service médical des eaux minérales de Propiac (Drôme) en 1857. (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° M. H. Larrey écrit pour offrir en hommage à l'Académie les mémoires de l'Académie des sciences de Toulouse et de la Société des sciences de Lille.

2° MM. Becquerel et Réveil prient l'Académie de les inscrire comme candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et médecine légale.

3° M. le docteur Joaquin Aldir y Fernandez (de Madrid) adresse un mémoire écrit en espagnol sur un nouveau mode d'extraction de la quinine et de la cinchonine. (Commissaires : MM. Caventou et Bouchardat.)

4° M. le docteur Baraillier, deuxième médecin en chef de la marine, envoie l'exposé sommaire des principaux symptômes observés pendant l'épidémie de typhus au bagne de Toulon en 1856. (Commissaires : MM. Michel Lévy, Ferrus, Mêlier et Beau.)

5° M. le docteur A. Legrand communique à l'Académie une observation relative à un cas d'hématurie idiopathique, heureusement combattue par les injections d'eau froide et les préparations ferrugineuses à l'intérieur. (Nous publierons prochainement cette observation.)

6° M. Mandet, pharmacien à Tarare (Rhône), adresse un mémoire sur la scillitine. (Commissaires : MM. Chevallier et Boudet.)

Sonde double pour l'opération de la fistule vésico-vaginale. — M. Charrière soumet à l'examen de l'Académie le modèle d'une sonde double qu'il a faite d'après les indications de M. Brun. M. Charrière s'exprime ainsi dans sa lettre d'envoi :

« Dans ses opérations de fistules génito-urinaires, M. le professeur Jobert (de Lamballe) place une sonde à demeure dans la vessie de ses opérées, afin d'éviter que l'urine ne s'accumule dans ce réservoir. Les sondes ordinaires ne tardent pas à se boucher, et pour qu'elles puissent fonctionner régulièrement, il est nécessaire de les changer souvent, plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Mais le cathétérisme ainsi répété devient très-douloureux, souvent intolérable; de plus, s'il n'est pas pratiqué par le chirurgien lui-même, il peut quelquefois compromettre le succès d'une opération.

» Pour tâcher d'obvier à cet inconvénient, un des anciens élèves de M. Jobert, M. Brun, nous a fait confectionner une sonde double, analogue à la double canule trachéale de M. Trousseau. Ce sont deux sondes emboîtées l'une dans l'autre, dont les yeux se correspondent quand l'instrument doit fonctionner. S'il arrive que l'urine ne coule plus, sans déranger la sonde extérieure, on retire celle de l'intérieur, on la nettoie, on la remet en place, et l'urine continue à s'écouler librement.

A B C D E

» Cette opération ne cause aucune douleur; elle peut être pratiquée par une personne étrangère à l'art, et le chirurgien n'a plus à craindre qu'un cathétérisme mal dirigé vienne compromettre le succès de son opération.

» *Explication des figures.* — A, la sonde complète, c'est-à-dire les deux sondes emboîtées l'une dans l'autre. B, la sonde extérieure. C, la sonde intérieure. E, rondelle qu'on tourne de droite à gauche pour retirer la sonde intérieure. D, les deux sondes, dont les yeux se correspondent. »

Pulvérisation des liquides médicamenteux. — M. le docteur Sales-Girons réclame contre le texte de la présentation qui a été faite, à la dernière séance, d'un appareil *néphogène*, c'est-à-dire qui réduit l'eau en brouillard pour la rendre respirable. Ce *néphogène* opère par *l'air soufflé*.

Après avoir établi sa priorité même à l'idée d'un instrument qui divise l'eau par la ventilation, M. Sales-Girons dit qu'il a dû préférer celui qu'il a adopté et qui divise les liquides *sans les souffler*. Si l'agitation altère la combinaison des eaux minérales, à plus forte raison la ventilation, qui est la plus grande des agitations, doit-elle la détruire.

M. Sales-Girons soupçonne le *néphogène* de faire passer l'eau à *l'état vésiculaire*, qui est une sorte de distillation. Cet appareil serait dès lors bien nommé *néphogène*; seulement un liquide médicamenteux en brouillard doit avoir perdu de ses propriétés par ce fait même.

L'instrument rendu portatif et d'usage privé, pour faire respirer toutes sortes de liquides, qu'a présenté M. Sales-Girons, pulvérise l'eau en la fragmentant, de telle façon que chaque fragment est l'eau minérale elle-même, ainsi, du reste, que M. O. Henry l'a constaté par l'analyse dans la *salle de respiration* de Pierrefonds-les-Bains.

La théorie des respirations curatives de M. Sales-Girons accuse l'oxygène de l'air d'une action phlogistique sur les lésions pulmonaires. La ventilation augmentant, la quantité d'oxygène respiré doit être exclue comme moyen plus que défectueux.

M. le docteur Sales-Girons termine en disant qu'il ne réclame pas pour la confection des appareils pulvérisateurs; l'idée de la *pulvérisation* des liquides, qu'on ne saurait lui contester, lui suffit.

— M. Mathieu (de la Drôme) adresse également une lettre de réclamation à propos du même appareil.

— M. le docteur Dumesnil, médecin en chef de l'asile de Quatre-Mares, adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» La réclamation que j'ai eu l'honneur d'adresser à MM. les membres de l'Académie de médecine, il y a quinze jours, est restée sans réponse de la part de M. Bouley. En effet, M. le rapporteur, dans ses explications de mardi dernier, n'a fait allusion qu'à un mémoire de M. Labourdette, bien postérieur à celui du 13 mai 1856.

» Ce premier mémoire constatait les droits que je revendique, c'était le résultat de mes études personnelles, c'était le point de départ de toute la question du passage de l'iode et des autres médicaments dans le lait; enfin, M. Bouley en avait accepté l'examen.

» Je me permets donc de demander pourquoi ce travail, commun à M. Labourdette et à moi, ne se retrouve plus; s'il est juste et convenable qu'on le remplace par un autre, et si l'on croit que je sois bien flatté des citations de MM. Bouley et Labourdette, quand seul, pendant deux années, et le premier, j'ai fait toutes les expériences physiologiques, chimiques et thérapeutiques qui sont la base de cette méthode ?

» Mon intention n'est pas, monsieur le président, d'abuser plus longtemps des instants de l'Académie et de prolonger ce débat; mais je proteste une dernière fois, en présence de mes maîtres et de mes anciens chefs de service, contre un mode de procéder dont j'ai été victime. »

» *P. S.* Je lis à l'instant même dans le *Moniteur des Hôpitaux* la lettre que M. Labourdette a adressée mardi dernier à l'Académie. Quoique ce ne soit nullement à lui de faire ma part, je répondrai qu'il me l'a faite trop belle dans le mémoire lu devant l'Académie le 13 mai 1856, pour que j'aie rien à craindre de ses réticences actuelles.

» Or, il a publié lui-même dans la *Gazette des Hôpitaux* notre mémoire *in extenso* le 13 mai 1856, et voici ses propres paroles : « Avant » d'entrer dans l'exposition de la méthode régulière dont tout l'hon» neur revient aux expériences définitives de mon ami le docteur Du» mesnil (de Quatre-Mares), » etc., etc.

» Cela me suffit. »

— M. Depaul fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Rotureau, du premier volume d'un ouvrage sur les eaux minérales de l'Europe. Ce premier volume traite des *Eaux minérales de France*.

— M. le président annonce la mort de M. Blaud (de Beaucaire), correspondant de l'Académie.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre associé national.

La liste de présentation porte les noms de MM. Léon Dufour, Girardin et Filhol.

Au premier tour de scrutin ont obtenu :

M. Léon Dufour.	45 voix.
M. Girardin.	7
M. Filhol.	6

En conséquence, M. Léon Dufour est déclaré élu.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit :

1° Un rapport sur l'eau minérale de deux sources découvertes à Condes (Puy-de-Dôme). L'analyse chimique a permis de constater que ces deux sources ont une grande analogie de composition chimique, et qu'elles doivent provenir d'un même foyer. Ce sont des eaux froides, acidules, bicarbonatées sodiques et calcaires, et très-notablement arséniatées.

2° Un rapport sur la source minérale d'Oriol (Isère), qui appartient à la classe des eaux acidules, bicarbonatées, ferrugineuses et calcaires.

M. le rapporteur propose d'accorder l'autorisation d'exploiter ces différentes sources. (Adopté.)

LECTURE.

La parole est à M. Piorry pour une lecture.

De la thérapeutique anatomique, physiologique et rationnelle comparée à la thérapeutique empirique et spécifique. — M. Piorry. Lorsque les idées organiques et physiologiques appliquées à la pathologie prirent un immense développement dû à la puissante voix de Broussais; lorsque retentit cette grande vérité : *Il n'y a pas de maladie*, vérité dont l'admission fut compromise et retardée par l'addition d'une conception hypothétique et individualisée (l'irritation considérée comme un être, une chose qui entretiendrait l'inflammation et ses diverses formes), il arriva que les partisans des vieilles doctrines se réveillèrent, et que, remontant bien au delà des écrits de Pinel, ils cherchèrent à substituer les opinions humorales et empiriques aux inductions logiques qu'on avait tirées du système de l'irritation.

L'École de Paris, ainsi que les journaux d'alors, devinrent de vastes arènes dans lesquelles chacun s'escrima de son mieux. La science et malheureusement les hommes se partagèrent en deux camps, et les drapeaux opposés furent décorés du nom de Broussais d'une part, et celui de Pinel de l'autre; de Pinel, qui, non moins organicien que Broussais, a désavoué les doctrines surannées que lui prêtaient les réactionnaires qui osaient se couvrir de son nom.

C'est alors que se disputèrent dans les concours, dans les dissertations inaugurales, dans les recueils périodiques, les fauteurs et les détracteurs des diathèses, des cachexies, des génies morbides, des vices dartreux, scrofuleux, etc.

C'est alors que de nombreux médecins, s'apercevant que les sangsues, l'eau et la diète ne guérissaient pas tout, cherchèrent des médicaments nouveaux, firent de l'empirisme sans réflexion, créèrent des journaux pour l'appuyer, et se déclarèrent avec modestie des thérapeutistes par excellence. Bien que meurtris et souvent accablés dans les luttes scientifiques, les empiristes eurent l'avantage dans leurs attaques contre la doctrine du Val-de-Grâce, si faussement qualifiée de physiologique; mais leurs arguments échouèrent de la manière la plus complète lorsqu'ils voulurent s'en prendre à la thérapeutique organique. Cette thérapeutique, née des travaux de Vésale, de Bonnet, de Valsalva, de Morgagni, fécondée par les recherches de Bayle, de Laënnec, et, sous un autre point de vue, par les études d'Avenbrugger et de ceux qui l'ont suivi, a pris de plus en plus de l'extension par les découvertes physiologiques d'Harvey, de Lavoisier, de Goodwin, de Bichat, etc; la médecine moderne appelant à son aide la physique, la microscopie, la chimie et toute la série des sciences naturelles, s'est aussi constituée scientifiquement par d'immenses travaux qui ont élucidé l'histoire des maladies et de leur traitement : or ces immenses progrès n'ont pu convaincre les empiristes, les thérapeutistes préten-

tieux, qui n'en ont pas moins continué leurs attaques, non plus cette fois contre la doctrine de l'irritation, mais contre les études sévères, le positivisme et l'exactitude scientifique; ils se sont évertués à chercher des médicaments spécifiques contre les maladies spéciales; ils ont supposé que leurs diathèses, leurs cachexies, leurs génies, leurs vices, leurs agents épidémiques, étaient des choses qui devaient être traitées par d'autres choses susceptibles de combattre les premières, ou, suivant quelques illuminés, capables d'agir utilement dans le même sens que la maladie; ils ont feuilleté Leuvenhoeck et imité Raspail; ils ont vu ou plutôt supposé partout des parasites plus ou moins analogues à ceux que les organiciens leur ont montrés dans la gale, le muguet et certaines éruptions du cuir chevelu; ils ont gratuitement admis des ferments morbides du même genre que les ferments chimiques. Quant à leurs prétendus spécifiques, ils ont confié au basard le soin de leur découverte, et n'ont pas craint de les demander aux indigestes formules des Arabes, aux sauvages même, comme lo Docteur noir; plus le nom de la drogue était excentrique, plus cela venait de loin, mieux cela valait.

Enfin la fantaisie, le romantisme médical, ont remplacé pour les empiristes la médecine sévère. Aussi je me propose d'exposer sommairement un grand nombre de faits dans lesquels les applications des connaissances anatomiques, physiologiques et hygiéniques, sont d'une utilité de premier ordre.

La thérapeutique rationnelle, que l'on pourrait à bon droit appeler la médecine du sens commun, a été constamment le but des travaux de ma vie scientifique; elle est fondée sur des faits positifs et absolus, et les résultats qu'elle donne sont presque toujours susceptibles d'être mesurés ou calculés.

Dans la crainte que les expressions de spécial et spécifique ne conduisent à de fausses interprétations, je dois dire que pour moi le mot *spécial* désigne ce qui se rapporte à un organe ou à une fonction déterminée, et que le terme *spécifique* exprime un caractère propre à une cause morbide ou à la curation particulière qu'elle comporte.

Dans l'énumération que je vais faire des états pathologiques, je suivrai l'ordre adopté dans mon *Traité de médecine pratique.*

Lésions des organes de la circulation ou angiémie. — La digitale agit spécialement sur le cœur, et ralentit ordinairement ses mouvements. Bien que M. Bouillaud ait rationalisé son emploi, la plupart des praticiens ne la considèrent que comme un médicament dangereux, infidèle, et qui ne peut être employé avec succès que dans des cas bien déterminés. Elle ne remédie en rien à la cause organique des accidents, et pallie tout au plus certains symptômes. L'opium, les narcotiques de tout genre, ne produisent dans les cardiopathies aucun effet curatif ou même palliatif. S'il est arrivé qu'ils ont soulagé certains malades atteints d'affection cardiaque, c'est qu'il s'agissait dans ce cas de névralgies intercostales, qui rendaient très-douloureux les chocs très-naturels et très-réguliers des ventricules sur le nerf affecté.

Le traitement des états pathologiques dont le cœur et les gros vaisseaux sont susceptibles, repose entièrement sur les applications anatomiques et physiologiques; chercher à calmer par le repos les contractions trop énergiques des ventricules, proportionner la masse du liquide qui circule au degré de force du cœur et à la dimension des orifices rétrécis, se donner garde d'exténuer cet organe par l'abstinence, dans la crainte qu'il ne fonctionne alors que difficilement, voilà quelques-unes des grandes indications que les médecins de toutes les sectes doivent suivre; dans ces indications, il n'y a que de l'anatomie et de la physiologie appliquée, et vous n'y voyez aucun rôle réservé aux médicaments spécifiques; mais voyons s'ils sont plus heureux dans les angiosténosies : les sténosies cardiaques sont-elles inflammatoires? Il faudra les traiter par les moyens propres aux phlegmasies, et les spécifiques ne réussissent guère à ce point de vue; et vous convenez que leurs effets seraient tout à fait nuls dans les cardiosténosies congénitales. Or, si les cardiosténosies étaient dues à des causes organiques de nature syphiosique, il serait permis d'espérer que l'action des mercuriaux peut être avantageuse; mais depuis que Laënnec a mieux étudié ce sujet, on convient que les végétations du cœur ne sont point syphilitiques.

De tous les médicaments proposés en vue de remédier aux palpitations, aucun n'a réussi. La médecine organique, en recherchant la cause organique d'un tel symptôme, commun à un si grand nombre d'états morbides, est plus heureuse dans ses applications; en donnant du fer et des aliments substantiels, elle fait cesser l'hypémie et l'hydrémie, point de départ des troubles cardiaques. En évacuant les matières et les gaz qui, distendant le tube digestif, refoulaient le cœur par en haut et gênaient son action, dans les cas d'hyperhémie, elle a su pratiquer une saignée pour favoriser la circulation; elle a prévenu le retour de certaines palpitations, et tout dernièrement des battements de cœur très-pénibles se sont subitement arrêtés sous l'influence de respirations profondes et réitérées. Je ne connais aucun médicament qui diminue le volume du cœur hypertrophié. L'iode, prôné par Magendie, est ici sans efficacité, et l'abstinence rationnellement prescrite atrophie à coup sûr les ventricules. Les grandes évacuations produisent un effet analogue. Ces faits expliquent suffisamment la diminution énorme du volume du cœur, qui de 12 centimètres peut être réduit à 7 ou 8 chez les pneumophymiques et les gens atteints depuis longtemps de fièvres graves. La question capitale dans le traitement des hypertrophies cardiaques est de savoir s'il convient de diminuer ou non le volume et la force du cœur, et cette question, que si souvent il faut résoudre négativement, ne peut être éclairée que par le rationalisme; il est bien démontré qu'aucun spécifique ne peut dilater un cœur rétréci ou diminuer cet organe distendu. Eh bien, sous l'influence de dix ou douze soupirs profonds, l'oreillette droite, puis les ventricules, diminuent de 1, 2 et même de 4 centimètres; vient-on, au contraire, suspendre la respiration pendant quelques secondes, toutes les parties se tuméfient avec une promptitude étonnante; la réitération fréquente de ces actes suffit à la longue pour modifier considérablement le volume du cœur.

De la quantité innombrable de médicaments vantés autrefois comme styptiques et comme antiphlogistiques, il en est à peine resté quelques-uns, et presque tous ont été abandonnés à cause de leur défaut d'action; or, il suffit, en tenant compte de l'influence de la pesanteur sur le cours du sang, de placer la partie malade sur un plan supérieur à celui des autres régions, ou même de comprimer légèrement les organes affectés, pour calmer l'inflammation et quelquefois pour y remédier.

Des considérations analogues sont applicables à la curation des hydropysies et même des hémorrhagies, ce qui n'empêche pas que certaines substances, agissant organiquement sur le sang, peuvent contribuer à arrêter ces hémorrhagies. Que n'a-t-on pas proposé inutilement contre les varices, qui sont soulagées et cessent parfois lorsque la médecine rationnelle découvre dans le cœur ou dans les grosses veines la cause anatomique qui gêne le retour du sang et maintient une compression méthodique sur les veines tenues élevées au-dessus du niveau du tronc! Les recherches d'anatomie et de physiologie pathologique sur les obstacles au cours du sang dans les veines sont plus utiles à la thérapeutique des hydropisies, des varices, des ulcères variqueux, que tous les spécifiques dirigés contre ces lésions.

On a proposé l'azotate de potasse comme spécifique contre la fièvre inflammatoire : est-il entré sérieusement dans la pratique? Nullement, car on n'a pu constater son action. Le tartre stibié a été proclamé contro-stimulant, mais les résultats heureux qu'on obtient de son emploi dans les phlegmasies ne sont pas dus à sa spécificité, mais bien aux évacuations séreuses qu'il provoque. La prétendue tolérance pour cet agent, admise par Rasori, Laënnec, etc., a lieu très-rarement. Quand à la suite de son administration il y a un grand effet produit, c'est qu'il y a eu des évacuations aqueuses abondantes.

S'il arrive un jour, comme je le crois, que l'ammoniaque ingérée ou respirée, portée dans le sang, remédie à l'hémite, ce sera en dissolvant la fibrine suspendue dans le sérum et non par une action prétendue jusqu'à présent spécifique, qui diminue la masse du sang. Le régime, l'exercice et les saignées, sont les principaux moyens opposés à la panhyperémie, et les boissons à haute dose, l'abstinence, modificateurs physiologiques par excellence, sont les seuls médicaments proposables contre l'état couenneux du sang. Quel est le médicament spécifique que l'on pourrait proposer sérieusement pour rendre de l'oxygène au sang?

L'hypoxémie, qui entre comme élément morbide dans un si grand nombre d'affections, ne peut être combattue avec avantage que par des moyens très-anatomiques et très physiologiques, qui remplissent la grande indication de mettre le sang contenu dans les capillaires pulmonaires en contact avec un air pur : enlever les obstacles mécaniques qui, tels que les crachats, l'écume bronchique, les productions plastiques croupales, s'opposent à l'abord de l'air; faire exécuter de profondes inspirations accélérées ou même pratiquer l'insufflation; ranimer la circulation dans le cœur par l'électricité ou par des moyens convenables; telles sont les ressources du médecin.

Toute altération du sang par un poison connu réclame sans doute l'administration du neutralisant; si l'on voulait considérer comme spécifiques les médicaments dont la chimie détermine et explique l'action curative, cette médication s'appellerait chimique, physiologique, anatomique, et tout le monde serait du même avis; mais les spécificistes n'entendent point leur thérapeutique de cette façon; celle-ci est dirigée par le hasard contre les causes inconnues de maladies épidémiques ou contagieuses, etc., et pour cela ils ont recours à l'empirisme le plus grossier!

Ils parlent constamment d'épidémies, lors même qu'ils sont dans l'ignorance la plus complète sur leur nature; ils ne savent pas les distinguer en climatériques (causées par la vicissitude de température), en endémiques et en toxiques ou iodiques (produites par des poisons ou des virus); pour eux, cependant, toutes les épidémies devraient résulter de cette dernière division. Aussi veuillez me dire ce qu'ils ont fait contre la peste, la fièvre jaune, la suette, le choléra, le typbus, la variole, la rougeole, la scarlatine, etc., etc.? Qu'ont-ils découvert contre les épidémies de pneumonites, de pleurite, de dyssenterie? Sydenham n'a-t-il pas avoué lui-même que c'était à la fin d'une épidémie seulement qu'il savait la traiter? La quinine et les substances qui en contiennent préviennent souvent, dira-t-on, le retour des fièvres intermittentes, considérées comme endémiques ou épidémiques; mais l'anatomie et la physiologie n'ont-elles pas démontré que la rate est le point de départ des accès? La médecine rationnelle, l'expérimentation positive ont fixé ici des indications absolues. En quelques mots, voici le traitement qu'elles formulent : Reconnaître et traiter les états organopathiques observés; aérer convenablement; suivre les préceptes de la propreté; combattre les symptômes dangereux par des moyens appropriés; surveiller et traiter avec soin les états pathologiques qui peuvent survenir; ne pas exténuer les malades par un régime trop sévère; et, enfin, donner en général des boissons abondantes pour étendre et éliminer les poisons qui, dans les toxémies, causent les accidents. Messieurs les spécificistes veulent-ils bien nous dire s'ils connaissent contre la pyémie, la phymémie, la carcinémie, la septicémie, d'autres moyens que les indications anatomiques suivantes : Vider les foyers de liquides altérés qui s'y résolvent; enlever les productions anormales qui peuvent infecter l'économie; empêcher la formation ultérieure de nouvelles matières délétères; provoquer leur excrétion, lorsqu'elles ont passé dans le sang. Nous serons trop heureux s'ils ont reconnu quelque drogue détruisant les propriétés des matières délétères résorbées. Mais deux ou trois mille ans n'ont rien fait trouver de semblable, nous craignons fort que nos fantaisistes modernes ne soient pas plus heureux!

Lésions des organes de la respiration. — Angiairies. Il n'est pas un seul remède spécifique ou empirique qui n'ait été proposé contre la phthisie : l'air des étables, le soufre des eaux, les bourgeons de sapin, les vapeurs de goudron, le tartre stibié, etc., etc. De tout cela, il en est résulté un découragement profond, et la plupart des médecins d'hôpital se contentent de donner à leurs pneumophymiques de la tisane pectorale et de paroles de consolation.

Voici le fait qu'a démontré la médecine rationnelle, grâce au diagnostic exact qu'elle a su acquérir des parties affectées du poumon : Les respirations profondes et prolongées ont l'influence la plus rapide et la plus heureuse dans la pneumonémie; et dans la pneumonite elles produisent en quelques instants, dans les indurations périphériques des poumons, une sorte de résolution remarquable.

L'anatomie pathologique et le plessimétrisme ont pu limiter d'une manière exacte la partie du poumon occupée par les indurations, prouver à l'évidence la nullité des agents réputés spécifiques, et l'énorme utilité des aspirations de vapeur de teinture d'iode dans les phymosclérosies, et dans les cavernes pulmonaires. Bien plus, tirant un grand parti de la compression employée si utilement en chirurgie, tenant compte des dépressions qu'à la longue elle détermine dans les os, déterminant le siége exact des cavités phymiques, la thérapeutiques rationnelle a obtenu dans de tels cas des demi-succès, qui font espérer de l'avenir et qui conduiront peut-être à opérer directement sur des cavités tuberculeuses, ainsi que l'a déjà fait notre honorable collègue et ami M. le docteur Bricheteau.

Que sont devenus et les polygala de Laënnec et les prétendus béchiques et les opiacés dans les rhumes? L'ipécacuanha, plus utile, est souvent sans action; l'émétique est devenu un médicament rationnel, dont l'indication ressort du pathologisme et du physiologisme.

Quant à l'oxyde blanc d'antimoine, il est à peu près oublié! N'est-il pas arrivé plusieurs fois qu'en faisant placer la tête et le larynx au-dessous du plan des parties profondes du conduit aérien (angiaire), et en faisant tousser le malade, on lui a fait expulser des crachats, dont la présence allait causer l'anoxémie et la mort!...

Qu'a fait la médecine des spécifiques contre la coqueluche? Rien, vous le savez. Or le sulfate de quinine, donné à haute dose contre la périodicité des quintes de toux, par des praticiens rationalistes, a calmé et éloigné les accès de cette toux névropathique.

N'a-t-on pas vu récemment des partisans déclarés des spécifiques, qui d'ailleurs ont rendu de très-grands services en vulgarisant dans le cas de croup un moyen très-organique, la trachéotomie, ne les a-t-on pas vu, dis-je, déclarer que le traitement médical de l'angine diphthéritique était de toute inutilité? S'ils ont parlé ainsi, c'est qu'ils ont vu échouer leurs prétendus spécifiques; s'ils avaient tenu compte de l'efficacité du tartre stibié dans les cas de bronchemphrasie, de l'utilité des insufflations dans l'hypoxémie, et de l'influence de la déclivité du larynx sur l'évacuation des mucosités bronchiques; de l'action des sternutatoires sur les voies aériennes, peut-être n'eussent-ils pas avancé si légèrement une si étrange proposition.

Les fantaisistes, qui ressapent l'histoire de la rougeole et de la scarlatine, désespérés, sans doute, de leurs insuccès dans l'hydropleurie, ont renoncé à la médecine proprement dite pour faire de la chirurgie; aussi ils pratiquent sur une large échelle la thoracenthèse ou mieux la thoracœtomie. Les anatomo-pathologistes réservent ce moyen extrême pour les cas de pyopleurie ou d'hydropleurie considérable; l'abstinence des boissons, les vésicatoires volants, réussissent presque toujours entre leurs mains à guérir les collections séreuses des plèvres. Il est difficile de croire qu'il y ait encore en 1859 des gens qui soutiennent l'existence de l'asthme dit essentiel ou sans lésion, et qu'ils cherchent un spécifique pour le guérir.

On a déjà presque oublié les cigarettes de datura, de jusquiame, de belladone, etc., et tous les remèdes de cette force. La collection de symptômes que les auteurs nomment ainsi peut être produite par des cardiopathies, des aortolithies, par le refoulement des viscères, les névralgies intercostales, les névropathies de la huitième paire, dont le point de départ peut être dans les ovaires; enfin, par une lésion myélique, etc. Aussi doit-on songer à porter un diagnostic rigoureux, et à remédier aux lésions par des moyens rationnels. Un médecin digne de ce nom ne consentira jamais à regarder l'asthme d'une manière générale et comme une unité morbide.

La suite de cette lecture est ajournée à la séance prochaine.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ARMÉE D'ITALIE. — *Ordre du jour.*

Le médecin inspecteur, médecin en chef de l'armée d'Italie, a l'honneur de préveuir MM. les médecins de tous grades qu'il sera suppléé au grand quartier général par M. le médecin principal de 1re classe Boudin, désigné d'avance par son ancienneté de grade et par l'autorité de son savoir.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets du 27 avril dernier ont été nommés :

Président de la *Société locale* des médecins du département de la Gironde, M. le docteur Arthaud.

Président de la *Société locale* des médecins de l'arrondissement de Dijon (Côte-d'Or), M. le docteur Vallée.

Plusieurs autres sociétés locales en voie d'organisation ou déjà organisées, attendent les autorisations nécessaires et la nomination de leur président.

— Par décret du 4 mai, M. le docteur Pellarin (Constant-Jacques), a été nommé churirgien principal de la marine. Cet officier de santé continue ses services à la Martinique.

— Par suite des nominations effectuées le 7 mai dans le corps médical de la marine, ont été destinés pour le service des colonies :

Guyane : MM. Gourrier, de 1re classe; Bisch, de 2e classe; Blanchon, de 3e classe.

Sénégal : MM. Chastang, aide-major aux tirailleurs sénégalais; Delpeuch, Gillet, Forné, de 2e classe; Quintin et Dagorne, de 3e classe.

Martinique : M. Baquié, de 2e classe.

Guadeloupe : MM. Brannellec, de 2e classe; Couturier, pharmacien de 3e classe.

— Les ouvriers de Sheffield (Angleterre) ont tenu un meeting afin de se concerter en vue de souscrire pour une somme de 10,000 schellings (50,000 fr.) aux frais de construction d'un hôpital dans cette ville. Il paraît que, moyennant une cotisation de 3 fr. par an, ils jouiraient du droit d'avoir trois billets d'admission à cet hôpital.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'ovarite varioleuse.

Dans la *Revue* du 7 mai, nous avons exposé le résultat des recherches de M. le docteur Béraud sur l'orchite varioleuse; il ne sera pas moins intéressant de faire connaître aujourd'hui ce que cet observateur a constaté concernant l'inflammation de l'ovaire dans la variole ou l'ovarite varioleuse. Cette complication de la variole, ou plutôt cette participation de l'ovaire à l'affection variolique, n'avait jusqu'à présent été signalée par personne. Dirigé par l'analogie avec ce qu'il venait de constater pour l'organe prolifique mâle, M. Béraud a été conduit à tourner ses recherches de ce côté. Autopsies et observations au lit des malades sont venues concurremment confirmer les prévisions que l'analogie seule lui avait fait concevoir.

Sur un cadavre de jeune femme, de trente ans environ, qui avait succombé à une variole, M. Béraud ayant examiné les ovaires, trouva ce qui suit :

A droite, l'ovaire était placé à côté de l'utérus dans le petit bassin, il n'était point libre et flottant dans cette cavité; son volume et sa forme n'étaient point notablement changés; sa consistance était un peu plus considérable que d'habitude. Sa surface était rouge et recouverte de fausses membranes en assez grand nombre; ces fausses membranes se rencontraient dans toute la circonférence de l'organe et le faisaient adhérer aux parties ambiantes, telles que le pavillon de la trompe et la masse intestinale. En lavant cette surface, on voyait très-manifestement des arborisations vasculaires plus nombreuses ramper dans les tissus superficiels de l'organe. Il n'y avait point de trace d'inflammation dans le centre de la glande.

A gauche, il existait des lésions en tout semblables à celles qui viennent d'être décrites, mais à un degré un peu moins prononcé. Ainsi, les fausses membranes et l'injection n'occupaient pas toute la surface du parenchyme; elles siégeaient surtout vers le bord libre et à la face antérieure de la glande.

Un second cas semblable s'offrit à peu près à la même époque (dans le courant de l'année 1856) à l'observation de M. Béraud. C'était chez une femme de trente-cinq ou quarante ans, qui avait succombé à une variole très-confluente arrivée au commencement de la période de suppuration. En ouvrant la cavité abdominale, il vit que le péritoine était enflammé dans le petit bassin; à mesure qu'il approchait des ovaires, les traces de cette inflammation devenaient de plus en plus manifestes. A droite, l'ovaire était pour ainsi dire perdu au milieu des produits plastiques de l'inflammation; le péritoine qui recouvre cet organe était fortement injecté. Pas d'ovarite parenchymateuse, seulement l'incision donnait issue à une plus grande quantité de sang que dans l'état normal; il n'y avait là qu'une simple congestion ovarienne. A gauche, on trouvait les mêmes phénomènes, mais à un degré beaucoup moindre; à peine existait-il une injection de la face antérieure de l'ovaire, où l'on voyait aussi un peu de lymphe plastique. Le péritoine n'offrait pas de lésions ailleurs qu'au niveau des ovaires. Les autres organes de la génération n'étaient le siége d'aucune altération.

L'observation suivante, communiquée à M. Béraud par M. Ball, interne des hôpitaux, bien que recueillie dans un autre but et à un autre point de vue, n'offre pas moins d'intérêt que les deux précédentes pour le sujet qui nous occupe.

Une jeune femme de vingt-trois ans entre le 23 juin 1858 dans le service de M. Becquerel, à la Pitié. Cette jeune femme, accouchée pour la première fois l'année dernière, est atteinte, depuis cette époque, d'une affection utérine (antéversion et granulations du col), pour laquelle elle vient réclamer des soins. Après un traitement approprié, la malade marchait vers la convalescence, lorsque le 28 juillet elle éprouva des frissons, des malaises et des douleurs dans les reins. Il se déclara bientôt une éruption de variole confluente *non modifiée* (cette femme n'avait pas été vaccinée). La malade succomba pendant la période de dessiccation à des accidents cérébraux. Elle n'avait accusé aucune douleur du côté de l'utérus et des ovaires pendant le cours de la maladie; il y avait eu une apparition des menstrues, qui ont cessé presque immédiatement.

A l'autopsie, on trouve, outre une congestion prononcée des poumons, des reins, de la rate, du foie et des méninges, des traces d'inflammation dans les annexes de l'utérus du côté droit. Le pavillon est adhérent à l'ovaire. En incisant la trompe, on trouve la surface interne de ce conduit d'un rouge sombre, comme la muqueuse utérine boursouflée et renfermant un mucus épais. L'ovaire est fortement injecté à sa surface, le péritoine qui le revêt est manifestement enflammé. Cet ovaire est un peu plus volumineux que le gauche; sa coupe offre un aspect rougeâtre assez prononcé, et il est infiltré d'un liquide séreux; son tissu est plus friable qu'à l'état normal.

Cette observation seule ne serait peut-être pas absolument concluante, les altérations de voisinage pouvant, à la rigueur, être considérées comme le point de départ des altérations constatées dans l'ovaire. Mais en le rapprochant des deux cas précédents, il n'est guère permis de douter du rapport qui existe entre les lésions de l'ovaire et la variole, comme on l'a vu dans la première partie de ce travail pour le testicule.

Ces trois faits, suffisants pour établir l'existence de l'ovarite varioleuse, sont assurément insuffisants pour permettre d'en esquisser l'histoire. Cependant M. Béraud a cru que de ces trois faits il était déjà possible de déduire l'existence de deux formes d'ovarite, analogues aux deux formes d'orchite qu'il a admises, l'une périphérique et l'autre parenchymateuse. Les deux observations qu'il a recueillies se rapporteraient à la première forme, et l'observation de M. Ball à la seconde. « Ces deux formes, dit M. Béraud, ne peuvent être le résultat d'un travail morbide qui, existant d'abord dans un point, se serait par continuité propagé jusque vers l'ovaire. En effet, l'inflammation ne peut pas arriver de la peau du ventre, où l'on voit très-peu de boutons, même dans les varioles les plus confluentes; elle n'arrive pas non plus par le canal qui parcourt l'œuf, puisque dans plusieurs autopsies nous trouvons la trompe, l'utérus et le vagin parfaitement sains. Cette ovarite est donc spéciale, primitive, comme l'orchite, et comme cette dernière elle est une des manifestations morbides du principe varioleux. »

Sous le rapport de la symptomatologie, M. Béraud dit que, sur plusieurs femmes varioleuses qu'il a interrogées, il a souvent constaté la présence de la douleur dans une des fosses iliaques, et quelquefois dans les deux à la fois.

Eu égard au pronostic, l'ovarite lui paraît offrir plus de gravité que l'orchite, à cause de la propagation possible et probable de l'inflammation de l'ovaire au péritoine circonvoisin. Il est en effet assez présumable que parmi les cas de péritonites survenues chez les femmes pendant le cours de la variole, plusieurs ont dû avoir ce point de départ. C'est là une vue nouvelle sur laquelle il faut appeler l'attention des observateurs.

Des considérations qui précèdent, M. Béraud tire cette conséquence pratique que les médecins ne doivent pas rester inactifs quand ils verront une douleur se déclarer dans les fosses iliaques ou leur voisinage chez une femme atteinte de variole. Les moyens auxquels il propose d'avoir recours en pareil cas, sont d'abord une application de sangsues en rapport avec la constitution de la malade, puis des frictions avec l'onguent mercuriel belladoné, et l'application de larges cataplasmes émollients sur la région.

Emploi de l'électricité comme excitant de la sécrétion laiteuse.

Nous avons rapporté en 1856 et en 1857 deux tentatives faites au moyen de l'excitant électrique pour rappeler la sécrétion mammaire, et qui ont eu l'une et l'autre un résultat également heureux. Nos lecteurs n'ont probablement pas oublié ces deux faits; l'un de M. le docteur Aubert (de Mâcon); l'autre de M. Becquerel. Ce dernier, communiqué à la Société médicale des hôpitaux, où il suscita quelques doutes et quelques objections, eut par cela même cet avantage d'exciter d'autant l'intérêt et le

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité thérapeutique des eaux minérales de la France et de l'étranger, et de leur emploi dans les maladies chroniques; cours fait à l'École pratique par le docteur DURAND-FARDEL, inspecteur des eaux d'Hauterive, à Vichy (1).

Les eaux minérales de la France, Guide du médecin et du malade, par le docteur FÉLIX ROUBAUD, médecin inspecteur des eaux de Pougues (Nièvre) (2).

Tous les ans, pendant la dernière quinzaine d'avril et pendant le mois de mai tout entier, monte autour du public médical un flot envahissant de brochures à couvertures multicolores, rose tendre, jaune-serin ou vert-chou, qui n'ont qu'un seul et unique but, celui de chanter sur le même mode enthousiaste, avec les mêmes expressions hyperboliques et avec accompagnement de la même grosse caisse, les vertus admirables, les magiques propriétés dans toutes les maladies, des eaux les plus diverses, les plus dissemblables par leurs propriétés chimiques et physiques. S'il nous était permis dans un journal grave de nous servir d'une expression quelque peu risquée, nous dirions que la plupart de ces brochures ne sont que la paraphrase du célèbre mot de Lagingeole : *Prenez mon ours !*... La plupart, disons-nous, car il nous est arrivé dans quelques circonstances de trouver dans cette compagnie un peu mêlée des travaux moins frivoles. Dans tous les cas, c'est une épidémie printanière sans gravité et qu'il faut savoir affronter philosophiquement.

Mais si, de ces œuvres éphémères inspirées par les nécessités du moment, il ne reste rien après quelques jours, nous nous garderons bien de confondre avec elles plusieurs ouvrages sérieux qui se sont produits depuis quelques années, ouvrages véritablement scientifiques, fruits de longues et pénibles recherches, recueils d'études consciencieuses entreprises de la façon la plus désintéressée par des travailleurs d'un vrai mérite. Ce sont des livres où ont été examinées dans leur ensemble et au point de vue le plus général, les eaux minérales de la France et de l'étranger, où ont été discutées les questions importantes de l'hydrologie médicale, où ont été posés les principes thérapeutiques qui doivent servir de guide aux praticiens dans la cure des affections nombreuses dont on espère que ces médicaments, sortis tout préparés du grand laboratoire de la nature, deviendront les spécifiques.

C'est dans cette classe de livres sérieux que viennent se ranger les deux ouvrages sur lesquels nous nous proposons de jeter un coup d'œil aujourd'hui, le *Traité* de M. Durand-Fardel, les *Eaux minérales* de M. Félix Roubaud.

Comme étant le premier en date, et nous avouerons que nous sommes bien en retard avec lui, signalons le beau volume de M. Durand-Fardel. Il y a quelques années, notre confrère avait entrepris, dans les amphithéâtres de l'Ecole pratique, d'où sont sorties tant de belles et nobles réputations, un cours sur les eaux minérales. Pendant deux ans l'infatigable professeur poursuivit avec courage la rude tâche qu'il s'était imposée, d'autant plus rude que les précédents manquaient, que l'enseignement était neuf, qu'il fallait le créer de toutes pièces, et soutenir l'attention de son auditoire en donnant de l'attrait à un sujet que l'on avait jusqu'alors regardé comme aride et dépourvu de charmes pour d'autres que pour les parties intéressées.

Bien des médecins croyaient alors, il en est malheureusement qui le pensent encore aujourd'hui, mais leur nombre diminue chaque jour, que la plupart du temps on n'envoyait aux eaux que les malades dont on voulait se débarrasser, desquels on ne savait plus que faire, ou qui n'avaient besoin que de distractions et de repos. Certes, nous ne nions pas que, dans beaucoup de circonstances, l'éloignement des grands centres de population, la suspension d'un travail trop assidu, les pérégrinations en joyeuse compagnie, ne soient de précieuses ressources pour des hommes brûlés par les fébriles excitations de la vie moderne, pour des hypochondriaques, pour des sujets atteints de ces états mal définis qu'on désigne sous le nom d'affections nerveuses; mais il est bien des maladies réelles, chroniques, rebelles aux moyens de la thérapeutique la plus rationnelle, qui retrouveront la santé dans l'emploi bien dirigé d'une eau minérale choisie avec sagacité et appliquée avec sagesse.

Le succès obtenu par M. Durand-Fardel dans son nouvel enseignement l'engagea à publier le cours qu'il avait professé; mais pour en faire un livre complet, il a dû faire un assez grand nombre d'additions que ne comportait pas le mode qu'il avait adopté, ajouter, par exemple, l'analyse des sources minérales dont il avait à exposer les propriétés thérapeutiques, et donner à ces dernières un développement auquel les bornes forcément assignées à des leçons orales ne pouvaient se prêter.

Le caractère principal et éminemment pratique du volume actuel, c'est l'adoption d'une méthode différente de celle qu'avaient uniformément suivie jusqu'alors les ouvrages consacrés à l'exposition générale de l'hydrologie médicale. Au lieu de présenter une série de monographies sur les différentes eaux minérales, méthode qui, suivant lui, a frappé d'une stérilité presque complète les meilleurs ouvrages sur cette matière, il a voulu procéder à l'étude pratique des eaux, comme à celle du reste de la thérapeutique.

Une fois exposés leur constitution propre, leurs modes d'application, leurs conditions topographiques, en un mot, une fois faite la *matière médicale* des eaux, l'auteur a abordé la *thérapeutique* propre-

(1) Un volume in-8° de 750 pages avec une carte. Chez Germer Baillière.

(2) Un volume in-12. A la Librairie nouvelle.

désir de la part de plusieurs membres de cette Société de saisir les premières occasions favorables pour renouveler ces essais. M. le docteur Moutard-Martin, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, chargé du service des nourrices, ayant rencontré peu de temps après, dans le courant de la même année, deux cas qui lui parurent favorables à ce genre d'expérimentation, chargea l'un des élèves de son service, M. L. F. Lardeur, d'appliquer à ces deux cas le procédé d'électrisation qui avait été mis en pratique dans des circonstances analogues par MM. Aubert et Becquerel. M. L. F. Lardeur vient de consigner les résultats de ces deux nouveaux essais dans sa thèse inaugurale *sur l'influence excitatrice de l'électricité appliquée aux organes de sécrétion*. Nous empruntons à cette thèse la relation de ces deux observations.

La femme Louise B...; âgée de 30 ans, accouchée pour la huitième fois le 8 mars 1857, entre dans le service des nourrices de l'hôpital Saint-Antoine (salle Sainte-Marie). Cette femme déclare que tous ses enfants sont morts de convulsions, et que celui qui a vécu le plus longtemps avait 20 mois quand il a succombé. Elle n'a nourri que l'avant-dernier de ses enfants; et cela pendant trois mois et demi seulement, voyant son enfant dépérir par suite de l'insuffisance de son lait. Son intention était de nourrir son dernier né; et depuis sa naissance elle lui donnait le sein, lorsque quatre jours avant d'entrer à l'hôpital, sur l'avis de plusieurs personnes, elle cessa l'allaitement.

Le lendemain de l'entrée de cette femme dans ses salles, M. Moutard-Martin, ne voyant pas de contre-indication à ce qu'elle nourrît son enfant, lui ordonna de le mettre de nouveau au sein. Mais elle n'avait plus de lait, ses seins étaient mous, flasques, les glandes mammaires très-peu développées. En pressant sur les mamelles, on faisait sortir difficilement par le mamelon une goutte de sérosité presque limpide.

La suppression du lait une fois constatée, sur l'avis du chef de service, M. Lardeur électrise le sein gauche seulement d'abord, avec un appareil magnéto-électrique des frères Breton. Pendant cinq minutes, il applique les éponges mouillées circulairement à la base de la glande mammaire, en ayant soin de la saisir, de la presser, de la comprimer pour ainsi dire entre les deux éponges.

La femme Louise B... accusa une douleur assez vive pendant ce temps, douleur qu'elle déclara toutefois très-supportable. A la fin de la séance, on constate que la glande est un peu plus volumineuse, et un peu après l'électrisation, Louise s'aperçoit que du lait s'écoule par le mamelon gauche et mouille sa chemise; dans la journée l'enfant prend plusieurs fois le sein gauche et en extrait à chaque fois un peu de lait; rien dans la mamelle droite.

Quelques jours après, deuxième séance de dix minutes. Chaque sein est électrisé séparément pendant cinq minutes, à l'aide d'un courant modéré, comme la première fois. Peu de douleur; gonflement manifeste des deux glandes à la fin de l'électrisation. Dans la journée, le lait vient en abondance dans le sein gauche et assez abondamment à droite, où il est un peu séreux toutefois. L'enfant tette aux deux mamelles.

Enfin, quelques jours plus tard, on fait une troisième et dernière séance de dix minutes, cinq minutes pour chaque sein. Le lendemain, on constate que les deux seins sont gorgés de lait, mais qu'il est toujours un peu séreux. L'enfant tette bien.

Le sujet de la seconde observation est une femme de trente-trois ans, Léonie T...; entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 6 août pour un phlegmon iliaque gauche, lequel s'ouvrit au bout d'un mois environ dans le rectum. Pendant toute la durée de la maladie, depuis le 6 août jusqu'au 18 septembre, elle avait nourri son enfant en le faisant boire au sein gauche seulement; et il en était résulté que la sécrétion du lait s'était tarie bientôt dans le sein droit.

Le 18 septembre, époque de la guérison du phlegmon, Léonie T... fait remarquer, à la visite du matin, qu'elle ne peut nourrir son enfant que d'un seul côté. On constate, en effet, que la mamelle droite ne contient pas la moindre trace de lait, et qu'elle est manifestement moins volumineuse que la gauche. Le jour même, M. Lardeur électrise le sein droit pendant cinq minutes, circulairement et à la base de la glande, comme dans le cas précédent. L'électrisation détermine peu de douleur, excepté toutefois dans un point, toujours le même, à la partie supérieure de la base du mamelon. Dès que l'électrisation est cessée, la malade dit qu'il lui semble que son lait monte. On constate alors que la glande a manifestement augmenté de volume. La mère est invitée à faire téter son enfant au sein droit. Dans la journée, apparait un peu de lait : l'enfant, qui la veille refusait le sein droit, tette de ce côté pendant plus d'une demi-heure.

Le 19, nouvelle électrisation pendant cinq minutes. On constate de nouveau une réelle augmentation de volume de la glande mammaire après l'électrisation. Dans la journée, l'enfant tette plusieurs fois au sein droit.

Le 20, à la visite, Léonie T... dit avoir maintenant presque autant de lait à droite qu'à gauche. On fait une dernière application de l'électricité.

Le 21, la glande mammaire droite est d'un volume égal à celui de la glande gauche. Les deux seins sont également gorgés de lait.

— Depuis que ces deux observations ont été recueillies, M. Becquerel, au rapport de M. Lardeur, aurait eu encore deux nouvelles occasions d'appliquer l'électrisation pour rappeler la sécrétion laiteuse supprimée, et dans ces deux cas le résultat aurait été aussi complet et aussi rapide : ce qui porterait, en ce moment, à six le nombre des observations qui démontrent l'heureuse influence de l'électrisation sur la sécrétion du lait.

M. Lardeur ne s'est pas borné dans sa thèse à rapporter ces six faits, dont on ne saurait méconnaître la valeur; mais, considérant la fréquence de l'accident que ce moyen parait désormais appelé à combattre efficacement, il a voulu poursuivre plus loin ses recherches sur ce sujet, et s'est proposé de répondre d'une manière plus complète à l'appel que nous avons fait aux praticiens dans notre numéro du 17 janvier 1857, en formulant, d'après l'expérience acquise jusqu'à présent, les règles de l'emploi de l'électricité dans les cas dont il s'agit. Au témoignage de déférence que nous a donné M. Lardeur en voulant bien tenir compte de notre appel, nous ne pouvons mieux répondre à notre tour qu'en reproduisant cette partie intéressante de ses recherches. C'est ce que nous ferons dans la *Revue* prochaine.

Résultat de neuf cent trente-six revaccinations pratiquées dans le 30e de ligne.

Conformément à la décision ministérielle du mois de décembre 1857, prescrivant la revaccination de toutes les troupes de l'armée de terre, M. le docteur Renard, médecin-major du 30e de ligne, a pratiqué cette opération sur les hommes de ce régiment dans le courant des mois d'avril et mai de l'année dernière. Bien que les résultats de cette opération ne révèlent aucun fait nouveau et qu'ils ne fassent que confirmer les faits connus généralement aujourd'hui sur la valeur et sur les effets des revaccinations, nous ne les considérons pas moins comme dignes d'intérêt par cette signification confirmative elle-même d'abord, et surtout à cause des précautions dont M. Renard s'est entouré pour assurer le succès de son opération et pour n'appuyer les conclusions qu'il en a tirées que sur des faits nombreux et sur une statistique bien faite. Nous laissons notre confrère exposer lui-même la manière dont il a procédé à cette opération, et les précautions qu'il a prises pour en rendre les résultats aussi concluants que possible.

« J'avais fait préparer à l'avance et dans chaque compagnie un état nominatif à plusieurs colonnes, indiquant si le sujet était vacciné ou variolé, indiquant l'état des cicatrices laissées par la vaccine ou la variole, la date de la revaccination, et dans une dernière colonne laissée en blanc, le résultat obtenu.

» L'opération une fois commencée, j'ai noté successivement dans la colonne laissée en blanc les résultats que j'obtenais, non point d'après une seule révision, mais après avoir revu les hommes deux ou trois fois et aux différentes périodes d'évolutions de la pustule vaccinale; j'indiquais alors si les pustules étaient vraies ou fausses, leur nombre; s'il n'y avait que des boutons sans pustules; enfin, si le résultat était complétement nul.

» L'inoculation a toujours été faite de bras à bras et par six piqûres pratiquées avec une lancette ordinaire, fortement chargée de vaccin et portée à plat sous l'épiderme, de manière à éviter l'effusion du sang. Quelquefois l'inoculation a été faite avec du virus puisé sur deux individus différents, et un certain nombre d'hommes a même été vacciné avec le virus vaccin provenant de sujets variolés dans leur enfance.

» Le premier, inoculé à un petit garçon de six mois, me donna une seule pustule, mais qui me fournit du virus vaccin en quantité suffisante pour inoculer une centaine d'hommes et une autre petite fille de six mois...

» J'obtins bientôt chez nos soldats quelques succès, dont je me hâtai de profiter, ne me laissant point arrêter par la crainte d'avoir plus tard un trop grand nombre d'exemptions de service à accorder, éclairé du reste par l'expérience que j'avais acquise dans les années précédentes, et sachant fort bien que l'opération échouerait sur une multitude d'individus.

» Quoique je me sois montré extrêmement sobre d'exemptions de service, beaucoup plus même qu'on ne conseille de l'être, je n'ai eu qu'un seul cas de phlegmon diffus du bras gauche et un cas de gangrène des pustules du même côté, accidents que je considère comme ayant été déterminés par le frottement et la constriction exercés sur le bras par des manches de chemises trop rudes et trop étroites. Ces hommes ont été traités à l'infirmerie, d'où ils sont sortis parfaitement guéris après un mois de traitement. »

Voici maintenant, d'après les relevés que M. Renard a faits de ses listes de revaccination, comment sont répartis les sujets qui ont été soumis à cette opération : 730 portaient les marques non douteuses d'une première vaccination; 81 affirmaient avoir été vaccinés étant jeunes, mais n'en conservaient point les traces, ou bien, si elles existaient, elles étaient très-douteuses; 11, qu'on peut mettre hors de compte, n'avaient jamais été vaccinés; 105 avaient eu la variole dans leur enfance et en conservaient les marques; 20 enfin avaient été vaccinés et variolés plus tard.

Voici maintenant quels out été les résultats :

Chez les sujets de la première catégorie il y a eu 60 fois des pustules vraies, 218 fois de fausses pustules, 39 fois des boutons sans pustules, 413 fois ni boutons ni pustules.

Chez les sujets douteux, ceux de la deuxième catégorie, on a eu : 8 fois des pustules vraies, 23 fois des pustules fausses, 2 fois des boutons sans pustules, 48 fois ni boutons ni pustules.

Chez les sujets non vaccinés, il y a eu, pour mémoire : 3 fois des pustules vraies, 6 fois des pustules fausses, 2 fois ni boutons ni pustules.

---

ment dite, c'est-à-dire l'art de remplir les indications, ce qui ne peut se faire que par la critique et la comparaison. Rapprocher les eaux minérales des indications auxquelles elles se rapportent, pour en déduire les règles de leurs applications, rapprocher les eaux minérales entre elles afin d'en apprécier l'action comparative, telle est la méthode qu'a suivie M. Durand-Fardel, et qui seule, dit-il, permet de faire entrer l'hydrologie médicale dans le domaine de la médecine pratique au même titre que les autres agents médicamenteux.

Nous n'avons plus à recommander le livre de M. Durand-Fardel; le retard que nous avons apporté à faire ce compte rendu nous a rendu la tâche bien facile; nous n'avons plus qu'à constater un succès.

Pour n'être pas obligé dans quelques mois de faire un aussi pénible aveu de notre inutilité, nous nous hâtons de saisir l'occasion qui nous est donnée de fixer l'attention de nos lecteurs sur un livre relatif à la même partie de la science médicale, qui vient de faire paraître M. Félix Roubaud. Ancien collaborateur de la *Gazette des Hôpitaux*, il n'est personne des anciens abonnés de ce journal qui ne se rappelle les charmants articles dont, pendant plusieurs années, il enrichissait chaque semaine, tantôt le rez-de-chaussée, tantôt l'étage supérieur de notre recueil; personne qui ne se souvienne des élégantes et fines causeries de son *Courrier*, de la sévère et puissante, mais toujours courtoise, logique de son argumentation, lorsqu'il avait à traiter de ces sujets importants qui touchent aux intérêts généraux et à la dignité du corps médical.

Déjà son livre sur *l'impuissance et la stérilité* avait fait connaître M. Roubaud comme un médecin instruit, parfaitement au courant des difficultés de la pratique; celui qu'il publie aujourd'hui ne témoigne pas d'études moins longues et moins approfondies sur les *eaux minérales*. Pour n'être pas aussi volumineux et aussi détaillé dans certaines parties que le précédent, il n'offre pas moins d'intérêt et d'utilité, comme nous allons essayer de le faire comprendre.

Egalement éloigné de l'incrédulité des uns et des exagérations mystiques des autres, M. Roubaud ne croit pas que l'on guérisse toutes les maladies à l'aide des eaux minérales; mais il a une foi profonde dans leur pouvoir lorsque l'on en fait usage avec discernement et avec une prudence qui n'exclut pas la hardiesse. Si jusqu'à présent dans les études hydrologiques ont régné la confusion, les ténèbres et le chaos, on ne doit l'attribuer qu'à l'absence de principes acceptés par tous et d'une règle de conduite invariable et commune. Sans afficher la prétention d'apporter les lois qui doivent régir cette branche des connaissances médicales, il espère du moins en rendre l'étude moins incertaine et moins ardue, et son unique préoccupation a été d'être pratiquement utile.

Le plan de M. Roubaud est tout à fait différent de celui de M. Durand-Fardel. Il a divisé son livre en quatre parties, les deux premières exclusivement consacrées aux généralités, les deux dernières aux spécialités, si je puis m'exprimer ainsi : spécialités hydrologiques, spécialités pathologiques. Expliquons-nous.

Nous trouvons dans la première section tout ce qui a trait aux considérations les plus générales, l'origine, par exemple, la géognosie, la géographie, les propriétés physiques, chimiques et médicales des eaux, leur mode d'administration, la législation qui les régit et de bons conseils sur l'hygiène, le régime, l'alimentation, l'exercice, enfin ce que l'on est convenu d'appeler la *vie aux eaux*. C'est surtout dans cette première partie que nous retrouvons avec bonheur l'élégance du style unie à la solidité des principes, la forme, qui ne dépare jamais rien, unie au fond.

La seconde partie comprend l'examen des classifications adoptées, et auxquelles l'auteur propose quelques modifications dont les chimistes surtout seront compétents pour reconnaître toute l'importance.

Viennent enfin, dans la troisième et la quatrième parties, l'indication détaillée de chacune des sources minérales et des établissements thermaux que possède la France, et l'exposition de toutes les maladies dans le traitement desquelles on a conseillé les eaux.

La première de ces deux divisions est certainement la plus complète que nous ayons vue. Il n'est pas une source, même la plus inconnue, qui n'y soit mentionnée; seulement toutes ne sont pas l'objet des mêmes détails; les sources dont on ne fait pas usage, où il n'y a pas d'établissements, ne sont que nommées, avec l'indication de la nature de leurs eaux. A toutes les autres, on trouve l'analyse la plus complète, qualitative et quantitative, des principes qui entrent dans leur composition, avec les détails nécessaires sur l'établissement, son étendue, ses ressources, etc.; enfin une note indique l'itinéraire. M. Roubaud a eu raison d'intituler son livre *Guide* du médecin praticien et du malade.

La dernière section comprend un coup d'œil rapide sur les affections que l'on traite aux eaux minérales. Malades et médecins feront leur profit des réflexions qui s'y rencontrent.

Pour les deux dernières parties de son livre, les seules où ce fût possible, M. Roubaud, dans le but de rendre les recherches plus promptes et plus faciles, a adopté l'ordre alphabétique. « Cette méthode, non encore adoptée avant nous dans le sujet qui nous occupe, dit l'auteur, nous a été inspirée par l'embarras dans lequel nous nous sommes trouvé au début de nos études sur les eaux minérales; nous l'avons suivie ici dans l'espérance qu'elle rendra les services dont nous eussions nous-même profité, si elle eût été adoptée avant nous. »

Résumons-nous en disant que le livre de M. Roubaud, par la disposition des matières qu'il renferme, par les renseignements de toute nature qu'il donne, par les sages conseils qu'on y rencontre, est désormais nécessaire à tout médecin jaloux de posséder les connaissances les plus indispensables sur les eaux minérales. Il deviendra, nous n'en doutons pas, le compagnon du malade qui part pour les eaux, et entre les mains duquel il pourra rester sans danger.

Il nous fera attendre avec impatience le second volume, qui traitera de l'hydrothérapie, des bains de mer et des eaux minérales de l'étranger.

Dr A. Foucart.

Les 105 individus atteints antérieurement de la variole ont donné des pustules vraies 5 fois, des pustules fausses 34 fois, des boutons sans pustules 8 fois, ni boutons ni pustules 58 fois.

Enfin les sujets vaccinés dans leur enfance et variolés plus tard, n'ont eu de vraies pustules dans aucun cas, 3 fois seulement de fausses pustules, et 1 fois des boutons sans pustules.

En additionnant les différents résultats obtenus, on trouve que sur 936 hommes soumis à la revaccination, y compris les variolés, il y en a eu 72 qui ont eu de vraies pustules, 279 de fausses pustules, 50 des boutons sans pustules, et que 535 ont été complétement rebelles à l'action du virus-vaccin.

D'après ces chiffres, on voit qu'un homme sur 13 a eu de vraies pustules, 1 sur 3 de fausses pustules, 1 sur 19 des boutons sans pustules, et que si le virus-vaccin est la pierre de touche dont on devrait toujours se servir pour reconnaître l'aptitude d'un sujet à contracter la variole, la moitié presque de nos hommes, surtout en temps d'épidémie, étaient exposés à la contracter.

M. Renard a voulu s'assurer ensuite si la cicatrice vaccinale pouvait, comme beaucoup de personnes le croient encore, donner les moyens de distinguer une bonne d'une mauvaise vaccination, et voici ce qu'il a trouvé :

Chez les sujets qui, soumis à la revaccination, ont eu de vraies pustules, les cicatrices laissées par la première vaccination étaient gaufrées 6 fois, bien marquées 27 fois, peu marquées 28 fois, non apparentes 7 fois.

Chez ceux qui n'ont eu que de fausses pustules, les cicatrices étaient gaufrées 13 fois, bien marquées 132 fois, peu marquées 88 fois, non apparentes 21 fois.

D'où il résulte que chez les hommes qui ont eu de vraies pustules vaccinales, les succès ont été à peu près aussi nombreux dans les cas où les cicatrices étaient bien marquées que dans ceux où elles étaient peu ou point apparentes, et que chez ceux qui ont eu de fausses pustules, les succès ont même été plus nombreux avec de belles cicatrices vaccinales, que lorsque ces cicatrices étaient peu ou point marquées.

Maintenant voici les conclusions que M. Renard tire des différents ordres de faits qui viennent d'être exposés, et que nous croyons, pour notre propre compte, parfaitement justifiées :

1° L'opinion des médecins, qui croient à l'épuisement de la vertu préservatrice de la vaccine, après un certain nombre d'années, se trouve confirmée par des faits suffisamment nombreux, pour ne plus être l'objet d'aucun doute.

2° Si chez les individus vaccinés dans le jeune âge et revaccinés plus tard, le développement de la pustule vaccinale vraie ou fausse, est l'indice de l'épuisement ou de l'affaiblissement de la puissance vaccinale, et partant d'une prédisposition à contracter la variole franche ou modifiée ; si, sur mille individus, par exemple, âgés de vingt-deux ou vingt-trois ans, cet épuisement ou cet affaiblissement existe déjà sur plus d'un tiers, on peut fixer d'une manière approximative dans quelles limites de temps s'exerce l'action préservatrice du virus vaccin, et l'époque de la vie où il est prudent de recourir à la revaccination.

3° Si, comme nous l'avons dit plus haut, la vaccine est la pierre de touche qui aide à faire reconnaître l'aptitude d'un sujet à contracter la variole, il en résulterait que chez les hommes variolés dans leur enfance, l'immunité acquise par cette première variole se perdrait également après un certain nombre d'années, d'où la nécessité pour eux comme pour les sujets vaccinés de recourir à la revaccination.

4° L'action préservatrice de la vaccine n'étant point durable, l'aspect particulier des cicatrices vaccinales ne peut indiquer, *à priori*, si cette action persiste ou si elle est épuisée ; aussi dans cette question doit-on se laisser guider davantage par le temps qui s'est écoulé depuis la première vaccination que par la forme particulière que revêtent les cicatrices.

5° Enfin, comme conclusion générale, la nécessité pour tous de se soumettre, au moins une fois pendant la vie, à la revaccination.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 mai 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

CORRESPONDANCE.

M. le secrétaire de la Faculté de médecine de Strasbourg fait parvenir à la Société de chirurgie un exemplaire des 51 thèses qui ont été soutenues devant cette faculté du 1er janvier au 31 décembre 1858. Des remercîments sont adressés à M. le doyen de la Faculté de Strasbourg pour cet envoi important.

— M. Fleury, de Clermont, membre correspondant, adresse à la Société, par l'intermédiaire de M. Marjolin, une observation manuscrite de luxation dans la fosse obturatrice. M. le secrétaire général donnera lecture de cette observation dans une prochaine séance.

COMMUNICATION.

M. Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, membre correspondant de la Société de chirurgie, donne lecture d'une observation de corps fibreux et de polypes utérins.

Cette observation peut être résumée dans le sommaire suivant : *Expulsion spontanée d'un corps fibreux de l'utérus ; polypes fibreux et muqueux de la cavité utérine se reproduisant sans cesse ; ablation des polypes ; perforation et renversement de l'utérus, suivi de gangrène de la totalité du corps ; guérison momentanée ; repullulation des polypes muqueux sur le col, qui lui-même devient le point de départ d'une énorme tumeur ; mort.*

Voici, du reste, une analyse de l'observation.

La malade, âgée de 65 ans, rendit spontanément, après une série d'accidents graves, une énorme tumeur fibreuse le 26 février. Jusqu'au 14 avril la malade paraissait guérie, lorsque de nouveaux accidents survinrent. On reconnut qu'une masse considérable de petites tumeurs allongées, lisses, indépendantes les unes des autres, étaient insérées sur le col, se prolongeant jusque dans la cavité de la matrice. Ces tumeurs étant formées de tissus muqueux, variaient de volume depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette. On put enlever un assez grand nombre de ces tumeurs sans déterminer d'hémorrhagie.

Le 24 avril on procéda à l'arrachement de la presque totalité de ces tumeurs, et l'intérieur du corps utérin fut fortement cautérisé avec le nitrate d'argent.

Le 10 mai la repullulation avait été telle qu'une nouvelle opération dut être pratiquée.

Le 24 juin on perçoit de nouvelles tumeurs. La malade se plaint de douleurs et de pesanteurs ; l'orifice du col, toujours assez dilaté pour laisser pénétrer le doigt, rend l'exploration de la cavité utérine assez facile pour qu'on puisse reconnaître toujours la présence de nombreuses tumeurs.

Le 30, une tumeur plus volumineuse s'implantant au fond de l'utérus, s'engage dans le col. On la saisit avec des pinces pour l'amener au dehors, mais elle se déchire. M. Notta se décida alors à la broyer sur place ; les débris que l'on examine ont l'aspect des tumeurs fibreuses ; la gangrène s'en est en partie emparée de cette tumeur.

La malade se rétablit assez bien pour venir à Paris le 10 juillet et consulter M. Cloquet, qui la considère comme guérie.

Mais le 7 août nouvelle tumeur encore intra-utérine, que M. Notta enlève encore par fragments. L'apparente guérison se maintint jusqu'en novembre, où l'on dut encore enlever une tumeur de même nature.

Le 17 février les accidents deviennent plus graves, les douleurs intolérables ; nouvelle ablation de nombreuses tumeurs.

Le 26, après avoir été soulagée quelques jours, la malade est reprise de douleurs, de vomissements, etc. Le col, largement dilaté, laissait passer une tumeur du volume d'un œuf de dinde. On l'enleva, mais on reconnut qu'il en existait une autre dans le corps. En essayant de l'arracher, l'utérus fut complétement renversé et amené au dehors, de telle façon que l'opérateur put enlever de nombreuses productions fibreuses qui naissaient sur cette face interne. Pendant cette opération M. Notta s'aperçut qu'il avait perforé le fond de l'utérus. On laissa l'organe renversé, et la malade, qui avait perdu une assez grande quantité de sang (250 grammes), fut replacée dans son lit.

Tout se passa bien, et le 1er mars la malade put se lever.

Le 3, on reconnaissait la présence du corps de l'utérus renversé dans le vagin.

Le 20 avril, la malade paraît tout à fait rétablie. En examinant au spéculum, on ne trouve plus l'utérus ; le vagin se termine par un cul-de-sac au fond duquel apparaît une petite surface déprimée, rouge, irrégulièrement arrondie. Cette petite tumeur est très-mobile, du volume d'une noix. C'est tout ce qui reste de l'utérus, que l'on ne retrouve plus malgré toutes les explorations.

Le 25 août, sur ce débris utérin apparaissent de nouveaux polypes.

Le 1er septembre, on étrangle dans une ligature ces nouvelles productions, qui tombent le 6.

Le 18 janvier, nouvelles tumeurs plus volumineuses : ligature et cautérisation.

Dès le 23 la malade se lève.

Le 25 mars, récidive, opération, guérison apparente jusqu'au 5 mai, où une nouvelle opération est devenue nécessaire.

Le moignon utérin, dès cette époque, acquiert un volume qui va en augmentant jusqu'à la fin de juillet. En septembre, il était devenu énorme, remontant jusqu'au détroit supérieur.

Cet accroissement continue, et, en janvier, la tumeur remontait dans l'abdomen jusqu'aux fausses côtes. En même temps se montrent des accidents graves : hémorrhagie, vomissements, etc. De nouveaux polypes en grappe remplissent le vagin.

Le 21 février, la malade succombait.

M. Notta fait suivre son observation des réflexions suivantes :

Nous allons maintenant résumer les diverses phases de cette longue observation, en insistant sur les points qui méritent de fixer l'attention.

Au milieu de la santé la plus florissante survient, sans cause appréciable, chez une femme de soixante-trois ans, un malaise qui, s'accompagnant bientôt de douleurs utérines, est suivi au bout de quelques jours, après un travail comparable à celui de l'accouchement, de l'expulsion des deux lobes d'une tumeur fibreuse, sphacélée.

Quoique, d'après son volume, il ne fût pas douteux que l'origine de ce corps fibreux datât de plusieurs années, il s'est développé à l'insu de la malade et sans donner lieu à d'autres symptômes qu'un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, dont elle fait remonter le début à trois ou quatre ans. Pendant toute cette période il n'y a eu aucune hémorrhagie. L'absence de ce symptôme, ordinairement si fréquent, s'explique par l'évolution de la tumeur dans l'épaisseur même des parois de l'utérus, après la cessation des règles.

Néanmoins, pendant les quatre derniers mois, soit que le corps fibreux se fût rapproché de la cavité utérine et y eût pénétré, soit qu'il fût déjà le siége d'un commencement d'altération pathologique, un écoulement séro-sanguinolent se manifesta ; puis, sous l'influence d'une inflammation de ces plexus veineux si nombreux dans ces tumeurs, la gangrène s'en empara, et l'utérus, irrité par la présence de ce produit morbide, l'expulsa de sa cavité.

Cette expulsion spontanée des corps fibreux de l'utérus, que M. Cruveilhier a si bien décrite dans son *Traité d'anatomie pathologique* (tome III), est assez rare pour que beaucoup de praticiens, très-répandus d'ailleurs et exerçant depuis longtemps, ne l'aient point observée. Boyer n'en parle pas. Et cependant on en trouve dans Levret (*Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice, etc.*, 1771, p. 44 et suiv.) quelques exemples suffisamment détaillés pour prouver que le fait avait été déjà observé, bien que l'explication qu'il en donne ne soit pas satisfaisante.

Dans des cas semblables, le rôle du chirurgien se borne à surveiller cette espèce d'accouchement, à modérer l'hémorrhagie si elle est trop abondante, en favorisant la dilatation du col par le tamponnement ; à seconder les contractions utérines par des tractions modérées ; en un mot, à venir en aide à la nature, suivant les indications.

Après l'expulsion de ce corps fibreux, l'examen le plus minutieux, fait par M. Nélaton lui-même, ne fait constater dans l'utérus la présence d'aucune autre tumeur. Il y a bien un peu d'augmentation de volume, mais cet organe n'est pas encore complétement revenu sur lui-même ; il y a donc lieu de croire que la malade est guérie. Cependant, au bout d'un mois de calme complet, au commencement d'avril 1856, survient un écoulement séro-sanguinolent, accompagné de coliques utérines. Nous entrons maintenant dans une nouvelle phase de la maladie. Des tumeurs muqueuses, pédiculées, remplissent l'utérus et viennent faire saillie dans le vagin à travers le col dilaté. Pendant près de trois mois, à cinq reprises différentes, ces grappes muqueuses sont détruites, tant à l'extérieur du col qu'au fond de l'utérus, où je vais les chercher avec des pinces à mors plats et larges. Après chaque opération, les coliques cessent, l'écoulement se tarit, le col se referme, l'utérus revient sur lui-même : la malade est soulagée pour un temps, qui varie entre huit jours et trois semaines ; puis les grappes muqueuses se reproduisent et donnent lieu aux mêmes accidents, jusqu'à ce qu'une nouvelle opération ramène un soulagement momentané.

A la fin du mois de juin, ce ne sont plus ces grappes muqueuses qui remplissent l'utérus, mais bien des végétations fibreuses ramollies. A trois reprises différentes, séparées par un intervalle d'un ou de plusieurs mois, j'en enlève chaque fois une masse considérable. La dernière opération ne procure qu'une amélioration passagère, car bientôt les douleurs se reproduisent. Enfin, après deux mois de souffrances presque continuelles, une masse considérable de grains muqueux est extraite, mais sans amener de soulagement et de diminution marquée dans le volume de l'utérus. Huit jours après, une nouvelle tumeur fibreuse était engagée dans le col. Cette fois l'opération fut complète : l'utérus, renversé comme un doigt de gant, nous permit d'explorer toute sa surface interne, et nous donna la clef de tous les accidents éprouvés par la malade. Ainsi au fond de l'utérus était une sorte de frange fibreuse présentant un bord libre, auquel était appendu une multitude de petits grains muqueux rudimentaires, semblables à ceux qui avaient été extraits précédemment. C'était là qu'ils se reformaient sans cesse, et on conçoit combien il eût été difficile de les détruire complétement sans renverser l'utérus.

A côté de cette frange fibreuse se trouvaient deux polypes fibreux : l'un à base large, l'autre à pédicule étroit, implanté au fond même de l'utérus. Ce sont ces polypes dont, à plusieurs reprises, on avait enlevé des portions considérables qui se reproduisaient avec tant de rapidité.

Cette variété de polypes a été désignée par Levret sous le nom de polypes *vivaces*. Il les regarde, mais à tort, comme étant des végétations s'élevant de quelque ulcère de l'intérieur de la matrice. Il avait renoncé à leur extirpation, les ayant vu repulluler à mesure qu'il les retranchait (*Mém. acad. de chirurg.*, p. 589, t. III, édit. in-4°). En effet, pour guérir notre malade, il fallait complétement détruire les racines des polypes. Or les points d'implantation étaient si nombreux et présentaient une surface si large qu'il était impossible de les détruire sans renverser l'utérus. Déjà dans les opérations précédentes j'en avais eu l'intention, mais le tissu fibreux était tellement friable qu'il se déchirait sous l'action des pinces, et ne supportait aucune traction énergique. J'avais essayé d'employer des espèces de curettes, mais j'y renonçai bientôt, obtenant un meilleur résultat de pinces à mors larges et plats, qui broyaient le tissu fibreux et me permettaient de nettoyer aussi complétement que possible la cavité de l'utérus ; et la meilleure preuve, c'est qu'après chacune de ces opérations la matrice revenait sur elle-même, conservait à peine une augmentation de volume, à tel point que M. le professeur J. Cloquet, qui vit la malade huit jours après une de ces opérations, n'hésita pas à la regarder comme guérie.

Lors de la dernière opération, le col était plus dilaté, plus ramolli qu'il ne l'avait jamais été : le polype fibreux engagé dans sa cavité présentait de la résistance ; aussi me fut-il possible d'obtenir le renversement de l'utérus, et d'enlever tout le tissu fibreux qui végétait à sa surface interne. Puis, ayant reconnu que j'avais perforé le fond de l'utérus dans l'étendue de 1 centimètre carré, je me demandai quel était le meilleur parti à prendre : fallait-il réduire l'utérus ou le laisser renversé ?

Bien que les végétations fibreuses eussent été complétement excisées, on pouvait encore légitimement craindre leur reproduction. Je pensai qu'en laissant l'utérus renversé les modifications apportées dans sa nutrition pourraient mettre à l'abri d'une récidive, et que dans le cas où elle surviendrait néanmoins l'opération ne présenterait aucune difficulté et permettrait de détruire jusqu'aux dernières racines du mal. D'ailleurs l'âge de la malade la mettait à l'abri de ces hémorrhagies graves que l'on observe chez les femmes atteintes de renversement de l'utérus, alors qu'elles ont encore leurs règles.

Enfin, je me demandai si l'espèce de canal formé par l'utérus renversé, dont les parois devaient être maintenues en contact par la contraction du col ; je me demandai, dis-je, si ce canal, qui éloignait la perforation utérine de la cavité péritonéale et la plaçait dans un point très-déclive, ne mettait pas la malade dans des conditions plus favorables pour éviter la péritonite.

Toutes ces considérations réunies m'empêchèrent de réduire l'utérus, et je n'ai point eu à m'en repentir. Le corps de l'utérus, comprimé par le col comme par une ligature, s'est sphacélé sans donner lieu à aucun accident.

J'ai suffisamment insisté, à plusieurs reprises, dans le cours de l'observation, sur les divers signes qui démontraient l'absence du corps de l'utérus, et qui prouvaient que nous n'avions pas eu affaire ici à une réduction spontanée comme on en observe quelquefois. Je ne reviendrai donc pas sur ce point.

La malade privée d'utérus pouvait être considérée à l'abri d'une récidive.

En effet, pendant les trois mois qui suivirent, la santé redevint excellente. Mme D... n'éprouvait aucune pesanteur dans le bas-ventre, il

n'y avait aucun écoulement vaginal ; en un mot, elle se portait aussi bien qu'avant les accidents qu'elle venait d'éprouver.

Cependant, en juillet 1857, c'est-à-dire au commencement du quatrième mois, un léger écoulement séro-sanguinolent apparaît ; en même temps, la malade accuse un sentiment de tiraillement, de pesanteur dans le bas-ventre, mais il n'y a plus de coliques utérines. Deux mois après l'apparition de ces symptômes, à la fin d'août, sous l'influence d'une course assez longue, une tumeur du volume d'une orange vient faire saillie hors de la vulve. Elle est formée par une multitude de polypes muqueux allongés, s'implantant comme une sorte de houppe à la surface du reste du col de l'utérus. De sorte que nous constatons l'existence d'un renversement du vagin, et qu'il nous est facile de nous rendre compte de l'absence du corps de la matrice. Nous avons donc affaire à des lésions de même nature que précédemment ; mais, en raison même de leur situation anatomique, les symptômes sont modifiés. Ce sont encore des polypes muqueux donnant lieu à un écoulement séro-sanguinolent, à une sensation marquée de pesanteur, mais ne déterminant plus ces douleurs d'accouchement si pénibles pour la malade. C'est que maintenant il n'y a plus d'utérus : ces polypes sont extérieurs, ils sont implantés sur la petite portion du col utérin qui est restée, et, chose bien remarquable, nous allons voir cette portion du col de la matrice, qui jusque-là était restée étrangère à la maladie, présenter la même série d'accidents que le corps de l'utérus.

Nous n'avons encore qu'une masse de polypes muqueux implantée sur le moignon du col utérin, ayant par son poids produit le renversement du vagin et faisant saillie au dehors. Le col n'est pas hypertrophié. Une ligature fut appliquée au delà du point d'implantation des polypes, et, sauf quelques légers accidents de péritonite, qui furent enrayés dès le début, au bout de quelques jours la malade fut débarrassée de ses polypes, et put encore se croire guérie. Le vagin réduit ne tend plus à sortir au dehors ; plus d'écoulement, plus de pesanteur dans le bas-ventre.

Au bout de deux mois et demi, ces mêmes accidents se reproduisent, et indiquent la formation de nouveaux polypes muqueux. A l'aide du spéculum, nous suivons leur évolution, et en moins d'un mois ils forment une masse du volume d'une orange de grosseur moyenne. Par leur poids ils abaissent le col, et viennent faire saillie à l'extérieur. Cette fois, nous constatons, outre les polypes, une augmentation de volume, une hypertrophie du moignon utérin ; il a au moins doublé de volume depuis la dernière opération, c'est-à-dire depuis quatre mois. M. Fortin (d'Evreux) et moi nous attaquons les polypes muqueux par le caustique de Vienne solidifié.

La cautérisation fut énergique ; nous agissions à ciel ouvert, et cependant au bout de deux mois, le 23 mars, de nouveaux polypes muqueux s'étaient reproduits. Il semble que nos tentatives pour les détruire ne font qu'activer leur reproduction ; en effet, nos cautérisations deviennent de plus en plus rapprochées. Puis il y a comme un temps d'arrêt ; pendant quatre mois nous n'avons plus de polypes muqueux, et partant plus d'écoulement séro-sanguinolent. Mais le sentiment de pesanteur augmente de jour en jour, et l'augmentation de volume du corps de l'utérus fait des progrès effrayants : ainsi, au commencement de mai, le col, qui pouvait être amené à fleur de la vulve pour être cautérisé, a acquis à la fin de juillet, c'est-à-dire en trois mois, un volume tel qu'il remplit tout le petit bassin, dans lequel il est comme enclavé, et il comprime la vessie au point de nécessiter le cathétérisme, et déborde la symphyse pubienne de deux travers de doigt.

Sous l'influence du repos le cours des urines se rétablit, mais la miction reste plus fréquente qu'à l'état normal. Plus tard, lorsque la tumeur eut pris des proportions plus considérables, trouvant un point d'appui sur le détroit supérieur, elle ne comprimait plus la vessie, les besoins d'uriner redevinrent normaux, et le sentiment de pesanteur disparut.

Cette hypertrophie du col se développait à l'insu de la malade, sans autres symptômes que ceux que nous venons d'énumérer et qui sont purement mécaniques ; l'appétit ne diminuait pas, l'embonpoint se soutenait, le facies était bon, nullement cachectique, lorsque vers le milieu de septembre l'écoulement séro-sanguinolent, qui depuis quatre mois n'existait plus, reparut, et au spéculum nous trouvâmes une grappe de polypes muqueux implantée sur la portion vaginale du col. Le col est situé profondément, et il est impossible de l'abaisser. La cautérisation de ces polypes devient par conséquent fort difficile et fort incomplète ; la tumeur abdominale remonte déjà à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Deux mois après, en novembre, elle dépasse l'ombilic, et à la fin de décembre elle s'élève jusque sous le rebord des fausses côtes sous lesquelles elle s'enfonce. Dès lors l'existence de la pauvre malade n'est plus qu'une longue agonie ; affaiblie d'une part par un écoulement séro-sanguinolent abondant, de l'autre part par des vomissements bilieux et alimentaires, elle maigrit de jour en jour, la fièvre hectique s'allume, et elle s'éteint le 21 février 1859, trois ans après le début des accidents, bien amaigrie, bien anémique, mais ne présentant pas cette teinte particulière que l'on observe chez les cancéreux.

Cette tumeur, qui remplissait une partie de l'abdomen, ayant au moins le volume de la tête d'un adulte, n'a pas mis plus de dix mois à acquérir ces énormes proportions. Bien qu'il ne m'ait pas été donné d'en vérifier la nature par l'autopsie, il me semble qu'il n'est peut-être pas impossible de la déterminer.

La rapidité de son développement pourrait faire croire à une tumeur cancéreuse. Cependant, si nous comparons cette dernière phase de la maladie avec la première, nous voyons la portion restante du col utérin jouir de la même propriété végétative, si je puis m'exprimer ainsi, que le corps de l'utérus. Ainsi sa surface muqueuse donne naissance à des polypes muqueux semblables à ceux que nous avons extraits de la cavité utérine ; d'un autre côté, son tissu propre s'hypertrophie, et donne naissance à un ou plusieurs corps fibreux, qui, se confondant, forment la tumeur observée pendant la vie.

On peut, il est vrai, objecter qu'une masse fibreuse aussi volumineuse met plus de dix mois à acquérir un volume aussi énorme ; mais rappelons-nous ce qui se passait dans le corps de l'utérus avant qu'il eût été détruit : un ou deux mois suffisaient pour amener la formation de masses fibreuses du volume du poing, masses fibreuses dont la nature ne saurait être contestée, qui n'ont pas été seulement examinées par moi, mais dont plusieurs échantillons ont été soumis à MM. Nélaton et J. Cloquet, qui n'ont pas hésité un instant à leur reconnaître tous les caractères du tissu fibreux. Si donc nous tenons compte de la rapidité de l'évolution de ces masses fibreuses dans l'utérus, le développement rapide de celles du col ne doit plus nous surprendre.

Je n'ai pas fait de ponction exploratrice pour m'assurer que la tumeur abdominale n'était point un kyste ; mais la dureté de la tumeur, l'absence de fluctuation à toutes les époques de son développement, son aspect bosselé lorsqu'elle ne dépassait le pubis que de trois à quatre travers de doigt ; enfin son évolution, que nous avons suivie pas à pas, et qui nous a permis de constater qu'au début elle était uniquement constituée par l'hypertrophie du col ; tous ces motifs suffisent, je pense, pour faire rejeter l'existence d'un kyste.

Des considérations qui précèdent, il me semble qu'on peut s'arrêter à l'idée d'une tumeur de la même nature que celles qui se reproduisaient incessamment dans le corps de l'utérus, par conséquent, d'une dégénérescence fibreuse, mais de nature particulière, tant à cause de la rapidité de son développement que de sa persistance à se reproduire dans les diverses parties de l'utérus.

La marche si remarquable, et je puis dire si imprévue de cette maladie, dont je n'ai pu trouver l'analogue dans les auteurs ou dans les recueils périodiques, m'a déterminé à la décrire minutieusement, afin d'appeler l'attention des chirurgiens sur une affection encore mal connue de nos jours.

Après la lecture de l'observation dont nous avons donné une rapide analyse, et des réflexions que nous transcrivons textuellement, plusieurs des membres de la Société demandent quelques nouveaux détails.

M. Notta répond que toutes les questions qui lui sont soumises sont résolues dans le cours de l'observation ; seulement il avoue que, pour leur donner toute la valeur qu'elles devraient avoir, il manque l'analyse microscopique des tumeurs et l'autopsie.

Il est décidé que l'observation sera renvoyée au comité de publication.

(La suite au prochain numéro.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Beauville, né à Saint-Martinville (États-Unis) ; *De l'action physiologique et pathologique des climats chauds sur l'homme.*

Touzelin, né à Argenteuil (Seine-et-Oise) ; *Études sur quelques points de philosophie médicale à propos de la rougeole.*

Martin, né à Neufchâteau (Vosges) ; *De l'anatomie pathologique de quelques tumeurs développées dans la muqueuse du col de l'utérus. Essai sur la tumeur folliculaire hypertrophique.*

Samaniego, né à Sonora (Mexique) ; *Études sur les rétrécissements des canaux et des orifices muqueux.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 17 mai, M. le chirurgien de 1re classe Walther (Charles) a été promu au grade de chirurgien principal de la marine.

— Par arrêté du 4 mai, M. Guyon, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé prosecteur à ladite Faculté.

Cette nomination a eu son effet à partir du 1er avril 1859.

— Par arrêté du 9 mai, un nouveau congé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1858-1859 est accordé à M. Aubergier, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Clermont.

M. Alluard, docteur ès sciences, professeur de physique au lycée impérial de Clermont, continuera de suppléer M. Aubergier dans la chaire de chimie pendant la durée de ce congé.

— Par arrêté du 9 mai, M. Schimper, docteur ès sciences, membre correspondant de l'Institut, est attaché à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg.

M. Schimper est autorisé à faire gratuitement, à cette École, un cours complémentaire d'histoire naturelle.

— Les correspondances et les journaux de la Réunion nous annoncent une grave nouvelle : le 17 mars, le choléra a éclaté à Saint-Denis, et a fait dans la classe des engagés, Cafres et Malgaches, des ravages très sérieux. De cette classe, le fléau s'est étendu aux familles pauvres, aux nouveaux affranchis, comme aux travailleurs africains et malabars.

L'épidémie a envahi ensuite Saint-Louis et plusieurs autres communes ; mais, dans ces dernières, elle a été sans beaucoup de gravité. On a organisé partout des ambulances, et le gouverneur M. Darricau, accompagné du maire de Saint-Denis, les a plusieurs fois visitées. La commission sanitaire a fait publier de son côté des instructions sur les premiers soins à donner aux cholériques.

— On lit dans le *Rou-ky-Dnevnik:* La mortalité des enfants jusqu'à la cinquième année est considérable dans tous les pays ; mais en Russie elle est effrayante. Il en meurt beaucoup plus de la moitié dans cette première période de leur existence ; un huitième meurt de 5 à 10 ans ; un autre huitième de 10 à 20 ans ; ainsi, les trois quarts succombent avant d'avoir atteint l'âge viril. A Saint-Pétersbourg, la mortalité des enfants est bien moins considérable, non que le climat de cette capitale soit plus sain, le contraire est reconnu, mais parce que les enfants y sont mieux soignés et plus attentivement surveillés, parce que les habitants de Saint-Pétersbourg sont plus civilisés que ceux des provinces.

Il faut donc, pour augmenter la population en Russie, développer la civilisation. Beaucoup d'enfants russes, abandonnés à eux-mêmes, se brûlent. Non-seulement les Raskolniks, mais encore beaucoup d'autres Russes, regardent la vaccination comme une pratique impie, et cachent leurs enfants pour les y soustraire ; il en résulte que la petite vérole fait d'effroyables ravages.

— Dans l'hospice des aliénés de l'Indiana (Etats-Unis), sont entrés, durant les dix dernières années, 80 individus dont l'ivrognerie avait dérangé les facultés mentales, 126 personnes à qui l'exaltation religieuse avait troublé la cervelle, et 54 individus dont l'imagination avait été frappée par les esprits frappeurs.

— JURISPRUDENCE PHARMACEUTIQUE. — « 1° Le pharmacien dans » l'officine duquel a été saisie une substance médicamenteuse falsifiée » est passible des peines des articles 29 et 32 de la loi du 21 germi- » nal an XI ; ce fait constitue une contravention qui ne peut être ex- » cusée par sa bonne foi, et notamment par ce motif qu'il n'avait pas » préparé lui-même les drogues saisies. »

Annulation, sur le pourvoi du procureur général près la Cour impériale de Toulouse, d'un arrêt rendu par ladite Cour, chambre des appels correctionnels, le 27 janvier 1859, en faveur du sieur Gaudens-Augustin Conté. (Du 24 mars 1859.)

« 2° Lorsque le nom de l'inventeur a servi à désigner des produits » pharmaceutiques, des concurrents peuvent se servir des dénomina- » tions employées pour sa désignation, pourvu qu'ils y ajoutent des » indications telles, que l'acheteur ne puisse se méprendre sur la pro- » venance des produits. »

Admission, au rapport de M. le conseiller Renault d'Ubexi, conclusions *conformes* de M. l'avocat général Raynal, du pourvoi formé par les sieurs Charpentier et Compagnie contre un arrêt de la Cour de Paris du 15 mai 1858, rendu au profit du sieur Giraudeau de Saint-Gervais.

« 3° Lorsque, pendant le temps qu'un pharmacien se trouve seul » possesseur d'un produit naturel ou d'un remède, des ouvrages pa- » raissent qui contiennent des appréciations favorables à ces remèdes » ou produits, quoique sans désignation du pharmacien vendeur, au- » cun autre pharmacien ne peut, dans ses prospectus ou étiquettes, » appliquer ces appréciations au même remède qu'il viendrait à possé- » der et à vendre à son tour. »

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours pratique sur les maladies de la peau mardi, 24 mai, à sa clinique de la rue Larrey, n° 8, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à 11 heures précises du matin.

Chaque leçon sera suivie de l'examen des malades.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 61. — MARDI 24 MAI 1859. (32e ANNÉE.) N° 61. — MARDI 24 MAI 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Bouillaud). De la fièvre typhoïde ; son traitement par les émissions sanguines ; considérations sur la fibrine du sang dans cette maladie. — Note sur l'action curative et prophylactique du brome contre les affections pseudo membraneuses. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 16 mai. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE, séance du 16 mai. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, suite et fin de la séance du 11 mai. — Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 23 MAI 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans un mémoire communiqué à l'Académie le 26 mai 1856, M. le docteur Ozanam proposait le brome et ses composés comme remède quasi-spécifique des affections pseudo-membraneuses. Les propriétés fluidifiantes de cette substance lui avaient fait pressentir son utilité dans cet ordre d'affections ; l'expérience paraissait avoir confirmé à ses yeux les prévisions de la théorie. Cependant, bien que trois années se soient écoulées depuis cette communication et que l'épidémie d'angines couenneuses et de croups qui s'était abattue à cette époque sur Paris et sur une partie de la France n'ait pas cessé depuis d'exercer ses ravages, nous n'avons pas appris que le moyen proposé par M. Ozanam ait été adopté en France, ni même qu'on y ait cherché à contrôler ses observations. Il nous semble cependant, en présence de la pénurie avouée de nos ressources thérapeutiques contre une affection qui paraît devenir de plus en plus envahissante, que ce serait une indifférence presque coupable de laisser échapper les occasions d'expérimenter des moyens nouveaux qui se présentent avec quelque apparence de fondement et appuyés déjà sur un commencement de preuves. M. Ozanam ne s'est point laissé décourager par ce premier insuccès de propagande. Dans la séance du 9 de ce mois, il a présenté à l'Académie un nouveau mémoire dans lequel il s'est proposé de régulariser et de faire connaître cette médication, en exposant des détails nouveaux sur les propriétés curatives et prophylactiques du brome et sur son mode d'emploi. Nous publions plus loin un extrait de ce mémoire, sur lequel nous avons cru utile d'appeler l'attention de nos lecteurs.

Dans la dernière séance, M. Desprès, chirurgien de Bicêtre, a communiqué une note très-intéressante sur la suspension de la respiration, considérée comme cause des accidents funestes qui ont été observés pendant l'anesthésie chloroformique, sur les causes qui produisent cette suspension de la respiration, et sur le moyen d'y remédier ; moyen tout mécanique, très-simple, et qui ressort naturellement de la connaissance même des diverses causes qui amènent la suspension de la respiration pendant l'inhalation.

Nous manquons des éléments nécessaires pour exposer et apprécier le sujet des lectures qui ont été faites par M. Silbermann, sur la stature de l'homme, et par M. Grimaud (d'Angers), sur le traitement du cancer. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

De la fièvre typhoïde. — Son traitement par les émissions sanguines. — Considérations sur la fibrine du sang dans cette maladie.

La question de la fièvre typhoïde et de son traitement continue malheureusement à rester à l'ordre du jour. Un grand nombre de médications ont été successivement préconisées et employées pour combattre cette affection, et, nous devons le dire, quelques-unes l'ont même été avec ardeur et enthousiasme. Aujourd'hui cinq espèces principales sont surtout en présence : le traitement expectant, antiphlogistique, évacuant, révulsif, et le traitement par les toniques. Nous nous sommes très-fréquemment appliqué, dans les colonnes de ce journal, à faire successivement passer sous les yeux de nos lecteurs la plupart des pièces composant le volumineux dossier de cette grande affaire, et nous avons l'intention formelle de persévérer dans cette voie, jusqu'à ce que la lumière se soit définitivement faite.

Afin de montrer combien nous sommes fidèle à ce programme, nous allons nous occuper du traitement de la fièvre typhoïde par les émissions sanguines. Cette médication est grosse d'orages ; elle ne date pas d'hier, et même à une certaine époque elle a fait beaucoup de bruit dans le monde médical. Nous nous souvenons d'avoir assisté à de savantes leçons de M. le professeur Bouillaud sur ce sujet, et nous sommes heureux, pour nous en remémorer certains points, d'avoir en ce moment sous les yeux le travail inaugural (1) d'un jeune et distingué confrère, qui a su très-nettement exposer les doctrines et les allures thérapeutiques de son maître.

Dans sa thèse, si riche en faits cliniques, M. Tainturier, après avoir longuement passé en revue toutes les considérations qui militent en faveur du traitement antiphlogistique dans le rhumatisme articulaire aigu et dans la pneumonie, a résolûment abordé l'examen de l'*entéro-mésentérite* dite *typhoïde*. Avant de relater les altérations que cette affection apporte dans le fluide sanguin, et de mettre en relief l'influence heureuse des émissions sanguines, M. Tainturier donne d'abord le résumé de ses observations, et il a soin de catégoriser les cas, en tenant compte et de la période de la maladie et de son intensité pour chaque individualité morbide. Voici, pour commencer, les observations telles qu'il les a prises à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bouillaud :

OBS. I. — *Entéro-mésentérite dite typhoïde, cas moyen ; début, forme inflammatoire et muqueuse.*

L..., chapelier, dix-neuf ans, forte constitution, entre le 13 février 1856, à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, atteint d'une entéro-mésentérite dite typhoïde datant de trois jours. Les prodromes chez ce malade ont été un grand mal de tête, quelques douleurs abdominales, soif vive, fièvre, pas de sommeil, un seul vomissement. Un médecin, appelé en ville, dit au patron de L... qu'il avait une fièvre typhoïde. Le malade fut amené en voiture, tant était grande sa faiblesse. A son entrée, nous le trouvons dans l'état suivant : pouls à 108-112, chaleur à 39 degrés et demi centigrades, soif, inappétence, grande faiblesse ; langue rouge à son extrémité et sur les bords, enduit blanchâtre au centre ; un peu de douleur vague au niveau de la fosse iléo-cœcale, léger gargouillement, pas de diarrhée. Le malade se plaint de respirer difficilement. Cependant l'examen le plus consciencieux ne nous fait rien constater d'anormal du côté de la poitrine. — Une saignée de 417 grammes.

Le 14, les symptômes sont sensiblement les mêmes ; seulement le malade a dormi deux heures et demie, et le pouls n'est qu'à 96-100. La chaleur est la même, peau moite. — Une saignée le matin, 340 gr., ventouses scarifiées de 348 ; une saignée le soir de 345 ; cat., lavem. ; lim. cit., 2 p. ; gomme, 2 p. ; diète.

Le 15, température presque normale, pouls à 84-88 ; une selle dans la journée. Le malade se trouve bien, il a bien dormi pendant la nuit ; à peine quelques vestiges de gargouillements. — *Id.*, moins les émissions sanguines.

Le 16, température normale, pouls à 72-76. — *Id.*, plus deux bouillons.

La convalescence ne s'est pas démentie. Seulement, le 23, il a eu plusieurs selles diarrhéiques, sans fièvre, qui ne reparurent pas le lendemain. Convalescence le troisième jour à dater du traitement, confirmée le sixième jour ; la maladie a duré en tout neuf jours.

OBS. II. — *Entéro-mésentérite typhoïde, cas moyen ; forme inflammatoire combinée avec la forme muqueuse, qui prédomine ; fin de la première période.*

S..., garçon d'hôtel, vingt et un ans, constitution robuste, entré le 8 février 1856 à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 22, atteint d'une entéro-mésentérite dite typhoïde, malade depuis douze jours, alité depuis un jour seulement. Prodromes : diarrhée, mal de tête, perte de l'appétit, soif vive ; il ne reposait pas la nuit, quoiqu'il dormît assez ; courbature ; ses camarades étaient obligés de faire son ouvrage ; grande faiblesse, respiration pénible, toux légère.

Le 7, le mal de tête a redoublé, il s'est mis au lit ; un étudiant en médecine lui fit une saignée le matin, une vessie pleine de glace fut maintenue sur la tête, une deuxième saignée le soir lui fut pratiquée, et on lui fit prendre également une bouteille d'eau de Sedlitz.

A son entrée, nous trouvons le malade avec une chaleur fébrile ; peau sèche, le pouls à 104 ; langue large, étalée, blanche au centre, rose sur les bords et à la pointe ; ventre très-légèrement développé, avec quelques traces de gargouillement ; mal de tête aussi violent que la veille ; teinte jaune de l'ovale inférieur de la face ; le malade tousse, et se plaint de ne pouvoir respirer. Cependant on ne peut rien trouver d'anormal dans les voies respiratoires. — On fait une saignée de 407 grammes.

Le 9, pouls à 92, mou, pas distinctement redoublé ; peau sans sueur, mais sans sécheresse ; chaleur au-dessus de la normale ; langue humide, toujours blanche au centre ; soif, inappétence, quelques traces de gargouillement dans la fosse iléo-cœcale ; une selle naturelle, pas d'urine. La céphalalgie a disparu ; elle a été remplacée par un sentiment de pesanteur ; toux fréquente, crachats muqueux ; rien de notable à l'auscultation ni à la percussion de la poitrine. — Ventouses scarifiées, 356 grammes ; cat., lavement émollient ; gomme, 3 p. ; guim. sp. cap., 1 p. ; diète.

Le 10, les symptômes se sont un peu aggravés ; pouls à 96 ; 39 1/4 cent. de chaleur ; même état du reste. — *Idem* pour les tisanes ; une saignée de 388 grammes.

Le 11, le malade se trouve beaucoup mieux ; il a un peu dormi ; pouls à 88, légèrement redoublé ; chaleur diminuée ; le soir, on est obligé de le sonder ; point de diarrhée. — *Idem*, diète.

Le 12, pouls à 84, redoublé ; pas de gargouillement ; le ventre a perdu de son volume ; chaleur presque normale ; peau moite ; une seule selle. — Deux bouillons.

Du 15 au 21, le malade prend 2 bouillons, 2 potages.

Le 21, pouls à 72. — Une portion.

Convalescence commençant le cinquième jour à dater du traitement, confirmée le quatorzième.

OBS. III. — *Entéro-mésentérite typhoïde, cas grave ; forme muqueuse, commencement de la deuxième période.*

G..., dix-huit ans, terrassier, depuis quatre mois à Paris, bonne constitution, entre à la Charité le 28 janvier 1856, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 21. Indisposé depuis quinze jours, diarrhée ; alité depuis huit jours ; malade, surtout depuis deux jours, pour avoir mangé, dit-il, deux œufs et deux poires.

A son entrée, nous trouvons le malade avec un pouls à 104, une chaleur fébrile, une céphalalgie très-forte, la face animée, le sillon naso-labial jaunâtre ; la langue rouge à sa pointe et sur les bords, sèche à son centre ; ventre développé dans la région sous-ombilicale, légèrement douloureux à la pression ; gargouillement dans la fosse iliaque droite ; une selle liquide dans les vingt-quatre heures ; râles muqueux et quelques râles ronflants dans la poitrine. Le malade tousse un peu. — Une saignée de 436 grammes.

Le 29, les symptômes sont à peu près les mêmes, sauf la céphalalgie, qui a disparu ; pouls à 108, mou, commençant à redoubler ; chaleur fébrile, pas de sommeil. — Une saignée de 270 grammes le matin ; à midi, ventouses scarifiées de 305 grammes ; le soir, une saignée de 322 gr. ; gomme, 3 p. ; guimauve sp. cap., 2 p. ; catapl., lav. émol. ; diète.

Les symptômes vont en s'amendant jusqu'au 3 février ; pouls à 88 ; chaleur presque normale ; pas de dévoiement. Pendant la convalescence survient une otite du côté droit, et le 11 le malade a une portion.

A dater du traitement, convalescence le septième jour, confirmée le quatorzième.

OBS. IV. — *Entéro-mésentérite typhoïde, cas grave ; forme muqueuse, commencement de la deuxième période.*

B..., dix-huit ans, marbrier, constitution moyenne, entré à la Charité le 22 janvier 1856, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 27. Il est indisposé depuis quinze jours ; il a eu beaucoup de diarrhée, mais il n'y a que trois jours qu'il est plus mal ; il n'a cependant gardé le lit que le 21. Grand mal de tête ; lassitude considérable, aussi grande après qu'avant le sommeil ; abattement, soif vive, inappétence, démarche vacillante, selle diarrhéique, tels sont les phénomènes qu'il a éprouvés avant son entrée.

Le 22 janvier, pouls à 100, légèrement redoublé ; peau sèche, avec 40 degrés centigr. de chaleur ; langue rouge à la pointe, saburrale à son centre, tendant à la sécheresse ; soif, inappétence, région sous-ombilicale légèrement développée, gargouillement de la fosse iliaque droite ; pas de selles depuis vingt-quatre heures. Le malade tousse un peu. Rien de notable du côté de la poitrine. — Une saignée de 490 grammes.

Le 23, pas de changement en mieux ; pouls à 100 ; chaleur à 41 degrés centig. ; pas de sommeil. — Matin, saignée de 312 grammes ; ventouses scarifiées, 292 ; saignée le soir, 317 ; lim. cit., 2 pots ; gomme, 2 pots ; cat., lav. émol., diète.

Le 24, légère amélioration dans les symptômes locaux ; plus de mal de tête, à peine du gargouillement, fièvre légèrement diminuée. — Une saignée, le reste *idem*.

Le 25, le malade va assez bien le matin ; pouls à 88, 92 ; chaleur diminuée. Mais à la visite du soir, une recrudescence s'étant manifestée dans les symptômes généraux, une saignée de 320 grammes est ordonnée par le chef de clinique.

Le 27, le malade entre en convalescence ; pouls à 90 ; chaleur sensiblement normale ; ventre affaissé, souple ; très-léger gargouillement. La convalescence marche doucement, quand le 3 février le malade est pris de diarrhée sans réaction fébrile ; le 5, la diarrhée disparaît, mais l'appétit ne revient pas vite. Deux bouillons, un potage suffisent au malade ; enfin, le 11, on lui donne une portion sur sa demande.

Convalescence le septième jour à dater du traitement, et confirmée le vingtième.

(1) *Quelques considérations sur la fibrine du sang, et sur les modifications que lui font subir certaines maladies aiguës*, par M. le docteur Tainturier.

Obs. V. — *Entéro-mésentérite typhoïde, cas léger; commencement de la deuxième période.*

S..., garçon de cuisine, entre, le 20 février 1856, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, nº 20. Indisposé depuis le 8, il ne se sent plus malade que depuis trois jours. Les prodromes, chez lui, ont été une grande lassitude, de la pesanteur de tête, de l'inappétence et une soif plus grande que d'habitude. On l'a purgé et fait vomir deux jours avant son entrée à l'hôpital, où on l'a apporté sur un brancard. A son entrée, nous le trouvons avec une peau chaude (39° centigr.), pouls à 70, avec un commencement de redoublement; les lèvres et les dents sont sèches; la langue, rouge à la pointe, est recouverte d'un léger enduit saburral. Soif, inappétence; ventre légèrement développé dans la région sous-ombilicale; gargouillement assez abondant dans la fosse iléo-cœcale: taches lenticulaires, rosées, sur l'abdomen; une selle diarrhéique. — Une saignée de 408 grammes.

Le 21, pouls à 62; chaleur diminuée; langue plus humide qu'hier. — Guim. cap., 1 p.; gom., 1 p.; vent. scar., 266; lav., cat.; diète. On est obligé de sonder le malade deux jours de suite.

Convalescence le quatrième jour à dater du traitement, confirmé le huitième jour. Le pouls est descendu à 44 pulsations; le jour de sa sortie il était à 50.

Obs. VI. — *Entéro-mésentérite typhoïde, cas moyen; commencement de la deuxième période.*

La nommée W..., domestique, vingt-neuf ans, entre à la Charité, salle Sainte-Madeleine, nº 8, le 13 février 1856. Constitution moyenne; elle est malade depuis une quinzaine de jours et alitée depuis trois jours seulement; car ce n'est qu'à la dernière extrémité qu'elle s'est couchée; elle est depuis un an à Paris. Courbature, mal de tête, douleur à la région postérieure du cou; nuits sans sommeil, rêves pénibles; quelques selles liquides dans les derniers jours; tels sont les prodromes qu'elle accuse. Un médecin vint la voir, diagnostiqua une fièvre typhoïde et l'envoya au Parvis. A son entrée, la malade a la figure animée, l'ovale inférieur de la figure coloré en jaune, chaleur fébrile, pouls à 124; langue sèche, râpeuse; soif vive, inappétence, grande faiblesse générale; ventre indolore, si ce n'est à la pression; gargouillement abondant, taches lenticulaires rosées sur l'abdomen et à la base de la poitrine; râles sibilants dans la poitrine, des deux côtés; haleine aigrelette. — Une saignée de 426 grammes.

Le 14, température moins forte; pouls à 124, non en rapport avec elle; soif assez vive: la langue est devenue un peu humide; léger gargouillement; pas de se le. — Sp. gommeux, 3 p.; guim. cap., 2 p.; saignée de 341 gr.; vent. scar., de 203; lav. amidon.; cat.; diète.

La convalescence commence le 19, le septième jour à partir du traitement, et le onzième elle est confirmée.

Obs. VII. — *Entéro-mésentérite typhoïde, cas moyen; commencement de la deuxième période, forme muqueuse.*

P...., luthier, vingt-deux ans, constitution moyenne, entre à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, nº 5, le 27 janvier 1856; il est indisposé depuis dix jours, alité depuis deux seulement.

Diarrhée au début, grande faiblesse, douleur de tête, une épistaxis; tels sont les prodromes qu'il rapporte.

État du malade le jour de son entrée: céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, démarche vacillante; langue sèche à son centre, rouge sur les bords et à la pointe; tendance aux fuliginosités; région sous-ombilicale légèrement développée, pas de taches, gargouillement bien marqué au niveau de la fosse iléo-cœcale; température plus fébrile que ne le marque le nombre des pulsations, qui est de 88; haleine typhoïde. — Une saignée de 309 grammes.

Le 28, état sensiblement le même, seulement la langue est plus humide. — Lim. cit., 2 p.; gom., 2 p.; saignée de 282 gr.; vent. scar. de 333; cat.; lav. émol.

Convalescence le sixième jour à dater du traitement, confirmée le onzième.

Obs. VIII. — *Entéro-mésentérite typhoïde, cas moyen; commencement de la deuxième période.*

Le nommé G..., garçon de salle, âgé de vingt-six ans, constitution moyenne, entre le 18 février 1856 à l'hôpital de la Charité, salle Saint Jean-de-Dieu, nº 25. Indisposé depuis une douzaine de jours, il n'y a que six jours qu'il a été obligé de suspendre son travail pour s'aliter. Le premier jour où il s'est mis au lit, il s'est purgé avec de l'huile de ricin, d'après le conseil d'un médecin qui ne l'a pas vu. Pas de diarrhée avant son purgatif; mal de tête, étourdissements, faiblesse générale, insomnie dans les derniers jours, soif, inappétence: tels sont les prodromes que nous accuse le malade.

État du malade à son entrée: face colorée, sillon naso-labial portant la teinte abdominale, tête lourde, démarche vacillante; langue rouge à son extrémité et sur ses bords, enduit blanchâtre très-épais; région sous-ombilicale assez développée, gargouillement dans la fosse iliaque droite, taches lenticulaires rosées nombreuses; une selle liquide; chaleur à 40 degrés centigr.; peau un peu sèche; pouls à 96-100; rien d'anormal du côté de la respiration. — Une saignée de 372 grammes.

Le 19, pas de changement notable, chaleur à 40°, pouls à 92; la pesanteur de tête a diminué, pas de sommeil; une selle liquide. — Saignée de 357 grammes; ventouses scarifiées, 303; saignée le soir, 317; gomme, 3 p.; lim. citr., 1 p.; catapl.; lav. émol.; diète.

Le 20, amélioration sensible dans tous les symptômes.

Le 21, la maladie semble vouloir reprendre sa marche; plus de fièvre qu'hier. — Mêmes tisanes.

Le 22, la fièvre a repris sa marche, elle est cependant moins forte que le premier jour; pouls à 90; chaleur moins forte aussi, mais au-dessous de la normale. — Mêmes tisanes; ventouses scar., 295 gram.

Le 23, amélioration considérable, pouls à 80, chaleur à 38 1/4 centigrades.

Convalescence le septième jour à dater du traitement, confirmée le onzième.

Obs. IX. — *Entéro-mésentérite typhoïde, cas grave; forme muqueuse à laquelle viennent postérieurement se joindre des symptômes d'adynamie; commencement de la dernière période.*

Le nommé B..., garçon de salle, dix-huit ans, entre à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, nº 17, le 4 février 1856. Bonne constitution. Il est alité depuis huit jours, mais indisposé depuis plus longtemps; irrégulièrement mal à la tête, grande faiblesse, quelques selles liquides de temps en temps, perte d'appétit, chaleur et soif très-vives, sommeil agité: voilà les symptômes que le malade dit avoir éprouvés depuis son entrée. Le malade a été apporté sur un brancard. Nous le trouvons à son entrée avec un pouls à 104-108, chaleur à 39 degrés et demi centigr.; langue sèche, non fuligineuse; soif vive, inappétence, ventre très-développé dans la région sous-ombilicale, taches lenticulaires rosées dans la région sus-ombilicale, une selle liquide, gargouillements à flot, râles sibilants et ronflants dans les deux poumons. — Une saignée de 394 grammes.

Le 5 mars, même état. — Gomme, 2 p.; limonade citronée, 2 p.; saignée, 333 grammes; ventouses scarifiées, 349; lavements et cataplasmes émollients; diète.

Après une légère amélioration de courte durée, la maladie reprend sa marche; des symptômes d'adynamie se manifestent. Malgré cela, le malade était relativement dans un état satisfaisant, lorsque, le 29 février, il fut pris d'une pleurésie qui suppura, et le fit succomber le 9 mars.

A l'autopsie, les lésions intestinales étaient toutes cicatrisées; la plèvre droite est remplie, dans un tiers de sa capacité, d'un liquide purulent, ce qui seul peut expliquer la mort du malade.

Obs. X. — *Entéro-mésentérite typhoïde; cas très-grave; forme ataxique, commencement de la deuxième période.*

La nommée F..., domestique, trente ans environ, forte constitution, entre le 12 janvier 1856 à la Charité, salle Sainte-Madeleine, nº 6. La malade ne peut donner aucun renseignement; seulement on sait, par les personnes qui l'ont amenée, qu'il y a huit jours qu'elle est alitée, et qu'elle a été purgée plusieurs fois.

Etat de la malade au moment de son entrée. — Chaleur fébrile très-intense; pouls à 108-112, petit; visage animé, yeux brillants, pupilles dilatées; langue étalée, rouge dans son pourtour; ventre ballonné, gargouillement à flot. On remarque sur l'abdomen une éruption érythémateuse commençant au flanc droit, traversant la région ombilicale, redescendant le long du flanc gauche jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche, pour se reporter un peu en dedans, du côté de la symphyse du pubis; en un mot, cette éruption suit de près la direction du côlon transverse et du côlon descendant; elle a 30 centimètres du flanc droit au flanc gauche, 15 dans le sens du côlon descendant. Cette éruption est rouge, ne disparaît que très-peu à la pression; elle n'est pas d'un rouge uniforme, mais se compose d'une suite de taches roses qui se relient entre elles; leur centre est le plus coloré; au niveau du flanc gauche, elle est d'un rouge presque vineux et ne disparaît pas à la pression. Ces taches ne font pas saillie au-dessus de la peau. — Une saignée, le soir, de 407 grammes.

Le 13, même état; prostration très-grande. — Une application de ventouses scarifiées, 283 grammes.

Elle meurt le 19 mars.

Autopsie. — Lésions intestinales considérables et caractéristiques de l'entéro-mésentérite typhoïde.

Obs. XI. — *Entéro-mésentérite typhoïde, cas moyen; deuxième période confirmée, forme muqueuse.*

La nommée V..., blanchisseuse, chlorotique, dix-huit ans, à Paris depuis deux ans, entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Madeleine, nº 4, le 13 février 1856. Elle est alitée depuis huit jours, mais dix jours auparavant elle était déjà indisposée, elle avait perdu l'appétit et se forçait pour manger; elle n'a pas cessé de prendre quelques aliments, même depuis qu'elle a été obligée de garder le lit, tels que bouillons, café, vin chaud, etc. Trois jours avant son entrée, elle a pris de l'huile de ricin, d'après les conseils de sa mère. Les prodromes chez elle ont été: perte d'appétit, sommeil agité par des rêves, courbature, grande faiblesse, chaleur, soif, mal d'estomac. On l'a apportée à l'hôpital.

A son entrée, nous lui trouvons la face animée, l'ovale inférieur du visage d'une teinte jaune, grand mal de tête; langue très-rouge à la pointe et sur les bords avec tendance à la sécheresse; le ventre est recouvert d'un léger enduit blanchâtre; dents et lèvres sèches, ventre ballonné, gargouillement abondant; pas de diarrhée, elle n'est dépuis les quelques jours qui ont précédé son entrée; peau très-chaude, sèche; pouls à 116-120. Elle se plaint de respirer moins facilement que d'habitude; on trouve quelques râles muqueux dans la poitrine, une respiration faible en raison des mouvements respiratoires. Le moral est très-bon chez cette femme. — Une saignée de 410 grammes.

Le 14, état sensiblement le même. On trouve quelques taches lenticulaires rosées; pas de selles. — Gomme, 3 p.; guim. cap., 1 p.; saignée de 358 grammes, ventouses scar. de 259; lavement émollient, cat.; diète.

Le 15, la malade se trouve mieux; deux selles diarrhéiques abondantes; pouls à 104, chaleur légèrement diminuée; la langue est humide, mais toujours rouge; pas de gargouillement. — Tisane, id.; une saignée de 258 grammes.

Le 16, la malade est très-bien; mais le 17, un redoublement se manifeste; pouls à 116-120; la chaleur n'est cependant pas en rapport avec lui. La langue est moins rouge, mais elle a une tendance à se sécher à son centre; très-léger gargouillement. On lui fait appliquer des ventouses scarifiées, 206 grammes.

Obs. XII. — *Entéro-mésentérite typhoïde, cas très-grave; deuxième période confirmée, forme muqueuse se terminant d'une manière fatale, avec des symptômes d'ataxie.*

Le nommé L..., 30 ans, menuisier, constitution affaiblie, entre à l'hôpital de la Charité, le 24 janvier 1856, salle Saint-Jean-de-Dieu, nº 17. Depuis quatre ans qu'il est à Paris, il a presque toujours eu la diarrhée, mais il est surtout plus malade depuis quelques jours; il est alité depuis dix jours: faiblesse, grand abattement, de la diarrhée, peu de sommeil, bourdonnements d'oreilles, soif, chaleur et inappétence, tels sont les phénomènes qu'il a éprouvés avant son entrée.

Nous le trouvons avec une chaleur à 41 degrés centigrades; le pouls à 120, mou, flasque; sueur; langue sèche à son centre, rouge sur les bords; le ventre est développé dans la région sous-ombilicale, gargouillement; taches lenticulaires rosées; respiration un peu rude. Le malade se plaint d'un violent mal de tête, il est étourdi et a des bourdonnements d'oreilles. — Vent. scar., 343 grammes.

Le 25, même état; le malade est un peu sourd. — Gomme 3 p., 10 gouttes de chlorure de soude; lim. cit., 1 p.; cat., saignée de 333 gr., qu'on doit répéter le soir s'il y a de l'amélioration; elle est répétée le soir de 319 grammes.

Après une amélioration assez sensible, mais de très-courte durée, la maladie reprend sa marche, et le malade meurt le 2 février, avec des soubresauts des tendons, de la carphologie, et un subdélirium tranquille.

Dans un prochain numéro nous publierons les réflexions et les conclusions dont M. Tainturer a fait suivre les observations qui précèdent.

NOTE
SUR L'ACTION CURATIVE ET PROPHYLACTIQUE DU BROME, contre les affections pseudo-membraneuses.

Par M. le docteur Ozanam, ancien bibliothécaire de l'Académie de médecine.

(Communiquée à l'Académie des sciences, séance du 9 mai.)

Lorsque je présentai à l'Académie mon premier mémoire sur le brome, en 1855, j'avais déjà recueilli 14 cas de guérison d'affections pseudo-membraneuses sous l'influence de ce médicament; depuis cette époque j'ai eu occasion de traiter 17 malades; sur ce nombre, 15 ont guéri, un a résisté pour céder ensuite à une autre médication, un dernier a succombé à un érysipèle survenu comme complication.

D'autre part, cette méthode, suivie par plusieurs médecins étrangers, a donné des résultats satisfaisants. Il importe donc de régulariser une médication aussi efficace, de la faire bien connaître et de la rendre accessible à tout le monde; c'est dans ce but que je présente à l'Académie ce second mémoire, qui contiendra des détails précis :

1° *Sur le mode d'emploi du brome.*

2° *Sur sa vertu non-seulement curative, mais prophylactique.*

A. *Mode d'emploi du brome.* — L'énergie de ce corps, sa volatilité, sa facile décomposition, en font une substance difficile à employer. J'ai dû chercher d'abord quels étaient les excipients qui pouvaient dissoudre le brome sans en altérer la composition.

L'alcool, l'éther, le chloroforme, ordinairement employés, sont loin de remplir ce but; ils se combinent, il est vrai, sans peine avec le métalloïde, mais le décomposent en même temps en un produit complexe formé de *bromoforme d'éther*, *bromhydrique*, *d'acide bromhydrique* et de *brome;* or il n'est pas plus indifférent de se servir d'acide bromhydrique, à la place de brome, que d'employer l'acide sulfhydrique à la place de soufre, ou l'acide chlorhydrique au lieu de chlore. L'alcool doit donc être rejeté comme excipient.

L'eau distillée, au contraire, dissout le brome sans le décomposer, sans l'oxyder, du moins à l'abri de la lumière; mais dans quelle proportion se fait cette solution?

Nos meilleurs traités de chimie ne donnent aucun détail à ce sujet, et se contentent de noter le brome comme peu soluble dans l'eau.

Un seul auteur anglais, M. Glover, fixe le chiffre de 1/41,23 pour 100 d'eau, à la température de 60° Fahrenheit. De nombreuses expériences m'ont conduit à établir que le degré de solubilité variait beaucoup suivant les deux circonstances suivantes:

1° *L'agitation ou succussion.*

2° *La température.*

Quand la température est froide et qu'on verse l'eau doucement sans agitation violente, le brome se dissout en très-petite proportion, 1/12000ᵉ environ.

Mais quand la température est chaude et que l'on agite fortement et longtemps le brome avec l'eau du flacon, la solution s'opère dans des proportions infiniment plus fortes; je l'ai trouvé de 1,50 à la temperature de 15° centigrades.

En face d'une variabilité aussi grande et d'un médicament aussi énergique, il importait de prendre une base uniforme, de poser une règle pharmaceutique; j'ai adopté la formule de l'eau bromée au 1000ᵉ comme facilement tolérable pour l'estomac, en même temps que suffisamment active. Ce sont, du reste, les proportions adoptées en pharmacie pour l'arsenic dans la liqueur titrée de Pearson. Je prépare donc l'eau bromée en versant avec une pipette 10 centigrammes ou 2 gouttes de brome pur dans 100 grammes d'eau distillée, et agitant jusqu'à solution complète. On obtient alors un liquide d'une belle couleur ambrée, parfaitement transparent, et d'une odeur caractéristique.

Conservée à l'ombre et dans un flacon bien bouché à l'émeri, cette eau garde longtemps sa couleur ambrée, et son inaltérabilité surtout si le flacon est plein.

Mais si la préparation doit être conservée longtemps ou transportée, il vaut mieux ajouter au brome une quantité égale de bromure de potassium, qui le rend beaucoup plus stable et l'empêche de s'acidifier.

On emploie alors la formule suivante :

Eau distillée.	100 grammes.
Bromure de potassium. . . .	0,10 centigr.
Brome pur.	0,10 —

Mêlez pour solution.

L'eau bromée, surtout quand elle n'est pas additionnée de bromure de potassium, s'évente facilement à l'air libre. Le brome, en effet, par sa volatilité, tend constamment à s'échapper sous forme d'une faible vapeur, le liquide se décolore peu à peu, en commençant par les couches supérieures, et si le flacon reste débouché, le brome disparaît complétement au bout de quelques jours.

L'eau bromée doit être administrée avec précaution dans les cas de croup et d'angine couenneuse. On commence toujours par de très-faibles doses, 1 à 5 gouttes par jour dans un verre d'eau ou un julep gommeux, à boire par cuillerées.

Si l'estomac tolère le médicament sans peine, on peut ensuite en graduer la dose suivant l'âge du malade et la violence du mal. J'ai pu, dans certains cas, la porter jusqu'à 25 et même 30 gouttes par jour. On ne peut guère dépasser cette dose sans provoquer des douleurs d'estomac et des vomissements.

Il est une autre substance qui dissout bien le brome, c'est la *glycérine*. J'ai répété à ce sujet les expériences du docteur Davasse, et j'ai vu que la glycérine dissout le métalloïde en quantité considérable sans le décomposer, le conserve à l'air libre beaucoup plus longtemps que l'eau. Mais au contact de la lumière le brome prend immédiatement des caractères d'acidité, comme cela arrive pour la dissolution aqueuse.

B. *Vertu préservatrice du brome.* — Si le brome agit comme remède curatif, il possède également une vertu prophylactique.

J'ai pu préserver des familles entières d'une contagion imminente en faisant prendre à chacune des personnes qui approchaient le malade l'eau bromée comme préservatif; j'en donnais 3 à 6 gouttes par jour dans de l'eau sucrée. Soit qu'il n'y eût encore qu'influence morbide avec malaise et mal de gorge, soit qu'il y eût imminence morbide avec rougeur de la gorge et plaques blanchâtres déjà apparentes, toujours le danger a été éloigné.

Un cas plus difficile et plus grave est venu me révéler la vertu antimiasmatique des vapeurs bromées.

Je fus appelé au mois de mai 1858 dans un pensionnat, pour une jeune fille atteinte de croup confirmé; elle fut traitée par l'eau bromée, et guérit après avoir rendu à plusieurs reprises des tubes pseudo-membraneux de 10 à 12 centimètres de longueur. Les infirmières qui la soignaient jour et nuit prirent également le brome et furent préservées. Mais quelques jours après, trois autres enfants de la même pension furent atteintes d'angine couenneuses : elles furent isolées et mises en traitement. Cinq jours plus tard, trois nouveaux cas se déclarèrent dans une classe voisine, qui n'avait avec la chambre des premières malades aucune communication. Je ne pouvais concevoir la cause de cette épidémie naissante, lorsque j'appris que de nombreux cas semblables étaient alors traités à l'Hôpital des enfants, et que dans cet hôpital, très-rapproché du pensionnat que je soignais, les salles réservées à ce genre de maladies étaient les plus voisines de nos propres malades. C'étaient donc l'air et le souffle du vent qui nous apportaient ces miasmes; c'était une maison entière qu'il fallait préserver et purifier.

Je fis mettre, en conséquence, dans chaque dortoir et dans l'infirmerie, des assiettes remplies d'eau, où l'on versa 3 ou 4 gouttes de brome pur; ce corps est tellement diffusible que l'atmosphère en fut bientôt imprégnée. Les vapeurs qui s'en exhalaient lentement dans toute la salle purifièrent l'air pendant le jour, et l'on retirait les vases le soir, pour éviter une action trop forte sur l'atmosphère confinée d'un dortoir fermé pendant la nuit.

Cette précaution eut un plein succès; toutes les malades guérirent; aucun cas nouveau ne se déclara, et j'eus le bonheur de voir s'arrêter le germe d'un contage qui aurait pu devenir funeste dans une maison contenant près de cent personnes.

Les fumigations de vapeurs de brome furent continuées pendant plus de vingt-cinq jours, pour prévenir toute chance de retour.

Cette précieuse propriété du brome pourrait être souvent utilisée dans les hôpitaux. Ce médicament est si peu coûteux, il s'emploie à si faible dose, à cause de son énergie et de sa diffusibilité, qu'un flacon de peu de valeur pourrait suffire pour assainir de vastes salles pendant des semaines entières et préserver d'une grave épidémie.

Je termine en faisant remarquer que mon seul mérite, dans ces deux mémoires, a été de démontrer le premier, et de prouver par des faits les vertus du brome contre les affections couenneuses. D'autres, avant moi, avaient déjà étudié ce corps, et plusieurs, notamment Héring et Frank, avaient théoriquement indiqué mais non démontré ses vertus.

L'épreuve clinique m'a prouvé la supériorité de ce remède et sa vertu désagrégeante. Je livre avec confiance mon travail à l'approbation de la science, heureux s'il peut faire un peu de bien, à une époque où les affections pseudo-membraneuses sont devenues aussi fréquentes que graves.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 mai 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

M. J. T. SILBERMANN lit une nouvelle note sur l'origine des mesures de longueur et leur rapport à la stature moyenne de l'homme.

Cette note est renvoyée à l'examen de la commission précédemment nommée pour d'autres communications du même auteur sur les mesures naturelles du corps humain, commission qui se compose de MM. Serres, Despretz, de Quatrefages.

— M. GRIMAUD (d'Angers), qui avait précédemment adressé un paquet cacheté concernant sa méthode de traitement du cancer, paquet ouvert sur sa demande dans la présente séance, lit un mémoire sur cette méthode et sur les résultats qu'il en obtient.

— M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE transmet un mémoire de M. Harembert (de Verneuil) sur la phrénologie.

Ce mémoire, qui est accompagné d'un atlas, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres et Geoffroy Saint-Hilaire.

— M. JOMARD transmet une note de M. Peney, médecin en chef des armées du Soudan égyptien, sur l'ethnographie, l'anatomie, la physiologie et la pathologie des races qui habitent cette partie de l'Afrique.

Cette note, qui est destinée à répondre à quelques-unes des questions posées par l'Académie des sciences à l'occasion d'une expédition projetée vers les sources du Nil, est, comme celle que l'auteur avait précédemment adressée, renvoyée à la commission qui avait rédigé les instructions pour le voyage de M. d'Escayrac de Lauture.

Sur la suspension de la respiration considérée comme cause des accidents observés pendant l'anesthésie chloroformique. — M. C. DESPRÉS présente un mémoire intitulé *Sur la suspension de la respiration considérée comme cause des accidents funestes qui ont été observés pendant l'anesthésie chloroformique, causes qui la produisent et moyen d'y remédier.*

Le titre de cette note en indiquant suffisamment l'objet, il serait superflu d'en donner ici une courte analyse; mais nous reproduirons dans les termes de l'auteur la partie qui a rapport au moyen qu'il a mis en pratique pour remédier à la suspension de la respiration.

« L'action du chloroforme peut, dit M. Després, se diviser en périodes :

» 1° De répulsion;

» 2° D'excitation ou convulsion;

» 3° De résolution.

» La suspension de la respiration est un phénomène qui peut se manifester dans chacune de ses périodes. Quand elle se manifeste, elle reconnaît pour causes : dans la première, l'occlusion volontaire de la glotte, que le malade ferme instinctivement pour échapper à la sensation désagréable que font éprouver les vapeurs chloroformiques dès les premières inhalations; dans la seconde, l'occlusion convulsive et involontaire de la glotte, déterminée par la contraction musculaire qui caractérise cette période, contraction qui s'étend du système musculaire général aux muscles de la glotte; dans la troisième enfin, l'occlusion mécanique et involontaire de l'ouverture supérieure du larynx, qui est fermée par le refoulement en haut et en arrière de la langue quand on administre le chloroforme le malade étant assis, ou par le prolapsus de la base de la langue sur cette ouverture quand on l'administre le malade étant couché sur le dos.

» Je remédie à la suspension de la respiration au moyen d'un procédé qui consiste à introduire le doigt indicateur dans l'arrière-gorge jusqu'à la base de l'épiglotte, à le recourber en forme de crochet pour soulever la base de la langue, et l'attirer en haut et en avant dans la direction d'une ligne qui partirait de la base de l'épiglotte pour aboutir à la partie supérieure de la symphyse du menton. » (Commissaires : MM. Andral, Velpeau, J. Cloquet.)

— M. SAPPEY adresse un *Mémoire sur les anastomoses qui font communiquer le système veineux abdominal avec le système veineux général.* (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. TIGRI, qui avait précédemment adressé au concours pour le prix de physiologie expérimentale un travail sur la digestion gastro-intestinale chez le fœtus et sur le liquide du thymus, envoie, comme faisant suite à cette seconde partie de son travail, des *Recherches sur la constitution du mucus.* (Commission du prix de physiologie expérimentale.)

— M. MALLEZ soumet au jugement de l'Académie un instrument de son invention pour la guérison des rétrécissements de l'urèthre. (Commissaires : MM. Velpeau, J. Cloquet, Civiale.)

— M. ROBIN (Édouard) adresse, à l'occasion d'un mémoire présenté par M. Bouchut en novembre 1858, une réclamation de priorité pour une idée développée dans ce mémoire.

« Bien longtemps avant l'époque de cette communication, dit M. Robin, j'avais signalé l'albuminurie et l'insensibilité comme symptômes d'un état asphyxique. Les dates que je rappelle dans la présente note suffiront, je pense, pour établir mes droits de priorité non-seulement à l'égard de M. Bouchut, mais encore relativement à d'autres médecins qui partagent cette manière de voir. » (Renvoi à l'examen de MM. Andral et Rayer déjà saisis de la communication de M. Bouchut.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 avril 1859. — Présidence de M. DUHAMEL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le docteur BOURGOGNE père, de Condé (Nord), fait hommage à la Société d'un livre intitulé *Traité de la médication complète du choléra asiatique.* (M. Terrier.)

Réduction d'une hernie étranglée par l'administration de l'infusion de café. — M. le docteur CHALUT communique l'observation suivante : (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 17 mai.)

M. ELLEAUME. L'action du café ne me paraît nullement démontrée dans le cas cité par M. Chalut. Il y a eu des vomissements fréquents, et tout le monde sait qu'il y a des faits assez nombreux dans lesquels la réduction s'est opérée sous l'influence des efforts de vomissement. Je crois donc qu'il est plus naturel de donner cette interprétation à l'observation précédente.

M. DUHAMEL. Les vomissements sont très-fréquents dans la hernie étranglée, et les réductions spontanées sont très-rares. Je suis disposé à admettre une action spéciale du café.

M. BOYER. Ce fait me paraît se ranger dans les cas inexplicables, sans que l'action du café soit bien prouvée; cependant je serais assez tenté de croire qu'il y avait là plutôt un simple engouement qu'un véritable étranglement; or l'engouement se dissipe souvent de lui-même.

M. CHALUT. J'ai employé l'infusion chaude de café quatre autres fois. Chez un seul de ces malades, la réduction s'est faite à la sixième tasse; chez les autres, je n'obtins rien.

M. DUPERTUIS. J'ai été appelé, il y a quinze jours, pour voir un homme de soixante ans environ, atteint d'une hernie étranglée. Il vomissait depuis douze heures; je pratiquai le taxis pendant une heure. J'allais abandonner le malade pour le faire opérer, lorsqu'en le faisant changer de place dans son lit je fus assez heureux pour réduire la hernie.

M. RAMON. J'ai vu, il y a quelque temps, une hernie étranglée réduite évidemment sous l'influence des efforts de vomissement. J'avais employé sans succès le taxis prolongé, les bains, les lavements purgatifs.

M. MATTEI. L'action du café dans la réduction des hernies est difficile à expliquer, mais on pourrait peut-être considérer cette infusion comme un laxatif. Je connais pour mon compte des personnes qui ne peuvent pas prendre dans une même journée trois ou quatre tasses de café noir sans avoir de la diarrhée. Si cette action laxative existe, on pourrait expliquer la réduction des hernies étranglées par l'emploi du café noir. Par ce moyen on réveillerait les mouvements péristaltiques de l'intestin, comme on le fait quelquefois avec un purgatif. Mais il faut convenir que les cas où de semblables moyens réussissent sont légers ou sont même de simples engouements.

Il faut se rappeler d'ailleurs que l'étranglement de l'épiploon lui-même peut offrir exactement les symptômes de l'incarcération intestinale. Ainsi il est arrivé à des chirurgiens, très-distingués du reste, de faire la herniotomie, et de ne trouver qu'un sac herniaire enflammé ou l'étranglement d'une masse épiploïque, l'intestin restant libre.

A propos de la question qui s'agite devant la Société, je lui demanderai la permission de lui soumettre un fait très-intéressant qui s'est passé dans ma pratique le mois dernier.

Symptômes d'étranglement interne vaincus par les antiphlogistiques et l'huile de ricin. Réveil des symptômes avec les apparences de péritonite grave par 30 grammes de sulfate de soude, pris imprudemment par la bouche. Mort. — Le 13 mars, je fus appelé auprès d'un jeune artiste, qui depuis deux jours avait des coliques de plus en plus vives et des vomissements incoercibles. Ce jeune homme, assez bien portant du reste avant cette maladie, avait fait la veille de son mal un excès de table. Le lendemain il fut pris de coliques sans diarrhée ni vomissement. Il prit de la tisane et se mit à la diète. Le lendemain, il est pris de vomissements avec aggravation des douleurs de ventre; c'est alors qu'il me fait appeler.

J'examine le ventre, que je trouve rénitent, douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite. La fièvre est légère, pas de garde-robe depuis deux jours. J'ordonne des lavements, des cataplasmes, un grand bain. Cette médication n'ayant amené aucune diminution dans les symptômes généraux et locaux, je fais appliquer, le lendemain 14, douze sangsues sur le point douloureux, et le soir j'ordonne une potion gommeuse avec 35 grammes d'huile de ricin. Pour qu'elle ne soit pas vomie, je la fais suivre d'une potion opiacée, que le malade prendra s'il y a nécessité.

Après la potion purgative, les douleurs abdominales se sont un peu calmées, et dans la journée du 15, le malade a quelques selles spontanées, dans lesquelles je vois surnager quelques gouttes de l'huile ingérée. Après cette évacuation, les vomissements se sont arrêtés. Le 16 et le 17, le malade va de mieux en mieux; comme les garde-robes ne paraissent pas en rapport avec les aliments ingérés, j'ordonne, le 18, 60 grammes de sulfate de soude, que le malade prendra en deux lavements, un le matin et un le soir.

Le malade prend le lavement du matin, mais voyant qu'il n'a pas obtenu de matières fécales, il prend la seconde dose de sulfate de soude par la bouche. C'est à cinq heures du soir que cela avait lieu, et jusque-là il avait été bien; je l'avais laissé sans colique, sans vomissement, et presque sans mouvement fébrile.

Quelques instants après l'ingestion du sulfate de soude surviennent des coliques très-violentes, au point que le malade se roule dans son lit. Bientôt surviennent des nausées. Je le vois à six heures, et je remarque cette altération du visage qui dénote une affection grave des organes abdominaux. Pour calmer le malade, j'ordonnai un grand bain, des frictions sur les membres, des onctions mercurielles sur le ventre et une potion opiacée.

La nuit les vomissements reparaissent, et cette fois il vomit des aliments, chose qui n'avait pas eu lieu les jours précédents. Ces aliments sont les mêmes que ceux qu'il a pris dans le repas copieux qui a été la cause de sa maladie.

Le 19, voyant l'état du malade s'aggraver, je préviens la famille, et M. Vigla est appelé en consultation. Il est frappé, comme moi, de l'altération du visage et du peu de chaleur à la peau; le pouls est presque filiforme.

Les symptômes d'étranglement prédominant, potion belladoné (0,10 centigr.); lavements purgatifs, bains et boissons glacées. La potion paraît tout d'abord produire quelque bien; les lavements ont fait rendre quelques matières fécales, mais bientôt surviennent de l'agitation et du délire.

Nous avons les inconvénients de la belladone sans dilatation des pupilles et sans la sueur qui suit le plus souvent son administration. Le ventre avec cela n'est guère plus tendu que la veille.

Le 20, nous insistons sur les mêmes moyens en diminuant la dose de la belladone; mais pendant qu'un certain calme arrive et que la circulation paraît reprendre son cours, le ventre devient plus sensible

et plus ballonné. Evidemment une large péritonite est en chemin, et peut-être est-elle le résultat d'une petite perforation intestinale. Les forces du malade ne permettaient pas de lui tirer du sang, et, malgré la dérivation la plus puissante, des sinapismes aux membres, les frictions mercurielles et les vésicants, le malade est mort le 21.

On n'a pas voulu permettre l'autopsie, mais tout m'a paru démontrer l'existence d'un obstacle vers la région iléo-cœcale, obstacle qui n'existait pas avant la maladie, d'après les renseignements du malade, mais qui, tout en ayant laissé passer de l'huile de ricin, n'avait cependant pas entièrement disparu. C'est cet obstacle, ou peut-être une petite perforation intestinale, qui a déterminé les accidents consécutifs à l'ingestion du sel et la péritonite mortelle.

M. BOYER. Je crois que très-souvent le taxis bien fait suffit pour réduire; ainsi, il m'est arrivé de réussir dans des cas où d'autres avaient renoncé. On doit se demander à quel moment l'on doit se décider à opérer. Si l'on a affaire à une hernie récente, instantanée, dans ce cas on a une hernie étranglée véritable; le taxis peut être prolongé, et c'est après de nombreuses tentatives qu'il faut recourir à l'opération. Si, au contraire, la hernie est ancienne, il y a souvent, au lieu d'un étranglement de l'intestin, un épaississement du sac ou un étranglement de l'épiploon. Dans ces cas, il est souvent très-difficile de savoir si l'intestin est compris dans la tumeur, et l'on peut ainsi s'escrimer inutilement. D'un autre côté, le taxis trop prolongé a l'inconvénient d'augmenter l'inflammation, d'amener des gangrènes et des ruptures.

M. DUHAMEL. Je crois que l'on n'insiste pas assez sur la position à donner au malade au moment du taxis. J'ai vu un cas dans lequel le malade a été placé la tête presque en bas, et la réduction s'est faite très-facilement.

M. TERRIER recommande comme un moyen d'une grande valeur, et qu'on ne devrait jamais négliger, les applications d'eau froide sur le ventre.

M. FABRE rappelle que Baudens employait surtout un mélange réfrigérant.

M. BOYER. Il ne faut pas oublier également des applications de sangsues à la base de la tumeur, et l'emploi du chloroforme.

Le secrétaire adjoint, Dr ELLEAUME.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 11 mai 1859. — Présidence de M. DEGUISE fils.

Reprise de la discussion sur l'allongement des os après les amputations.

M. MARJOLIN. Dans l'avant-dernière séance, j'ai cru devoir attirer l'attention de la Société sur un fait qui, bien que déjà observé, n'a peut-être pas été suffisamment étudié : il s'agit de l'allongement des os après quelques amputations pratiquées chez de très-jeunes sujets.

Cet allongement est de deux sortes : tantôt il n'est qu'apparent, et d'autres fois il est réel. Dans le premier cas, qui est le plus fréquent, la déformation du moignon se montre très-peu de temps après l'opération, et reconnaît pour cause non pas le procédé opératoire exécuté suivant les règles indiquées, mais bien l'état pathologique des parties molles. Le retrait qui s'opère alors est tel que dans un temps très-court, la plaie étant entièrement cicatrisée, l'os peut perforer un lambeau assez épais : tel a été le cas qui vous a été communiqué par M. Verneuil. D'autres fois, on n'observe pas de semblables désordres; mais le moignon devient de plus en plus conique et finit par ressembler exactement à un fuseau : on dirait que l'os a été en quelque sorte étiré comme du verre à lampe.

Voici pour ce qui est de l'allongement apparent. Quant à ce qui est de l'allongement réel, il se fait plus lentement; il faut des mois, des années. Comme exemple, je mets sous vos yeux le moule de la jambe d'une jeune fille amputée l'an passé. Chose singulière! ici c'est le péroné seul qui s'est accru de près de trois centimètres. Je ne nie pas que l'appareil prothétique n'ait pu favoriser la conicité du moignon; mais ce qui est certain, c'est qu'il y a eu là un phénomène très-important à constater, la croissance inégale des deux os. Ce fait a paru tellement inexplicable à M. Richet, qu'il a cru pouvoir en trouver la cause dans la section souvent inégale des deux os de la jambe. Pour un instant, j'accorde que je n'aie pu éviter cet écueil; mais aurais-je eu une aussi grande différence entre le trait de scie portant sur le péroné et le tibia? Ce n'est pas probable. Faut-il admettre une modification dans l'articulation du péroné? M. Richet a cité des faits à l'appui de cette idée; aussi faut-il en tenir également compte. Mais malgré ces objections, je persiste à croire que cet allongement anormal est la conséquence et de l'accroissement physiologique et d'un état pathologique de l'os. Ainsi, en examinant avec soin le moignon de l'enfant, on voit que le péroné est presque aussi volumineux que le tibia; c'est donc un état anormal.

Maintenant, comme, malgré ce fait, on pourrait encore nier l'accroissement inégal des deux os d'un même membre lorsque l'un d'eux est malade, j'ai cru devoir vous présenter un jeune garçon ayant eu une ostéite du tibia suivie de nécrose; or voici ce qu'on observe sur ce jeune sujet : le tibia malade porte 0,31 de longueur, et celui du côté sain 0,26 1/2; les deux péronés donnent 0,26.

M. MOREL-LAVALLÉE. L'allongement signalé par M. Marjolin me paraît pouvoir s'expliquer de la manière suivante : le tibia a pu, d'une part, perdre par nécrose une partie de son extrémité; d'autre part, l'extrémité du péroné a pu, à la suite de l'inflammation, s'accroître par une véritable végétation osseuse, comme cela a été vu bien souvent. J'en ai montré un exemple à la Société, et M. Houel pourra dire qu'il s'en rencontre plusieurs faits dans le musée Dupuytren. Il ne s'agit donc pas, à proprement parler, d'un allongement réel.

M. RICHET. Des deux malades de M. Marjolin, un seul est vraiment intéressant. Ainsi, le cas d'allongement de la totalité de l'os par ostéite rentre dans la catégorie des faits parfaitement connus. Quant à l'autre, il mérite sans doute d'être examiné; mais nous commencerons par rectifier les mesures indiquées par M. Marjolin. Il s'agissait primitivement de 4 centimètres; aujourd'hui notre confrère borne cet allongement à 3 centimètres, et en réalité nous ne trouvons qu'un centimètre et demi. Mais nous ferons remarquer que l'extrémité ainsi saillante est en même temps accrue en volume. Il me paraît s'être développé une espèce d'ostéophyte, et, de plus, l'extrême mobilité de l'os semble indiquer que la jonction péronéo-tibiale est altérée; il y a diastasis très-marqué. On peut encore admettre un autre élément pour expliquer ce débordement du péroné, c'est que la section des os aurait pu être faite d'une façon inégale.

M. MARJOLIN. Je commencerai par certifier qu'il n'y a pas eu de nécrose du tibia; cet accident est, du reste, très-rare chez les enfants. Quant à l'inégalité de la section, elle n'est pas admissible à ce degré.

M. MOREL-LAVALLÉE pense que la nécrose a pu échapper à l'observation de M. Marjolin, si elle s'est produite insensiblement. Il ajoute qu'il ne partage pas l'opinion de M. Richet sur la maladie de l'articulation péronéo-tibiale, aucun symptôme n'en ayant indiqué la présence.

Quant à l'allongement par ostéophyte, c'est loin d'être un fait nouveau; Louis en a parlé.

M. CHASSAIGNAC. L'allongement des os après l'amputation doit être pris en grande considération, si réellement il existe. Aussi devions-nous attendre, pour appuyer cette observation, des faits assez nombreux pour nous permettre de l'admettre; mais, il faut le dire, nous les attendons encore. Les causes d'allongement signalées paraissent suffisantes pour expliquer l'exemple donné. Et quant à présent, nous ne voyons aucun motif de considérer comme un fait démontré cet accroissement de l'os, qui, s'il était exact, devrait modifier d'une manière bien marquée les préceptes suivis dans les amputations.

M. BROCA. Je ne m'explique pas la répugnance que paraissent éprouver nos collègues pour admettre l'accroissement de l'os. Je dois avouer que je n'ai encore vu aucun fait bien significatif dans ma propre pratique. Mais M. Guersant, qui a fait de nombreuses amputations chez les enfants, admet cet allongement; et en partageant son opinion, je ne vois pas que les idées physiologiques en puissent être renversées.

Dans l'enfance, les choses se passent autrement que chez l'adulte, et, contrairement à l'opinion de M. Richet, qui s'appuie sur cette idée, que les os ne croissent qu'entre la diaphyse et l'épiphyse, je pense, avec Duhamel, que l'os croît également par son corps, et rien n'empêche d'admettre que cet accroissement peut se faire après l'amputation. Je dirai plus; en m'en tenant à l'opinion de M. Richet sur le mode d'accroissement de l'os, l'allongement s'explique encore mieux. Si, en effet, l'allongement de l'os se fait par les deux extrémités d'une façon égale, n'est-il pas admissible que dès qu'une des sources de cet allongement reste, et que la portion d'os laissée au malade ne représente plus que la moitié de cet os, ce fragment peut cependant croître d'une façon d'autant plus apparente qu'il est plus court, puisqu'il a conservé pour lui seul la source qui devait suffire à l'accroissement de la moitié de l'os.

M. CHASSAIGNAC trouve bien légitime la répugnance que l'on montre à admettre cet allongement, qui ne lui semble pas démontré, parce qu'avec l'admission de ce fait on est forcé de modifier les lois des amputations.

M. MOREL-LAVALLÉE. Ce qui doit faire considérer l'allongement signalé comme un fait purement pathologique, c'est que dans les exemples cités on a vu l'accroissement ne s'effectuer que sur un des os. A quoi pourrait-on attribuer cette différence, si vraiment il s'agissait d'un accroissement physiologique?

M. VERNEUIL, tout en reconnaissant que la démonstration du fait signalé est encore à faire, n'éprouve pas plus de répugnance que M. Broca à en admettre la possibilité.

M. MARJOLIN est heureux d'avoir soulevé cette question; elle mérite de fixer l'attention de la Société. Les faits ne sont pas encore nombreux; mais sans doute, si M. Guersant avait assisté à la séance, il aurait pu en augmenter le nombre.

Répondant à M. Morel-Lavallée, il persiste à dire qu'il n'y a pas eu de nécrose; et sur un nombre considérable d'amputations chez les enfants, il n'en a rencontré que très-rarement.

Le secrétaire, E. LABORIE.

PROGRAMME D'UN CONCOURS

pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.

Un décret impérial, en date du 12 juin 1856, détermine que le recrutement du corps de santé de l'armée de terre aura lieu par des élèves qui, après une durée fixe de séjour à l'École instituée près la Faculté de Strasbourg et leur réception au doctorat, sont appelés à devenir médecins aides-majors de 2e classe, en passant un an à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

En conséquence, un concours pour un nombre indéterminé d'emplois d'élève du service de santé militaire à l'École de Strasbourg, s'ouvrira :

A Strasbourg, le 10 septembre 1859;
A Lyon, le 17 du même mois;
A Montpellier, le 21 du même mois;
A Toulouse, le 25 du même mois;
A Bordeaux, le 29 du même mois;
Et à Paris, le 5 octobre suivant.

Sont admis à ce concours les élèves ayant 4, 8 et 12 inscriptions pour le doctorat dans l'une des trois Facultés de médecine ou dans une École préparatoire de médecine, et qui ont subi, avec la note *satisfait*, le premier, les deux premiers, ou les trois premiers examens de fin d'année, suivant les trois catégories ci-dessus désignées.

Pour les élèves des deuxième et troisième catégories, seront admises les notes obtenues aux examens de fin d'année qui présenteront la moyenne *satisfait*.

Les autres conditions d'admission sont les suivantes :

1° Être né ou naturalisé Français;

2° Avoir, au 1er janvier 1860, moins de 22 ans révolus avec 4 inscriptions; moins de 23 ans avec 8 inscriptions; moins de 24 ans avec 12 inscriptions (*ces limites d'âge sont absolues, et nul ne pourra être admis à les dépasser que dans les proportions de services civils ou militaires antérieurs, et pouvant être compris dans la liquidation d'une pension de retraite*);

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins; elle pourra être vérifiée au besoin par l'inspecteur du service de santé, qui présidera le concours d'admission;

4° Être pourvu du diplôme de bachelier ès sciences;

5° Souscrire un engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans, à compter de l'achèvement des études préparatoires et complémentaires.

Les élèves des trois catégories à 4, 8 et 12 inscriptions, une fois admis à l'École de Strasbourg, y resteront trois années, deux années, et seulement une année pour arriver avec le grade de docteur à l'École du Val-de-Grâce.

Les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste ouverte à cet effet dans les bureaux de MM. les intendants militaires des 1re, 6e, 8e, 10e, 12e et 14e divisions. La clôture de cette liste aura lieu dans chaque localité, la veille de l'ouverture des concours.

Les candidats des concours de Lyon, Montpellier, Toulouse, Bordeaux et Paris, reconnus admissibles, recevront, pour se rendre à Strasbourg, une feuille de route portant allocation de l'indemnité attribuée au grade de médecin sous-aide.

Formalités préliminaires. — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire du lieu où il désire concourir :

1° Son acte de naissance dûment légalisé;

2° Un certificat d'aptitude au service de santé militaire;

3° Le diplôme de bachelier ès sciences et les certificats d'examen de fin d'année. (*Ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves.*)

4° L'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours;

5° Pour les candidats comptant des services civils ou militaires, les pièces constatant ces services.

L'entrée des candidats à l'École de Strasbourg aura lieu du 10 au 15 novembre prochain.

Le concours a pour objet les matières qui sont enseignées pendant la première, les deux ou trois premières années de la scolarité médicale (selon la position des candidats).

Nature des épreuves. — I. Concours pour les élèves en médecine ayant 4 inscriptions :

1° Composition écrite sur un sujet de physiologie élémentaire;

2° Interrogations sur l'histoire naturelle, la physique et la chimie médicale;

3° Interrogations sur l'ostéologie, les articulations et la myologie.

Il sera accordé trois heures pour la composition; chaque épreuve d'interrogations pourra durer de quinze à vingt minutes.

II. Concours pour les élèves ayant 8 inscriptions :

1° Composition écrite sur un sujet de physiologie;

2° Interrogations sur l'anatomie descriptive;

3° Interrogations sur les éléments de pathologie interne et externe.

Mêmes conditions de temps.

III. Concours pour les élèves ayant 12 inscriptions :

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie interne;

Le jury pourra interroger le candidat sur d'autres questions de pathologie interne;

2° Interrogations sur l'anatomie et la physiologie;

3° Interrogations sur la pathologie externe, sur les règles générales des opérations et les principales méthodes, ou sur les principaux procédés qui s'y rattachent.

Ces épreuves auront lieu devant un jury composé d'un inspecteur du service de santé militaire, qui le présidera, et de deux officiers de santé militaires désignés par le ministre.

Après la dernière épreuve, le jury procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement général de tous les candidats a lieu à Paris.

Ce classement général sera établi d'après les chiffres d'appréciation obtenus par les candidats; en cas d'égalité de deux de ces candidats, il est fait une nouvelle lecture de leurs compositions en séance du jury, qui prononce sur le rang définitif de chacun d'eux.

L'administration de la guerre se réserve de caserner les élèves à l'hôpital militaire de Strasbourg, si elle le juge nécessaire.

Les élèves du service de santé de l'armée de terre sont soumis aux règles de la discipline militaire. Ils portent l'uniforme attribué par l'ordonnance du 12 août 1836 aux élèves de l'ancien hôpital militaire de perfectionnement.

Il leur est accordé dans ce but une indemnité de première mise fixée à 250 francs, et payable à Strasbourg après la signature de l'engagement dont il est question ci-dessus.

Une subvention mensuelle de 50 francs pourra être allouée à un certain nombre d'élèves, aux mêmes conditions que pour les autres Écoles militaires.

Les frais d'inscription, de conférences, d'exercices pratiques, d'examens, de certificats d'aptitude et de diplôme, réglés conformément au tarif déterminé par le décret du 22 août 1854, sont payés par le ministre de la guerre à la caisse de l'enseignement supérieur.

Les candidats qui, en attendant le concours, auraient pris à leurs frais, et selon la catégorie à laquelle ils appartiennent, leur 5e, 9e ou 13e inscription, seront indemnisés du montant de cette inscription par l'administration de la guerre.

Paris, le 10 mai 1859.

Le maréchal de France, ministre secrétaire d'État de la guerre,
RANDON.

On nous assure que l'administration de l'Assistance publique a décidé, contrairement à ce qui se fait pour les médecins des hôpitaux de Paris, lesquels sont mis à la retraite à 65 ans, que les médecins des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière seront désormais maintenus dans leurs fonctions jusqu'à l'âge de 70 ans.

— M. le docteur Blaud (de Beaucaire), correspondant de l'Académie, vient de mourir dans cette ville.

Le Scord.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 62. — JEUDI 26 MAI 1859. (32e ANNÉE.) N° 62. — JEUDI 26 MAI 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 MAI 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Si toutes les séances de l'Académie ressemblaient à celle-ci, les limites ordinaires de nos comptes rendus n'y suffiraient pas, et nos premiers-Paris prendraient des proportions démesurées. Qu'on en juge plutôt. Une communication de M. Marc d'Espine sur l'épidémie de variole qui règne depuis plus d'un an dans le canton de Genève, avec des considérations intéressantes sur l'influence de la vaccine et des revaccinations sur la marche de la variole; un rapport de M. Gibert sur la contagion des accidents secondaires de la syphilis; deux rapports de M. Danyau sur deux mémoires relatifs à l'action du seigle ergoté dans la pratique des accouchements; un rapport de M. Ch. Robin sur la lecture que M. Sappey a faite récemment à l'Académie sur un point d'anatomie pathologique qui se rattache à l'histoire de la cirrhose; enfin, une communication de M. Debout sur un nouveau cas d'anévrysme, guéri par l'injection d'une solution étendue de perchlorure de fer ; — sans parler de quelques pièces de la correspondance qui ont aussi leur part d'intérêt, comme, par exemple, la lettre de M. le docteur E. Fournier, sur un nouveau moyen de traitement des rétrécissements du canal de l'urèthre : tel est en effet le contingent de cette séance, qui eût suffi à en alimenter plusieurs, et qui, pour notre part, nous met dans l'impossibilité de remplir aujourd'hui complètement notre double devoir d'analyste et de critique.

Nous avons dû, malgré leur intérêt, abréger plusieurs de ces communications et en ajourner d'autres ; mais il en est une que nous ne pouvions ni abréger ni ajourner, parce qu'elle est le véritable événement du jour dans notre monde médical: c'est le rapport de M. Gibert.

On se souvient que dans la séance du 26 octobre 1858, l'Académie reçut une lettre ministérielle qui la consultait sur les deux questions suivantes, d'un égal intérêt au double point de vue de la pratique médicale et de la médecine légale.

1° Les accidents syphilitiques constitutionnels sont-ils contagieux ?

2° Au point de vue de la contagion, le produit de ces accidents a-t-il, chez les enfants à la mamelle, des propriétés différentes que chez l'adulte ?

L'examen de ces deux questions, renvoyé à une commission dont M. Gibert a été nommé rapporteur, fait le sujet du rapport dont l'Académie a entendu hier la lecture. Nous n'avons pas le loisir d'examiner aujourd'hui cet important document, qui va devenir le sujet d'une discussion à laquelle on peut d'avance promettre du retentissement. Nous nous bornons pour le moment à enregistrer la réponse de la commission.

1° Il y a des accidents secondaires ou constitutionnels de la syphilis manifestement contagieux. En tête de ces accidents, il faut placer la papule muqueuse ou tubercule plat.

2° Cette règle s'applique à la nourrice et au nourrisson comme aux autres sujets, et il n'y a aucune raison de supposer que chez les enfants à la mamelle le produit de ces accidents ait des propriétés différentes de celles qu'on lui connaît chez l'adulte.

Tel est le texte sur lequel va rouler la discussion qui s'engagera probablement mardi prochain.

L'ordre du jour, ainsi surchargé, a obligé M. Piorry à ajourner la suite de sa lecture sur les principes de thérapeutique anatomique, physiologique et rationnelle ; mais nous ne perdrons probablement rien pour attendre. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. ROBERT.

Sur les fractures du péroné (1).

Dupuytren est le premier qui ait insisté sur les accidents consécutifs aux fractures du péroné, et par suite sur la nécessité de traiter ces fractures. Certainement avant lui on en traitait bien quelques-unes, mais souvent elles avaient pour résultat de laisser aux malades un déplacement plus ou moins considérable, avec de grandes difficultés pour la marche. Quand il parlait des fractures du péroné, Dupuytren ne manquait jamais de rappeler l'histoire d'un médecin qui, s'étant fracturé le péroné en tombant de cheval, fut traité par Richerand à l'aide d'un appareil de Scultet, et conserva une telle déformation du membre, qu'il ne put marcher qu'avec des béquilles; ce médecin fit plus tard sa thèse sur les conséquences fâcheuses des fractures du péroné. Dupuytren avait l'habitude de citer ce fait comme prouvant l'insuffisance des moyens que la chirurgie pouvait opposer à ces fractures.

En effet, ces moyens étaient tellement insuffisants, que le plus souvent on ne traitait pas ces fractures, et cela provenait du principe adopté à cette époque, qu'il fallait attendre la cessation de tous les accidents inflammatoires avant de tenter la réduction. On s'occupait principalement de la déviation du pied, et l'on n'attachait qu'une importance secondaire à la fracture du péroné.

Dans l'ouvrage de Fabre, on trouve un fait très-curieux, et qui nous montre exactement quelles étaient, à cette époque, les ressources de la chirurgie contre ces fractures du péroné que l'on appelait des luxations du pied.

Un homme se brise le péroné; il se fait traiter par un chirurgien; mais au bout de quelques mois il se trouva que le malade ne pouvait pas marcher. Il intenta, en conséquence, un procès au chirurgien qui l'avait traité. On nomma des experts choisis parmi les chirurgiens les plus en renom. De ce nombre se trouvait Fabre, qui nous a transmis le fait. Les experts déclarèrent devant le tribunal que le malade avait eu une luxation du pied, que cette maladie ne guérit que très-difficilement, et que le chirurgien n'était nullement coupable du mauvais résultat. Aujourd'hui les choses ont complétement changé; et si la même question était faite, la réponse serait diamétralement opposée à celle de Fabre et de ses collègues : la guérison est la règle.

Il est vrai qu'il se présente quelquefois des cas où il y a de fâcheuses complications dont rien ne peut triompher. Ainsi, je me souviens d'un malade auprès de qui je fus appelé, ainsi que M. Velpeau, par mon excellent confrère M. Debout; c'était un receveur de l'enregistrement qui s'était fracturé le péroné en tombant. Les muscles étaient, chez lui, le siége d'un spasme violent; il y avait une sorte de tétanos universel. Quand on entrait dans sa chambre, ses muscles se contractaient aussitôt et le pied se portait fortement en dehors. En fléchissant la jambe, on obtenait un peu de relâchement des muscles jumeaux, et la fracture se réduisait; mais bientôt de nouvelles contractions revenaient et tout était à refaire. Quoi que nous puissions imaginer, le pied resta dévié en dehors; il y eut gangrène de toute la portion des téguments qui recouvrait la partie interne du cou-de-pied, à tel point qu'il fut question un moment de pratiquer l'amputation de la jambe. Cependant, au bout d'un certain temps, le spasme finit par se calmer, et le pied put être ramené à une direction à peu près normale. Heureusement c'est là un fait exceptionnel.

Jusqu'ici nous avons analysé les symptômes de la fracture du péroné et les causes qui la produisent; je vous ai dit que c'est toujours à la suite d'une déviation violente du pied. Pour nous, cliniciens, cela suffit parfaitement, et nous n'avons pas besoin d'en savoir davantage. Tous les efforts que l'on a faits pour éclairer cette question ont été plus ou moins malheureux, et je pense que rien ne justifie la division que l'on a proposée en fractures par adduction et fractures par abduction. Du reste, cela est peu important pour le diagnostic et pour le traitement. Je vous ai dit aussi combien il est important de reconnaître ces fractures afin de les traiter convenablement; je vous ai indiqué, à ce propos, quelles étaient les conséquences de la fracture du péroné lorsqu'elle n'est pas traitée ou lorsqu'elle l'est mal. C'est une claudication incurable à laquelle on ne peut apporter un certain soulagement qu'à l'aide d'appareils orthopédiques.

Lorsqu'au contraire cette fracture est bien traitée, à moins de complications fâcheuses, elle n'est pas plus grave que d'autres fractures et guérit très-bien. Ainsi, la malade du n° 17 de la salle Saint-Paul présentait une lésion sérieuse; il y avait chez elle fracture des deux malléoles avec déviation considérable du pied en dehors et une large plaie de la peau au niveau de la malléole interne. Une fois que la fracture a été réduite et le membre placé dans une position convenable, le déplacement ne s'est pas reproduit. Or c'est là le point capital, c'est d'arriver à vaincre cette tendance au déplacement que l'on trouve dans un grand nombre de fractures du péroué, et qui constitue une fâcheuse complication. Heureusement, chez cette malade, il n'y a pas eu de tendance au déplacement. En outre de la double fracture, il y avait, vous ai-je dit, une large plaie communiquant avec le foyer de la fracture, et par conséquent avec l'intérieur de l'articulation; car lorsque la malléole interne a été arrachée, nécessairement l'articulation tibio-tarsienne est ouverte. C'était donc, comme vous le voyez, une fracture grave, et pendant plus d'un mois j'eus des craintes assez sérieuses. J'ai commencé par réduire la fracture, puis j'ai placé le membre dans une gouttière ; le pied s'est gonflé ; il s'est formé à sa partie interne un abcès que j'ai ouvert; de la glace a été appliquée pendant un certain temps, puis j'ai placé le membre dans un appareil de Scultet; et enfin, aujourd'hui, cette fracture, si grave au début, est complétement guérie, et la malade commence à marcher avec des béquilles.

Quant à ce qui est de notre homme, sa position semblait moins grave que celle de la malade dont je viens de vous exposer l'histoire, en ce que chez lui il n'y avait pas de plaie aux téguments ; et cependant la fracture présentait une complication sérieuse : il y avait tendance au déplacement des fragments. Comment peut-on lutter contre cette complication si fâcheuse ?

Je vous ai dit qu'au siècle dernier on professait qu'il ne faut pas réduire immédiatement les fractures du péroné, de peur de développer une inflammation plus considérable par les manœuvres de réduction ; on attendait donc huit ou neuf jours pour laisser tomber le gonflement; puis, quand on voulait réduire la fracture, on ne le pouvait plus: les tendons avaient contracté des adhérences, les tissus étaient indurés ; en un mot, la réduction était difficile, incomplète ou même impossible, et la fracture se terminait par une déviation plus ou moins considérable du pied et par de la claudication.

Plus tard Desault revint sur cette question, et professa qu'il fallait réduire de bonne heure les fractures du péroné; enfin Dupuytren a été plus loin, disant que plus on attend, plus on s'expose à avoir des déplacements incoercibles, et que par conséquent il faut réduire quand même dès le début. Or cette réduction est en général facile.

La première condition pour réduire la fracture, c'est qu'il faut se débarrasser de l'action musculaire ; or je vous ai dit que ce sont les muscles jumeaux qui ont la plus grande part dans le déplacement du pied ; en mettant ces muscles dans le relâchement, on obtient une grande facilité pour la réduction. On arrive à ce résultat en fléchissant la jambe sur la cuisse; en voulez-vous la preuve ? J'ai vu maintes fois des élèves qui tentaient de réduire des fractures du péroné, en soumettant les malades aux inhalations de chloroforme ; mais ils laissaient le membre étendu, et lorsqu'ils avaient opéré la réduction, le déplacement ne tardait pas à se reproduire ; c'est que la jambe étant étendue, dès que l'action du chloroforme cessait, les muscles jumeaux se contractaient et entraînaient de nouveau le pied en dehors. Voici comment il faut s'y prendre pour opérer cette réduction : le chirurgien saisit la jambe d'une main et la fléchit sur la cuisse ; puis, prenant le pied de l'autre main, il le ramène en dedans, de manière que son axe se trouve dans l'axe prolongé de la jambe; cette réduction est facile.

Mais ce n'est là qu'une faible partie du traitement; il ne suffit pas de réduire, il faut maintenir la réduction et s'opposer au retour du déplacement. C'est ici que commence la divergence des auteurs.

Pott avait préconisé les avantages de la position dans les fractures du membre inférieur ; il fléchissait la jambe et la posait, sur le côté externe, sur un coussin qui maintenait le pied plus élevé que le genou ; nous appellerons cette position, par abréviation, *position de Pott.*

A la fin du siècle dernier, Desault, laissant de côté les travaux de Pott, voulait triompher du déplacement dans les fractures par l'emploi de forces mécaniques destinées à lutter contre les forces organiques qui opèrent ce déplacement ; et, comme l'action des muscles est incessante, il proposait d'employer des moyens agissant d'une manière constante. C'est de là que sont venus les appareils de Desault, de Boyer, et le bandage de Scultet, employés

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 mai.

par cette école dans les fractures du péroné ; ainsi nous voyons Boyer, négligeant l'influence de la position, proposer l'appareil de Scultet dans les cas de fracture du péroné comme dans ceux de fracture de la jambe ; mais comme il avait remarqué la tendance du pied à se déplacer en dehors, il recommanda de mettre sous l'attelle externe un coussin plus épais, doublé à sa partie inférieure, et au côté interne un coussin plus mince et plus court, de manière que la pression étant plus considérable de dehors en dedans, le pied fût repoussé en dedans. Tous les chirurgiens de cette époque adoptèrent les idées de Boyer, et appliquèrent le même appareil.

Ce mode de traitement des fractures du péroné ne doit pas être complétement négligé; il n'est pas radicalement mauvais ; on peut y avoir recours dans certains cas où il n'y a pas de tendance au déplacement. Ainsi, chez la malade dont je vous parlais, la fracture se maintenant bien réduite lorsque j'eus combattu les accidents inflammatoires, j'ai placé l'appareil de Scultet comme Boyer l'indique, et le résultat, ainsi que vous avez pu le voir, est très-satisfaisant; à peine y a-t-il un peu de déviation du pied en dehors, et encore elle est si faible qu'elle n'empêche pas la malade de marcher. Mais à ces cas seulement se borne l'application de l'appareil de Boyer, et je puis affirmer que dans toutes les fractures du péroné où le pied a de la tendance à se déplacer, quand après la réduction on voit le pied se dévier de nouveau sous l'influence musculaire, j'affirme, dis-je, que cet appareil est insuffisant, et que son emploi expose à de graves mécomptes.

Dupuytren s'occupait beaucoup du traitement des fractures, et il s'était aperçu que les moyens mécaniques de Desault et de son école échouaient souvent, et que plus on tirait sur les muscles, plus ceux-ci se contractaient, et plus aussi le déplacement augmentait. Il revint donc aux idées de Pott, et conseilla, comme celui-ci, de lutter contre les contractions musculaires par la position ; il employa la position de Pott, et ne tarda pas à constater qu'elle donnait d'excellents résultats; mais il ne s'arrêta pas là, et voulant ajouter un peu du sien à cette méthode, il combina les idées de Pott avec les idées prédominantes à son époque: c'est-à-dire que non-seulement il plaçait le membre dans la position indiquée par Pott, mais encore il imagina un bandage pour opérer la réduction permanente de la fracture. Ce bandage se composait d'un coussin épais, qu'il plaçait au côté interne de la jambe, et qui ne descendait que jusqu'au-dessus de la malléole interne; sur ce coussin, il mettait une longue attelle qui dépassait le pied; cette attelle était solidement fixée en haut à la jambe, et son extrémité inférieure servait de point d'appui pour ramener le pied sur elle et l'y maintenir au moyen d'un bandage en 8 de chiffre.

J'ai vu appliquer ce bandage un grand nombre de fois; je l'ai moi-même très-souvent appliqué, alors que j'étais interne de la salle des fractures. Or voici ce qui se passait : le bandage fonctionnait bien au moment de son application, mais bientôt le coussin s'affaissait, les bandes se relâchaient, ou bien on était obligé de remettre l'appareil tous les jours. Aussi était-il permis de douter de l'efficacité de cet appareil.

Plus tard, lorsque je fus à mon tour chirurgien des hôpitaux, je voulus expérimenter par moi-même quelle était la valeur respective de chacun des deux éléments qui composaient le traitement de Dupuytren ; il y avait en effet deux choses bien distinctes, la position de Pott et le bandage. Je supprimai le bandage, et je vis que les fractures guérissaient tout aussi bien. Depuis ce temps j'ai laissé le bandage de Dupuytren, et me suis contenté de la position de Pott avec une légère modification. Le malade se couche sur le dos ou plutôt un peu sur le côté correspondant au péroné fracturé ; le membre est fléchi et placé sur le côté externe, reposant sur un coussin qui forme un plan incliné de manière que le pied soit plus élevé que le genou ; puis j'applique un drap en cravate sur le genou, afin d'attirer celui-ci en dehors, tandis que la position que je donne au pied repousse celui-ci en dedans. J'ai donc, comme on le voit, deux puissances combinées qui agissent en sens inverse et ont pour résultat commun la coaptation des fragments. Mais j'avoue que, dans cet appareil, c'est à la position de Pott que revient tout l'honneur de la guérison.

Vous avez pu constater l'état du malade quand il est entré à l'hôpital ; il y avait une déviation très-notable du pied en dehors, le coup de hache était parfaitement marqué ; enfin il y avait un gonflement très-considérable, mais qui permettait encore de sentir l'écartement qui existait entre la malléole interne et le tibia. J'ai fléchi la jambe, et j'ai pu, sans beaucoup d'effort, ramener le pied dans sa direction normale, puis le membre a été placé dans la position de Pott et recouvert de compresses imbibées d'eau blanche. Dès le lendemain, on constatait qu'il n'y avait aucune tendance au déplacement; j'ai donc continué simplement l'application de compresses résolutives, tout en maintenant le membre dans la même position. Enfin, le 22 mars, onze jours se sont écoulés depuis la réduction de la fracture, et vous avez pu voir qu'il n'y a plus de gonflement : on sent avec le doigt toutes les saillies osseuses de la région ; le pied est dans sa direction normale, la malléole interne est parfaitement à sa place, et l'on ne sent plus, dans le point où il y avait d'abord un écartement considérable, qu'un intervalle ayant au plus une ligne d'épaisseur.

Onze jours suffisent pour neutraliser l'action musculaire, et par conséquent la tendance au déplacement n'est plus à craindre; d'un autre côté, le gonflement a entièrement cessé, nous pouvons donc maintenant placer le membre dans un appareil inamovible en stuc qui contiendra les parties dans l'immobilité jusqu'à ce que la consolidation soit parfaite, et qui permettra en même temps de soulager un peu le malade; en effet, la position de Pott exige que le corps soit posé sur le côté correspondant à la fracture ; or il y a des malades chez qui cette position a quelques inconvénients; chez certains sujets, la pression que subit la région trochantérienne est très-douloureuse ; en outre, chez les femmes, la miction est très-difficile dans cette position. C'est pour ces motifs que je supprime la position de Pott aussitôt que son urgence ne m'est plus démontrée, et que l'on peut y substituer un appareil inamovible.

Tel est le mode de traitement que depuis quinze ans j'ai employé un très-grand nombre de fois dans les fractures du péroné, et je puis affirmer qu'il m'a toujours donné d'excellents résultats.

Le 23 mars, le membre est placé dans un appareil en plâtre stuqué, — plâtre dissous dans de l'eau contenant une certaine proportion de gélatine, — comprenant le pied et la jambe jusqu'au niveau de l'épine du tibia.

Aucun accident n'étant venu entraver la marche de la guérison, le 22 avril, trentième jour de l'application de l'appareil inamovible, quarante et unième jour de l'accident, on lève l'appareil. On constate alors que la consolidation est parfaite ; à peine reste-t-il un léger gonflement circonférentiel au niveau de la double fracture. Le malade prend un bain.

Le 23 avril, il commence à marcher dans la salle avec des béquilles.

Deux jours après, il quitte l'hôpital complétement guéri.

GROSSESSE PROLONGÉE.

Par M. le docteur Alf. Liégard (de Caen).

Elle a été fort sage, la loi française, en fixant à 300 jours le terme légitime de la naissance d'un enfant après la dissolution du mariage ; et bien que généralement la grossesse ne se prolonge guère au delà de 270 jours (neuf mois), les cas dans lesquels son terme est beaucoup plus éloigné ne sont néanmoins pas fort rares : les deux faits que je vais rapporter, et dont j'ai été témoin depuis quelques mois seulement, en sont de nouvelles preuves.

Mais, dans l'incertitude où nous sommes presque toujours du jour précis de la fécondation, comment établir indubitablement la durée de la gestation ?

Plusieurs moyens ont été proposés par les accoucheurs. Voici les trois manières de supputer cette durée le plus généralement adoptées :

1° *Par lunes*. On compte ordinairement alors *par quartiers* ; ainsi, l'accouchement doit se faire dans le même quartier de la dixième lune après le moment de la fécondation. Mais ce compte est assez élastique ; car, évidemment, si la fécondation avait lieu au commencement du quartier, et que l'accouchement se fît à la fin du quartier correspondant après neuf mois de grossesse, on aurait une latitude de quinze jours.

2° *Par menstruations*. Cette manière de compter a été recommandée particulièrement par M. le docteur Mattei. Pour lui, le retour de la neuvième époque menstruelle après le commencement de la grossesse détermine l'accouchement. Ainsi, dit-il, par exemple, une femme dont l'écoulement menstruel dure habituellement cinq jours, a eu ses dernières règles du 1er au 5 mai ; prenez cette époque pour unité et comptez 10 (ou jusqu'à la dixième), et vous aurez le moment précis de son accouchement. Dans ce cas, vous trouverez les cinq premiers jours du mois de février, en admettant, bien entendu, le retour périodique de 30 jours (total, 270).

3° *Par jours*. On prend ici, pour guide du terme de la grossesse, les quinze jours qui sont à égale distance de la première suppression et de la dernière apparition des règles ; c'est-à-dire que la fécondation aurait eu lieu huit jours après la première de ces époques ou huit jours avant la deuxième, et l'accouchement se ferait neuf mois après dans le cours de ces quinze jours intermédiaires correspondants. Cette manière, en définitive, donne près d'un mois de latitude, et est encore plus élastique que les deux autres.

Mais quelques auteurs recommandables ont de plus indiqué un signe qui se manifeste pendant la grossesse, et dont l'apparition se fait à une époque tellement fixe et régulière, qu'il a pour eux une grande valeur pour indiquer le moment précis de la parturition : je veux parler de la première perception par la mère des mouvements actifs du fœtus. Des expériences très-exactes, des observations nombreuses, et plus spécialement les tableaux si remarquables publiés en Pologne par M. le docteur Smith, ont assigné presque constamment quatre mois et quatorze jours après la conception à l'époque de ces mouvements, et au moment de l'accouchement un nombre égal de mois et de jours après la première sensation de ces mêmes mouvements. Voici quelques-unes de ces époques indiquées dans ce tableau :

CONCEPTION.	PREMIERS MOUVEMENTS DE L'ENFANT.	ACCOUCHEMENT.
1er janvier.	15 mai (4 mois 14 jours).	27 septemb. (4 mois 12 jours).
2 —	16 Idem.	28 Idem.
3 —	17 Idem.	29 Idem.
4 —	18 Idem.	30 Idem.

Quoique dans ces tableaux l'auteur ait pris les précautions nécessaires pour n'être pas trompé, nous admettons volontiers néanmoins qu'il ait pu s'y glisser quelque erreur quant au moment exact de la conception. Mais ce qui est plus incontestable, et ce qui importe beaucoup plus dans la pratique, c'est l'exactitude rigoureuse du nombre de jours qui séparent celui où les premiers mouvements actifs du fœtus ont été ressentis par la mère, de celui de l'accouchement. Dans tous ces faits, il a été constamment de 132 à 135. Ainsi, en général, on pourrait annoncer positivement que l'accouchement se fera quatre mois et demi après la première perception de ces mouvements. Cela bien établi, exposons maintenant nos deux observations.

Ier Fait. — Mme P... est âgée de trente-neuf ans ; elle est mère de trois enfants, un garçon et deux filles; elle est d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution et toujours parfaitement réglée, excepté dans ses grossesses et pendant qu'elle est nourrice. Elle prétend qu'elle a porté dix mois son garçon (l'aîné de ses enfants), qui pesait, assure-t-elle, dix livres au moment de sa naissance. Depuis son dernier accouchement, il s'était écoulé sept années, pendant lesquelles ses règles n'avaient jamais éprouvé le moindre retard.

Du 15 au 20 mars 1858, elle les vit venir comme à l'ordinaire ; mais le 15 avril suivant, elles manquèrent complétement, ce qui, joint à quelques légères indispositions gastriques, lui fit fortement soupçonner un commencement de grossesse. Au mois de mai, rien encore, de sorte que cette dame resta convaincue qu'elle était certainement enceinte.

Le 20 août suivant, elle commença à ressentir des mouvements qu'elle reconnut parfaitement pour être ceux de son enfant. Elle comptait donc accoucher au plus tard dans les premiers jours de janvier 1859. Or, les premières douleurs ne se firent sentir que dans la matinée du 11 février suivant, et l'accouchement ne se fit que le 12, à trois heures du matin, après un travail long et pénible, mais très-mitigé et rendu très-tolérable par l'emploi du chloroforme.

Notons en passant, pour recommander encore cette pratique, que trois injections froides dans la veine ombilicale détachèrent le placenta quelques minutes après l'accouchement ; que l'utérus se contracta énergiquement et revint promptement sur lui-même, et qu'il n'y eut par conséquent ni hémorrhagie ni tranchées utérines.

L'enfant, du sexe masculin, mesuré et pesé avec le plus grand soin par son père, en ma présence, avait une longueur de 58 centimètres, et un poids de 11 livres et quelques grammes, qui équivalaient au simple linge dans lequel il était enveloppé (1).

A toutes les preuves physiques de grossesse prolongée que nous présente ce fait remarquable, nous ne devons peut-être pas négliger d'en ajouter une autre que nous pouvons appeler preuve morale : tout le monde sait qu'en général un enfant ne commence que six semaines après sa naissance à manifester son intelligence, en suivant attentivement des yeux un objet qu'on lui présente et en répondant par des sourires aux personnes qui le regardent en riant. Eh bien, notre petit Paul (c'est son nom) manifestait déjà son intelligence par tous ces signes dès le dixième jour après sa naissance : n'est-ce pas qu'évidemment il avait alors dix mois et demi au moins depuis le moment de sa conception ?...

Si nous faisons, en effet, ici l'application des moyens d'investigation que nous avons établis plus haut ; si, pour abréger notre démonstration, nous avons recours tout simplement aux deux méthodes qui paraissent les plus faciles et les plus certaines, celle du docteur Mattei (par menstruation) et celle que nous donne la première sensation des mouvements du fœtus par la mère, nous trouvons que :

1° Les dernières règles ayant eu lieu du 15 au 20 mars 1858, en prenant cette époque pour unité, et comptant jusqu'à la dixième, le terme de la grossesse devait arriver du 15 au 20 décembre suivant.

2° Les mouvements du fœtus s'étant fait sentir pour la première fois le 20 août (135 jours après la conception), en ajoutant ici 135 autres jours pour avoir les 270 jours d'une grossesse ordinaire, nous trouvons le terme de la gestation au 4 janvier 1859. Or, notre accouchement ne s'est fait que le 12 février suivant, c'est-à-dire, d'après la première manière de compter, 52 jours après le terme ordinaire ; et, d'après la deuxième, 38 jours après ce terme, par conséquent le 308e jour.

IIe fait. — Mme B..., rue des Carmes, 48, âgée de vingt-trois ans, d'une bonne et forte constitution, parfaitement réglée, mariée depuis un an, avait vu ses règles comme à l'ordinaire, du 5 au 10 mai 1858. Vers le 20 du même mois, elle commença à éprouver des nausées et des vomissements, surtout le matin ; ces symptômes ont continué pendant plusieurs mois, sans aucune cause appréciable, sinon le commencement d'une grossesse. Du 5 au 7 juin suivant, les menstrues marquèrent à peine; elles n'ont pas reparu depuis ; et dès le 5 octobre, les mouvements actifs du fœtus lui devinrent sensibles. De sorte que,

(1) Depuis bien des années déjà, les enfants nés à l'Hôtel-Dieu de *Paris* sont tous pesés et mesurés à leur naissance. Il résulte de ces expériences très-nombreuses : longueur, de la tête à l'ombilic, 26 centimètres; de l'ombilic aux pieds, 22 ; total : 48 centimètres (terme moyen). Poids : un très-petit nombre seulement atteignait au delà de 3,500 grammes. (Note communiquée par le docteur L. Liégard, ancien interne de l'Hôtel-Dieu.)

fondé sur toutes ces données positives, nous avions assigné comme terme de la gestation le 20 février 1859.

Or, précisément à cette époque, du 20 au 22 février, cette dame éprouva pendant quarante-huit heures des douleurs alternatives, avec contractions utérines très-fortes, pour lesquelles je fus appelé plusieurs fois près d'elle; j'y restai même un soir plus d'une heure, persuadé que l'accouchement se ferait bientôt, tant ces douleurs se rapprochaient et avaient pris de violence. Cependant le col utérin, quoique entièrement effacé, resta constamment fermé; les douleurs se calmèrent peu à peu, puis disparurent, et la grossesse continua jusqu'au 22 mars, époque où des douleurs semblables recommencèrent, se prolongèrent toute la nuit et se terminèrent enfin à trois heures du soir, après de très-violentes contractions utérines de plus de dix heures, par la naissance d'une petite fille pesant 3,600 grammes, et longue de 50 centimètres. Les douleurs des huit dernières heures furent presque entièrement effacées par le chloroforme, que notre patiente ne cessait de réclamer avec instance aussitôt que nous en diminuions la dose; elle en absorba 150 grammes. Cette dame nourrit son enfant, et toutes deux sont actuellement en parfaite santé.

Si nous faisons encore ici l'application des principes que nous avons précédemment posés, nous trouvons que les dernières règles précédant la grossesse eurent lieu du 5 au 10 mai 1858; que, par conséquent, d'après la méthode du docteur Mattei, l'accouchement devait se faire du 5 au 10 février suivant. Mais les premiers vomissements ne se manifestèrent que le 20 mai, et les mouvements de l'enfant ne furent sentis pour la première fois que le 5 octobre, ce qui nous indiquait le 20 mai pour le commencement de la grossesse et le 20 février pour son terme. Or le travail de l'accouchement ne s'étant terminé que le 23 mars, nous avons la certitude d'une grossesse de plus de dix mois, puisqu'elle s'est prolongée évidemment jusqu'au trois cent troisième jour. J'ai pensé qu'il pouvait être utile de livrer ces observations à la publicité, parce que si des faits semblables se multipliaient, cette loi française dont en commençant nous faisions admirer la sagesse, devrait certainement subir quelques modifications, ou bien le législateur devrait donner aux juges une certaine latitude pour en interpréter l'esprit dans ces cas exceptionnels.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 mai 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements du Lot et du Pas-de-Calais (commission des épidémies);

2° Un mémoire de M. le docteur Caillat, intitulé *De l'emploi des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault dans les hémiplégies par hémorrhagie cérébrale*;

3° Deux rapports de M. le docteur Bailly, sur le service médical des eaux minérales de Bains (Vosges), pendant les années 1856 et 1857 (commission des eaux minérales)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. les membres du bureau de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine adressent une lettre dans laquelle ils prient l'Académie de préciser les proportions de codéine qui doivent entrer dans le sirop de ce nom. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

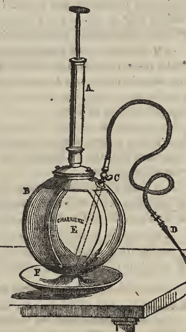
— M. le docteur Jacquot (de Saint-Dié), communique une observation de guérison d'une péritonite très-grave obtenue promptement sous l'influence des cataplasmes d'amidon appliqués chauds sur tout le ventre. (Commissaire, M. Depaul.)

— M. Delfraysse (de Pradines), adresse une note sur l'efficacité du sulfate de quinine administré simultanément par la bouche et par l'anus dans les cas de fièvre intermittente rebelle et invétérée.

— M. le docteur Gaudriot adresse un pli cacheté contenant la description d'un nouveau moyen de guérir une affection grave qui atteint particulièrement les soldats. (Accepté.)

— M. Charrière soumet à l'Académie la description d'un appareil nommé *fluidue*, destiné à faire des injections d'air et d'eau dans les organes. (M. Gavarret.)

— MM. Charrière présentent à l'Académie un appareil nommé *fluiduc*, qu'ils ont fabriqué en 1834, ainsi qu'en témoignent leurs catalogues, et qui a été reproduit avec figure en 1855 et 1858.



Cet instrument avait pour destination, ainsi que son nom l'indique, de servir à faire des injections d'air et d'eau tout à la fois dans les organes, soit la matrice ou le rectum, soit sur les plaies ou cavités ulcérées.

Au lieu d'eau, on pouvait employer un liquide médicinal, et l'air pouvait y être remplacé par des gaz. Ce n'est pas à titre de réclamation que cet appareil est soumis à l'Académie, mais bien parce qu'on a présenté comme *nouveaux* des appareils qui soufflent des liquides, procédé qui date déjà de vingt-cinq ans.

Traitement des rétrécissements de l'urèthre. — M. le docteur E. Fournier adresse une note au sujet d'un moyen nouveau de traiter certains rétrécissements de l'urèthre.

Le nombre d'observations que j'ai pu recueillir, dit l'auteur, est encore insuffisant pour assurer d'une manière absolue qu'il doit réussir dans tous les cas où il peut être employé; mais j'espère que, pendant mon séjour à Paris, le concours bienveillant de MM. les chirurgiens des hôpitaux me permettra de continuer les observations déjà commencées, et je pourrai réunir ainsi un nombre de faits suffisants pour donner à mon procédé toutes les garanties que la science peut exiger.

Ce procédé est applicable en général à tous les rétrécissements organiques; l'âge trop avancé du malade est la seule contre-indication.

Voici en quoi il consiste:

Après s'être assuré au moyen du cathétérisme du siége précis de la lésion, on trace avec le nitrate d'argent une ligne à un centimètre en avant du rétrécissement; c'est pour le malade un signe indicateur.

Toutes les fois qu'il aura besoin d'uriner, il devra avec ses doigts exercer une pression sur cette ligne, mais une pression suffisante pour qu'un jet d'urine envoyé avec force ne puisse s'écouler par le méat urinaire.

Ce jet d'urine aura pour but de dilater pendant quinze secondes environ toute la partie du canal située en arrière de l'endroit comprimé. Après quinze secondes, il cesse de comprimer le canal pour laisser écouler ce premier jet d'urine, pour comprimer de nouveau ensuite et répéter la même opération à quatre ou cinq reprises successives, selon la quantité d'urine renfermée dans la vessie.

Le malade doit avoir besoin d'uriner cinq ou six fois dans la journée, et dans ce but il boira abondamment une tisane diurétique, la tisane de chiendent, par exemple.

Pour favoriser le succès du traitement, je recommande un exercice modéré, une nourriture peu abondante et choisie principalement dans le règne végétal, et deux bains simples chaque semaine.

En ordonnant le traitement que je viens d'exposer d'une manière succincte, j'ai vu disparaître, dans l'espace de six semaines, un rétrécissement organique de deux centimètres de longueur, situé entre le bulbe et la portion membraneuse. Il existait depuis plus d'un an. Le traitement est terminé depuis trois mois, et la guérison se soutient encore.

Dans cette simple note, je n'ai pas cru nécessaire de prévenir et de répéter les objections dont ce procédé peut être l'objet; j'attendrai que des faits plus nombreux viennent me prêter l'appui de leur éloquence.

— M. Gibert présente à l'Académie, au nom de M. Renouard, un travail manuscrit sur les doctrines médicales, et une brochure sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'émétique.

LECTURE.

M. Marc d'Espine dépose sur le bureau le programme d'un prix proposé par la Société médicale de Genève sur les questions relatives à la variole, à la varioloïde, à la varicelle, à la vaccine et aux revaccinations.

M. Marc d'Espine donne ensuite lecture d'une note sur l'épidémie de variole qui règne depuis le mois de mars 1858 dans le canton de Genève.

Nous publierons ce document dans l'un des prochains numéros.

RAPPORTS.

Contagion des accidents syphilitiques secondaires. — M. Gibert, au nom d'une commission composée de MM. Velpeau, Ricord, Devergie et lui (M. Ricord s'est récusé), donne lecture du rapport officiel suivant:

Par une lettre en date du 25 octobre 1858, M. le ministre de l'Algérie, du commerce et des travaux publics, consultait l'Académie pour obtenir, dans l'intérêt de la pratique médicale et de la médecine légale, la solution des deux questions suivantes:

1° Les accidents syphilitiques constitutionnels sont-ils contagieux?

2° Au point de vue de la contagion, le produit de ces accidents a-t-il chez les enfants à la mamelle des propriétés différentes que chez l'adulte?

Dans la lettre de M. le docteur Auzias-Turenne, qui avait été l'occasion de la missive ministérielle (et qui y était jointe), on lit cette phrase plus explicite:

« Il s'agit de la contagion possible *des accidents secondaires* (autrement dits constitutionnels) de la syphilis. »

Ces questions depuis longtemps résolues pour le praticien, dans le sens de l'affirmative, avaient été obscurcies par les expériences et les dénégations de Hunter, dans le siècle dernier, et plus encore à notre époque par un système expérimental qui tendait à réformer, d'après les résultats obtenus de *l'inoculation artificielle*, les doctrines généralement reçues de la syphilis.

La contagion des accidents secondaires avait fini par être révoquée en doute ou même complétement niée par plusieurs médecins de la nouvelle école... bien que les partisans des anciennes doctrines, s'appuyant presque exclusivement, à la vérité, sur l'observation clinique, continuassent de chercher à faire prévaloir l'autorité des faits cliniques sur les lois posées par la doctrine nouvelle.

Moi-même, dans mon *Manuel des maladies vénériennes* (publié en 1838), j'avais réuni un certain nombre d'observations prouvant la transmissibilité des accidents *consécutifs* de la syphilis, d'un sujet infecté à un sujet sain, de l'enfant à la nourrice et réciproquement.

Depuis cette époque, de nouveaux faits se sont produits dans la science et sont venus surabondamment démontrer que, non-seulement les accidents secondaires ou *consécutifs* de la syphilis sont contagieux (du moins dans certaines conditions), mais encore, contrairement à une des lois nouvellement établies, que l'inoculation artificielle (soit par la lancette, soit au moyen du vésicatoire, soit par d'autres procédés encore) peut reproduire ces accidents, non-seulement sur une région saine du sujet déjà infecté, mais encore sur un sujet tout à fait sain.

Ainsi, les *papules muqueuses* ou tubercules plats, *l'ecthyma syphilitique*, *l'ulcère du gosier* lui-même, ont pu être inoculés par des expérimentateurs dont il n'est possible de contester ni les lumières ni la bonne foi, et dans des circonstances qui ne pouvaient laisser matière à aucun doute.

Le détail de ces nouvelles expériences nous entraînerait trop loin: on en trouvera d'ailleurs un résumé dans les lettres publiées par M. le docteur Auzias-Turenne dans les numéros des 16 décembre 1858 et 1er janvier 1859 de la *Revue médico-chirurgicale étrangère*.

Ces expériences, dues à des médecins français et étrangers, parmi lesquels il me suffira de citer les noms bien connus de Wallace, Waller, Rinecker, Velpeau, Vidal (de Cassis), Bouley, etc., devaient-elles être répétées par nous, ou bien devions-nous nous contenter de relater les faits déjà acquis à la science?

Quelle que fût notre répugnance profonde pour toute tentative d'inoculation (répugnance tellement accrue par le succès de plusieurs de nos expériences, que nous nous refuserions aujourd'hui formellement à toute nouvelle tentative de ce genre); quelque confusion qu'ait apportée, à notre sens et à celui de bien d'autres, dans les faits et dans leur légitime interprétation, cette prétendue base donnée comme fondement nouveau et nécessaire à la doctrine de la syphilis..., nous avons cru, en présence des dénégations obstinées que l'on opposait aux observations cliniques les plus probantes, devoir constater par l'inoculation opérée sous nos yeux, la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis.

Disons, tout d'abord, que nous sommes arrivés, comme il était facile de le prévoir, à des résultats absolument identiques avec ceux obtenus par les autres expérimentateurs, partisans comme nous de la contagion, et que nous avons constaté *de visu* la certitude des conclusions que le docteur Rinecker tirait, en 1852, de ses expériences: nous les empruntons au mémoire récemment publié par M. Rollet dans les *Archives générales de médecine* (nos de février, mars et avril 1859):

« 1° Les lésions locales, consécutives à l'inoculation des accidents secondaires, n'apparaissent jamais avant la fin de la deuxième semaine, et, en général, elles n'ont lieu qu'après la quatrième semaine; la longueur de l'incubation est un fait caractéristique.

» 2° La première altération consécutive à l'inoculation se fait toujours au point où l'inoculation a eu lieu; elle reste pendant longtemps limitée dans le même siége; elle a une marche essentiellement chronique, à ce point que, lorsqu'il n'y a point eu de traitement, l'accident local persiste encore à l'époque où surviennent les symptômes généraux.

» 3° L'affection locale se produit sous forme *de tubercules*, qui s'ulcèrent au bout de quelque temps, peuvent devenir fongueux, et entraînent le plus souvent le gonflement des ganglions lymphatiques.

» 4° Les symptômes généraux ne débutent guère qu'au bout d'un mois, et souvent beaucoup plus tard, après les premières manifestations locales. »

Or tous ces caractères, qui appartiennent à la syphilis *consécutive* ou secondaire, diffèrent essentiellement de ceux qui ont été assignés à la syphilis *primitive*, soit spontanée, soit inoculée..., et suffiraient seuls à prouver la contagion des accidents *consécutifs* auxquels on avait formellement refusé ce caractère.

En effet, dans la doctrine des anticontagionistes, on admet que le *chancre* est toujours le seul symptôme caractéristique de la syphilis à son début; que le chancre vénérien type, *le chancre induré*, *le chancre infectant*, comme on dit aujourd'hui, est un ulcère ordinairement précédé d'une *pustule* (qui débute *sans période d'incubation*); ulcère qui s'indure plus ou moins rapidement, mais toujours *dans le premier septénaire* qui suit le coït infectant.

En sorte que: défaut d'incubation, forme élémentaire *pustuleuse*, ulcération, induration *consécutive* à l'ulcération, tels sont pour M. Ricord les caractères du *chancre primitif;* tandis que: période d'incubation de dix-huit à vingt jours et plus, forme *papuleuse* primitive, puis *tuberculeuse*, enfin ulcéro-croûteuse..., tels sont les caractères du phénomène consécutif ou *secondaire*.

Il est vrai que le chirurgien distingué que nous avons cité plus haut (M. Rollet, de Lyon), s'éloignant complétement, sous ce rapport, de l'opinion de M. Ricord, veut que l'accident secondaire soit, de même que le primitif, regardé comme *un chancre induré*..... Mais notre opinion, conforme à celle de M. le docteur Auzias-Turenne, est que, dans tous les cas où l'on a cru trouver dans la marche et les phénomènes de l'accident local une analogie complète entre le *chancre induré primitif* et *l'ulcère secondaire*, on s'en est laissé imposer par des idées préconçues, et que l'on a pris pour des accidents *primitifs*, des lésions locales dues à une véritable communication d'accidents secondaires ou *consécutifs*, accidents dont l'expérimentation directe a démontré le caractère contagieux.

Voici en peu de mots les nouveaux faits que nous pouvons citer à l'appui de cette doctrine:

1° N° 1, salle Saint-Charles: Adulte affecté d'un *lupus* ou dartre rongeante de la face (dont le début date de l'enfance). Inoculation au bras gauche sur une surface excoriée par un vésicatoire à l'ammoniaque, au moyen d'une application de charpie imbibée de matière puriforme recueillie sur des *papules muqueuses secondaires* de l'anus.

Ce dernier sujet, couché dans le service de M. Bazin (pavillon Saint-Matthieu), présentait autour de l'anus une couronne de pustules plates datant d'une quinzaine de jours, *consécutives* à un chancre du prépuce contracté quinze mois auparavant, chancre dont la cicatrice est restée apparente.

Le 30 janvier 1859, cinq jours écoulés depuis l'inoculation, celle-ci n'avait laissé d'autre trace que la maculature du vésicatoire (de la largeur d'une pièce de cinquante centimes environ). Neuf jours plus tard, la maculature effacée, un peu de rougeur apparaît au même lieu.

Le 12 février, dix-huitième jour de l'inoculation, apparition d'une papule cuivrée, saillante.

Le 16, vingt-deuxième jour, un peu de suintement s'opère à la surface de cette papule, qui a grossi et s'est étalée. Ce suintement devient purulent et se concrète en croûte légère.

Le 23, vingt-neuvième jour, un ganglion existe dans l'aisselle correspondante.

Le 26, trente-deuxième jour, la croûte, détachée par un bain de vapeur, laisse voir une excoriation encore très-superficielle.

Le 21 mars, cinquante-cinquième jour, une ulcération, toujours superficielle, s'est un peu creusée dans le centre de la papule, devenue

de plus en plus saillante, indurée, et constituant un véritable *tubercule;* de plus, quelques taches et quelques papules rougeâtres se sont montrées sur le tronc; plus tard, elles se sont changées en pustules acnéiques, qui se sont généralisées sur la face palmaire des membres supérieurs, sur le ventre, sur la face interne des cuisses, sur les régions inguinales, etc.

Le 31 mars, on met le malade à l'usage du sirop de deuto-iodure-ioduré et des bains de sublimé.

Aujourd'hui 16 mai, après six semaines de traitement, le tubercule ulcéré du bras est résolu, offrant à son centre une cicatrice blanche, un peu déprimée.

Les ganglions de l'aisselle persistent. La syphilide générale commence aussi à entrer en résolution.

2° N° 47, salle Saint-Charles. Adulte vigoureux, affecté d'un lupus papulo-tuberculeux invétéré, qui couvre toute la face et s'accompagne d'hypertrophie.

Plusieurs inoculations successives par le même procédé et avec la même matière que le précédent. Deux de ces inoculations ont réussi, donnant lieu aux mêmes phénomènes locaux, mais précédés d'une période d'incubation plus prolongée, et qui n'a guère été moindre de vingt-cinq jours de silence, après lesquels un peu de rougeur a commencé à se montrer, ultérieurement suivie du développement d'une *papule* sèche d'abord, puis humide, excoriée, croûteuse, indurée, constituant, en un mot, un véritable *tubercule plat*. Un ganglion du volume d'une noisette s'est concurremment développé dans la région axillaire. Une roséole a commencé à se montrer sur le tronc le 5 mars, c'est-à-dire le trente-septième jour qui a suivi l'inoculation. Peu après, un traitement spécifique a été commencé. Le 17 mai suivant, la guérison paraissait complète.

Les sujets de ces deux expériences ont été inoculés sous mes yeux par M. le docteur Auzias-Turenne, dont je ne saurais trop louer le zèle et l'assiduité.

Les deux suivants ont été inoculés par moi-même et par le procédé vulgaire, c'est-à-dire au moyen de la lancette.

3° Le premier de ces deux cas offre une grande analogie avec les précédents; seulement la papule a été beaucoup moins volumineuse, l'induration tuberculeuse moins prononcée, moins étendue, et s'est résolue plus rapidement, laissant une ulcération arrondie, superficielle, un peu fongueuse. Le traitement spécifique a été institué avant l'apparition de la roséole. Aujourd'hui 17 mai, ce sujet est en voie de guérison. L'inoculation a été pratiquée le 28 février 1859; on s'est servi, pour cette inoculation, de l'espèce de lymphe visqueuse et plastique sécrétée par la surface papuleuse du n° 1, cité en premier lieu, l'accident local ayant alors chez ce dernier seize ou dix-sept jours de date (28 février 1859).

4° La seconde observation est beaucoup plus curieuse, à cause du siége où a été puisé le virus (papule squammeuse *du front*), des apparences de celui-ci (la lancette n'était chargée que de sérosité sanglante), de la longue durée de l'incubation (environ trente-cinq jours), enfin de la forme du phénomène initial, qui n'a, pendant toute sa durée, offert d'autres lésions apparentes qu'une *papule* étalée en plaque squammeuse, sans aucune exhalation ni excoriation : il n'y a pas moyen, par conséquent, d'admettre ici le sentiment de M. Rollet, et de confondre une pareille lésion avec le *chancre induré*.

Voici les détails de cette intéressante observation :

Le malade qui a fourni la matière de l'inoculation avait été traité à l'hôpital du Midi (service de M. Puche), d'un chancre induré de la face externe du prépuce (un peu phimosique). Lors de son entrée dans nos salles, le 7 février 1859, ce chancre avait laissé à sa place une cicatrice indurée, encore un peu rougeâtre, en forme de tubercule plat, lenticulaire, avec engorgement indolent, léger, des ganglions inguinaux. Sur la verge, le scrotum, la partie interne correspondante des cuisses, à l'anus, s'étaient développées des papules muqueuses secondaires, qui de là s'étaient propagées à d'autres régions du corps. Il existait notamment au front une large papule squammeuse, d'un rouge cuivré, tout à fait sèche, et ayant environ l'étendue d'une pièce de cinquante centimes.

Le 9 février, la pointe d'une lancette fut enfoncée dans la circonférence de cette papule, et se chargea d'un sang un peu séreux, qui fut immédiatement inoculé à la partie supérieure de la face palmaire de l'avant-bras droit (près du pli du coude) d'un sujet affecté, comme les précédents, de *lupus* du visage. Comme nous n'avions aucunement la pensée que cette inoculation pût réussir, nous laissâmes sortir ce jeune homme une quinzaine de jours plus tard. La trace de la piqûre de la lancette était alors complétement effacée.

Le 1er avril suivant, ce jeune homme rentra au pavillon Saint-Mathieu, dans le service de M. Bazin. Alors, c'est-à-dire cinquante jours écoulés depuis l'inoculation, on vit avec surprise qu'au point où elle avait eu lieu s'était développée une papule rougeâtre, étalée et irrégulière, légèrement squammeuse, tout à fait sèche, de la largeur d'une pièce de 50 centimes environ, rappelant très-bien par conséquent la papule squammeuse frontale qui avait servi à l'inoculation.

Au dire du malade, le début de cette papule remontait à quinze jours environ; elle n'aurait donc commencé à se montrer que trente-cinq jours après l'inoculation. Au-dessus et autour de cette plaque, on découvrait quelques taches cuivrées un peu saillantes, commencement de la *syphilide squammeuse* consécutive qui plus tard s'est étendue aux autres régions du corps. Un ganglion douloureux, plus gros qu'une noisette, s'était développé dans l'aisselle correspondante.

Le 23 avril, le sujet se place comme infirmier dans une autre division du service de M. Bazin. Il était alors dans l'état suivant : taches de roséole sur le tronc; quelques rares papules squammeuses sur la face palmaire des membres supérieurs; persistance à l'avant-bras droit de la papule cuivrée initiale; papules squammo-croûteuses répandues abondamment dans le cuir chevelu; engorgement des ganglions cervicaux postérieurs; papules muqueuses commençantes à l'ombilic et au pourtour de l'anus. Rien à la bouche, au gosier, ni aux parties génitales.

Peu après, on institue le traitement spécifique, et déjà, le 18 mai suivant, tous les symptômes notablement amendés annonçaient une guérison prochaine.

Tous ces sujets, vierges d'ailleurs de toute syphilis avant nos expériences, étaient, comme on l'a vu, affectés de *lupus invétéré du visage*, sans offrir d'autres indices de scrofules. Il nous a semblé que ce genre d'expérimentation offrait moins d'inconvénient sur eux que sur d'autres. Peut-être même était-il permis d'espérer que le traitement spécifique institué en vue de combattre la diathèse syphilitique, pourrait modifier avantageusement la maladie ancienne de la peau, et que cette double modification pathologique et thérapeutique ne serait pas sans quelque heureuse influence sur le *lupus*, que l'on n'avait pu jusque-là amener à guérison. L'avenir nous apprendra si cet espoir pourra se réaliser.

En attendant, nous croyons que ces expériences, dont les résultats ont été constatés par plusieurs membres de la commission et par trois médecins de l'hôpital Saint-Louis, MM. Bazin, Devergie et Hardy, ne permettent plus d'élever aucun doute sur le caractère contagieux de la syphilis *consécutive* ou secondaire.

Si l'on y joint les inoculations pratiquées par d'autres médecins, tant en France qu'à l'étranger, et surtout les faits cliniques nombreux qui militent en faveur de notre opinion, nous pensons que toute tentative nouvelle d'inoculation serait superflue, et pourrait même être regardée comme blâmable.

Nous n'hésitons donc point à répondre par l'affirmative à la première question posée par M. le docteur Auzias-Turenne, et soumise à la Compagnie par M. le ministre.

Quant à la seconde question, outre qu'elle se trouve implicitement résolue par la solution de la première, les faits cliniques ne sont là ni moins nombreux ni moins probants que dans le premier cas.

Tous les praticiens ont vu, tous les auteurs ont cité des exemples d'infection de la nourrice par le nourrisson, et de la propagation ultérieure de la maladie à d'autres sujets par l'un ou par l'autre....; et il n'y a aucune raison de supposer que dans ce cas le virus syphilitique ait des propriétés différentes de celles observées chez l'adulte.

Les exemples d'infection du nourrisson par la nourrice sont moins nombreux et moins authentiques..., ce qui se comprend facilement, puisqu'une nourrice malade ne trouve guère de personnes disposées à lui confier un nourrisson. Cependant il en existe aussi dans la science; et récemment un médecin de Paris, M. le docteur Caron, a communiqué une observation fort intéressante sur ce sujet à la Société médicale du deuxième arrondissement.

En résumé donc, nous proposons à la Compagnie de répondre aux deux questions posées dans la lettre ministérielle de la manière suivante :

1° Il y a des accidents *secondaires* ou constitutionnels de la syphilis manifestement contagieux. En tête de ces accidents, il faut placer la papule muqueuse ou tubercule plat.

2° Cette règle s'applique à la nourrice et au nourrisson comme aux autres sujets, et il n'y a aucune raison de supposer que chez les enfants à la mamelle le produit de ces accidents ait des propriétés différentes de celles qu'on lui connaît chez l'adulte.

Action du seigle ergoté dans la parturition. — M. DANYAU, au nom de MM. P. Dubois, Depaul et au sien, rend compte à l'Académie du mémoire qui lui a été lu sur ce sujet par M. le docteur Deville, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

M. le rapporteur commence par faire remarquer que M. Deville est arrivé par la statistique à des conclusions identiques à celles qu'il a lui-même formulées dans le rapport adressé par l'Académie au préfet de la Seine en 1850, relativement au danger auquel les enfants sont exposés par l'administration du seigle ergoté prescrit pour hâter l'accouchement, et par conséquent à la nécessité de ne l'employer qu'avec une extrême réserve et des précautions particulières.

Entrant ensuite dans le cœur du sujet, M. Danyau, tout en se félicitant de cette conformité d'opinions, se livre à une longue et savante discussion critique sur quelques-uns des documents statistiques qui servent de base à ce travail; puis il termine son rapport en ces termes : « Si nous ne pouvons louer entièrement toutes les parties du travail de notre honorable confrère, nous reconnaissons volontiers que les faits qu'il signale sont de nature à inspirer à l'autorité administrative d'utiles recommandations à défaut de mesures restrictives, que repoussent l'état actuel de la législation, et, à certains points de vue, l'intérêt bien entendu des femmes.

Nous avons l'honneur de proposer les conclusions suivantes :

1° Adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Deville pour sa communication;

2° Déposer son mémoire dans les archives de l'Académie. (L'Académie adopte.)

— **M. DANYAU** donne lecture, au nom de M. Depaul et au sien, d'un deuxième rapport sur un travail relatif au même sujet de M. le docteur Chrestien, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, travail dans lequel l'auteur s'est proposé de démontrer l'innocuité et même les avantages du seigle ergoté dans l'accouchement. Une série de dix observations à l'appui de cette proposition fait la base de ce travail.

M. le rapporteur, après une discussion que nous regrettons également de ne pouvoir reproduire ici, conclut en disant qu'il ne croit pas que M. Chrestien ait démontré l'innocuité absolue du seigle; quant à ses avantages dans un certain nombre de cas bien déterminés, ils ne sauraient être mis en doute. Nous n'en devons pas moins, ajoute M. Danyau, des éloges à l'honorable agrégé de Montpellier pour le zèle dont il a fait preuve dans une question aussi importante que celle de l'administration du seigle dans la pratique des accouchements; et nous avons, en conséquence, l'honneur de vous proposer :

1° De lui adresser une lettre de remercîments pour sa communication;

2° De déposer son mémoire dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

Sur un point d'anatomie pathologique relatif à l'histoire de la cirrhose. — M. CH. ROBIN, en son nom et au nom de MM. Barth et Robert, lit un rapport sur un mémoire de M. Sappey, intitulé *Sur un point d'anatomie pathologique relatif à l'histoire de la cirrhose.*

Ce rapport est divisé en deux parties.

L'heure avancée ne permettant pas d'en achever la lecture, M. Robin, après avoir lu la première partie, demande au bureau la permission de renvoyer la deuxième à la prochaine séance.

Nous reviendrons sur l'ensemble de ce rapport quand il sera terminé.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Anévrysme guéri par l'injection d'une solution étendue de perchlorure de fer. — M. DEBOUT présente à l'Académie des dessins accompagnés d'une note se rapportant à un nouveau cas d'anévrysme guéri par l'injection d'une solution étendue de perchlorure de fer.

(Nous publierons ce fait dans un prochain numéro.)

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Le Havre, le 18 mai 1859.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

En réponse aux questions que nous ont adressées plusieurs médecins au sujet de nos préparations de quinium, nous avons l'honneur de vous prier de vouloir bien vous charger de transmettre au corps médical la déclaration suivante :

DÉCLARATION AU CORPS MÉDICAL.

Nous nous sommes proposé :

1° De trouver une préparation permettant d'utiliser tous les quinquinas qui contiennent à la fois de la quinine et de la cinchonine en notable proportion;

2° D'arriver à l'uniformité du produit par un dosage facile et rigoureux des alcaloïdes fébrifuges;

3° De conserver tous les produits utiles des quinquinas en éliminant seulement les matières inertes qui s'opposent à la facile absorption des principes actifs et qui fatiguent l'appareil digestif;

4° De fixer un rapport en quinine et en cinchonine comparable à celui qui se trouve dans les meilleurs quinquinas rouges.

Notre *quinium*, remplissant toutes les conditions ci-dessus, *peut donc être considéré comme le meilleur des quinquinas dont on a éliminé les parties inertes pour n'y laisser subsister que les principes actifs à doses parfaitement titrées et toujours les mêmes.*

Nous certifions que chaque *pilule* (du poids de 0,15 centigrammes de *quinium*) représente 5 centigrammes d'alcaloïde et 10 centigrammes de matière tannique et aromatique, et que chaque bouteille (contenant 500 grammes de notre vin) renferme 2 grammes 25 centigrammes de *quinium*, qui représentent invariablement 0,75 centigrammes d'alcaloïde et 1 gramme 50 centigrammes de principe tannique et aromatique.

MM. les médecins, en prescrivant nos préparations de *quinium*, seront donc certains qu'elles contiennent toutes les propriétés toniques et fortifiantes que l'on recherche vainement dans les vins, élixirs ou autres préparations de quinquina, dont la composition est *nécessairement* infidèle et l'efficacité insignifiante.

Agréez, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de notre considération distinguée, Alfred LABARRAQUE et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans son assemblée générale du 22 mai, l'Association médicale de l'arrondissement de Meaux a voté son annexion à l'Association générale des médecins de France à la majorité de 26 voix sur 28 votants.

— Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, M. le docteur Lhéritier est nommé médecin inspecteur des eaux de Plombières, en remplacement de M. le docteur Sibille, appelé à d'autres fonctions.

— Par le même arrêté, M. le docteur Delacroix, médecin inspecteur adjoint des eaux de Luxeuil, est nommé inspecteur adjoint des eaux de Plombières.

— Par décision du 19 de ce mois, M. Michel Lévy, directeur de l'École du Val-de-Grâce, a été désigné pour procéder à l'inspection annuelle de l'Ecole du service de santé militaire instituée près la Faculté de Strasbourg, et présider les examens d'admission au stage du Val-de-Grâce, qui auront lieu le 1er juin à Strasbourg, le 7 à Montpellier et le 13 à Paris.

— M. Ferrus, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, a été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite comme inspecteur général des établissements d'aliénés. La retraite de notre honorable confrère vient de donner lieu à la nomination de deux inspecteurs de 2e classe. MM. Constant et Antelme ont été appelés à ces fonctions.

— M. le docteur Caffe vient d'être promu à la dignité d'officier de l'ordre royal civil et militaire des SS. Maurice et Lazare de Sardaigne. Cette distinction, aux termes des statuts de l'ordre, donne droit à 1,200 livres de rente viagère en cas d'indigence constatée et survenue depuis l'obtention du titre.

Nous apprenons avec plaisir la nouvelle distinction dont vient d'être honoré notre savant collègue, et nous espérons bien qu'il ne sera jamais dans l'obligation de bénéficier de la clause des statuts que nous venons de rapporter.

— A la suite d'un brillant concours (suivant la formule consacrée), M. le docteur Oré a été nommé chirurgien adjoint à l'hôpital St-André de Bordeaux. Un seul candidat, M. Oré, avait pris part à ce concours.

— Un nouveau journal bi-mensuel vient de paraître à Bruxelles sous le titre de l'*Union médicale universelle*. Il a pour rédacteur en chef M. le docteur Léopold Durant, médecin de régiment pensionné.

Le Gérant, Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 63. — SAMEDI 28 MAI 1859. (32e ANNÉE.) N° 63. — SAMEDI 28 MAI 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De quelques accidents graves déterminés par les oxyures et de leur traitement.

En 1847, dans un très-bon mémoire inséré dans la *Gazette des Hôpitaux*, M. le docteur Marchand a fait l'histoire des oxyures vermiculaires, et tracé un tableau des principaux phénomènes pathologiques auxquels donne lieu l'existence de ces entozoaires dans le rectum, où ils résident d'habitude. Il n'est pas de praticien sans doute qui n'ait eu plus ou moins fréquemment l'occasion de constater la plupart des phénomènes décrits par M. Marchand. Mais nous croyons qu'il existe dans les annales de la science peu d'exemples de désordres morbides aussi graves que ceux dont M. le docteur Hervieux a rapporté un exemple curieux autant que rare dans une communication faite tout récemment à la Société médicale des hôpitaux.

« Faute d'avoir pu me rendre compte de la nature du mal auquel j'avais affaire, dit M. Hervieux, j'ai assisté pendant plus de six mois au déplorable spectacle d'un malade en proie par intervalles aux douleurs sphinctériennes les plus atroces, s'épuisant par une sécrétion catarrho-intestinale d'une abondance extrême, dépérissant à vue d'œil, et qui avait fini par tomber dans un état cachectique des plus alarmants, lorsqu'une circonstance imprévue me révéla la véritable cause de tous ces désordres, à savoir : la présence dans le rectum d'une innombrable quantité d'oxyures. »

Voici, d'après la relation qu'en a faite M. Hervieux devant ses collègues, les principales particularités de ce fait que nous empruntons au compte rendu de l'*Union médicale*. Il renferme des enseignements pratiques de plus d'un genre.

Le malade qui a fait le sujet de cette communication est un homme de trente-cinq à quarante ans, qui dans son enfance a beaucoup souffert des oxyures. A dater de l'âge de quinze ans, les démangeaisons dont l'anus était le siége presque tous les soirs diminuèrent très-notablement, mais sans cesser cependant d'une manière complète, malgré une foule de moyens successivement employés pour en combattre la cause. Dans le courant de juillet 1857, cet homme éprouva une sorte de dyssenterie qui fut attribuée alors à une influence épidémique régnante. Cependant cette diarrhée offrait déjà des caractères spéciaux qui n'étaient pas ceux de la dyssenterie vraie. Le malade, qui allait six à huit fois par jour à la garde-robe, éprouvait chaque fois un besoin si brusque, si irrésistible, d'évacuer les matières contenues dans le rectum, que si à l'instant même il n'avait eu à sa portée les moyens d'y satisfaire, le sphincter était vaincu.

Ces évacuations n'étaient jamais suivies de la sensation de soulagement à laquelle donnent lieu d'ordinaire les garde-robes. Elles s'accompagnaient, au contraire, de ténesme, d'épreintes douloureuses et d'efforts violents, qui n'amenaient aucun résultat. Il était digne de remarque, enfin, que malgré ces nombreuses évacuations, le malade rendait assez régulièrement une fois par jour des matières solides.

Ces accidents, après un mois de durée, se calmèrent d'eux-mêmes. Plusieurs fois, pendant l'hiver de 1857-1858, ils se montrèrent de nouveau à la suite du plus léger excès de table, et principalement après l'usage du café et des alcooliques. Mais il suffisait d'une diète convenable pour en faire justice aussitôt. Au mois de juin 1858, ils firent tout à coup explosion avec une telle violence, que le malade fut obligé d'invoquer les secours de l'art. Voici ce qu'apprit alors un examen attentif.

Le malade éprouvait dix, douze, quinze fois par jour le besoin d'aller à la selle, besoin toujours brusque et irrésistible. Les évacuations étaient constituées par un liquide filant, visqueux, d'apparence glaireuse, plus pesant que l'eau. Cette circonstance expliquait jusqu'à un certain point ces envies si promptes, si soudaines d'aller à la selle et l'impossibilité de temporiser. Les épreintes, au lieu de cesser après l'expulsion de cette sécrétion glaireuse, persistaient des heures entières, et reconnaissaient pour cause un spasme horriblement douloureux du sphincter. Ce spasme, même dans les instants de calme qu'éprouvait le malade, ne s'apaisait jamais complétement. Le rectum était constamment le siége d'un sentiment de tension et de pesanteur qui s'irradiait vers les régions périnéale, ischiatiques et fessières. De plus, le malade accusait un état de contracture permanente dans la partie latérale droite de l'anneau sphinctérien. Cette convulsion tonique du sphincter, qui était continue, mais avec exacerbation, avait pour effet de faire passer par une sorte de filière les matières solides régulièrement excrétées une fois tous les jours dans l'intervalle des crises dont il vient d'être question. Le passage de la position horizontale à la station verticale faisait naître aussitôt un impérieux besoin d'aller à la selle. La station verticale prolongée exagérait notablement la tension douloureuse, qui, par une sorte de retentissement, paraissait siéger dans les muscles du périnée, des cuisses, des fesses et de l'aine. Il n'existait d'ailleurs aucune réaction fébrile ; l'appétit était conservé. Les seuls troubles concomitants et qu'on pouvait considérer comme des phénomènes de voisinage liés à cet état des voies rectales, étaient une dysurie légère, un peu de ténesme vésical.

En présence de cet ensemble insolite d'accidents, M. Hervieux éprouva de grandes perplexités. De toutes les hypothèses qui se présentèrent successivement à son esprit, telles que celles d'une dyssenterie, d'une fissure anale, d'un rétrécissement organique, d'une dégénérescence, etc., aucune ne concordait avec l'ensemble des symptômes observés. S'arrêtant à l'idée provisoire d'une rectite, bien convaincu d'ailleurs que ce n'était pas là tout le diagnostic, il eut recours aux antiphlogistiques (applications de sangsues, bains tièdes, opium, lavements) et à un régime diététique sévère. Mais malgré l'exécution rigoureuse de ce traitement, la sécrétion muqueuse intestinale ne tarissait pas, et les douleurs du sphincter allaient toujours croissant. Les sangsues, l'opium, les bains restaient complétement sans effet ; les lavements ne pouvaient être tolérés, si faible que fût la dose du liquide injecté ; la pénétration des premières gouttes donnait lieu à des efforts d'expulsion si énergiques, à des douleurs si intolérables, que le malade en était venu à concevoir un véritable sentiment d'horreur pour l'emploi de ce moyen.

Le malade passa ainsi plusieurs mois dans cette position cruelle, osant à peine prendre quelques aliments dans la crainte d'exaspérer ses douleurs, maigrissant à vue d'œil, et tombant dans un état chloro-anémique de jour en jour plus voisin de la cachexie. Plusieurs médecins furent successivement consultés ; l'un proposa la dilatation forcée du sphincter, un autre la section de cet anneau musculaire, un troisième l'introduction de sondes en gomme élastique dans le rectum, etc. ; mais aucun de ces moyens ne fut accepté.

Les choses en étaient là, lorsque dans le courant des mois de novembre et décembre, les accidents parurent se calmer spontanément ; le catarrhe rectal était moins abondant, le spasme du sphincter moins intense, les douleurs supportables, les matières fécales moins effilées. M. Hervieux profita de cet instant de répit pour proposer un purgatif qui fut accepté. (Les purgatifs avaient déjà été proposés, mais le malade jusque-là s'était obstinément refusé à en faire l'essai.)

Le 25 décembre, il prit 40 grammes d'huile de ricin. Il en résulta plusieurs selles copieuses qui amenèrent l'évacuation d'une multitude innombrable de petits vers de 3 à 4 millimètres de longueur, qu'il fut aisé de reconnaître pour des oxyures.

Il était permis, dit M. Hervieux, de supposer que cette fourmilière d'oxyures n'était pas étrangère aux accidents dont le rectum était le siége depuis près de dix-huit mois ; mais on n'en avait pas encore la preuve ; elle ne se fit pas longtemps attendre. Dès le lendemain, en effet, la sécrétion rectale était arrêtée, les douleurs disparues, l'excrétion des matières plus facile ; une semaine entière se passa sans qu'il survînt aucune espèce d'accident. Au bout de huit jours, le catarrhe de l'intestin avait montré quelque tendance à se reproduire ; mais une nouvelle dose d'huile de ricin, en amenant encore une fois la sortie d'une foule incalculable d'oxyures, fit complétement cesser tous les accidents.

Dans le courant de janvier 1859, le malade a repris deux fois, à quinze jours d'intervalles, l'huile de ricin, mais le nombre des oxyures mêlés à la matière des évacuations avait considérablement diminué, et c'est à peine si l'on en découvrit quelques-uns après la dernière prise du médicament. Les lavements quotidiens ont été substitués alors à l'emploi de l'huile de ricin, et ils semblent avoir puissamment contribué à consolider la guérison. En effet, depuis ce moment tous les désordres locaux ont disparu. Le malade a pu reprendre ses habitudes, et renoncer au régime sévère qu'il s'était imposé. Les forces et l'embonpoint sont revenus ; le rétablissement, en un mot, a été complet.

Ce fait soulève plusieurs questions très-intéressantes, questions de diagnostic et de traitement. L'examen de ces deux points, d'un grand intérêt pratique, nous entraînerait trop loin aujourd'hui. Nous le renvoyons à la prochaine *Revue*.

BIBLIOGRAPHIE.

De la nutrition comme source unique de la santé et de la maladie, ou seuls principes desquels puissent être déduits la nature des maladies, leur traitement et les moyens de les prévenir; par E. H. LE BRUMENT, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne de l'Asile des Aliénés de la Seine-Inférieure, membre de la Société de médecine de Rouen, etc. — 1 vol. in-12, 1859. A Paris, chez Amyot, 8, rue de la Paix, et à Rouen, chez Le Brument, libraire, 55, quai Napoléon.

Depuis longtemps déjà nous aurions dû donner connaissance de cet ouvrage aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*. Nous leur faisons nos excuses de ce retard, ainsi qu'à l'auteur. Les hommes de science qui habitent loin de Paris et qui ont le courage de vaincre les difficultés qu'entraînent une publication, et surtout un travail accompli loin de ce centre, sont en effet très-rares ; ceux, par conséquent, qui prennent encore quelque intérêt au progrès des connaissances sur lesquelles repose l'art de guérir, seraient fort coupables s'ils ne tenaient compte des efforts que font pour l'avancement de la science des médecins privés des moyens de divulgation que la presse nous fournit.

C'est là une circonstance qui fera mieux ressortir le mérite qu'a M. Le Brument d'avoir mené à bonne fin l'ouvrage que je vais analyser.

Dans l'introduction, l'auteur fait ressortir très-nettement l'état d'infériorité dans lequel se trouve la thérapeutique médicale comparativement à plusieurs des autres branches de la médecine. Il remarque avec raison qu'il n'en serait pas ainsi, « si les moyens qu'on oppose aux maladies étaient sagement déduits des lois qui régissent l'organisme. » Fidèle à ce principe dans l'exposé du plan de l'ouvrage complet qu'il se propose de publier en quatre parties, M. Le Brument a consacré la première à l'étude des lois qui concernent la nutrition considérée à l'état normal. Ce volume est exclusivement destiné à traiter ce sujet envisagé au point de vue de ses applications à la médecine. Les autres traiteront de ces applications elles-mêmes. C'est donc une partie de la physiologie, la plus importante de toutes pour le médecin, dont M. Le Brument s'est occupé d'abord, afin de pouvoir arriver à déterminer ensuite d'une manière précise, une fois connues les lois de la nutrition, la nature des troubles qu'elle subit, et consécutivement les moyens qu'on doit leur opposer.

Il étudie d'abord les agents extérieurs de la nutrition, puis les voies par lesquelles ces agents pénètrent dans l'économie. Il entre ensuite plus directement dans l'étude de la nutrition même. Ici je commence à me trouver en désaccord avec l'auteur. Il traite de l'*absorption* et des *sécrétions* avant de parler de la nutrition, tandis qu'on sait que l'une et l'autre sont des propriétés de tissu qui sont sous la dépendance de la nutrition.

L'absorption et la sécrétion reposent chacune sur deux propriétés de la substance organisée, l'une d'ordre physique, l'autre d'ordre organique ou vital. La sécrétion a pour condition physique l'exosmose ; mais elle en diffère et ne doit pas être confondue avec elle. En effet, dans la sécrétion, la substance complexe qui sort molécule à molécule au travers du tissu, est modifiée dans sa composition immédiate, et se trouve au delà des parois sécrétantes autre qu'elle n'était en deçà. Elle a, d'autre part, pour condition d'ordre organique la nutrition, et particulièrement celui de ses deux actes élémentaires appelé désassimilation. C'est là ce qui fait que dans les parenchymes glandulaires le liquide sécrété diffère du sang non-seulement par la proportion des principes constituants, mais encore parce que pendant le passage à travers les éléments du parenchyme il y a eu formation de principes immédiats n'existant pas dans le sang ; elle sort plus complexe qu'elle n'était avant son issue. L'absorption, au contraire, a pour condition d'ordre organique ou vital d'existence celui des deux actes élémentaires de la nutrition appelé *assimilation*, et pour condition physique l'*endosmose* ; mais elle diffère de celle-ci en ce que la matière qui pénètre molécule à molécule la substance organisée absorbante, arrive dans les vaisseaux ou autres cavités différente de ce qu'elle était lors de son entrée ; elle y arrive en effet plus complexe, parce que les éléments du tissu absorbant lui cèdent quelques parties de leurs principes constituants.

Ayant reconnu cette liaison de l'absorption et de la sécrétion à la propriété de nutrition (p. 215), l'auteur ne devait point intervertir l'ordre de leur étude, d'autant plus que cette interversion l'a conduit à traiter de la nutrition comme il aurait fait d'une fonction. Cette

Traitement de l'anévrysme par l'injection d'une solution étendue de perchlorure de fer.

Tout le monde sait la part que notre savant confrère M. le docteur Debout a prise à l'étude et à l'introduction dans la pratique de la méthode Pravaz pour le traitement des anévrysmes. En 1853, après que M. le professeur Malgaigne eut porté la question à la tribune de l'Académie de médecine, M. Debout présenta devant ce corps savant, au nom de M. le docteur Valette (de Lyon), l'observation d'un nouveau cas de guérison d'un anévrysme du pli du coude. Cette observation était remarquable surtout en ce que le succès de la tentative n'avait fait courir aucun danger au malade, résultat heureux que M. Debout n'hésitait pas à rapporter à la moindre densité de la solution de perchlorure mise en usage. Cependant l'opéré ayant succombé deux mois après à une lésion organique étrangère à l'anévrysme, l'examen anatomique des pièces vint démontrer que le perchlorure à 30°, dont s'était servi M. Valette, beaucoup moins concentré déjà que celui dont on s'était servi dans les premiers essais, était encore trop fort, et qu'il dépassait la limite d'action nécessaire pour obtenir la simple coagulation du sang dans la poche ou dans le vaisseau anévrysmal. En effet, l'oblitération des artères avait été, dans ce cas, le résultat d'une inflammation des parois de ces vaisseaux, c'est-à-dire qu'on retrouvait dans ce mode de guérison la source même des accidents redoutables qui avaient fait signaler la méthode comme dangereuse. En un mot, M. Debout concluait de ce fait à la nécessité de mettre désormais en œuvre des solutions moins concentrées de l'agent coagulateur, si l'on voulait se mettre à l'abri de toutes chances d'accidents.

Cet avis fut écouté. Il a été publié depuis, en effet, plusieurs observations d'anévrysmes guéris par des injections de solutions à 20° et au-dessous. Mais comme le fait très-judicieusement remarquer notre confrère, les faits cliniques seuls ne suffisent pas pour éclaircir tous les points de la question, et jusqu'à ce que la méthode coagulante soit nettement formulée, les observations les plus instructives seront celles qui sont suivies d'autopsie. Le fait suivant, que M. Debout a communiqué à l'Académie dans la dernière séance, au nom de M. le professeur Dieulafoy (de Toulouse), est précisément d'autant plus instructif sous le point de vue qui nous occupe, qu'il s'agit ici, comme dans l'observation de M. Valette, d'un cas de guérison dont un accident mortel étranger à l'anévrysme a également permis d'étudier les résultats encore tout récents.

Anévrysme de l'artère cubitale droite. — Injection au perchlorure de fer. — Mort, le quarantième jour après l'opération, de causes étrangères à l'anévrysme. — Réduction extraordinaire du volume de la tumeur démontrée par l'autopsie.

« Le 7 mai 1857, M. Dieulafoy fut appelé auprès de M. R..., âgé de 58 ans, affecté d'un anévrysme de la partie supérieure de l'artère cubitale du bras droit. La tumeur, dont l'apparition remontait à peu de mois, avait déjà acquis un volume considérable; elle présentait dans ses deux diamètres 81 millimètres sur 54. Elle était superficielle; aussi les mouvements de dilatation et d'expansion y étaient-ils très-sensibles. Depuis quelques jours, une douleur violente s'était développée dans la tumeur, et parfois cette douleur s'étendait dans tout le membre.

» En présence d'un tel anévrysme, de son développement sensible et journalier, il était urgent d'agir. Par suite de diverses considérations qu'il serait superflu de rappeler ici, M. Dieulafoy donna la préférence, sur toutes les autres méthodes de traitement, à l'injection coagulante.

» Après avoir obtenu du perchlorure de fer de Burin-Dubuisson, à 18 ou 20 degrés, il s'agissait de déterminer la quantité qu'on devait en injecter dans la poche anévrysmale pour produire la formation du caillot chimique. D'après des calculs approximatifs, on trouvait que la capacité de la tumeur était de 0,124 litre, ou bien un peu plus de 12 centilitres.

» Ces données une fois acquises, fallait-il, comme le recommande M. Broca, injecter autant de fois 20 gouttes qu'on trouvait de centilitres? M. Dieulafoy fut effrayé de l'énorme quantité d'agent coagulant (240 gouttes) qu'il aurait fallu injecter. Il résolut en conséquence de s'éloigner de ce précepte, et décida, après avoir pris l'avis de M. Debout, qu'il ne ferait exécuter au piston de la seringue que dix-huit ou vingt demi-tours représentant, comme on le sait, 18 ou 20 gouttes de liquide.

» A part cette modification dans la quantité du perchlorure, le manuel opératoire et les divers temps de l'opération furent exécutés ainsi que le recommande M. Broca. Les 20 gouttes de liquide furent injectées à de très-courts intervalles dans la poche anévrysmale, dans quatre ou cinq points différents de son intérieur, en donnant à l'instrument une légère inclinaison à droite, à gauche, en bas, en haut. Ces divers centres d'injection étaient destinés à devenir le noyau de caillots chimiques multiples. Cette manière de faire réussit à merveille, car après cinq ou six minutes, la tumeur parut suffisamment durcie dans toute son étendue.

» Les phénomènes qui suivirent immédiatement cette opération furent un abaissement considérable de température dans tout le membre, et quelques minutes après des douleurs intolérables se déclarèrent, dans la face externe principalement. L'emploi de légères frictions avec des linges chauds, une pommade au chloroforme et au cyanure de potassium, secondées par l'usage de l'opium à l'intérieur, amenèrent le calme au bout de quelques heures.

» Le lendemain de l'opération, la tumeur était toujours dure, sans battements, sans changement de couleur de la peau; un bandage modérément compressif fut ajouté au traitement de la veille, et les douleurs ne reparurent plus.

» A partir de cette époque, l'état général du malade sembla s'améliorer sous l'influence de la disparition de la douleur et d'un sommeil bienfaisant qu'il put paisiblement goûter; mais cette amélioration ne fut pas de longue durée; une vieille maladie de l'estomac et de l'intestin, jointe à un catarrhe et à une paralysie de la vessie, reprirent une nouvelle intensité, et le malade succomba au moment où l'on pouvait le considérer comme à peu près guéri de son anévrysme, dont le volume avait considérablement diminué. (La tumeur n'avait plus dans ses grandes dimensions que 30 millimètres de diamètre d'une part et 15 millim. de l'autre). Il mourut le quarantième jour après l'opération. »

Conformément au désir de M. Dieulafoy, M. Debout a procédé à l'examen anatomo-pathologique de cette pièce.

Une coupe longitudinale, pratiquée suivant l'axe du grand diamètre de l'anévrysme, a laissé voir son intérieur complétement rempli par deux caillots. L'un, périphérique, occupe la plus graude partie de la poche; il est composé de couches concentriques de fibrine tout à fait semblables à celles qu'on rencontre dans les tumeurs en voie de guérison spontanée; au centre de ces couches se trouve un caillot dont la couleur foncée tranche fortement sur la teinte jaunâtre des couches fibrineuses. Ce caillot chimique présente son grand diamètre dans le sens de la largeur de la poche, 2 centimètres; il en occupe presque toute l'étendue; son autre diamètre est moitié moindre; ce caillot n'est pas limité à l'intérieur de la poche, mais il se prolonge, par l'ouverture de communication de celle-ci avec l'artère cubitale, dans la partie supérieure de ce dernier vaisseau. Au niveau de la naissance de la radiale ce caillot cesse brusquement; sa longueur est de 3 centimètres.

Au-dessous du sac anévrysmal, l'artère cubitale est vide et son calibre conservé. Il n'en est pas de même de l'interosseuse, dont les parois se sont rétractées, et qui se trouve ainsi transformée en un cordon fibreux.

Il est une autre particularité importante à noter, c'est l'existence d'une ouverture que la poche présente à sa partie supérieure; ouverture qui, suivant toute probabilité, correspond au point par lequel a pénétré le trocart de la seringue à injection.

Le fait le plus inattendu que M. Debout a constaté est, sans contredit, la présence simultanée d'un caillot actif et celle d'un caillot chimique dans la poche anévrysmale. On a noté déjà que le caillot actif occupait la plus grande partie de la poche, et que l'organisation des couches fibrineuses était tout à fait semblable à celle que présentent les anévrysmes en voie de guérison spontanée, c'est-à-dire que les couches les plus excentriques étaient les plus denses et les plus décolorées, et même que celles qui touchaient aux parois se confondaient avec ces dernières.

Ce caillot, se demande M. Debout, existait-il avant le moment de l'injection, ou sa formation est-elle postérieure à l'opération?

« Les renseignements fournis par M. Dieulafoy sur l'expansibilité de la poche, dont les mouvements étaient visibles, l'absence de toute trace de sel de fer dans les couches fibrineuses, quoique le chirurgien ait disséminé ses 20 gouttes de solution coagulante dans des points divers de la cavité anévrysmale, la solidification de la tumeur aussitôt après l'opération, tout semble indiquer, dit M. Debout, que ces couches fibrineuses périphériques n'existaient pas au moment de l'opération, du moins en quantité aussi considérable que celle constatée à l'autopsie.

» Que si le caillot actif, en entier, ou seulement en partie, avait été produit après l'injection, comme la coagulation du sang dans la poche anévrysmale et dans la partie supérieure de l'artère cubitale, s'opposait à tout abord du liquide, il faudrait admettre ou que les matériaux des couches fibrineuses ont été fournis par une exsudation plastique du sac, ou qu'ils se sont séparés du caillot chimique produit par le perchlorure.

» La densité plus considérable des couches les plus extérieures du caillot repousse la première hypothèse; reste donc la seconde. Les résultats de plusieurs expérimentations que nous avons tentées sur des animaux avec des solutions étendues, nous fourniraient des arguments à l'appui de cette dernière supposition. Toutefois, préférant la discuter à l'aide des faits, nous attendrons la fin d'une nouvelle série d'essais en voie d'exécution. »

En attendant, M. Debout a cru pouvoir tirer de l'examen comparé des deux pièces fournies par les malades de MM. Valette et Dieulafoy quelques enseignements utiles, particulièrement en ce qui concerne l'action traumatique exercée par les ponctions du trocart et le degré de la densité des solutions du perchlorure de fer. Voici comment il s'exprime à l'égard de ces deux questions :

« Le petit volume du trocart de la seringue construite par M. Charrière avait conduit Pravaz à penser que les ponctions des parois artérielles seraient complétement inoffensives. Les faits cliniques, aujourd'hui nombreux, semblent prouver qu'il en est ainsi. Toutefois, l'examen des pièces ci-dessus témoigne que l'action traumatique de cet instrument se fait sentir d'une manière plus sensible que ne le croyait l'auteur du procédé.

» Sur toutes les artères carotides des chevaux soumis aux expérimentations, on distinguait le point où l'instrument avait pénétré dans le vaisseau. La lésion de la paroi artérielle restait la même, quel que fût le degré de la solution injectée.

» Les faits observés chez l'homme prouvent que, malgré la différence d'organisation des artères et des sacs anévrysmaux, cette lésion se montre la même, c'est-à-dire proportionnelle à l'action traumatique exercée par l'instrument. Ainsi, sur la pièce fournie par M. Valette, quoique la solution du perchlorure fût à 30°, la piqûre du sac s'est cicatrisée.

» La lésion consécutive a cousisté, malgré les accidents inflammatoires provoqués par le haut degré de concentration ou d'acidité du sel de fer, en une légère élevure du volume d'un grain de chènevis, tandis que sur la pièce présentée par M. Dieulafoy, on voit l'ouverture pratiquée au sac s'ulcérer et s'agrandir de manière à présenter des dimensions sept ou huit fois plus considérables que celle de la canule du trocart.

» Ce danger, dont l'examen de ces pièces révèle l'importance, doit faire rejeter le conseil donné par Pravaz, de fractionner la dose de l'agent coagulant, en projetant la solution dans les divers points du sac anévrysmal, dans le but de multiplier les

---

faute, commise par la plupart des physiologistes, a des conséquences fâcheuses pour la science, et plus encore pour la médecine. Il importe, en effet, de ne pas confondre les *fonctions végétatives dites de nutrition*, accomplies par certains appareils déterminés, avec la *propriété de nutrition*.

La *nutrition* est une propriété de tous les éléments, et par suite de tous les tissus, sur laquelle reposent toutes les autres, propriété sans laquelle les corps vivants n'existeraient pas.

La *sécrétion* est une propriété des tissus qui appartient à la plupart d'entre eux, et spécialement aux parenchymes. Elle varie dans chacun d'eux selon sa texture et les éléments qui le constituent; mais les organes qui sécrètent ne sont pas en relation les uns avec les autres, de manière à former un appareil ayant pour résultat de son activité l'accomplissement d'une fonction; ils sont seulement annexés à tous les autres appareils; ils concourent à les former tous, et leur fournissent chacun quelque principe spécial.

L'*absorption* n'est également qu'une propriété des tissus, qui varie dans chacun d'eux, comme la sécrétion, suivant sa texture, et surtout suivant la quantité des vaisseaux qui emportent les principes absorbés au fur et à mesure de leur pénétration. Elle repose sur le fait physique élémentaire d'endosmose, comme la sécrétion sur celui d'exosmose, modifiés l'un et l'autre par le double fait chimique continu de combinaison et décombinaison qui caractérise la nutrition; propriété vitale ou élémentaire fondamentale. Il en est, à plus forte raison, de même de l'exhalation, mot qui ne s'applique qu'au simple fait physique d'évaporation à la surface des tissus des substances volatiles. Ne serait-ce pas oublier les notions scientifiques les plus élémentaires qui établissent la relation de cause à effet, des conditions d'action à l'acte lui-même, que d'admettre encore l'existence de fonctions sans appareils? Est-ce que tous les tissus sans exception ne jouissent pas des propriétés énoncées tout à l'heure? Comment ne pas reconnaître que si tous les éléments et les tissus ne jouissaient de la propriété d'endosmose, d'où absorption, de celle d'exosmose, d'où sécrétion, et ne se combinaient et décombinaient incessamment avec ce qui entre et ce qui sort, d'où nutrition; comment ne pas reconnaître, dis-je, qu'ils n'existeraient pas? Ce n'est pas là une chose qu'ils soient chargés d'accomplir, puisque ce sont les faits qui constituent et caractérisent leur existence même. Les fonctions, au contraire, sont un résultat de la mise en action par les éléments qui en jouissent, de ces propriétés irréductibles, de nature intime inabordable. Chacune des fonctions se manifeste au dehors, se rattache spécialement à l'accomplissement de ces actes primordiaux.

1° La *digestion*, qui introduit par endosmose les matériaux liquides et solides liquéfiés, et satisfait à l'acte chimique de composition ou assimilation nutritive;

2° L'*urination*, qui rejette les principes liquides ou solides dissous devenus impropres à la nutrition, en vertu de la propriété physique d'exosmose des éléments organiques, et satisfait à l'acte, chimique au fond, de décomposition ou désassimilation, le second des deux actes que présente d'une manière continue tout être vivant;

3° Puis vient la *respiration*, qui absorbe et rejette à la fois, en raison des propriétés physiques d'endosmose et exosmose, et satisfait simultanément aux deux actes chimiques de composition assimilatrice et décomposition désassimilatrice des gaz en particulier;

4° Enfin la *circulation*, qui distribue les matériaux à toutes les parties, en vertu des propriétés purement mécaniques des liquides et des solides.

Ce n'est guère qu'à compter du commencement de ce siècle que la nutrition, en tant que propriété de tissu, en tant que propriété vitale élémentaire, a été confondue avec les fonctions dites de nutrition, et particulièrement avec la digestion, au point que pour certains auteurs le mot *nutrition* est à peu près synonyme de digestion. Chez les auteurs du siècle dernier, et plus anciens encore, le mot nutrition est généralement pris dans le sens que je lui ai donné plus haut. *Nutritio est actio naturalis quâ intercedentibus variis alterationibus subordinatis et segregationibus, beneficio caloris vitalis, succus nutritius partibus corporis universis ac singulis oblatus in substantiam nutriendi convertitur, et ita, quod antea deperditum est, reparatur* (Charleton, *Exercitationes physico medicæ*, Londini, 1658.) *Nutritio* est continue effluentis materiæ redintegratio. (Castelli, *Lexicum medicum*. Genevæ, 1746.) Le sens adopté dans ce livre est celui dans lequel Buffon et Haller l'avaient pris, mais avec plus de précision et d'exactitude encore. (Haller, *Elementa physiologiæ*, 1766. Status hominis et nutritio, p. 48 et suiv.)

Buffon (*Histoire naturelle des animaux*) distingue nettement la nu-

centres de coagulation. Mieux vaudrait tenter d'assurer le résultat en malaxant la tumeur après l'injection ; encore cette manœuvre doit-elle être pratiquée avec une grande réserve.

» Les faits cliniques ont suffi pour proscrire l'emploi des solutions à 45 degrés proposées par Pravaz. Les lésions anatomo-pathologiques constatées sur la pièce de M. Valette, montrent les dangers auxquels on s'expose en se servant des solutions à 30°. L'examen de la pièce de M. Dieulafoy ne doit pas rassurer complétement sur la mise en œuvre des solutions réduites à 20°, puisque l'une des artères, l'interosseuse, a été oblitérée.

» Puisque tous les faits connus montrent que l'innocuité de l'emploi de la méthode nouvelle est en raison directe de la moindre densité de l'agent coagulant, pourquoi n'abaisserait-on pas encore le degré de concentration du perchlorure de fer et n'essayerait-on pas des solutions à 15 degrés et même à 10 degrés? Nos expérimentations sur les animaux ont prouvé qu'on obtient une coagulation complète du sang avec ces faibles solutions. N'oublions pas d'ailleurs que le caillot provoqué dans les tumeurs anévrysmales, se trouvant renfermé dans une sorte de diverticulum, ne reçoit pas directement le choc de l'ondée sanguine qui parcourt le tube artériel, et que, sans nul doute, grâce à ces conditions particulières, il doit être persistant. »

En résumé, les points sur lesquels M. Debout appelle l'attention des expérimentateurs sont :

1° L'action traumatique exercée par la piqûre du trocart, et qui doit faire réduire la manœuvre opératoire à la simple ponction de l'anévrysme, et à la projection du perchlorure en un seul point de la tumeur ;

2° La nécessité d'exercer une compression sur l'artère au-dessus et au-dessous de l'anévrysme, afin de prévenir la migration des caillots provoqués ;

3° Le danger de dépasser le chiffre de 20 degrés pour le titre des solutions du perchlorure destinées à ces opérations, sous peine de s'exposer à des accidents inflammatoires.

CALCUL ENGAGÉ DANS LA PORTION PROSTATIQUE et membraneuse du canal de l'urèthre. — Rétention d'urine. — Uréthrotomie. — Extraction du calcul le 16 mai 1859.

Le malade qui fait l'objet de cette observation, âgé de quarante et un ans, est couché au n° 33 des salles de M. Huguier.

Etant enfant, il avait une incontinence d'urine : la nuit, il urinait au lit, et le jour l'urine s'échappait souvent goutte à goutte et sans qu'il en eût conscience.

Plusieurs fois ses parents essayèrent pour le guérir de moyens capables de l'effrayer ou de piquer son amour-propre; puis, comme on leur dit qu'il pouvait bien avoir la pierre, ils ne firent plus rien pour le débarrasser de cette infirmité, qu'il garda jusqu'à l'âge de quinze ans. Du reste, il ne se souvient pas d'avoir éprouvé à cette époque des douleurs du côté des voies urinaires.

Il y a douze ans environ, il vint à Paris, et servit comme domestique dans diverses maisons.

Quelques années plus tard, il contracta une blennorrhagie, et consécutivement il eut une orchite.

Il entra alors à la Maison de santé, et, après dix-huit jours d'un traitement approprié (bains, sangsues, cataplasmes), il en sortit guéri de l'orchite, mais non complétement débarrassé de son écoulement, qui, depuis ce jour, a toujours persisté. La profession de valet de pied qu'exerce notre malade nécessitant la station debout derrière les voitures ou à l'antichambre, le défaut absolu de soins hygiéniques et les excès de boisson auxquels il se livrait, tout cela était peu fait pour le guérir.

Il n'éprouvait pourtant encore à cette époque d'autres douleurs que celles occasionnées par le passage de l'urine dans le canal lorsqu'il avait bu avec excès.

Il s'aperçut plus tard (quinze ou dix-huit mois après) que pendant la miction le jet de l'urine n'avait plus la vigueur et le volume accoutumés. A sa sortie du canal, il se bifurquait d'abord, et puis il coulait ensuite en forme de tire-bouchon.

L'excrétion de l'urine était devenue douloureuse.

D'abord le besoin s'en faisait sentir à des intervalles peu éloignés il était impérieux, et se changeait bientôt en une vive douleur au col de la vessie quand il n'était pas satisfait.

Tout le temps que l'urine traversait le canal, il y avait un sentiment de soulagement, et puis, aussitôt après la miction, c'était le méat urinaire qui devenait le siége d'un chatouillement pénible.

L'urine était rendue chaque fois en petite quantité ; le malade, qui ne s'inquiétait en aucune façon de son état, avait pourtant remarqué que l'urine contenue dans son vase de nuit était foncée, et qu'il y avait au fond comme un dépôt de matières blanches ou jaunâtres.

Les douleurs qui accompagnaient l'excrétion de l'urine étaient plus ou moins vives; elles cessaient même quelquefois complétement, pour reprendre avec plus de force aussitôt après un excès de boisson.

Mais elles n'existaient pas seules : dans l'intervalle des mictions, des tiraillements douloureux se faisaient sentir dans les aines, avec une sensation de poids au périnée qui augmentait surtout après un exercice debout.

Malgré tout cela, le malade n'avait jamais consulté aucun médecin ; il n'a rien fait pour empêcher ces accidents, et jamais il n'a été sondé.

Les rapports sexuels avaient souvent lieu avec excès, et ils étaient suivis des mêmes conséquences que les excès de boisson. L'érection seule était souvent accompagnée de tiraillements douloureux dans les aines et d'ardeurs dans le canal.

Il y a douze jours, le malade a été pris, sans cause appréciable, d'une violente douleur au périnée avec impossibilité absolue d'uriner. La fièvre est survenue presque aussitôt.

Obligé de s'aliter, il a été vu par le médecin de la maison, qui le sonde avec beaucoup de difficulté, et ne donne issue par ce moyen qu'à une très-faible quantité d'urine sanguinolente. Alors, et même après avoir été sondé, les douleurs persistent très-violentes; l'envie d'uriner est continuelle, et le malade se fait sonder jusqu'à cinq ou six fois par jour sans plus de succès que la première fois. L'urine s'écoule à peu près constamment goutte à goutte, mais sans soulagement pour le malade.

Le troisième jour de ces accidents, on prescrit une application de sangsues au périnée; des bains avaient déjà été donnés; mais, malgré l'emploi de ces moyens, la fièvre, les douleurs, la rétention d'urine continuèrent; il y avait une insomnie opiniâtre; enfin, le malade se décide à venir se faire traiter à l'hôpital.

Il arrive le 15 mai à l'heure de la visite : il est pâle, défait, en proie à une angoisse visible; depuis plusieurs jours déjà les essais de cathétérisme ne donnent issue qu'à quelques gouttes de sang, et ne font que réveiller les douleurs; l'urine, qui coule toujours par regorgement, imbibe les linges du malade, et a déterminé sur toute la peau de la verge, du prépuce et du scrotum un érythème douloureux. Le tissu cellulaire sous-préputial est le siége d'un œdème assez considérable. La verge est tuméfiée et douloureuse.

M. Huguier l'examine immédiatement, essaye de le sonder, et constate à la fin de la portion membraneuse, où le bec de la sonde est arrêté, la présence d'un calcul qui s'étend de là dans toute la région prostatique. Le doigt introduit dans le rectum ne sent aucun corps étranger dans le fond de la vessie, mais seulement au niveau du col, dans lequel est engagé le calcul, que l'on peut assez facilement repousser en avant.

La vessie est pleine d'urine et considérablement dilatée.

M. Huguier se décide aussitôt à débarrasser le malade. On le couche sur le dos, le bassin sur le bord du lit; les cuisses, fléchies sur le bassin, sont maintenues par deux aides; un autre aide introduit son doigt dans le rectum et le recourbe sur le calcul, qu'il maintient ainsi en place.

Une incision comprenant tous les tissus jusqu'à l'urèthre est pratiquée sur la ligne médiane. L'urèthre est incisé à son tour suivant sa longueur, et le bistouri tombe alors sur le calcul.

Une sonde cannelée recourbée est introduite à la partie antérieure de la plaie, de manière à soulever le calcul et à faire basculer son extrémité antérieure, qui vient alors s'engager entre les lèvres de l'incision. Saisie avec une pince à griffes, on la tire au dehors, et une traction modérée amène bientôt le calcul tout entier.

C'est une pierre de forme ovoïde; elle est allongée et pointue à ses extrémités. Dans son plus grand diamètre, parallèle au canal de l'urèthre, elle mesure plus de 5 centimètres, et dans le sens transversal elle en a près de 4. L'épaisseur est de 2 centimètres.

L'extrémité postérieure, celle qui était engagée dans le col de la vessie, est très-pointue dans l'étendue de près de 1 centimètre, et puis elle se renfle subitement pour se confondre avec le corps du calcul. Elle surmonte tout le calcul placé verticalement à la manière d'un petit pic.

L'extrémité antérieure est moins allongée et moins pointue. Elle est creusée tout à fait en avant d'une petite dépression qui lui donne une certaine ressemblance avec un col utérin virginal.

La face supérieure, assez régulièrement convexe, ne présente pas d'aspérités.

La face inférieure, à peu près plane, est très-irrégulière. Ainsi, à l'extrémité postérieure, à la base du petit mamelon qui la surmonte, commence une petite crête saillante qui longe plus de la moitié de cette face inférieure du calcul. Cette petite crête n'est pas rectiligne; elle se recourbe un peu à droite, et de chaque côté d'elle existe une petite dépression allongée en forme de rainure ou de gouttière qui devait donner passage à l'urine.

Sur les côtés, existent de petits mamelons irréguliers.

Aussitôt après l'opération, qui s'est faite sans écoulement de sang, l'urine sort par la plaie.

Le malade est couché dans son lit, les cuisses rapprochées. Le soir, une grande quantité d'urine est sortie par la plaie. Le malade éprouve de la douleur au col de la vessie; il croit avoir besoin d'uriner et demande à être sondé. Mais la palpation et la percussion de la vessie font reconnaître la vacuité de cet organe, et on n'accède pas au désir du malade. Quelques douleurs dans les reins. La fièvre est modérée; le pouls est à 88. — Cataplasmes laudanisés sur le bas-ventre.

Le lendemain, le malade souffre toujours un peu, mais beaucoup moins; la fièvre est beaucoup diminuée. La nuit a été bonne. — Continuation des cataplasmes.

Ce matin, l'urine s'écoule toujours par la plaie, mais n'est pas encore sortie par l'extrémité du canal. Les douleurs ont à peu près complétement disparu.

Une sonde est introduite et laissée à demeure dans la vessie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 mai 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. GUERSANT, dont l'autorité avait été invoquée dans la discussion sur l'allongement des os après les amputations, dit que plusieurs fois il a dû pratiquer des résections des extrémités osseuses sur des amputés opérés ou par d'autres chirurgiens ou par lui-même. Ces derniers pourraient bien avoir dû la saillie osseuse au procédé suivi dans la section des os. J'avais le soin, dit M. Guersant, de conserver une manchette périostale qui recouvrait l'extrémité de l'os. N'est-ce pas ce périoste qui donnait naissance à une production osseuse surajoutée?

M. LABORIE demande à M. Guersant de vouloir bien donner son opinion sur la réalité de l'allongement signalé ; car M. Bouvier, dans une précédente séance, avait rangé M. Guersant parmi les partisans de cet accroissement physiologique.

M. GUERSANT hésite à émettre une opinion sur ce sujet. Il est porté à croire, comme il vient de le dire, que si l'allongement a lieu, il tient peut-être à une nouvelle sécrétion du périoste.

M. MARJOLIN. M. Chassaignac demande, pour juger la question, des faits nouveaux; j'ai encore dans mon service un jeune malade affecté de nécrose du tibia : cet os est parfaitement allongé.

M. MOREL-LAVALLÉE. Ce fait nouveau de M. Marjolin n'a aucun rapport avec la question en discussion. Tout le monde reconnaît qu'un os malade peut s'accroître en longueur aussi bien qu'en largeur.

M. CHASSAIGNAC après avoir, de même que M. Morel-Lavallée, repoussé comme tout à fait en dehors de la question la nouvelle observation de M. Marjolin, insiste sur le peu de chemin fait par les partisans de l'allongement, qui sont même abandonnés par M. Guersant, dont on avait invoqué l'appui.

Revenant ensuite à la question de la nécrose, M. Chassaignac dit qu'il n'a jamais vu qu'une extrémité osseuse baignant dans le pus n'ait pas subi de nécrose, et il en appelle à M. Guersant sur ce point.

M. GUERSANT répond que dans les cas de réunion par première intention la règle presque générale est qu'il n'y a pas de nécrose; mais dans les cas contraires on la rencontre presque constamment.

M. MOREL, rappelant les observations de Tenon, dit que, même sans qu'il y ait de suppuration, il est reconnu que les os perdent de leur volume lorsqu'ils ont été dépouillés de leur périoste ; ils présentent une véritable déperdition de substance.

M. BROCA demande à répondre à M. Chassaignac et à M. Morel-Lavallée sur la question soulevée relativement à la nécrose. Mais M. le président propose que cette question incidente soit mise à l'ordre du

---

trition, le développement et la reproduction comme propriétés essentielles des êtres organisés et dominant tous les autres actes. Depuis lors on a peu ajouté à ce qu'il dit de la nature élémentaire de ces actes et de leur subordination. Le sens du mot nutrition ou pénétration avec incorporation intime de matière venue du dehors dans celle de l'être vivant, suivie d'une expulsion continue de ce qui est devenu superflu, n'a que rarement été aussi nettement saisi. Bien que Bichat ait très-nettement distingué le double mouvement qui caractérise la nutrition (*Anatomie générale*, 1801), au lieu de la ranger dans les propriétés d'ordre organique ou vital, que le premier il avait distinguées des fonctions, il l'a classée parmi les fonctions. Cette erreur a été généralement copiée depuis, et a été la source de nombreuses confusions.

Dans ce que disent de la nutrition les anteurs que je viens de citer, ils prennent en considération les aliments qui entrent d'une part, les produits d'excrétion de l'autre, comme agents, et ensuite l'organisme ou quelques tissus séparément comme siége du phénomène. Bichat rattache la nutrition tantôt aux humeurs et aux tissus, tantôt aux organes.

Schwann paraît être le premier qui l'ait rapportée réellement aux éléments anatomiques, en ce qui concerne l'anatomie des animaux, lorsqu'il dit que « puisque les cellules sont les formes élémentaires » primaires de tous les organismes, la force fondamentale des orga- » nismes se réduit à la force fondamentale des cellules » (Schwann, *Mikroskopische Untersuchungen*, 1838, in-8°). Depuis lors, tous ses successeurs ont suivi cet exemple. Ce n'était là, du reste, qu'une application aux animaux de ce que de Mirbel avait fait depuis longtemps pour les plantes.

On comprend que pour étudier avec précision la nutrition, pour étudier ou déterminer exactement sa nature, il fallait surtout connaître les principes immédiats qui entrent, ceux qui sortent et ceux qui composent les plasmas et les éléments anatomiques. Les anciens ne les connaissant pas, étudiaient le phénomène en masse, si l'on peut ainsi dire, au point de vue de la rénovation du corps en général, de quelques-uns de ses organes en particulier, en ne tenant compte que de la quantité des aliments ingérés, comparée à celle des produits d'excrétion et à la rapidité des phénomènes. Ils ne confondaient pourtant point ce phénomène ou propriété élémentaire, devenant une force par rapport aux phénomènes plus complexes, avec les fonctions, acte d'un autre ordre, dont celui-ci est la condition d'existence. L'habitude prise depuis Bichat de classer parmi les fonctions la nutrition envisagée dans l'organisme entier, a pourtant conduit à la considérer comme une *fonction des cellules*, ainsi que l'ont fait Henle (*Anatomie générale*, 1843) et ses successeurs, ou peut-être à donner au terme *fonction* la signification du mot *propriété*, qui est bien différente. Dans tous les cas, il résulte de l'une comme de l'autre de ces confusions une extrême difficulté à comprendre beaucoup d'auteurs, et des erreurs graves et nombreuses pour l'étude des autres phénomènes de l'économie.

Si j'ai fait ces diverses citations, c'est pour montrer que M. Le Brument n'a pas été le premier à envisager la question de la nutrition sous un point de vue qui est loin d'être exact, et que, si on peut dire qu'il s'est trompé, en cela il l'a fait en bonne compagnie. Néanmoins, comme cette phrase à l'aide de laquelle on a l'habitude de se consoler d'avoir admis une inexactitude que l'on aurait pu relever, n'empêche point qu'on se soit trompé et laisserait persister l'erreur indéfiniment si on ne la notait, j'ai dû entrer dans ces détails. Je dois faire remarquer, du reste, que M. Le Brument n'appelle pas la nutrition une fonction; mais il l'étudie comme il ferait d'une fonction et non d'une propriété de tous les éléments anatomiques, et il envisage ce qu'il nomme les *instruments de la nutrition* (les capillaires), comme il envisagerait un appareil avant d'étudier une fonction. C'est en cela que je suis autorisé à donner à ces remarques une forme critique.

Je ne terminerai pas sans faire ressortir que dans cet ouvrage il a mis en œuvre les documents qui résultent des recherches expérimentales les plus récentes, de manière à les faire connaître sous une forme concise, en ce qu'elles ont de plus immédiatement applicable à la médecine. Il l'a fait avec un soin et un talent d'exposition qui ne sauraient trop être encouragés.

Ch. Robin.

Du panaris et des inflammations de la main; par M. le docteur Bauchet, chirurgien des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, etc. 1 vol. in-8° de 216 pages; 2e édit.; revue et augmentée. Prix : 3 fr. 50. Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

jour et traitée après les autres sujets inscrits pour cette séance. Cette proposition est adoptée.

M. LE PRÉSIDENT annonce que dans la première séance la Société se formera en comité secret à 4 h. et demie pour entendre le rapport du bureau sur la nomination des membres correspondants.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu une brochure intitulée : *De la dynamoscopie dans l'hémorrhagie cérébrale*, par M. le docteur Collongues. Paris, 1859, in-8°.

— M. le professeur Ad. Hannover, membre correspondant de la Société à Copenhague, envoie un exemplaire de son ouvrage intitulé : *Statistiske undersøgelser af Lægevidenskabeligt Indhold*. Copenhague, 1858, in-8°.

— M. Huguier dépose sur le bureau un exemplaire de sa *Réponse faite aux objections de M. Depaul sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*. Paris, 1859, in-4°.

— M. Larrey fait don à la Société de la collection complète du *Bulletin de l'Académie impériale de médecine* depuis 1850 jusqu'à ce jour.

COMMUNICATION.

Calcul volumineux logé dans la portion prostatique de l'urèthre. Rétention d'urine, extraction du calcul. — M. HUGUIER communique une observation sur ce sujet. (Voir plus haut).

M. CHASSAIGNAC demande s'il a été facile de fendre l'urèthre sur le calcul. J'ai montré, dit M. Chassaignac, un calcul de ce genre que je n'ai pu extraire qu'avec difficulté. Si on veut arriver directement sur le corps étranger, on a chance de ne pas entrer dans l'urèthre et de s'égarer. Pour éviter cet accident, je me suis servi d'un cathéter que j'ai engagé jusqu'au calcul, et en faisant saillir l'instrument, j'ai pu engager le bistouri dans sa cannelure. Dès lors je ne pouvais manquer de pénétrer dans le canal. Le calcul était formé de trois parties, qui, réunies, offraient un volume égal à celui que nous présente M. Huguier.

M. HUGUIER. Les détails de l'opération sont rigoureusement consignés dans l'observation. Je me suis également servi d'un cathéter que j'ai introduit jusqu'au calcul, et, sûr de sa direction, j'ai incisé sur le calcul.

M. DEPAUL. J'ai opéré un malade du service de M. Civiale, qui avait également un calcul logé dans la partie prostatique de l'urèthre. On n'avait pu parvenir ni à l'extraire ni à le broyer sur place.

Je fis la même opération pratiquée par MM. Chassaignac et Huguier, en me servant comme eux d'un cathéter. J'arrivai facilement sur le calcul, que je pus extraire. Mais un second calcul s'étant développé en arrière du premier, je l'enlevai également. J'explorai la vessie par mon incision, et je trouvai un nouveau calcul très-volumineux que je ne pus faire sortir qu'en agrandissant la plaie; cinq ou six autres pierres étaient également logées dans la vessie. Le malade guérit parfaitement. Ce fait, joint à d'autres déjà connus, indique que dans un certain nombre de cas le calcul prostatique n'est pas unique, et qu'il s'en rencontre encore dans la vessie. Aussi demanderai-je à M. Huguier s'il s'est assuré de l'absence de tout calcul dans la vessie.

M. HUGUIER. L'observation de M. Depaul est tout à fait pratique, et préoccupé de la possibilité de rencontrer des calculs vésicaux, je m'étais muni des instruments nécessaires pour en débarrasser le malade. Mais l'exploration minutieuse à laquelle je me suis livré, en faisant pénétrer mon doigt jusque dans la vessie, m'a donné la certitude que cet organe ne contenait aucune pierre.

Calcul développé dans les fosses nasales. — M. VERNEUIL communique l'observation suivante :

Calcul des fosses nasales, pris au début pour une névralgie, puis pour une nécrose des os du nez. Accès douloureux très-intenses et intermittents. Lithotritie en quatre séances. Expulsion du reste de la concrétion. Guérison suivie de légère difformité du nez.

La rareté de certaines lésions est certainement une des causes qui justifient jusqu'à un certain point les singulières erreurs de diagnostic dont la pratique offre des exemples. Lorsque ces erreurs sont préjudiciables aux malades, on doit s'empresser de les publier, afin qu'elles puissent au moins servir aux autres.

Une dame de trente-cinq ans environ, d'une bonne constitution et de mœurs irréprochables, me fut adressée au printemps de cette année par un de mes collègues de la Faculté, qui exerce la médecine avec la plus grande distinction. Cette dame se plaignait depuis près d'un an de douleurs insupportables dans la moitié droite de la face et dans la narine du même côté. Ces douleurs revenaient par accès deux ou trois fois par mois, en affectant les caractères de la névralgie faciale. Elles duraient deux ou trois jours, et forçaient la malade à s'aliter. Le début en était assez brusque, la décroissance assez prompte également. Pendant la durée de l'accès, le nez rougissait, ainsi que les parties attenantes, et un sentiment de brûlure, accompagné d'élancements, se faisait sentir dans la profondeur de la face, avec coryza, larmoiement, etc. Dans les intervalles, la rémission était parfois assez complète; cependant la malade mouchait souvent des matières puantes et sentait de la gêne en respirant de la narine droite. Parfois les matières rendues sur le mouchoir étaient un peu salies de sang.

L'inspection de la narine, répétée plusieurs fois, ne révéla rien. Un certain nombre d'attaques étaient ainsi revenues. Mon confrère, après avoir essayé plusieurs moyens sans résultat, introduisit un stylet dans la narine et sentit un corps dur. C'est alors qu'il m'adressa la malade. Lors de mon premier examen, je constatai que toute la partie antérieure de la narine droite était parfaitement saine; cependant un rayon lumineux ayant pénétré profondément, je crus apercevoir, au niveau de l'extrémité antérieure du cornet inférieur, un corps grisâtre. Un stylet introduit heurta bientôt contre un corps dur et rugueux, qui me parut un peu flexible, mais que je ne pus toutefois déplacer. Cette exploration fut assez pénible et provoqua un épistaxis modéré. L'odeur exhalée par les narines était très-mauvaise. Le mucus nasal était mêlé de pus et de sang. La pression sur le dos du nez étant douloureuse, je diagnostiquai un ozène avec nécrose partielle du cornet; mais toutes mes questions ne purent me faire entrevoir ni la cause ni l'origine du mal. Les diathèses scrofuleuse et syphilitique ne s'accusent par aucun signe, je crus toutefois utile de prescrire l'iodure de potassium à l'intérieur et les injections fréquentes avec la décoction de feuilles de noyer.

Je promis à la malade de lui faire l'extraction du prétendu séquestre aussitôt qu'il serait mobile. Les injections procurèrent quelque soulagement et provoquèrent l'issue d'une matière blanchâtre caséeuse, extrêmement fétide, sortant par fragments gros comme des pois ou des haricots. Trois semaines se passèrent sans grandes douleurs. Au mois de juin, accès très-long et très-pénible. Mme C... revient; je retrouve le corps dur aussi peu mobile que la première fois; je m'assure même de sa fixité en saisissant avec des pinces la partie antérieure de la concrétion. Continuation de la prescription; les accès s'éloignent et sont moins intenses. Je persiste dans mon diagnostic.

Dans les derniers jours de juin, la malade revient; je crois cette fois sentir un peu de mobilité. J'introduis dans la narine des pinces à pansement, et je saisis ce que je croyais être l'extrémité du cornet nécrosé. Le corps se déplace un peu, mais je ne puis l'entraîner en avant. Sur ces entrefaites, il se brise entre les mors de ma pince, et je retire un fragment. Le diagnostic fut sur-le-champ rectifié; ce n'était pas à un séquestre que j'avais affaire, mais bien à un calcul des fosses nasales. En effet, j'avais ramené entre les mors de la pince un corps dur, irrégulier, d'apparence calcaire, d'un blanc grisâtre, assez semblable à ces débris de calcul qui sont rendus après la lithotritie. Je renouvelai la tentative d'extraction; je saisis encore une fois et sans difficulté le corps étranger, mais je pus me convaincre qu'il était trop volumineux pour passer par l'ouverture des narines. Je me contentai donc d'en briser encore quelques parties saillantes.

Le degré d'écartement qu'offraient dans certaines positions les branches de ma pince, indiquait que certains diamètres du corps étranger atteignaient presque deux centimètres; dans ce cas même, il offrait une résistance trop considérable pour être broyé par la seule pression des pinces à pansement. Comme, au contraire, je pouvais saisir un instant après des portions beaucoup plus grêles, et que je faisais éclater sans peine, j'en conclus que le calcul était rameux ou au moins de forme très-irrégulière.

Deux partis restaient à prendre :

1° Procéder à l'extraction en un seul temps à l'aide d'une légère opération consistant à détacher l'aile du nez par une incision pratiquée dans le sillon nasogénal;

2° Faire en plusieurs séances, si cela était nécessaire, la *lithotritie* de la concrétion.

Le premier moyen était plus expéditif, efficace et sans danger; je l'ai mis en usage pour l'extirpation de polypes repullulants des fosses nasales, et au bout de quelques jours la cicatrice était à peine visible, grâce à la réunion immédiate facile. Le second moyen n'était pas moins sûr, seulement il exigeait plus de temps. On ne pouvait guère songer à briser tout le calcul en une seule séance, parce que l'introduction des instruments, et sans doute aussi les frottements exercés par les rugosités du corps étranger sur la pituitaire, détermineraient presque sur-le-champ une hémorrhagie nasale assez abondante, sans parler des douleurs vives provoquées par ces manœuvres.

Pour abréger le récit, je dirai que de quinze jours en quinze jours les séances furent répétées, et que chaque fois je ramenai bien cinq ou six fragments du volume d'un pois, sans compter les parcelles plus petites qui sortaient en assez grand nombre quand la malade se mouchait. Chaque fois aussi la malade rendait de grosses masses de cette matière caséeuse fétide dont j'ai déjà parlé, et que l'examen microscopique démontra être formée presque en totalité de cellules d'épithélium mélangées de quelques globules purulents. Je ne sais en vérité où pouvait se loger la quantité considérable de cette matière, qui fut rendue ainsi en plusieurs fois.

Aussitôt que le broiement fut commencé, l'amélioration fut considérable et les douleurs s'amoindrirent de jour en jour. La fétidité de l'haleine nasale diminua aussi notablement; au bout de quelques heures, les souffrances provoquées par l'acte opératoire se calmaient, et la gêne due au corps étranger dénotait à elle seule la persistance du mal. Chaque fois également que le calcul diminuait de volume par suite des pertes de substance qu'il subissait, il devenait de plus en plus difficile à saisir, car il s'échappait en arrière, où j'avais une certaine peine à l'atteindre. L'iodure de potassium avait naturellement été discontinué, mais les injections furent toujours prescrites.

La quatrième et dernière séance eut lieu à la fin d'août; je venais d'extraire trois ou quatre débris, lorsque ayant de nouveau introduit la pince, je ne rencontrai plus rien. J'avertissais la malade que peut-être elle rendrait spontanément le reste du corps, lorsqu'elle fit soudain un mouvement de régurgitation, et rendit par la bouche le corps même du calcul.

C'est un corps irrégulier, à peu près quadrilatère, aplati, mesurant environ 2 centimètres dans son plus grand diamètre et 1 centimètre et demi dans l'autre. Son épaisseur varie de 7 à 10 millimètres, et sa superficie présente encore des vestiges des apophyses qui ont été brisées dans les séances précédentes. Débarrassé par le lavage du sang qui le souille, la surface paraît blanche, très-inégale, sans vestiges de stratification.

La cohésion est assez faible, car en pratiquant une coupe pour savoir si quelque corps étranger ne servait pas de noyau à la concrétion, on brise une des moitiés en plusieurs fragments. Sur la cassure d'un de ces fragments on aperçoit une sorte de graine qui, par sa forme, rappelle la forme d'un pepin de raisin. Du reste, la masse, assez homogène, se réduit en poussière à gros grains sous la pression d'un corps dur. Comparé à la somme des fragments extraits dans les séances précédentes, la pièce rendue spontanément paraît former un peu moins de la moitié de la concrétion totale, qui par conséquent était une des plus volumineuses de celles dont l'histoire nous a été donnée (1).

Aussitôt que la malade eut rendu de cette façon le reste du calcul, la respiration se fit librement par les deux narines. Cependant, comme la pituitaire paraissait en avant un peu fongueuse, comme sans doute elle offrait quelques ulcérations par suite du séjour prolongé du corps étranger, je recommandai la continuation des injections résolutives.

(1) Je n'ai pas fait l'analyse chimique du calcul, qui a été déposé au musée Dupuytren, où on pourra l'étudier, et au besoin l'examiner chimiquement.

Six semaines après, je revis Mme C... Elle paraissait tout à fait guérie; la respiration s'effectuait sans peine, les douleurs n'étaient pas revenues, le coryza et la fétidité de l'haleine avaient tout à fait cessé. Tout faisait présager une cure complète, mais au bout de deux mois environ je constatai une lésion singulière : le nez était déformé, les os propres étaient restés en place, mais immédiatement au-dessous de leur extrémité inférieure le dos du nez était brusquement déprimé.

M. Demarquay a publié autrefois une dissertation sur cette maladie. Il a rassemblé 12 cas qui offrent avec le précédent des analogies plus ou moins grandes (1). Si on lit ce travail, auquel je me contente de renvoyer, on remarquera que dans la grande majorité des cas la nature du mal a été longtemps méconnue, ou tout à fait accidentellement découverte. On y verra aussi mentionnées ces douleurs vives, que de temps en temps et sans raison connue, les corps étrangers provoquent dans les cavités qui les recèlent.

Je ne veux pas reprendre ici la description générale de la lithotritie des fosses nasales. Je reproduirai seulement une note communiquée en 1857 au Collége des médecins de Philadelphie par M. Hays (2).

Une dame de vingt-cinq à trente ans vint consulter M. Hays pour un ozène dont elle était tourmentée depuis son enfance. Plusieurs traitements échouèrent et la malade fut perdue de vue.

Quatre ans plus tard, M. Darrach fut consulté à son tour, et eut la pensée d'examiner les os du nez. Dans ce but, il introduisit un stylet dans les fosses nasales, et en le remuant en divers sens, il délogea par hasard un corps qui s'engagea dans l'ouverture des narines et fut chassé par un effort de la malade. C'était un bouton de verre d'ancienne mode avec un anneau en fil de cuivre.

La mère de cette dame se rappela alors qu'un de ses fils avait porté autrefois une veste munie de boutons semblables.

Il est probable que cette dame, étant enfant, jouant avec un de ces boutons, le mit dans sa bouche, qu'il passa alors dans la gorge et fut rejeté violemment dans un effort, de manière à se loger dans les fosses nasales. Le corps étranger devint plus tard une cause d'irritation, et provoqua la maladie pour laquelle les praticiens susnommés furent consultés. Le bouton avait séjourné au moins vingt ans dans la cavité nasale.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN a rencontré, lorsqu'il était interne dans les hôpitaux, un calcul semblable sur un cadavre. Il y a trois mois il a été consulté par un malade qui présentait une inflammation à suppuration fétide dans les fosses nasales. Un stylet permit de rencontrer un corps dur; il avait d'abord cru avoir affaire à un calcul, mais il ne s'agissait que d'une nécrose du cornet inférieur.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 23 avril dernier, M. le docteur Panier, médecin-major au 1er régiment de tirailleurs algériens, chargé du service médical des indigènes à Alger, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Voici le programme d'un prix proposé par la Société médicale de Genève :

La Société médicale de Genève décernera en 1860 un prix de 1,000 fr. et un accessit de 500 fr. aux auteurs des deux meilleurs travaux inédits sur les questions relatives à la variole, à la varioloïde, à la varicelle, à la vaccine et aux revaccinations. Les concurrents devront s'attacher plus particulièrement aux points suivants :

1° Rechercher, par la comparaison des principales épidémies de variole qui ont sévi en Europe dans le dix-neuvième siècle, si cette maladie tend de nouveau à augmenter de fréquence, et quelles sont les formes sous lesquelles elle se présente aujourd'hui chez les sujets vaccinés.

2° Déterminer si les sujets revaccinés sont complétement et définitivement préservés de la variole; dans le cas contraire, indiquer le degré et la durée de la préservation.

3° Résumer sous forme de conclusions pratiques les données fournies par la solution des questions précédentes.

Les mémoires, rédigés en français, en allemand, en anglais, en italien ou en latin, devront être adressés *franco*, avant le 1er juin 1860, à M. A. J. Duval, secrétaire de la Société, Grande-Rue, n° 202, à Genève. Le nom de chaque auteur devra être renfermé dans un pli cacheté annexé au mémoire.

La Société se réserve le droit de publier à ses frais et en français tout ou partie des mémoires couronnés.

Dans le cas où aucun des travaux reçus ne serait jugé digne soit du prix, soit de l'accessit, la question sera remise au concours.

(1) *Archives générales de médecine*, H. Sircé.

(2) *Transactions of the College of Physicians of Philadelphie*, novemb. 1857, *in the american Journal of the Medical sciences*, april 1858, p. 390.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Nº 64. — MARDI 31 MAI 1859. (32ᵉ ANNÉE.) Nº 64. — MARDI 31 MAI 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le Journal ne paraîtra pas jeudi prochain.

PARIS, LE 30 MAI 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. le docteur Bertillon, dans son remarquable ouvrage sur la vaccine, a constaté que la mortalité de l'homme est plus forte de 20 à 25 ans que de 25 à 30 ans en France. Il ne s'est pas borné à signaler ce contraste ; il en a recherché les causes probables, et il l'explique par la conscription, qui soumet à l'accroissement de mortalité de la vie militaire une forte part des hommes de 20 à 25 ans.

M. le docteur Marc d'Espine, en faisant un travail analogue à celui de M. Bertillon pour d'autres pays que la France, est arrivé à ce résultat, que si les choses se passent en Belgique, en Hollande, en Prusse et dans le canton de Genève comme en France, il n'en est pas de même pour l'Angleterre et la Suède, où l'homme meurt, comme la femme, plus de 25 à 30 ans que de 20 à 25. D'un autre côté, le canton de Genève, qui, comme la France, perd plus d'hommes de 20 à 25 ans que dans le lustre suivant, n'a pas d'armée permanente. D'où l'insuffisance, à ses yeux, de l'explication proposée par M. Bertillon.

Cherchant l'explication des mortalités relatives aux divers âges de la vie dans les tables qu'il a dressées en classant selon les diverses causes de mort les décès de treize années du canton de Genève, M. Marc d'Espine est arrivé à formuler cette proposition, savoir : que toutes les causes donnent des résultats parallèles pour les deux sexes, sauf deux causes importantes, les accidents extérieurs et les suites de couches. Or ce sont ces deux ordres de causes, la première beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, entre 20 et 30 ans, la seconde exclusive au sexe féminin et portant principalement sur l'âge de 25 à 30 ans, qui, par leur influence combinée, lui paraissent expliquer le contraste signalé par M. Bertillon.

Telle est la question intéressante que M. Marc d'Espine a soumise à l'Académie dans une courte note dont il lui a donné lecture dans la séance du 23 mai.

L'état encore peu avancé de la statistique mortuaire en France ne permet pas de reconnaître si l'hypothèse de M. Marc d'Espine est juste pour notre pays. C'est là une des mille lacunes qu'il serait désirable de voir combler par l'application du projet de statistique générale des causes des décès, récemment élaboré par l'Académie de médecine.

Nous reproduisons également plus loin la note que notre savant confrère a lue dans la dernière séance de l'Académie de médecine sur l'épidémie de variole qui règne depuis plus d'un an dans le canton de Genève.

Nous signalerons à l'attention de nos lecteurs une nouvelle note de M. Doyère, relative à la question des générations spontanées. M. Doyère s'attache dans cette note à montrer par de nouvelles expériences que l'erreur dans laquelle sont tombés, suivant lui, les partisans des générations spontanées, tient à deux causes : soit à ce qu'ils n'ont pas pris les précautions nécessaires pour assurer le succès de leurs expériences, celle, entre autres, de la dessiccation complète des animaux qu'ils ont cherché à revivifier ; soit à ce qu'ils ont ignoré que ce pouvoir de revivification n'existe pas sur tous les animalcules.

L'Académie va élire aujourd'hui même un correspondant étranger en remplacement de M. Marshal-Hall. Il est très-présumable que ce sera M. Virchow, de Berlin, porté le premier sur la liste, qui remportera la palme. — Dʳ Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Théorie et traitement des affections nerveuses (névroses, névropallies) (1).

De l'angine de poitrine. — Le mot angine, quand il est employé seul, sert à désigner d'une manière générale le resserrement de la gorge. A ce compte, la strangulation serait une angine au premier chef. D'ordinaire, on attache à ce mot l'idée d'inflammation, et on a fait autant d'espèces d'angines qu'il y a de siéges différents à l'inflammation des parties qui concourent à former la gorge ; on a donc une angine laryngée, ou pharyngée, ou gutturale, ou tonsillaire, etc. On ne s'est pas borné toutefois à dénommer les angines suivant leur siége ; on les a spécifiées aussi selon leur nature, et on a fait les angines gangréneuse, ou pultacée, ou pseudo-membraneuse, etc., en ayant aussi peu égard à la régularité des terminaisons des termes employés dans ce cas que dans le précédent.

L'angine de poitrine est-elle donc, pour les auteurs qui lui ont imposé son nom, une affection inflammatoire ? Pas le moins du monde ; aucun de ceux qui en ont traité ne la considèrent ainsi. Pour quelques-uns, c'est le résultat de l'ossification des artères coronaires du cœur ; pour les autres, c'est une névralgie : c'est absurde, mais c'est du moins conséquent à l'illogisme qui a présidé à toute l'ancienne nomenclature.

Je vous renvoie, pour tout ce qui concerne l'historique de cette maladie, à la monographie classique qu'en a faite Jurine, et à l'article du *Compendium de médecine*. Sans chercher à faire avec vous de l'érudition aussi facile qu'inutile, j'aborde immédiatement la description des symptômes.

Sur un des points de la poitrine, entre la sixième et la septième côte, au lieu où vient battre la pointe du cœur, une douleur se fait sentir, moins une douleur qu'une souffrance, qui n'offre pas le même caractère chez tous les malades ; tantôt ce sont des picotements, des élancements ; tantôt ce sont des battements violents, quelquefois douloureux, isochrones à ceux du cœur.

Le malade rapporte au cœur lui-même ces sensations variables. Dans beaucoup de cas, surtout chez les femmes, il y a des fourmillements, des oscillations, des vibrations pénibles, toujours accompagnées de battements de cœur quand ces phénomènes morbides ont leur siége à gauche.

C'est principalement quand les malades marchent contre le vent, quand ils montent, quand ils viennent de manger, ou bien encore au milieu de la nuit, vers une heure du matin, que les crises se déclarent de préférence. La douleur, partie de la poitrine, gagne le plexus brachial, contourne l'épaule, et le plus souvent, suivant le trajet du nerf cubital, vient s'épanouir à l'extrémité des doigts, au côté interne de la main. Les malades accusent alors des sensations de crampes, de resserrement très-douloureux dans tout le membre thoracique. Ajoutons que les femmes, au moment des accès, se plaignent souvent d'un sentiment d'étranglement; c'est la boule hystérique.

Lorsque ces accidents se sont renouvelés un certain nombre de fois, il peut survenir des suffocations, des étouffements tels qu'une syncope en soit la conséquence, et que les malades succombent. Cette terminaison, pour le dire par avance, est excessivement rare. Elle a été observée chez des individus qui depuis longtemps étaient atteints de maladies graves du cœur. Mes souvenirs ne me retracent que deux de ces cas pour toute ma pratique, déjà longue. Ils sont dans l'exception, et l'on peut dire que tout ce que les auteurs ont avancé à ce sujet est singulièrement exagéré.

Les symptômes qui caractérisent l'angine de poitrine, et que nous venons de passer en revue d'une façon incomplète, mais suffisante pour vous aider à reconnaître cette affection quand vous la rencontrerez, ces symptômes ne sont jamais continus. Ils reviennent par accès, en laissant aux patients des intervalles de calme absolu et de santé parfaite. D'autres fois, la périodicité est plus rapprochée et les accès reviennent tous les jours à la même heure.

Cela peut durer ainsi de la puberté à un âge très-avancé ; à l'âge de la ménopause chez les femmes, et particulièrement chez les femmes hystériques ; à un âge plus reculé chez les hommes. Quelle que soit d'ailleurs la durée de la maladie, les phénomènes n'offrent pas de différence notable chez les deux sexes.

Quelle est la nature de cette singulière affection ?

Il suffit de considérer que le point de départ des accidents est toujours au niveau d'un nerf intercostal, et que la douleur se propage sous forme de picotements, de fourmillements, en suivant le trajet des nerfs du bras ; il suffit, dis-je, de cette double considération, pour qu'on soit forcé d'admettre l'existence d'une névropallie, ou, si vous le voulez, d'une névralgie thoraco-brachiale. C'était l'opinion de Jurine, dont je vous engage à relire l'excellente monographie sur ce sujet.

On a attribué, et beaucoup de praticiens distingués attribuent encore l'angine de poitrine à l'ossification des artères coronaires du cœur. C'est, je crois, Jenner qui, le premier, a fait la remarque que cette ossification accompagnait d'ordinaire l'angine de poitrine ; mais déjà Jurine s'était élevé contre l'opinion de ceux qui voyaient entre ces deux affections une relation de cause à effet. Il la combattait en disant que, d'une part, on avait trouvé souvent les artères coronaires ossifiées sans que l'angine de poitrine existât ; et, d'autre part, que cette maladie existe sans que les artères coronaires soient ossifiées. Cela est très juste. D'autres observateurs avaient élevé une objection moins bien fondée, quoique spécieuse, en disant qu'une lésion persistante telle que l'ossification des coronaires, ne pouvait donner lieu à des troubles intermittents.

C'est aussi l'objection qu'on m'a opposée quand j'ai rapporté à l'hypertrophie de la rate les accès de fièvre réglée. Trop de faits bien constatés et faciles à constater établissent journellement, et sous nos yeux, la réalité de l'influence de la rate sur la fièvre d'accès, pour que j'aie besoin ici de recourir à des explications plus ou moins hypothétiques. Le fait est là, vous le voyez, cela suffit.

On a dit que c'était une névralgie du cœur ; cela est possible pour l'angine mortelle, qui est de beaucoup la plus rare, ainsi que je l'ai dit déjà ; mais, dans la plupart des cas, il n'en est rien. J'ai examiné le cœur attentivement pendant les accès mêmes chez un certain nombre de malades, et je n'y ai découvert aucun phénomène morbide. D'ailleurs, dans l'hypothèse d'une névralgie, on expliquerait bien, à la vérité, la douleur ressentie dans le bras gauche ; mais il ne serait guère possible de se rendre compte de la douleur qui souvent s'irradie dans le bras droit. Heberden avait observé que la douleur était fréquemment perçue du côté droit ; on lit dans les *Medic. trans.*, t. II, p. 63 : « La douleur au sternum s'étend quelquefois au bras droit aussi bien qu'au bras gauche. »

On a dit aussi que l'angine de poitrine était une névralgie du poumon. Cela n'a pas le sens commun, et je ne m'arrêterai pas à discuter une pareille opinion. L'angine de poitrine ne ressemble en rien aux névralgies de la huitième paire ni à l'asthme. Je ne m'arrêterai pas davantage à discuter toutes les autres suppositions qu'on a faites sur la nature de l'angine de poitrine. Je vous ai dit que, selon moi, d'accord avec Jurine, c'était une névralgie thoraco-brachiale, une névropallie, et sans insister plus longtemps, je passe au pronostic, à propos duquel je n'ai que deux mots à dire, à savoir : que le pronostic est peu grave, excepté toutefois chez les vieillards, où l'on n'observe l'angine de poitrine qu'exceptionnellement.

L'étiologie ne nous arrêtera pas longtemps non plus. On a invoqué certaines prédispositions, et je ne repousse pas absolument cet ordre de causes ; car j'admets les prédispositions organiques ; j'admets même les diathèses, si par ce mot on entend les prédispositions organiques. On a fait jouer un grand rôle, dans la production de l'angine de poitrine, à l'abus des plaisirs de l'amour, à l'hystérie, etc. Tout cela est possible. Mais il es une cause plus efficace que toutes les précédentes et qui n'a pas été indiquée, que je sache, avant mes recherches à ce sujet ; c'est le développement du ventre. Quand les organes contenus dans la cavité abdominale ont acquis un trop grand volume, ils refoulent le diaphragme, gênent la respiration, et sont une cause permanente de névralgie thoraco-brachiale.

La non-connaissance de la véritable nature de l'angine de poitrine explique les variations des traitements employés contre cette affection, et, permettez-moi de le dire, les divagations des thérapeutistes. Je ne prétends pas que tout soit connu et qu'il ne reste aucune incertitude à ce propos, loin de là ; mais, outre que je ne suis point partisan des remèdes administrés au hasard et que j'aime mieux ne rien faire que de ne pas savoir ce que je fais, je pense qu'en remplissant les indications formelles que

(1) Suite. — Voir les numéros des 19 février et 17 mars.

présente l'angine de poitrine, et en se bornant à combattre ce que l'on connaît certainement, on aura fait beaucoup, et que l'on guérira dans la plupart des cas.

La première de ces considérations consiste à prévenir le retour des accès, et, pour cela, il convient d'éviter toutes les causes qui les font naître. Ainsi, les malades éviteront avec soin de marcher contre le vent; ils ne travailleront pas immédiatement après avoir mangé, pour que le refoulement du diaphragme par l'estomac distendu, d'une part, et par la position gênée, d'autre part, ne s'oppose pas au libre jeu de la poitrine. Souvent les accidents reviennent au moment du coucher; il faudra changer l'heure où d'habitude l'on se met au lit; les malades iront le moins possible dans les assemblées nombreuses, parce que les déplorables conditions où se trouvent là les organes de la respiration, favorisent le retour des crises; ils prendront certaines précautions en montant les escaliers; ils monteront lentement, en s'arrêtant pour respirer fortement. Un auteur allemand dont le nom m'échappe, a conseillé de monter les escaliers à reculons. Il est possible que la précaution soit bonne; car de cette façon on évite le refoulement du diaphragme, le corps ne pouvant pas se pencher en avant.

C'est encore en évitant le refoulement du diaphragme que les purgatifs sont utiles et qu'il importe de recommander aux malades l'abstinence des aliments gazeux.

En un mot, on recherchera toutes les causes qui ont paru avoir de l'influence sur la production des accès, et on les éloignera avec soin.

Les émotions morales vives, la colère surtout, seront redoutées, et on apportera toute son attention à ne pas subir leur atteinte.

Si l'on n'a pu parvenir à prévenir l'accès, on pourra encore, dans certains cas, l'arrêter au début. On administrera les perles d'éther; on fera prendre au malade du vin d'Alicante; on le soumettra à des frictions énergiques; et, si l'on a ce qu'il faut sous la main, à des décharges électriques.

L'accès passé, on donnera le sulfate ou l'alcoolé de quinine à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50 centigr., qui, avec les moyens plus haut énumérés, combattra efficacement le retour des accès.

La saignée sera indiquée toutes les fois que la percussion aura permis de s'assurer que le cœur et le foie ont un volume plus gros qu'ils ne doivent physiologiquement l'avoir. Mais, rappelez-vous, si vous êtes appelés au début d'un accès, que les respirations profondes et précipitées, que les ligatures serrées autour des membres pendants, agissent plus rapidement que la saignée, et n'ont aucun de ses inconvénients.

Si l'estomac contient des gaz, il faut donner des vomitifs, et, quand on le peut, introduire de suite la sonde œsophagienne, afin de favoriser la sortie de ces gaz.

Quant à tous les médicaments qu'on a préconisés contre l'angine de poitrine, je ne vous en parlerai pas. La digitale, vantée contre ces accidents, agit à trop long terme, et d'ailleurs, avec elle, on ne sait pas ce que l'on fait.

Avec les cautères, on le sait bien, ou du moins je le sais bien: on ne fait qu'ajouter une nouvelle maladie à celle qu'il s'agit de guérir.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Cystite chronique intense. — Prostatite légère. — Gravelle non soupçonnée et expulsion d'un très-volumineux gravier, sous l'influence de l'eau minérale de Contrexéville. — Détails cliniques assez curieux.

Par M. le docteur LEGRAND DU SAULLE,
Médecin consultant à l'établissement de Contrexéville.

M. H..., cultivateur de la Lorraine, âgé de cinquante ans, me fut amené au mois de juillet 1857 par un jeune confrère des Vosges qui désirait avoir mon avis sur le cas pathologique soumis à son examen. Je reconnus chez le malade l'existence d'une cystite chronique intense, de deux ou trois obstacles dans le trajet du canal de l'urèthre, et d'une tuméfaction légère de la prostate. Ma prescription dut provisoirement se borner à quelques conseils appropriés, et je déclarai à mon confrère que les eaux de Contrexéville étaient nettement indiquées en pareille occurrence.

Trois semaines après, au mois d'août, le malade revint avec l'intention bien ferme de rester entre mes mains tout le temps nécessaire. Je le soumis à une médication énergique : de 8 à 12 verres d'eau minérale en boisson tous les matins, des bains à 26 ou 27 degrés d'une heure et demie et des douches périnéales froides.

Le neuvième jour, je fus mandé en toute hâte à l'hôtel pour voir M. H..., qui, je dois le dire, m'avait accusé la veille une douleur gravative intense dans la région lombaire du côté gauche. A mon arrivée, je trouvai le malade en proie à une anxiété très-vive, la face sensiblement pâlie et inondée d'une sueur froide et visqueuse, les traits altérés, le pouls petit et précipité. La souffrance rénale avait cessé depuis le matin, mais des difficultés dans l'acte de la miction avaient apparu, et un état de malaise général presque alarmant s'était progressivement développé.

Je fis appel aussitôt à tous les éléments de diagnostic dont notre art dispose. Sur ces entrefaites, il survint un vomissement.

J'allais presque croire à des symptômes d'étranglement interne, lorsque, grâce à l'extrême maigreur du sujet, je sentis un petit corps ovale, très-dur, à peu près immobile, dans la région qui me parut être occupée par l'uretère gauche. En appuyant fortement les doigts, j'arrachais des plaintes et des cris au malade.

Je pensai alors qu'un calcul trop volumineux pour le calibre de l'uretère s'était engagé dans ce conduit, et je fis part de mon opinion à M. H..., qui m'affirma n'avoir jamais souffert des reins que la veille, et n'avoir jamais rendu ni sable ni graviers. Je n'en persistai pas moins dans mon diagnostic, et je prescrivis un bain prolongé et une douche *loco dolenti*. Le lendemain, le petit corps dur était certainement descendu d'au moins 2 centimètres, ce qui m'encouragea dans ma manière de voir, et me fit insister sur les mêmes moyens que la veille, aidés encore par l'ingestion d'une grande quantité d'eau minérale à l'intérieur. Je fis à M. H... l'expresse recommandation de n'uriner que dans un vase, et quarante-huit heures après il m'apportait presque triomphant un énorme gravier gris, que je reconnus être composé de phosphate ammoniaco-magnésien.

A dater de ce moment, le malade ne rendit plus aucun gravier; la cystite chronique et la prostatite disparurent entièrement, et il ne resta plus qu'un très-léger rétrécissement du canal de l'urèthre, qui, avec un peu plus de persistance dans la médication hydro-minérale, aurait sans doute fini par céder.

M. H... quitta Contrexéville le vingt-troisième jour.

En 1858, à mon retour dans les Vosges, je fis aussitôt demander de ses nouvelles; mais j'appris par son médecin ordinaire que M. H... avait succombé dans l'hiver à une très-grave inflammation du parenchyme pulmonaire.

L'observation qui précède m'a paru présenter à plus d'un titre un très-grand intérêt; mais elle tend surtout à démontrer jusqu'à quel point l'eau minérale de Contrexéville exerce une action directe et presque spécifique sur les reins d'abord, et ensuite sur toute la filière des voies génito-urinaires.

En parlant des succès séculaires de la source de Contrexéville contre le catarrhe vésical et toutes les variétés de gravelle, quelques auteurs ont comparé l'efficacité de notre eau minérale à celle du sulfate de quinine contre les accidents d'origine palustre.

Je n'élèverai pas à mon tour cette prétention, — car je suis ennemi de toutes les exagérations, — mais je me borne à appeler sérieusement l'attention de mes confrères sur un ordre de faits très-digne d'intérêt. C'est vouloir le bien de tous que de vulgariser une ressource thérapeutique si précieuse dans un cas donné.

RÉSUMÉ D'UNE NOTE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE VARIOLE dans le canton de Genève.

Par M. MARC D'ESPINE.

L'épidémie de variole qui règne depuis mars 1858 dans le canton de Genève, y est venue d'Iverdins, Orbe et diverses localités du Jura, où elle régnait déjà en automne 1857.

Horges, ville du bord du lac, la plus voisine de la contrée d'origine, a offert son maximum dès mars 1858. De là la maladie s'est irradiée soit vers Genève, soit vers l'extrémité orientale du lac, Lausanne, Vevey et la vallée du Rhône supérieur.

En mars 1859, un an après son début, l'épidémie, quoique très-diminuée, n'était pas encore éteinte dans le canton de Genève. Genève a plus souffert que le reste du canton, et le territoire de la rive gauche plus que celui de la rive droite du Rhône.

L'épidémie a débuté en même temps à Genève et à Carouge, petite ville de la rive gauche; le reste du canton a été pris postérieurement; le maximum d'intensité épidémique a eu lieu d'octobre 1858 à janvier 1859.

De nombreux faits (au moins le quart de ceux qui ont été recueillis, sans compter ceux où on a omis de traiter la question), établissent la propagation contagieuse de la variole.

La marche de cette maladie dans la petite ville de Carouge est très-intéressante à suivre au point de vue de la contagion. L'épidémie du canton de Genève de 1858-59 a été de beaucoup la plus forte de toutes celles qui ont visité cette contrée depuis l'introduction de la vaccine. Elle a atteint jusqu'à 21 individus pour mille habitants, et causé 2,3 décès, dont la moitié par cause hémorrhagique sur le même nombre de mille habitants. Il est probable que parmi les contrées qui viennent d'être visitées en Europe par la variole, il en est peu qui aient payé à cette maladie un aussi large tribut que le canton de Genève.

La mortalité de l'épidémie du canton de Genève a été de 10,8 des cas, soit 45 p. 0/0 chez les non-vaccinés, et 9,5 p. 0/0 chez les vaccinés.

Cette proportion est considérable si on remarque que, d'après l'enquête européenne faite par la Société épidémologique de Londres, la mortalité de la variole a oscillé entre les limites de 0 à 12 0/0 chez les vaccinés, et de 15 à 53 0/0 chez les non-vaccinés.

Cette mortalité considérable s'explique par le grand nombre de cas hémorrhagiques qui ont été observés dans le canton de Genève.

Il existe un accord unanime entre les documents genevois et étrangers pour confirmer la loi de la prédisposition du sexe masculin à contracter la variole, loi que j'avais établie d'après les décès dans ma statistique mortuaire comparée (p. 223) : le rapport pour les cas est de 10 hommes pour 7 femmes.

L'âge d'élection pour la variole naturelle est le bas âge et l'enfance. Dans les pays où la vaccine n'est pas pratiquée, la variole atteint peu d'adultes.

Mais, à mesure qu'une population est plus généralement et plus anciennement soumise à la pratique de la vaccine, à mesure la variole atteint une plus grande proportion de vaccinés d'ancienne date, et épargne les enfants, protégés par leur récente vaccine.

Dans les pays où l'on vaccine depuis longtemps à peu près tous les nouveau-nés, c'est vers 20 ou 25 ans que la variole atteint le plus d'individus, et les enfants y sont bien rarement atteints avant 10 ans.

Les revaccinations faites en temps opportun augmentent considérablement les chances de préservation, et atténuent évidemment la maladie chez ceux qu'elle n'en a pas mis à l'abri.

Les revaccinations ne commencent à donner une assez notable proportion de réussites, quant aux boutons, qu'après l'âge de 10 ans; soit donc par ce motif, soit à cause de la suffisante préservation de la vaccine de l'enfance jusqu'à 10 ans au moins, c'est entre 10 et 15 ans que la première revaccination doit être pratiquée.

Une deuxième revaccination pourrait être pratiquée vers l'âge de 30 ans, quoiqu'elle importe moins que la première, car, d'après les faits contemporains, la chance de contracter la variole diminuerait beaucoup au delà de l'âge de 30 ans.

Cependant, ainsi que la pratique généralisée de la vaccine a transposé l'âge de maximum de fréquence depuis l'enfance vers 15, 20 et même 25 ans, ainsi la pratique généralisée des revaccinations à 13 ou 15 ans pourrait reculer le maximum au delà de 30 ans, et on peut ainsi prévoir qu'avec le progrès des premières revaccinations vers 15 ans, une deuxième revaccination à 30 ans et même une troisième à 40 ans devinssent tout à fait nécessaires.

La vaccine ou la revaccination pratiquée même au plus fort de l'épidémie, lorsqu'elle se complique de l'invasion immédiate de la variole, n'en modifie en aucune façon la marche, pas plus qu'elle n'en est modifiée. On peut donc vacciner et revacciner sans inconvénient en temps d'épidémie.

Il paraîtrait qu'une première variole préserve un peu plus sûrement de la variole qu'une première vaccine; mais que si la variole survient, celle qui est secondaire est plus mortelle que la varioloïde des vaccinés.

Le cowpox paraît un peu mieux réussir, comme prophylactique et comme production de bons boutons, que l'ancienne chaîne de Jenner; mais la vaccine passée de l'homme à la vache et de celle-ci à l'homme ne tire aucun avantage de ce passage.

La variole épidémique frappe de préférence la portion saine et bien portante d'une population; elle succède rarement à une maladie aiguë, et ne complique pas volontiers une diathèse chronique.

La grossesse et l'alcoolisme sont deux situations dans lesquelles on voit plutôt la variole survenir, que chez des malades proprement dits. Mais le pronostic est beaucoup plus favorable chez les variolés pris en état de santé ou au milieu d'une grossesse normale, que chez ceux qui sont dans des conditions anormales. La mortalité de la variole est surtout forte chez ceux qui font abus des spiritueux.

L'épidémie de Genève et celles d'autres localités du bassin du Léman ont assez également offert, sur 100 cas, 60 ou 70 cas discrets ou légers, pour 30 ou 40 cas plus ou moins graves et confluents. Les prodromes intenses n'ont pas toujours été suivis d'une forme grave de la variole, tandis que les prodromes légers ont toujours annoncé une forme légère et bénigne de la maladie. La fièvre de suppuration s'est montrée chez la plupart des non-vaccinés, et seulement chez 5 p. 100 des vaccinés.

Une éruption eczémateuse ou érythémateuse siégeant partiellement aux aines ou aux aisselles, ou sur quelque autre point de la périphérie cutanée, a précédé dans quelques cas d'éruption variolique, mais sans aggraver la maladie.

Quelques cas d'éruption variolique assez confluente et uniquement limitée à la face, ont été signalés. Les cas de variole *sine varioli*, peu nombreux dans l'épidémie de Genève, l'ont été davantage ailleurs. Ainsi, à Aigle, à Ivorne (vallée de Rhône), tous les cas qui ont terminé l'épidémie ont offert les prodromes de la variole sans éruption.

La forme hémorrhagique de la variole s'est montrée sur tous les points du bassin du lac que la variole a atteints, mais la fréquence des cas hémorrhagiques a varié selon les localités.

C'est dans le canton de Genève qu'elle a été la plus fréquente; elle y a constitué 7 p. 100 des cas de variole, tandis qu'à Ivorne, où l'épidémie a frappé dix fois plus d'habitants qu'à Genève, il y a eu à peine 7 varioles hémorrhagiques pour 1,000 cas.

On a compté dans l'épidémie de Genève 1 cas de guérison sur 5 varioles hémorrhagiques, et encore les guérisons étaient-elles relatives à des cas où l'hémorrhagie était réduite à des épistaxis ou à des ménorrhagies. Un très-petit nombre d'hémorrhagies cutanées comptent parmi les guérisons.

La forme hémorrhagique s'est montrée deux fois plus fréquente chez les non-vaccinés que chez les vaccinés. Mais en éliminant les cas très-légers qui appartiennent exclusivement aux vaccinés, en comparant seulement des deux parts les cas sérieux, on trouve plus de cas hémorrhagiques chez les vaccinés; et si on comptait les décès, on trouverait 23 p. 100 de décès des non-vaccinés offrant la forme hémorrhagique, 65 p. 100 chez les vaccinés. Ainsi, tandis que la forme hémorrhagique est une des causes diverses de mort chez les non-vaccinés, elle est la principale, la presque unique cause de mort chez les vaccinés.

On a remarqué que les hémorrhagies ont compliqué d'une façon inaccoutumée les diverses maladies régnantes pendant l'automne, où les varioles hémorrhagiques ont atteint leur maximum de fréquence dans l'épidémie de Genève.

C'est principalement entre vingt et quarante ans que la forme hémorrhagique s'est montrée fréquente chez les vaccinés. La mort est survenue le plus habituellement vers le sixième jour (troisième jour de l'éruption) dans la variole hémorrhagique.

La durée moyenne de la variole a été, à Genève, de quatorze jours chez ceux qui ont guéri, et de onze jours et demi chez ceux qui ont succombé.

La durée moyenne des prodromes a été de trois ou quatre jours; celle de l'éruption jusqu'à la dessiccation ou à la suppuration, a varié entre trois et sept jours. Dans quelques cas, on a signalé un développement successif de l'éruption, en sorte que certaines papules sortaient cinq ou six jours après les premières, et alors avortaient sans poursuivre leur développement.

DE L'HÉMORRHAGIE INTRA-OCULAIRE
consécutive à l'opération de la cataracte par extraction.

Par M. le docteur RIVAUD-LANDRAU.

Le docteur White Cooper, chirurgien oculiste de Saint-Mary's Hospital, à Londres, dans une leçon clinique publiée dans le numéro des *Annales d'oculistique* du 31 octobre 1857, vient d'appeler l'attention des praticiens sur un accident peu connu, consécutif à l'opération de la cataracte par extraction : l'hémorrhagie provenant du fond de l'œil.

Cette hémorrhagie intra-oculaire, passée sous silence par les auteurs qui ont écrit sur la matière, peut-être à cause de sa rareté, peut-être aussi, suivant l'observation judicieuse du praticien anglais, parce que peu de chirurgiens aiment à signaler leurs revers, mérite pourtant, à cause de sa gravité, d'être soumise à une étude sérieuse et complète.

En dix-sept années de pratique spéciale, et sur plus de deux mille opérations de cataracte par extraction, je n'ai rencontré cette complication que quatre fois, et cela dans des circonstances diverses que j'énumérerai bientôt.

De l'étude approfondie des faits observés dans ma pratique, il ressort pour moi que cet accident grave, bien que se produisant toujours dans des circonstances exceptionnelles, indépendantes parfois de l'opération elle-même, se rattache cependant, en toute circonstance, à une cause matérielle identique, et que, pour cette raison, il est important de le signaler.

Pour ceux qui ont lu l'étude de notre confrère d'Angleterre, il sera facile de voir de suite que nous différons d'opinion sur l'étiologie de ce phénomène morbide, puisque nous n'hésitons pas à le rattacher à une cause matérielle, et non à des complications antérieures de maladies diverses du fond de l'œil.

C'est pour cette raison que nous croyons utile, avant d'aborder l'étude analytique des observations qui nous sont personnelles, de raconter brièvement les faits, pour en tirer ensuite les conclusions pratiques qui nous semblent en découler.

OBS. I. — En mars 1841, je pratiquai l'extraction sur l'œil gauche de la femme Deslandes (de Mérignac), âgée de soixante-quatre ans, atteinte de cataracte lenticulaire complète.

D'un tempérament sanguin très-accentué, sujette depuis l'âge critique à des maux de tête fréquents, cette malade, bien longtemps avant de s'être aperçue de sa cataracte, était fatiguée par un trouble de la vision accompagné de photopsie; symptômes qui dénotaient un état congestif probable des membranes du fond de l'œil, ayant précédé l'opacité du cristallin.

L'examen de l'œil, avant l'opération, ne me fit découvrir qu'une difficulté assez grande dans la contraction de la pupille.

La perception de la lumière, nette encore, et la perte absolue du second œil, à la suite d'une lésion traumatique, décidèrent l'opération.

La manœuvre opératoire fut simple et sans complication. Seulement, après la sortie de la lentille cristalline, il s'écoula une certaine quantité d'humeur vitrée; ce qui tint probablement à la liquéfaction de ce corps, par suite d'un synchisis très-avancé.

Huit à dix heures après l'opération, la malade fut réveillée par une douleur sus-orbitaire violente, accompagnée d'une hémorrhagie intra-oculaire assez considérable pour imprégner tous les linges de l'appareil et couler encore le long de la joue.

En examinant l'œil, je trouvai la paupière supérieure gonflée, les chambres remplies d'un sang noirâtre qui suintait lentement à travers les lèvres de l'incision faite à la cornée. Je pratiquai une forte saignée du bras, je fis appliquer de l'eau très-froide sur l'œil, et je conseillai à la malade de tenir son œil dans une immobilité complète.

Au bout de deux heures à peu près, le sang était arrêté. Il avait coulé cinq heures durant.

La phlegmasie consécutive fut minime, le sang épanché à l'intérieur de l'œil se résorba peu à peu. L'œil resta légèrement atrophié et réduit à un moignon des deux tiers du volume normal, qui conserva toujours une teinte rougeâtre.

OBS. II. — Le général de X... portait une double cataracte lenticulaire. Point de complications, ni locales, ni diathésiques; le malade est dans les conditions les plus favorables à une opération. Je pratiquai l'extraction sur l'œil droit en mai 1847.

Tout marcha bien pendant et après l'opération, jusqu'au quatrième jour.

Ce jour-là, le malade, en se levant sur son séant pour boire un bol de tisane, se heurta violemment l'œil opéré sur le bord d'un vase placé imprudemment trop près de son visage par le valet de chambre qui le servait. Sous ce choc, il ressentit une douleur atroce dans les profondeurs du globe, accompagnée d'une photopsie éclatante. Une évacuation considérable du corps vitré, bientôt suivie d'une hémorrhagie intra-oculaire, fut la conséquence immédiate de cette grave et fâcheuse contusion.

A l'examen, une heure après l'accident, je trouvai la paupière supérieure d'un rouge noirâtre, gonflée et douloureuse au toucher. En la soulevant, j'aperçus le globe rempli de sang. Les lèvres de la plaie de la cornée étaient ouvertes et distendues par un magma sanguinolent, formé par une portion de corps vitré imprégné de sang.

La perte de sang fut moins considérable que dans le cas précédent : au bout de deux heures elle était arrêtée; mais ses conséquences furent beaucoup plus sérieuses.

En effet, vingt-quatre heures après, un phlegmon oculaire s'était déclaré. Aucun traitement ne put en enrayer la marche, et ce ne fut qu'après cinquante jours de cruelles souffrances, que la fonte purulente se termina par une atrophie complète.

OBS. III. — Cinq ans après, en mars 1852, je fus appelé par un de mes confrères de Lyon, le docteur Levrat-Perroton, près d'un de ses clients, M. P..., pour examiner ses yeux atteints de cataracte.

Le malade a soixante-dix ans; il est d'un tempérament sanguin; il a été atteint, quelques années avant, d'une hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie. Toute la partie droite est restée faible et la parole gênée.

Les deux yeux sont cataractés, les pupilles mobiles, les perceptions nettes. Les antécédents morbides me faisaient hésiter devant une opération; mais, pressé par la famille, encouragé par le médecin ordinaire, je tentai l'extraction sur l'œil droit.

La section de la cornée, au premier temps de la manœuvre opératoire, fut assez difficile, soit que mon instrument ne fût pas bien affilé, soit que la membrane offrît plus de résistance qu'à l'ordinaire. Toujours est-il que, au moment de sa terminaison, je ne pus éviter une secousse assez vive du globe, qui amena la sortie brusque du cristallin, accompagné d'une portion assez considérable du corps vitré.

Quelques heures après l'opération, l'hémorrhagie intra-oculaire se manifesta, précédée, comme dans la première observation, d'une douleur de tête violente. Malgré tous les moyens employés, sangsues, sinapismes, eau froide, la perte de sang dura plus de vingt-quatre heures. Comme dans le cas précédent, on voyait une portion de corps vitré engagée dans l'ouverture béante de la cornée et laissant suinter le sang à travers ses cellules déchirées.

L'hémorrhagie arrêtée, la douleur de tête persista pendant plus de quinze jours, sous forme névralgique, avec exacerbation la nuit. La phlegmasie consécutive fut légère, l'œil diminué de volume.

OBS. IV. — Enfin, en juillet 1855, je pratiquai l'extraction sur l'œil gauche de M. Lorrani, de Villefranche (Rhône).

Le malade avait précédemment subi une première opération sur l'œil droit. L'abaissement, pratiqué par un chirurgien de Lyon, avait été couronné d'un succès momentané, bientôt suivi d'une amaurose complète.

L'œil cataracté présentait une dilatation anormale de la pupille, qui pouvait faire craindre une complication d'amblyopie assez avancée. Cependant, la perception de la lumière et le passage de la main devant l'œil étaient facilement constatés, et les conditions générales se montrant satisfaisantes, je pratiquai l'extraction.

L'opération fut aussi simple que rapidement exécutée. Le cristallin extrait avait la densité et la couleur ordinaires; les milieux étaient transparents.

Pendant quarante-huit heures, tout marcha au gré de mes désirs. Aucun symptôme de phlegmasie : ni douleur, ni larmoiment, ni gonflement des paupières, ni réaction fébrile.

Au bout de ce temps, je suis appelé à la hâte auprès du malade; un accident grave était arrivé. En se levant de dessus le vase, l'opéré s'était heurté avec force la tête contre celle de la personne qui le soignait. Cette commotion violente, qui avait eu lieu aux environs de l'œil opéré, avait été suivie d'une douleur vive et d'une hémorrhagie intra-oculaire.

A l'examen, je pus constater un gonflement considérable de la paupière supérieure, une évacuation du corps vitré et l'engagement à travers les lèvres de l'incision cornéenne, d'une portion de cette humeur imprégnée de sang. Les linges de l'appareil étaient imbibés d'une matière rouge gluante, qui ne pouvait laisser aucun doute sur sa nature. Le malade se plaignait d'une douleur sus-orbitaire s'irradiant dans tout le côté de la tête correspondant à l'œil malade.

L'hémorrhagie dura trois heures à peu près. Elle reparut légèrement après avoir cessé pendant vingt-quatre heures, sous un second choc. L'inflammation consécutive ne présenta aucune gravité, le globe demeura légèrement atrophié.

Si nous cherchons maintenant, par l'analyse des faits observés, à remonter jusqu'à la cause de l'hémorrhagie du fond de l'œil, nous trouvons, d'abord, pour étayer notre étiologie, un fait matériel, palpable, partout identique, qui va peut-être nous donner la clef de cette inconnue : c'est l'évacuation du corps vitré.

Que cet écoulement de l'humeur vitrée soit survenu par une cause quelconque pendant la manœuvre opératoire, ou qu'il ait été plus tard le résultat d'une contusion aux environs du globe oculaire, ou bien encore d'un coup sur l'œil lui-même, nous le trouvons, dans tous les cas, précédant partout l'hémorrhagie interne. Je rappelle à ce propos qu'il est signalé aussi chez un des malades du docteur White Cooper.

Ne serait-il pas rationnel d'induire de cette circonstance constamment identique, que l'hémorrhagie est un effet direct de l'évacuation du corps vitré, sans aller chercher dans les causes morbides antérieures, fort hypothétiques pour le moins, la raison d'un fait qui, je le crois, peut s'expliquer ainsi d'une manière plus simple et plus physiologique.

Voyons, en effet, quels sont les phénomènes qui se passent dans le globe de l'œil à la suite d'une évacuation du corps vitré. Supposez une portion de cette humeur sortie, un vide se fait alors dans la partie antérieure du globe; ses membranes externes s'affaissent sur elles-mêmes, se plissent quelquefois, comme ont pu le remarquer tous les chirurgiens lorsque l'évacuation a été considérable.

Pendant ce mouvement d'affaissement, les muscles oculaires distendus font éprouver à la coque oculaire de petits mouvements de contraction spasmodique qui l'agitent et le secouent. De plus, la portion de l'humeur vitrée demeurée dans les profondeurs du globe exécute forcément alors un mouvement de propulsion en avant, afin de remplir les parties vides. Quelles sont les conséquences de ce dernier phénomène pour les parties profondes?

L'humeur vitrée, en se projetant en avant, se détache brusquement de la choroïde, se décolle de cette membrane; c'est ainsi qu'elle amène la rupture des petits vaisseaux sanguins si ténus qui serpentent dans les cellules de l'hyaloïde et s'irradient de la choroïde vers elles.

L'hémorrhagie intra-oculaire est le résultat immédiat de cette rupture des vaisseaux pendant le décollement du corps vitré.

J'ajoute tout de suite que cet accident a d'autant plus de chances de se produire que l'évacuation de l'humeur aura été plus considérable.

On le voit, quant à la source de l'hémorrhagie, je suis du même avis que mon confrère anglais. Le sang est en grande partie fourni par les vaisseaux qui rampent à la surface de la choroïde. C'est à tort que certains auteurs ont voulu voir là une hémorrhagie de l'artère centrale de la rétine. Si ce vaisseau y est pour quelque chose, il est impossible qu'à lui seul il puisse fournir une quantité de sang aussi considérable que celle qui est évacuée dans certains cas. Cette hémorrhagie, du reste, ressemble assez bien à celle que l'on voit se produire à la suite de l'ablation de certains staphylomes quand on a entamé la choroïde avec un instrument tranchant.

Je trouve encore une dernière preuve du décollement du corps vitré en examinant l'œil après l'accident. Toujours on voit une portion de cette humeur engagée et faisant hernie à travers les lèvres de l'incision de la cornée.

Reste à décider si ce décollement, comme le prétend le docteur White Cooper, est un effet de l'hémorrhagie elle-même, ou si, comme je le soutiens, le décollement est la cause première, le point de départ de la perte de sang. Suivant mon confrère de Londres, ce serait l'accumulation du sang derrière l'humeur vitrée qui, en la chassant en avant, amènerait son décollement. Mais je ne vois pas là quelle est la cause de la rupture des vaisseaux sanguins, source de l'hémorrhagie, tandis que cette cause devient palpable avec mon explication. Là se trouve justement le point divergent de nos opinions : c'est que j'indique comme cause principale ce qui n'est qu'un effet pour le chirurgien anglais. Nos lecteurs apprécieront et jugeront laquelle des deux explications leur paraît la plus juste.

Maintenant est-il possible de prévoir l'hémorrhagie interne ou de la prévenir? Telle est la question qui se présente... J'y répondrai en deux mots.

On peut craindre l'hémorrhagie interne toutes les fois qu'il y a eu sortie, évacuation assez considérable du corps vitré pendant l'opération; la prévenir me paraît impossible. Si l'on admet, en effet, avec moi que la perte de sang n'est qu'un effet d'un accident antérieur, c'est évidemment à prévenir cet accident que doivent tendre tous les efforts du praticien.

Pendant la manœuvre opératoire, l'évacuation du corps vitré est à craindre au premier temps (section de la cornée) et au troisième (extraction du cristallin). Dans le premier cas, pour éviter cet accident, gardez-vous de toute section brusque, de toute secousse du globe au moment où le couteau termine la section de la cornée. Dans le second cas, évitez avec la plus grande attention toute pression du globe oculaire, au moment surtout où le cristallin cataracté est engagé dans l'ouverture pupillaire.

Quant aux accidents indépendants de l'adresse de l'opérateur, comme ils sont le plus souvent causés soit par l'imprudence des opérés, soit par la négligence ou l'impéritie de ceux qui les soignent, vous n'y pouvez malheureusement rien de plus que de donner à tous les avis les plus sages pour leur apprendre à les éviter.

En définitive, doit-on considérer l'hémorrhagie intra-oculaire comme un accident nouveau à ajouter à ceux déjà signalés comme pouvant être la conséquence de l'opération par extraction? Je réponds négativement. L'hémorrhagie ne peut être considérée que comme un effet, une complication, si l'on veut, d'un premier accident, l'évacuation du corps vitré; elle n'arrive jamais sans que cet écoulement l'ait précédée. Elle ne présente donc qu'une gravité relative, car la quantité du sang évacué ne peut jamais être assez considérable pour entraîner à sa suite un danger sérieux; et, d'un autre côté, l'évacuation et le décollement du corps vitré, qui y donnent naissance, ont déjà, avant elle, compromis sans ressource le résultat de l'opération pratiquée, en enlevant toute chance de voir la vision se rétablir.

Je crois inutile de revenir ici sur le mode de traitement à appliquer à cette complication (antiphlogistiques et applications froides, tout est là). Il n'offre donc rien de particulier et peut se confondre dans celui des hémorrhagies ordinaires.

(*Annales d'oculistique*).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 mai 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Mortalité relative des âges. — M. MARC D'ESPINE lit une note sur la mortalité relative des âges de vingt à vingt-cinq ans et de vingt-cinq à trente ans, en France et dans d'autres pays.

La mortalité de l'homme, dit l'auteur, est plus forte de vingt à vingt-cinq ans que de vingt-cinq à trente ans en France; l'inverse a lieu pour la femme. M. Bertillon, dans sa savante étude sur la vaccine, signale ce contraste et l'explique par la conscription qui soumet à l'accroissement de mortalité de la vie de garnison une forte part des hommes de vingt à vingt-cinq ans.

Sans contester la part d'influence de cette cause, je montre en étudiant la même question pour d'autres pays que, si les choses se passent en Belgique, en Hollande, en Prusse et dans le canton de Genève comme en France, l'homme meurt comme la femme, plus de vingt-cinq à trente ans que de vingt à vingt-cinq en Angleterre et en Suède: Il est vrai que ces derniers pays n'ont pas la conscription et enrôlent leurs soldats. Mais le canton de Genève, qui n'a pas d'armée permanente et perd cependant comme la France plus d'hommes de vingt à vingt-cinq ans que dans le lustre suivant, établit l'insuffisance de l'explication proposée.

Je cherche l'explication des mortalités relatives aux divers âges de la vie dans les tables que j'ai dressées, en classant selon les diverses causes de mort les décès de treize années du canton de Genève.

Je trouve par ce moyen la loi de fréquence relative des décès de vingt à vingt-cinq ans et de vingt-cinq à trente ans de chaque sexe pour chaque cause de mort. Toutes les causes donnent des résultats parallèles pour les deux sexes, sauf deux causes importantes qui suffisent par leur influence combinée à expliquer la question pendante: *Les accidents extérieurs* et *les suites de couches.*

Les morts violentes sont cinq fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme entre vingt et trente ans, et quoiqu'elles soient dans les deux sexes plus fréquentes de vingt à vingt-cinq ans que de vingt-cinq à trente ans, dans les pays où les morts violentes sont très-nombreuses, la mortalité masculine de vingt à vingt cinq ans sera plus marquée.

D'autre part, les suites de couches étant l'apanage exclusif du sexe féminin, et portant principalement sur l'âge de vingt-cinq à trente ans, plus les décès de cet ordre seront nombreux dans un pays, plus la mortalité des femmes de vingt-cinq à trente tendra à prédominer sur l'âge précédent.

C'est dans la fréquence relative de ces deux causes que se trouvera l'explication pour chaque pays de la mortalité des deux sexes dans les deux lustres étudiés.

La France n'étant pas encore en mesure de se rendre compte de la mortalité au point de vue des causes diverses de mort, et le nombre des morts violentes accusé par les comptes rendus de la justice criminelle étant, selon mes recherches (voyez mon *Essai de statistique mortuaire*), trois fois moindre que la probable réalité, il n'est pas possible d'étudier pour la France la question sur les bases précédentes.

Revivification des animalcules. — M. DOYÈRE communique une note sur la revivification et sur les animalcules ressuscitants. Dans un travail présenté à l'Académie il y a plus de vingt ans, mais qui a été récemment rappelé par M. Milne Edwards, à l'occasion de la discussion sur les générations spontanées, M. Doyère avait présenté une série d'expériences destinées à confirmer et à étendre les résultats obtenus par Spallanzani, résultats contestés depuis la mort de l'illustre observateur par plusieurs naturalistes. De nouveaux contradicteurs s'étant présentés depuis, M. Doyère a repris son travail, et, dans le présent mémoire, il s'attache à faire voir que le défaut de succès qu'ont éprouvé dans des tentatives de revivification certains expérimentateurs, tient à ce que d'importantes précautions ont été négligées, que la dessiccation, par exemple, n'a pas été conduite convenablement, de sorte qu'elle était loin d'être complète quand les animaux ont été exposés à une température qu'ils eussent supportée sans inconvénients une fois bien desséchés. Ces précautions, à la vérité, n'ont pas été omises par d'autres expérimentateurs, trop habitués à ce genre de recherches pour ne pas sentir l'importance de chacune des conditions de l'expérience; mais ce qu'ils ont peut-être ignoré, c'est que ce pouvoir de revivification ne paraît pas exister pour tous les systolides. S'ils avaient expérimenté sur le rotifère des gouttières, ils ne nieraient plus probablement l'existence d'animalcules ressuscitants. (Commissaires, MM. Serres, Milne-Edwards).

M. DROUET adresse un mémoire contenant la description d'un monstre cyclocéphale du sexe féminin ayant vécu neuf jours. Ce mémoire est accompagné de plusieurs dessins et de quelques images photographiques. (Commissaires, MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire).

— La section de médecine et de chirurgie a présenté en comité secret la liste suivante de candidats pour une place de correspondant vacante par suite du décès de M. Marshal-Hall.

En première ligne : M. Virchow, à Berlin.
En seconde ligne, *ex æquo*
et par ordre alphabétique : MM. Chelius, à Heidelberg.
Christison, à Edimbourg.
Magnus Huss, à Stockholm.
Riberi, à Turin.
Rokitanski, à Vienne.

Les titres des candidats sont discutés.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 18 mai 1859. — Présidence de M. DEGUISE fils.

Discussion sur la nécrose à la suite des amputations.

M. BROCA. Je désire réfuter les opinions émises par nos collègues MM. Chassaignac et Morel Lavallée.

M. Morel, en s'appuyant sur des expériences de Tenon, prétend que lorsque le périoste a été décollé, les os perdent une partie de leur substance, et il compare cet accident à la nécrose. Il y a évidemment confusion dans l'esprit de M. Morel; il ne s'agit pas ici d'exfoliation insensible, mais bien d'un phénomène d'absorption.

On a défini l'exfoliation insensible, la destruction de l'os molécule à molécule; il faut avouer que cette exfoliation, si bien insensible qu'on ne peut la prouver, n'est vraiment qu'un artifice de langage au service des chirurgiens à bout d'arguments. Tenon n'y croyait pas beaucoup.

Quant à cette perte de substance signalée à la suite des dénudations des os, il faut dire que Tenon, par d'autres expériences, avait démontré qu'elle pouvait être évitée suivant le traitement auquel on avait recours.

Ainsi des topiques excitants appliqués sur l'os dépourvu de son périoste, déterminaient des mortifications assez étendues. Sous l'influence des onguents moins excitants, le séquestre était moindre; avec des pansements encore plus doux, il ne se détachait qu'une très-faible lamelle osseuse; et enfin si l'on appliquait des cataplasmes, il n'y avait plus de perte de substance appréciable. Il est donc démontré que des os dénudés peuvent très-bien ne subir aucune espèce de nécrose.

Maintenant, pour répondre à M. Chassaignac, qui prétend que jamais il n'a vu une extrémité osseuse, baignée dans le pus, ne pas être affectée de nécrose, examinons ce qui se produit dans le moignon d'une amputation.

J'admets qu'il est très-commun de voir se détacher de l'extrémité osseuse une virole de nécrose; mais si le fait est commun il n'est pas constant, et, bien plus, je crois même que l'absence de nécrose se remarque plus souvent que la nécrose, même après les amputations de cuisse.

Pour justifier son opinion, M. Chassaignac admet que même lorsqu'il ne l'a pas vue, la nécrose a dû exister, et il voit la preuve de cette mortification dans la déformation de l'extrémité de l'os qui s'est amincie, arrondie, perdant ainsi ses bords saillants; mais cet émoussement de l'os n'est pas le produit d'une nécrose, c'est un phénomène d'absorption. Cette transformation de l'os ne se fait que lentement, et sans qu'il y ait besoin, pour sa production, de plaie ou de suppuration; et la preuve est facile à trouver: vous n'aurez qu'à examiner, si l'occasion s'en présente, l'extrémité d'un moignon complétement cicatrisé, après un temps peu éloigné de l'époque de l'amputation, et vous trouverez l'os conservant la forme qu'il avait après la section, c'est-à-dire ses bords tranchants et nullement émoussés.

En résumé, je ne crois pas à l'exfoliation insensible, qui ne saurait se démontrer, et, contrairement à l'opinion de M. Chassaignac, je crois à la cicatrisation sans nécrose des os qui ont baigné dans le pus.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je n'ai nullement confondu les mots exfoliation insensible et absorption, comme le pense M. Broca. Cette question me paraît très-difficile à juger, et j'en ai fait le sujet d'études sérieuses; j'ai traduit le mémoire de Miescher, travail très-important.

Mes recherches bibliographiques et mes observations cliniques m'ont conduit à ce résultat :

L'exfoliation *insensible* des auteurs s'applique à des faits qui se décomposent en deux groupes :

Dans l'un, les parcelles osseuses éliminées échappent à un examen superficiel et se trouvent à un examen attentif, surtout si l'on a recours à des instruments grossissants;

Dans l'autre groupe, l'os a perdu de sa substance, sans qu'on puisse en aucune façon en apercevoir les débris; c'est de l'absorption.

C'est précisément cette dernière forme qui a dû exister lorsque M. Marjolin dit qu'il n'a pas reconnu la nécrose. C'est cette absorption que produisait Tenon en dénudant les os du crâne. Dans les amputations elle a encore bien plus de raison de se produire.

M. CHASSAIGNAC. Je pense que M. Broca ne m'a pas compris; je me suis borné à demander si dans des moignons suppurés, on a vu l'os se cicatriser sans nécrose préalable. Pour mon compte, chaque fois que j'ai pu voir l'os placé dans ces conditions, j'ai rencontré de la nécrose. Je tiens ce fait pour absolu. Quant à trouver constamment le séquestre, c'est quelquefois très-difficile. Mais si on fait des injections acides dans la plaie, on voit le liquide se charger des principes calcaires de l'os frappé de mort. Tenon n'a jamais dit que l'os baigné dans le pus ne se nécrosait pas. M. Guersant paraît être aussi de mon avis.

M. BROCA. Je puis certifier avoir vu des amputations guérir sans nécrose, et cependant je puis affirmer que jamais à Paris, je n'ai vu de réunion par première intention dans le sens absolu du mot. Constamment il y a eu suppuration, dès lors l'extrémité osseuse était en contact avec le pus. Il y aurait donc eu constamment nécrose, si l'assertion de M. Chassaignac est juste, et cependant je dois ajouter que j'ai vu beaucoup plus souvent la guérison des amputations sans séquestre qu'avec séquestre.

M. CHASSAIGNAC. Que M. Broca me permette de ramener la question à sa plus grande simplicité.

Notre collègue a-t-il vu des os baignés dans le pus se guérir sans qu'il y ait nécrose? Je le répète, je n'en ai jamais vu, et chaque fois qu'il m'a été possible d'examiner l'os, j'ai reconnu cette nécrose.

M. BROCA. Il y a évidemment ici un malentendu. Si M. Chassaignac fait allusion aux cas dans lesquels l'os a été dénudé, et lorsque la suppuration s'est produite, oui, le plus souvent il y a nécrose, et encore n'est-elle pas constante.

Mais pour les amputations, si la section a été faite de manière à ne pas dépouiller l'os de sa membrane nutritive, les conditions deviennent dissemblables.

M. Chassaignac nous dit que toutes les fois qu'il y a eu suppuration, il a vu la nécrose, mais dès lors M. Chassaignac l'a toujours vue, car toujours il y a suppuration dès le troisième jour.

Les phénomènes de cicatrisation sont parfaitement appréciés, on les a suivis, et voici comment ils se passent.

Si l'inflammation gagne le canal médullaire et détruit la moelle, la mortification de l'extrémité osseuse a lieu, il se détache une virole osseuse; dans le cas contraire, on voit l'extrémité de la moelle bourgeonner, sortir de son canal sous forme de champignon, et cette partie exubérante, de transformation en transformation, s'ossifie et forme ainsi un couvercle qui oblitère l'os. Pendant que cette réparation s'opère, on voit à la surface de l'os coupé apparaître des trous qui vont en s'agrandissant. Ce sont les vaisseaux qui dilatent leurs canalicules; par ces ouvertures surgissent des bourgeons charnus qui s'ossifiant ultérieurement achèvent de couvrir la plaie osseuse.

M. MARJOLIN a vu deux cas seulement de réunion par première intention, l'un sur un amputé de la cuisse opéré par Blandin, et l'autre sur une petite fille opérée par lui-même, et encore ces réunions, les plus parfaites et les plus promptes qu'il ait rencontrées, n'étaient véritablement complètes qu'après une quinzaine de jours, et après un peu de suppuration.

J'ai, ajoute M. Marjolin, pratiqué plus de soixante amputations, et je dois ajouter que je n'hésite pas à couper l'os au milieu même des foyers purulents; eh bien, je n'en ai pas moins obtenu la guérison sans nécrose dans la grande majorité des cas; au point que je considère cette nécrose comme tout à fait exceptionnelle.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Kyste de la mâchoire inférieure opéré. — M. CHASSAIGNAC présente une jeune fille qu'il avait déjà soumise à l'examen de la Société. Cette malade portait un kyste osseux volumineux, développé sur la partie latérale droite du maxillaire inférieur.

Malgré le volume de ce kyste, M. Chassaignac a pu l'opérer sans faire de section sur les parties molles externes. Il a circonscrit par une incision dans la bouche la partie saillante de la tumeur, et à l'aide d'une spatule il a achevé le décollement des tissus jusqu'à la limite inférieure. Dès lors, il a pu, à l'aide de la scie, faire sauter la paroi osseuse du kyste. La malade est actuellement parfaitement guérie, et ne présente à l'extérieur aucune trace de l'opération qu'elle a subie.

Tumeur pédiculée du petit doigt ressemblant exactement à une cerise. — M. MARJOLIN a enlevé une tumeur siégeant sur le petit doigt d'un enfant. Cette tumeur, pédiculée, congéniale, avait exactement la forme d'une cerise. Le pédicule représente avec une apparence parfaite de similitude la queue du fruit.

La mère de l'enfant prétend, pendant sa grossesse, avoir eu envie de cerises.

La tumeur incisée présente des parois kystiques assez résistantes, comme fibreuses. L'intérieur, d'une teinte rosée remarquable, sera examiné au microscope.

Le secrétaire, E. LABORIE.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

Dans la séance du 10 mai dernier, j'ai eu l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie un appareil destiné à la médication respiratoire, et dont l'idée appartient à M. Tirman. En présentant cet appareil, je me suis borné à en faire la description et à en indiquer les usages, laissant à la commission de l'Académie le soin de l'apprécier, et, s'il y a lieu, d'en constater les avantages.

M. Salles-Girons n'a pas cru devoir imiter cet exemple; et, prévenant le jugement de l'Académie, il déclare, dans la séance 17 mai, que l'appareil en question *opère par l'air soufflé*, qu'il réduit *presque à l'état vésiculaire*, et qu'en conséquence *il est défectueux*.

L'opinion de M. Salles-Girons, quelque poids qu'elle puisse avoir d'ailleurs, n'étant pas suffisamment désintéressée, je m'abstiendrai de la discuter, me bornant à dire que l'examen le plus superficiel suffit pour constater que l'appareil néphogène n'agit pas par l'air soufflé, et que dès lors les conséquences complaisamment déduites de ce principe doivent être considérées comme non avenues.

Excusez-moi, Monsieur le Rédacteur, d'occuper si longuement vos lecteurs d'une question individuelle, que j'ai du moins la conscience de n'avoir pas soulevée.

Agréez, etc. MATHIEU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un de nos confrères de l'armée d'Italie nous écrit du champ de bataille de Montebello, 25 mai :

« Nous avons en ce moment à soigner 800 blessés (500 Français et 300 Autrichiens). Les nouveaux projectiles causent des désordres extraordinaires, et déjà nous voyons qu'il y aura beaucoup plus d'opérations à faire dans cette campagne que lorsque les balles rondes étaient en usage.

» Du reste, l'état sanitaire est très-bon, et le moral de nos blessés est excellent. Au milieu de leurs souffrances, la gaieté française ne les abandonne pas. »

— Toutes les formalités administratives relatives à l'installation de la Société centrale étant remplies, la commission d'organisation s'occupe des mesures à prendre pour cette installation, qui aura lieu très-prochainement.

— La Société médicale du Haut-Rhin, à la suite d'un rapport fait par M. Marquez, au nom d'une commission composée de MM. Molk, Weber, Ant. Müller, Biéchy et Marquez, a ajourné son agrégation à l'Association générale des médecins de France.

— Dans leur réunion du 10 mai dernier, les médecins du département du Puy-de-Dôme se sont constitués en Société locale agrégée à l'Association générale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

De quelques difficultés de diagnostic dans les maladies chroniques des organes pulmonaires; par M. le docteur René BRIAU, secrétaire de l'Académie de médecine. Brochure in-8°. Prix : 1 fr. 50. Ces trois ouvrages se trouvent chez Victor Masson, libraire, à Paris.

Recherches sur le traitement des maladies urinaires des hommes âgés, des rétrécissements de l'urèthre, de la gravelle et de la pierre, etc., ouvrage auquel l'Académie de médecine a décerné une récompense de 4,000 fr. en 1858 (prix d'Argenteuil); par M. le docteur AUG. MERCIER. Un vol. in-8° avec figures. Prix : 7 fr. 50 cent. Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Le Gérant, ...

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 65. — JEUDI 2 ET SAMEDI 4 JUIN 1859. (32e ANNÉE.) N° 65. — JEUDI 2 ET SAMEDI 4 JUIN 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 ». Un an. . . 30 ».

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 JUIN 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

« C'est ici qu'il faut se donner le spectacle des choses humaines, » s'écrie Montesquieu après avoir décrit la chute de l'empire romain. Il ne s'agit pas ici de la chute d'un empire; il ne s'agit que d'un système, d'un de ces *fagots d'idées bien liées*, comme disait d'Alembert, dont on est parvenu, non sans efforts répétés et après avoir habilement combiné ses forces, à détacher *l'âme*.

La transmissibilité des accidents syphilitiques secondaires, si longtemps et si énergiquement débattue, est aujourd'hui un fait démontré et reconnu par tous, par M. Ricord lui-même. Pressé de questions, lors de la mémorable discussion de 1852, M. Ricord déclara à cette époque que tout ce qu'il avait vu, observé et expérimenté, lui prouvait que les accidents syphilitiques secondaires ne se transmettaient pas, ajoutant qu'il attendrait pour admettre l'opinion contraire qu'elle lui fût imposée par les faits. Les faits cliniques ne l'ayant pas convaincu, la commission chargée de répondre à la question posée par le ministre a cru devoir recourir au seul procédé de démonstration qu'elle savait d'avance ne pouvoir être récusé, l'inoculation. Ç'a été une faute. Mais en présence de la déclaration de principe et de l'expression de repentir si nette et si loyale de l'honorable rapporteur, nous serions mal venu à insister sur ce reproche. Nous désirons seulement qu'il en soit pris acte pour l'avenir. Cela dit en passant, nous revenons à ce que l'on a appelé l'*événement* du jour.

En présence des résultats énoncés dans le rapport, M. Ricord a rendu les armes. Celui qui avait écrit dans les *Lettres sur la syphilis*, « que si jamais l'existence de ce mode de transmission était prouvée, ce ne serait que par l'inoculation, » ne pouvait récuser le témoignage de l'inoculation. Il l'a franchement accepté. On s'honore toujours en sacrifiant ses opinions et ses intérêts scientifiques à la vérité. Mais de cet aveu de M. Ricord, quelles conséquences devra-t-on tirer et par rapport à l'ensemble de sa doctrine, et sous le point de vue des applications hygiéniques et médico-légales?

Sans doute, si la question de la transmissibilité des accidents secondaires n'est pas, rigoureusement parlant, l'*âme du fagot* si habilement lié par M. Ricord, on ne peut nier qu'elle n'en soit au moins une pièce essentielle, et que cette pièce une fois disjointe, la solidité et la cohésion du faisceau ne se trouvent assez sérieusement compromises. Jusqu'à quel point va cette atteinte ?

Il eût été intéressant de chercher à déterminer immédiatement quelle est la vraie signification scientifique de ce fait, quel est son degré relatif de fréquence, quelles sont les conditions particulières qui en préparent ou en facilitent la manifestation, et quelles devront être les déductions pratiques de ces diverses circonstances. L'Académie, un peu pressée d'enregistrer sa décision, n'a pas jugé à propos d'aller plus loin. Eh bien, c'est le moment où nous allons voir se produire ce « spectacle des choses humaines » dont parle Montesquieu. La conclusion de l'Académie, jetée, sans le tempérament et les réserves qu'il eût été utile d'y joindre, en pâture aux adversaires systématiques de la doctrine de l'hôpital du Midi, ne manquera pas de fournir à quelques-uns d'entre eux l'occasion de se décerner les honneurs d'un triomphe facile, et de devenir le point de départ d'une de ces réactions irréfléchies qui, confondant les vérités d'une doctrine avec les erreurs ou les abus qui ont pu s'y glisser, étouffent jusqu'au germe même du progrès qu'elle a accompli.

C'est là le danger que nous avons voulu dès à présent signaler aux esprits trop prompts à conclure, nous réservant, bien entendu, toutes les fois que l'occasion s'en présentera, de chercher à apprécier avec la plus entière indépendance la portée du fait en question.

— Ce petit coup d'Etat académique a été précédé d'un petit rapport net et précis de M. Devergie sur une question médico-légale soumise à l'Académie par l'un de ses correspondants, M. le docteur Putegnat, et suivi de la présentation, par M. Bouchut, d'une pièce d'anatomie pathologique très-intéressante, relative aux ulcérations de la langue qui surviennent pendant la coqueluche. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

De la fièvre typhoïde. — Son traitement par les émissions sanguines. — Considérations sur la fibrine du sang dans cette maladie (1).

En rapportant les douze observations qui précèdent, et qui ont été soigneusement prises dans le service de M. le professeur Bouillaud, M. Tainturier fait cette importante réflexion qu'il n'a cité dans son travail inaugural que les cas d'entéro-mésentérite typhoïde les mieux dégagés de tout symptôme autre que ceux que l'on rencontre dans l'entéro-mésentérite normale, et qu'il a pris la précaution d'éliminer les cas compliqués d'autres maladies phlegmasiques ou d'affections tuberculeuses.

M. le docteur Tainturier a divisé ses douze observations en trois séries. La première comprend deux cas d'entéro-mésentérite dite typhoïde au début ; la deuxième, huit cas de la même affection au commencement de la seconde période ; la troisième, deux cas seulement où la seconde période est confirmée. Journellement M. le professeur Bouillaud fait l'application de cette division au lit du malade, division qu'il a su parfaitement établir par l'examen comparatif du sang aux différentes périodes de la maladie, et que nos expériences n'ont fait que confirmer.

Chez les deux malades de la première série, le sang, quant à sa moyenne, a fourni 3,2 décigr. de fibrine, chiffre qui se rapproche beaucoup de celui de la moyenne normale, mais qui pourtant lui est un peu supérieur. Dans l'une des saignées, il est même arrivé que la quantité de fibrine a été de 5,1 décigr., et l'auteur affirme que l'examen le plus scrupuleux n'a démontré aucune affection autre que celle qui frappait l'intestin grêle. Le fluide sanguin, pas plus dans les capillaires que dans les gros troncs veineux, n'a pas encore, à cette période de la maladie, subi l'influence typhoïde ; l'élément phlegmasique seul a agi sur lui ; le principe plastique du sang a été modifié par lui dans ses qualités bien plus que dans sa quantité, car on voit souvent une couenne surmonter le caillot, couenne qui a ses caractères propres et que le clinicien saura toujours distinguer de la couenne rhumatismale ou pleurétique. S'il n'y a pas de couenne, le caillot aura subi un certain retrait, la sérosité sera limpide, et le cruor d'une consistance normale.

Chez les malades au début de la seconde période de l'entéro-mésentérite typhoïde, et qui forment la deuxième série, les choses ne se sont point passées comme dans les cas pris au début de l'affection. L'élément typhoïde a déjà apparu, et il a amené le sang à un état de défibrination plus ou moins marqué ; mais ce qu'il y a de singulier, c'est que cette altération ne porte que sur le sang local, sur le sang des capillaires. Le sang général a conservé en moyenne, dans cette deuxième période, à peu près le même chiffre de fibrine (3,1 décigr.) que dans la première ; cependant il a déjà été influencé par la maladie, car le caillot est plus mou, et la couenne ou les rudiments de couenne, s'il y en a, sont moins résistants, plus gélatiniformes qu'au début de l'affection.

Chez les deux malades qui forment la troisième série, l'entéro-mésentérite est devenue typhoïde, l'altération qui s'était manifestée dans le sang des capillaires a envahi la masse sanguine tout entière; tout le sang se trouve au même titre de fibrine. La moyenne des huit saignées faites aux deux malades de cette série est de 1,4 décigr. de fibrine ; c'est le même chiffre que l'on a trouvé pour les saignées locales faites aux malades de la deuxième série, c'est encore le même chiffre que celui qui représente la quantité de fibrine que contient le cruor des saignées inflammatoires, faites dans des conditions convenables à la formation de la couenne.

Tout ce qui précède n'est que la confirmation de ce que professe M. Bouillaud, à propos des caractères physiques du sang dans cette terrible maladie. (Bouillaud, *Nosogr.*, t. III, p. 119).

« *Etat du sang.* — Il varie de la manière la plus notable, selon les périodes de la maladie. Dans la première période, où la fièvre se présente sous la forme inflammatoire plus ou moins tranchée, le caillot de la saignée éprouve un certain retrait, présente une consistance à peu près normale, et se couvre quelquefois d'une couenne générale ou partielle; mais jamais, à moins de complications, on ne rencontre un sang franchement inflammatoire, comme dans le rhumatisme articulaire, la pneumonie, etc. Les rondelles de sang fourni par les ventouses se réunissent en une masse de consistance passable, et la sérosité qui les entoure est médiocrement rouge (elle l'est quelquefois à peine).

» *Périodes subséquentes.* — Le caillot du sang fourni par les saignées du bras, constamment plus mou qu'à l'état normal, est quelquefois d'une mollesse diffluente et n'éprouve aucun retrait. La sérosité reste infiltrée dans le caillot (s'il s'en dépose seulement une petite quantité à sa face supérieure), et cette circonstance est une des causes de la diffluence dont nous venons de parler. S'il se forme une couenne générale ou partielle, elle est molle, gélatiniforme, infiltrée, analogue à de la graisse à peine figée. Le caillot provenant des ventouses appliquées sur l'abdomen est pour le moins aussi ramolli, *souvent même plus ramolli que celui fourni par la phlébotomie.* Les rondelles sont mal prises, forment une espèce de magma ou bouillie noirâtre, et la sérosité qui se sépare du caillot, retenant une proportion plus ou moins considérable du caillot, de la matière colorante de celui-ci, présente une teinte rouge plus ou moins foncée, quelquefois même noirâtre. »

Une description aussi exacte dispense de tout commentaire. On y reconnaît les altérations que M. Tainturier a signalées dans le sang de l'entéro-mésentérite à ses différentes périodes, altérations portant et sur le sang général et sur le sang local.

En résumé, dans l'entéro-mésentérite typhoïde à marche régulière, le sang, au début de l'affection, quand on ne le considère que sous le rapport de la quantité de fibrine qu'il contient, n'a pas ou a peu varié ; il tend plutôt à prendre un chiffre de fibrine supérieur qu'inférieur à celui de la moyenne normale de ce principe plastique.

Du reste, les caractères physiques du sang, sur la valeur desquels l'auteur a insisté dans la première partie de son remarquable travail, nous apprennent plus sur l'altération que l'élément phlegmasique y cause, que le dosage de la fibrine.

Au début de la deuxième période, le sang général, quant à la quantité de fibrine qu'il contient, ne diffère pas sensiblement du sang pris au début de la maladie ; mais le sang local commence à être altéré, et l'on trouve alors dans les capillaires de la peau un sang qui a perdu une grande quantité de son élément plastique. Dans la deuxième période confirmée, la masse sanguine tout entière a été plus ou moins défibrinée.

Lorsqu'à la première période de l'entéro-mésentérite typhoïde, à la période phlegmasique, a succédé la seconde, si l'on considère de quelle façon se développent les altérations du sang dans l'économie, on sera frappé de voir qu'elles ont la même marche envahissante que celle des phlegmasies ; et cependant les unes consistent surtout en une augmentation de fibrine, et les autres en une diminution. Ainsi, quand, dans une entéro-mésentérite normale, l'élément typhoïde paraît sur la scène pathologique, il frappe sur une des dépendances du système circulatoire, la fibrine diminue dans le sang capillaire. Cette altération est aussi grande dans sa manifestation que celle qu'imprime, en sens contraire, la phlegmasie au sang de la partie enflammée. Ainsi donc, la quantité de fibrine diminue dans les capillaires ; puis, en passant à la deuxième période confirmée, la maladie se généralise, toute la masse sanguine est typhoïdée; elle est ramenée tout entière à un chiffre inférieur de fibrine. Comme à la dernière période d'une phlegmasie qui s'est généralisée, elle est ramenée à un même chiffre supérieur. Mais il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi dans l'entéro-mésentérite typhoïde, et que le sang général soit toujours altéré après le sang local. Quand les symptômes généraux priment les symptômes locaux dans leur intensité, le sang général peut, après la première période, subir l'influence typhoïde avant le sang local.

M. le docteur Tainturier rapporte à cet égard le seul cas qu'il ait observé, dans lequel le sang des veines fut altéré avant le sang des capillaires; c'était un cas d'entéro-mésentérite excessi-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 24 mai.

vement grave, et auquel cependant a résisté le malade. Il était atteint de sa grave affection déjà depuis huit jours, quand il est entré dans la salle Saint-Jean de Dieu, n° 8. A la visite du soir, le chef de clinique diagnostiqua une entéro-mésentérite typhoïde au début de la deuxième période, et prescrivit une saignée qui donna 1,9 décigr. de fibrine. Pendant la nuit, des symptômes ataxiques se manifestèrent avec une violence extrême; la fièvre avait encore augmenté (pouls à 116; chaleur, près de 42° cent.).

A la visite du matin, une nouvelle saignée fut prescrite, avec une application de ventouses faite environ six heures après. La saignée donna 0,82 centigr. de fibrine, et le sang des ventouses en donna 1,5 décigr. C'est un cas où les symptômes généraux (l'ataxie, la fièvre, etc.) l'emportent de beaucoup sur les symptômes locaux (gargouillement, diarrhée, etc.); aussi y trouva-t-on le sang général plus altéré que le sang local. C'est ce que l'auteur a vu également dans un cas de rhumatisme articulaire où les symptômes généraux l'emportaient tellement sur les symptômes locaux, qu'on avait réellement affaire à la fièvre rhumatismale sans rhumatisme des anciens auteurs.

Il est bien digne de remarque de voir deux maladies dont l'une a pour effet d'augmenter la quantité de fibrine du sang, et l'autre, arrivée à un certain point de son évolution, de la diminuer, marcher ainsi de la même manière dans l'altération qu'elles font subir à la masse sanguine.

Que conclure d'un pareil rapprochement, si ce n'est de dire, avec M. le professeur Bouillaud : « Il existe un sang typhoïde comme un sang inflammatoire; celui-ci, remarquable par sa fermeté, son excès de plasticité, de fibrine, etc.; celui-là, remarquable par sa mollesse, son défaut de plasticité, de fibrine, caractères spécifiques diamétralement opposés aux précédents.» (*Nosogr.*, Bouillaud.) Ces deux espèces de sang caractérisent deux maladies aiguës, dont les effets sur les fluides sanguins sont semblables à ceux de l'inflammation adhésive et de l'inflammation ulcérative sur nos tissus.

On a voulu, mais à tort, conclure de ce que la quantité de fibrine n'augmentait pas dans l'entéro-mésentérite comme dans les autres phlegmasies, la placer dans un autre cadre nosologique que celui où se trouvent ces dernières affections. Il nous semble qu'en se fondant sur ce caractère négatif, qui, du reste, n'est pas encore assez étudié, de la non-augmentation de fibrine du sang à la première période tout au moins, on a eu tort de négliger les caractères physiques du sang; ces caractères sont cependant assez précieux pour qu'on en tienne compte. On aurait vu alors qu'à la première période de l'entéro-mésentérite, le sang a des caractères phlegmasiques évidents; il est vrai que ces caractères ne sont pas aussi tranchés que pour le sang des pneumonies, des pleurésies, des arthrites rhumatismales, etc., inflammations qui sont spéciales par leur siége, comme l'entéro-mésentérite est spéciale par le sien. L'inflammation qui porte sur la fin de l'intestin grêle a-t-elle pour effet d'augmenter autant que les autres phlegmasies la proportion de fibrine dans le sang? M. Tainturier a cherché dans les tableaux de MM. Andral et Gavarret, dans le livre de MM. Becquerel et Rodier, et il n'a pas pu trouver un seul cas où l'analyse du fluide sanguin ait été faite chez un sujet atteint de l'inflammation de cette partie de l'intestin grêle; et pourtant elle est assez étendue pour ne pas échapper aux phlegmasies, et se trouver ainsi en dehors des lois qui régissent les autres tissus.

Il nous reste maintenant à entrer dans quelques détails relatifs à chacune des observations qui se trouvent relatées dans le numéro du 24 mai.

Les deux cas qui forment la première série ne sont pas tout à fait semblables. Le premier est celui d'un malade pris au début de son affection; c'est un cas type; le second est celui d'un malade sur la limite de la première et de la deuxième période. Chez l'un, comme chez l'autre, la quantité de fibrine a augmenté avec les saignées, qui elles-mêmes sont faites en raison des cas, des symptômes, etc. La dernière saignée du sujet de l'observation première a donné 5,1 sans qu'aucune complication soit survenue; la moyenne de la quantité de fibrine des sept saignées pratiquées chez les malades de la première série est dû reste une moyenne un peu plus élevée (3,2 décigr.) que la moyenne normale, qui serait, selon l'opinion actuelle des auteurs, de 2,2 décigrammes.

Dans les cinq premières observations de la seconde série, le sang général a, quant à sa proportion de fibrine, la même quantité que dans la première période, mais le sang local a éprouvé une diminution très-sensible; il a perdu environ la moitié de la quantité de fibrine qu'il devait contenir : ce sont des cas qui se trouvent véritablement au commencement de la deuxième période de l'entéro-mésentérite.

Les trois cas suivants sont évidemment à une époque plus avancée de la maladie que ceux dont nous venons de parler. Le sang général a commencé à subir l'influence typhoïde, et surtout chez le sujet de l'observation huit; mais cependant on ne trouve pas dans ces cas la même altération du sang que celle qui frappe ceux de la deuxième période confirmée.

Le degré d'altération du sang local dans ces différents cas n'a pas paru en rapport avec la gravité des symptômes; quoi qu'il en soit, sait-on ce qui serait arrivé si la maladie avait été livrée à elle-même?

Dans les deux cas qui forment la troisième série, l'un a parfaitement guéri, l'autre a succombé, et c'est celui-ci qui a présenté le sang le plus défibriné; les saignées n'ont pas eu pour effet, chez lui, de relever la quantité de fibrine, comme chez le premier.

Quel a été chez ces malades le résultat des saignées suffisantes sur la quantité de fibrine du sang?

Dans les deux cas de la première série, les dernières saignées ont été plus chargées en fibrine que les premières.

Dans les cas de la deuxième série, les dernières saignées ont donné également un peu plus de fibrine que les premières, mais cependant dans des limites plus restreintes que chez les malades de la première série. Dans l'observation 8, il est à remarquer qu'à la deuxième application de ventouses la quantité de fibrine a triplé, si on la compare avec celle fournie par la première application.

Dans les deux cas arrivés à la deuxième période confirmée, on voit chez l'un le sang général et le sang local se rapprocher de la quantité normale de fibrine qu'ils doivent contenir; et cela à mesure que les saignées sont faites, la fibrine remonte à son niveau physiologique. Chez l'autre, dont la maladie a eu une issue fatale, le sang est défibriné à un plus haut point, et les trois émissions sanguines qu'on a pratiquées ne paraissent pas avoir eu d'effet sur l'élément plastique du fluide sanguin.

Du reste, en comparant la moyenne générale des premières saignées avec la moyenne générale des dernières, on voit que la quantité de fibrine a augmenté avec les émissions sanguines, et qu'en même temps il y a une grande amélioration des symptômes. La moyenne générale des saignées est de 2,6 décigr. de fibrine, et la moyenne générale des dernières est de 3,2 décigr.

Voici maintenant quelles sont les conclusions que M. Tainturier a tirées de tous les faits qui viennent d'être établis :

Conclusions. — Dans l'entéro-mésentérite dite typhoïde, à la première période, on trouve pour la quantité moyenne de fibrine du sang tant général que local, le chiffre de 3,2 décigr., c'est-à-dire une moyenne légèrement supérieure à celle du sang normal. Aussi est-ce plutôt dans les caractères physiques du sang que l'on trouvera la preuve de l'influence phlegmasique de cette maladie sur la masse sanguine que dans la proportion de fibrine qu'il contient.

Dans l'entéro-mésentérite typhoïde, au début de la deuxième période, le sang général contient à peu près la même proportion de fibrine que le sang dans la première période; mais le sang local a éprouvé une diminution considérable de ce principe plastique.

A la seconde période confirmée, toute la masse sanguine a subi une défibrination plus ou moins grande, et souvent le sang général et le sang local sont ramenés au même titre de fibrine.

Mais l'entéro-mésentérite typhoïde peut être accompagnée de symptômes typhoïdes généraux très-graves, et alors on trouve que le sang général, au commencement de la deuxième période, est plus défibriné que le sang local.

Quant aux saignées faites dans une juste mesure, on peut dire d'une manière générale que la quantité de fibrine a augmenté avec elle, et qu'avec cette augmentation a coïncidé un amendement très-marqué des symptômes morbides.

LUXATION COMPLÈTE DE L'OEIL produite par le choc d'un jet de pompe à incendie. Réduction suivie du retour intégral de la fonction visuelle.

Par M. le Dr Reyssié, de Romanèche (Saône-et-Loire).

Le sieur S..., charron, était occupé à un service de pompe à incendie, lorsqu'il reçoit à courte distance et en pleine figure le jet de cette pompe. La colonne d'eau frappe avec violence les paupières de l'œil droit, les repousse fortement en arrière, et celles-ci, se contractant sous la double influence du choc et du froid, compriment énergiquement le globe de l'œil, le poussent en avant et le chassent de l'orbite par une sorte d'énucléation.

Cet organe pendait au dehors, retenu seulement par les muscles moteurs et par le nerf optique distendus. Rien ne pourrait rendre l'effroi des assistants et du malade, qui, du reste, n'accusait pas de douleur vive. J'arrivai une heure à peine après l'accident; la réduction fut des plus simples; mais, comme on le comprendra aisément, le malade, par suite de la distension du nerf optique, ne voyait pas de l'œil lésé.

Des compresses calmantes et résolutives furent employées; quelques sangsues furent appliquées derrière l'oreille correspondante; on agit sur la peau, sur le canal intestinal à l'aide de révulsifs légers; et de jour en jour la faculté de distinguer les objets fut rendue au malade, à ce point qu'au bout de dix jours la vue était aussi bonne qu'avant l'accident. Trente mois se sont écoulés depuis cette époque, et il ne reste plus à cet homme que le souvenir de sa grande frayeur.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratique*).

POMMADE CONTRE LES VERRUES.

Formulée par M. le docteur Blaschko.

Chromate de potasse. . . .	10 centigrammes.
Axonge.	4 grammes.

Le malade frictionne les végétations cutanées avec cette pommade deux fois par jour. Trois ou quatre semaines de ce traitement suffisent pour amener la guérison radicale des productions verruqueuses les plus invétérées. (*Répertoire de pharmacie.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 mai 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre du commerce transmet :

1° Différents rapports de M. le docteur Yvaren, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Avignon;

2° Un rapport de M. le docteur Millon sur une épidémie de grippe qui a régné à Revel (Haute-Garonne) en 1857 et 1858;

3° Un rapport de M. le docteur Dehoey, de Saint-Girons, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Riverenert en 1858 et 1859;

4° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements de l'Aveyron, des Deux-Sèvres, du Doubs, de la Nièvre, de la Charente et de l'Allier (commission des épidémies);

5° Les rapports sur le service médical des bains de mer de Dunkerque, par M. le docteur Lemaire; des eaux minérales de La Motte (Isère), par M. le docteur Buissard; d'Euzet et de Saint-Jean de Ceyrargues (Gard), par M. le docteur Auphan; de Saint-Amand (Nord), par M. le docteur Marbottin; de Plombières (Vosges), par M. le docteur Sibille; de Charbonnières (Rhône), par M. le docteur Finaz; de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Fabas, pendant l'année 1857. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Marc d'Espine adresse une lettre par laquelle il fait connaître un nouveau mode de conservation des eaux minérales sulfureuses, consistant à recouvrir ces eaux d'une couche d'huile d'olive de 2 centimètres d'épaisseur.

— M. le docteur Mattei adresse une note sur la transmissibilité de la syphilis et d'autres maladies virulentes. (Commission déjà nommée; M. Gibert, rapporteur.)

— M. le professeur Courty, de Montpellier, adresse une lettre dans laquelle il sollicite le titre de membre correspondant.

— M. Renouard communique un mémoire sur les doctrines médicales. (Commissaires, MM. Jolly et Gibert.)

— M. le docteur Petrequin envoie un travail intitulé : *De l'emploi de l'électricité dans le traitement des paralysies de la vessie et de certains catarrhes vésicaux.* (Commissaires, MM. Gavarret, Cloquet et Civiale.)

— M. Blondlot, de Nancy, adresse une note relative à l'influence des corps gras sur la solubilité de l'acide arsénieux, considérée dans ses rapports avec la toxicologie. (Commissaires, MM. Chevallier, Boudet, Devergie et Poggiale.)

— M. le docteur Maire, du Havre, transmet un mémoire sur la circulation nerveuse. (Commissaires, MM. Longet, Poiseuille et Robin.)

— M. Robin dépose sur le bureau, au nom de M. Forget, une brochure sur les anomalies dentaires et leur influence sur les maladies des os maxillaires.

RAPPORT.

Inapplicabilité de l'article 378 du Code pénal à la description d'une maladie non encore connue. — M. Devergie lit le rapport suivant :

M. Putégnat, correspondant de l'Académie, a posé à la compagnie la question suivante dans une lettre en date du 20 mai 1859.

Un praticien a-t-il le droit, malgré l'article 378 du Code pénal, de faire connaître une forme *non encore décrite* d'une maladie, et une cause *non encore connue* d'une autre affection qu'il a consciencieusement étudiée dans certains ateliers d'une manufacture?

Considérant que l'article 378 du Code pénal est ainsi conçu :

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens et les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, *des secrets qu'on leur confie*, qui hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, *auraient révélé* ces secrets, seront punis, etc.

Considérant que le médecin qui est appelé à donner des soins dans une manufacture où il *reconnaît* une maladie *non encore décrite*, qui amène la mort ou compromet l'existence des ouvriers, et qui constate une cause *non encore connue de maladie*, n'est pas dépositaire d'un secret *qui lui a été confié*, et ne rentre pas dans la catégorie des médecins spécifiés dans l'art. 378 du Code pénal;

Que, s'il en était autrement, ce serait fermer une porte à la science et à l'étude de l'hygiène publique et privée;

Que ce serait enlever à une catégorie d'ouvriers les bénéfices d'une découverte qui peut les mettre à l'abri des maladies contractées dans l'exercice de leur art;

J'ai l'honneur de proposer à l'Académie de répondre à M. Putégnat qu'elle pense que non-seulement il peut communiquer à l'Académie ou publier dans un journal scientifique le résultat de ses observations, mais encore que c'est pour lui un devoir de le faire dans l'intérêt de la science et de l'humanité. (Adopté)

Sur un point de l'histoire de la cirrhose. — M. Ch. Robin lit la deuxième partie du rapport sur le mémoire de M. Sappey intitulé : *Sur un point d'anatomie pathologique relatif à l'histoire de la cirrhose.*

Ce rapport, dont nous exposerons un résumé dans l'un des prochains numéros, se termine par les conclusions suivantes :

1° Adresser une lettre de remercîments à l'auteur du mémoire;

2° Renvoyer ce travail au comité de publication;

Ces conclusions sont adoptées.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Gibert relatif à la transmission des accidents syphilitiques secondaires.

La parole est à M. Ricord.

Discussion sur la transmission des accidents syphilitiques secondaires.

M. Ricord. Dans l'importante question qui nous occupe aujourd'hui, et qui intéresse à un si haut degré l'hygiène et la médecine légale, j'ai cherché, comme tout le monde, la vérité, convaincu qu'il y avait autant de danger d'admettre à la légère la contagion des accidents secondaires qu'à la repousser.

Peu satisfait sous ce rapport des observations que possédait la science, et ne me contentant pas de l'opinion générale, qui n'est pas toujours la plus juste, j'eus recours pour élucider la question à un procédé d'exploration qui semblait promettre des résultats plus positifs que ceux ordinairement fournis par la clinique. L'inoculation artificielle, interrogée au point où Hunter avait laissé la science, et où elle est encore aujourd'hui pour beaucoup de personnes relativement à la nature des accidents réputés primitifs, me démontra, ce qui est encore vrai, que le chancre seul était inoculable à l'individu qui en était déjà affecté.

Pour ceux qui n'admettent qu'une espèce de chancres, et si je ne me trompe M. le rapporteur est de ce nombre, c'est une vérité qui reste encore inébranlable; et les lois que j'ai posées pour une des variétés, aujourd'hui une des espèces du chancre, le chancre mou, n'ont à subir aucun changement.

Il était admis, et il est encore reçu par les antagonistes de mon école, qu'une première contagion, une première infection même, n'en empêchait pas une autre: la doctrine de vérole sur vérole avait cours dans la science, et est encore actuellement professée, je crois, par M. Gibert, car je ne sache pas qu'il admette celle que j'enseigne, à savoir: que la diathèse syphilitique ne se double pas plus que les autres diathèses.

Si donc je n'avais pas eu raison sur l'unicité de la diathèse, les accidents secondaires, s'ils étaient réellement contagieux, inoculables, devaient pouvoir s'inoculer aussi aux sujets déjà infectés.

L'auto-inoculation, la seule que je me sois *jamais permise*, resta toujours dans mes mains, comme dans celles de beaucoup d'autres, absolument négative. L'observation clinique, dans l'énorme majorité des cas, me dit alors, comme aujourd'hui, que les ulcères vénériens primitifs, envisagés d'une manière générale, et mieux déterminés par mes recherches et celles de mes élèves, étaient la source habituelle commune de la contagion, pour se reproduire dans leur espèce.

Sans doute, sur un théâtre aussi vaste que celui où il m'a été donné d'observer, j'ai rencontré des exceptions qui échappaient à cette règle générale; mais alors on pouvait encore trouver des explications rationnelles, jusqu'à plus ample informé; aussi, tout en formulant, dans un premier traité, les caractères qui me paraissaient propres aux accidents secondaires, au point de vue de la non-contagion et de leur non-inoculabilité aux sujets déjà infectés, je restai toujours dans une sage réserve dont quelques-uns de mes disciples et surtout mes antagonistes ont cherché à me faire sortir. J'aurais pu cependant me montrer plus absolu, si j'avais eu cette tendance; car, outre mes observations personnelles, je rencontrai parfois pour m'appuyer des faits négatifs, il est vrai, mais qui prenaient une grande valeur du nom des observateurs et des circonstances dans lesquelles ils étaient observés, circonstances qui les rapprochaient autant que possible des conditions des faits d'expérience. Telles sont les observations consignées dans le mémoire lu en 1854 à la Société de chirurgie par mon distingué collègue et excellent ami M. Cullerier.

Malgré ma lutte de 1852 contre des faits qui ne me paraissaient pas probants, voici ce que j'écrivais en 1840 dans les additions et notes de la première édition d'Hunter, traduction de M. Richelot, et plus récemment encore dans les éditions de 1852 et 1859, page 789 de cette dernière.

» Je partage ici complétement l'avis de M. Babington; seulement je pense que, jusqu'à présent, on n'a pas encore bien déterminé la nature absolue des accidents qui peuvent se transmettre des enfants aux nourrices; et que tel accident réputé secondaire transmissible pouvait bien avoir été d'abord primitif; comme aussi, dans quelques cas, telle nourrice qui disait avoir été infectée par son nourrisson, pouvait bien avoir contracté la syphilis autrement.

» Quoi qu'il en soit, dans l'état actuel de la science, si l'explication laisse encore beaucoup à désirer pour satisfaire complétement tous les esprits, il existe un grand nombre d'observations incontestables de syphilis transmise du nourrisson à la nourrice, et *vice versa*. »

Vous le voyez, Messieurs, en manifestant cette tendance personnelle je me gardais bien de vouloir arrêter les progrès de la science; je demandais au contraire de nouvelles observations, de nouvelles recherches, de nouvelles investigations pour asseoir définitivement ce point de doctrine; afin de faire indemniser de pauvres nourrices si elles étaient victimes, ou de faire condamner légitimement l'imposture et le chantage, malheureusement si fréquents.

Jusqu'à ce jour, j'ai laissé faire, j'ai laissé dire, j'ai laissé écrire, indifférent à quelques injustices, à de nombreux oublis, parfois même à l'ingratitude. J'observais dans le calme et j'attendais dans le silence que nous pussions être d'accord.

On croit aujourd'hui être arrivé à cet heureux résultat, auquel, soyez-en bien convaincus, Messieurs, je serais le premier à applaudir, car je ne sache rien de plus facile pour moi que de céder sur un point de doctrine en litige, dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

J'arrive donc au rapport de notre honorable collègue. J'ai fait partie de la commission, et membre obligé d'une opposition réservée, il m'a été impossible de l'accepter sans commentaires. Je n'ai pas à discuter ici des faits cliniques qui ne sont pas rappelés, je ne m'occuperai que de la partie expérimentale, qui sert de principale base au rapport.

Des personnes étrangères à la science syphilographique et aux recherches faites depuis moi, pourraient, à en croire M. le rapporteur, penser que tous les expérimentateurs dont il invoque le témoignage en sa faveur sont absolument d'accord entre eux. Eh bien, il n'en est rien.

Voyons d'abord le terrain sur lequel on a expérimenté. J'ai dit, après Hunter, que l'inoculation restait négative sur le malade déjà infecté. M. Waller a positivement dit et affirmé que l'inoculation des accidents secondaires restait sans effet sur le sujet déjà malade, et ne pouvait réussir que sur un individu sain. M. Rollet, cité par M. le rapporteur, est aussi absolu, sinon plus, que M. Waller lui-même. Wallau, probablement dans un esprit de conciliation, car il est difficile de se rendre compte scientifiquement de son opinion, dit que si l'accident secondaire ne peut pas être inoculé sur l'individu qui en a fourni le produit, ce produit peut cependant être inoculé à une autre personne déjà infectée. Enfin, Vidal, que tous les contagionistes citent et n'ont peut-être pas songé à commenter, prétendait, comme l'ont prétendu après lui M. Bouley et autres, que l'accident secondaire était inoculable sur le malade lui-même ou sur un autre sujet déjà infecté. Que répond à cela le chirurgien actuel de l'Antiquaille? Dans cette première catégorie de faits, où est la vérité, où est l'erreur?

Quant à la contagion de l'individu malade à l'individu sain, tout le monde paraît d'accord; je dis paraît, car un de mes disciples les plus fervents, malgré ses dissidences, M. Diday, chirurgien distingué de Lyon, admettant la contagion du nourrisson à la nourrice, est un de ceux qui ont le mieux combattu les faits de contagion d'accidents secondaires en dehors de l'allaitement. Qui faut-il croire? A quelle forme d'accidents secondaires le pus inoculé a-t-il été ordinairement emprunté? C'est plus particulièrement aux plaques muqueuses, tubercules muqueux, condylomes plats, pustules plates humides: synonymie d'une même forme d'accidents, ceux qui d'ordinaire succèdent le plus rapidement au chancre, soit sur place, dans ce que j'ai appelé transformation *in situ*, métamorphose facile à observer et à suivre, soit à distance.

La forme ecthymateuse, que l'accident primitif le moins contestable peut affecter, a été aussi une source à laquelle on a quelquefois puisé. Cette forme, on le sait, lorsqu'elle appartient au chancre mou, est toujours inoculable sur le sujet lui-même; mais aussi, comme l'expérience me l'a démontré, ainsi qu'à M. Bassereau, elle peut, alors même qu'elle appartient au chancre induré, s'inoculer quelquefois sur le malade lui-même, quoi qu'en dise le chirurgien de l'Antiquaille. On peut voir à ce sujet le fait consigné dans le traité remarquable de M. Bassereau, d'un chancre ecthymateux de la lèvre, inoculé avec succès au malade. (P. 297.)

Voyons ce qu'ont produit les inoculations des différents expérimentateurs. Le produit a-t-il toujours été le même? On devrait supposer qu'il en serait ainsi: même graine, même fruit... Eh bien, sous ce rapport encore, il y a une dissidence manifeste.

Les uns, Vidal en tête, ont donné lieu tantôt à des vésico-pustules, à des pustules suivies d'ulcérations, tantôt à des ulcérations suivies de papules, tantôt enfin à des papules s'ulcérant et se couvrant de croûtes. D'autres expérimentateurs, Wallace, MM. Waller, Bouley et l'honorable rapporteur, affirment n'avoir produit que des papules, des plaques muqueuses, pustules muqueuses, condylomes plats, accidents que notre collègue surtout considère comme appartenant rigoureusement à la classe des accidents secondaires, semblables absolument à ceux auxquels ils doivent leur origine, et qu'il est impossible de différencier. D'où il suit que si on les observait sur un malade chez lequel on ne les aurait ni plantés ni vu naître, il serait impossible de savoir s'ils sont le résultat d'une contagion, ou le fait d'une infection antérieure.

Qu'il me soit permis de faire observer en passant qu'il est très-remarquable que des praticiens distingués, qui ont de la peine à admettre les différentes variétés du chancre, et encore plus les différentes espèces, créent de toutes pièces une syphilis particulière, qui ne se transmet plus que sous la forme secondaire, promettant ainsi de faire disparaître dans l'avenir le véritable accident primitif: le chancre.

Enfin, sous le rapport des produits, viennent en dernier ressort M. Langlebert et M. Rollet, qui s'éloignent beaucoup moins de moi que veut bien le dire M. le rapporteur; car en élaguant de la discussion des diversités de dénomination et les différentes manières de diagnostiquer, si la syphilis secondaire, comme je serais encore disposé à l'admettre, est transmissible autrement que par la gestation et l'hérédité, c'est au chancre induré, symptôme initial obligé, comme je l'ai toujours professé, qu'elle doit donner naissance.

Mais ce chancre, produit de la contagion secondaire, diffère-t-il de celui qui résulte de la contagion du chancre infectant primitif? A-t-il des caractères qui puissent le faire aisément distinguer, de telle façon que, sans la connaître d'avance, on puisse remonter à la source qui l'a fourni?... Eh bien, non!

Est-ce tout? Non encore, Messieurs. Les contradictions s'étendent jusqu'au siége où doivent se développer les produits de l'inoculation; presque tous les expérimentateurs veulent que le résultat contagieux naisse sur le lieu même de l'inoculation. Que font-ils alors de l'autorité tant invoquée de M. Waller, qui, plantant du sang syphilitique sur la cuisse d'un enfant affecté de lupus, vit pousser en même temps deux tubercules sur le lieu de l'inoculation, et un autre inattendu sur une épaule qu'il n'avait pas songé à inoculer?

Que fait-on des enfants qui, n'ayant rien à la bouche et ne présentant, par exemple, qu'un onyxis du gros orteil ou d'autres accidents aussi éloignés des voies habituelles de la contagion, sont accusés d'avoir communiqué des chancres aux mamelons de leurs nourrices?

Voyons maintenant si l'incubation peut servir à quelque chose.

Dans la contagion accidentelle ou vulgaire de chancre à chancre; dans celle que nous avons étudiée par nos confrontations récentes si nombreuses, faites pour élucider la question si importante des deux espèces de chancres, l'époque d'apparition, comme on peut s'en assurer tous les jours dans la pratique et comme cela est du reste écrit par M. le rapporteur lui-même, est d'ordinaire beaucoup moins longue que celle qui est indiquée dans le rapport pour la contagion des accidents secondaires. Mais quelquefois, dans la contagion de chancre induré à chancre induré, on trouve des époques d'apparition très-tardives, si l'on en croit les malades: tandis que dans les faits d'inoculation d'accidents réputés secondaires, soit avec le plus de plaques muqueuses, soit avec celui d'ecthyma, M. Vidal a constaté des évolutions aussi rapides, et sans plus d'incubation que n'en donne l'inoculation du pus du chancre mou.

La longue incubation du pus fourni par les accidents secondaires peut-elle donc être rigoureusement considérée comme un signe différentiel suffisant pour distinguer les accidents nés d'accidents primitifs de ceux qui sont le produit d'accidents secondaires? La réponse est encore négative.

Ainsi, Messieurs, vous le voyez, et la première conclusion du rapport en fait foi, c'est toujours la plaque muqueuse qui est donnée comme accident contagieux, sans qu'on ait pu déterminer la limite des autres formes contagieuses. D'autre part, il n'y a aucune valeur réelle à accorder à l'incubation comme signe différentiel.

Bien plus, les expérimentateurs ne peuvent même se mettre d'accord sur les formes produites.

D'où je conclus que le rapport qui sera adressé à M. le ministre en réponse à sa demande devra se renfermer dans la réserve la plus rigoureuse, admettant, si vous le voulez, la possibilité de la contagion des accidents secondaires, mais sans rien spécifier de plus quant à présent. *Fiat lux!*

M. GIBERT. Je ne sais vraiment pas au juste sur quoi porte l'argumentation de M. Ricord, ni quel est son but. Il objecte que les expérimentateurs ses adversaires ne sont pas d'accord sur les différentes formes d'accidents secondaires observés après l'inoculation; mais qu'importe au fond, puisque toutes les variétés d'accidents secondaires ont été reproduites par l'inoculation! M. Ricord trouve que l'incubation est une preuve insuffisante: pour lui, cela ne signifie rien; ce n'est pas un argument. Je comprends qu'il en soit ainsi, pour lui qui n'admet pas l'incubation, qui a déclaré, écrit et professé que la vérole n'a pas d'incubation, que la prétendue période d'incubation est une période de *non-observation*; mais il ne peut en être de même pour nous qui avons vu cette incubation se produire dans nos expériences, et qui l'admettons sans hésiter, non-seulement pour les accidents secondaires, mais encore pour le chancre primitif.

Je persiste donc dans les deux propositions qui font la base de mon travail, et de plus je déclare que ce rapport n'a pas été conçu le moins du monde dans un esprit de critique personnelle. S'il a la bonne fortune de convertir M. Ricord à d'autres opinions, personne ne sera scandalisé de ce revirement de notre honorable collègue, lui qui a pris pour épigraphe d'un de ses livres, d'après une assez triste autorité d'ailleurs, ce vers que vous savez:

« L'homme absurde est celui qui ne change jamais. »

M. RICORD. Je demanderai à mon tour à M. Gibert s'il se souvient de ce qu'il a écrit sur la pustule muqueuse primitive? A-t-il dit qu'elle devait être le résultat d'une contagion secondaire? qu'elle devait être précédée d'une incubation de quinze jours ou de trois semaines? A-t-il établi d'une manière rigoureuse le diagnostic différentiel de ce qu'il appelle pustule muqueuse primitive et pustule muqueuse secondaire? Peut-il, sur la simple inspection d'un accident secondaire, d'une plaque muqueuse, par exemple, et d'après la durée de l'incubation, déterminer si la lésion est le résultat d'une inoculation secondaire ou d'un accident primitif qui a suivi ses phases d'évolution? Dans la contagion ordinaire par le chancre, il est très-fréquent d'observer le développement des accidents secondaires dès la deuxième ou la troisième semaine; c'est précisément le temps d'incubation admis par M. Gibert pour le développement des accidents secondaires inoculés. Je demande donc encore une fois si l'incubation est un signe suffisant pour distinguer les formes primitives ou secondaires; je demande, en d'autres termes, si de la nature, de la physionomie et de l'âge du produit, on peut rigoureusement remonter à son origine? Quant à moi, je ne le crois pas.

Je ne veux pas nier la contagion des accidents secondaires, bien que l'observation clinique ne me l'ait jamais démontrée; je ne veux pas la nier, aujourd'hui qu'elle est prouvée par les expériences que vous avez faites, et que pour mon compte je n'aurais jamais osé tenter. Mais je dois dire qu'au point de vue de la médecine légale surtout, vos expériences ne me paraissent pas assez précises, ni vos expérimentateurs suffisamment d'accord pour pouvoir formuler une proposition absolue sur ce sujet.

M. MOREAU. M. Ricord agite des questions de doctrine; cela peut être très-utile; mais ce n'est pas ici le lieu, *non erat hic locus*. En effet, qu'avons-nous à faire? Répondre aux deux questions que nous a adressées M. le ministre de l'agriculture et du commerce. Qu'importent les formes de la syphilis secondaire, la durée de son incubation? Il s'agit de savoir si elle est transmissible. Tout le monde répond oui; M. Ricord lui-même est de cet avis. Nous n'en voulons pas davantage, tout le reste serait superflu.

M. RICORD. Je crois que les formes importent beaucoup, parce que dans toutes les sciences il est nécessaire de préciser. Avec le laisser-aller de M. Moreau nous retomberions dans les ténèbres du moyen âge, nous reviendrions aux syphilis transmises par des paroles dites à l'oreille, etc.

M. GIBERT. Cela vaut mieux que de poser des lois fausses.

M. RICORD. C'est justement contre l'établissement de vos fausses lois que je m'élève ici de toutes mes forces.

M. DEPAUL. M. Ricord n'a dit, dans tout ce que nous avons entendu, qu'un seul mot de la question capitale soulevée dans le rapport de M. Gibert; mais ce mot nous suffit; il reconnaît la transmissibilité des accidents secondaires; nous ne lui demandons pas autre chose. Tout ce qu'il a dit sur le chancre était inutile: je répéterai, avec M. Moreau. *Non erat hic locus*. Nous sommes seulement surpris que notre honorable collègue n'ait pas voulu signer le rapport.

M. GIBERT. Dans les paroles de M. Ricord il s'est glissé un blâme contre la témérité de nos expériences. Je suis le premier à condamner d'une manière générale les inoculations pratiquées sur l'homme sain; mais, dans cette circonstance, elles nous étaient en quelque sorte imposées par l'entêtement de nos adversaires, qui nous reprochaient de manquer de rigueur dans nos observations cliniques; il fallait bien recourir à l'expérimentation directe, qui seule était leur critérium. Je ne les crois donc permises que lorsque l'intérêt sacré de la science et de l'humanité les réclame. Aujourd'hui que la question est vidée, je ne voudrais pour rien au monde les recommencer; car je croirais commettre une mauvaise action. Mais, pour cette fois, je pense qu'elles sont suffisamment justifiées par l'importance des résultats obtenus.

M. VELPEAU. Je constate avec satisfaction que nous avons tous de la tendance à nous rapprocher, à nous entendre, à tomber d'accord sur une question qui nous avait longtemps divisés. M. Ricord lui-même reconnaît et proclame aujourd'hui que certains accidents secondaires sont contagieux; c'est l'opinion que je professe depuis longtemps, et que j'ai développée dans la discussion de 1852. En me reportant aux débats de cette époque je me suis convaincu que M. Ricord n'était pas aussi absolu qu'on a bien voulu le dire; il repoussait beaucoup des arguments de ses adversaires comme n'étant pas suffisamment démonstratifs; mais il déclarait aussi qu'il ne demandait pas mieux que de se rendre devant des preuves manifestes. C'est ce qu'il fait aujourd'hui; nous devons le féliciter de sa bonne foi.

Mais je laisse de côté la question des doctrines qui me paraît avoir

été suffisamment débattue en 1852, et, abordant l'objet même du rapport de M. Gibert, je me demande quel intérêt peut avoir le ministre à connaître le sentiment de l'Académie sur la contagion de la syphilis secondaire? Le gouvernement aurait-il l'intention de décréter que ses accidents sont transmissibles? C'est là une question purement scientifique, et je ne vois pas qu'il y ait lieu d'en faire l'objet d'une communication officielle.

M. GIBERT. M. le ministre a cru devoir poser les deux questions que vous savez à l'Académie, parce que leur solution intéresse l'hygiène publique et la médecine légale.

M. DEVERGIE. Devant les tribunaux on n'a pas à se préoccuper des théories; les magistrats s'en soucient fort peu, et le médecin expert n'a à répondre que sur les faits. En présence d'une nourrice et d'un nourrisson contaminés, pour décider lequel des deux a infecté l'autre, il prend pour base de ses recherches le point de départ, la forme et le mode d'évolution des accidents, sans préoccupations théoriques. De sorte que je crois qu'une discussion de doctrines ne saurait avoir aucune portée au point de vue médico-légal.

M. GIBERT. Les théories cependant ont une certaine influence sur les opinions du médecin légiste, puisque, dans un procès récent, on a vu M. Ricord faire un rapport dont les conclusions étaient tout à fait différentes de celles des autres experts.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Gibert à relire les conclusions du rapport.

M. GIBERT, lisant: « 1° Il y a des accidents secondaires ou constitutionnels de la syphilis manifestement contagieux...

M. RICORD interrompant : Il y en a donc qui ne sont pas contagieux? Pouvez-vous dire lesquels? Le savez-vous?

M. GIBERT continuant: En tête de ces accidents, il faut placer la papule muqueuse ou tubercule plat.

M. DEVERGIE demande la suppression de ce membre de phrase.

M. BARTH. La question qui s'agite en ce moment est tellement grave, tellement importante, qu'il me semble prématuré de la résoudre séance tenante. Je voudrais qu'on prît le temps de la réflexion, et qu'on ajournât à huitaine le vote des conclusions.

M. BOUILLAUD. J'appuie la proposition de M. Barth. Ce qui se passe aujourd'hui est un véritable événement, et l'Académie doit éloigner toute précipitation dans une affaire de cette importance. Que dira l'école de M. Ricord en apprenant qu'il se rallie presque sans discussion à la doctrine de la transmissibilité des accidents secondaires, qu'il combat depuis si longtemps? Pendant la Révolution, un des amis de Danton devint fou en apprenant la condamnation du fameux tribun, il répétait sans cesse: Danton, un traître! Danton, un traître!..... Je tombe de mon haut en voyant M. Ricord céder si facilement le terrain à ses adversaires.

M. GIBERT. Messieurs, il faut de la prudence dans nos délibérations, mais pas de faiblesse! On veut attendre; on demande du temps pour réfléchir! Mais il y a trois cents ans que ces questions sont agitées, méditées, mûries et résolues par l'expérience et par l'observation. A quoi peut servir un ajournement de huit jours? Je m'y oppose formellement.

M. RICORD. Je proteste contre l'assertion de M. Gibert; je suis loin de croire que la science n'ait pas varié depuis trois siècles; je trouve que, loin de rester immuable, elle a avancé à pas de géant.

J'ajoute, en réponse à M. Bouillaud, que si j'ai fait une aussi longue opposition à la doctrine de la transmissibilité des accidents secondaires, c'est que mes adversaires n'étaient pas d'accord entre eux, et ne s'appuyaient que sur des observations cliniques toutes contestables. Ils ont fait depuis des inoculations directes, et j'ai cru devoir admettre les résultats qu'ils ont annoncés. Toutefois, avant d'adopter sans réserve l'opinion que ces expériences semblent autoriser, j'attendrai que mes propres recherches me l'imposent, et non celles de M. Gibert.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la proposition d'ajournement faite par M. Barth, qui est repoussée.

L'amendement proposé par M. Devergie est également repoussé, et la première conclusion est adoptée dans toute sa teneur.

M. GIBERT lit la seconde conclusion: « 2° Cette règle s'applique à la nourrice et au nourrisson comme aux autres sujets, etc... »

M. BOUILLAUD. Je ne comprends pas ce que vous entendez ici par le mot *règle*.

M. GIBERT. J'entends la règle de la contagion des accidents secondaires.

M. BOUILLAUD. Vous appelez cela une règle!

M. ROBINET. Si vous trouvez le mot mauvais, veuillez donc nous en donner un autre.

M. CAZEAUX. Vous parlez de règle à propos d'une question qui est encore problématique. C'est un contre-sens.

M. GIBERT substitue le mot *fait* au mot *règle*.

La deuxième conclusion, ainsi modifiée, est mise aux voix et adoptée.

M. LE PRÉSIDENT déclare que la discussion est close.

PRÉSENTATION.

Ulcérations de la langue dans la coqueluche. — M. BOUCHUT montre une pièce d'anatomie pathologique relative aux ulcérations de la langue dans la coqueluche.

Cette pièce confirme ce qui a été dit en Allemagne et en Italie au sujet de ces ulcérations. On voit à la partie inférieure de la langue, au niveau du frein, une ulcération transversale ayant huit millimètres sur six. Le fond est formé par le muscle lingual, à la surface duquel on voit à découvert les branches terminales de l'hypoglosse, et les bords pâles sont affaissés sur eux-mêmes. L'enfant est mort au troisième mois de la coqueluche avec des tubercules dans les poumons, dans les intestins et dans les ganglions mésentériques.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 mai 1859. — Présidence de M. DEGUISE fils.

Suite de la discussion sur l'allongement des os après les amputations.

M. BOUVIER. Ce qui a été dit dans la dernière séance par M. Chassaignac, me met dans la nécessité de revenir sur la question de l'allongement des os.

En rapportant, en effet, l'opinion de M. Guersant sur la réalité de cet accroissement chez les enfants, je n'ai fait que reproduire ce que m'avait dit notre collègue, et je pense bien qu'il n'a pas oublié ce qu'il m'a communiqué sur ce sujet. Je puis, du reste, en appeler à son opinion publiquement professée dans sa clinique. Et de plus, je puis présenter des pièces pathologiques au nombre de trois, qu'il montrait aux élèves comme des preuves à l'appui de sa manière de voir.

Aujourd'hui, il est vrai, M. Guersant, ébranlé par les expériences de M. Ollier, se demande si cet allongement n'est pas dû à une sécrétion du manchon périostal qu'il était dans l'habitude de conserver. Et pour juger la question, je sais qu'il faut de nouvelles expériences; mais, je le répète, lorsque je citais l'opinion de M. Guersant, je ne connaissais encore que sa première interprétation. Je ne me trompais donc pas, comme cela a été dit.

Maintenant, poursuivons plus loin. M. Chassaignac doute de l'accroissement et repousse l'explication qu'on en donne. Mais, cependant, rien n'est plus réel que cet accroissement. Ainsi, notre collègue n'est pas sans avoir vu des amputés qui, mutilés pendant leur enfance, n'en présentent pas moins, à l'âge adulte, un moignon qui a subi l'évolution de développement des autres parties du corps. Puisqu'il en est ainsi, n'est-il pas évident que l'os de ces amputés a crû? Et dès lors, pourquoi n'est-il pas admissible que cet accroissement du squelette peut ne pas se faire d'une manière parfaitement égale avec l'accroissement des parties molles?

Les trois pièces que je vous présente montrent manifestement la réalité de cette inégalité en faveur du squelette. Une de ces pièces a été réséquée sur l'extrémité du fémur, quatre ans après l'amputation. L'os faisait une saillie de 1 centimètre. Une autre représente l'extrémité du tibia, l'os a dépassé les chairs de près de 3 centimètres; le péroné n'a pas suivi cette croissance.

Ces saillies ne peuvent pas s'expliquer par la rétraction musculaire; car après la cicatrisation du moignon, elle cesse presque complétement.

M. Richet, pour établir que l'accroissement des os n'avait lieu qu'à leur extrémité entre la diaphyse et l'épiphyse, a cité l'autorité de Hunter, en s'appuyant sur les expériences rapportées dans les œuvres de ce savant chirurgien. Mais je dois dire à notre collègue que la note relative à ces expériences n'appartient pas à Hunter, mais bien à Everard Home. L'éditeur en prévient les lecteurs, et il émet, en outre, des doutes fondés sur la réalité des expériences citées par Home.

Maintenant, dans les explications données pour se rendre compte de l'allongement de l'os, on a prétendu qu'il était produit par une ostéophyte; mais dans cette pièce, celle relative à l'allongement du tibia, on a scié l'os suivant toute sa longueur, et on a trouvé que la totalité de cet os était constituée comme le sont les os dans leur état normal. On ne peut donc admettre dans ce fait spécial la production d'une ostéophyte. Ajoutons encore que d'après les expériences de Duhamel, les ostéophytes se produisent rapidement, tandis que dans le cas actuel l'allongement ne s'est effectué que lentement, dans l'espace de plusieurs années.

Comment se produit donc l'allongement? La physiologie nous en donne l'explication la plus plausible. Les moignons suivent un accroissement naturel; notez que nous ne parlons que de ce qui se passe chez les enfants; le squelette est la partie sur laquelle l'accroissement des membres est le plus marqué. Cette remarque a été faite par Hippocrate. Les muscles sont entraînés dans cet accroissement; mais pour que cet entraînement soit complet, il faut que ces muscles se trouvent dans les conditions normales d'attitude et d'insertion. Ces conditions cessent d'exister dans les moignons, et pour les reproduire, pour obtenir cette marche d'ensemble de l'accroissement, il y a certaines dispositions favorables qu'il faut s'efforcer de déterminer et de produire. C'est pour obtenir ce résultat désiré que les chirurgiens ont adopté de préférence les amputations à lambeaux, qui donnent aux muscles divisés la possibilité de résister et de se maintenir en adhérant les uns aux autres.

C'est, du reste, un important sujet d'études; nous devons savoir gré à nos confrères de l'avoir signalé.

— La Société devant se former en comité secret à quatre heures et demie, la parole est réservée à M. Chassaignac pour la prochaine séance.

— Toujours à propos du procès-verbal, M. DEPAUL montre la masse calculeuse qu'il a extraite sur le malade dont il avait parlé dans la dernière séance.

CORRESPONDANCE.

M. MARJOLIN, à l'occasion de la correspondance, prie la Société d'autoriser la réparation d'une omission fâcheuse. M. Binet a adressé au mois de janvier 1858 deux exemplaires de sa thèse inaugurale pour le prix Duval. Les exemplaires auraient été égarés, et M. le secrétaire général actuel n'a pu, par conséquent, les remettre à la commission du prix Duval. Quoique la liste des candidats ait été déclarée close, M. Marjolin espère que la Société autorisera la commission à ajouter M. Binet à la liste des candidats pour le concours de 1858-1859.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la proposition de M. Marjolin. La Société décide que M. Binet sera compris au nombre des candidats au prix Duval.

— M. LABORIE communique une lettre de M. le docteur Bourgeois (de Tourcoing), membre correspondant. Cette lettre est relative à l'opération césarienne; elle pourra être discutée lorsque la question viendra à l'ordre du jour.

M. Bourgeois adresse, en outre, deux brochures dont nous transcrivons les titres:

1° *Recherches et considérations sur l'opération césarienne;*

2° *De l'emploi des douches utérines dans la pratique des accouchements.*

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre les propositions du bureau sur la nomination des membres correspondants.

La Société décide que huit membres correspondants nationaux seront nommés, et une commission désignée au scrutin est chargée de faire les présentations.

Cette commission se compose de MM. Marjolin, Cazeaux, Bouvier, Laborie, et du secrétaire général, M. Broca.

Le secrétaire, E. LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 21 mai, M. le docteur de Combarieu, médecin major au 93e régiment de ligne, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— *L'Indépendance belge* annonce que, par suite d'une décision administrative, les nominations de médecins dans les services d'aliénés du département de la Seine seraient au choix direct du ministre de l'intérieur, au lieu d'être le résultat d'un concours comme elles l'étaient précédemment. Cet état de choses, conforme à ce qui se fait dans tout le reste de la France, a paru présenter cet avantage de ne pas excepter les places de ce genre, vacantes dans le département de la Seine, des conditions hiérarchiques et normales de l'avancement pour les titulaires des places départementales.

— L'Association médicale du département de l'Aube a voté à l'unanimité l'ajournement indéfini de son annexion à l'Association générale.

— M. le baron H. Larrey, avant son départ pour l'armée d'Italie, a fait don à la commune de Baudéan (Basses-Pyrénées) de la maison qui a vu naître son illustre père, et d'une rente de 500 fr. sur l'État, pour l'établissement d'une salle d'asile et d'une école destinées aux enfants de cette commune.

— M. Mollet, ancien chirurgien de la marine, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Brest, est mort à Paris, le 20 mai dernier, pendant un voyage qu'il faisait dans cette ville.

— M. le docteur Mignot (de Caen) est mort subitement à Paris, le 12 mai, constituant son légataire universel, pour une somme de plus de cent mille francs, son ami et concitoyen M. le docteur Le Saulnier.

(*Journ. des Conn. méd.*)

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Vallon, professeur de clinique interne à l'École impériale de médecine de Constantinople. M. Vallon avait succédé dans cette chaire à M. le docteur Rigler.

Ce jeune confrère, Autrichien de naissance, a publié successivement dans les feuilles médicales de Vienne plusieurs travaux, dont le plus remarquable est celui qui a pour objet ses observations sur la maladie de Bright, recueillies dans la clinique du professeur Raiman, de Vienne, auquel il était attaché alors en qualité de chef de clinique.

(*Gazette médicale d'Orient.*)

— M. le docteur Burguières vient d'être élevé à la dignité de bey, par S. A. le vice-roi d'Egypte, en témoignage de satisfaction des heureux résultats obtenus par les élèves de l'École de médecine du Caire, dont notre honorable confrère est le directeur.

— Nous avons reçu deux numéros de la *Presse égyptienne*, donnant sur la fondation de l'Institut égyptien des détails que nous résumons:

Le 6 mai dernier, les membres du comité d'organisation de l'*Institut* se sont réunis dans un humble local d'Alexandrie. Le bureau était composé de MM. Kœnig-Bey, Mariette, Thurburn, et le docteur Schnepp, rapporteur. Après la lecture du rapport, M. Pereyra a développé en langue italienne l'idée du progrès social qui s'attache à la fondation de l'Institut. La liste des membres fondateurs est arrêtée comme il suit: Mgr Guasco, Mgr J. Hazzan, Mgr Callinique, M. Winder, le Père Michel, MM. Pereyra, Riffaa-Bey, Mariette, Walne, Harris, Linant-Bey, Ekœking-Bey, Walmass, Mottet-Bey, Rouse, Mouchelet-Bey, H. Thurburn, de Chambure, Gastinel, Espinassi-Bey, Bilharz, Calvert, Worrenholz, Reil, Grégoire, Kœnig-Bey, Figari-Bey, Burguière-Bey, Meyrel, Coluci-Bey, Ogilvie, Schaffi-Bey, Pensa, Schnepp.

Les membres du bureau pour 1859 sont:

MM. KOENIG-BEY, président; MARIETTE et THURBURN, vice-présidents; docteur B. SCHNEPP, secrétaire; E. PEREYRA, secrétaire-archiviste; ESPINASSI-BEY, trésorier.

A partir de ce jour, les mémoires, journaux, livres, tous les travaux et toutes les demandes d'admission devront être adressés à M. le secrétaire de l'Institut égyptien, à Alexandrie. (*Gaz. hebd.*)

— M. le docteur Sandras commencera la 2e partie de son cours sur les maladies nerveuses, le lundi 6 juin, à midi, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. Ce cours sera public.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

En vente, chez LABÉ, libraire, place de l'École-de-Médecine, à Paris:

1° **De la désarticulation totale de la mâchoire inférieure**, par le docteur MAISONNEUVE, chirurgien de la Pitié; in-4°, avec planches noires, 6 francs; coloriées, 12 fr.

2° **De la cautérisation en flèches**, nouvelle méthode permettant d'obtenir en une seule séance la destruction des tumeurs les plus volumineuses, par le même auteur; in-8° avec figures. Prix: 1 fr. 50.

3° **Nouvelle méthode de cathétérisme**, et son application à la cure radicale des rétrécissements de l'urèthre, par le même auteur; in-8°. Prix: 1 fr. 25.

4° **Leçons cliniques sur les affections cancéreuses**, par le même auteur, recueillies et publiées par le docteur A. Favrot; 2 parties, in-8° avec planches. Prix: 5 fr.

Des principales Eaux minérales de l'Europe, par Armand ROTUREAU. — *France.* — Ouvrage suivi de la législation sur les eaux minérales. Un fort vol. in-8°. — Paris, 1859; chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 JUIN 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Flourens a continué dans cette séance la série de ses communications sur la *formation des os*, comme moyen de démonstration des forces qui président aux évolutions de la matière organique. Dans la dernière note qu'il a communiquée à l'Académie, il s'était proposé de démontrer l'existence d'une force qui régit la forme, et qu'il désigne sous le nom de force *morpho-plastique*; cette nouvelle communication a pour objet d'établir qu'il existe une force qui régit la matière et préside à son changement continuel, c'est la force *métaplastique.* On lira dans le compte rendu l'exposé sommaire des expériences qui ont servi à cette démonstration.

M. Charles Rouget, à qui l'on doit déjà plusieurs travaux intéressants de physiologie, a exposé, dans un mémoire présenté dans cette même séance, le rôle que joue dans l'évolution des tissus des embryons la substance amylacée amorphe désignée par les chimistes sous le nom de *zoamyline.*

On trouvera dans le même compte rendu le résumé d'un mémoire de M. le docteur Pétrequin, sur l'application de l'électricité au traitement des paralysies de la vessie et de certains catarrhes de cet organe. Le savant chirurgien de Lyon expose dans ce mémoire les considérations physiologiques et expérimentales qui doivent guider en pareil cas le praticien dans le choix des appareils et dans le mode d'application de l'électricité.

L'Académie a procédé dans cette séance à la nomination d'un correspondant étranger en remplacement de M. Marshal-Hall. C'est M. Virchow, ainsi que nous l'avions prévu, qui a réuni la majorité des suffrages. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

Des signes physiques de la phthisie pulmonaire à la première période.

Nous avons étudié dans la leçon précédente (1) l'antagonisme singulier qui paraît exister entre la tuberculisation pulmonaire et certains autres états pathologiques. Nous avons vu quel parti l'on pouvait en tirer pour le traitement de cette terrible maladie.

Mais ces études, entreprises dans la majorité des cas sur des sujets dont les lésions sont encore peu avancées, exigent une investigation préalable des signes physiques, à l'aide desquels l'existence du tubercule peut être reconnue, dans la première période de la phthisie pulmonaire.

C'est à la partie supérieure du poumon que se manifestent presque toujours les tubercules : d'abord crus, ils ne tardent pas à se ramollir, et sont expulsés dans les crachats. Dans l'espace qu'ils occupaient primitivement, il se forme un vide, une excavation, une caverne enfin, dont les parois continuent à sécréter du pus, longtemps après la fonte du tubercule. Le contenu de la caverne, identique par sa composition avec les matières expectorées par les phthisiques, est donc formé par du muco-pus et de la matière tuberculeuse ramollie.

Mais autour de l'excavation, il s'opère un changement dans le tissu pulmonaire ambiant. Semblable aux bords d'un ulcère calleux, il s'indure par le dépôt d'une matière plastique, qu'il ne faut pas confondre avec l'infiltration tuberculeuse du poumon, bien que cette dernière modification soit aussi l'origine d'une induration pulmonaire.

Si maintenant la maladie doit marcher vers une terminaison heureuse, on voit la sécrétion purulente se tarir ; il s'organise sur les parois de la caverne une véritable membrane de cicatrice ; la cavité se rétrécit graduellement, et finit par être complétement comblée ; il ne reste plus à sa place qu'une cicatrice plus ou moins apparente, dernier vestige des lésions dont l'organe avait été le siége.

Mais le ramollissement du tubercule ne donne pas toujours lieu à la formation d'une caverne : il arrive souvent que le produit pathologique, ne communiquant pas avec les bronches, ne peut pas être évacué ; il est alors résorbé sur place, en passant successivement par les transformations athéromateuse, calculeuse et calcaire. Telle est l'origine de ces petits grains durs et résistants, d'une couleur blanchâtre, qu'on trouve disséminés çà et là dans la profondeur du tissu pulmonaire : ils ne sont autre chose que les résidus condensés de la matière tuberculeuse, dont les parties moins denses ont été graduellement résorbées.

La guérison des tubercules doit être envisagée sous un double point de vue, selon la nature et l'étendue des lésions. Lorsqu'ils demeurent limités à un très-petit espace, la guérison est la règle : dans la plupart des cas, leur existence n'est même pas reconnue, grâce à l'absence ou à l'exiguïté des signes physiques ; le malade tousse pendant quelque temps, et se rétablit après avoir éprouvé quelques symptômes insignifiants ; loin de soupçonner toute la gravité du danger auquel il vient d'échapper, il croit n'avoir traversé qu'une simple bronchite.

Mais il en est tout autrement lorsque les tubercules sont en quantité notable et présentent une marche envabissante ; ce n'est alors qu'avec les plus grandes difficultés que le rétablissement des malades peut avoir lieu : une suppuration des plus abondantes, une destruction du tissu pulmonaire, une hématose incomplète, telles sont les conséquences d'une tuberculisation assez étendue ; et le malade ne tarde pas à tomber dans cet état de marasme ou de *consomption*, pour emprunter le langage des Anglais, qui caractérise la phthisie pulmonaire.

Mais il ne faut pas oublier que la marche de la maladie est loin de suivre invariablement une progression toujours ascendante : elle présente des temps d'arrêt et des recrudescences. A l'examen nécroscopique, il est souvent facile de constater l'existence de ces poussées tuberculeuses, qui correspondent à des aggravations intermittentes observées pendant la vie.

Considérons maintenant les signes physiques à l'aide desquels le médecin qui combat la tuberculisation peut en constater les progrès ou la suspension momentanée : c'est surtout des résultats de la percussion et de l'auscultation que j'entends vous parler ici.

Les modifications anatomiques qui résultent de la présence de la tuberculisation dans le tissu pulmonaire sont l'origine évidente de tous ces phénomènes, et l'on croirait au premier abord que, pour peu qu'il y ait une altération matérielle de nos organes, elle se traduit immédiatement au dehors par des signes physiques ; mais il n'en est rien.

Pour donner naissance à des symptômes nettement caractérisés, il faut des lésions d'une assez grande étendue ; en général, la lésion tuberculeuse est plus considérable qu'on ne l'avait supposé d'après le degré d'intensité des signes physiques, et dans ces appréciations de quantité on se trompe habituellement en moins.

Souvent, comme on le sait, des signes rationnels ont depuis longtemps donné l'éveil sur l'existence d'une phthisie pulmonaire, lorsque l'auscultation et la percussion ne font encore reconnaître aucun changement dans l'état des organes respiratoires. C'est par ce motif que des modifications, en apparence assez légères, dans le timbre normal de la respiration ou la sonorité de la cage thoracique, doivent acquérir aux yeux du médecin la plus haute importance, lorsqu'elles viennent confirmer des soupçons de phthisie fondés antérieurement sur des indices purement rationnels ; et dans mon *Traité d'auscultation* (p. 180) j'avais déjà posé ce principe :

« Tout état anormal de l'auscultation et de la percussion dans » la partie supérieure du poumon doit faire mettre en question » l'altération tuberculeuse. »

Nous allons maintenant passer en revue les signes physiques qui caractérisent les altérations diverses dont nous venons de faire l'énumération.

Au début de la maladie, le tubercule étant encore à l'état cru, il existe une induration de la substance pulmonaire ; le tissu malade devient imperméable à l'air : il en résulte inévitablement une diminution dans l'intensité du murmure vésiculaire ; l'affaiblissement respiratoire est donc l'un des premiers signes auxquels on reconnaît la phthisie.

L'expiration prolongée, signalée par Jackson pour la première fois, est également l'un des premiers symptômes que fournit l'auscultation dans la période de crudité du tubercule ; elle s'accompagne presque toujours d'un léger retentissement de la voix : c'est la bronchophonie des phthisiques, qui, sans égaler l'intensité de celle qu'on rencontre dans la pneumonie, lui ressemble néanmoins à tous les autres égards.

Enfin le bruit respiratoire acquiert, au début de la maladie, une rudesse toute particulière.

Mais ces différents signes physiques, l'affaiblissement respiratoire, l'expiration prolongée, la respiration rude, la bronchophonie enfin, sont loin d'être des caractères pathognonomiques de la tuberculisation ; ils peuvent tous se rencontrer naturellement chez des sujets qui n'ont jamais éprouvé d'affections thoraciques : ce sont alors des anomalies individuelles auxquelles on aurait tort d'accorder l'importance d'un symptôme.

Supposons maintenant qu'à la suite de ramollissement, une cavité communiquant avec les bronches se soit formée ; elle contient un liquide muco-purulent qui, lorsqu'il est traversé par l'air atmosphérique, donne naissance à des râles humides ou bullaires (sous-crépitants des auteurs), dont la grosseur ou la ténuité sont en général déterminées par les dimensions de la caverne à l'intérieur de laquelle ils se produisent.

On donne, en général, aux petites bulles le nom de craquements ; cette désignation, peu convenable, vient de l'idée autrefois accréditée qui leur avait assigné pour cause le frottement réciproque des tubercules crus.

Les bulles plus volumineuses ont reçu le nom de gargouillements.

Mais il nous reste à examiner un troisième cas ; la caverne est vide, les matières qu'elle renfermait ont été expulsées au dehors : il faut alors tenir compte du volume de l'excavation. Les cavernules ne donnent lieu à aucun signe particulier ; les grandes cavités, au contraire, font entendre du souffle caverneux, et lorsqu'on fait parler ou tousser le malade, la voix retentit directement à l'oreille : c'est le phénomène connu sous le nom de pectoriloquie.

Enfin, parvenues au volume le plus considérable qu'il leur soit donné d'atteindre, les cavités tuberculeuses deviennent le siége de sons métalliques : la toux, la voix, la respiration amphorique, parfois même le tintement métallique, comme dans les cas de perforation pulmonaire.

Pour terminer la revue des lésions anatomiques dont il a été question plus haut, il ne faut pas oublier les indurations qu'on trouve autour des cavernes, et qui persistent jusqu'à l'époque de la cicatrisation ; elles sont caractérisées par les mêmes signes physiques que le tubercule à l'état de crudité.

La percussion, dans toutes les altérations qui viennent d'être étudiées, donne toujours de la matité : les cavernes, même très-volumineuses, ne font pas exception à la règle, ce qui s'explique assez naturellement par l'induration de leurs parois.

Il peut cependant arriver quelquefois que de très-vastes excavations donnent un bruit de matité sèche, de pot fêlé, qui se rapproche davantage de la sonorité ; mais ce dernier signe est quelquefois une simple anomalie individuelle, et ne correspond à aucune lésion pulmonaire.

Enfin, les cavernes les plus volumineuses peuvent être quelquefois complétement sonores, lorsqu'elles se trouvent placées dans le voisinage immédiat de la surface : il est alors assez difficile de les distinguer du pneumothorax, dont elles reproduisent tous les sons métalliques. On peut alors recourir avec avantage au moyen signalé par M. le professeur Trousseau : il consiste à appliquer contre la paroi thoracique une pièce de monnaie, et à frapper ce disque métallique avec une seconde pièce, en auscultant le thorax sur la paroi opposée ; il en résulte un *bruit d'airain*, comparable à celui que fait entendre le marteau d'un forgeron lorsqu'il retombe sur l'enclume. Ce phénomène, constant dans le pneumothorax, permet de distinguer nettement cette maladie des cavernes volumineuses, qui en reproduisent tous les autres symptômes.

On voit, d'après les considérations qui précèdent, que l'amélioration des malades doit comprendre deux résultats bien différents, et qui sont loin d'offrir la même importance.

C'est l'abondance de la *suppuration pulmonaire*, suivant l'expression pittoresque et naïve des auteurs anciens, qui caractérise la maladie dans sa période d'extrême gravité. C'est ce phénomène qui contribue, plus que tout autre, à développer le marasme ; il constitue pour ainsi dire la partie essentielle de la maladie, et devient presque toujours la cause directe de la mort.

(1) Voir le numéro du 17 mai.

En effet, la sécrétion pulmonaire s'accumulant dans l'arbre bronchique, finit par amener le râle trachéal, l'asphyxie et la mort.

Le premier signe d'une amélioration sérieuse chez un phthisique, sera donc la diminution progressive de la sécrétion purulente. Elle commence d'abord par changer de nature, et cesse de provoquer chez le malade cette répulsion invincible qui se traduit par des vomissements spontanés pendant la quinte de toux (1); puis elle diminue d'abondance, et l'on voit en même temps disparaître peu à peu les râles bullaires (craquements, gargouillements, etc.). Enfin, elle disparaît entièrement; il ne reste plus à l'auscultation que les signes d'une excavation complétement vive, si toutefois il existe chez le malade des cavités assez volumineuses pour donner naissance à un souffle appréciable.

Mais, à cette époque, la guérison de la maladie est loin d'être complète; il reste à obtenir un rapprochement des parois de la cavité, une cicatrisation complète, enfin la disparition de cette induration consécutive qu'on rencontre toujours au voisinage des cavernes. Ce dernier résultat, pour être obtenu, exige un temps bien plus long; les signes qui l'annoncent sont bien plus incertains; enfin, il est bien plus rare d'y parvenir.

A l'aide du traitement saturnin, le premier degré de l'amélioration, c'est-à-dire la diminution progressive et la suppression complète de la purulence, s'est manifesté chez tous nos malades. Obtiendrons-nous ce second changement, sans lequel aucune guérison ne peut être positivement démontrée? C'est là ce que l'expérience nous apprendra sans doute un jour; mais en attendant, il ne faut pas oublier que chez les phthisiques rien n'est plus fréquent qu'une recrudescence de la maladie, et que sous l'influence de la moindre cause occasionnelle la suppuration pulmonaire se réveille. Un écart de régime, un peu de fatigue, quelques légers excès, et surtout l'exposition au froid et à l'humidité, suffisent pour amener ce fâcheux résultat. On ne saurait donc exercer sur eux une surveillance trop active.

(1) Ce phénomène a été signalé par le professeur Fouquier, qui lui attribuait une place importante parmi les signes rationnels de la phthisie.

ICTÈRE ÉPIDÉMIQUE

observé en 1858 à la Martinique, et principalement à Saint-Pierre;

Par M. le docteur Ballot, médecin en chef de la marine.

Pendant l'année 1858, la constitution médicale a été essentiellement bilieuse à la Martinique.

Catarrhale au commencement de l'année, elle a conservé peu de temps les caractères propres à ce genre de constitution; puis on a vu peu à peu, dès le mois de mars, et au fur et à mesure que la température s'est élevée, l'élément bilieux se faire jour et marquer de son cachet particulier la plupart des maladies, même les plus légères.

En mars et en avril, le plus grand nombre des entrants à l'hôpital, surtout les soldats, présentaient l'ictère des conjonctives; rarement celui-ci se montrait sur toute l'enveloppe cutanée. En mai, juin et juillet, l'ictère était dans toute sa force.

En août, sous l'influence de fortes pluies, la constitution médicale se modifia à Saint-Pierre; les cas d'ictère diminuèrent. En septembre et en octobre, ils devinrent de plus en plus rares. Enfin, en novembre et en décembre, des pluies continuelles, une température fraîche et humide, rendirent de nouveau la constitution médicale essentiellement catarrhale.

L'ictère, qui est un épiphénomène, une complication des maladies, mais qui n'est pas une maladie proprement dite, a constitué en 1858 à la Martinique une véritable entité morbide. Si dans le plus grand nombre des cas, l'ictère accompagnait un embarras gastrique, une fièvre de nature ou de type variables, quelquefois, et même dans des cas graves, il était apyrétique, et les fonctions digestives dans les premiers jours ne paraissaient pas toujours notablement modifiées; elles ne le devenaient que plus tard, alors que les autres fonctions étaient également altérées et plus ou moins frappées d'inertie.

Voici les symptômes le plus souvent observés dans cette singulière épidémie.

Au début: malaise, lassitude, céphalalgie obtuse, sommeil agité, rêves pénibles. Pouls normal. Face rouge, conjonctives injectées, commençant à jaunir sous la paupière inférieure. Appétit diminué. Selles ordinaires. Urines rares et rouges. Plus tard: insomnie opiniâtre, agitation la nuit, douleurs dans les membres, sentiment de faiblesse; céphalalgie continue, rachialgie plus ou moins intense; langue souvent saburrale, saveur amère (goût de bile), appétit presque nul, sensation d'une barre allant d'un hypochondre à l'autre; épigastre rarement douloureux, quoique sensible à la pression. Foie dans les limites normales. Nausées, vomissements bilieux quelquefois au début, plus tard ils étaient aqueux; selles rares et se décolorant de plus en plus, pour acquérir la couleur, la consistance, en un mot l'apparence de l'argile.

Les conjonctives devenaient de plus en plus jaunes. La peau autour de la bouche, puis sur le front, puis sur les côtés du cou, puis sur le tronc, et en dernier lieu sur les membres, jaunissait à son tour et pouvait atteindre la nuance de l'ocre. Dans quelques cas, arrivées à ce degré de coloration, la peau et les conjonctives prenaient une teinte d'un jaune plus ou moins verdâtre, très-apparente surtout sur le front. Chez un grand nombre de malades, des démangeaisons fort vives à la peau se faisaient sentir surtout la nuit. Dans quelques cas rares, la sueur a jauni le linge des malades.

La circulation, qui souvent au début ne paraissait pas notablement influencée, s'affaiblissait au fur et à mesure que l'ictère s'établissait. Le pouls, devenu mou, irrégulier, tombait quelquefois à 48, 44 et 40 pulsations par minute. Dans quelques cas, qui ont été observés particulièrement à l'hôpital de Fort-de-France, des épistaxis, des hémorrhagies anales, des hémorrhagies par les piqûres de sangsues plusieurs jours après leur application, une facilité très-grande à la formation des plaies de position, l'apparition d'ecthymas cachectiques donnant sous leurs pustules des plaques gangréneuses, une disposition aux congestions hypostatiques auxquelles un certain nombre de femmes atteintes de l'ictère épidémique ont succombé, prouvaient que le sang avait subi une atteinte profonde, et qu'il avait perdu de sa vitalité.

Un des symptômes les plus constants que j'ai constatés, ainsi que mon collègue M. le docteur Pellarin, non-seulement sur nos malades, mais encore sur nous-mêmes, a été de la gêne dans la respiration. Chaque nuit survenait de l'oppression, quelquefois assez forte pour forcer les malades à garder la position assise dans leur lit. Le plus souvent, le trouble des fonctions respiratoires s'accompagnait des symptômes de la bronchite; mais dans nombre de cas la muqueuse pulmonaire était indemne, bien que l'oppression existât.

Le produit de la sécrétion biliaire ne pouvant pas se verser dans l'intestin, les autres appareils de sécrétion, par suite de l'admirable solidarité qui semble exister entre eux, tendaient par tous leurs efforts à l'éliminer du sang qu'il viciait et dont il diminuait la vitalité. La bile se portant à la peau et aux membranes muqueuses, était entraînée dans les sueurs, dans le mucus bronchique, le mucus nasal, les crachats et les mucosités gastriques et intestinales qu'elle teignait en jaune ou en vert, comme nous l'avons observé dans les cas graves, et particulièrement sur nous-même.

Mais le rôle principal dans l'élimination de la bile était rempli par l'appareil de la sécrétion urinaire. En effet, dès que l'ictère avait safrané la peau, l'acide azotique décelait par un précipité vert foncé passant au rosé par un excès d'acide, la présence de la bile dans l'urine, bien que cette dernière ne parût pas encore modifiée dans ses propriétés physiques. Plus tard, l'ictère augmentant, l'urine se fonçait de plus en plus, prenait la teinte brune de la bière, pour revêtir, dans les cas graves, l'apparence d'une décoction légère de café. Devenue muqueuse, elle moussait avec facilité et teignait en jaune le linge qu'on y trempait. En l'examinant dans un verre à un jour vif, on remarquait que les bords mousseux de cette urine avaient une couleur sensiblement verte.

Jamais, dans les expériences faites sur ces urines, l'acide azotique n'y a fait constater la présence de l'albumine.

Le retour à la santé dans l'ictère épidémique était annoncé par une augmentation dans le produit de la sécrétion urinaire. Bien que l'urine pût dépasser en quantité celle qui est expulsée normalement, sa teinte brune ne diminuait pas sensiblement pendant plusieurs jours. Il en était de même des autres produits des sécrétions éliminant la bile; en même temps que l'urine augmentait, le sommeil, qui avait fait défaut jusqu'alors, revenait, mais l'oppression persistait encore longtemps; l'appétit se faisait sentir, bien que la bouche fût encore amère. La convalescence paraissait établie, que les selles étaient encore décolorées et que la bile ne coulait pas dans l'intestin.

Nous avons remarqué sur plusieurs malades que le rétablissement de l'excrétion biliaire a coïncidé avec des symptômes d'entérite, tels que douleurs vives à la région ombilicale, selles fréquentes séro-bilieuses, léger météorisme, etc. Doit-on attribuer ces troubles intestinaux à ce que la bile excrétée après une aussi longue suspension avait acquis des propriétés irritantes, ou bien à ce que l'intestin avait perdu l'habitude de l'excitation de cet agent de la digestion?

Le cours de l'ictère épidémique a été d'une trentaine de jours dans l'immense majorité des cas; exceptionnellement, il a pu dépasser deux mois chez quelques malades atteints gravement. La partie de la conjonctive recouverte par la paupière inférieure qui en avait présenté les premières traces, était aussi celle qui en conservait lorsqu'il n'en existait plus à la peau.

L'ictère épidémique a été beaucoup plus grave chez les femmes.

A Saint-Pierre, au commencement de l'épidémie, plusieurs femmes grosses furent atteintes de l'ictère; presque toutes étaient enceintes de plus de cinq mois. Pendant les premiers quinze jours, la maladie ne parut pas produire chez elles des accidents plus graves que sur les autres malades; mais à partir de ce moment, des symptômes d'avortement se déclarèrent chez presque toutes. Sur huit femmes grosses atteintes de l'ictère, sept présentèrent ces symptômes. On ne put empêcher l'avortement qu'une seule fois. Sur six enfants qui furent expulsés, deux seuls étaient vivants. L'un, né à sept mois, a vécu; l'autre, âgé de plus de six mois, est mort vingt-quatre heures après sa naissance.

Il ne survint pas chez ces femmes, comme on aurait pu le craindre, de fortes pertes de sang; mais aussitôt après l'accouchement elles tombaient dans un état de prostration, d'anéantissement profond; des vomissements aqueux se déclaraient, puis du délire, et le plus souvent de la somnolence qui se convertissait en coma, et qui, après un temps plus ou moins long, se terminait par la mort. Celle-ci est survenue une fois trois heures, une autre fois trente-huit heures après l'accouchement; les autres fois, entre ces limites.

Pendant le mois de juillet, trois autres décès furent encore produits par l'ictère épidémique parmi les femmes de la ville de Saint-Pierre. Cette fois-ci, à l'inverse de ce qui venait de s'observer chez deux de ces femmes enceintes de cinq mois, il n'y eut pas d'avortement. La troisième victime était une accoucheuse renommée, vieille fille au moins sexagénaire. A la fin de l'ictère, qui l'avait jetée dans un état d'adynamie prononcée, elle fut saisie tout à coup de somnolence, puis de coma, et mourut en quelques heures.

L'autopsie d'aucune de ces femmes n'a été faite. L'épidémie que nous signalons s'est montrée sur tous les points de la Martinique. Née à Saint-Pierre dans le mois d'avril, elle y cessait presque complétement au commencement d'août; elle se montrait, à cette époque, à Fort-de-France, à la Trinité et dans les communes du nord de l'île. Au mois d'octobre, elle envahissait le centre et le sud de la Martinique. Dans les communes marécageuses, en venant se joindre aux fièvres paludéennes, elle en a augmenté singulièrement la gravité, et a contribué souvent à les rendre pernicieuses.

Nous allons rapporter ici l'observation d'une fièvre rémittente qu'elle est venue compliquer.

D..., soldat au 1er régiment d'infanterie de marine, âgé de trente-six ans. Dans la colonie depuis huit mois, il est atteint, à la suite d'une insolation, d'une forte fièvre. Il est apporté le 27 août 1858 au soir à l'hôpital de Fort-de-France.

Le 27, il présente à notre visite les symptômes suivants: peau sèche et brûlante; céphalalgie sous-orbitaire; pouls à 120; nausées; langue blanche et couverte d'un enduit épais; pas de selles depuis deux jours. — Ipécacuanha, 1,50 en poudre, en 3 prises, tilleul; dans la soirée, 40 sangsues aux mastoïdes; pédiluves; compresses froides sur la tête.

Le 28, quatre vomissements et selles abondantes produites par l'ipéca, qui a amené une sueur abondante, mais de peu de durée. Agitation, délire pendant la nuit.

A la visite du matin, propos incohérents, tremblement de la langue et des mains; nausées, vomissements bilieux. — 40 sangsues aux mastoïdes; pédiluves; glace sur la tête. A midi, bain tiède prolongé.

A la visite du soir, la fièvre a augmenté ainsi que l'anxiété. — 60 sangsues, 30 aux mastoïdes, 30 à l'épigastre; sinapismes aux jambes; potion; codéine pour la nuit.

Le 29, fièvre et délire violents; pouls à 116; pas de sommeil pendant la nuit; nausées, constipation, ventre ballonné. — Eau de Sedlitz.

Le soir, la fièvre et le délire persistent; le pouls est à 124. Le purgatif a été sans effet. — Lavement purgatif qui amène une selle; vésicatoire à une cuisse.

Le 30, la fièvre a cédé vers le jour; le pouls est à 88. Les conjonctives commencent à jaunir, ainsi que la peau du pourtour de la bouche et des côtés du cou. Les urines, examinées chaque jour par l'acide azotique depuis l'entrée à l'hôpital, n'ont pas présenté de traces d'albumine ni de bile.

On s'empresse d'administrer le sulfate de quinine à hautes doses par haut, par bas et en frictions.

Vers midi, la fièvre reparaît et la céphalalgie devient atroce: trente sangsues sont appliquées aux tempes. Vers trois heures, il y a une tendance à l'assoupissement, des soubresauts dans les tendons et de la gêne dans la respiration. — Vésicatoire à la nuque; lavement purgatif pendant la nuit; un autre vésicatoire est appliqué à un mollet.

Le 31, fièvre violente; pouls à 120. L'ictère est stationnaire; nausées. — Bain tiède prolongé; irrigations froides sur la tête; potion musquée.

Le 1er septembre, nuit plus calme; fièvre, pouls à 120. Ictère stationnaire. Deux selles grisâtres amenées par des lavements purgatifs. Moins de chaleur à la peau; pouls à 120, irrégulier; il se suspend toutes les huit pulsations. L'ictère se prononce de plus en plus. Les urines précipitent plus fortement en vert par l'acide azotique. Plusieurs selles dyssentériques. — Bouillon dégraissé donné par petites quantités plusieurs fois dans la journée; eau de riz à la cannelle; deux quarts de lavement amylacé contenant: tannin, 50 centigr.

En changeant le malade, on s'aperçoit que le scrotum et le périnée sont excoriés.

Le 3, la peau se colore de plus en plus en jaune; les urines se foncent et moussent, et deviennent verdâtres sur les bords du verre à expériences. Six selles de sang presque pur pendant la nuit; le pouls, qui est toujours irrégulier, est à 104. — Bouillon dégraissé; décoction de quinquina, etc.

On constate sur les fesses, entre les épaules, sur les coudes, un ecthyma à grosses pustules pleines d'une sérosité brune, qui en se crevant laissent à nu des points de la peau d'une couleur grisâtre.

Le 4, peau chaude et sèche; pouls à 96; pas de sommeil; selles sanglantes au nombre de quatre. Urines précipitant de plus en plus. Le scrotum est excorié; il en est de même des points des fesses, des épaules, etc., qui étaient le siége de l'ecthyma.

Le 5, vers midi, éclate un violent redoublement de fièvre, qui s'accompagne de délire et plus tard d'assoupissement profond. Le pouls est très-fréquent, petit, irrégulier. — Large vésicatoire sur la tête; sinapismes aux membres inférieurs.

Le 6, la fièvre est tombée. Il existe une légère moiteur à la peau. Les selles, qui s'étaient suspendues, reparaissent au nombre de trois, et sont de nature dyssentérique. — Sulfate de quinine à hautes doses *intus* et *extra*.

Le soir, léger délire, agitation, peau fraîche. On prescrit une potion avec extrait mou de quina et musc.

Le 7, pouls à 84; moiteur à la peau, qui petit à petit a pris la nuance du jaune de chrome. — Quinine, quina, musc; quatre bouillons.

Les 8 et 9, pouls à 80. Les selles sont au nombre de trois par vingt-quatre heures et ne contiennent plus de sang. — Même régime, même médication.

Le 10, pouls à 72; sommeil; diarrhée. Les eschares des fesses et des épaules ont pris une grande extension. — Café, bouillon, madère, décoction de quinquina laudanisée. Potion codéinée et musquée pour la nuit; frictions avec teinture d'Huxham.

Le 11, pouls à 64. Diverses pustules purulentes sont observées sur la poitrine et sur le ventre. Une ampoule pleine de sang existe sur le dos de la main.

Le 12, la diarrhée ne diminue pas; le pouls est à 56. On ajoute à la prescription ordinaire 4 grammes de sous-nitrate de bismuth. — Petites soupes grasses, viande saisie sur les charbons à sucer; eau et madère. Pansement des eschares avec un mélange de camphre, de charbon et de quinquina en poudre.

Du 13 au 20, le pouls continue à diminuer de fréquence jusqu'au 17. Ce jour-là il est à 44; il reste stationnaire jusqu'au 20, où il remonte à 50. La diarrhée diminue. Plusieurs abcès, dont un volumineux sur la partie interne du genou droit, sont ouverts. Les eschares se détachent peu à peu. On continue le même régime et les mêmes moyens thérapeutiques, auxquels on ajoute un demi-bain aromatique chaque jour avant le pansement.

Du 20 au 30, la diarrhée cesse et l'ictère diminue sensiblement; le pouls s'est relevé petit à petit à 72; les plaies se ferment et se cicatrisent; le sommeil et l'appétit sont bons. Le malade passe successivement au quart et à la demi-ration, puis est envoyé aux eaux thermo-ferrugineuses des Pitons pour y achever sa convalescence.

Ce cas de fièvre rémittente, que l'épidémie d'ictère est venue compliquer, ainsi que plusieurs autres que nous avons observés à Fort-de-France dans le même moment, s'est rapproché on ne peut plus de la fièvre jaune. Il y a eu, en effet, au début, fièvre très-intense, fréquence et dureté du pouls, face colorée, yeux injectés, céphalalgie sous-orbitaire, nausées, vomissements, constipation, délire. Plus tard, comme dans la seconde période de la fièvre jaune, il y a eu diminution dans la fréquence du pouls, ictère, anxiété précordiale, vomissements, hémorrhagies passives, excoriations au scrotum et au périnée, apparition de phlyctènes et de taches gangréneuses, suivies d'eschares.

Il n'a manqué dans ces cas, pour compléter les symptômes de la fièvre jaune, que le vomissement noir, et surtout la présence de l'albumine en quantité notable dans les urines. Ce dernier symptôme, qui est pour nous comme une pierre de touche, a constamment fait défaut dans toutes ces fièvres.

L'ictère épidémique paraît s'être montré à la Martinique en 1832. Nous avons trouvé au conseil de santé des traces de cette épidémie, signalée dans les rapports de M. le deuxième médecin en chef Garnot, chargé du service de l'hôpital de Saint-Pierre. Malheureusement il n'y a que des notes fort courtes ajoutées aux chiffres. Toutefois il en résulte que pendant cette année-là un grand nombre d'hommes entrèrent à l'hôpital de Saint-Pierre atteint d'ictères qui présentèrent chez quelques-uns des accidents graves, tels que : état adynamique, propension à la somnolence, hémorrhagies passives par le nez, l'anus, etc. Il y est également question de vomissements de sang. Nous ignorons complétement quelles furent la marche et les conséquences de l'épidémie de 1832 dans la population civile.

Nous avons employé dans le traitement de l'ictère épidémique une médication plutôt expectante qu'active.

Dans les cas ordinaires, un ipéca ou un léger purgatif salin ont toujours agi favorablement, lorsqu'il existait au début des signes soit d'embarras gastrique, soit de trouble intestinal. Des tisanes délayantes, des limonades ou des orangeades légères, des bains tièdes, le soin d'entretenir la liberté du ventre par des lavements, ont complété le traitement de l'immense majorité des cas. Rarement a-t-on eu besoin de l'emploi des sangsues ou des vésicatoires pour faire cesser la gêne ou les douleurs qui pouvaient se présenter aux régions épigastrique ou hypochondriaque.

Dans les cas graves il a fallu de bonne heure combattre les accidents résultant de l'altération du sang, par les toniques et surtout les analeptiques. La décoction de quinquina, plus tard le vin de Séguin joint aux bouillons de viande, au vin de Bordeaux, nous ont rendu de grands services. Dans deux cas de congestion sur les centres encéphaliques, un large vésicatoire recouvrant toute la voûte du crâne, a fait cesser les accidents. Le même moyen paraît avoir été employé avec avantage chez une femme atteinte de coma, survenu à la suite d'une fausse couche pendant l'ictère épidémique.

En présence des symptômes qui se montrèrent dans les cas graves de l'épidémie de 1832, on se demande si la maladie qu'on paraissait observer alors pour la première fois à la Martinique n'était pas une modification de la fièvre jaune, une fièvre jaune désarmée de son principe pernicieux? Il y avait pourtant, à cette époque, quatre années que cette maladie avait cessé ses ravages à la Martinique.

L'ictère de 1858 a suivi presque immédiatement la fièvre jaune qui a désolé nos rades pendant les années 1856 et 1857. Les questions qu'on se fit en 1832 lui, seraient-elles applicables? Pourrait-on voir son origine dans un ou plusieurs des éléments du typhus ictérode, qui ne se seraient pas éteints complétement avec lui?

DE L'INFLUENCE QU'EXERCE LE CONTACT DE L'AIR sur la manifestation des symptômes syphilitiques.

Par M. le docteur MATTEI.

La pratique médicale, depuis le moyen âge jusqu'aujourd'hui, avait admis la transmissibilité des symptômes syphilitiques que nous appelons aujourd'hui secondaires. Hunter, et M. Ricord ensuite, ont soutenu au contraire que le chancre primitif est seul transmissible. Si les faits et les arguments faisaient défaut, les aveux de M. Ricord lui-même suffiraient à juger le différent, car la syphilis constitutionnelle, qu'elle soit primitive, secondaire ou tertiaire, est transmissible par voie de génération, et par conséquent sans le chancre huntérien.

Pour moi ce n'est pas la preuve de la transmissibilité des phénomènes secondaires et tertiaires qui manque, c'est l'explication de cette transmission avec ou sans le chancre huntérien; eh bien, cette explication, si étrange qu'elle paraisse de prime-abord, peut être donnée par l'action qu'exerce le contact de l'air sur la manifestation de la maladie.

Ier CAS. — *Maladie allant de l'intérieur à l'extérieur.*

Un enfant entaché de syphilis peut naître avec les apparences de la santé, mais quelques jours après la naissance on remarque une éruption de pemphigus et le coryza; c'est-à-dire que les parties les plus exposées à l'air sont le siége de la première manifestation du virus. Pareille chose a lieu chez l'adulte; ainsi la roséole et les papules de la peau, les plaques opalines de la gorge et les pustules plates des organes génitaux sont les premiers symptômes de l'empoisonnement général; les tumeurs gommeuses du tissu cellulaire sous-cutané, la carie des os du nez, du crâne, de la clavicule du tibia, sont aussi les parties du corps qui offrent les premiers symptômes tertiaires, c'est-à-dire que tous ces symptômes commencent constamment par les tissus les plus exposés à l'air. Ce qui arrive pour la syphilis a lieu pour toute maladie qui est le résultat d'un empoisonnement virulent.

Ce sont la muqueuse aérienne et la peau qui sont le siége principal de la maladie dans les fièvres éruptives. C'est encore à ces surfaces qu'apparaissent les gangrènes dans les empoisonnements septiques. Je pourrais multiplier les exemples, mais l'action du contact de l'air dans la manifestation de ces maladies joue un très-grand rôle.

IIe CAS. — *Maladie allant de l'extérieur à l'intérieur.*

Il y a ici trois phases :

1° Absorption de la matière morbifique;

2° Multiplication de cette matière au sein de l'économie;

3° Réaction locale ou générale des tissus.

L'absorption du virus est d'autant plus facile que la partie sur laquelle il est déposé remplit les conditions d'absorption (vascularité, humidité). L'air ne paraît pas avoir d'action sur l'absorption; cependant si nous écoutons l'école huntérienne, toute syphilis acquise vient d'un chancre primitif; or, ces chancres se montrent précisément dans les lieux exposés à l'air, et tout à l'heure nous verrons pourquoi.

Le virus, une fois introduit dans l'économie, s'y multiplie par une sorte de fermentation de nos liquides, et l'oxygène qui circule avec le sang n'est peut-être pas étranger à ce résultat. C'est à ce temps que correspond l'incubation, et qui est variable selon la nature ou la quantité du virus, l'idiosyncrasie du sujet, la plasticité du sang, etc.

Ici, de deux choses l'une : ou l'économie résiste, et tôt ou tard il y réaction locale ou générale, comme cela a lieu dans la syphilis et dans les fièvres éruptives; ou bien l'économie succombe après une réaction insuffisante ou nulle, comme cela a lieu souvent dans le charbon, la piqûre anatomique, la fièvre puerpérale, le choléra, la fièvre jaune, etc.

Lorsque la réaction locale a lieu, c'est, comme nous avons vu, sur les parties exposées à l'air qu'elle apparaît surtout. Si la face est le siége le plus fréquent des éruptions exanthémateuses, c'est qu'elle est la plus vasculaire et la plus exposée des surfaces du corps; si la syphilis se montre de préférence aux organes génitaux externes et aux angles de la bouche, c'est qu'il y a là la vascularité et l'humidité si favorables à sa manifestation, même chez ceux où l'inoculation s'est faite loin de ces parties. L'air joue un grand rôle dans les deux cas.

Voyons maintenant ce que devient le point même où l'inoculation a eu lieu. Ceci constitue la principale question en litige.

L'inoculation peut se faire sur les parties qui sont exposées à l'air ou tout à fait à l'abri de ce fluide.

Lorsqu'elle se fait à la peau, rien n'apparaît pendant l'incubation, et la pustule, qui est la réaction locale, apparaît peu avant la réaction générale de la surface du corps. L'école huntérienne croit que l'empoisonnement général se fait après la pustule et de la pustule même, de là la cautérisation préventive; or des faits multipliés ont démontré que cette cautérisation, si forte qu'elle soit, n'empêche pas absolument l'intoxication générale. Ceci prouve que si la pustule est une nouvelle source d'intoxication, cependant l'absorption a pu se faire avant la réaction du point inoculé. Quant à ce point lui-même, il montre l'ulcération, l'induration et autres symptômes plus marqués que le reste du corps; s'il les précède même souvent dans ces manifestations, c'est parce qu'il a le plus de virus et parce qu'il est le plus exposé à l'air. La fermentation virulente est ici à son summum d'intensité.

Lorsque l'inoculation se fait dans les parties éloignées du contact de l'air, l'absorption peut-elle se faire, et se faire sans ulcération primitive et consécutive, et surtout sans induration des surfaces ulcérées? L'école huntérienne peut répondre ici négativement; mais il est malheureusement démontré que le sperme, la salive, le lait et autres sécrétions ou excrétions introduites au fond des organes, si l'on répète surtout l'ingestion, peuvent parfaitement communiquer la vérole sans le chancre huntérien.

Si ces opinions n'étaient pas acceptées, un moyen direct pourrait décider bientôt la question, et il serait à décider que la commission de l'Académie ou les personnes les plus intéressées dans cette question cherchassent à démontrer :

1° Si le virus des symptômes primitifs secondaires et tertiaires, placé une ou plusieurs fois sur des surfaces internes qui sont à l'abri du contact de l'air, ne devient infectant et s'il ne produit pas d'ulcération sur le point de l'inoculation;

2° Si le virus placé sous l'épiderme et privé par un moyen efficace du contact de l'air ne devient infectant sans produire de pustule locale, et surtout sans produire l'induration des tissus qui servent de base à cette pustule.

Nous savons déjà que le canal de l'urèthre et surtout le vagin, qui sont les parties les plus exposées à la contagion, offrent si rarement des chancres cependant que quelques médecins en ont nié l'existence, et, lorsqu'une ulcération a lieu sur ces parties, elle n'offre jamais une base aussi indurée qu'elle l'a à l'air libre; mais d'autres expériences sont nécessaires.

La syphilisation sur les animaux et même sur l'homme dans les cas où elle est permise, pourrait bientôt éclaircir le fait.

S'il était démontré que le contact de l'air sur le point de l'inoculation suffit à expliquer la présence du chancre induré, ce chancre ne pourrait plus servir de base à la doctrine huntérienne. Dans tous les cas, la thérapeutique trouvera dans la soustraction du contact atmosphérique un moyen d'amoindrir la réaction locale et l'empoisonnement général, moyen qui ne sera pas inférieur à la cautérisation.

SUR DEUX CAS DE VICE DE CONFORMATION des organes génitaux.

Par M. le docteur E. COMBES.

Vers le milieu du mois d'octobre 1858, je fus appelé pour donner mon avis et pour remédier, s'il y avait lieu, à un vice de conformation qui présentait les formes suivantes :

J. R..., âgé de trois ans et demi, habitant avec ses parents sur l'avenue de Neuilly, bien conformé d'ailleurs, au lieu d'un scrotum ordinaire, présente, au milieu d'une surface lisse, qui s'étend de l'anus jusqu'à l'arcade pubienne, une sorte de demi-sphère superposée comme la moitié d'une coque de noix, plissée par la contraction du crémaster, et présentant la coloration brunâtre qu'offre ordinairement cette partie; sa capacité est trop exiguë pour admettre les deux testicules, qui se sont arrêtés sur ses parties latérales.

A 3 centimètres en avant de ce scrotum rudimentaire se trouve une sorte de proéminence conique posée sur le milieu de la symphyse pubienne, et dont le sommet est percé d'un pertuis presque imperceptible. Tel est l'état de l'organe au repos; mais lorsque sous l'influence d'une cause quelconque, il manifeste son érection, le cône devient plus proéminent et plus aigu, et l'on aperçoit à travers l'épaisseur des téguments un rebord légèrement saillant, représentant la base du gland. L'enfant urine avec beaucoup de peine et goutte à goutte. Mais lorsque, pressé par le besoin, il contracte la vessie avec plus de force qu'à l'ordinaire, il lance un jet filiforme, qui glisse sur son ventre dans la direction de l'ombilic.

Ayant introduit un stylet dans le pertuis naturel, je pus le faire pénétrer jusqu'au rebord saillant qui représentait la base du gland, et je pensai dès lors que pour dégager cet organe il n'y avait qu'à pratiquer l'opération classique du phimosis. C'est ce que je fis le lendemain. Mais ayant incisé la peau et la muqueuse dans toute l'étendue, au moins, qu'avait parcourue la sonde cannelée, je fus fort étonné, en écartant les doubles lèvres de la plaie, de voir qu'il n'existait pas de gland, et qu'il n'y avait de libre que la partie qui avait donné passage à la sonde. Je vis de plus qu'à la place du frein et de ses fossettes latérales, la muqueuse remontait jusqu'au-dessus du gland, sur lequel elle était soudée, et oblitérait les deux tiers de l'orifice uréthral.

Il était impossible de songer en ce moment à remédier à cette complication inattendue. La forme de l'organe et l'indocilité de l'enfant rendaient le pansement extrêmement difficile. Je disposai cependant un appareil approprié, et vers le 4 novembre la plaie fut guérie et ses bords cicatrisés séparément.

Ayant laissé pendant un mois l'enfant se remettre de ses émotions, je procédai à la seconde opération. Par une dissection attentive, rendue fort difficile par les mouvements désordonnés de l'enfant, que ni des liens solides ni les mains vigoureuses de deux employés de la maison ne pouvaient contenir, en suivant une certaine forme arrondie que m'indiquait la plus grande consistance de tissu, je dénudai ce qui me paraissait être le gland, et détachai le prépuce jusqu'à une certaine distance de l'orifice uréthral.

Pendant une vingtaine de jours je pratiquai le pansement méthodique qu'exigeait la forme de la plaie, et la nécessité de prévenir ses adhérences.

Aujourd'hui une petite verge dégagée de ses entraves a commencé à poindre avec une forme normale, surtout pendant l'érection; un gland, si bien conformé qu'on ne se douterait point de son état primitif, est recouvert par le prépuce divisé par la première opération, et sécrète en abondance l'humeur sébacée que ses cryptes n'auraient pu produire avant sa mise en liberté; sa surface est lisse et polie, les bavures produites par les incisions un peu saccadées de l'opération ayant été fondues par la suppuration. La miction se fait à plein jet, l'orifice uréthral étant tout à fait libre et présentant l'étendue ordinaire.

Par une coïncidence singulière, dans le mois de janvier dernier, j'ai été appelé pour voir et remédier aussi à un vice de conformation que présentait une petite fille de six mois. Cet enfant, que ses parents, logés rue Saint-Sauveur, 95, avaient mis en nourrice aussitôt après sa naissance, présentait un vice de conformation dont on ne s'était aperçu que depuis peu de temps, parce qu'il urinait avec beaucoup de peine et jetait de hauts cris toutes les fois que le besoin s'en faisait sentir.

Voici quel était son état.

Il n'existait pas de vulve. La peau du périnée présentait une surface parfaitement unie. A la partie antérieure de l'arcade du pubis se détachait un clitoris rudimentaire, d'où partaient deux petites lèvres extrêmement exiguës; au-dessous du clitoris, on voyait une petite ouverture qui n'était autre chose que l'orifice de l'urèthre. De ce point à l'anus, il n'existait rien qu'une surface plane recouverte par une peau fine, mais n'ayant rien de muqueux.

Cependant, à la partie moyenne, et partant de 3 à 4 millimètres de l'orifice de l'urèthre, on voyait une trace linéaire bleuâtre, de 15 millimètres à peu près d'étendue, qui semblait être l'indice de la place qu'occuperait un vagin oblitéré.

Sur l'instance des parents, je pratiquai une incision sur le trajet de cette ligne; mais je ne tombai pas d'abord sur une cavité, comme je l'avais espéré, et je fus obligé d'opérer une dissection minutieuse dans la direction présumée du vagin normal jusqu'à la profondeur de 2 à

3 centimètres. Là, je trouvai un canal dont les deux parois adossées et peu adhérentes se séparèrent par l'écartement des deux branches d'une pince à anneaux.

Le pansement consista dans l'introduction quotidienne d'une mèche graissée de cérat. L'enfant n'eut presque pas de fièvre et présenta bientôt un vagin bien conformé, avec absence complète d'hymen : les grandes lèvres se formeront sans doute avec les progrès de l'âge.

NOTE SUR LES EFFETS DÉLÉTÈRES DU VERT DE SCHEELE.

Par M. le Dr CAZEAU.

Depuis quelque temps, la *Gazette des Hôpitaux* a publié plusieurs communications concernant les effets délétères du vert de Scheele. Je suis loin de nier les dangers qui peuvent, dans certains cas, résulter de l'emploi de cette préparation arsenicale; cependant, je vais rapporter un fait dont j'ai été témoin pendant plus de dix ans, et qui tendrait à démontrer que l'arsenic, combiné avec le cuivre, même à très-haute dose, n'a aucune action malfaisante sur l'homme. Ce qui veut dire qu'il y a lieu de rechercher pourquoi il y a nocuité dans certaines circonstances et innocuité dans d'autres; voici le fait:

J'ai vu pendant nombre d'années deux ouvriers, un homme et une femme, âgés de quarante-cinq à cinquante ans, occupés journellement à tâcher d'imiter ce que l'on appelait alors le bronze artistique. L'opération consistait à recouvrir le cuivre bien décapé d'une couche de vert de Scheele tenu en suspension dans une dissolution aqueuse d'acétate de cuivre. Lorsque la dessiccation était arrivée à un point suffisant, les ouvriers enlevaient, à l'aide d'une brosse douce, les parties du mélange qui n'adhéraient pas.

On employait annuellement un kilogramme de vert de Scheele, et les deux ouvriers ainsi que cinq ou six autres occupés dans le même atelier à d'autres travaux, ont pu respirer, sans aucun inconvénient pour leur santé, un air contenant une aussi grande quantité de molécules arsenicales.

S'il fallait risquer une explication sur des faits également positifs, et si opposés par les conclusions qu'on peut en tirer, je dirais que l'arsénite de cuivre, employé comme je viens de le dire, est complétement insoluble, tandis que d'autres opérations le modifient et lui donnent une certaine solubilité.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 mai 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Mutation de la matière et force méta-plastique. — M. FLOURENS lit la note suivante :

J'ai fait voir, par les expériences rappelées dans ma Note précédente, qu'il y a, dans les corps vivants, une force qui régit la forme, et que j'appelle *force morpho-plastique*.

Je me propose de faire voir aujourd'hui qu'il y a, dans ces mêmes corps vivants, une force qui régit la matière, et que j'appelle *force méta-plastique*.

Dans mon livre intitulé : *Théorie expérimentale de la formation des os*, je m'exprime ainsi :

« J'ai entouré, d'un anneau de fil de platine, divers os longs sur différents animaux, sur des chiens, sur des lapins, sur des cochons d'Inde, etc.

» Au bout de quelque temps, l'anneau de fil de platine, qui d'abord entourait l'os, s'est trouvé entouré par l'os et contenu dans le canal médullaire...

» Ainsi l'anneau, qui était d'abord sur l'os, est maintenant dans l'os; l'os recouvre l'anneau qui recouvrait l'os; en un seul mot, l'anneau était extérieur, et il est intérieur.

» Comment ce changement s'est-il fait? Comment a-t-il pu se faire?

» Il n'a pu se faire que parce que, tandis que, d'un côté, l'os acquérait les couches externes qui ont recouvert l'anneau, il perdait, de l'autre, ses couches internes qui étaient résorbées...

» Pour varier le mode de mes expériences, au lieu d'un anneau, j'ai employé une très-mince lame de platine, placée sous le périoste; et, au bout de quelque temps, la petite lame de platine, qui d'abord était sur l'os, s'est trouvée dans l'intérieur de l'os... »

Ce qui arrive à l'anneau arrive donc aussi à la lame.

« La lame est, comme l'anneau, successivement recouverte par le périoste, par des couches d'os, par des couches d'os de plus en plus nombreuses; on la trouve enfin dans le canal médullaire.

» L'os, qui primitivement était sous la lame, est maintenant sur la lame. Que s'est-il donc passé? C'est qu'un os ancien a disparu et qu'il s'est formé un os nouveau. L'os qui existe aujourd'hui n'est pas celui qui existait quand on a mis la lame, il s'est formé depuis, et l'os qui existait alors n'est plus, il a été résorbé....

» L'os change donc continuellement de matière pendant qu'il s'accroît; et cette rénovation continue est, de plus, très-rapide.

» Il faut quelques semaines à peine pour la rénovation entière du corps de l'os. L'expérience, en ce genre, la plus longue a duré trente-six jours.... »

Voilà ce que je disais en 1847.

Depuis cette année 1847, j'ai beaucoup multiplié mes expériences; et, en les mettant toutes ensemble, je trouve que la durée de trente-six jours n'est pas la durée extrême, comme je le disais alors, mais seulement la durée moyenne.

La plus courte de mes expériences a duré trente jours et la plus longue quarante-trois. C'est donc à peu près trente-six jours pour moyenne.

Au reste, je sens plus que personne combien il me reste encore d'expériences à faire pour arriver, sur ce point, à un résultat tout à fait précis; et la preuve que je le sens, c'est que je les fais.

Néanmoins il est facile de voir que la rénovation de la matière se fait plusieurs fois durant l'accroissement d'un animal, et, à plus forte raison, durant sa vie entière. Le chien est deux ans à croître; il en vit jusqu'à dix ou douze de vie normale, et jusqu'à vingt-deux, jusqu'à vingt-trois de vie extrême.

J'ajoute que mes expériences ont été faites sur de jeunes chiens, d'un mois à six semaines. J'ajoute encore que, d'après mes expériences, le mouvement de rénovation se ralentit de plus en plus : de mois en mois à mesure que le jeune animal approche du terme de son accroissement, et d'année en année à mesure que l'animal adulte approche du terme de sa vie.

En m'en tenant donc ici au temps de l'accroissement, le seul pour lequel mes expériences soient assez nombreuses, je crois ne pas m'éloigner beaucoup de la vérité en disant que la rénovation de la matière se fait de cinq à six fois au moins pendant la durée de l'accroissement.

Quoi qu'il en soit, au reste, de sa durée précise, elle se fait; elle se fait plusieurs fois, et cela suffit pour prouver ce que je veux actuellement prouver, savoir que, dans les corps vivants, il y a une force qui régit la matière, tout comme il y en a une qui régit la forme.

J'ai appelé la force qui régit la forme force morpho-plastique; j'appelle celle qui régit la matière, ou plutôt le changement continuel de la matière, force méta-plastique.

Organogénie. — M. CH. ROUGET présente un mémoire ayant pour titre : *De la substance amylacée amorphe dans les tissus des embryons des vertébrés et chez les invertébrés.*

La substance amylacée amorphe (*zoamyline*) contenue dans les cellules ou tubes (musculaires) qui constituent les éléments propres des tissus où on la rencontre, se présente non comme une substance granuleuse, mais sous forme d'un plasma liquide qui peut enfermer des granulations de matières très-différentes, azotées ou graisseuses.

Dans de récentes observations sur la part que prend la zoamyline à l'évolution des tissus des embryons, j'ai constaté, dit l'auteur, qu'aux tissus épithéliaux et musculaires dans la constitution desquels on sait que la zoamyline intervient, il faut joindre les cartilages d'ossification : cette substance est contenue dans les cellules (capsules) du cartilage, la substance fondamentale en paraît entièrement privée.

Chez un embryon de mouton d'un mois et demi à deux mois, les cellules des cartilages d'ossification et des cartilages de la trachée montrent au contact de la teinture d'iode la coloration rose-violacé, aussi caractéristique pour la zoamyline que la coloration bleue ou violette pour l'amidon ou la cellulose végétale. De plus, toutes les cellules de l'épithélium des muqueuses digestives respiratoires, génito-urinaires, de la face interne des paupières et même du revêtement épithélial de la cornée, sont remplies de plasma amylacé. Il est digne de remarque que l'épithélium des cavités dites *glandes de Lieberkuhn* ne diffère sous ce rapport en aucune façon de celui des villosités, et de la surface même de la muqueuse. A cette époque aussi commencent à apparaître à la surface de la peau de grandes cellules remplies de plasma amylacé, isolées d'abord ou par petits groupes distincts, qui se réuniront bientôt pour couvrir toute la surface cutanée.

Ces grandes cellules ne sont que les éléments de la couche cornée de l'épiderme, qui se déposent secondairement à la surface d'une membrane épithéliale primitive à cellules plus petites et plus cohérentes que l'iode ne colore qu'en jaune, et qui n'est autre chose que la couche muqueuse ou de Malpighi. La zoamyline ne se montre à aucune époque à l'état d'infiltration dans le derme lui-même. Mais les follicules pileux logés dans l'épaisseur de cette membrane renferment de jeunes poils dont les cellules, commes celles des autres productions cornées de la peau, sont remplies de plasma amylacé. Chez de très-jeunes embryons de ruminants, chez lesquels les éléments des cartilages, des muscles, des épithéliums renferment de la zoamyline, on ne trouve encore aucune trace de ces cellules dites *glycogènes* à la surface de l'amnios. Lorsque ces cellules se montrent, leur mode d'apparition, leur forme, leur constitution, leur aspect sont exactement ceux des cellules de la couche cornée de l'épiderme. Comme elles, elles se déposent isolées ou par petits groupes à la surface de l'épithélium primitif (couche de Malpighi) de l'amnios dont les cellules petites et très-cohérentes ne renferment pas de plasma amylacé. Les papilles, les plaques, les verrues de l'amnios ne sont rien autre chose non plus que des productions par lesquelles l'amnios tend à montrer son identité de nature avec la peau qu'il représente et continue dans les membranes annexes du fœtus.

La présence d'éléments renfermant une substance amylacée, dans l'amnios ou le placenta, n'est qu'un cas particulier et tout à fait secondaire du fait général de la présence d'une substance amylacée dans les éléments de la plupart des tissus de l'embryon. Il n'y a lieu de voir là ni un organe hépatique temporaire, ni une fonction nouvelle du placenta. L'existence de la substance amylacée indique non une nouvelle fonction d'organe, mais une nouvelle propriété de tissus. La production de sucre n'est pas le but, mais seulement la conséquence de la présence dans l'organisme de la zoamyline. Le sucre, que la sécrétion urinaire accumule dans les liquides allantoïdien et amniotique, chez les fœtus dont les tissus renferment de la zoamyline, est le résultat de la désassimilation de cette substance, comme l'urée de celle des substances protéiques.

Chez les invertébrés, j'ai constaté la présence de la zoamyline non-seulement chez les embryons de l'Hydre verte, d'Hirudinées, de Mollusques gastéropodes, mais aussi chez des larves aquatiques d'insectes (Libellules, Tipulides), où elle entre pour une grande part dans la constitution de l'organe connu sous le nom de *corps adipeux* : ce même organe m'a paru contenir encore cette substance chez des insectes (Orthoptères) adultes.

Enfin, j'ai observé un plasma amylacé dans la cavité du corps de la *Naïs proboscidea*, d'un rhabdocœlien, et dans le parenchyme ou sarcode d'infusoires libres (*Spirostomes*) ou parasites (*Bursaria ranarum*). Ce fait ne s'est pas présenté d'une manière constante chez les mêmes espèces, il m'a paru en rapport avec la digestion. (Commissaires, MM. Polouze, Milne-Edward et Rayer).

Emploi de l'électricité dans le traitement des paralysies de la vessie et de certains catarrhes vésicaux. — M. J. E. PÉTREQUIN communique sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

La paralysie de la vessie est une maladie assez commune, surtout dans la vieillesse, et les moyens ordinaires dont l'art peut disposer contre elle ne sont, il faut l'avouer, ni très-nombreux, ni très-efficaces. Aussi arrive-t-il trop souvent de voir cette affection prendre une durée indéfinie, ou même dégénérer en une véritable infirmité pour le reste de la vie. Le catarrhe de la vessie est plus commun encore à cet âge, et c'est surtout dans ce cas que l'art se montre moins heureux, les guérisons moins complètes et les récidives plus fréquentes; et même il n'est pas rare que le traitement ne puisse produire des résultats tout à fait curatifs quand le mal se complique d'asthénie sénile ou d'un certain degré de paralysie dans les parois vésicales.

L'électricité, dans ces circonstances difficiles, paraît appelée à rendre de notables services : c'est ce que j'essaye de démontrer dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, considérant à la fois la question au point de vue de la théorie et de la clinique, et ayant soin de discuter des points de diagnostic et de thérapeutique qu'on paraît avoir méconnus ou négligés.

On verra qu'il n'est pas indifférent d'employer tel ou tel mode d'électrisation. L'observation rigoureuse des phénomènes m'a conduit à reconnaître que l'action dynamique de la pile qui agit sur le système nerveux augmente sous l'empire des multiplications et par les chocs qu'entraîne la production des étincelles. Les appareils d'induction qui donnent des courants volta-faradiques réalisent les conditions les plus convenables pour combattre avec succès les paralysies. Dans la pratique il ne faut point oublier, et le conseil de santé des armées insiste avec raison sur cette recommandation, que si le courant électrique qu'on dirige sur un nerf n'a qu'une énergie modérée, il semble remplacer ou renforcer seulement l'action physiologique de ce nerf qui fait défaut; mais que néanmoins, sous l'influence trop prolongée des courants électriques, même modérés, l'excitabilité des nerfs s'affaiblit graduellement et peut même s'épuiser; que, d'autre part, toute action des courants électriques tend à se propager à l'ensemble du système nerveux et à produire des effets réflexes, et que ces effets réflexes sont d'autant plus redoutables que les courants ont plus d'intensité, etc. Il importe, en général, de faire des séances courtes et de recourir à une électrisation tempérée et localisée sur les nerfs à exciter. Voici ce que l'anatomie nous enseigne pour ceux de la vessie : « Les nerfs de la vessie sont fournis par le *plexus vésical*, dépendance du plexus hypogastrique, qui lui-même émane du plexus sacré ; ce dernier est formé à la fois par la portion pelvienne du grand sympathique et par les branches vésicales des nerfs sacrés rachidiens, lesquels, unis au lombo-sacré, se terminent par le nerf sciatique..... Le plexus vésical communique avec le plexus hémorrhoïdal, autre émanation du plexus sacré. On est dès lors conduit physiologiquement à appliquer l'électricité au traitement de la paralysie vésicale en portant un excitateur dans la vessie et un autre dans le rectum. » Pétrequin, *Anatomie topographique*, 1857, p. 400). C'est ce que nous avons fait; de plus, nous avons laissé l'urine dans la vessie (au lieu de la vider, comme on le faisait avant nous), afin qu'elle servît de conducteur sur toute la surface interne de l'organe. Enfin nous avons, pour agir sur la face antérieure et le sommet de la vessie, porté un excitateur au centre de l'hypogastre; ajoutons qu'il faudra n'y revenir qu'avec réserve pour éviter des effets réflexes, ce qui ne manquerait guère d'avoir lieu si on s'écartait vers la racine des cuisses ou les épines iliaques. (Commissaires : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe.)

— L'Académie a procédé à la nomination d'un correspondant pour la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de feu M. Marshall Hall.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 48,

M. Virchow a obtenu.	30 suffrages.
M. Riberi.	16
M. Rokitanski.	1
Billet blanc.	1

M. Virchow, ayant réuni la majorité des suffrages, a été déclaré élu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On nous affirme, dit la *Presse médicale belge*, que M. le docteur Merchie vient d'être nommé médecin en chef de l'armée belge.

— Le *Morning Post* annonce que la Tamise a donné ces jours derniers des signes non équivoques de fétidité beaucoup plus intenses que ceux de l'année dernière.

Le *Daily News* ajoute : Le docteur Lethbey a donné l'assurance aux conservateurs de la Tamise que, si la chaleur venait à s'établir subitement, les effets qu'elle produirait relativement aux miasmes de la Tamise seraient détestables.

— M. le docteur Freschi, professeur de médecine légale, continuateur de l'ouvrage de Sprengel sur l'*Histoire de la médecine*, auteur d'un *Manuel de médecine légale*, d'un Dictionnaire d'hygiène publique, d'une histoire du virus vénérien et d'autres écrits, est mort récemment à Gênes.

— M. le docteur Cazenave commencera ses leçons cliniques sur les maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis, mercredi 8 juin, pour les continuer le mercredi de chaque semaine, à neuf heures du matin.

La visite des salles à huit heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Mémoire sur le sang considéré quand il est fluide, pendant qu'il se coagule et lorsqu'il est coagulé ; suivi d'une notice sur l'application de la méthode d'expérimentation par les sels à l'étude des substances albuminoïdes. Mémoire présenté à l'Académie des sciences le 20 décembre 1858, par P. S. DENIS (de Commercy), médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Toul. — Paris, 1859. Un vol. in-8°. Prix, 3 fr. 50. Chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 67. — JEUDI 9 JUIN 1859. (32e ANNÉE.) N° 67. — JEUDI 9 JUIN 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 JUIN 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Dans un précédent travail statistique sur l'action du seigle ergoté dans la parturition, qui a été récemment le sujet d'un savant rapport de M. Danyau et l'objet d'une sérieuse critique, M. le docteur Deville avait cherché à démontrer cette double proposition : que la mortalité des enfants mort-nés allait toujours en augmentant à Paris, et que cet accroissement de mortalité devait être attribué principalement aux avortements provoqués et à l'administration trop fréquente du seigle ergoté. C'est le dernier point de cette seconde proposition qui a été plus particulièrement l'objet des critiques de M. Danyau. M. Deville, en avançant ces deux assertions, avait pris l'engagement de les démontrer. Ces critiques n'ont probablement pas été étrangères à l'empressement qu'il a mis à remplir sa promesse. Quoi qu'il en soit, M. Deville est venu ajouter hier un nouveau titre à ceux qui recommandaient déjà sa candidature, en lisant un travail très-étendu et plein de faits et de détails intéressants sur le rapport existant entre le nombre des enfants mort-nés et celui des décès dans la ville de Paris, pendant une période de treize années. La démonstration qu'il s'est proposée de faire dans ce travail et qu'il s'est engagé à appuyer sur des preuves irrécusables, ressort-elle en effet d'une manière évidente de ces laborieuses recherches statistiques? C'est ce que nous ne saurions dire, après une simple audition. Cet important document sera probablement publié, et il nous sera plus facile alors d'asseoir un jugement motivé sur la valeur des conclusions.

— M. Piorry a terminé la lecture de son travail sur la thérapeutique anatomique, physiologique et rationnelle, titre bien prétentieux sans doute, mais qui répond si bien à la thèse de l'honorable professeur, que nous ne saurions le chicaner sur sa parfaite propriété. Discuter le titre ce serait discuter le fond même du travail ; or, pour discuter le travail de M. Piorry, il ne s'agirait de rien moins que de reprendre *ab imis fundamentis* toute la médecine, principes et pratiques, pour apprécier une à une toutes les circonstances propres aux maladies et aux malades, qui fournissent communément au praticien ses indications thérapeutiques et ses motifs de détermination. Quelque utile que pût être une pareille discussion, nous doutons que les lecteurs consentissent volontiers à nous suivre dans les développements qu'elle nécessiterait. D'ailleurs M. Piorry a une foi trop robuste et trop exclusive dans l'excellence de ses doctrines, pour que nous espérions avec toute notre dialectique de le faire reculer d'une semelle. Il y a dans les principes de thérapeutique formulés dans le manifeste de M. Piorry, de très-bonnes choses, il y en a de meilleures encore dans les principes qu'il combat. Sachons profiter à la fois des vérités qu'il affirme et de celles qu'il nie. Suivons avec lui la voie physiologique et rationnelle quand cela nous est possible. Mais lorsque le flambeau physiologique vient à nous manquer, sachons nous résigner à redevenir humblement empiristes, et continuons à administrer à l'occasion, sans que nous puissions donner « les raisons démonstratives et convaincantes » de leur action, les médications puissantes que l'empirisme a mises en nos mains, et que l'expérience traditionnelle nous a appris à manier. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. LAUGIER.

Chute du rectum d'un volume considérable. — Excision des plis rayonnés de l'anus. — Guérison.

Le 9 octobre 1858 est entré dans le service un homme de quarante-cinq ans, de constitution détériorée, ayant la peau d'un blanc mat, les chairs flasques et molles, affecté depuis plus de six ans d'hémorrhoïdes fluentes, et qui vient aujourd'hui demander des secours pour une chute du rectum, dont il fait remonter l'origine à plus d'un an. Cet homme exténué par des hémorrhagies rectales répétées, et par les douleurs vives qu'il éprouve pendant la défécation, et qui se prolongent dans les intervalles de cet acte, offre tous les signes d'une anémie profonde. Ajoutons que la tumeur rectale, sortie depuis déjà quarante-huit heures, n'a pas pu être réduite par le malade, comme il était dans l'habitude de le faire jusque-là ; c'est ce qui l'a surtout engagé à entrer à l'hôpital.

La tumeur offre le volume des deux poings réunis ; pour M. Laugier ce serait une des plus grosses qu'il aurait vues; le même sentiment a été exprimé par M. Langenbeck (de Berlin), présent à la visite, et qui a assisté à l'examen du malade.

La forme de la tumeur est celle d'une grosse poire renversée, étranglée à sa base, et offrant à son sommet un orifice tronqué, d'où s'écoulent des matières liquides et jaunâtres. Elle présente des plis circulaires concentriques, une surface luisante tomenteuse, d'une couleur rouge sombre, recouverte de mucus épais, gluant et sanguinolent. On y voit çà et là des veines variqueuses, mais ni excoriations ni gerçures.

Afin de ménager la sensibilité du malade, qui souffrait beaucoup, et de faciliter autant que possible la manœuvre, on eut recours au chloroforme ; le malade étant anesthésié, M. Laugier, à l'aide des doigts de la main droite réunis en cône, et enveloppés d'une compresse fine enduite de cérat, pratiqua la réduction avec facilité ; mais il fut constaté que la largeur et la flaccidité de l'anus étaient considérables.

Il ne suffisait pas d'avoir mis ainsi le patient à l'abri des accidents immédiats qui le menaçaient. Il fallait, en outre, songer aux moyens d'obtenir une guérison radicale. M. Laugier, dans une de ses leçons cliniques, a exposé ses idées à cet égard, énuméré les cas analogues qui se sont présentés à son observation, et s'est livré à un examen approfondi des méthodes de traitement qu'il a mises en usage, ou qui ont été pratiquées par d'autres praticiens.

C'est ainsi, par exemple, que M. Laugier rejette l'ablation comme un moyen aveugle et souvent dangereux, principalement dans les cas où la tumeur est d'un volume considérable ; des hémorrhagies graves mortelles, le phlegmon du bassin, la phlébite, la péritonite, sont alors, en effet, autant d'accidents à redouter.

La cautérisation par le fer rouge ou les caustiques potentiels peut quelquefois procurer la guérison, il est vrai, mais M. Laugier l'a vue aussi échouer dans des cas graves.

En résumé, de toutes les méthodes, celle qui lui paraît préférable, c'est l'excision des plis rayonnés de la marge de l'anus. Cette méthode ne lui a jamais fait défaut, même dans les cas où la cautérisation avait déjà échoué. Si l'on ajoute à cela qu'il ne l'a jamais vue suivie d'accidents, on comprendra la préférence qu'il lui accorde sur la cautérisation.

Un phénomène fort singulier suit de près l'excision; l'intestin relâché cesse de sortir au dehors quelquefois dès le premier jour que celle-ci est exécutée. On pourrait se livrer à cet égard à plusieurs hypothèses, dont la plus vraisemblable serait sans contredit celle qui ferait jouer un rôle à l'action réflexe. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait n'en demeure pas moins avéré.

Le 13 octobre, après avoir administré au malade un lavement simple dans le but de déblayer le gros intestin des matières qu'il pouvait contenir, on procède à l'opération, qui consiste dans l'excision de cinq plis rayonnés de la peau de l'anus, prolongée dans cet orifice, dont la membrane muqueuse est excisée avec le pli cutané.

A la suite de cette opération, qui ne fut pas suivie du moindre accident, il y eut une amélioration, en ce sens que, pendant les efforts de la défécation, la tumeur ne sortait plus que de moitié.

M. Laugier pensa alors que si la guérison n'avait pas été complète, cela venait de ce que le nombre et la profondeur des excisions pratiquées n'étaient probablement pas en rapport avec la gravité du cas actuel. Aussi le 19 novembre, c'est-à-dire trente-six jours après la première opération, il fit de nouvelles excisions *profondes*, prolongées dans l'intérieur du rectum de plus d'un centimètre, et assez multipliées pour y comprendre la presque totalité du pourtour de l'orifice anal.

A partir de ce moment, le malade va à la selle sans qu'il sorte plus rien au dehors ; à peine observe-t-on un léger épanouissement de la muqueuse au moment des plus grands efforts de défécation.

Le 2 décembre, il reste encore à cicatriser trois petites plaies, qui ne gênent point du reste le malade. Notons seulement que du fond de l'une d'elles, de celle précisément qui est médiane et postérieure, s'élèvent deux ou trois crêtes dues très-probablement à l'exubérance du travail de cicatrisation, et dépendant selon toute apparence du contact réitéré de la plaie avec les matières irritantes qui s'écoulent par l'orifice anal et y affluent par l'effet de la déclivité. On touche ces excroissances avec la pierre infernale, et le malade quitte l'hôpital le jour même, sur sa demande.

Un mois plus tard, cet homme est venu se présenter à la consultation, et l'on a pu constater que tout était cicatrisé, et qu'il ne lui restait désormais plus rien de sa chute rectale. La défécation ne produit plus de chute du rectum ; le malade n'a plus ces hémorrhagies anales qui l'avaient si profondément épuisé. Il a repris de l'embonpoint, des forces et les couleurs naturelles du visage, au point d'être méconnaissable pour ceux qui l'avaient vu avant l'opération.

Ce résultat concorde avec tout ce que M. le professeur Laugier a vu de semblable dans sa vaste pratique, et témoigne une fois de plus de l'efficacité de l'excision de la peau de l'anus en pareil cas, quelle que soit d'ailleurs la théorie qu'on se fasse sur son mode d'action.

Ajoutons que M. Laugier applique le même traitement, et avec le même succès, aux tumeurs les plus volumineuses formées par les hémorrhoïdes *internes* étranglées à travers l'anus, avec ou sans complication de chute du rectum, et cela aussitôt qu'il est parvenu à en opérer la réduction.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. DESMARRES.

De quelques dangers de l'examen de l'œil à l'ophthalmoscope.

(Leçon recueillie par M. A. V. GUÉPIN.)

Au moment où les études ophthalmoscopiques prennent en France un développement considérable, il n'est pas sans intérêt de rechercher si la pratique de l'ophthalmoscope n'a pas quelques inconvénients, et si l'éclairage des milieux et des membranes internes de l'œil est toujours d'une parfaite innocuité pour le malade. Chaque jour, en effet, on voit dans la pratique des phantasmes lumineux, des éblouissements, des mouches volantes produits par l'exposition prolongée de l'œil à une vive lumière. L'examen ophthalmoscopique ne pourrait-il pas avoir les mêmes résultats ?

L'instrument dont s'est servi M. le professeur Helmholtz se composait de trois lamelles de verre non étamé qui ne projettent relativement dans l'œil qu'assez peu de lumière. Mais aujourd'hui les instruments employés sont des miroirs de métal ou de verre, qui peuvent réfléchir une lumière d'autant plus intense que leur diamètre est plus grand. Et si, d'autre part, la pupille a été dilatée, l'œil sera soumis à un éclairage très-puissant.

Tels sont les moyens mis en usage ; aussi voit-on dès les premiers moments de l'examen la coloration du fond de l'œil se modifier ; si l'examen se prolonge, la papille prend une teinte de plus en plus rosée, les *vasa vorticosa* se dessinent, le malade se sent ébloui, fatigué; si l'on porte son attention vers la conjonctive, on voit que ses vaisseaux sont plus apparents qu'à l'état normal ; enfin tous les signes de congestion de la choroïde se prononcent.

Si l'on ne tient compte que de la dernière partie de l'examen, si l'on oublie la cause de la congestion qu'on observe en dernier lieu, ne peut-on pas se laisser aller à user de grands moyens? Le diagnostic peut lui-même devenir incertain, car on a donné à la maladie un autre cortége de symptômes, une autre physionomie pathologique.

Une congestion comme celle dont il vient d'être question peut n'être qu'un simple inconvénient dans certains cas, et dans d'autres c'est un véritable danger; elle peut réveiller un mal qui sommeillait depuis longtemps, un staphylome postérieur stationnaire.

Bien plus, si une maladie qui atteint en général les deux yeux en a déjà détruit un, une telle congestion peut causer le développement prématuré de cette affection dans l'œil resté sain.

C'est sur un cas de ce genre que nous appelons l'attention. L'énoncé des faits ne laissera aucun doute sur la cause du développement de la maladie, et fera assez comprendre quel est l'écueil à éviter.

Mme X..., cartonnière, âgée de 66 ans et demeurant à Paris, rue Beaubourg, 31, s'est présentée à la Clinique le 1er décembre 1858. Depuis 1847 elle est fréquemment souffrante de névralgie frontale droite. Chaque fois que ces douleurs la prennent, dit-elle, son œil droit devient rouge. La lumière d'une bougie lui semblait entourée de cocardes irisées, jaunes, rouges et vertes. A chaque atteinte la vue diminuait ; depuis trois ans la vision est abolie.

En l'examinant, on remarque que son œil est plus dur au toucher qu'à l'état normal; la conjonctive, dont les veines sont variqueuses, a une teinte rouge; la cornée a perdu son brillant, la chambre antérieure n'existe plus; l'iris décoloré est adossé à la cornée, et une ouverture pupillaire déformée laisse voir un cristallin opaque, présentant des taches pigmentaires, adossé lui-même à l'iris et à la cornée. Ce cristallin a une couleur verte spéciale. Mme X... était atteinte d'un glaucome complet de l'œil droit, et elle vient demander s'il est possible de guérir sa névralgie.

Quant à l'œil gauche, il semblait sain et il avait à peu près conservé ses fonctions. Il était intéressant de savoir si cet œil ne présentait aucun signe ophthalmoscopique du glaucome, et l'examen y révéla la forme optique du glaucome décrite par M. E. Heger, c'est-à-dire une coloration grise du pourtour de la papille et une légère excavation de la lame criblée.

Quelques médecins examinèrent ensuite la malade avec précaution, et elle ne se plaignit ni de fatigue ni d'éblouissements après l'examen.

Il était convenu que Mme X... viendrait, quand elle souffrirait, se faire exciser un lambeau de l'iris droit, suivant le procédé de M. A. de Græfe.

Dès le soir son œil gauche devint douloureux; elle eut pour la première fois, à gauche, une névralgie semblable à celle de l'œil droit.

Le 2, les douleurs augmentèrent et elle vit des phantasmes lumineux autour de la flamme; enfin le 3, les douleurs étaient intolérables, et elle vint à la fin de la clinique réclamer secours contre de pareilles souffrances.

Son œil gauche était dur, injecté, la cornée déjà dépolie par points; elle avait tous les signes d'un glaucome aigu.

Elle fut immédiatement couchée; une ponction pratiquée au côté inférieur externe de la cornée permit d'aller saisir l'iris, qui fut déchiré, attiré au dehors et excisé.

Les douleurs cessèrent presque aussitôt. Deux jours après la plaie de la cornée était cicatrisée et l'œil reprit ses fonctions.

Quant à l'œil droit, le 15 décembre il devint nécessaire d'y exciser aussi un lambeau d'iris; le 19, d'en extraire le cristallin, qui y jouait le rôle d'un corps étranger. Depuis, cet œil a marché régulièrement vers l'atrophie sans provoquer de douleur, et aujourd'hui, réduit aux deux tiers de son volume, il ne cause aucune gêne.

En résumé, nous venons de voir chez une malade, dont l'œil droit était atteint de glaucome, la même affection se développer dans l'œil gauche avec une forme suraiguë, sous l'influence d'un examen ophthalmoscopique qui n'avait pas fatigué la malade; l'étiologie n'est pas obscure, et si le glaucome optique avait suivi sa marche habituelle comme dans l'œil droit, il aurait fallu des mois, même des années, pour arriver à l'état qu'elle présentait le 3 décembre.

Un pareil fait est assez explicite pour qu'il ne soit pas besoin de plus amples commentaires; mais quelles sont les précautions à prendre pour éviter de pareils accidents?

Elles sont bien simples. On doit éclairer l'œil suffisamment pour voir et pas plus qu'il n'est nécessaire. L'éclairage doit pouvoir varier d'intensité. L'examen doit être souvent suspendu pour laisser reposer le malade. Dans la grande majorité des cas, dans notre clientèle, nous n'employons comme source de lumière qu'une bougie placée sur l'épaule du malade et tenue par lui. En plaçant son œil au foyer du miroir ou un peu au delà, on varie l'éclairage; rien n'est plus facile que de suspendre et de reprendre ensuite l'examen.

Enfin on évitera, sauf dans des circonstances particulières où ce serait indispensable, de dilater la pupille, car alors le cristallin seul ne corrige qu'en partie les aberrations de sphéricité et tout l'œil est éclairé. Le malade attribue le trouble de sa vue, suite de la mydriase artificielle, non à la goutte d'eau qu'on lui a mise dans l'œil, mais à l'ophthalmoscope lui-même, et ne se prête que difficilement à un nouvel examen.

Parmi les ophthalmoscopes, les uns remplissent très bien ces conditions; ce sont les ophthalmoscopes à main. Les autres, les ophthalmoscopes fixes, ne peuvent guère les remplir; il faut une puissante source de lumière; les recherches sont longues, et tant qu'elles durent, l'œil est éclairé. Une nécessité de ces appareils, c'est que l'œil observé et l'instrument soient dans les mêmes rapports; pour cela, le malade a le menton appuyé sur une mentonnière et le front embrassé par une tige courbe. Malgré ces moyens de contention, il lui est encore possible de faire quelques légers mouvements, et alors la papille ou le point observé disparaît, et il faut de nouvelles recherches.

Ces inconvénients auraient déjà fait complétement renoncer aux instruments fixes s'ils ne permettaient de faire voir la papille au début des études ophthalmoscopiques, et de montrer à ceux qui ont voulu voir dans l'ophthalmoscope quelque chose comme *la lanterne magique du singe*, qu'ils n'ont été dupes que de leur incrédulité.

Le volume des ophthalmoscopes fixes, leur complication, leur danger, peut être aussi leur prix très-élevé, en restreindront l'usage. Ces instruments ne serviront que dans des cours pour montrer la papille et quelques détails anatomiques ou pathologiques sur des sujets atteints de cécité complète.

Les miroirs à main nécessitent un apprentissage personnel souvent très-long et très-pénible, parce que les premiers jours on ne voit rien, et surtout parce qu'on ne sait pas éclairer un œil. Il faut, avant d'examiner un malade, savoir manier son instrument, changer sa position en éclairant le même objet. Des exercices convenables et bien dirigés abrégent singulièrement les études préalables, et bientôt, sans tâtonnements, sans hésitation, on trouve la papille du premier coup. L'examen devient alors rapide, peu fatigant, très-innocent pour le malade, et plus certain pour le médecin.

MOYENS D'ÉLIMINER DES GRAINS DE POUDRE fixés dans la peau.

Par M. le professeur W. Busch (de Bonn).

M. Busch a emprunté l'idée de ce traitement à la méthode employée par M. Hébra contre les éphélides. Cette méthode consiste à provoquer, par des applications d'une forte solution de sublimé, une inflammation eczémateuse après la guérison de laquelle les taches de la peau disparaissent. Comme le pigment des éphélides ne se trouve pas dans l'épiderme, mais dans le réseau de Malpighi, M. Busch en a conclu que dans le développement de l'eczéma non-seulement l'épiderme est soulevé, mais qu'aussi la couche la plus superficielle du derme est refoulée, et c'est ce qui le conduit à proposer ce moyen pour déterminer l'élimination des grains de poudre enfoncés dans la peau, quand le cas est récent, et que les grains sont trop nombreux pour être enlevés avec un instrument.

Voici le cas où M. Busch a employé ce moyen: Un coup de pistolet laissa à un individu, dans une moitié de la face, des grains de poudre tellement nombreux, qu'on ne pouvait pas songer à les enlever avec un instrument. M. Busch se servit d'une solution de sublimé de 5 grammes pour un litre d'eau, dont l'application, à cause de la blessure récente, ne fut prolongée le premier jour que durant une heure; mais les jours suivants, comme le malade n'éprouvait qu'une légère sensation de brûlure, ces applications furent faites successivement pendant plusieurs heures, jusqu'à ce que, le cinquième jour, toute la partie blessée se couvrit d'un eczéma considérable. Il supprima alors les applications, et le lendemain une partie des vésicules se desséchait simplement, tandis que l'autre partie déterminait la formation de croûtes minces. Quand on détachait une de ces croûtes, on pouvait voir les grains de poudre sur sa face profonde, et au-dessous de ces grains on voyait déjà un épiderme de nouvelle formation. Comme cet épiderme était très-tendre, M. Busch attendit encore vingt-quatre heures, puis il enleva avec une spatule toutes les croûtes et toutes les squames de l'épiderme, depuis le front jusqu'au menton, et en même temps un grand nombre de grains de poudre. Ainsi, presque tous les grains siégeaient entre le nouvel épiderme et l'ancien détaché, et ils s'éliminaient facilement, à l'exception d'un petit nombre, appréciables seulement par un examen très-attentif, et qui s'étaient enfoncés plus profondément que les autres. Quant à la question de savoir si la même méthode pourrait être employée dans les blessures anciennes, c'est à l'expérience à prononcer. M. Busch ajoute que tous les agents fortement irritants peuvent être employés pour provoquer l'inflammation ci-dessus mentionnée, afin d'obtenir l'élimination du corps étranger: mais la solution de sublimé est préférable, parce qu'elle permet de graduer assez exactement le degré de l'irritation, et qu'après la guérison de l'eczéma qu'elle provoque, la peau conserve sa couleur normale. (*Virchows Archiv.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 juin 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre du commerce et de l'agriculture transmet:

1° Un état des vaccinations et revaccinations pratiquées pendant l'année 1858 dans le 8e régiment de chasseurs (commission de vaccine);

2° Les rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales du département des Landes, pour l'année 1857 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Boudin écrit à l'Académie, du quartier général de l'armée d'Italie, pour la prier de l'inscrire sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

— M. Grassi informe l'Académie qu'il se désiste de sa candidature.

— M. Pons (de Bez) adresse une note faisant suite à ses études sur les aphorismes d'Hippocrate.

— M. le docteur Putégnat adresse un mémoire intitulé: *Des maladies des tailleurs de cristal et de verre; Recherches sur les causes de la fréquence relative de la phthisie pulmonaire parmi ces ouvriers* (commissaires, MM. Devergie, Pâtissier et Londe).

— M. LE PRÉSIDENT, sur la demande de M. Duchesne-Duparc, ouvre un pli cacheté déposé dans la séance du 27 février dernier et en donne lecture. Ce pli est relatif à l'emploi du *fucus vesiculosus* comme moyen de combattre l'obésité sans nuire à la santé générale. M. Duchesne-Duparc y joint un mémoire dans lequel sont consignées les observations à l'appui (commissaires, MM. Chatin, Bouley, Gibert et Devergie).

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'elle était représentée par son bureau à la cérémonie du *Te Deum* d'actions de grâces, chanté aujourd'hui à Notre-Dame pour la victoire remportée le 4 juin en Italie.

LECTURE.

Proportion des enfants mort-nés avec le chiffre des décès. — M. DEVILLE, candidat pour la section d'hygiène publique, lit un travail intitulé: *Recherches sur le rapport existant entre le nombre des enfants mort-nés et celui des décès dans la ville de Paris pendant treize années, de 1846 à 1858.*

Dans un travail qu'il a lu à l'Académie au mois de février dernier, sur l'action du seigle ergoté dans la parturition, M. Deville disait que la mortalité des enfants dits mort-nés allait toujours en augmentant à Paris, et, tout en reconnaissant que cet accroissement de mortalité était dû à plusieurs causes, il l'attribuait principalement aux avortements provoqués et à l'administration trop fréquente du seigle ergoté. Il prenait en même temps l'engagement de démontrer par des preuves irrécusables la vérité de ses assertions: c'est cet engagement qu'il vient remplir aujourd'hui.

M. Deville fait connaître, dans ce nouveau travail, le résultat de ses recherches comme médecin inspecteur de la vérification des décès pendant treize années dans trois arrondissements de Paris (4e, 5e et 6e); et il compare le nombre des enfants mort-nés, par rapport à la mortalité générale, de 1846 à 1858. Puis pour donner plus d'autorité à ses investigations, il les fait suivre de documents officiels pris dans les neuf autres arrondissements de Paris, avec le chiffre de la mortalité générale à domicile pendant les mêmes treize années, en indiquant la proportion des enfants mort-nés par rapport à la mortalité générale. De la sorte, ses observations portent sur la ville entière de Paris, de 1846 à 1858.

L'auteur rapproche ensuite cette mortalité de celle de toute la France depuis l'époque où l'état civil a commencé à distinguer les mort-nés de la mortalité générale. Il démontre que la proportion des mort-nés tend toujours à s'accroître, et, comme les chiffres conduisent nécessairement à des inductions, ceux qu'il prend dans la statistique générale lui fournissent plus que des présomptions pour déterminer les causes de cet accroissement.

Il examine la question des avortements provoqués et tout ce qui se rattache moralement et physiquement à ce genre de crime au point de vue de la science et de la police médicale. Enfin de l'ensemble de cet exposé il tire des conséquences et formule comme conclusion les propositions suivantes:

La première proposition qui ressort de ce travail est que le nombre des enfants mort-nés à Paris tend toujours à s'accroître, et que depuis trente ans il a été constamment en augmentant.

Deuxième proposition: Si cet accroissement des mort-nés reconnaît pour cause principale les avortements provoqués, il trouve aussi son explication dans l'administration trop fréquente du seigle ergoté au moment de l'accouchement, alors qu'il y a paresse ou inertie de la matrice, et le plus souvent défaut de patience de la part du médecin ou de la sage-femme.

M. Deville termine son mémoire en exprimant le vœu que le motif qui le lui a dicté soit pris en considération par l'Académie et par l'administration.

La question des avortements provoqués est sans aucun doute, dit-il, d'une solution difficile, mais elle n'est pas au-dessus de la prudence des lumières et de la ferme volonté de l'autorité.

Quant à l'administration du seigle ergoté, que nous considérons comme une des causes qui déterminent fréquemment la mort des enfants au moment de la délivrance, nous pensons que l'Académie pourrait en faire un objet d'étude, et nommer une commission qui ne chercherait nullement à faire prévaloir telle ou telle opinion, mais qui, en s'entourant de toutes les observations acquises à la science, en examinant leur valeur et en réunissant tous les documents désintéressés, sincères, qui existent sur cette importante question, pourrait éclairer l'administration, formuler des préceptes, et déterminer si depuis la loi de l'an XI et les différents arrêtés qui régissent la matière, les sages-femmes peuvent faire des ordonnances; et, dans le cas contraire, si elles ne sont pas passibles d'une peine. Elle déciderait si le seigle ergoté est un médicament, et s'il ne doit pas être classé dans la catégorie des substances que les pharmaciens ne peuvent délivrer que sur une ordonnance du médecin.

Enfin, cette commission apporterait dans la mission qui lui serait confiée cet esprit sévère, mais toujours consciencieux, qui caractérise si bien toutes les décisions académiques. (Commissaires: MM. Cazeaux, Guérard et Devergie.)

Thérapeutique anatomique, physiologique et rationnelle. — M. PIORRY termine la lecture de son mémoire sur la thérapeutique anatomique, physiologique et rationnelle comparée à la thérapeutique empirique et spécifique. (Voir le numéro du 19 mai.)

Lésions de l'appareil digestif. Angibromie. — On a supposé que les aphthes sont en général liés à une cause interne, et en conséquence on a cherché à les combattre par les spécifiques, mais toujours sans aucun succès; si on étudie ces aphthes de la bouche, on voit qu'ils ne sont que des morsures ou déchirures produites par les saillies dentaires; or, en faisant limer ces aspérités ou en faisant arracher les dents mal placées, on empêche les aphthes nouveaux de se former. En touchant très-légèrement avec le nitrate d'argent la surface très douloureuse de ces petites ulcérations, on y forme une membrane adhérente d'albumine coagulée. Cette pellicule agissant ici comme le taffetas ichtyocollé sur la peau, constitue une sorte d'épiderme, protége le tissu sensible contre le contact des parties voisines, et fait cesser les douleurs presque subitement.

Les dentistes vendent d'innombrables inutilités contre le déchaussement des dents, contre les abcès autour de la racine, contre la tuméfaction des gencives saignantes; or, le plus souvent, il suffit d'enlever chaque jour avec soin les concrétions salivaires qui se forment entre le rebord des gencives et le collet de la dent pour dissiper ces accidents et en prévenir le retour.

L'empirisme, des observations mal faites, avaient fait admettre que certains enduits de la langue étaient liés à des états bilieux, muqueux de l'estomac; on avait soin alors de donner des émétiques, des antibilieux, des antiglaireux. Quand ces enduits, par suite de leur contact avec l'air et la température de la bouche (36 à 38°), avaient contracté une odeur infecte, on avait recours alors aux antiseptiques, mais toujours inutilement, sinon sans danger.

Dès que de bons observateurs ont reconnu que tous ces enduits n'étaient que de la salive desséchée, il a suffi pour les enlever de la crème de tartre et du suc de citron, et les accidents ont cessé aussitôt sans que l'on songeât le moins du monde aux antibilieux, antiglaireux, etc. Bien plus, on a recherché la cause anatomique et physiologique de la formation des sialithes, de leur altération, de leur dessèchement, et on a pu prévenir leur formation ultérieure.

Un régime convenable ne réussit-il pas mieux dans les gastropathies que la plupart des remèdes réputés spécifiques? Et vous savez que le bicarbonate de soude et la magnésie décarbonatée sont deux agents chimiques rationalisés et rendus calculables dans leur indication, leur dose et leur résultat. Tel admet une gastronévralgie qui est due à de l'air avalé, et qui se dissipe tout à coup lorsqu'on parvient à faire évacuer les gaz contenus dans l'estomac. Ne voit-on pas à la suite de l'abord de quelque aliment dans ce viscère se dissiper instantanément des douleurs causées par la contraction des fibres musculaires gastriques? Vous convenez que dans les toxigastries, les évacuants, les neutralisants, les dissolvants, peuvent seuls agir avec succès. Malgré les recherches nombreuses qui ont été faites, a-t-on trouvé quelque spécifique contre la maladie des plaques de Peyer? Peut-on dans ce cas prescrire autre chose que des moyens appropriés contre les ulcères

intérieurs (propreté, lavage, repos, etc.) et contre les états pathologiques nombreux qui surviennent pendant la durée de cette affection? Des innombrables spécifiques contre la diarrhée combien en reste-t-il? Il est vrai que la thériaque et le diascordium agissent quelquefois en ce sens; mais la plupart des autres substances prônées comme antidysentériques spécifiques n'agissent que comme purgatifs en rentrant dans la médication rationnelle, laquelle conduit, lorsqu'il s'agit d'évacuations alvines abondantes, à établir le traitement sur la médication suivante :

1° Tenir les surfaces affectées dans un état de propreté convenable au moyen de purgatifs, de boissons et d'injections aqueuses;

2° Evacuer les matières altérées que contiennent les intestins;

3° Rechercher les causes organiques qui entretiennent le mal.

Dans le traitement des coliques de plomb, quel était le résultat du traitement spécifique des frères de la Charité? Une mortalité effrayante. N'est-il pas plus simple de prescrire quelques lavements purgatifs et de la limonade azotique, destinée à diluer et à neutraliser la préparation saturnine? Au reste, ce dernier mode de traitement est constamment suivi du succès le plus éclatant. Une multitude de spécifiques ont été employés contre la gastralgie, la dyspepsie; symptômes de lésions variées, ces affections réclament l'emploi de moyens les plus divers; les spécifiques n'ont rien fait contre le pyrosis, et vous connaissez tous l'utilité de la magnésie et du bicarbonate de soude donnés rationnellement depuis Darcet pour neutraliser les acides qui causent le mal. Les spécifiques n'ont même pas été proposés contre le ramollissement de l'estomac, qui dans le principe guérit si bien sous l'influence des aliments, des alcalins, et d'une position telle que les liquides gastriques ne séjournent pas toujours sur le point où le mal a son siége. Certains aliments légèrement purgatifs et l'habitude des évacuations à des heures fixes régularisent fréquemment les selles; l'abstinence de boissons cause souvent des diarrhées; les injections anales très-abondantes nettoient utilement le gros intestin; l'albumine, substance alimentaire, rend plus solides les matières stercorales; les applications de corps gras demi-solides, faites soit dans l'anus, soit dans l'intestin, favorisent le glissement des fèces, et sans ces moyens, constituant une médication d'une extrême utilité dans la plupart des cas, les spécifiques ne produisent aucun résultat.

Lésions du foie et des voies biliaires (hépatbies, angicholies). — Le nombre des spécifiques qui ont été proposés contre les maladies du foie, contre la cholémie ou jaunisse, est très-considérable; on les a le plus souvent administrés sans savoir si la glande hépatique ou les voies biliaires étaient effectivement malades. Les purgatifs dits drastiques, l'essence de térébenthine, etc., ont été tour à tour prescrits sans aucune utilité; on a même vanté la carotte contre l'ictère. Or de tous ces moyens un seul a conservé de la réputation, c'est le bicarbonate de soude ou l'eau de Vichy elle-même; eh bien, j'affirme que la plupart des malades qui se rendent sur les lieux où cette eau sort du sol, ont si peu de maladies du foie, que chez un très-grand nombre d'entre eux, j'ai trouvé cet organe tout à fait dans son état normal; ces malades n'avaient qu'une oxygastrie, qui pour guérir ne demandait qu'un régime convenable et du bicarbonate de soude donné à des doses suffisantes et réitérées; cela n'est pas tout, et le rationalisme a mis au jour les faits importants qui suivent : les saignées rapidement pratiquées font diminuer à l'instant le foie congestionné, et les respirations profondes et réitérées ont une action identique; le volume de cet organe diminue encore rapidement sous l'influence des évacuations hydrorrhéiques. Maintenant jugez et comparez. Certaines affections, il est vrai, telles que les cyrrhoses, les hépatocarcinies, etc., ont résisté à la médication rationnelle; mais dans ces cas malheureux, le spécificisme ne réussit pas, même contre les épiphénomènes coexistants; mieux valent cent fois, alors qu'il s'agit de combattre la cause organique de l'ictère ou cholémie, suite d'une obstruction du conduit cholédoque, les pressions sur la vésicule du fiel, des pressions causées par des vomissements énergiques provoqués, ou des douches portées sur la même région par un jet continu, que tous ces prétendus spécifiques administrés contre la jaunisse.

Lésions de la rate (splénopathies). — Le traitement des fièvres d'accès était sans cesse allégué comme une preuve de la prééminence de la médication spécifique sur les méthodes rationnelles. Il faut avouer que les cas de fièvre intermittente, si difficilement guéris par les anciens, cèdent merveilleusement à l'emploi d'une écorce dont les peuplades sauvages ont connu primitivement le secret; mais il est incontestable qu'avant que l'on sût que la rate malade était le point de départ des accès fébriles périodiques, on ne connaissait ces derniers que lors du retour des accidents intermittents; faute d'un diagnostic exact, la mort survenait parfois avant le retour du deuxième accès, c'est-à-dire avant que l'on ait songé à l'indication de la quinine. Le plessimètre, démontrant que la rate est augmentée de volume, permet d'établir, même lors du premier accès, l'indication du quinquina. Dans un grand nombre de cas les stades de fièvre intermittente sont à peine appréciables et peuvent souvent être méconnus.

Mais pour le médecin qui sait se servir du plessimètre, ces cas ne passent jamais inaperçus, et le seul fait de la splénomégalie lui indique l'administration de la quinine. La diagnose anatomique a encore démontré : 1° que la rate diminue presque instantanément par l'emploi du sulfate de quinine soluble à haute dose; 2° qu'il est possible de le donner utilement et sans inconvénient avant, pendant et après les accès; 3° que les paroxysmes rémittents dans les pyrexies continues sont liés à des splénopathies, et qu'ils se dissipent aussi à la suite de l'emploi du quinquina; 4° que certaines fièvres intermittentes qui ne cèdent pas à la quinine sont des symptômes de névralgie intercostale à gauche, etc. D'un autre côté, la chimie a démontré que le principe actif du quinquina est principalement l'alcaloïde qu'il contient; tandis que l'organographisme a prouvé que l'action thérapeutique de ce remède s'opère d'abord sur la rate, et que la quinine agit d'autant plus promptement et d'autant plus sûrement qu'elle est plus complétement dissoute. L'organographie a fait voir encore que les douches et le sel marin font diminuer l'organe splénique et qu'ils guérissent la fièvre; que la salicine et beaucoup d'autres succédanés du quinquina n'ont pas plus d'action sur la rate que sur les accès, etc. De tous ces faits, il découle naturellement que la quinine ne doit plus être considérée comme un spécifique, mais comme un médicament spécial agissant de la manière la plus utile sur la rate dont la lésion cause la pyrexie.

Lésions de l'appareil urinaire (angiuropathies). — Jusqu'à présent le spécificisme a échoué contre l'albuminurie et le diabète; la médecine rationnelle, en prescrivant l'abstinence de boissons, les purgatifs, afin de diminuer la sécrétion rénale, l'usage dans la glycosurie des préparations alcalines, a obtenu presque toujours des succès éclatants. L'organographie a démontré que les reins hypertrophiés diminuent de volume si l'on diminue la quantité de volume ingéré, et que leur volume augmente dans le cas contraire; elle possède donc des moyens précieux pour reconnaître l'action des boissons sur les reins hypertrophiés ou granuleux.

Les boissons à haute dose, la diète végétale, les bains, les préparations alcalines, employés par le rationalisme, sont les plus utiles modificateurs contre la gravelle et contre les calculs engagés dans le bassinet ou les uretères; ces moyens réussissent parfaitement dans la curation du catarrhe de la vessie, lors même que tous les balsamiques ont échoué.

Le poivre cubèbe, le baume de copahu, sont, il est vrai, d'excellents médicaments contre l'iosuréthrie, mais encore ici ils agissent spécialement sur des organes malades, et ne sont pas des spécifiques contre une maladie.

Lésions du péritoine et de l'appareil génital chez la femme. (Péritonies, angiovies). — Les partisans des spécifiques ont beaucoup discuté sur les accidents consécutifs à l'accouchement, mais ils n'ont pas dit avoir trouvé des remèdes particuliers à y opposer; c'est par les frictions et les graisses que dans les péritonites agissent les applications d'onguent mercuriel. Les seules conquêtes de la thérapeutique consistent ici dans les moyens rationnels suivants : faire respirer un air pur et salubre, éviter l'encombrement, faire des injections pour nettoyer les cavités, évacuer les liquides et les gaz contenus dans les intestins, etc.

Lésions de la peau. (Dermopathies). — L'étude des dermopathies, grâce aux noms pitoyables qu'on a donnés à la plupart d'entre elles, grâce même à la multitude des spécifiques par lesquels on a voulu les combattre, est devenue pour la plupart des médecins un mythe incompréhensible. A quelques centaines de maladies, absurdement dénommées, on a opposé quelques milliers de remèdes spécifiques, et cela sans règle, sans choix, au hasard. Le plus souvent on a oublié d'établir de grandes indications générales applicables à la plupart des dermopathies et susceptibles d'être modifiées en raison des circonstances variées que chaque affection et que chaque malade présente; on ne s'est même pas donné la peine de rechercher si telle tache de purpura n'était pas le résultat d'une maladie du cœur; si telle éruption de la jambe n'était pas le résultat d'une gêne plus ou moins permanente au retour du sang par une veine; on s'est donné garde de rechercher si telle *dermatose* ne tenait pas à une anoménie, au décubitus, ou encore à des frottements de la peau sur des corps capables de la blesser; on a trouvé des spécifiques même contre l'intertrigo dû à la malpropreté et au contact des parties qui se frottent.

On a donné à tout propos des hydro-sulfures, des hydro-sulfates, etc. On a eu recours sans discernement aux mercuriaux, à l'arsenic; enfin on a méconnu les principes et les règles les plus sages de l'hygiène et de la saine thérapeutique.

Pour les médecins rationalistes, les règles générales de la thérapeutique des dermopathies sont :

1° Eviter l'action des causes qui ont donné lieu aux affections cutanées.

2° Abriter la partie malade contre le contact de l'air, de la lumière, des corps étrangers, et contre les frottements que ceux-ci peuvent exercer.

3° Favoriser la circulation du sang dans les tissus malades (position convenable, légère compression, dans certains cas évacuations sanguines ou purgatifs).

4° Combattre par des applications émollientes, par des saignées locales, par des bains, l'état phlegmasique survenu à la peau d'une manière primitive ou secondaire.

5° Traiter les petites collections purulentes développées dans les diverses couches de la peau ou dans le tissu cellulaire sous-jacent, comme s'il s'agissait de tout autre abcès.

6° Panser les ulcères cutanés, considérés comme des dermatoses, comme on soigne les ulcères réputés chirurgicaux.

7° Diluer, dissoudre, enlever les croûtes qui se forment sur le tégument et au-dessous desquelles le derme s'enflamme, se creuse et se détruit.

8° Modifier les surfaces malades lorsque des moyens plus simples ne réussissent pas, soit par des attouchements avec l'azotate d'argent, soit par l'application d'agents dits excitants ou même par l'apposition d'emplâtres épispastiques.

9° Quand ces médications n'offrent pas l'efficacité désirable, il est encore rationnel de rechercher si quelques virus n'entretiennent pas le mal ou quels peuvent être ces virus?

Il n'y a qu'un virus connu qui parfois cause et entretient les dermopathies, c'est le virus syphilitique. Conséquence : quand une maladie de la peau, quelle que soit son apparence, résiste au traitement rationnel précédent, il est convenable d'avoir recours à une médication dirigée contre la syphiose.

10° Enfin, il faut détruire par les caustiques ou par le fer les ligatures, les parties du tégument qui résistent aux médications qui viennent d'être passées en revue. Seulement, avant d'avoir recours à ces extrémités, on peut essayer l'emploi de substances qui, dans des cas obscurs, passent généralement pour être des spécifiques utiles.

Lésions des appareils des sens. — L'histoire chirurgicale des maladies des yeux rentre tout entière dans le rationalisme anatomique et physiologique. En est-il ainsi des affections de l'œil qui font en quelque sorte partie de la pathologie interne? Les faits répondront suffisamment à cette question.

Les ophthalmies légères se dissipent par le sulfate de zinc introduit en très-petite dose et en solution entre les paupières. On peut en dire autant de la pommade de Lyon. Mais ce ne sont pas là des spécifiques, mais bien des médicaments spéciaux rationalisés; des inflammations bien autrement graves de la conjonctive et l'irisite non vénérienne cèdent mieux à l'application de bandelettes de taffetas ichtyocollé maintenant la paupière supérieure immobile et abaissée sur l'inférieure, qu'à la plupart des médicaments.

Si l'on porte quelque aliment excitant dans l'estomac, l'irisalgie, ou migraine ophthalmique, cesse de suivre une marche progressive. Tout au contraire, la belladone, l'opium, le datura, soulagent à peine dans de semblables cas.

L'héméralopie cesse bien mieux lorsque l'on place le malade dans l'obscurité que sous l'influence de tous les spécifiques imaginables.

L'amaurose a constamment résisté aux médicaments les plus en renom, et cela devait être, car la perte de la sensibilité optique est due à des lésions anatomiques très-variées, dont chacune réclame un traitement différent. L'ophthalmoscope faisant pour l'examen de l'œil ce que le stéthoscope, le plessimètre, le spéculum, ont fait pour d'autres organes, donne les moyens de reconnaître et de guérir des lésions diverses que l'on avait auparavant confondues sous le nom d'amaurose.

La thérapeutique des maladies des oreilles ne repose en rien sur l'étude des spécifiques; l'huile de lin introduite dans le conduit auditif externe n'a pas d'autre propriété que celle des corps gras. L'injection de l'air dans le tympan obtenue par le cathétérisme ou par une forte expiration lorsque le nez et la bouche sont fermés, l'aspiration de l'air contenu dans la caisse par une inspiration très-forte, le cathétérisme de la trompe, le plessimétrisme et l'auscultation des cellules mastoïdiennes, conduisent à plus de résultats utiles que tout le bagage des spécifiques.

Il suffit quelquefois d'extraire le cérumen épaissi pour faire cesser certains bourdonnements, et pour remédier à certaines surdités. Il arrive encore qu'en ouvrant un abcès situé à l'entour du conduit auditif, l'otalgie qu'il causait cesse instantanément. Combien a-t-il fallu de temps pour dissuader tel ou tel médecin d'employer des injections spécifiques dans les otorrhées chroniques symptômes de maladies ayant leur siége dans les os du crâne?

Lésions du système nerveux central (*névraxies*). — Pour les médecins instruits la médication spécifique dans les affections de l'axe nerveux ou de l'encéphale est à peu près abandonnée. Les hyperémies, les phlegmasies, les hémorrhagies encéphaliques, sont en effet influencées d'une manière beaucoup plus favorable par la position élevée de la tête, par des ligatures appliquées sur les membres, par des saignées générales, par la médication évacuante, par des ventouses largement appliquées sur les extrémités, et surtout par les moyens gymnastiques propres à faire mieux respirer.

L'anatomie pathologique a prouvé que le travail organisateur qui a lieu autour d'un caillot sanguin formé dans l'encéphale, ne peut être influencé que très-médiocrement par les médicaments spécifiques ou autres proposés contre l'apoplexie et ses suites.

Les moyens de toute sorte employés contre la syncope sont loin de réussir comme la position déclive de la tête; à part certaines tumeurs de la voûte du crâne, de nature syphilitique, qui donnent lieu par la compression à des paralysies et à d'autres accidents cérébraux, est-il une seule lésion organique de l'encéphale (y compris le ramollissement) qui soit accessible aux médications spécifiques? Si dans des cas de ce genre le rationalisme échoue, au moins donne-t-il des lumières sur la nature et le siége des accidents; parfois même il réussit à pallier les états organiques coïncidents ou consécutifs aux encéphalies.

Des innombrables recettes contre les névralgies, il n'est resté que les pilules de Meglin, dont on ne se sert plus. Déterminer quel est le nerf malade, par quelle circonstance anatomique ou physiologique il est affecté, quel moyen peut être employé pour faire cesser cette circonstance, narcotiser l'organe endolori, telles sont les indications rationnelles qui seules ici sont proposables. Des considérations analogues sont applicables aux névrosies des auteurs, contre lesquelles le spécificisme a presque toujours échoué.

Lésions des muscles. (Myosies.) — On a prouvé jusqu'à l'évidence que le prétendu rhumatisme musculaire n'est pas une individualité morbide; que les faits généralement réunis sous ce nom sont parfaitement dissemblables, quant à leurs causes, leur siéges et leur pathogénie. Dès lors le traitement de ces états morbides contre lesquels les spécifiques échouent constamment, est devenu plus scientifique et a donné des résultats inespérés.

Lésions des os et des articulations. (Ostées, arthropathies.) — Le rhumatisme articulaire aigu, ou hémite-arthrite, cède bien mieux aux moyens rationnels qu'à tous les spécifiques proposés. La vératrine, il est vrai, agit parfois utilement, mais c'est simplement par les évacuations alvines qu'elle provoque.

Combien de remèdes empiriques n'ont-ils pas été proposés contre l'ostéo-malaxie, les exostoses, la déformation des vertèbres ou du rachis, etc.! et cependant tout cet immense cortége de drogues n'a jamais pu servir de rien. Le rationalisme appuyé sur les faits physiologiques et chimiques a donné aux malheureux atteints de ces horribles maladies une nourriture réparatrice et du phosphate de chaux; alors les succès thérapeutiques ont été aussi nombreux que remarquables. Des abcès par congestion ont cédé aux mêmes moyens combinés avec des injections de teinture d'iode étendue.

Maladies dites générales. (Panorganies.) — Les partisans exagérés des spécifiques ont soutenu outre mesure l'existence d'affections générales. Nous ne les suivrons pas dans leurs logomachies futiles et invariables.

Les organiciens admettent, en effet, sous les noms d'anomémie, de névropathie, la plupart des faits que les prétendus vitalistes regardent comme des maladies générales.

On a regardé surtout comme générales les maladies suivantes :

1° Les épidémies; or nous avons vu que les spécifiques n'y ont jamais réussi.

2° Les endémies; or, de l'avis de tous, l'hygiène rationnelle peut seule les combattre avec succès.

3° Les diathèses et les cachexies, qu'il faut étudier rationnellement et organiquement si l'on veut parvenir à comprendre soit ce que l'on entend par ces mots, soit ce que l'on peut faire pour remédier aux états que ces termes désignent.

4° Les hydropisies considérées comme unités morbides, contre lesquelles on n'a trouvé d'autres spécifiques que des purgatifs drastiques, médicaments dangereux, mais qui, donnés rationnellement, peuvent

avoir de l'utilité. C'est par la connaissance exacte des lésions anatomiques qui causent l'accumulation des liquides, connaissance qui conduit parfois à remédier à ces lésions, qu'il est possible d'arriver à la curation vraiment efficace.

5° Les hémorrhagies, que dans la plupart des cas on ne peut guérir sans tenir compte des états organiques qui les causent. Cependant les sucs des végétaux frais, le perchlorure de fer, etc., agissent dans un sens utile et en quelque sorte spécial contre certaines hémorrhagies; mais l'emploi de ces moyens est soumis aux indications qu'établit le rationalisme.

6° Les maladies parasitaires. Plusieurs substances guérissent la gale, ainsi que les accidents produits par les vers intestinaux; mais elles ne le font qu'en remédiant à la cause organique de ces accidents, c'est-à-dire en détruisant les animaux ou les végétaux causes du mal.

7° Enfin les affections vraiment syphilitiques. Ces maladies cèdent le plus souvent au mercure, et c'est là le fait le plus saillant que l'on puisse faire valoir en faveur du spécificisme; mais à la suite de cette concession faite au spécificisme, il est bon cependant de faire les réflexions suivantes :

Le mercure n'est pas, à beaucoup près, le seul médicament qui daus ce cas ait une action utile; il partage avec l'iode sa réputation d'efficacité. On a même prétendu qu'un grand nombre de substances agissaient de la même manière que ce métal; d'autres auteurs l'ont proclamé même inutile ou dangereux. C'est seulement depuis que les modernes, et notre excellent collègue M. Ricord appliquant et fécondant les résultats des recherches de Hunter, de Desruelles, etc., ont élucidé ce sujet, que le traitement des lésions syphiosiques est devenu l'un des points les plus perfectionnés de la thérapeutique.

Conclusions. — Les études cliniques qui précèdent, considérées dans leur ensemble, nous paraissent démontrer jusqu'à l'évidence :

1° Que la thérapeutique presque entière repose sur les connaissances anatomiques, physiologiques, enrichies des faits physiques, chimiques, et fécondés par l'observation clinique;

2° Que la thérapeutique positive ne peut être établie que sur ces diverses connaissances, qui permettent d'apprécier les *causes*, la *pathogénie* et les *effets* des lésions, qu'un *diagnostic extrêmement exact* doit avant tout déterminer;

3° Que le rationalisme, qui depuis Descartes a été la marche des observateurs véritables, doit être la base de la médecine comme il a été la base des autres sciences naturelles;

4° Qu'avant de chercher des médicaments nouveaux contre une *maladie*, il faut reconnaître et préciser les états organiques et physiologiques existants, et bien étudier l'action qu'exercent sur ces états les médicaments connus et les agents hygiéniques;

5° Que l'immense majorité des progrès réels qu'a faits la thérapeutique repose sur le rationalisme médical, qui a pour boussole le positivisme du diagnostic;

6° Que les médicaments spécifiques, c'est-à-dire ceux qui sont adressés à une cause inconnue et que le hasard seul découvre, sont fort peu nombreux, et qu'ils doivent passer dans la pratique seulement lorsqu'ils sont indiqués par le rationalisme et le diagnostic le plus positif:

7° Que, enfin, c'est à tort qu'un certain nombre de médecins ne cessent de censurer le rationalisme médical, auquel se rattache la thérapeutique du sens commun, pour élever sur des échasses, dont ils ne sentent pas toute la fragilité, le spécificisme le plus brutal; celui-ci n'a d'autre base que le hasard, et ses seuls appuis sont la fantaisie et la crédulité, encouragées par la crédulité d'un public ignorant, auquel la science déplaît, et qui se laisse entraîner avec passion par le merveilleux du mysticisme et par de fallacieuses promesses!

— La séance est levée à cinq heures.

ADDITION A LA SÉANCE DU 24 MAI.

Résumé du rapport de M. Ch. Robin sur le travail de M. Sappey intitulé : Sur un point d'anatomie pathologique relatif à l'histoire de la cirrhose.

Dans ce travail, où M. Sappey s'est proposé de déterminer une des voies par lesquelles le sang de la veine-porte est ramené dans la veine-cave lorsqu'il ne trouve plus un libre passage à travers le foie, l'auteur cherche à prouver :

1° Que la veine qui, dans certains cas de cirrhose, fait communiquer la veine-porte avec les veines épigastriques et sous-cutanées abdominales, n'est point la veine ombilicale, contrairement à ce qu'ont admis jusqu'à lui tous les auteurs qui ont observé cette communication;

2° Que la veine qui a été prise pour l'ombilicale, restée ou redevenue perméable, appartient à un groupe de petites veines-portes accessoires sous-péritonéales qui suivent le cordon fibreux qui succède à la veine ombilicale jusqu'au sinus de la veine-porte, dans lequel elles se jettent. Cette veine se dilate outre mesure, jusqu'à ses ramuscules anastomotiques avec les mammaires internes, épigastriques et tégumenteuses de l'abdomen, lorsque le sang éprouve un obstacle à son cours dans l'épaisseur du foie;

3° Que, faute d'une détermination exacte de l'espèce de vaisseaux dont il s'agit ici, la question de physiologie pathologique qui se rattache à la disposition anatomique avait été traitée fort imparfaitement et même d'une manière erronée.

Il résulte donc du travail de M. Sappey que, dans la cirrhose, ce n'est pas par suite d'une anomalie vasculaire congénitale, conduisant la veine ombilicale à rester perméable, que le sang de la veine-porte vient entrer dans la circulation générale; que ce n'est pas non plus par la veine ombilicale normalement oblitérée, puis redevenue perméable pathologiquement, que la veine-porte communique avec les veines de la peau et des muscles; que, par conséquent, ce n'est pas une veine antérieurement chargée chez le fœtus d'amener dans le sinus de la veine-porte, dans le foie et dans la veine-cave, le sang placentaire ou de la circulation générale, dont la portion persistante reprendrait pendant la cirrhose ses usages primitifs, par suite de phénomènes morbides.

Cette communication entre les deux systèmes veineux est simplement établie par une dépendance du système de la veine-porte, qui, normalement anastomosée avec les veines musculaires et sous-cutanées, s'est dilatée jusque dans ses anastomoses par suite de troubles circulatoires.

En un mot, contrairement à ce qu'on a toujours admis, ce qui se passe dans les veines du ligament suspenseur du foie ne diffère pas de ce qui a lieu par suite de circonstances morbides analogues, dans d'autres portions de la veine-porte normalement anastomosées avec les veines générales.

En envisageant d'une manière générale les résultats auxquels est arrivé M. Sappey, la nature des questions que la commission devait examiner se trouve nettement déterminée :

1° Indiquer la disposition des anastomoses normales de la veine-porte avec les veines générales, de la dilatation desquelles dépend la circulation collatérale ou supplémentaire pathologique;

2° Discuter la valeur des faits dans lesquels on a considéré la veine ombilicale comme étant la voie par laquelle s'établit cette circulation qui amène le sang de la veine-porte dans les veines générales lorsqu'il ne peut passer au travers du foie;

3° Etudier les changements qui surviennent dans le cours du sang des vaisseaux dilatés.

Les connexions du système porte avec le système veineux général peuvent être classées ainsi qu'il suit : *a.* veine ombilicale communiquant largement pendant la vie fœtale avec la veine-porte rudimentaire, et lui apportant, ainsi qu'à la veine-cave, du sang qui est artérialisé dans le placenta; *b.* veines de petit volume venant d'organes autres que l'intestin et ses annexes, et se jetant dans le foie lui-même ou dans la veine-porte près du foie; *c.* veines d'origine de la veine-porte s'anastomosant avec des branches des veines-caves inférieure et supérieure loin et près du foie; *d.* veinules provenant de l'intestin, où elles communiquent avec les réseaux de la veine-porte pour se jeter dans la veine-cave et dans ses branches d'origine; *e.* terminaison de la veine-porte dans le foie, se continuant avec les origines des sus-hépatiques.

Il résulte des descriptions de la veine ombilicale données par tous les auteurs et des recherches spéciales de M. le rapporteur sur ce sujet, que, hors du foie, la veine ombilicale ne s'anastomose avec aucune veine, soit de l'intestin, soit de la paroi abdominale. M. le rapporteur, après avoir signalé et discuté les cas de communication de la veine ombilicale avec les veines épigastriques et tégumenteuses épars dans la science, déclare que M. Sappey a eu raison de conclure qu'il n'existe aucune preuve bien authentique de la perméabilité de la veine ombilicale chez l'adulte.

Quant aux veines venant d'organes autres que l'intestin ou ses annexes, et se jetant dans le foie même ou dans la veine-porte près du foie, M. Robin n'a pu trouver que dans le mémoire de M. Sappey et sur les pièces anatomiques préparées par lui les documents relatifs à cet ordre de vaisseaux. Aussi croit-il pouvoir affirmer que leur description à l'état normal a été faite pour la première fois par M. Sappey, qui leur a donné le nom de *veines-portes accessoires;* qu'il s'agit là, en un mot, d'une première découverte anatomique par laquelle l'auteur a été conduit à en faire une seconde dans l'ordre pathologique, consistant à déterminer d'une manière exacte la nature d'un état morbide déjà décrit, mais mal interprété.

M. Robin a pu constater directement sur les pièces présentées par M. Sappey le réseau des veines-portes accessoires, tel que l'a décrit cet habile anatomiste. « La plus volumineuse de ces veines est habituellement celle qui part du bord tranchant du foie. Elle se distingue aussi des autres par les valvules qu'elle présente. Cette veine répond au bord adhérent du ligament de la veine ombilicale. Les autres, beaucoup plus petites, en général, se trouvent irrégulièrement disséminées dans ce ligament. Quelques-unes accompagnent le cordon produit par l'oblitération de cette veine. Toutes ces petites veines-portes accessoires communiquent fréquemment entre elles, et c'est à l'aide de ces nombreuses communications que les liquides injectés dans la veine-porte hépatique peuvent refluer du foie vers l'abdomen.

» Dans ce groupe de veinules, il en est constamment une qui vient s'ouvrir directement dans la branche gauche du sinus de la veine-porte, au niveau même de l'attache du cordon de la veine ombilicale à ce sinus. C'est surtout par cette veine, qui est dépourvue de valvules, que le sang reflue du foie vers l'abdomen, lorsque cet organe, affecté de cirrhose, ne lui offre plus qu'un passage insuffisant. Mais comme celle-ci communique avec les autres, il en résulte que le liquide qui reflue dans sa cavité passe en partie dans ces dernières, en sorte que le groupe tout entier participe plus ou moins à sa dilatation. »

Pour compléter l'étude anatomique, normale et pathologique des veines qui parcourent le ligament suspenseur du foie, M. Robin décrit les veines qui de l'intestin se rendent dans les veines générales, au lieu de se jeter dans la veine-porte et dans le foie; enfin il indique les terminaisons de la veine-porte dans le foie, qui se continuent avec les réseaux d'origine des veines sus-hépatiques.

Dans la deuxième partie de son rapport, M. Robin expose et discute les faits dans lesquels on a considéré la veine ombilicale comme étant la voie par laquelle le sang passe du système porte dans les veines des parois abdominales. Ces faits reposent, d'après le rapporteur, sur des lésions anatomiques mal interprétées; et il y a tout lieu de croire, d'après les recherches plus précises de M. Sappey, que ce qui a été nommé par les auteurs *veine ombilicale anastomosée* avec les veines des parois ventrales doit être appelé *veine-porte accessoire distendue pathologiquement.*

La troisième partie du rapport est consacrée à l'étude des changements qui surviennent dans le cours du sang des vaisseaux qui se dilatent pathologiquement dans la cirrhose du foie. « M. Sappey démontre, dans son mémoire, contrairement à ce qu'ont admis les auteurs, que le sang continue, pendant la cirrhose, à circuler comme à l'état normal, dans la veine-porte intestinale jusqu'au foie. Eprouvant là un obstacle qui augmente graduellement, à mesure que par les progrès du mal les réseaux capillaires portes s'oblitèrent, graduellement aussi il pénètre (comme dans tous les cas analogues d'une circulation collatérale anastomotique) par les conduits les plus voisins de l'obstacle, qui sont les veines-portes accessoires. Dans ces veines-portes accessoires seules le sang circule d'une manière anormale, entièrement opposée à son cours habituel. »

M. Robin fait ressortir l'influence des études d'anatomie générale et descriptive sur les progrès de la pathologie, l'utilité de l'application de ces deux sciences à l'art de guérir, et la nécessité de pratiquer les autopsies avec plus de soin qu'on ne le fait généralement; puis il ajoute en terminant :

« Il résulte du rapport que vous venez d'entendre, que, des résultats annoncés par M. Sappey, les uns, tels que ceux qui concernent les veines-portes accessoires, la direction du cours du sang dans ces veines dilatées, sont neufs et vrais en même temps; que les autres, s'ils avaient déjà été vus, tels que la dilatation d'une des veines du ligament falciforme et leur communication avec celles des parois abdominales, le premier il les a bien interprétés et a tiré de l'erreur dans laquelle on était à leur égard. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Estève, né à Cai (Vaucluse); *Considérations générales sur les âges, étudiés dans leurs rapports avec l'anatomie, la physiologie, la pathologie et l'hygiène.*

Poncet, né à Lyon (Rhône); *Compte rendu de 400 observations relatives au traitement de la pneumonie.*

Boymier, né à Sainte-Foy (Gironde); *Du bec-de-lièvre, de son anatomie pathologique et de son étiologie.*

Cocheteux, né à Roubaix (Nord); *Quelques considérations sur le traitement des varices et sur l'injection iodo-tannique en particulier.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Sur le désir exprimé par S. M. l'Impératrice, les dames de la maison de Sa Majesté s'occupent de préparer des bandes à pansement et de la charpie pour nos soldats de l'armée d'Italie. L'administration de l'assistance publique s'est empressée de s'associer à cette généreuse pensée, en faisant aussi confectionner dans ses hôpitaux ces objets de première nécessité pour les armées en campagne. Mais le vieux linge lui manque et les faibles quantités dont elle dispose seront bientôt épuisées. Elle fait donc avec confiance, pour en obtenir, un appel au patriotisme des habitants de la capitale, et le préfet de la Seine, qui connaît les sentiments dont la population parisienne est animée, ne doute pas que cet appel ne soit entendu.

Nous nous empressons de porter cet appel à la connaissance de nos confrères, bien convaincus que, non-seulement à Paris, mais dans toute la France, ils seront heureux de seconder les intentions de l'administration et de contribuer à faire parvenir aux mairies ou aux bureaux de bienfaisance de leur résidence les objets qui doivent servir à nos braves soldats blessés à l'armée d'Italie.

— La Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse a tenu sa séance publique annuelle le 15 mai dernier.

M. Gaussail, président de la Société, a ouvert la séance par un discours, vivement applaudi, dont le sujet était : *De l'érudition en médecine dans ses rapports avec les progrès de la science et de l'art.*

M. Marchant a donné ensuite lecture du rapport sur le concours de l'année. La question proposée pour le prix était celle-ci : « Des paralysies sans lésions organiques appréciables. »

La Société a décerné une médaille d'or, à titre d'encouragement, à M. le docteur Edwin Lee, membre correspondant à Londres.

Elle a ensuite accordé pour des travaux particuliers :

1° Une première médaille d'encouragement à M. le docteur Auguste Millet, membre correspondant à Tours.

2° Une deuxième médaille d'encouragement à M. Henri Molinier, docteur-médecin à Toulouse.

3° Une mention honorable à M. le docteur Guitard, membre correspondant à Toulouse, et à M. le docteur Martin Duclaux, membre correspondant à Saint-Julia (Haute-Garonne).

La Société rappelle qu'elle a proposé pour sujet de prix à décerner en 1860 la question suivante : « Déterminer la valeur des caustiques dans le traitement du cancer. »

Le prix est de 300 fr.

Elle propose pour sujet de prix à décerner en 1861 la question suivante : « De l'influence de la culture sur les végétaux employés en médecine. »

Le prix est également de 300 fr.

Les ouvrages devront être adressés, franc de port, au secrétaire général de la Société.

— Nos lecteurs se rappellent sans doute l'acte de dévouement qui a coûté la vie à M. Sturne, médecin à Blandecques, près de Saint-Omer. Ils n'apprendront pas sans plaisir que le jeune Sturne, fils de cet estimable confrère, vient d'être nommé élève du gouvernement, à pension entière, au lycée impérial de Saint-Omer.

— Nous annonçons avec plaisir à nos lecteurs la création d'un nouveau journal intitulé : *Vals et ses eaux.* Rédacteur en chef, M. le docteur Tourrette, médecin à Vals (Ardèche). Les deux premiers numéros, qui nous arrivent ensemble ce matin, contiennent un article fort intéressant sur l'historique et les propriétés physiques, chimiques et thérapeutiques des eaux de Vals.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16. Un an. . . 30.

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. De la médication arsenicale dans le traitement de la chorée et de diverses autres affections nerveuses. — Du traitement des oxyures vermiculaires. — Quelques nouveaux documents cliniques pour servir à l'histoire du croup et de la trachéotomie. — Fracture complète des deux os de la jambe chez un vieillard de 82 ans ; guérison. — Société de chirurgie, séance du 1er juin. — Chronique et nouvelles. — Feuilleton. De la stomatite ulcéreuse des soldats et de son identité avec la stomatite des enfants.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la médication arsenicale dans le traitement de la chorée et de diverses autres affections nerveuses.

Depuis que M. Aran a signalé à l'attention de ses collègues de la Société médicale des hôpitaux les bons effets qu'il a obtenus de l'emploi de la médication arsenicale dans le traitement de la chorée, plusieurs membres de cette Société, répondant à cet appel, se sont empressés de saisir la première occasion de mettre cette méthode à l'épreuve et de faire connaître les résultats qu'ils en ont obtenus. D'autres ont exposé à cette même occasion ce qu'ils ont constaté à la suite de l'emploi de cette médication dans diverses autres affections nerveuses convulsives. Voici le petit inventaire des faits dont les derniers comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux contiennent la relation.

M. Ern. Barthez a traité dans son service de l'hôpital Sainte-Eugénie une jeune fille choréique avec les doses rapidement croissantes conseillées par M. Aran, et il a complétement réussi à obtenir la guérison après quatre jours de traitement; il avait constaté une amélioration très-grande dès le deuxième jour. La maladie, de moyenne intensité, avait six semaines de durée.

Voici la relation succincte du fait :

Le 21 mars 1859, est entrée au n° 12 de la salle Sainte-Mathilde, à l'hôpital Sainte-Eugénie, une petite fille de huit ans, d'une constitution assez forte, n'ayant jusque-là jamais été malade, et qui avait été prise, six semaines auparavant, à la suite d'une vive frayeur, de mouvements involontaires qui duraient encore alors. Ces mouvements convulsifs avaient débuté par les mains, puis ils avaient peu à peu gagné les jambes, la langue et le visage. Les antécédents ne fournissaient aucun symptôme de rhumatisme antérieur; les ascendants de la petite malade n'ont jamais présenté d'indices d'affections nerveuses.

A l'examen, M. Barthez constata chez cette enfant les phénomènes suivants : les mouvements de préhension et de locomotion étaient irréguliers, involontaires ou mal coordonnés. L'immobilité complète était impossible. Il n'y avait ni anesthésie ni paralysie; cependant elle ne pouvait presser d'une manière continue la main qu'on lui présentait. Elle mangeait seule et portait un verre à ses lèvres, mais par un mouvement brusque. Toutes les autres fonctions s'exécutaient bien.

Le 23 mars, on lui prescrivit l'acide arsénieux à la dose de 5 milligrammes, en solution et en trois fois.

Le 24, la dose a été bien supportée, et l'on remarque d'une manière certaine un peu de diminution dans les mouvements. On élève la dose à 1 centigramme en quatre fois.

Dans la journée, la petite malade vomit après la quatrième prise. On suspend l'usage de la solution.

Le 25, il y a un mieux sensible. Dans la marche, les pieds posent plus tranquillement sur le sol.

Le 26, il reste encore un peu de mouvement dans les doigts. La malade serre d'une façon assez continue la main qu'on lui présente. On sent cependant quelques petits mouvements d'oscillation. On prescrit de nouveau 5 milligrammes d'acide arsénieux en solution en trois fois.

Le 27, mieux sensible. On remarque encore quelques petits mouvements de la face. — Acide arsénieux, 1 centigramme en quatre fois.

Le 28, la solution a été bien supportée. Les mouvements de la face ont diminué. La malade serre les objets qu'on lui présente d'une manière bien continue et sans hésitation. — Acide arsénieux, 1 centigramme.

Le 29, la malade n'a pris que 5 milligrammes d'arsenic; ayant eu, vers le soir, un peu de rougeur de la face avec perte d'appétit, on supprime l'arsenic.

L'amélioration va croissant jusqu'au 5 avril, jour où l'on constate que la guérison est complète.

M. Becquerel, de son côté, a annoncé à la Société qu'il avait en ce moment même dans son service une femme qui a été prise de plusieurs vertiges épileptiformes. Il les a traités d'abord par l'hydrothérapie, qui n'a rien produit ; il a prescrit alors l'acide arsénieux en pilules, et depuis quinze jours, dit-il, que la malade en prend 1 centigramme par chaque vingt-quatre heures, aucun accès nouveau ne s'est produit, et il n'est survenu, par le fait de l'administration du médicament, aucun accident d'aucune sorte.

Enfin M. Cahen, médecin de l'hospice israélite, a rappelé, à cette occasion, qu'il avait recueilli récemment dans son service une trentaine d'observations d'affections nerveuses traitées par ce moyen; c'étaient des hystéries, des chorées, et surtout des névralgies. Les résultats ont été très-satisfaisants. L'acide arsénieux a été supporté très-longtemps sans aucun inconvénient, à la dose de 1 centigramme et 1 centigramme 1/2 par jour, et divisé en dix pilules.

D'un autre côté, M. Moutard-Martin a fait savoir qu'il avait traité par l'acide arsénieux un cas d'accidents épileptiformes, sans succès durable. Il avait depuis deux mois dans son service une femme de vingt-six ans, enceinte de cinq mois. Cette femme éprouvait, lors de son entrée à l'hôpital, des attaques épileptiformes, consistant dans une perte de connaissance presque subite, avec quelques accidents convulsifs. Il essaya d'abord sans succès les anti-spasmodiques; puis il a eu recours à l'acide arsénieux, qu'il a administré le premier jour à la dose de 5 milligrammes, les autres jours à la dose de 1 centigramme. Le premier jour, deux attaques seulement; les jours suivants, suspension des accès. Au bout de cinq à six jours de traitement, il cessa l'usage de l'acide arsénieux; mais immédiatement après, les accidents reparurent. M. Moutard-Martin reprend l'acide arsénieux aux mêmes doses que précédemment, et il obtient de nouveau une cessation complète des attaques. Il suspend une seconde fois l'usage de l'acide arsénieux, et au bout de quelques jours il voit reparaître les attaques. Il a renouvelé ainsi cinq à six fois cette expérience, et constamment elle a donné les mêmes résultats.

Il y a eu évidemment dans ce cas une influence de la médication sur la maladie, mais cette influence s'est bornée à une action perturbatrice dont l'effet n'a pas été durable.

Enfin, nous ne voulons pas terminer cette rapide exposition des faits communiqués à la Société, concernant la médication arsenicale contre les affections convulsives, sans rapporter ce qu'a dit M. Legroux sur la variabilité des effets des médications en usage, selon les idiosyncrasies des malades. « Il en est de la chorée, a dit M. Legroux, comme des autres maladies, il ne faut pas adopter de traitement exclusif, car les résultats varient suivant les individus. » — Il a vu, en effet, un cas de chorée résister à l'usage des bains sulfureux pendant six mois, et s'améliorer immédiatement sous l'influence des affusions froides. — Chez un autre choréique, un jeune homme, une saignée amena la guérison en huit ou dix jours. — Enfin, dans un troisième fait de chorée avec céphalalgie et hémiplégie, 12 grammes de calomel pris en quinze jours firent cesser la douleur de tête et les autres accidents, sauf la chorée, qui était unilatérale. Cette chorée fut guérie ensuite elle-même par quelques bains de sublimé. Cet homme, sanguin et robuste, ne présentait actuellement aucune trace de syphilis, mais il avait été syphilitique deux ans auparavant.

Les faits cités par M. Legroux, bien qu'ayant presque tous un certain cachet spécial, ou plutôt à cause même de ce cachet spécial, montrent l'utilité de ne pas s'en tenir à une méthode exclusive, fût-elle d'ailleurs démontrée supérieure à toutes les autres, et de varier les moyens de traitement suivant les causes connues ou présumées de la chorée, sa physionomie particulière, ses complications, et enfin, suivant la constitution et l'idiosyncrasie des malades.

Nous devons rappeler d'ailleurs, à ce sujet, que les partisans les plus avoués de la médication arsenicale, en France, M. Aran notamment, ont déjà fait leurs réserves à cet égard. Ainsi, M. Aran, comme nous l'avons fait remarquer dans notre *Revue clinique* du 14 mai, en exposant les résultats de ses essais de la médication en question, déclare que loin que la médication arsenicale convienne à ses yeux dans tous les cas de chorée, il ne se fait aucune illusion à cet égard, convaincu qu'elle devra inévitablement échouer dans un certain nombre de cas. C'est donc à l'expérience ultérieure de faire connaître les indications spéciales de la médication arsenicale, et à la sagacité des praticiens de déterminer pour chaque cas particulier les circonstances qui doivent guider dans le choix des moyens à employer de préférence.

Du traitement des oxyures vermiculaires.

L'intéressante observation communiquée à la Société médicale des hôpitaux par M. le docteur Hervieux soulève, avons-nous dit dans notre dernière *Revue*, une question de diagnostic et une question de thérapeutique. On se souvient des perplexités qu'a

---

BIBLIOGRAPHIE.

De la stomatite ulcéreuse des soldats et de son identité avec la stomatite des enfants, dite couenneuse, diphthéritique, ulcéro-membraneuse; par le Dr E. J. Bergeron, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie (1).

L'histoire des maladies épidémiques est une de celles qui méritent le plus de fixer l'attention du médecin instruit, de celui qui cherche à se rendre un compte exact de la marche et de la nature des affections morbides. Le praticien apprend à combattre l'ennemi invisible qui frappe autour de lui; il voit d'un seul coup d'œil et comme d'un lieu élevé tous les détails qui, jusqu'alors, avaient été voilés par les individualités isolées. En dehors même de l'application immédiate, on trouve dans l'étude des épidémies bien des motifs de réflexions profitables à la théorie générale de la médecine. C'est là que le médecin assez heureux pour trouver quelques instants à consacrer à la philosophie médicale rencontrera une des bases solides de cette science, si nécessaire qu'elle ne cesse de soulever les voiles dont on s'obstine à la couvrir.

Le fanatisme du *cas rare* est une des erreurs les plus dangereuses et les plus répandues. Qui ne sait qu'un médecin surtout le fait unique est stérile? Qu'il soit un renseignement, un jalon et rien de plus, si vous ne voulez pas renverser incessamment votre édifice et n'habiter que des ruines!

Mais je ne veux pas entreprendre la critique des systèmes étroits, ni prendre corps à corps ceux qui s'immobilisent et ferment obstinément les yeux. M. Bergeron s'en est chargé, et il l'a fait d'une façon qui m'empêche même de le tenter. C'est par l'exemple, c'est en publiant le résultat de ses études sur la stomatite ulcéreuse des soldats, qu'il nous montre combien est féconde en déductions théoriques et pratiques la mine si riche des maladies épidémiques. L'intérêt de ce livre ne vient pas exclusivement de ce qu'il renferme la description d'une maladie nouvelle ou terrible dans ses effets. La stomatite, en effet, avait déjà été signalée et étudiée ; les médecins qui liront ce travail n'auront que rarement l'occasion d'appliquer ce qu'ils auront appris, car l'épidémie n'a encore atteint parmi les adultes que les soldats ; mais ils apprécieront la justesse des vues, la bonne direction des recherches, la prudence et la bonne foi de l'auteur.

Les soldats, en France, quoique tirés incessamment de la masse du peuple, sont, pendant le temps du service, soumis à un genre de vie tellement à part, qu'ils ont des maladies spéciales, fréquemment épidémiques. Les documents fournis au sujet de la stomatite par MM. les officiers de santé de l'armée française ou des armées étrangères, sont très-curieux et mériteraient d'être appliqués à toutes les maladies des soldats. On y trouverait peut-être la loi de la substitution des affections morbides dont nous avons un exemple dans la vaccine, et dont M. Bergeron (page 201) avait espéré découvrir un autre résultat à propos de la stomatite ulcéreuse.

Il est permis, en effet, de croire que le fait de la vaccine n'est pas un fait isolé, ce qui serait contraire à tout ce que la nature nous a révélé jusqu'ici de l'enchaînement des phénomènes.

Quoi qu'il en soit, il résulte de l'enquête que la stomatite ulcéreuse n'existe que dans les armées françaises et portugaises, et qu'elle n'a été signalée pour la première fois que vers la fin du siècle dernier.

La recherche des causes est donc ici du plus haut intérêt. Il y a nécessairement quelque chose à réformer dans les conditions hygiéniques du soldat français et portugais, ou tout au moins il faut s'opposer à la production nouvelle du germe initial et modifier les circonstances qui favorisent sa reproduction.

La question était complexe; elle est sinon résolue, au moins discutée avec beaucoup de logique et de clarté. Le froid, le chaud, le sec et l'humide, si souvent invoqués d'une façon banale, acquièrent ici une valeur que nous ne leur connaissions plus. Je ne puis suivre tous les développements donnés à cette partie du travail où l'hygiène occupe le rang important que les anciens lui avaient donné; je me contenterai de les résumer brièvement.

La maladie se produit principalement sous l'influence de l'encombrement, avec la double intervention de la chaleur et de l'humidité. A ces causes déterminantes, il faut joindre une réunion d'autres causes qui agissent par leur groupement, incapables qu'elles sont de produire la maladie quand elles sont isolées. Telles sont le tempérament lym-

(1) Un vol. in-8°. Paris, 1859 ; chez Labé, rue de l'Ecole-de-Médecine, 23.

éprouvées notre confrère en présence de l'ensemble d'accidents insolites dont il était témoin, jusqu'à ce qu'une circonstance fortuite vint lui révéler la cause de tous ces phénomènes. Ce n'est pas le premier exemple de semblable méprise. Que de fois, au contraire, elle a dû se produire quand on songe à l'extrême diversité des symptômes morbides auxquels donne lieu la présence des oxyures ! En voici un exemple qui, pour être d'une date déjà ancienne, n'en conserve pas moins tout son intérêt. Il vient d'être rappelé tout récemment, comme à point nommé, dans une communication faite par M. le Dr Farradesche-Chambasse, d'Allanche (Cantal), au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* :

En 1809, un homme âgé de soixante-cinq ans, à peau bronzée, maigre et de haute stature, se présenta à la clinique du professeur Dumas (de Montpellier), pour des accidents nerveux mal définis qu'on crut pouvoir rattacher à une affection syphilitique. Le malade était traité conformément à cette opinion, lorsqu'un jour, en lui donnant des soins comme chef de clinique, M. Farradesche-Chambasse aperçut des ascarides sortant de l'anus. Il introduisit le doigt dans le rectum, et en le retirant, il constata qu'il était couvert de myriades de petits vers. Dumas, à la visite du lendemain, vérifia le fait, et il se passa à ce moment quelque chose qui surprit vivement les assistants. Le malade tomba dans un état d'extase et resta assis sur son lit, immobile comme une statue, un des bras appuyé sur le ventre, l'autre pendant, les yeux fixes, les pupilles dilatées, etc. Cet accès de catalepsie dura vingt-quatre heures, et pendant tout ce temps l'attitude du malade resta la même. On mit en usage chez cet homme une médication anthelminthique dont nous parlerons tout à l'heure, et qui amena une guérison radicale.

Ici encore, comme dans le fait de M. Hervieux, c'est le hasard qui a fait découvrir la présence des oxyures, et avec eux la cause des accidents nerveux insolites dont on avait jusque-là vainement recherché l'origine. Les exemples de ce genre pourraient être multipliés. Beaucoup d'accidents épileptiformes n'ont pas d'autre cause.

Y a-t-il quelque signe certain qui permette de reconnaître l'existence des oxyures? Aucun, si ce n'est la constatation matérielle même de leur présence. Comment, en effet, au milieu de symptômes si variés en imposant ici pour une épilepsie, là pour une affection organique du rectum, démêler un signe de quelque valeur? Toutefois, la connaissance de ces faits n'en doit pas moins avoir son utilité pour les praticiens, en les engageant, dans des cas douteux, à rechercher cette cause possible de désordres pathologiques.

Quant au traitement, si dans quelques cas rien n'est plus aisé que de faire disparaître les oxyures, soit à l'aide d'un suppositoire d'onguent mercuriel et de l'administration d'une dose de calomel, ainsi que cela nous a réussi plusieurs fois chez des enfants et même chez des adultes, soit plus simplement encore avec des lavements de savon, comme l'a rappelé à cette occasion M. Guérard, il n'est que trop bien établi, par un assez grand nombre de faits, que la présence de ces helminthes dans le gros intestin constitue une des affections les plus rebelles en même temps que des plus incommodes.

Ainsi M. Hervieux, tout en se louant de l'heureux résultat qu'il a obtenu par l'emploi de l'huile de ricin, est loin de considérer ce moyen comme curatif. L'huile de ricin, comme tous les purgatifs, et mieux que tous les autres suivant lui, expulse les oxyures, mais elle ne les détruit pas et n'en prévient pas surtout la reproduction. Elle n'est donc qu'un palliatif. La conviction qu'il a puisée dans son expérience personnelle, après avoir essayé tous les moyens helminthicides connus (les lavements d'infusion d'armoise, de tanaisie, d'absinthe, de sauge, de valériane, les lavements au sulfure de potasse, ceux de chaux et de sublimé, les suppositoires d'onguent napolitain, etc.), est que la cure radicale des oxyures est à peu près inespérable. Le seul agent susceptible, suivant lui, de détruire les oxyures, c'est le temps, le progrès de l'âge.

M. Blache, dont l'expérience sur ce point de médecine pratique, comme sur tant d'autres, est si étendue, a déclaré aussi, comme M. Hervieux, s'être souvent trouvé dans l'impossibilité de débarrasser de cette affection les enfants, les adultes et quelquefois même des vieillards qui en étaient atteints depuis leur enfance. Il a donné des soins à une femme du monde très-remarquable par sa beauté, et chez laquelle tous les traitements sont restés impuissants. Il a connu un individu chez lequel les oxyures sortaient tous les soirs de l'anus par légions et pouvaient être suivis jusque sur les cuisses. Une femme de trente ans, et sa jeune fille, âgée de six ans, vont souvent lui faire part des ennuis qu'elles doivent à la présence de ces parasites. Chez la mère, ils déterminent une leucorrhée en passant jusque dans le vagin ; chez la fille, de l'onanisme en pénétrant entre les grandes et les petites lèvres. Il les a combattus, mais vainement, par des lavements froids, par des lavements d'infusion concentrée d'absinthe et de tanaisie, par des lavements d'infusion de racine de valériane sauvage additionnée d'assa-fetida, par des suppositoires avec l'extrait d'absinthe, le calomel, l'onguent napolitain, le camphre incorporé dans du beurre de cacao.

Il a encore employé, comme l'a conseillé M. Guersant, des lavements contenant de 25 à 60 centigrammes de sulfure de soude ou de potasse et des bains de Baréges, quand les oxyures se glissent jusque dans les organes génitaux. Enfin, après avoir eu recours pendant quelques soirs de suite aux divers moyens toxiques précédemment indiqués, il administre, ainsi que M. Hervieux l'a fait chez son malade, l'huile de ricin, qui provoque toujours l'expulsion d'un nombre assez considérable de ces petits vers.

Tels sont les divers moyens que M. Blache met habituellement en pratique ; et malgré leur emploi, il reconnaît l'impossibilité d'arriver, dans certains cas, à la cure radicale des oxyures. « Je serais heureux, dit il, qu'on m'indiquât un moyen sûr d'en affranchir radicalement les malades pour toute la vie. »

Cependant M. Legroux dit avoir obtenu de bons effets de l'emploi de l'onguent mercuriel fondu dans un lavement. Voici comment il a été conduit à faire usage de ce moyen. Après avoir épuisé sur un malade adulte, tourmenté par une innombrable quantité d'oxyures, tous les moyens usités en pareils cas, il l'engagea à faire fondre dans son lavement l'onguent napolitain destiné à enduire des mèches, en agitant vivement le mélange, et à le prendre immédiatement ; enfin d'introduire dans le rectum le mercure ainsi divisé. Le résultat de cette injection fut l'expulsion d'une énorme quantité d'ascarides. Le même moyen lui a réussi dans d'autres cas ; mais il faut ajouter qu'il n'a jamais pu savoir si la maladie n'avait pas récidivé.

Nous avons dit que nous reviendrions sur le traitement du professeur Dumas, de Montpellier. Voici en quoi il consistait :

On introduisait dans toute la longueur du rectum des mèches enduites de pommade mercurielle qui y séjournaient 4 heures. Dès qu'elles étaient retirées, on injectait dans l'intestin un verre de décoction de cascarille. La canule dont on se servait à cet effet était de même longueur que le rectum, sans ouverture terminale, mais percée de trous sur toutes ses parties latérales, en sorte que le liquide, qui s'en échappait comme d'un arrosoir, entraînait l'onguent adhérent à la muqueuse et les petits vers qui s'y trouvaient incrustés. — Chez le malade dont il a été question plus haut, cette manœuvre fut répétée trois fois par jour pendant un mois. Au bout de ce temps les ascarides étaient détruits. Mais comme il aurait été imprudent, selon Dumas, de s'en tenir à ce résultat, et qu'il fallait l'opposer à la réapparition des oxyures pour atteindre ce but, il fit administrer des injections toniques pour modifier la vitalité de la muqueuse intestinale. Le malade resta six mois à l'hôpital, et il en sortit radicalement guéri.

M. Farradesche-Chambasse ajoute qu'il a appliqué, depuis cette époque, la méthode de Dumas un grand nombre de fois avec succès.

Nous devons signaler enfin l'usage de l'éther en lavement à la dose de 4 à 8 grammes, que M. Delasiauve, dans une petite note qu'il nous a adressée ces jours derniers, nous dit avoir employé avec succès sur plus de 30 sujets.

Ce n'est pas, comme on le voit, le nombre des agents anthelminthiques qui manque, c'est la certitude et la constance de leur action ; car le point important, ainsi qu'on l'a déjà dit, n'est pas seulement de faire périr sur place et d'expulser les oxyures, mais d'en prévenir la reproduction. Or là est, à ce qu'il paraît, la plus grande difficulté.

Quelques nouveaux documents cliniques pour servir à l'histoire du croup et de la trachéotomie.

M. le docteur Rombeau, ex-interne des hôpitaux, et attaché à ce titre à l'hôpital des enfants, aujourd'hui praticien à Paris, répondant à l'appel que nous avons fait à tous nos confrères sur le traitement du croup et des angines couenneuses, nous transmet la relation des faits suivants, qu'il a eu l'occasion d'observer dans sa clientèle durant ces deux dernières années. Ces faits, quoique très-sommairement rapportés, ne sont pas, comme on le verra, sans quelque valeur au point de vue de quelques-unes des questions débattues récemment à l'Académie de médecine sur ce point si important de médecine pratique.

Ier FAIT. — En 1857, E. P..., rue Neuve-Saint-Merry, fille de huit ans, assez mauvaises conditions hygiéniques ; cautérisations au nitrate d'argent, vomitifs, trachéotomie à la fin de la deuxième période avec l'aide du docteur Vasseur ; emploi du chlorate de potasse avant et après l'opération ; rejet de fausses membranes. Guérison.

IIe FAIT. — Enfant de trois ans, mauvaises conditions hygiéniques ; diphthérite étendue aux fosses nasales, trachéotomie à la troisième période avec l'aide du docteur Huron ; emploi du chlorate de potasse, prolongation de la vie pendant vingt-quatre heures. Mort. Le frère de cet enfant était mort la veille, mais sans opération. J'opérai sur les instances de la famille, voulant courir cette fois les chances de l'opération.

IIIe FAIT. — Enfant de cinq ans, mauvaises conditions hygiéniques ; fausses membranes bien constatées, et qui paraissent s'étendre au loin ; trachéotomie à la troisième période, emploi du chlorate de potasse avant et après. Mort deux jours après l'opération.

IVe FAIT. — Enfant d'une famille indigente, comprise dans la circonscription qui m'est allouée comme médecin du bureau de bienfaisance du 7e arrondissement. Garçon de sept ans, bonne constitution ; cautérisation au nitrate d'argent au niveau d'épaisses membranes que l'on arrache avec la pince sur les parois de l'isthme du gosier ; emploi dès la première visite du chlorate de potasse, puis du chlorate de soude, etc. ; consultation avec un confrère qui repousse la trachéotomie, même à la troisième période. Mort.

Ve FAIT. — Enfant indigent âgé de deux ans ; diphthérite généralisée aux fosses nasales, au larynx, plus à des excoriations des cuisses et des fesses. Mort sans opération et malgré le chlorate de potasse, dont l'enfant est saturé.

VIe FAIT. — Tout récemment, le 22 mars 1859, P. D..., rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, 46 ; fille de cinq ans, bonnes conditions hygiéniques. Invasion rapide, cautérisations par l'azotate d'argent, vomitifs. (Deux sangsues ont été appliquées sans l'avis du médecin.) Trachéotomie à la troisième période avec l'aide de MM. de Smyttère et Suasso ; emploi soutenu et répété du chlorate de potasse depuis l'opération ; rejet de fausses membranes ; nous retirons la canule au troisième jour, nous laissons la plaie se cicatriser sans chercher à la rapprocher. Le 8 avril 1859, guérison.

On voit, en résumé, par ces six faits, que la trachéotomie s'est toujours montrée utile, alors même qu'elle a été insuffisante ; que, de plus, elle a guéri deux fois ; tandis que dans les autres cas, les malades sont morts plus promptement.

M. Rombeau ajoute à sa note le renseignement suivant, qui a aussi son importance :

---

phlatique, le régime peu varié, insuffisant, l'absence des alcooliques, la fatigue, le changement brusque de régime au moment de l'incorporation, le défaut des soins de propreté de la bouche.

D'utiles enseignements peuvent être retirés de cette consciencieuse recherche, surtout lorsqu'on voit que, avant 1793, la stomatite ulcéreuse était inconnue ou tout au moins assez rare pour que les auteurs n'aient pas songé à la mentionner. Peut-être faudrait-il revenir sur certaines innovations hygiéniques (pages 54 et suiv., notes). C'est un fait bien digne de remarque que l'apparition, presque sous nos yeux, d'une maladie nouvelle, non point d'une de ces maladies trop nombreuses que les anatomo pathologistes ont découvertes sur des cadavres, et dont le diagnostic est un tour d'adresse, mais d'une affection dont les symptômes sont assez tranchés pour qu'elle mérite une place à part dans les cadres de la nosologie naturelle.

La possibilité de la transmission par infection miasmatique, plus encore par contact direct, a été constatée et par les auteurs qui ont précédé M. Bergeron et par M. Bergeron lui-même. Il a voulu aller plus loin, et savoir si l'inoculation des matières purulentes produites par les ulcérations ne pouvait pas reproduire la maladie. Il n'a pas craint d'être le premier sujet de cette expérience, qui malheureusement n'a pas été appliquée à un assez grand nombre d'individus pour être concluante.

Le résultat de cette expérience n'en est pas moins extrêmement important, et il serait bon de fixer la science sur ce point.

Le nombre des maladies inoculables est assez rare ; celles qu'on peut inoculer sont assez dangereuses pour qu'on doive désirer élucider une question de pathologie générale sans compromettre la vie ou tout au moins la santé future de ceux qui veulent bien se soumettre aux expérimentations.

La partie de ce livre qui soulèvera le plus de discussions et dont les conclusions seront peut-être le plus difficilement adoptées, est celle où l'auteur essaye de mettre de l'ordre au milieu du chaos des dénominations diverses qui ont été tour à tour appliquées à la stomatite ulcéreuse spécifique, et cela se comprend aisément.

La langue médicale, comme les langues de toutes les sciences qui progressent, doit nécessairement se modifier avec les découvertes et l'avénement des systèmes. Tel mot compris à une époque et rendant exactement l'idée qu'il était chargé d'exprimer, doit nécessairement suivre la fortune de cette idée. Il faudra le conserver si l'idée subsiste, mais il faudra aussi se bien garder de lui donner une autre attribution si l'idée vient à disparaître dans la théorie nouvelle. Dans ce dernier cas, il doit passer à l'état de mot historique.

Les maladies dont les principales manifestations ont lieu à la partie supérieure des organes digestifs et respiratoires, ne sont pas celles qui ont le moins besoin d'une consciencieuse révision. M. Bergeron n'a pas voulu passer à côté de l'obstacle, et il a abordé franchement la difficulté dans une longue discussion, pleine de logique et d'érudition. Il a démontré que les affections qui dans les hôpitaux d'enfants étaient décrites sous les noms de stomatite couenneuse, stomatite diphthéritique, stomatite ulcéro-membraneuse, ne différaient pas de l'affection qu'il avait observée chez les soldats, et que, par conséquent, elles ne devaient pas porter un autre nom que celui qu'il lui avait imposé. Il a donc rejeté complétement les anciennes dénominations, et a donné à cette maladie un nom nouveau, appuyé d'une très-complète étude des symptômes, qui lui sert de définition et qui doit le fixer d'une façon définitive.

La stomatite ulcéreuse, spécifique, est donc une maladie probablement miasmatique, transmissible par infection et par contact, sous l'influence des causes énumérées plus haut, sévissant à l'état d'endémo-épidémie sur les soldats de l'armée française, se présentant à l'état endémique chez les enfants. Après une certaine période d'incubation encore peu connue, surviennent des prodromes, anorexie, douleur, frisson, etc., dont la durée varie entre 3 à 6 jours. Alors surviennent des altérations de la muqueuse des gencives, des joues, des lèvres, des amygdales, de la langue, depuis l'injection jusqu'à l'ulcération. La sécrétion du tartre est augmentée, l'haleine exhale une odeur fétide; la production de la salive devient très-abondante ; les ulcérations se recouvrent quelquefois d'une fausse membrane qui résulte d'une mortification de la muqueuse. Elles ne se propagent pas au pharynx ni au larynx, et ne siégent le plus souvent que d'un seul côté. Pendant ce temps les ganglions sous-maxillaires et cervicaux s'engorgent, la douleur est vive dans les parties lésées, la fièvre s'allume, les forces sont prostrées, les urines ne contiennent pas d'albumine. Ajoutons que le chlorate de potasse a contre ces accidents une efficacité incontestable.

Si maintenant d'autres médecins veulent donner à cet ensemble de

Dans une agglomération de maisons du 12e arrondissement, dans la cité Doré, du quartier Saint-Marcel, où se trouve une clientèle indigente fort étendue, il s'est présenté, depuis le commencement de l'année, 12 cas environ de croup, et toujours ils se sont terminés par la mort, et cela sans que la trachéotomie ait été faite, mais bien en dépit de toutes les médications les mieux dirigées et les mieux entendues.

FRACTURE COMPLÈTE DES DEUX OS DE LA JAMBE chez un vieillard de 82 ans. Guérison.

Par M. le docteur L. TISSEIRE, aide-major au 19e chasseurs.

M. B..., capitaine d'artillerie en retraite, doué d'une bonne constitution, voulut, malgré son grand âge, descendre dans un fossé par un talus rapide et recouvert d'un gazon glissant. Se sentant entraîné, il voulut sauter dans le fossé pour prévenir une chute; mais malheureusement, au lieu de tomber sur la plante des pieds, il appuya fortement sur le bord externe du pied gauche; il tomba et ne put se relever. Dès que M. B... fut transporté chez lui, je fus appelé immédiatement, et je pus constater une fracture complète des deux os de la jambe à leur tiers inférieur. Elle était un peu oblique de haut en bas et d'arrière en avant, située au même niveau sur les deux os, et me parut faite nettement. Vis-à-vis le point fracturé, la peau présentait quelques excoriations; mais le gonflement était peu marqué. Je pus réduire facilement; la coaptation offrit plus de difficulté. Le bandage de Scultet fut appliqué immédiatement.

Tout paraissant aller bien pendant quelques jours, je voulus substituer un bandage inamovible au bandage primitif. Mais en soulevant la jambe, je découvris à sa partie postérieure et vis-à-vis le siége de la fracture, une plaie d'assez mauvais aspect qui ne pouvait être aperçue qu'en soulevant le membre, et qui s'était formée sans que le malade eût rien éprouvé. J'eus alors l'idée, pour parer à ce contre-temps, de remplacer le grand coussin sur lequel reposait le membre, par deux coussins plus petits, placés eux-mêmes sur une planche de grandeur convenable, afin qu'ils pussent conserver toujours le même niveau. On laissa entre eux un intervalle qui correspondait à la plaie, tandis qu'ils soutenaient le reste de la jambe. Le bandage de Scultet fut réappliqué, avec une petite modification appropriée à la circonstance; huit jours après la plaie était guérie, grâce au soin qui avait été pris de la mettre à l'abri de tout frottement et de rendre les pansements très faciles sans bouger la jambe. J'appliquai alors un bandage inamovible (simplement amidonné), mais avec la précaution d'ajouter aux trois attelles antéro-latérales une quatrième attelle longue de 12 centimètres environ, et située à la partie postérieure vis-à-vis le point fracturé.

L'état du malade se maintint assez bon pendant la durée du traitement subséquent, et reposant sur un sommier élastique, M. B... supporta très-bien le séjour au lit.

Le bandage fut enlevé environ deux mois après son application, et remplacé par une bande roulée. Néanmoins le malade put se promener dans son jardin, parcourir des distances plus grandes, monter et descendre des escaliers, etc., sans aucune espèce de soutien, tel que canne, etc.

Cet exemple de guérison n'offre peut-être rien de bien remarquable sous le rapport de la rapidité du succès; cependant, si l'on se rappelle que le défaut de plasticité des os augmente beaucoup avec l'âge, il sera permis de se féliciter du résultat obtenu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er juin 1859. — Présidence de M. DEGUISE fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal M. le secrétaire général donne lecture de la correspondance.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu deux brochures de M. Drouineau, membre correspondant à la Rochelle, présent à la séance :

1° *Notice sur l'utilité des lavoirs et des bains publics.* La Rochelle, 1856, in-8°.

2° *Quelle influence peut avoir l'usage abusif du tabac?* La Rochelle, 1856, in-8°.

— M. le docteur Dambre, de Courtrai, adresse son *Traité de médecine légale*; Gand, 1859, in-8°, t. I; avec une lettre dans laquelle il demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger.

— M. Thore, de Sceaux, rappelle qu'il a déjà présenté à la Société un travail inédit, et demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Il fait remettre en outre un exemplaire des ouvrages suivants à l'appui de sa candidature :

1° *Mémoire sur la courbure accidentelle et la fracture incomplète des os longs chez les enfants.* Paris, 1844, in-8°.

2° *Mémoire sur les vices de conformation du cœur.* Paris, 1842, in-8°.

3° *De la résection du coude par un nouveau procédé.* Paris, 1843, in-4°. (Thèse inaugurale de l'auteur).

M. Thore adresse en outre un exemplaire de l'ouvrage qu'il a publié avec M. Manoury, ouvrage intitulé : *Résumé statistique de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris* (service de M. Roux) pendant l'année 1841. Paris, 1843, in-8°.

LECTURE.

M. Drouineau, membre correspondant de la Société, communique les deux observations suivantes :

OBS. Ire. — *Tumeur dans la région ombilicale; abcès; plaie fistuleuse; Sortie spontanée de calculs biliaires; ictère grave; amaigrissement considérable; mort.*

Mme Eugénie ***, ancienne femme de confiance, âgée de 65 ans, était entrée à l'hospice civil de la Rochelle, comme pensionnaire, atteinte depuis longtemps d'une gastrite chronique due à l'usage parfois immodéré des boissons spiritueuses. En 1857, elle se plaignit de douleurs vagues dans l'abdomen; je constatai la présence d'une tumeur assez volumineuse qui, partant de l'ombilic, se dirigeait en dehors et en haut vers l'hypochondre droit. Elle avait le volume du poing, dure, sans bosselure et douloureuse à la pression. Malgré les moyens ordinaires employés sans aucun résultat, cet état resta stationnaire pendant assez longtemps; enfin cette tumeur s'enflamma, se ramollit généralement, et, dans un endroit voisin de l'ombilic, il se forma un abcès que j'ouvris. Il en sortit une quantité assez considérable d'un pus blanchâtre et de bonne nature. Malgré les moyens employés la plaie resta fistuleuse pendant longtemps, avec des alternatives de cicatrisation et de réouverture.

Enfin, au mois de mars 1858, il apparut à l'orifice de la plaie un corps noirâtre, qui sortit spontanément et qui me fut présenté le lendemain. Je reconnus par sa couleur et sa forme un calcul biliaire. Pendant plus de six mois il en sortit un assez grand nombre et toujours de la même manière. Après la sortie spontanée du petit calcul, la plaie laissait suinter un liquide séro-purulent et se cicatrisait presque entièrement; puis, quelque temps après, l'orifice s'enflammait de nouveau, se dilatait, et un nouveau corps étranger apparaissait et sortait spontanément sans aucune trace de matières bilieuses.

Cette femme, dont la digestion était difficile, s'amaigrit de plus en plus; il survint subitement un ictère et elle succomba en peu de jours.

L'autopsie fut faite en présence du docteur Mallet, médecin adjoint de l'hôpital Saint-Louis.

Je sondai d'abord la plaie fistuleuse, qui était presque cicatrisée, j'arrivai dans un cul-de-sac de 3 centimètres de profondeur. J'ouvris l'abdomen par la partie inférieure, je découvris le foie qui remplissait la moitié supérieure de la cavité abdominale; sa surface était de couleur verdâtre, son tissu était généralement mollasse, sans induration; il était comme infiltré de matières bilieuses d'un vert foncé très-abondantes. La moindre incision en faisait sortir une grande quantité.

Je trouvai difficilement la vésicule du fiel, que je crus d'abord complétement détruite. Enfin, je découvris à sa place une petite tumeur très-dure, de forme ronde, de la grosseur d'une noisette, que je reconnus pour la vésicule du fiel, en partie détruite et cicatrisée, et servant d'enveloppe à un corps étranger que j'obtins par incision, et qui était un calcul biliaire semblable à ceux qui étaient sortis spontanément.

La muqueuse gastrique présenta le ramollissement ordinaire, dû à une altération chronique de cet organe. Les intestins, d'une petite dimension, n'ont offert rien de remarquable.

Il y a quelques années, j'ai présenté à votre examen un fait assez rare d'absorption urineuse due à l'obstruction de l'uretère par un gravier, chez un individu qui n'avait qu'un seul rein, ce qui avait causé rapidement la mort.

Aujourd'hui, le fait que je vous présente a quelque analogie avec le précédent. C'est la vésicule du fiel, contenant des calculs, qui s'est enflammée, perforée, expulsant au travers des parois abdominales devenues le siége d'une tumeur, qui s'abcéda pour faciliter la sortie spontanée de corps étrangers par la puissance éliminatrice de nos tissus.

C'est ce réservoir de la bile, en grande partie détruit, entièrement obstrué par un seul petit calcul, qui, s'opposant au cours de ce liquide, en a causé une rétention complète dans le foie. Dès lors cet organe sécréteur a pris des dimensions énormes, par suite de l'accumulation de la bile dans son tissu, dont l'absorption a causé rapidement un ictère des plus graves et la mort.

OBS. II. — *Doubles fractures de la cuisse droite et de la jambe gauche, gravement compliquées chez le même individu.*

Un jeune ouvrier du chemin de fer, âgé de vingt et un ans, d'une faible complexion, accompagnant des wagons chargés de balustres à peine mis en mouvement, fit une chute qui porta ses membres inférieurs sous les roues d'un wagon.

La cuisse droite fut brisée vers la partie moyenne et la jambe gauche vers le tiers inférieur.

A son arrivée dans mon service, ce jeune ouvrier, à qui on avait mis des appareils provisoires pour être transportable à mon hôpital, présenta à mon examen deux fractures fort graves.

Celle de la cuisse droite était compliquée de gonflement des parties molles, contusionnées et déchirées à la partie interne par l'extrémité du fragment supérieur.

La jambe gauche, très-tuméfiée, présenta une fracture comminutive des deux os, avec plusieurs plaies contuses fort graves.

Pour la fracture de la jambe, je plaçai ce membre dans un appareil de Scultet, imbibé d'eau tiède légèrement additionnée d'eau-de-vie camphrée. Puis je soumis ce membre à des affusions froides et continues.

Pour celle de la cuisse, je l'enveloppai d'un appareil à dix-huit chefs, et pour obtenir la contre-extension, je fis usage d'un tube en caoutchouc volumineux, que je passai de l'aine à la partie supérieure interne et postérieure de la cuisse, pour être attaché à un des barreaux du lit.

Pour l'extension, j'employai un appareil qui est dû, je crois, à M. Martin; je plaçai, à l'aide d'une bande dextrinée, un galon assez large et fort pour avoir une anse à l'extrémité de la jambe : ce qui me permit d'y fixer un cordon, que je fis passer sur une petite poulie adaptée à une traverse en bois, solidement attachée au lit.

J'attachai à l'extrémité du cordon un poids de 1 kilogramme d'abord; mon malade supporta très-bien pendant quelques jours ces deux appareils. L'obligation où j'étais de faire deux pansements par jour aux plaies de la jambe menacées de gangrène me donna la pensée de me servir de l'appareil du docteur Gaillard (de Poitiers). Je le fis exécuter en un seul jour dans la maison. Il consiste, vous le savez, en une planchette dans laquelle sont placés des trous disposés de manière à recevoir de longues chevilles qui maintiennent plus ou moins serrées de larges attelles, et en un crochet placé à l'extrémité de la planchette pour tenir le pied dans une direction convenable.

Je dois le dire, cet appareil dans ce cas de fracture de la jambe compliquée de plaies gangréneuses et de suppuration abondante m'a été d'une grande utilité et d'un grand effet, et parfaitement supporté pendant plusieurs mois et jusqu'à parfaite guérison.

Quant à l'appareil de la cuisse, d'un bon effet pendant quinze jours, il devint presque insupportable pour le malade; de plus, il entraînait le membre droit en bas, de sorte qu'il changeait souvent la direction de la jambe gauche. J'eus recours alors à l'appareil du docteur Gaillard pour la fracture de la cuisse, que je fis construire immédiatement d'après le mémoire de cet habile chirurgien.

Ces deux appareils ont pu être appliqués en même temps sur ce malade atteint de fractures compliquées, et supportés plusieurs mois avec aisance et parfaite réussite.

Ce fait m'a paru digne d'observation, parce que, je dois l'avouer, si ce jeune malade n'avait eu qu'une seule fracture, celle de la jambe, qui était compliquée d'un écrasement des deux os avec plaies et gangrène, de suppuration et de sortie de plusieurs esquilles, l'amputation proposée par plusieurs médecins aurait sans doute été facile; mais la fracture de la cuisse y mettant un obstacle et de grandes difficultés, il fallut temporiser, et cette temporisation nécessaire amena une belle réussite, puisque ce jeune homme, après cinq mois de séjour à l'hôpital, est sorti parfaitement guéri avec ses deux membres et sans claudication.

---

symptômes le nom de stomatite diphthéritique, c'est qu'ils voudront, à dessein, maintenir la confusion que chacun connaît. La stomatite diphthéritique, maladie rare, se rencontrera surtout chez les enfants. Elle aura pour caractères principaux l'apparition sur les lèvres, les joues ou les gencives, de productions pelliculaires blanchâtres distinctes de la muqueuse. Celle ci ne sera pas ulcérée. Les désordres siégeront le plus souvent des deux côtés à la fois et s'étendront très-fréquemment au pharynx et au larynx. Les urines contiendront de l'albumine dans les deux tiers des cas. Ajoutons que le chlorate de potasse n'aura sur la marche de la maladie aucune action.

Tout le monde sait cela : c'est entendu; et pourquoi alors s'est-on étonné que le chlorate de potasse, qui avait réussi dans les premières expériences à l'hôpital de la rue de Sèvres, ait cessé de guérir quand son usage s'est généralisé? Pourquoi a-t-on continué à appeler diphthérites buccales des affections accompagnées d'ulcération de la muqueuse? Parce que le mot manquait à côté de la description. Or ce mot, il faut le prendre, bon ou mauvais, pour s'entendre; surtout quand ce mot ne s'applique qu'à une chose, que cette chose est soigneusement distinguée de tout autre, et que jusqu'à présent cette chose manquait d'un mot propre qui la désignât.

L'auteur range la stomatite ulcéreuse dans la classe des maladies spécifiques. *Elle présente*, dit il, *tous les caractères d'une inflammation spécifique.* Elle devient alors voisine des fièvres éruptives, de la coqueluche, de la dyssenterie épidémique, etc. Cette classe s'est accrue considérablement depuis quelques années. On a compris qu'un certain nombre de lésions locales n'étaient que l'expression, l'effet d'un état général tel, qu'il produisait fatalement ces lésions; que ces lésions ne pouvaient pas se produire en dehors d'un état général donné. C'est donc toujours à la cause qu'on doit chercher à s'en rapporter pour fixer la nature des maladies. Ceux qui nous ont précédé étaient logiques en établissant des classes de lésions, telles que les ulcérations, les ramollissements, les inflammations, etc., puisque, suivant eux, c'étaient les ulcérations, les ramollissements, les inflammations, qui amenaient la fièvre, les désordres éloignés et fonctionnels.

Soyons-le en donnant l'étiologie pour base à la détermination de la nature des maladies.

M. Bergeron, j'en suis bien convaincu, n'assigne pas pour cause à la stomatite ulcéreuse l'inflammation de la muqueuse buccale. Il ne peut donc pas être du nombre de ceux qui classent par ulcérations, inflammations, ramollissements, etc. Pour lui, l'inflammation de la muqueuse buccale est une inflammation spécifique, c'est-à-dire produite par une cause spéciale qui doit la produire toujours et ne produire qu'elle dans des circonstances identiques. La maladie est donc autre chose que la lésion locale, car la lésion locale n'est pas tout, ce n'est pas à elle que s'adresse le thérapeutiste. La maladie comprend cet élément de spécificité que M. Bergeron a si bien indiqué, et elle le comprend tout d'abord comme premier et principal résultat du dérangement de la santé. Aussi je me trouve forcé de faire une légère critique de forme quand je lis cette phrase :

« Quoi qu'il en soit, la *maladie* qui fait le sujet de ce travail *est une* » *inflammation de la muqueuse buccale*; elle est caractérisée anatomi- » quement par une ulcération; enfin, son étiologie, sa marche et son » mode de propagation sont tels qu'on les observe dans la plupart des » maladies spécifiques, et ainsi se trouve justifiée la dénomination de » *stomatite ulcéreuse spécifique* à laquelle je m'arrête, parce qu'elle me » paraît donner de la maladie qu'elle sert à désigner une idée plus » exacte que les différents noms dont on l'a appelée jusqu'à ce jour. »

Pour le traitement, je n'ai qu'un mot à dire. Voici la neuvième conclusion de M. Bergeron :

« La durée de la stomatite ulcéreuse spécifique est très-variable : » convenablement traitée, elle peut guérir dans l'espace de huit ou dix » jours; abandonnée à elle-même, elle peut durer jusqu'à trois mois. »

Or le traitement est celui que M. Bergeron a appliqué à l'hôpital militaire où il a étudié la maladie. Par l'emploi du chlorate de potasse, et sur plusieurs centaines de cas, il a obtenu l'éloquent résultat que je viens de citer. La médecine militaire lui doit donc la connaissance d'un moyen prompt et facile de guérir une maladie qui a rendu pendant bien longtemps un grand nombre de soldats souffrants et inutiles au service. La science lui doit une étude sérieuse, des vues nettes, des aperçus ingénieux et nouveaux sur une maladie encore mal connue du plus grand nombre des médecins, confondue par les autres avec des affections diverses au détriment d'une thérapeutique raisonnée et certaine.

A. P. MAUGIN.

M. HUGUIER a vu un fait assez analogue à celui qui fait le sujet de la première observation.

Une femme, dit M. Huguier, s'est présentée dans mon service avec une tuméfaction considérable de la région hypogastrique, se prolongeant jusque dans la grande lèvre droite. Il y avait eu des abcès dont les ouvertures restaient fistuleuses. Ne pouvant obtenir la cicatrisation, je débridai les trajets fistuleux, et je trouvai un calcul biliaire. Je craignis de rencontrer une perforation intestinale, mais il n'en fut rien. En interrogeant la malade, j'appris que cinq ou six ans avant elle avait eu des abcès au foie. Je retirai plus tard un autre calcul semblable, et la malade guérit.

Suite de la discussion sur l'allongement des os après les amputations.

M. CHASSAIGNAC. M. Bouvier s'est fait le défenseur d'une théorie nouvelle sur la conicité du moignon chez les enfants. Il nous a semblé, à plusieurs de mes collègues et à moi, que les preuves citées à l'appui de cette théorie étaient insuffisantes. Nous avons dû le dire.

Obligé de chercher de nouvelles preuves, M. Bouvier a présenté dans la dernière séance des pièces anatomiques empruntées à M. Guersant.

La théorie, vous la connaissez. Elle repose sur cette idée, que dans un moignon d'amputation faite chez un enfant, l'os croît plus que les chairs, en sorte que tel moignon qui aurait été parfaitement régulier au moment de l'amputation et de ses suites immédiates, deviendrait de plus en plus conique, à ce point qu'il faut pour rétablir l'équilibre rogner l'excédant de longueur de l'os.

Cette théorie n'a qu'un tort. Au lieu d'être l'expression et la généralisation des faits, elle les devance. Et quand on lui demande ses preuves, elle n'apporte que des exemples contestables, susceptibles d'interprétations diverses, et dont quelques-uns même lui sont tout à fait contraires.

Au lieu d'un seul malade, dont l'observation ne prouve rien, et de trois pièces anatomiques, qui ne prouvent pas grand'chose, il eût fallu suivre sur un chiffre sérieux d'amputés la marche du développement du moignon, et si notre collègue nous eût mis à même d'apprécier dix ou douze constatations bien exactes, toutes conformes aux indications de la théorie, je ne vois réellement pas pourquoi on eût repoussé la théorie de M. Bouvier, qu'elle fût de lui ou d'un autre, peu importe.

Quand on vient nous proposer de réformer le mode d'amputation adopté jusqu'ici chez les enfants, nous ne pouvons modifier notre pratique qu'après un examen sérieux et attentif des nouvelles règles qu'on veut bien nous tracer.

Vous présentez une petite malade et une pièce anatomique. Toutes deux ont ceci de commun qu'après une amputation de jambe le péroné seul aurait grandi outre mesure; tandis que le tibia, celui de tous les os du squelette qui a l'artère la plus volumineuse, a conservé ses rapports normaux de développement. Ne voit-on pas de prime abord tout ce que de pareils exemples impliquent de contradictions? Comment dès lors ne pas repousser une preuve qui porte elle-même sa propre réfutation?

M. Bouvier nous fait voir deux autres pièces établissant qu'on a dû faire la résection de moignons coniques, sans qu'on sache par des observations exactes quelle a été au juste dans ces cas la véritable cause de la conicité du moignon. Or les causes de la conicité du moignon, en dehors de toute influence d'âge, sont nombreuses. Trait de scie porté obliquement; manchette trop courte; pansement contentif ne ramenant pas les chairs au-devant de l'os, etc. De semblables pièces sans l'observation des malades sont de bien faible valeur.

Il ne tiendrait pas à l'argumentation de M. Bouvier de nous faire croire qu'après les amputations faites par MM. Marjolin et Guersant, la conicité du moignon ne fût la règle constante, la résection un complément très-ordinaire de ces amputations. Eh bien, je proteste formellement contre cette conséquence d'une théorie non démontrée. J'affirme que la conicité du moignon est, chez ces messieurs comme chez leurs autres collègues des hôpitaux, le fait exceptionnel, que la résection ultérieure est un fait rare. M. Marjolin n'en a pas cité un seul exemple; M. Guersant, dans une très-longue pratique, en rapporte trois.

Je maintiens, par conséquent, que la théorie imaginée ou non par M. Bouvier manque de preuves suffisantes, et qu'il n'y a pas lieu jusqu'ici de préférer à l'amputation circulaire l'*amputation à lambeaux* chez les enfants.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je vois avec peine que M. Bouvier, dans la réponse qu'il a faite, n'a pas répondu aux arguments que je lui avais soumis en soulevant le premier la discussion qui se continue aujourd'hui.

La cause la plus active de la saillie de l'os me paraît devoir être attribuée à l'inflammation. Voyez, en effet, ce qui se passe sur des muscles enflammés. La rétraction peut être portée à un degré considérable (15 et 20 centimètres) sur des muscles qui conservent encore leurs deux attaches extrêmes; dès lors, on doit facilement prévoir ce qu'elle sera sur un muscle qui, coupé dans sa continuité, ne conserve plus qu'une attache.

Ces faits de rétraction sous l'influence de l'inflammation sont journellement observés. Il fallait, dès lors, se demander si elles étaient plus communes chez les enfants que chez les adultes; nous pouvons répondre négativement, et Louis, qui s'est occupé de la question, n'établit pas cette différence.

Ainsi on a voulu attribuer à l'accroissement de l'os une saillie qui n'est due en réalité qu'à la rétraction des parties molles.

J'ai dit la part qui pouvait être attribuée, dans les cas de conicité, à la production d'ostéophytes. M. Houel prétend que Louis en avait cité des cas; je crois que notre collègue est dans l'erreur.

J'ai enfin parlé de la nécrose, qui, en détruisant l'extrémité d'un des deux os, soit à la jambe, soit à l'avant-bras, pouvait laisser croire à un allongement de l'os resté intact.

Je dirai, en terminant, que l'accroissement invoqué me paraît d'une démonstration presque impossible, et qu'en résumé les autres raisons données pour expliquer cette conicité sont parfaitement suffisantes, sans qu'il soit besoin de recourir à une autre théorie.

M. MARJOLIN. Ni M. Bouvier, ni M. Guersant, ni moi-même, n'avons prétendu attribuer exclusivement et toujours la conicité à l'accroissement de l'os; nous avons seulement cité des opérations rigoureusement bien exécutées, dans lesquelles l'os, après trois années, par exemple, venait dépasser les parties molles, et nous avons cru que cette saillie osseuse ne nous paraissait pouvoir être expliquée que par l'accroissement. Il est à remarquer que dans ces cas la cicatrice ne répond pas à l'extrémité du moignon, elle a subi un déplacement quelquefois très-considérable.

Quant aux modifications d'accroissement de la totalité des moignons chez les enfants après un temps assez long, il est assez facile de les apprécier; et je me propose, pour aider à la solution de la question, de présenter à la Société un enfant de treize ans à peine, amputé il y a dix ans de la jambe et de l'avant-bras.

M. VERNEUIL. Il a été question dans la discussion de chercher des procédés d'amputation capables de prévenir la conicité. Je pense que le procédé, quel qu'il soit, n'a pas grande influence sur la production de cet accident; les lambeaux courts peuvent seulement prédisposer au développement de l'inflammation, mais c'est là tout. J'ai vu, en effet, des moignons qui en apparence ne laissaient rien à désirer, et cependant l'os ne tardait pas à dépasser les chairs, et le plus souvent cette hernie se produisait non pas au niveau de la cicatrice qui s'était déplacée, mais bien à travers l'épaisseur des muscles.

M. BOUVIER. Je suis heureux, après avoir entendu M. Chassaignac, de trouver, en résumé, que nous sommes bien près de nous entendre. Je n'ai pas voulu, en effet, comme il le pense, établir une théorie générale; je n'ai fait allusion qu'à une certaine catégorie de faits. Je n'ai pas dit que toujours l'accroissement des os était plus grand que l'accroissement des parties molles; ceci a lieu en effet, mais quelquefois seulement. Les cas cités par moi me paraissent appartenir à cet ordre de faits, et je les ai crus nouveaux.

Maintenant, il faut bien s'entendre sur la conicité; elle peut être divisée en deux classes : la conicité primitive, celle qui suit l'amputation plus ou moins promptement, depuis quelques semaines jusqu'à un intervalle de quelques mois; et la conicité consécutive, celle qui nous occupe actuellement. On n'en a pas parlé, et c'est elle qui mérite d'être étudiée. Elle ne se montre que quelques années après l'amputation. Dans les cas cités par moi et qui appartiennent à cette deuxième espèce, le moignon n'était malade en aucune façon; seulement il s'allongeait, et cet allongement portait sur tous ses éléments consécutifs, mais surtout sur l'os.

M. Morel dit qu'il est difficile et même impossible de reconnaître l'allongement; mais je pense que notre collègue n'a pas réfléchi en émettant cette proposition. Les mensurations bien faites au moment de l'opération, et conservées pour terme de comparaison ultérieurement, suffisent pour établir rigoureusement les modifications subies dans la longueur de l'os.

On a dit : La question ne peut être résolue, car on manque d'observations; c'est malheureusement vrai, mais c'est une raison pour en collectionner, la question en vaut bien la peine.

Quant aux procédés préventifs, je n'ai pas fait sur ce sujet des études spéciales suffisantes pour les discuter, mais cependant je ne puis me ranger à l'opinion de M. Verneuil; je crois qu'ils pourraient être trouvés, sinon infaillibles, au moins devraient-ils diminuer les chances de la conicité à venir.

En résumé, la science sur ce point laisse des *desiderata*; il faut s'en occuper, et j'avoue ne pas partager l'optimisme de M. Morel, qui trouve dans l'ancienne doctrine des raisons suffisantes pour s'expliquer la conicité.

M. VELPEAU. Je suis heureux d'assister à cette discussion, qui me paraît soulever un point très-intéressant de la pratique chirurgicale. On a parlé de l'ancienne doctrine pour expliquer la conicité; mais je crois, comme M. Bouvier, que cette doctrine n'est destinée qu'à l'explication de la conicité primitive, et non pas de la conicité consécutive. C'est cette dernière qui doit nous occuper, et pour mon compte je puis avouer qu'elle m'a fort préoccupé.

J'ai peu pratiqué d'amputations chez les enfants, mais j'en ai fait un grand nombre chez les adultes, et j'ai été frappé de cette conicité consécutive apparaissant longtemps après la cicatrisation; et cette particularité se reproduisait aussi bien chez mes malades que chez les malades opérés par d'autres chirurgiens.

La cicatrice était déplacée, elle ne répondait plus à l'extrémité du moignon, elle était remontée de 6 à 8 centimètres. Je m'étais provisoirement expliqué ces formes nouvelles par la rétraction des longs muscles coupés, qui, n'étant plus utiles, remontaient, entraînant avec eux les parties molles; mais, je le reconnais, cette explication était insuffisante. Le fait seul est positif, et mérite d'être étudié.

M. HUGUIER. J'ajouterai peu de chose après les remarques de M. Velpeau. Nous avons tous vu ces conicités consécutives; elles se présentent sous deux formes : la saillie de l'os se fait ou au niveau de la cicatrice ou à côté. Dans le premier cas, le tissu cicatriciel est aminci et se déchire facilement; dans le deuxième cas, la cicatrice suivant le mouvement de retrait des parties molles, est remontée, et l'os fait saillie à travers l'épaisseur du membre qu'il déchire. Pour éviter ce dernier accident, j'ai pris l'habitude de faire, comme dans l'amputation de la jambe, un trait de scie oblique qui abat la crête saillante de l'os.

M. VERNEUIL. M. Bouvier ne m'a pas compris; je n'ai parlé en effet que de la conicité consécutive; j'ai même indiqué les migrations de la cicatrice. Quant à l'explication de cet accident, elle ne saurait être unique. Ainsi, en outre de la rétraction, il faut invoquer l'atrophie des parties musculaires du moignon. Cette atrophie se fait lentement; elle est telle que si on examine un moignon dans ces conditions, c'est à peine si on retrouve du tissu musculaire; et comme cette atrophie ne porte pas sur l'os, on comprend qu'il devienne saillant, et qu'il apparaisse à l'extrémité du membre amputé.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je me trouve encore plus fortifié dans mon opinion par la remarque de M. Velpeau, parce que les faits signalés par notre savant collègue n'ont trait qu'aux amputations pratiquées chez les adultes; dès lors, la conicité ne reste plus l'accident spécial à l'enfance, et le prétendu accroissement de l'os, qui n'a été invoqué que dans le jeune âge, ne semblerait pas avoir la valeur qu'on lui donne.

Quant à l'explication qui rapporte à l'inflammation la rétraction des parties molles, elle n'est pas toujours nécessaire pour la produire, et l'on sait que dans les cas de rétraction de l'aponévrose palmaire, si commune chez les cochers, cet accident survient insensiblement et sans aucun phénomène inflammatoire; les appareils prothétiques peuvent, en déterminant sur les parties molles du moignon une constriction et des froissements continus, amener la rétraction des muscles par un mécanisme semblable à celui qui la produit chez les cochers.

M. VELPEAU reconnaît l'importance de l'atrophie signalée par M. Verneuil, les malades qu'il a observés présentant en effet presque tous cette atrophie. Il semblerait donc que la production de la conicité, la rétractilité et l'atrophie, joueraient un rôle des plus actifs.

M. BOUVIER, après avoir reconnu qu'il s'était en effet trompé sur les opinions émises par M. Verneuil, ajoute : Ce qui a été dit par MM. Verneuil et Velpeau sur le rôle de l'atrophie dans la conicité tardive des moignons chez l'adulte, vient appuyer l'explication de M. Guersant pour ce qui se passe dans l'enfance; car ce qui s'appelle atrophie chez l'adulte n'est, chez les enfants, qu'un arrêt de développement.

Le secrétaire, LABORIE.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ.

Avis aux jeunes Médecins et Etudiants.

Des épreuves s'ouvriront le 20 juin courant dans les hôpitaux militaires du Gros Caillou, à Paris, de Lille, de Strasbourg, de Lyon, de Montpellier, de Perpignan, de Toulon, de Bordeaux et de Rennes, pour la nomination d'un certain nombre de sous-aides requis pour les ambulances de l'armée.

Ces épreuves consisteront :

1° En une composition écrite sur la physiologie élémentaire;

2° En interrogations variées sur l'anatomie et les petites opérations chirurgicales.

Ne seront admis à ces épreuves que les étudiants des Facultés, des Ecoles préparatoires de médecine, ayant au moins quatre inscriptions et reconnus aptes à servir activement dans l'armée.

Les étudiants requis comme sous-aides, après s'être préalablement engagés à servir pendant toute la durée de la campagne, devront se tenir prêts à partir au premier ordre.

Ils recevront la solde du grade de sous-aide, portée sur pied de guerre au moment du passage de la frontière (1800 fr.), ainsi que les rations allouées à ce grade.

Il leur sera payé une gratification d'entrée en campagne de 400 fr., à charge par eux de se pourvoir d'une tenue militaire de campagne (capote, pantalon, képy).

MM. les étudiants qui désirent se présenter à ces épreuves sont invités à se faire inscrire sans retard chez MM. les intendants militaires des localités sus-indiquées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes, vu le statut du 19 août 1857 sur l'agrégation des Facultés, arrête :

ART. 1er. Un concours pour sept places d'agrégés stagiaires près de la Faculté de médecine de Paris (section de médecine proprement dite et de médecine légale) sera ouvert à Paris le 1er décembre 1859.

Un concours pour trois places d'agrégés stagiaires près de la Faculté de médecine de Montpellier (section de médecine proprement dite et de médecine légale) sera ouvert à Montpellier le 1er décembre 1859.

Un concours pour une place d'agrégé stagiaire près de la Faculté de médecine de Strasbourg (section de médecine proprement dite et de médecine légale) sera ouvert à Strasbourg le 1er décembre 1859.

ART. 2. Un concours pour quatre places d'agrégés stagiaires près de la Faculté de médecine de Paris (section de chirurgie et d'accouchement) sera ouvert à Paris le 1er avril 1860.

Un concours pour une place d'agrégé stagiaire près de la Faculté de médecine de Montpellier (section de chirurgie et d'accouchement) sera ouvert à Montpellier le 1er février 1860.

Un concours pour une place d'agrégé stagiaire près de la Faculté de médecine de Strasbourg (section de chirurgie et d'accouchement) sera ouvert à Strasbourg le 1er février 1860.

ART. 3. Un concours pour deux places d'agrégés stagiaires près de la Faculté de médecine de Paris (section des sciences anatomiques et physiques) sera ouvert à Paris le 15 juin 1860.

Un concours pour deux places d'agrégés stagiaires près de la Faculté de médecine de Montpellier (section des sciences anatomiques et physiques) sera ouvert à Montpellier le 1er avril 1860.

Un concours pour deux places d'agrégés stagiaires près de la Faculté de médecine de Strasbourg (section des sciences anatomiques et physiques) sera ouvert à Strasbourg le 1er avril 1860.

Fait à Paris, le 31 mai 1859. ROULAND.

— Par une lettre en date du 4 juin, M. le ministre de l'instruction publique a invité la Faculté de médecine de Paris à faire les présentations pour les chaires de physiologie et de pharmacie, aujourd'hui vacantes dans cette Faculté.

— M. le docteur Jules Perier, médecin principal, est chargé en chef de la direction du service de santé à l'hôpital militaire de Châlons, dans les ambulances et dans les infirmeries du camp.

M. Perier avait déjà rempli, l'an dernier, les fonctions de médecin en chef dans les mêmes conditions.

— On lit dans la *Gazette médicale* des États sardes :

Le grand hôpital de Saint-Maurice, à Turin, a mis à la disposition des armées alliées cent lits pour les officiers et sous-officiers blessés. Jusqu'au 6 juin il n'y avait que huit lits occupés par des officiers blessés peu gravement. Parmi eux se trouvaient le lieutenant-colonel du 43e de ligne et cinq officiers des zouaves.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 69. — MARDI 14 JUIN 1859. (32e ANNÉE.) N° 69. — MARDI 14 JUIN 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 JUIN 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

La tératologie a fait presque à elle seule (pour les sciences naturelles) les frais de cette séance. M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire a lu une note sur un chevreau monstrueux présentant un exemple remarquable d'acéphalie qui l'a fait classer par ce savant tératologiste dans le genre *Peracéphale.* On sait que les monstruosités acéphaliques, peu rares chez l'homme, sont, au contraire, très-rares chez les animaux. Elles n'ont été observées jusqu'à présent que chez les espèces uni ou bipares, comme l'espèce humaine. Tandis que chez l'homme on connaît plus de cent exemples d'acéphalie, on n'en connaissait, d'après M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, que sept exemples chez les animaux, cinq chez le mouton, un chez le cerf, et un chez la chèvre. Le nouvel exemple qui vient d'être communiqué à l'Académie, et qui appartient à cette dernière espèce, constitue le huitième.

Ce nouveau cas d'acéphalie du genre *Peracéphale* confirme la plupart des observations déjà faites sur les monstres de cette classe, telles que la coexistence constante avec l'acéphalie d'une conformation vicieuse des membres, d'anomalies digitales en particulier, ainsi que la circonstance de la gemmi ou pluriparité, et l'identité sexuelle du monstre et de ses jumeaux. C'est à un homme étranger à la science, et qui a fait preuve dans cette circonstance d'un zèle et d'une intelligence dignes des plus grands éloges, que le Muséum est redevable de ce curieux spécimen d'une rare monstruosité.

Deux autres exemples nouveaux de monstruosité, également intéressants, ont fait le sujet d'une communication de M. C. Dareste. Il s'agit de deux cas de monstres doubles appartenant à la famille des *Polygnathiens.* Dans son ouvrage classique sur la tératologie, M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, qu'il faut toujours citer en cette matière, a indiqué sous le nom de *Paragnathe* un genre de monstres Polygnathiens, dont le caractère principal consiste en ce que l'union des deux sujets composants se fait par la soudure des parties osseuses, et la petite mâchoire du sujet parasite est attachée à la branche montante du maxillaire inférieur du sujet principal. Les deux cas que vient d'observer M. Dareste, et dont on trouvera une courte description dans le compte rendu de la séance, diffèrent de ce type par cette circonstance digne de remarque, que l'union du parasite au sujet principal ne se fait que par les parties molles. Ces deux cas, qui ne sont pas tout à fait isolés, puisque M. Dareste en cite un semblable rapporté par Mayer dans le *Journal de chirurgie* de Graefe et Walther, lui paraissent de nature à constituer un type générique à part, auquel il propose de donner le nom de *Plésiognathe.* Ce nouveau genre prendrait place ainsi à côté du genre *Myognathe* que M. Auzias-Turenne a établi il y a quelques années d'après un caractère analogue.

M. Davaine a communiqué les résultats d'expériences très-curieuses de revivification de diverses espèces animales et végétales. Nous avons cru devoir reproduire la relation de quelques-unes de ces expériences, d'autant plus intéressantes qu'elles révèlent un fait physiologique qui nous semble jeter un jour nouveau sur les difficultés contre lesquelles est venue se heurter récemment la question des générations spontanées.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. BERTULUS.

Sur l'analyse clinique et les méthodes thérapeutiques.

(Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale.)

Toutes les maladies ne consistent pas invariablement dans des lésions organiques locales, bornées soit à un tissu, soit à un appareil; elles ne sont pas surtout invariablement, comme le professait *Broussais*, des irritations ou des phlegmasies; la plupart d'entre elles tiennent à des causes générales, diathésiques, qu'il est très-important de discerner, et dont la recherche est par suite indispensable. D'autre part, la même cause a souvent des effets très-variés, et ses manifestations peuvent se traduire différemment par le fait de complications qui les masquent ou les altèrent. Or l'analyse clinique est le procédé logique, la méthode philosophique, par lesquels une maladie étant donnée, on la décompose dans les éléments morbides ou affections essentielles simples qui la constituent ou s'y compliquent, pour arriver avec autant de certitude que possible au diagnostic et au traitement.

De même que le chimiste recourt aux réactifs pour savoir si l'oxygène, l'azote, le carbone, entrent dans la composition d'un corps, de même le médecin recourt à l'analyse clinique pour connaître la nature d'une maladie, son état de simplicité ou de complication.

L'idée première de l'analyse clinique, idée précieuse s'il en fut jamais, appartient incontestablement au père de la médecine. On la retrouve dans plusieurs de ses ouvrages, notamment dans le célèbre livre des Épidémies. Galien l'enseignait et la pratiquait, et parmi les modernes, les médecins qui l'ont appliquée avec le plus de succès sont : Baillou, Cullen, Sydenham, Stoll, Boerrhaave, Sauvage, Franck et Selle ; mais c'est surtout Barthez qui a érigé l'analyse clinique en véritable dogme et qui en a vulgarisé les applications à Montpellier. Dans l'école de Paris, Pinel fit grand cas de cette méthode et l'enseigna au lit du malade; mais depuis cette époque, et spécialement pendant le règne de la médecine broussaisienne, ses règles disparurent de la plupart des ouvrages de pathologie médicale.

Pour analyser avec succès une maladie, il faut considérer successivement l'état moral du sujet, son tempérament, sa constitution, son idiosyncrasie, l'âge, le sexe, la profession, les habitudes, le climat, la saison, la constitution géologique de la localité, les maladies régnantes, l'existence possible des diathèses goutteuse, rhumatismale, scrofuleuse, syphilitique, dartreuse, psorique, cancéreuse, etc., etc., la présence dans l'économie de certains principes virulents ou contagieux.

Les médecins localisateurs, pour lesquels toute maladie se résume dans la lésion d'un organe ou d'un tissu, et qui ne voient rien au delà de ces derniers, souriront sans doute en entendant l'énumération de ces nombreuses circonstances pathogéniques; mais j'espère qu'aucun de vous ne les considère comme indifférentes, et ne saurait admettre qu'elles peuvent être étrangères à la constitution des états morbides.

Citons quelques exemples d'analyse clinique; ils achèveront de faire ressortir l'immense utilité de cette méthode, si oubliée de nos jours par les médecins.

Voici plusieurs sujets de tempérament, d'âge, de sexe différents, qui sont atteints de fluxion de poitrine; tous les signes sthétoscopiques et autres existent chez eux, mais voyez combien leur maladie peut varier :

L'un, vigoureux, sanguin, pléthorique, dans la force de l'âge, habitué à un régime succulent, présente un appareil fébrile des plus intenses; il a le visage vultueux, le pouls dur et plein, une céphalalgie intense; son sang, à peine sorti de la veine, manifeste une couenne épaisse; il n'y a point de doute à conserver, c'est une fluxion de poitrine inflammatoire légitime, qui appelle un traitement antiphlogistique énergique, le tartre stibié, administré selon les idées de Rasori et de Laënnec, etc.

A côté de ce malade, nous en voyons un autre qui a aussi une fluxion de poitrine. Il est de tempérament bilieux, ou sanguin-bilieux; il est né dans une de nos colonies intertropicales, ou bien sur l'un de ces territoires bas et humides qui sont si communs en Irlande, en Belgique, etc. Il a des râles crépitants à droite, des crachats caractéristiques, mais il existe chez lui un peu de teinte ictérique de la conjonctive et des ailes du nez; la langue est sale, limoneuse; il a des nausées et même des vomituritions bilieuses, une chaleur âcre et mordicante de la peau ; en un mot, tout nous prouve que la pneumonie est de nature bilieuse, qu'elle doit être combattue essentiellement par la méthode évacuante, et qu'elle n'appelle qu'avec une grande réserve les émissions sanguines générales et locales.

Chez un troisième pneumonique, de tempérament sec, nerveux, irritable, les symptômes de l'inflammation du parenchyme pulmonaire se compliquent d'un état général d'éréthisme et de spasme; la douleur a un caractère d'acuïté extraordinaire; la dyspnée est particulièrement intense, et le pouls est petit, fréquent, peu consistant. Une première saignée pratiquée au début, avant d'avoir pensé à l'analyse clinique, n'a pas diminué la douleur, qui, au contraire, a pris plus d'intensité. Il est évident que cette fluxion de poitrine est sous la dépendance de l'élément nerveux, et que son traitement ne doit pas être purement antiphlogistique; les antispasmodiques et les narcotiques doivent aussi y jouer un rôle important.

Un quatrième sujet, ivrogne de profession, arrivé à la maturité de l'âge, est aussi sous le coup d'une pneumonie caractérisée; mais il a le facies pâle, presque grippé; la peau presque froide; le pouls fréquent, mou et dépressible; il éprouve une faiblesse générale dont il se plaint avant tout, sur laquelle il attire l'attention du médecin. Saignerez-vous ce sujet? lui donnerez-vous des potions rasoriennes, ou bien recourrez-vous chez lui aux révulsifs, aux dérivatifs de la peau, aux potions avec le quinquina, le polygala de Virginie, etc.?

Mais nous n'avons pas fini l'énumération de toutes les formes de pneumonie que l'on peut rencontrer; en voici d'autres :

Un sujet entre à l'hôpital avec une pneumonie intense du poumon droit; on le saigne fortement du bras correspondant, et aussitôt la scène change; la variole, qui règne épidémiquement dans la localité, fait éruption, et la fluxion de poitrine disparaît comme par enchantement.

Un autre sujet, qui est goutteux, voit sa pneumonie céder avec promptitude dès que son affection se porte sur les articulations qui d'habitude sont malades.

Enfin, un dernier pneumonique nous présente la complication catarrhale, qui apporte des modifications si importantes dans la thérapeutique de la pneumonie.

Voilà donc sept cas bien différents de fluxion de poitrine, et je ne les ai pas inventés à plaisir, car vous ne pouvez avoir oublié que j'ai pu successivement vous les faire observer au lit du malade. Vous n'ignorez pas aussi que dans toutes ces formes de pneumonie que nous signale l'analyse clinique, il faut rechercher s'il n'existe pas derrière la maladie locale ce que j'appelle *un ennemi caché*, c'est-à-dire l'imminence des complications pernicieuse et typhoïde.

Mais ce n'est pas tout encore : il est indispensable de savoir autant que possible si la fluxion de poitrine est idiopathique, primitive, ou bien si elle a été précédée d'un état général fébrile dont elle ne serait que le symptôme; en d'autres termes, si elle ne se trouve pas sous la dépendance des fièvres bilieuse, muqueuse, catarrhale, ataxique, adynamique, etc., etc.; si ces fièvres elles-mêmes sont continues, ou rémittentes, quotidiennes, tierces, quartes, etc.

Il est donc incontestable qu'il y a pneumonie et pneumonie, et qu'il est absurde de professer que toutes les fluxions pulmonaires qui se traduisent par de la douleur, des crachats sanguinolents, de la dyspnée et des râles crépitants, résultent de l'inflammation pure et simple du parenchyme du poumon.

Du reste, ce que je viens de dire au sujet de la pneumonie, j'en fais chaque jour l'application à une foule d'autres cas bien différents.

Ainsi vous avez tous vu, il y a peu de jours, dans la salle Sainte-Elisabeth, une femme âgée d'environ cinquante ans, qui se plaignait d'une douleur intermittente dont les accès étaient précédés de frissons assez marqués, et qui affectait le trajet connu du nerf crural.

J'avais prescrit du sulfate de quinine associé au datura stramonium, à la valériane; des frictions avec le baume Opodeldoch; un vésicatoire à l'origine du nerf, et sur lequel on faisait des applications de morphine. Pourtant la douleur persistait; ses accès, plus violents la nuit que le jour, privaient la malade de sommeil. Cette dernière circonstance ayant appelé mon attention, je fis une analyse plus sérieuse de l'état de cette femme, et divers aveux qu'elle me fit m'ayant permis de soupçonner le virus syphilitique, je joignis aux moyens dont j'ai parlé l'emploi de l'iodure de potassium. Le surlendemain la névralgie avait cédé, et je n'ai plus de doute à conserver aujourd'hui sur sa nature spécifique.

Chez une autre femme qui subissait déjà un traitement de ce genre pour une ancienne infection, je n'ai pu faire tolérer les préparations d'iode qu'en combattant en même temps par les antispasmodiques et par l'opium une complication nerveuse qu'elle présentait.

Enfin, je vous ai démontré naguère que la rapidité avec laquelle six ou sept individus atteints de cachexie paludéenne et de fièvre intermittente rebelle avaient guéri sous l'influence de

l'ipéca, du fer, du quinquina, des bains tièdes, du valérianate de quinine et d'un régime approprié, que ce résultat rapide, dis-je, avait dépendu uniquement d'une bonne analyse clinique. Cette analyse ne permettait pas, en effet, de douter de la combinaison chez ces sujets provenant des localités les plus malsaines de l'Algérie, des éléments bilieux, nerveux, adynamique et périodique, à chacun desquels il fallait bien que le traitement s'adressât pour qu'il fût efficace.

Je crois en avoir assez dit pour vous faire bien comprendre la haute utilité de l'analyse clinique. Les avantages qu'elle offre au praticien sont immenses. Sans elle, il ne peut y avoir de diagnostic exact, et l'ignorance ou la prévention peuvent seules en faire mépriser les enseignements. Je vais vous dire maintenant quelques mots des méthodes thérapeutiques.

De même que l'analyse clinique, elles ont été d'abord indiquées par le père de la médecine d'une manière assez explicite ; on peut s'en convaincre, surtout lorsqu'il parle du traitement des maladies dues à l'élément fluxionnaire. Néanmoins les médecins qui marchèrent sur ses traces ne parurent pas se préoccuper beaucoup de la classification des méthodes thérapeutiques, et c'est Barthez qui le premier s'occupa sérieusement de cette matière dans son immortel *Traité des maladies goutteuses*, dont Frédéric Bérard a dit avec justesse qu'il n'était que la magnifique préface d'un grand ouvrage de pathologie et de thérapeutique générales.

Barthez a donc divisé les méthodes thérapeutiques :

1° En méthodes naturelles ;

2° En méthodes analytiques ;

3° En méthodes empiriques, subdivisées elles-mêmes en imitatrices, perturbatrices et spécifiques.

Prêtez-moi quelques instants d'attention, et vous verrez combien cette division de Barthez est philosophique.

Les méthodes dites naturelles ont pour objet de préparer, de fortifier, de faciliter les mouvements spontanés de la nature qui tendent à opérer la guérison des maladies. Elles sont fondées sur ce grand principe hippocratique que rappelait naguère aux élèves de la grande école organicienne M. Guéneau de Mussy, et que je vous ai rappelé moi-même bien souvent : *C'est la nature qui guérit les maladies.*

A ceux qui par esprit de système protestent contre ce fait, il n'y a que la réponse suivante à objecter :

Est-il vrai que la réduction et la coaptation d'une fracture étant opérées et maintenues, il se produit fatalement dans le canal médullaire d'un os long une cheville, et sur le point même de la fracture en dehors une virole, qu'au bout d'un certain temps cheville et virole disparaissent, et que la soudure osseuse est tellement solide qu'une nouvelle fracture ne pourrait plus avoir lieu sur le même point ? Est-il vrai encore que la consolidation et la formation même du cal deviennent impossibles chez les vieillards, les cachectiques, les scrofuleux, les scorbutiques, en un mot, chez tous les sujets dont les facultés vitales languissent ou sont dépravées ? Or si une guérison aussi merveilleuse que celle dont je parle n'est pas contestée ; si elle s'opère en dehors de l'influence du médecin, à l'insu même du patient ; si elle ne peut être retardée, contrariée que par l'inertie du *vis medicatrix*, comment pourrions-nous mettre en doute la puissance de ce dernier, ses efforts salutaires dans une foule d'autres cas bien moins compliqués et bien moins graves ?

Est-ce le médecin qui cicatrise les plaies, et spécialement celles de l'encéphale à la suite de certains coups de feu dans le crâne, comme j'ai été à même de le voir dans le temps chez un jeune marin dont la plaie située à la nuque, fournit pendant le traitement environ le quart d'un verre ordinaire de substance cérébelleuse mêlée à du pus ? Est-ce encore le médecin qui isole les corps étrangers au milieu des parties vivantes, et en forme de véritables kystes (1) ?

La réponse à ces questions n'est pas douteuse, Messieurs, il faut le dire bien haut et le répéter dans toutes les occasions : c'est la nature qui guérit les maladies, et cette nature, loin d'agir toujours en aveugle, manifeste souvent dans ses œuvres, dans ses efforts, une intelligence qui doit dérouter l'organicisme.

Les méthodes naturelles prescrivent donc au médecin de soutenir le *vis medicatrix* lorsqu'il faiblit, d'en modérer les efforts lorsqu'ils s'exaltent ou se dépravent, et de l'observer, de l'aider en tout temps. « Ces méthodes, dit Barthez, sont généralement indiquées dans les maladies où la nature a une tendance manifeste à affecter une marche réglée et salutaire. Ajoutons qu'elles n'ont rien de commun avec l'expectation dont on abuse tant, et qu'il ne faut pas les confondre avec elle, car l'application des moyens les plus variés et les plus énergiques en est souvent la conséquence. »

Les médecins qui s'accoutument de bonne heure à étudier les mouvements du *vis medicatrix*, ne commettent jamais les fautes graves que l'on ne constate que trop souvent dans les hôpitaux, lorsqu'on interroge avec soin certains malades. Ils se gardent bien, par exemple, d'arrêter brusquement certaines hémorrhagies, certaines diarrhées ; ils n'empêchent jamais l'évolution des fièvres éruptives par des moyens perturbateurs, ils n'agissent pas sur la gale et sur les dartres par des moyens caustiques ou répercussifs.

Enfin, ils ne prennent pas des fièvres graves pour des pneumonies, comme nous ne l'avons vu que trop souvent dans nos salles, chez des sujets qui avaient été saignés avec excès avant leur entrée à l'Hôtel-Dieu. Si vos souvenirs ne vous font pas défaut, je vous rappellerai parmi ces derniers cas celui d'un ouvrier serrurier âgé de vingt-huit ans, qui succomba il y a deux ans dans la salle Saint-Joseph, et qui nous déclara, en entrant à l'Hôtel-Dieu, qu'on l'avait saigné huit fois du bras, et que chaque fois il lui avait été tiré un demi-saladier de sang.

Citons quelques exemples d'application de la méthode naturelle, afin d'achever de vous faire comprendre en quoi elle consiste :

Un sujet est subitement atteint de congestion cérébrale intense ou d'hémorrhagie à la suite de la suppression des hémorrhoïdes, des menstrues ou d'une sueur habituelle. On le guérit en rappelant ces évacuations à leur ancien siége par les moyens rationnels.

De même j'arrive auprès d'un malade vigoureux, sanguin, pléthorique, chez lequel des fluxions s'établissent fréquemment tantôt sur le cerveau, tantôt sur les poumons. Aucun flux périodique ou habituel n'a été supprimé chez lui ; mais, connaissant les procédés qu'emploie la nature pour mettre obstacle aux fluxions scabreuses dont il s'agit, je lui fais poser des sangsues à l'anus, et je le mets à l'usage de l'aloès, qui, vous le savez, a la propriété de congestionner les vaisseaux hémorrhoïdaux. Tout étant rentré dans l'ordre, je verrai, dans le cas où le sujet serait âgé, s'il n'y aurait pas lieu de lui créer des hémorrhoïdes ou de lui ouvrir un cautère à la cuisse, selon la nature de ses fluxions.

Pourquoi, au début d'une fièvre typhoïde, m'efforcerai-je de déterminer un cours de ventre, et pourquoi, dans le choléra asiatique, recourrai-je à l'emploi des astringents plus énergiques pour arrêter la diarrhée ? Parce que tout nous démontre que dans le premier cas les évacuations alvines donnent seules des chances de salut au sujet, et qu'elles sont pour lui comme une soupape de sûreté ; tandis que dans le choléra, dont la cause est restée inconnue, l'observation prouve, au contraire, que la vie s'éteint en peu d'heures par le seul fait de la diarrhée, qui dépouille le sang de sa partie séreuse. On peut en dire autant de la suette miliaire épidémique, dont il faut bien se garder de favoriser le symptôme pathognomonique, c'est-à-dire les sueurs, puisque l'expérience prouve qu'elles sont funestes. Les sueurs d'un phthisique doivent-elles être bornées ou favorisées ? Il n'y a pas à hésiter.

Nous voyons tous les jours prescrire de l'opium, du sous-nitrate de bismuth, des astringents, à des sujets chez lesquels une diarrhée s'est subitement établie, et alors même que ce symptôme se trouve sous la dépendance d'un état bilieux ; n'est-il pas plus rationnel, en pareil cas, de respecter d'abord ces cours de ventre, de faire ensuite vomir le sujet avec de l'ipéca, afin de nettoyer l'estomac et la partie supérieure du tube digestif, et de recourir, en dernière analyse, aux calmants ? Qui pourra assurer, en effet, qu'une diarrhée de ce genre brusquement supprimée n'aura pas pour conséquence la méningite ou une fièvre bilieuse grave ?

J'ai vu quelquefois, surtout dans les pays chauds, pendant le cours d'affections cérébrales graves, le délire et les autres symptômes cérébraux diminuer et même céder sous l'influence de la révulsion qu'opéraient certaines sympathies ; par exemple, celle de l'estomac. Dans ces cas, je me serais bien gardé de couvrir le ventre de sangsues ou de ventouses scarifiées, tant que la gastro-entérite n'aurait pas elle-même constitué un nouveau péril pour le sujet ; car entre deux maux, il faut choisir le moindre. D'un autre côté, si des guérisons de méningite ou de céphalite ont pu avoir lieu par le fait de ces complications, ne serait-il pas rationnel de les provoquer dans d'autres cas où elles ne se décideraient pas ? L'emploi du calomel, ses excellents effets dans les fièvres dites cérébrales, l'emploi du kermès contre la pneumonie, répondent explicitement à cette question.

En terminant ce que j'avais à dire ici sur les méthodes naturelles, je vous citerai un exemple à jamais regrettable de leur oubli.

Naguère la tombe se fermait, dans une grande ville de France, sur la dépouille mortelle d'un savant du premier ordre, d'un illustre médecin, et ceux qui comme moi l'avaient connu et apprécié, se demandaient la cause de cette mort si brusque, si prématurée, et en somme si mystérieuse. Or cette, cause il m'est permis de vous la faire connaître ; c'est un ami commun qui me l'a révélée.

L'homme éminent dont je parle, sur le point d'entreprendre un voyage d'affaires, s'était brusquement supprimé, à l'aide d'une médication astringente, un flux catarrhal qui le fatiguait depuis quelque temps. Mais à peine ce flux a-t-il cessé, que de nombreux furoncles apparaissent sur la peau. Leur éruption n'ayant plus de fin, M X... prend le parti, pour pouvoir vaquer à ses affaires, de les toucher avec le nitrate d'argent au moment de leur apparition, afin de les faire avorter. Il ajoute à ce traitement des bains froids, alors que la saison en rendait l'emploi dangereux. Il réussit d'abord, mais bientôt une grave lésion des centres nerveux se développe ; elle fait des progrès rapides, et l'illustre malade s'éteint dans la paralysie. Médecin consommé, il n'avait jamais oublié que pour lui-même, et sans doute afin de pouvoir se livrer sans entraves à ses études chéries, les principes de la doctrine hippocratique, qu'il appliquait néanmoins avec tant d'intelligence à ses nombreux malades.

Je passe aux méthodes analytiques.

Leur nom même indique qu'elles ressortent directement des lumières acquises par l'analyse clinique appliquée spécialement à la recherche des éléments morbides. C'est-à-dire que ces méthodes ont pour but d'attaquer successivement ou simultanément, selon les cas, les diverses causes d'une maladie. Le traitement que j'oppose à l'Hôtel-Dieu aux affections rhumatismales vous a souvent fourni des exemples de cette méthode. Je vous ai démontré, en effet, dans plusieurs cas, qu'il est des rhumatismes aigus dans la constitution desquels on peut découvrir à la fois les éléments fluxionnaire, inflammatoire, bilieux et périodique ; chez les femmes nerveuses, hystériques, chez les sujets adonnés au coït, à la masturbation, aux liqueurs fortes, il n'est pas rare de voir les affections rhumatismales compliquées d'éréthisme général, de spasmes, etc. Or pour mettre un terme aux souffrances des malades et pour abréger autant que possible la durée de ces affections, toujours longues lorsqu'on ne les attaque pas à la fois dans leurs éléments constitutifs, il ne suffit pas de recourir exclusivement soit aux saignées, soit au sulfate de quinine comme le font quelques médecins ; il faut composer un traitement mixte, basé à la fois sur les émissions sanguines, les évacuants, les narcotiques et les antipériodiques. On attaque d'abord l'élément qui domine par les moyens qui lui sont propres, et à mesure qu'il cède on modifie la médication de manière à faire face aux autres complications. Le temps ne me permet pas d'insister davantage sur ces principes, mais vous ne pouvez douter de leur exactitude, car j'en fais chaque jour l'application sous vos yeux.

Enfin, « dans les méthodes empiriques de traitement, dit Barthez, on s'attache directement à changer la forme entière d'une maladie par des remèdes qu'indique le raisonnement fondé sur l'expérience de leur utilité dans des cas analogues. Ces méthodes conviennent surtout aux maladies où l'on a lieu de craindre que les inconvénients spontanés de la nature ne soient impuissants pour opérer la guérison, et dans celles qu'on ne peut décomposer en des éléments bien déterminés » (fièvre intermittente, maladie vénérienne invétérée, etc.).

J'ai dit plus haut que Barthez avait subdivisé les méthodes empiriques en *perturbatrices imitatives* et *empiriques spécifiques*.

Les premières tendent à substituer aux affections simples essentielles ou constitutives d'une maladie, d'autres affections plus fortes qui peuvent les dissiper (traitement des ophthalmies, des amygdalites par les astringents et les caustiques, etc., administration d'un vomitif un peu avant un accès de fièvre intermittente, guérison d'une affection syphilitique rebelle par des purgations énergiques, etc.). Mais ces méthodes, ne l'oubliez pas, exigent toujours beaucoup de prudence et de réserve, car leur application est hérissée de dangers.

Les *méthodes empiriques imitatives* tendent à déterminer la nature du malade à des mouvements conformes à ceux par lesquels la nature en général guérit souvent des maladies semblables (excitation à la fièvre dans certains cas caractérisés par l'inertie du *vis medicatrix*, application d'un cautère à la cuisse chez un phthisique, parce qu'on sait que d'autres ont vécu très-longtemps avec une fistule anale créée par la nature, etc.).

Enfin, la méthode empirique spécifique se rapporte à l'application de tous les remèdes et de tous les procédés à l'aide desquels on guérit les maladies sans que le mécanisme de ces guérisons puisse être expliqué (mercure, sulfate de quinine contre la périodicité, etc.).

DE L'APPLICATION DE LA CAUTÉRISATION LINÉAIRE

à l'ablation des lipomes ;

Par M. le docteur A. LEGRAND.

(Extrait d'un mémoire lu à l'Académie des sciences, séance du 31 janvier 1859.)

S'il est incontestable que l'emploi des caustiques en médecine remonte à une haute antiquité, à Celse au moins, il est cependant peut-être permis de dire que la *cautérisation linéaire et destructive* est, sous certains points de vue du moins, *une méthode nouvelle*.

Ainsi elle est nouvelle dans ce sens d'abord qu'on est encore fort éloigné d'être fixé sur les caustiques à employer, alors surtout qu'ils doivent varier selon le but qu'on veut atteindre, selon qu'on ne veut seulement que diviser la peau (*cautérisation linéaire*), ou que, ayant atteint par ce moyen un produit pathologique quelconque, on veut le détruire sur place (*cautérisation destructive*), si celui-ci a contracté avec les tissus voisins de puis-

(1) En 1844, je vis un autre exemple de cette puissance médicatrice de la nature pour la guérison des plaies : un maître d'équipage reçut une forte balle, qui arrivant obliquement par la fosse iliaque externe, brisa comminutivement cette partie de l'os des îles, contourna ensuite l'arcade crurale sans léser l'artère de ce nom, et sortit par le scrotum après avoir enlevé complétement le testicule droit, les deux tiers environ de la verge et la presque totalité du testicule gauche. Je croyais ce malade perdu, car je devais m'attendre au moins à des accidents inflammatoires consécutifs très-graves. Nous mîmes une sonde dans le canal afin d'empêcher l'urine qui s'écoulait involontairement de traverser la plaie scrotale, et nous le soumîmes ensuite à des irrigations d'eau froide. Sous l'influence de ce simple moyen adjuvant, la nature opéra la guérison radicale de cette grave blessure ; je ne saurais dire tout ce qui sortit en fait d'esquilles, de débris de vêtements, etc., à travers la plaie iléo-pubienne ; et un mois et demi environ après l'accident, le malade était renvoyé dans ses foyers avec un traitement de réforme. Les médecins de la marine qui ont fait comme moi la glorieuse expédition du Maroc, doivent avoir conservé le souvenir de ce blessé.

santes adhérences, qui ne permettent ni de l'isoler ni de l'enlever; ce qui est généralement facile dans tous les cas de tumeurs enkystées. Mais pour détruire sur place, je n'aime pas qu'on ait recours à une cautérisation aveugle (qu'on me passe cette expression), qui frappe de désorganisation tous les tissus qu'elle atteint, aussi bien ceux qui sont sains que ceux qu'il importe d'anéantir : cette cautérisation, que Chopart justement appliquait à la destruction des lipomes, et qui, agissant du sommet à la base de la tumeur, ou de sa base à sa superficie, détruit aussi la peau qu'il est toujours si utile, quelquefois si important, de ménager; aussi ce même chirurgien, qui *lardait* les lipomes de fragments de potasse caustique, n'obtenait-il jamais que des cicatrices plus ou moins difformes.

Les caustiques doivent encore varier selon leur mode d'action, qu'il faut savoir approprier aux différents tissus sains ou morbides sur lesquels on veut les appliquer.

Puis ensuite ne faut-il point rechercher si tous les agents de cautérisation jouissent de la précieuse immunité que j'ai attribuée à la potasse caustique, celle de ne jamais exciter le développement de l'érysipèle? Mais si la potasse a cette propriété, elle n'a pas celle d'empêcher les hémorrhagies, qu'elle rend cependant moins redoutables, tandis qu'elles ne sont jamais à craindre avec le caustique au chlorure de zinc. Mais ce dernier caustique produit, en outre, un effet bien singulier, c'est que, mis en contact avec certains tissus, d'une faible vitalité sans doute, *il les frappe de mort!* de telle sorte que, devenus des corps étrangers à l'économie, celle-ci réagit contre eux, les isole des tissus voisins, que le caustique a respectés, qui ont conservé toute leur vitalité, et qui rejettent *le cadavre*, qu'il devient facile alors d'enlever, si à l'aide de la cautérisation linéaire on lui a préalablement ménagé une issue. C'est cette propriété que j'ai heureusement appliquée à l'ablation des lipomes.

Comme on doit le penser, je n'y suis point arrivé du premier coup. J'ai d'abord espéré qu'on pourrait obtenir la résolution de ces tumeurs à l'aide de la cautérisation transcurrente : je n'ai pas tardé à m'apercevoir que je m'étais abusé, et je suis arrivé à cette conviction, malgré quelques faits isolés de résolution (obs. IV°), que pour ce genre de tumeur il fallait toujours en venir ou à l'ablation ou à la destruction sur place, méthode exposée dans mon premier mémoire. J'ai ensuite essayé (obs. I), la peau ayant été préalablement divisée à l'aide de la cautérisation linéaire, de procéder à l'élimination immédiate avec un pinceau chargé de caustique. J'ai réussi sans doute, mais le procédé, quoique plus expéditif, m'a paru trop douloureux pour être conservé, quoiqu'il m'ait paru l'être moins encore que l'ablation par le bistouri et qu'il ne se soit accompagné d'aucune perte de sang : circonstance importante, puisqu'elle permet de bien s'assurer que la tumeur est enlevée en totalité et qu'on n'a point à redouter une repullulation. C'est un avantage inappréciable que n'offre pas le bistouri, dont l'emploi peut être suivi d'une rechute, ainsi qu'en offre un exemple l'obs. II°, où j'ai commencé, mais avec des tâtonnements, à me servir du caustique Canquoin. La voie cependant était ouverte, et dans l'obs. XIII° je commence à en faire un usage plus abondant et surtout plus prolongé. Mais c'est surtout l'obs. XIV° qui offre le véritable spécimen de l'application de la méthode que je vais maintenant exposer :

Je commence donc par diviser la peau à l'aide de la cautérisation linéaire, et une fois la tumeur bien mise à découvert, je mets en contact avec elle, mais seulement avec elle, des fragments de forme appropriée de caustique Canquoin, et je les y maintiens pendant quarante-huit heures au moins, tout le temps nécessaire pour qu'il s'opère une espèce de combinaison entre le caustique et le produit pathologique, qui devient un corps étranger. On favorise le travail d'élimination à l'aide de pansements avec l'onguent de la mère Theckle et de cataplasmes émollients, préparés avec la décoction de têtes de pavots, *toujours indiqués pour calmer la douleur*, si elle persiste !

Je dois en effet le déclarer ici : moins heureux ou moins habile que d'autres qui m'ont suivi dans une voie que je crois avoir trouverte, et que je m'efforce d'explorer complétement, je n'ai point encore réussi à faire disparaître de la méthode de la cautérisation linéaire et destructive, *l'élément douleur*. Ce n'est pas que la cautérisation linéaire, qui consiste à diviser seulement la peau, et qui peut suffire pour les lipomes très-peu volumineux (obs. IX et XVII), soit fort douloureuse; elle est généralement assez facilement supportée, et puis elle est de peu de durée. Il n'en est plus de même pour le caustique Canquoin. Cet agent a sans doute une action énergique, puissante, mais il s'accompagne toujours d'une douleur qui dure de douze à quinze heures au moins, et qui est souvent assez intense pour troubler le sommeil et est toujours accompagnée d'une réaction générale, même quand exceptionnellement la douleur est légère.

Deux ou trois jours généralement suffisent pour amener la chute de l'eschare, qui dans la grande majorité des cas entraîne la tumeur avec elle, ce qui s'effectue cette fois sans la moindre douleur et sans qu'il s'écoule une seule goutte de sang. Cette circonstance permet de bien explorer la cavité que s'était faite la tumeur, de bien s'assurer qu'il n'existe plus aucun fragment du produit pathologique; auquel cas, rare en définitive, on aurait recours à de nouvelles applications du même caustique de plus en plus restreintes et par conséquent de moins en moins douloureuses.

Une fois l'eschare tombée, la tumeur enlevée ou entièrement détruite, on n'a plus qu'à procéder comme après l'ablation par le bistouri, c'est-à-dire qu'à rapprocher les bords de la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives, et on obtient ainsi une cicatrice aussi nette et aussi linéaire qu'après l'emploi le plus heureux de l'instrument tranchant. On a seulement à se tenir en garde contre une circonstance qui peut se présenter, celle du boursouflement des chairs (obs. XX). Ce boursouflement est la conséquence de la destruction du tissu cellulaire, résultat constant des progrès de la tumeur qui se l'assimile. Cet inconvénient se manifeste aussi, mais à un moindre degré, après l'ablation par l'instrument tranchant, et on y portera remède dans l'un ou l'autre cas, soit en ne se pressant pas trop pour amener la cicatrisation, soit en touchant légèrement avec le crayon de nitrate d'argent les tissus mis en contact.

La méthode que je viens d'exposer et qui me paraît offrir quelque caractère de nouveauté, a-t-elle des dangers, des inconvénients? Des inconvénients, oui; des dangers, aucun?

Depuis bientôt vingt ans que j'ai été amené à m'occuper de cautérisation, j'ai été consulté par trois cent cinquante personnes affectées de tumeurs de diverse nature; j'en ai rencontré trente-six atteintes de lipome, *mais je n'en ai eu que vingt à traiter*, dont les histoires figurent ou dans mon premier mémoire ou dans celui-ci, *qui en réunit quinze, toutes couronnées par le succès!*

La durée du traitement a varié entre quinze, vingt-cinq, trente-cinq, quarante-cinq et soixante-cinq jours; elle a été une seule fois de cent trente jours (obs. X°). En faisant entrer en ligne de compte ce dernier chiffre, tout à fait exceptionnel, on trouve que la moyenne oscille entre quarante-neuf et cinquante-deux jours, et si on la néglige, elle est plus exactement de quarante à quarante-cinq jours.

Quant au nombre des cautérisations, que j'ai réussi à abaisser de plus en plus au fur et à mesure que je perfectionnais la méthode, il a varié de 1 à 4, 8, 11, 18, 22 et 24, et même (mais exceptionnellement aussi, et pour ce même malade dont le traitement a été si long) il s'est élevé jusqu'à 55; ce qui donnerait une moyenne de 14 cautérisations par malade, mais de 11 seulement en négligeant ce dernier chiffre.

J'ai signalé la douleur, les phénomènes de réaction qui se sont manifestés, seulement après l'application du caustique Canquoin, mais en faisant remarquer la facilité avec laquelle ils se calment. Du reste, pas d'hémorrhagies; des pertes de sang insignifiantes seulement, toujours faciles à arrêter, et nulles dans les derniers temps; *mais surtout jamais d'érysipèle*. Je sais bien que des faits d'inflammation de ce genre ont été signalés (sans assez de détails pour pouvoir bien les apprécier) *après l'emploi des caustiques !*

Loin de moi la pensée de mettre seulement en doute ce qui a été avancé à ce sujet; mais quant à moi, je ne puis dire que ceci : *C'est que les vingt malades affectés de lipomes que j'ai traités ont subi deux cent soixante-sept cautérisations, soit linéaires, soit destructives, et que je n'ai jamais vu surgir aucun phénomène d'inflammation érysipélateuse !* La suppuration sans doute a été généralement plus abondante qu'après l'emploi de l'instrument tranchant, mais jamais assez pour fatiguer le malade, à plus forte raison pour l'épuiser.

J'ai au contraire prouvé par des faits (obs. VI° et VII°), comme si cela n'était déjà pas acquis à la science, que l'érysipèle pouvait succéder à des ablations de lipomes par le bistouri, si habilement mené qu'il puisse être, et que ces érysipèles pouvaient avoir une issue fatale, même lorsque la tumeur était située loin de la tête.

Mais est-ce à dire que pour l'ablation du lipome, dont je me suis exclusivement occupé dans cette note, on doive toujours avoir recours aux caustiques? C'est si peu mon opinion, que j'ai cité des ablations de lipomes volumineux heureusement enlevés à l'aide de l'instrument tranchant (obs. VIII° et IX°). C'est qu'en effet je doute que pour ce genre de lipomes la cautérisation soit applicable. Je craindrais que dans les cas de ce genre le malade ne succombât sous l'influence de la douleur, qui serait nécessairement en raison de l'étendue de la cautérisation, ou qu'il ne mourût plus tard, et cette fois épuisé par une suppuration d'autant plus abondante qu'on aurait affaire après l'ablation, soit partielle, soit d'emblée, à une plaie plus étendue. Aussi suis-je convaincu, quant à présent du moins, qu'on ne doit appliquer la cautérisation qu'à des tumeurs petites, ou du moins d'un médiocre volume.

Qu'on veuille donc bien aussi comprendre ma pensée; qu'on veuille être bien convaincu que je n'ai jamais eu la folle prétention de vouloir substituer dans tous les cas et toujours l'action des caustiques à celle de l'instrument tranchant. Bien plus médecin sans doute que chirurgien, je n'ai cependant jamais songé à faire un procès à la chirurgie, si hautement placée en France. Je veux seulement rechercher les cas où il peut y avoir plus d'avantages à avoir recours aux caustiques qu'à l'instrument tranchant.

DE L'ASTHME ET DE SON TRAITEMENT.

Par M. le docteur VIAUD-GRAND-MARAIS, de Nantes.

Depuis quelques années, le docteur Hyde Salter publie en Angleterre de remarquables articles sur l'asthme spasmodique ou dyspnée paroxysmale; ils ont été en partie reproduits par la presse médicale française.

Dans un récent numéro de *The Lancet*, M. Salter insiste sur les heureux effets des fumigations faites avec le *papier-salpêtre* (papier nitré). Il multiplie les observations en faveur de ce traitement. Vulgarisé en France par le travail de M. Amédée Lefèvre, le procédé de Nicolo Frisi y compte aussi de nombreux succès, et nous nous sommes empressés de publier les remarquables leçons du professeur Trousseau, et les deux lettres de MM. les docteurs Letenneur et Chaillery.

M. Hyde Salter promet la solution du problème de l'action thérapeutique des fumigations dites nitrées; ceci nous fait un devoir de faire connaître à l'avance quels sont les résultats que nous avons obtenus.

Déjà, dans notre thèse inaugurale, après deux observations, l'une de guérison persistante, l'autre d'amélioration notable d'asthme spasmodique sous la double influence du changement de pays et des fumigations nitrées, nous sommes entré dans l'étude de cette affection, étude dont voici les points les plus saillants :

Défenseur de l'asthme nerveux, nous devons attribuer les accidents à une contraction spasmodique des fibres de Reissessen, tantôt due à une action réflexe dont le point de départ est la muqueuse bronchique, le point de manifestation des phénomènes en retour le plexus pulmonaire, tantôt, mais plus rarement, due à une action excitante excito-motrice cérébrale, comme cela a lieu dans l'influence des émotions vives sur les accès.

Quant à la valeur pour la production des paroxysmes des conditions climatériques, nous le trouvons encore complétement d'accord avec l'observateur anglais. « Dans l'immense majorité des cas, l'air est d'autant plus favorable aux asthmatiques qu'il est moins pur. » Aussi voit-on le plus souvent les malades souffrir plus sur le bord de la mer que dans l'intérieur des terres, à la campagne qu'en ville, dans les quartiers aérés que dans les quartiers enfumés, les voit-on être impressionnés par les orages, les épidémies de grippe, etc., c'est-à-dire en raison directe de l'état ozonométrique de l'air. Nous pensons, et cette remarque nous est complétement personnelle, que l'oxygène, électrisé par sa plus grande affinité, irrite les bronches et produit ainsi par action réflexe la contraction sphinctérienne de ces conduits.

Quoique condamnant toute espèce de recherches spirométriques dans le paroxysme, nous avons dit que pour arriver à constater la nature des gaz expirés pendant cette période on tirerait peut-être avantage de l'appareil de Voltalini. L'air expiré y est reçu dans de l'eau de chaux où plongent des papiers rouges de tournesol. La chaux se neutralisant par l'acide carbonique, le papier tend à reprendre la couleur rouge que l'alcali lui a fait perdre, et l'on constate approximativement la quantité de gaz exhalé à l'aide d'une échelle colorée sur le modèle de l'ozonscala.

L'étude des gaz emprisonnés dans les cellules emphysémateuses donne des résultats inattendus et inexpliqués, d'après les recherches minutieuses de M. Heurtaux; signalons les chiffres suivants :

	1er cas.		2e cas.
Oxygène.	0 volumes.	—	0 volumes.
Acide carbonique. . . .	11 »	—	6,8 »
Azote.	89 »	—	93,2 »

Nous n'osons hasarder aucune théorie sur l'influence si souvent heureuse de la lumière sur la marche des accès.

Après avoir repassé les divers agents du traitement de la dyspnée paroxysmale, nous avons signalé l'heureux effet des fumigations nitrées, et montré qu'elles peuvent agir au loin, alors que la faible volatilité de l'*atropine* force à faire de très-près les fumigations vireuses.

Après avoir démontré que les fumigations de N. Frisi n'agissent ni par de l'oxygène libre, ni par des oxydes d'azote, ni par l'oxyde de carbone ou l'acide carbonique, nous sommes en mesure de prouver expérimentalement et théoriquement la présence d'une ammoniaque composée dans ces fumées, et de lui attribuer la cause des effets thérapeutiques. Malheureusement nous n'avons pu jusqu'à présent pousser plus loin nos recherches, ni faire connaître la nature exacte de cette base volatile qui teintait toujours dans ces expériences les papiers colorés.

Un nouveau travail comblera prochainement cette lacune, et nous étudierons les fumigations arséniatées, qui théoriquement devraient aussi dégager des produits alcalins (arsénio-ammoniaque).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 juin 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Chevreau acéphalien du genre peracéphale. — M. IS. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE entretient l'Académie d'un nouveau cas de monstruosité acéphalique du genre peracéphale, qui vient d'être observé sur un chevreau par M. Richard, facteur de la poste aux lettres à la Chartre (Sarthe), qui l'a envoyé en don au Muséum d'histoire naturelle.

La rareté et l'intérêt des faits de ce genre, dit M. Geoffroy-Saint-Hilaire, ne sont pas les seuls motifs qui m'ont décidé à entretenir quelques instants l'Académie du nouveau monstre acéphalien. J'ai cru devoir au zèle intelligent pour la science dont a fait preuve M. Richard, d'interrompre quelques instants les travaux qui m'occupent habituellement, et de revenir sur une question qui m'a déjà deux fois occupé.

Le nouvel acéphalien appartient au genre peracéphale de M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire. Non-seulement il n'existe point de tête et de cou, mais le thorax et les membres supérieurs manquent également. Un abdomen, supérieurement arrondi, un peu plus large que long ($0^m,17$ sur 0,16), et deux membres qui lui font suite, composent l'être tout entier. L'ombilic est beaucoup plus rapproché de la partie antérieure que de la partie postérieure de l'abdomen. Les organes sexuels étaient mâles; on n'en voit que les vestiges dans la préparation. Les membres sont de forme irrégulière, contournés, recourbés en dedans à leur extrémité, inégaux en volume et terminés par des doigts, en nombres différents de l'un à l'autre. Il y a deux doigts au membre droit, qui est le plus volumineux, le plus long (il a $0^m,18$), et aussi le plus recourbé; le gauche (long de $0^m,15$) en a, au contraire, trois également développés, et munis de semblables sabots comprimés. Le pied est donc ici, non bisulque, mais *trisulque*. Il n'y a point de queue. Le monstre est couvert de poils noirs, bruns ou gris sur la face supérieure du corps, blancs en dessous et sur la presque totalité des membres.

Ce chevreau peracéphale est né trijumeau.

Un des jumeaux a vécu quelques semaines, l'autre vit encore.

Les deux chevreaux viables étaient mâles aussi bien que le monstre. Celui-ci est né avant ses frères.

Nouveau genre de monstruosités doubles (polygnathiens). — **M. C. DARESTE** adresse une note sur un nouveau genre de monstruosités doubles appartenant à la famille des polygnathiens, dont il a eu récemment l'occasion d'observer deux cas.

Le premier est un agneau de six semaines, mort accidentellement, qui portait au côté droit du cou une bouche accessoire communiquant avec le pharynx. La peau présentait, dans la région droite du cou, une ouverture de près de 3 centimètres. Il y avait à côté de cette ouverture un petit appendice de 2 centimètres de long, velu en dehors et recouvert en dedans d'une membrane muqueuse, dont les bords ressemblaient à une lèvre inférieure, et qui portait sur sa face interne un petit os informe, mais portant à son extrémité deux dents incisives parfaitement reconnaissables, et entièrement semblables par leur forme et par leur grandeur à celles du sujet principal. Ce petit os ne présentait aucune adhérence avec les mâchoires du sujet principal. Le sujet principal ne présentait d'ailleurs aucune modification, si ce n'est une courbure assez prononcée dans la branche gauche du maxillaire inférieur.

La seconde pièce provient d'un agneau de huit mois. Il existe à la région parotidienne, au dessous de l'oreille, un appendice d'un peu plus de 3 centimètres de long, velu en dehors et présentant en dedans une membrane muqueuse avec des papilles presque aussi développées que celles qui, dans le mouton, revêtent la membrane muqueuse des lèvres, mais qui n'existent que sur un des côtés de cette membrane muqueuse. A l'endroit où s'insère cet appendice, que l'on peut comparer à une lèvre inférieure, on voit une petite masse dure, informe, n'atteignant pas un centimètre dans sa plus grande longueur, et qui représente, selon toute apparence, le maxillaire inférieur; puis après, une petite masse molle, charnue, qui rappelle la langue par sa forme et par son aspect. Derrière la langue, on voit une très-petite ouverture, de quelques millimètres seulement. C'est l'orifice d'un canal, ayant à peu près le calibre d'une plume à écrire, qui pénètre dans l'intérieur des parois du pharynx, et vient se terminer en cul-de-sac dans l'épaisseur des courbes musculeuses qui forment le voile du palais, à la pointe même de cet organe.

Ces deux monstruosités, bien que différant entre elles par un caractère anatomique important, la communication de la petite bouche avec l'œsophage dans la première, et l'absence d'une semblable communication dans la seconde, se ressemblent d'ailleurs beaucoup, et appartiennent évidemment à un même type générique, mais qui ne rentre dans aucun de ceux qui ont été établis jusqu'à présent. M. Dareste propose de désigner ce nouveau genre sous le nom de *Plésiognathe*, et de lui donner place à côté du genre *Myognathe*, établi déjà, il y a plusieurs années, par M. Auzias-Turenne, et dans lequel le sujet accessoire est attaché seulement par les parties molles au plancher de la bouche.

Conditions de l'existence de la réviviscence. — **M. C. DAVAINE** communique à l'Académie un travail intitulé : *Recherches sur les conditions de l'existence ou de la non-existence de la réviviscence chez des espèces appartenant au même genre.*

Depuis plusieurs années, dit l'auteur, j'ai commencé des recherches sur la propriété que possèdent certains êtres de retrouver, par l'humidité, les manifestations de la vie qu'ils ont perdues par une dessiccation plus ou moins absolue. Je me serais abstenu, jusqu'à ce que mon travail fût plus complet, d'en faire l'objet d'une communication à l'Académie, si de récentes publications sur ce sujet ne m'y avaient déterminé.

Les êtres sur lesquels ont porté mes expériences appartiennent aux rotifères, aux tardigrades, aux nématoïdes, aux infusoires et à quelques espèces végétales. L'objet de ma communication n'est point de déterminer le degré de dessiccation que ces êtres pourraient supporter sans périr, mais de constater l'existence ou la non-existence de la réviviscence chez ces êtres desséchés à l'air libre et dans des conditions semblables.

Ayant examiné à ce point de vue diverses espèces de rotifères, j'ai constaté, comme plusieurs observateurs, que celles qui habitent les mousses et le sable des gouttières jouissent de la propriété de se révivifier après avoir été desséchées; mais cette propriété, je ne l'ai retrouvée chez aucun rotifère vivant dans les eaux des rivières ou des étangs, et c'est à ce fait surtout, sans doute, que la divergence d'opinion des contradicteurs de Spallanzani doit être imputée.

On sait que plusieurs espèces de tardigrades qui vivent parmi les mousses avec les rotifères se dessèchent et se révivifient comme ceux-ci; j'ai constaté l'absence complète de cette propriété chez une espèce de tardigrade dont j'ai trouvé un grand nombre d'individus à la surface de plantes constamment submergées.

Des recherches semblables entreprises sur plusieurs vers nématoïdes microscopiques m'ont donné des résultats identiques : l'anguillule du vinaigre, celle des ruisseaux (*Anguillula fluviatilis*), périssent par une dessiccation d'une très-courte durée; celles qui se trouvent parmi les mousses, dans le sable des gouttières, celle du blé niellé, résistent à une dessiccation prolongée; cette dernière se révivifie même après plusieurs années; en outre, maintenue pendant cinq jours sous le récipient de la machine pneumatique, dans le vide desséché par l'acide sulfurique concentré, je l'ai vue retrouver les manifestations vitales après trois heures de séjour dans l'eau.

Enfin, parmi les végétaux (mousses, lichens ou conferves) qui croissent à la surface du sol, dans des lieux souvent desséchés, vivent plusieurs espèces d'infusoires; j'ai soumis à une dessiccation lente ces infusoires placés sur une lame de verre, et, sur la même lame de verre, j'ai traité comparativement de la même manière des infusoires d'espèces très-voisines pris dans l'eau d'un étang : les premiers se révivifient, même après plusieurs jours de dessiccation; les seconds, au contraire, périssent rapidement et constamment.

Des expériences semblables ont été faites sur diverses plantes microscopiques, et particulièrement sur celles qui sont douées de mouvements spontanés.

— **M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL** signale, parmi les ouvrages étrangers qui font partie de la correspondance, diverses publications de M. le professeur Zigarelli, et en particulier un ouvrage sur les systèmes médicaux. Ce livre, qui est un résumé des leçons que l'auteur a faites à l'Université de Naples, est renvoyé à M. Flourens avec invitation d'en faire l'objet d'un rapport verbal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 mai 1859. — Présidence de M. DUHAMEL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

1° Le Bulletin (3e année) des travaux de la *Société de médecine de Marseille*.

2° Un mémoire sur l'*emploi thérapeutique des corps gras phosphorés extraits de la moelle allongée des mammifères*, par M. Baud, de Contrexéville.

3° Le numéro d'avril du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

Du débridement des hernies. — **M. BOYER.** Je désire appeler l'attention de la Société sur deux dangers principaux auxquels est exposé le chirurgien dans le débridement des hernies, je veux parler de la blessure de l'intestin et de la lésion des artères situées au pourtour de l'anneau; de nombreux instruments ont été inventés dans le but de donner plus de sécurité à l'opération; ceux que j'ai fait fabriquer et que je vous présente aujourd'hui, me paraissent destinés à rendre service dans le débridement de l'anneau. Les artères sont situées en arrière, très-près de la circonférence de l'anneau; à l'aide de ma petite sonde courbée introduite dans l'anneau, je puis repousser l'artère et l'éloigner du champ de l'instrument tranchant; le bec introduit dans l'abdomen presse la paroi abdominale.

Pour éviter de blesser l'intestin, ma première ouverture du sac ne va pas jusqu'à l'anneau; je coupe ensuite le collet du sac, et pour débrider l'anneau, je fais usage de ciseaux armés d'une petite aile qui les empêche de pénétrer trop avant; la branche au-dessus de l'aile ne permet de couper que l'espace d'un millimètre de dehors en dedans. Ces ailes, qui existent aussi à ma sonde, sont analogues à celles de la sonde ailée de Méry.

M. DUPERTHUIS fait observer qu'on ne sait pas toujours exactement la position de l'artère et qu'elle n'est pas isolée.

M. BOYER. C'est justement dans le but de l'isoler que j'ai fait faire la sonde que je vous présente.

De la médication tonique. — **M. ELLEAUME** lit en son nom, et au nom de M. Duhamel, un rapport sur un travail de M. Milon.

Le rapporteur, après avoir énuméré rapidement les agents de la médication tonique, aborde l'usage des toniques dans la fièvre typhoïde. Il faut, dit M. Milon, les employer dans la forme adynamique; on devra préférer la poudre de quinquina (4 grammes dans une infusion de café). L'auteur émet une opinion qui s'éloigne beaucoup des idées actuelles; il considère l'hémorrhagie intestinale qui survient dans la fièvre typhoïde comme la manifestation d'une crise salutaire. Cette hémorrhagie n'est grave que dans le cas où elle est abondante, ou quand elle devient générale. M. Elleaume ne peut partager complétement une telle idée. Les hémorrhagies intestinales doivent toujours préoccuper le médecin, parce qu'on ne sait jamais quand elles s'arrêteront, et si, par leur abondance, elles ne peuvent compromettre l'existence du malade.

Aussi doit-on se hâter de les arrêter par tous les moyens possibles. M. Milon traite complétement la question de l'alimentation dans la fièvre typhoïde. Selon lui, et M. Elleaume partage son opinion, il faut soutenir les forces du malade dès le début au moyen de quelques cuillerées de bouillon pour augmenter progressivement au moment de la convalescence. Il y a même une sorte de délire sans fièvre ni lésion cérébrale, qui ne cède que par l'emploi des toniques. Enfin, l'auteur du mémoire prouve l'utilité des toniques dans la pneumonie des vieillards ou dans les maladies aiguës qui surviennent dans le cours de la convalescence d'une autre affection.

Sur les conclusions du rapporteur, M. Milon est nommé membre titulaire.

— Un scrutin a lieu pour la nomination d'un second vice-président. M. Guersant réunit l'unanimité des suffrages.

De la pyohémie. — **M. FABRE.** Je viens rendre compte à la Société d'une brochure ayant pour titre : *De la pyohémie*, que M. le docteur Édouard Lecoq lui a adressée en lui demandant le titre de membre correspondant.

M. Lecoq propose de réunir sous la désignation commune de pyohémie les mots résorption purulente, diathèse purulente et infection purulente. Ce nouveau mot a été choisi, comme titre de son travail, par l'auteur, parce que, dit-il, il indique simplement, sans rien préjuger, la présence du pus dans le sang.

M. Lecoq, se défiant de ses forces et retenu par un respect très-louable sans doute, mais peut-être exagéré pour ses maîtres, s'est contenté de classer méthodiquement les idées des autres, en évitant d'en produire de nouvelles. La seule chose originale et qui lui appartienne, c'est la proposition d'appeler *résorption purulente* le mode suivant lequel disparaissent les collections de pus, suite d'inflammations franches; en d'autres termes, à la terminaison par *délitescence*. Si cette proposition était acceptée, elle augmenterait encore, suivant nous, la confusion que l'auteur voudrait faire cesser.

Il appellerait, au contraire, infection purulente le passage dans le sang du pus de mauvaise nature, chargé de principes septiques, qui déterminent toujours des accidents graves.

Enfin, il réserverait le nom de *diathèse purulente* à une disposition particulière de l'économie, qui paraît survenir surtout après certaines maladies graves, et qui, en l'absence de tous foyers, se caractérise par la formation de nombreux abcès ou de collections purulentes de diverses espèces. Si cette proposition était acceptée, elle augmenterait encore, suivant nous, la confusion que l'auteur voudrait faire cesser.

M. Lecoq examine les différentes opinions émises sur la pyohémie. Il passe en revue la théorie de la métastase, de la phlébite, de la résorption purulente, de l'infection purulente et de la diathèse purulente, mais sans se prononcer pour aucune d'elles.

Quant à la question de savoir si le pus est absorbé par les veines ou par les lymphatiques, après avoir cité les expériences tentées, M. Lecoq conclut avec les faits, que cette absorption est possible par ces deux voies.

Comme je l'ai dit, cette brochure, qui est la thèse inaugurale de l'auteur, est un résumé complet de l'état de la science sur cette question; quoiqu'elle ne présente rien de neuf, on peut dire que l'auteur a fait preuve de beaucoup de méthode et d'érudition.

M. le docteur Lecoq termine son travail en disant que tout en plaçant dans le même cadre nosologique l'infection purulente, la résorption purulente, la diathèse purulente et la fièvre puerpérale, ces différents états morbides présentent des différences tellement tranchées qu'on ne peut les regarder comme une seule et même affection. C'est dans ces idées et séduit par la beauté du sujet, qu'il entreprendra de nouvelles recherches pour élucider cette grande question de pathologie. Je ne doute pas que M. Lecoq soit un des membres de la Société le plus actifs; aussi je vous propose de lui accorder le titre de correspondant.

Ces conclusions sont adoptées, et M. Lecoq est élu membre correspondant.

Le secrétaire annuel, Dr Al. MAGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La *Gazette médicale* de Paris publie dans son dernier numéro la note suivante :

AMBULANCES DE L'ARMÉE D'ITALIE.

Médecin inspecteur : M. le baron Larrey, membre du conseil de santé, médecin en chef de l'armée d'Italie.

Médecins principaux de 1re classe : MM. Boudin, Thomas, Salleron, Bertherand, Méry, Champouillon, Cazalas, Fénin.

Médecins principaux de 2e classe : MM. Maupin, Périer.

Médecins-majors de 1re classe : MM. Coblence, Menuau, Gramaccini, Rossignol, Bourdier, de Santi, Gerrier, Gueury, Cordier, Philippe, Pallier, Martenot de Cordoux, Busschaert, Legouest, Lacronique.

Médecins-majors de 2e classe : MM. Renard, Delassus, Cordier, Ehrmann, Vincent, Bécane, Quesnoy, Lefebvre, Armand, Brault, Petitgand, Lemarchand, Honnau, Daga, Corne.

Médecins aides-majors de 1re classe : MM. Glaesel, Morelle, de Menou, Dufresne, Chaumerou, Contrejean, Navarre, Meunier, Spire, Ropert, Potor, Barberet, Aubas, Molard, Delaunay, Lecomte, Windrif, Courboulis, Reeb, Remy, Baelen, Poppleton, Cocud, Bezins, Ponton, Hervé, Renard, Mauduit, Barthet, Rollet, Rol, Bedié, Rozan, Puech, Aspol, Bessière, Rueff, Perréon, Raoult Deslonchamp, Fleury, Allaire, Driard, Douchez, Balech, Milliot, Casses, Chabrely, Petibon, Ouradou, Duanthier, Paret, Widal, Fuzier, Bigot, Morand, Dubosq, Gronnier, Vézien, Mouret, Herbecq, Courbet, Marlier, Mouillac, Roudet, Alix, David de Lestrade, Doin, Hattute, Tirard, Scoutetten, Jacquemin, Mutel, Paulet.

Médecins aides majors de 2e classe : MM. Boulogne, Guirard, Perrod, Gaujot, Buffet, Tessier, Lhonneur, Krug, Sculfort, Libermann.

Médecin aide-major commissionné : M. Jean.

Pharmaciens principaux de 2e classe : MM. Demortain, Robillard.

Pharmaciens-majors de 1re classe : MM. Gillet, Capiomont.

Pharmaciens-majors de 2e classe : MM. Piton, Cassaigne, Maublanc, Leprieur.

Pharmaciens aides-majors de 1re classe : MM. Dulierre Boyer, Bouché, Landreau, Dedigneulle, Rateau, Coupard, Besnier, de Montèze, Monsel, Couderc, Cornillon, Soulé, Senaux, Cohade.

Pharmaciens aides-majors de 2e classe : MM. Cauvet, Truquet, Seguinaud, Aveline, Mulet, Musculus, Parant, Berguier, Fleury, Babeau.

Pharmacien aide-major commissionné : M. Marcailhou.

Tout le corps de santé militaire est plein de zèle et de dévouement à sa mission; il est aussi reconnaissant à qui de droit de l'avenir meilleur que lui promet le dernier décret d'organisation. Toutefois, il est impatient de voir se réaliser pleinement tous les avantages que doit nous assurer ce premier décret, et aussi ceux qui doivent nous être faits par les soins d'une commission spéciale chargée de réglementer les rapports de notre position hiérarchique médicale avec les divers grades de l'armée. Heureusement qu'à l'époque où nous sommes nous pensons ne pas devoir craindre que ce décret reste à l'état de lettre morte comme celui du 3 mai 1848.

Novare, le 1er juin 1859. ARMAND.

Médecin-major à l'ambulance du quartier général du 4e corps de l'armée d'Italie.

— Un prix extraordinaire de 200 écus romains est offert par l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare à l'auteur du meilleur mémoire sur cette question : « *Des maladies mentales dans leurs rapports avec la médecine légale.* »

Les mémoires, écrits en italien, latin ou français, devront parvenir *franco*, avant le 31 mars 1862, à M. le secrétaire de l'Académie médico-chirurgicale, à Ferrare.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 JUIN 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Une série de rapports sur les remèdes secrets et quatre lectures de mémoires sur des sujets divers, dans lesquels la chimie joue un grand rôle, tel est le contingent de cette séance très-bien remplie. La plupart de ces lectures devant devenir l'objet de rapports, une simple indication des sujets qui y ont été traités, avec les résumés qui figurent dans le compte rendu de la séance, devra suffire pour le moment.

Le mémoire lu par M. H. Gaultier de Claubry a pour but la détermination dans les eaux naturelles ou minérales des proportions des acides carbonique ou sulfhydrique. L'auteur indique dans ce travail les procédés qu'il a imaginés pour faciliter cette détermination et pour résoudre les diverses questions qui s'y rattachent.

M. O. Réveil a soumis à l'examen de l'Académie deux mémoires, l'un, dont il s'est borné à énoncer le titre, sur une question qui intéresse l'hygiène publique, l'infection des eaux de source par les produits des usines et principalement ceux des usines à gaz ; le second, dont il a donné lecture complète, sur une question de toxicologie qui a été depuis quelque temps l'objet d'une attention spéciale, l'empoisonnement par le phosphore. Ces deux mémoires ont été renvoyés à des commissions qui y trouveront le texte d'utiles rapports.

Enfin M. Leconte a lu quelques extraits d'un travail très-étendu qu'il a fait en collaboration avec M. Demarquay sur l'action physiologique et pathologique des gaz injectés dans les tissus des animaux vivants. On trouvera dans le compte rendu l'énoncé des conclusions de ce mémoire, complément des précédents travaux que ces deux auteurs ont déjà communiqués sur le même sujet à l'Académie des sciences, notamment dans la séance du 3 mai dernier. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. E. BARTHEZ.

Observation d'angine couenneuse avec présence d'une quantité considérable d'albumine dans les urines.

(Observation recueillie par M. le Dr CRÉQUY, ancien interne du service.)

Le 22 décembre 1858 est entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Mathilde, n° 26, la nommée Augustine F..., âgée de douze ans et demi, d'une bonne santé habituelle, d'une constitution forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Cette jeune fille éprouve depuis quatre ou cinq jours quelques malaises. Des symptômes survenus du côté de la gorge ont engagé sa famille à la conduire à l'hôpital.

Voici l'état dans lequel nous la trouvons au moment de notre visite du soir :

Elle est couchée sur le côté droit, mais ce mode de décubitus n'a rien de spécial; elle se met facilement sur son séant, et quelques instants avant notre visite elle se promenait dans la salle ; les joues sont pleines, légèrement colorées, les yeux conservent leur aspect normal, et si ce n'est *une voix nasillarde*, rien dans l'habitude extérieure ne décèle une maladie grave.

Il en est de même de l'état des différentes fonctions. Quelques saburres sur la langue, un peu d'inappétence, une légère fréquence du pouls, constituent à peu près l'ensemble des troubles fonctionnels. La respiration, la calorification, les fonctions sensorielles et motrices n'ont subi aucune altération importante.

Cependant, lorsqu'on vient à examiner la gorge, on est frappé du peu d'harmonie qui existe entre la gravité des phénomènes dont elle est le siége et la bénignité des symptômes généraux. En effet, les amygdales, la moitié inférieure du bord libre du voile du palais, les piliers, sont recouverts d'une fausse membrane d'un gris blanchâtre, épaisse de plusieurs millimètres et tapissant les parties que je viens de nommer, à la manière d'une couche de vernis non interrompue. Sa consistance est telle, qu'on peut la détacher de la luette sous forme d'un doigt de gant et faire avec le reste des lambeaux aussi étendus que les organes qu'elle recouvrait.

Les parties avoisinant la fausse membrane sont légèrement rouges ; cette coloration se perd insensiblement avec celle des tissus voisins. Les organes envahis par la diphthérite sont le siége d'un gonflement considérable ; les amygdales arrivent presque au contact, et la luette, comprimée entre ces glandes, est repoussée en avant. Cette obstruction de l'istbme du gosier est probablement la cause de ce timbre nasillard de la voix que nous avons déjà signalé. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés des deux côtés, et le tissu cellulaire environnant est engorgé.

Le traitement pratique de ce premier jour consista dans l'enlèvement des fausses membranes, suivi d'une vigoureuse cautérisation avec partie égale d'eau et de nitrate d'argent, l'administration d'un vomitif et d'une potion avec 4 grammes de chlorate de potasse.

Le 23 décembre, les fausses membranes se sont reproduites avec les mêmes caractères ; on les arrache de nouveau en larges lambeaux, et on répète le même traitement. Les symptômes généraux n'ont pas acquis de gravité. Les urines, examinées à l'aide de la chaleur et de l'acide nitrique, ne contiennent pas d'albumine.

Le 24, la luette et les amygdales se sont recouvertes de fausses membranes ; les symptômes généraux sont toujours légers, mais les urines précipitent abondamment par la chaleur et l'acide nitrique, et le précipité n'est pas redissous par un excès d'acide. — Même traitement, et de plus gargarisme avec alun et miel rosat.

Le 25, les fausses membranes se sont encore reproduites, mais moins abondantes que les jours précédents. Il existe encore du gonflement des ganglions sous-maxillaires ; les symptômes généraux ont presque disparu, l'appétit est meilleur.

Le 27, la gorge se nettoie, il reste à peine quelques pellicules pseudo-membraneuses sur les amygdales.

Le 3 janvier, l'enfant sort guérie, sauf la persistance d'une légère quantité d'albumine dans les urines.

Cette observation est remarquable par le contraste qui existe entre le peu d'intensité des phénomènes généraux et l'état de la gorge envahie par de larges fausses membranes.

On devait être porté à croire que l'affection était toute locale, et que le reste de l'économie n'était pas sous l'influence du poison morbide. Mais ces prévisions ne furent pas justifiées, et deux jours après l'entrée de la malade on trouva une grande quantité d'albumine dans les urines, preuve que l'affection était plus générale qu'on ne l'avait d'abord supposé.

La diphthérite peut donc revêtir les formes les plus variées. Ainsi, elle peut ne faire qu'effleurer l'économie et se traduire par quelques pellicules pseudo-membraneuses dans la gorge.

D'autres fois, il existe des fausses membranes dans la gorge, de l'albumine dans les urines, sans symptômes généraux graves.

Une forme plus commune est la présence de fausses membranes dans la gorge avec tendance manifeste à gagner les voies respiratoires et symptômes généraux.

Enfin, la diphthérite peut revêtir un caractère infectieux d'emblée, et l'économie est en quelque sorte anéantie avant que la maladie se soit traduite par des lésions locales.

Ce dernier mode de terminaison, exagéré sans doute par les anciens, a peut-être été trop méconnu par M. Bretonneau, qui considère la mort comme étant toujours occasionnée par l'extension des fausses membranes au larynx.

Doit-on tirer de ce qui précède la conclusion qu'il n'existe pas d'angine couenneuse en dehors de la diphthérite? Je n'oserais pas me prononcer. Mais toujours est-il qu'en temps d'épidémie on voit fréquemment dans une même famille deux enfants pris simultanément ou à quelques jours d'intervalle d'angine couenneuse. Chez l'un, elle gagne le larynx et détermine la mort; chez l'autre, elle reste bornée au pharynx, sans qu'il soit possible, dans l'état actuel de la science, de prévoir cette marche.

Les choses se passent ici comme dans l'éruption scarlatineuse, qui quelquefois reste bornée à la gorge et donne à peine lieu à une réaction générale, et d'autres fois se manifeste sur toute la surface du corps et s'accompagne d'un ensemble de symptômes fébriles des plus intenses.

L'importance de ce fait est considérable, et on sent tout ce qu'il pourrait y avoir de préjudiciable pour le malade si le médecin se laissait abuser par les signes que l'on a indiqués pour différencier les diverses formes d'angines couenneuses.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Sur le rétrécissement du vagin consécutif à l'emploi du fer rouge dans les maladies utérines.

Par M. le docteur ANSELMIER.

Le rétrécissement du vagin est quelquefois la conséquence de l'emploi du fer rouge dans les maladies utérines ; je ne saurais dire quelle est sa fréquence, car je n'en ai encore observé que trois cas, et n'ai trouvé aucune statistique à cet égard. En faisant ici un appel à ceux de mes confrères qui en auraient rencontré dans leur pratique, je ne doute pas que la science n'en profite et que ces éléments n'apportent dans le manuel opératoire, et peut-être dans la méthode elle-même, quelques modifications importantes.

Je me bornerai donc à présenter sur cette infirmité quelques vues particulières aux malades que j'ai observées ; elles seront relatives au degré, à l'étendue et au siége de la coarctation, aux troubles apportés dans les fonctions de l'organe, c'est-à-dire la sortie du sang menstruel, la copulation et l'accouchement ; enfin à l'exposition des moyens que j'ai employés pour y obvier.

Les effets bien connus d'atrésie que déterminent les brûlures accidentelles situées dans le voisinage des orifices naturels, telles que les paupières, la bouche et surtout l'anus, dans le traitement des hémorrhoïdes par le cautère actuel, donnent une idée de la lésion que la même cause peut déterminer sur le vagin. La rétractilité du tissu inodulaire et l'atrophie progressive des téguments soumis à une certaine quantité de calorique, expliquent ici aussi le rétrécissement de cet organe, et même son oblitération complète.

L'observation première va nous montrer le vagin passant d'un rétrécissement progressif à l'atrésie de tout l'organe, et à son imperméabilité, même au sang menstruel.

Mme D..., âgée de trente-quatre ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une belle constitution, vint me consulter, il y a dix-huit mois, pour des douleurs qu'elle ressentait dans le ventre et les lombes ; elle me dit que depuis plusieurs mois elle ne voyait plus ses règles, et que cependant elle n'était pas enceinte, car par suite d'une opération qu'on lui avait faite à Douai (Nord), elle ne pouvait plus avoir aucune relation avec son mari. Mariée jeune, elle s'était toujours bien portée, quand elle fut prise, il y a huit ans, de douleurs atroces dans le ventre et dans les reins. Elle suivit successivement plusieurs traitements sans en obtenir d'amélioration, et après six mois elle consulta un médecin de Bruxelles, qui lui conseilla la cautérisation au fer rouge. Elle fut prise après l'opération de douleurs très-vives dans le ventre et les lombes ; le ventre devint énorme, et une fièvre terrible s'alluma ; les sangsues, les cataplasmes, les bains furent plusieurs fois employés, et peu à peu elle se rétablit, après une convalescence de huit mois.

L'examen que je fis de la malade me fit découvrir l'oblitération complète du vagin ; cet organe est remplacé par une cicatrice à 2 centimètres du méat urinaire ; les caroncules même ont disparu. Le ventre est sensible au niveau de l'ovaire gauche et de la matrice. Le toucher anal me fait reconnaître le corps de l'utérus, qui est volumineux et sensible ; son col est distinct mais adhérent à une bride fibreuse qui paraît le prolongement de la cicatrice dont j'ai parlé ; il en est séparé par un intervalle d'environ 3 centimètres; cette bride est le dernier vestige du vagin.

J'appelai en consultation notre excellent confrère M. Chassaignac, et comme moi il ne put constater aucun orifice vaginal. Les douleurs qu'avait ressenties la malade étaient évidemment produites par la rétention du sang menstruel. L'opération fut décidée; mais la malade, ne souffrant presque plus, demanda que celle-ci fût remise à une époque suivante. Je la fis en effet vingt jours après, lorsque la pesanteur au périnée, une lassitude générale et quelques douleurs utérines me firent penser à un nouvel effort du sang menstruel à se frayer un passage. J'incisai dans la direction du col avec un bistouri droit, et j'arrivai, après une ponction de deux centimètres, au milieu d'un tissu fort dur, à une collection sanguine ; des mucosités utérines mêlées au sang s'en écoulèrent immédiatement : les règles durèrent quatre jours. Je n'avais fait qu'une simple ponction, destinée seulement à donner issue au sang menstruel ; mais alors que cet effet était produit, devais-je débrider plus largement, et par la dilatation chercher à rétablir les dimensions de l'organe? C'eût été sans aucun doute le désir de ma malade, qui avait longtemps déploré sa stérilité ; toutefois je m'en abstins par les raisons que j'exposerai plus loin, et je me bornai à ne rétablir que partiellement les fonctions du vagin, et seulement en ce qui concerne l'excrétion du sang menstruel.

Aussitôt après la cessation des menstrues, je me suis donc appliqué à canaliser l'incision que j'avais faite, et les bougies ont suffi pour cela. Aujourd'hui encore cet orifice est conservé, et donne tous les mois passage au sang des règles.

L'observation II est relative à une coarctation du vagin n'occupant que l'entrée de cet organe.

Mme H..., âgée de 22 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, grande et maigre, vint l'année dernière faire ses couches chez une de ses parentes, à Paris. Elle me fit appeler vers la fin du huitième mois de sa grossesse. Elle me dit que c'était pour la première fois qu'elle était enceinte, que depuis trois ans sa santé s'était beaucoup améliorée, et que pour le moment elle se portait à ravir. Le palper et l'auscultation ne m'ayant laissé aucun doute sur l'existence et l'époque de la gestation, je ne pratiquai pas le toucher. Dans la dernière quinzaine, ayant voulu le faire pour m'assurer de l'état du col, je ne pus pénétrer dans le vagin. Je fis des questions et j'appris que Mme H..., mariée à l'âge de 18 ans, avait éprouvé un an après des douleurs dans le bas-ventre et dans le dos, suivies de pertes de sang fréquentes par la vulve. On crut d'abord qu'il s'agissait d'un polype utérin ; puis, après bien des tentatives infructueuses pour le découvrir, on pensa que toute la maladie était le résultat d'un engorgement du col, et on fit une cautérisation au fer rouge. Cette opération augmenta, pendant quelques jours, les douleurs, et détermina quelques coliques qui cédèrent à des lavements, des bains prolongés et diverses pommades. Elle se rétablit en un mois, et depuis lors elle n'eut plus ni douleurs ni pertes. Toutefois les approches de son mari sont devenues de plus en plus douloureuses et difficiles ; aussi est-elle maintenant fort contente d'être enceinte, pour être délivrée de ses obsessions.

L'entrée du vagin permet difficilement l'introduction d'une sonde ordinaire de femme ; la coarctation est limitée à cette partie de l'organe. Les téguments qui forment le rétrécissement sont devenus excessivement résistants, sans aucune élasticité ; on dirait que le tissu fibreux les compose seul.

Le débridement multiple me parut indiqué ; toutefois je fus d'avis de le différer jusqu'au moment de l'accouchement.

Celui-ci eut lieu dix-sept jours après ; quand les douleurs devinrent fréquentes, après six heures de travail, j'incisai la bride fibreuse à droite, à gauche, et en arrière vers la cloison recto-vaginale. Il s'en écoula peu de sang : je fis cette incision en me servant d'un bistouri boutonné glissé sur une sonde cannelée d'abord, puis guidé par l'index gauche quand je pus l'introduire. Je pus alors pratiquer le toucher, et je reconnus la tête en position occipito iliaque gauche. Une heure après eut lieu la rupture de la poche des eaux, et l'accouchement se termina heureusement, ayant duré dix-huit heures, comme on le voit, sans s'être de beaucoup prolongé qu'un travail normal chez une primipare.

Dans les grandes douleurs les incisions se prolongèrent en éraillures, toutefois avec peu de souffrances. Des lotions d'eau calmèrent les douleurs et la cuisson vive qui s'y manifestèrent après l'accouchement. Un spéculum bivalve en argent fut introduit dès le huitième jour et fut laissé en place deux heures tous les jours. La cicatrisation fut complète vers le vingt-cinquième jour, et le vagin conserva, grâce au débridement et à cette dilatation, un calibre ordinaire.

Dans les deux observations précédentes, et surtout la dernière, où j'avais à redouter des accidents graves soit de l'étendue des solutions de continuité et de leur siége, soit de l'état puerpéral, qui est toujours une sérieuse complication dans les opérations que peut rendre nécessaires la terminaison de l'accouchement, je me suis servi des irrigations d'eau continues à la température de 12 à 14 degrés centigr. Je n'ai employé aucun moyen particulier pour la chauffer ni pour la refroidir, les grands désordres de nature traumatique semblant devoir proscrire les deux extrêmes dans la température des irrigations.

Voici comment j'ai disposé ce pansement : après avoir placé la malade sur une toile cirée recouverte d'un drap plié en plusieurs doubles, j'ai roulé et relevé les quatre côtés, et j'ai incliné le plan du lit un peu vers la gauche pour conduire en dehors du lit l'eau qui aurait servi. Puis, au moyen d'un tube de caoutchouc recourbé en siphon, j'ai amené l'eau d'un baquet dans une sonde uréthrale de femme introduite dans le vagin et maintenue avec un ruban ; après avoir agi, le liquide se rendait dans la gouttière et de là dans un deuxième baquet placé à terre près du lit.

Cette irrigation continue pendant les huit premiers jours, durant lesquels la malade a gardé une grande immobilité les deux genoux rapprochés, fut intermittente pendant le reste du traitement, qui dura dix-sept jours, la durée de l'irrigation étant diminuée tous les jours de deux heures sur celle de la veille.

Les douleurs cuisantes se calmèrent promptement, et le deuxième jour la malade prit un léger potage ; ce fut encore sa ration les jours suivants.

Le quatrième jour, je fis donner un lavement purgatif ; les garde-robes furent rendues assez commodément ; mais il survint quelques coliques, et il parut un peu de sang dans l'eau de l'irrigation ; cet accident n'eut aucune suite, et le dixième jour on satisfit à peu près l'appétit de la malade.

Pendant tout ce traitement, il n'y eut aucune fièvre, pas même la fièvre de lait. C'est à peine si pendant la première semaine, vers cinq heures du soir, le pouls s'élevait de 70 à 76 pulsations par minute sans chaleur ni sueur. Les seins pendant toute la grossesse n'avaient pas présenté de collections ; ce ne fut que le dixième jour de l'accouchement que je remarquai un peu de sensibilité au toucher et quelques rares gouttes de lait, dont la quantité ne s'est pas accrue par la suite dans le travail du sein par l'enfant, car celui-ci avait été envoyé en nourrice, loin de Paris, le lendemain de sa naissance.

Cette absence de la fièvre de lait est à signaler dans cette circonstance, car elle coïncide avec un traitement particulier dirigé vers la région utérine. Peut-être éclairera-t-elle le mécanisme de sa production, ou l'une des circonstances qui sont nécessaires, à savoir une sorte d'état subinflammatoire de cette région, que peut supprimer un traitement aussi manifestement antiphlogistique que les irrigations continues d'eau à la température ordinaire.

Je fonde un grand espoir sur les irrigations continues ainsi employées à la suite des accouchements laborieux. Je l'ai déjà expérimenté avec succès au début d'une métro-péritonite ; peut-être en obtiendrait-on un bon effet au début du traitement de la fièvre puerpérale.

J'ajouterai encore un mot relativement à la nécessité d'employer le débridement suivi de la dilatation pour créer une issue au sang menstruel ou à l'enfant. En effet, on ne peut attendre de la dilatation seule que des résultats lents à se produire, et d'ailleurs il a fallu chez Mme D..., qui fait le sujet de la première observation, créer un canal qui n'existait plus. Je crois cependant que la dilatation peut suffire quand le vagin ne présente qu'un rétrécissement peu considérable, et que le cas est peu pressant.

L'observation suivante est un exemple de l'effet qu'on peut en attendre, et des moyens que j'ai employés pour la produire.

Mme Th..., âgée de vingt-six ans, d'un bon tempérament et d'une excellente santé, se plaint des suites d'une cautérisation au fer rouge qu'on lui a faite pour une ulcération du col utérin ; elle est fort empêchée dans les relations qu'elle a avec son mari.

Celui-ci se plaint amèrement de l'opérateur, qui, selon son expression, a blessé sa femme ; effet qui a rejailli sur lui, comme j'ai pu m'en assurer.

Le vagin est en effet fort rétréci et admet avec peine l'index ; il est en outre fort douloureux. Je prescrivis des injections émollientes et des cataplasmes de farine de graine de lin introduits avec la seringue que Mme Poullien a ingénieusement appropriée à cet usage. Huit jours après je pus appliquer un fort petit spéculum bivalve ; le col est très-court, fortement dévié à gauche ; le vagin est partout étroit, sans aucune cicatrice profonde, et présente quelques érosions en voie de cicatrisation.

Quelques jours après, je fis une deuxième application du spéculum et l'ouvris avec force ; je le laissai en place un quart d'heure ; cette manœuvre fut répétée les jours suivants, mais la dilatation se fit fort lentement. Ce ne fut qu'après vingt jours que je pus employer le spéculum ordinaire. À la fin du deuxième mois, le vagin avait repris des dimensions suffisantes, et j'en suis resté là.

Je dois dire que, à défaut d'instruments spéciaux, le spéculum bivalve constitue un moyen puissant et commode. Il peut être introduit presque sans douleur et ne refoule pas devant lui, en les meurtrissant, les tissus sur lesquels il doit agir, comme le font les corps coniques, et l'on sait combien il importe dans un traitement de ce genre de n'être pas sans cesse obligé de le suspendre, car de sa continuité dépend presque toujours le résultat. Il ne faut pas oublier, en outre, que toute irritation d'un canal rétréci imprime une marche rapide à la maladie et détermine à la longue l'atrésie complète.

Je crois qu'on peut tirer de ces trois observations les conclusions suivantes :

1° Le fer rouge employé dans les maladies utérines peut déterminer sur le vagin des effets semblables à ceux qui résultent des brûlures accidentelles situées dans le voisinage des orifices naturels, tels que près des paupières, des lèvres, de l'anus, c'est-à-dire une atrésie plus ou moins complète de cet organe ;

2° Toutes les fonctions du vagin peuvent ainsi être abolies et entravées au point de rendre nécessaire l'intervention de l'art ;

3° On peut employer avec succès dans le rétrécissement du vagin les opérations qui sont pratiquées dans des circonstances semblables sur les autres organes, en les appropriant aux indications spéciales qui peuvent ressortir de la menstruation, de la copulation et de l'accouchement ;

4° Pour conjurer les accidents graves qui peuvent être la conséquence des opérations pratiquées à cet effet, l'irrigation continue d'eau à une température moyenne paraît jouir d'une certaine efficacité.

TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ

Par M. le docteur Rousse, de Bagnères-de-Bigorre.

A l'occasion d'une communication récente de M. le docteur Gouriet, de Niort, intitulée *Quelques mots sur l'ablation de l'ongle incarné*, M. le docteur Rousse, de Bagnères-de-Bigorre, nous adresse la réclamation suivante, à laquelle nous nous empressons de faire droit.

« Il y a vingt ans, dit M. Gouriet, que le docteur Barbette faisait connaître un procédé pour la cure radicale de l'ongle incarné (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, ann. 1839).

» Le 7 décembre 1839 une très-vive polémique s'est engagée entre le docteur Gayral et moi dans la *Gazette des Hôpitaux*, (t. Ier, 2e série, n° 144), au sujet de l'ongle incarné, et alors ce qui suit a été inséré dans ce journal, sans que M. le docteur Barbette ait réclamé. »

Incarnation de l'ongle; cautérisation; par le docteur Rousse.

C..., militaire réformé, affecté d'incarnation profonde et ulcérée de l'ongle du gros orteil droit, a été traité d'après les méthodes Dupuytren, Baudens et Bezuchet, et toujours son mal s'est reproduit avec son ongle, dont la matrice n'a point sans doute été enlevée ou détruite.

Pendant vingt quatre heures, bains de pieds, cataplasmes de farine de lin. Après ce temps, j'entoure les parties latérales de l'ongle, et surtout sa matrice, de petits cylindres de potasse caustique purifiée. Ces cylindres ont l'épaisseur d'une ligne et demie, et la longueur des trois quarts de l'ongle ; ils sont couverts de charpie et retenus par des bandelettes de sparadrap sur ces parties pendant cinq heures. Alors arrosement continuel d'eau froide.

Après quatre jours, les points cautérisés sont en suppuration, et l'ongle et sa matrice, ont pu être enlevés presque sans effort. La plaie a été vaste ; mais des arrosements continuels l'ont réduite à un très-petit espace qui a été couronné, après un certain temps, par une substance cornée d'une ligne de largeur, constituant un rebord sur les lieux où l'ongle communiquait avec sa matrice.

« C'est pour la troisième fois que ce procédé a été mis en usage par moi ; et ce qu'il y a de consolant pour les malades, c'est que jamais l'ongle ne s'est reproduit, c'est que la substance cornée a toujours retenu les chairs des orteils ; ce qui, à mon avis, fera donner la préférence à ce traitement sur les divers modes opératoires mis en pratique jusqu'à ce jour.

» Les douleurs, quoique allant par gradation, ont été fortes à la vérité. En agissant différemment, au dire du malade, elles ont été tout aussi intenses ; une chose importante à mettre en pratique, c'est d'enlever l'ongle après trois ou quatre jours, aussitôt enfin qu'il est mobile, sans cela, les chairs revenant sur elles, le retiendraient assez fortement.

» La matrice de l'ongle, soulevée et privée de ses adhérences, ou détruite, doit-elle, après un certain temps, occasionner la chute de l'ongle ? C'est ce que je vais chercher à découvrir en plaçant un seul cylindre de potasse sur elle, chez un nouveau malade affecté d'ongle incarné, etc. (Voir mes autres observations insérées dans le même journal.) »

HYDROPISIE ASCITE, INJECTION IODÉE,

introduction d'air dans le péritoine. Guérison.

Par M. Letenneur.

Mlle X..., âgée de vingt-deux ans, me fut amenée par ses parents au mois de mai 1854, pour une hydropisie ascite, dont le début remontait au moins à trois ans, et qui dans les premiers temps, s'était développée avec une lenteur extrême.

D'après l'exposé qui me fut fait des antécédents, et d'après mon propre examen, il me fut impossible de rattacher cette maladie à une lésion organique quelconque. Mlle X... n'avait jamais éprouvé de symptômes qui pussent faire soupçonner une affection du foie ou de la rate ; elle n'avait eu que de très-rares accès de fièvre intermittente ; point de trouble vers le centre circulatoire, et la respiration n'est devenue moins facile que depuis que le ventre a pris un énorme développement ; point d'œdème aux membres inférieurs. La menstruation a toujours été régulière ; mais, à mesure que l'hydropisie augmentait, l'abondance des règles diminuait de mois en mois d'une manière notable, et depuis quelque temps le sang paraît en si petite quantité, qu'on pourrait dire qu'il y a aménorrhée.

Le teint est pâle, il existe un peu de souffle carotidien ; la maigreur, sans être extrême, est cependant, me dit-on, très-considérable, relativement à l'état d'embonpoint qui existait il y a quelques années.

Le palper et la percussion de l'abdomen ne me laissent aucun doute sur l'existence de l'épanchement. Une ponction faite au lieu d'élection donne issue à dix-neuf litres de sérosité citrine albumineuse. Après l'évacuation du liquide, je pus m'assurer qu'il n'existait aucune trace de kyste et que l'hydropisie avait bien son siége dans le péritoine ; je pus également reconnaître que les viscères ne présentaient aucun engorgement.

Le ventre fut soutenu et comprimé au moyen d'une serviette et d'un corset, et la malade fut soumise successivement au traitement par le lait suivant la méthode de Chrestien (de Montpellier), et à l'usage des purgatifs drastiques et des diurétiques ; enfin, je conseillai un régime tonique et l'emploi du quinquina et du fer.

Au mois d'août, rien n'annonçait encore la récidive, mais les règles étaient toujours à peu près nulles ; je conseillai aux parents de Mlle X... de la conduire à Préfailles (Loire-Inférieure) où l'air vif de la mer et l'usage de l'eau de la source pourraient consolider la guérison. La santé générale se fortifia en effet, mais, quelques mois après, le gonflement du ventre reparut, et bientôt il ne fut plus possible de se faire illusion, la récidive était évidente.

Je pratiquai une seconde ponction au mois de novembre 1855 ; le liquide était incolore, d'une limpidité parfaite, et si, en tombant dans le vase, il n'eût pas produit d'écume, on aurait pu le comparer à de l'eau distillée. J'annonçai alors à la famille que si, malgré un nouveau traitement analogue à celui auquel nous avions déjà eu recours, une seconde récidive avait lieu, je leur proposerais l'injection iodée.

Le 17 septembre 1856, Mlle X... revint à Nantes. Dans la prévision d'une opération plus grave, ses parents s'étaient fait accompagner de leur médecin ordinaire, qui partagea entièrement ma manière de voir et voulut bien me prêter son concours.

La ponction fut faite comme précédemment au côté gauche, à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque. Il s'écoula douze litres d'un liquide en tout semblable à celui obtenu dix mois auparavant. Lorsque le jet commença à diminuer, et que nous pouvions estimer à deux litres au plus la quantité de sérosité qui restait dans le péritoine, nous fîmes une première injection comprenant le tiers du mélange suivant :

Eau	200	grammes.
Teinture d'iode	30	»
Iodure de potassium	2	»

Par suite d'un mouvement de recul du piston de la seringue qui ne fut pas aperçu, il pénétra avec le liquide iodé une quantité d'air assez notable, ce que nous reconnûmes à un glouglou caractéristique.

Le ventre fut malaxé de manière à mélanger la solution avec la sérosité qui était restée dans le péritoine, et à la mettre en contact avec la plus grande surface possible. Ces mouvements donnaient lieu parfois à un gargouillement bien différent de celui qui se produit dans la cavité intestinale. Pendant tout ce temps, la malade n'éprouva aucune douleur.

Au bout de huit minutes, je fis écouler par la canule deux litres environ de liquide, qui était uniformément coloré par l'iode. Quand il ne resta plus dans le péritoine qu'une quantité insignifiante de liquide, j'injectai les deux tiers restants de la solution, en dirigeant successive-

ment vers différents points l'extrémité de la canule. Comme la première fois, Mlle X... nous affirma qu'elle n'éprouvait ni douleur ni même de sensation pénible.

Le ventre fut malaxé de nouveau, pendant que la malade changeait de temps en temps de position, et après un quart d'heure, je fis sortir la moitié du liquide et je retirai la canule, laissant à dessein le reste de l'injection dans l'abdomen.

Le pouls qui, avant l'opération, s'était élevé à 80 pulsations, descendit à 68.

Quelques heures après l'opération, il se manifesta à la gorge un goût âcre et amer, mais ce phénomène fut de courte durée.

Dans la soirée le pouls s'accéléra, quelques intermittences s'y firent sentir, la peau devint chaude et humide, la soif assez vive; il y eut somnolence, mais sans céphalalgie.

Pendant un mouvement que fit Mlle X..., elle remarqua que la serviette qui comprimait le ventre était tachée de sang; je fus prévenu de cet incident, et je vis, en effet, qu'une petite hémorrhagie avait lieu par la piqûre; je l'arrêtai facilement en pinçant la peau avec une forte serre-fine. Le lendemain et le surlendemain, rien de particulier: pas de douleur dans le ventre; à peine une pression énergique excite-t-elle un peu de sensibilité.

Le pouls présente toujours des intermittences qui reviennent trois ou quatre fois par minute.

On trouve dans le ventre une plus grande quantité de liquide que celle fournie par l'injection; il y a toujours de l'air dans le péritoine: la succussion donne lieu à un gargouillement très-marqué et très-sonore, et la percussion à la région sous-ombilicale donne un son tympanique.

Le troisième jour après l'opération, la malade se plaignit d'éprouver de la chaleur à la gorge, et de la difficulté d'avaler. L'isthme du gosier présente une rougeur très-prononcée, avec une teinte violacée. Un gargarisme astringent est prescrit, et le lendemain l'irritation avait disparu.

Le quatrième jour, les intermittences du pouls ont disparu. Il y a de l'appétit, je permets quelques aliments, mais comme il n'y a pas eu de garde-robe depuis l'opération, j'ordonne pour le lendemain un purgatif composé de jalap, 1 gramme, et scammonée, 15 centigrammes à prendre en deux doses, à une demi-heure d'intervalle.

Ce remède produisit trois évacuations abondantes sans coliques.

A partir de ce jour, la guérison marcha régulièrement: la malade put se lever quelques heures sur un fauteuil, l'appétit devint excellent, et, à la fin de la deuxième semaine, Mlle X.. put quitter Nantes. Au moment du départ, il restait encore dans le péritoine une certaine quantité d'air et de liquide, car, par la succussion on produisait encore le gargouillement, quoique à un faible degré; mais quelle que fût la position de la malade, ce phénomène n'avait lieu alors qu'à l'hypogastre; il ne tarda pas, du reste, à disparaître complétement, et, dans l'espace de quelques mois, la santé de Mlle X... ne laissa plus rien à désirer.

Au moment où j'écris ces lignes, il y a quatorze mois que l'injection iodée a été pratiquée, et la guérison ne s'est pas démentie.

Les succès nombreux obtenus depuis quelques années dans le traitement de l'ascite, par les injections iodées, et les travaux publiés sur ce sujet par MM. Dieulafoy, Leriche, Boinet, etc., ont établi d'une manière définitive et incontestable l'efficacité et l'innocuité de ce moyen, qui constitue une des plus précieuses conquêtes de la thérapeutique à notre époque.

Cependant, telle est encore sur l'esprit du plus grand nombre la puissance de l'habitude, de certaines erreurs traditionnelles ou plutôt d'une interprétation incomplète et inexacte des faits observés autrefois, que chaque jour des malades succombent aux suites de l'ascite, sans qu'on ait osé avoir recours à l'injection iodée.

Il est donc utile de multiplier les exemples, afin d'encourager les praticiens à marcher dans cette voie nouvelle. A ce titre seul, l'observation précédente offrirait de l'intérêt; mais, en outre, il est rare que des faits étudiés avec soin ne portent pas avec eux quelque enseignement spécial, ne puissent pas devenir la source de quelques réflexions.

Comment, par exemple, concilier l'innocuité des injections iodées dont je viens de fournir une preuve nouvelle, avec les croyances qui règnent depuis si longtemps dans la science sur le danger de l'introduction dans le péritoine de toute substance irritante? Et ces croyances, il faut l'avouer, n'ont point pris leur origine dans de vaines théories, mais résultent d'observations nombreuses et irrécusables. L'introduction de l'air atmosphérique lui-même dans la cavité abdominale a toujours été redoutée des chirurgiens, et on n'a pas oublié les débats qui ont eu lieu naguère sur ce sujet à l'Académie de médecine, lors de la discussion sur les kystes de l'ovaire.

Cette contradiction dans les faits, et par suite dans les opinions qui en découlent, étonne au premier abord, car on sait que les phénomènes morbides obéissent à des lois générales et constantes. Mais si on ne se contente pas d'un examen superficiel, on reconnaît bientôt que la différence des résultats tient à des conditions différentes, c'est-à-dire au changement qui s'opère dans le mode de vitalité des membranes séreuses, lorsqu'elles deviennent le siége d'hydropisie. Il semble alors que, macéré en quelque sorte par une abondante quantité de sérosité, l'épithélium qui revêt la face libre de ces membranes modère et maintient dans de justes bornes l'action des divers agents qu'on met en contact avec lui.

Ne puis-je pas ajouter que l'observation de chaque jour permet d'établir, en principe, que dans l'opération de l'hydrocèle il faut augmenter la puissance stimulante du liquide injecté, en raison de l'ancienneté de la maladie, et qu'on voit quelquefois, même avec la teinture d'iode, l'inflammation dépasser les limites ordinaires, si, dans les hydrocèles récentes, on n'a pas eu soin d'étendre beaucoup de liquide injecté?

Il est donc facile de comprendre la tolérance du péritoine pour les injections iodées ou d'autres substances irritantes lorsque cette membrane a été pendant longtemps baignée par une abondante quantité de sérosité. Mais aussi, il ne faut pas oublier que, dans certains cas, cette tolérance disparaît s'il existe une inflammation du péritoine ou de quelques-uns des viscères abdominaux; que les chances de guérison sont moins grandes dans l'ascite symptomatique que dans l'ascite idiopathique.

Mais si j'employais la solution iodée avec une grande sécurité, j'avoue que ce n'est pas sans une certaine inquiétude que j'ai entendu pénétrer l'air dans le péritoine. Je connaissais, il est vrai, le résultat négatif qui suivit la tentative hardie faite en 1830 par Roosbroeck sur une femme qui avait déjà subi sept fois la ponction, et dans le ventre de laquelle ce médecin fit sans accident, comme sans avantage, une injection d'air. (Cette même femme fut guérie quelque temps après par l'injection de gaz protoxyde d'azote.)

En racontant le fait qui précède, M. Morel-Lavallée, dans un rapport à la Société de chirurgie (t. II, p. 379), est loin de considérer l'action de l'air comme insignifiante, car il dit: « Il est plus que douteux qu'on puisse jamais faire un agent de thérapeutique d'un fluide dont le contact anormal avec nos tissus est souvent la source des plus redoutables accidents. » Nous avons vu comment cette assertion doit être acceptée ou rejetée selon qu'il s'agit du péritoine à l'état normal ou du péritoine siége d'une hydropisie.

Dans ce dernier cas, le fait de Roosbroeck le prouve, l'air seul ne fait pas de mal, il est vrai, mais il ne guérit pas; tandis que l'air chargé d'une petite quantité de vapeur vineuse a amené deux fois en 1824 la guérison de l'ascite entre les mains de M. Gobert, et une fois entre les mains de M. Lhomme en 1827.

Ces trois guérisons m'autorisent à croire que l'air introduit avec la solution iodée chez ma malade a dû être plutôt utile que nuisible, et a même contribué pour une grande part à la guérison.

Par suite de la chaleur du corps et des mouvements de malaxation qui ont été opérés, cet air a dû être mélangé d'une notable quantité de vapeur d'iode et même de vapeur alcoolique, et par conséquent, et pendant longtemps, l'action médicamenteuse a porté à la fois sur une surface très-étendue du péritoine. En effet, tandis que le liquide tendait à gagner les parties déclives, l'air formait sous la paroi abdominale antérieure une large couche facile à reconnaître par la percussion et par une certaine mollesse qui n'existe jamais dans le météorisme intestinal.

Ne pourrait-on pas, en mettant à profit cette circonstance, obtenir la guérison de l'ascite en injectant moins de liquide iodé que de coutume, mais en multipliant son action par l'adjonction d'une certaine quantité d'air atmosphérique? Ne pourrait-on pas même arriver au même but en injectant seulement de l'air dans lequel on aurait fait évaporer de la teinture d'iode?

DE LA CONDUITE A TENIR DANS L'ACCOUCHEMENT,

lorsque l'étroitesse de la vulve fait craindre la déchirure du périnée;

Par M. le Dr BUTIGNOT.

Tous ceux qui se sont plus ou moins livrés à la pratique obstétricale savent combien il arrive souvent, dans un premier accouchement, par le fait de la simple étroitesse relative de la vulve, et sans parler de ses vices de conformation proprement dits, que la tête, poussée par la violence des contractions utérines, brise la résistance qui s'oppose à sa sortie, en produisant la déchirure de la fourchette et d'une portion plus ou moins considérable du périnée. L'observation la plus exacte et la plus minutieuse des règles formulées par les auteurs peut sans doute atténuer quelquefois la gravité de cet accident, mais elle est insuffisante pour le prévenir d'une manière absolue, et je ne crois pas m'écarter de la vérité en avançant que la commissure postérieure de l'anneau vulvaire perd inévitablement de son intégrité dans le plus grand nombre des cas.

Sans doute aussi, dans le plus grand nombre des cas, la solution de continuité n'étant pas fort étendue, elle a assez peu d'importance pour qu'il soit permis de ne pas s'en préoccuper; mais, lorsqu'un cas douteux se présente, on ne peut calculer, dans l'ignorance où l'on est du volume de l'enfant, quels seront les désordres que produira son passage; or, on sait qu'ils sont quelquefois tels, qu'il en résulte pour la femme une infirmité dégoûtante, dont les chirurgiens les plus habiles n'ont pu toujours réussir à la guérison; et, supposé même, ce qui n'est pas rare, que la déchirure ne s'étende qu'au voisinage de l'anus, si elle ne constitue pas un état de l'infirmité, c'est tout au moins une sorte de mutilation regrettable qui peut favoriser la descente de l'utérus, avoir des conséquences plus ou moins fâcheuses au point de vue des rapports et des sentiments conjugaux, en un mot, dans les deux cas, il semble que le devoir comme l'intérêt de l'homme de l'art seraient de prévenir, par tous les moyens que la prudence avoue, une infirmité dont la femme est la victime, et dont la responsabilité pèse souvent sur lui.

Frappés de ces considérations, quelques accoucheurs avaient pensé qu'il serait convenable, dans le cas d'imminence de la rupture du périnée, de débrider l'anneau vulvaire, et ils avaient indiqué la commissure postérieure comme le point sur lequel devrait être pratiquée l'incision. Cette idée, dont nous ne sachions pas qu'il ait été fait d'application, et que nous avouons n'avoir jamais nous-même mise en pratique, ne nous paraît pas très-heureuse. L'incision faite sur la ligne médiane se trouvant nécessairement unique, lorsque l'étroitesse de la vulve exigerait qu'on donnât au débridement une étendue considérable, ce débridement constituerait à peu près l'accident qu'il était destiné à prévenir; seulement on aurait remplacé une déchirure par une incision; lorsqu'on croirait, au contraire, ne devoir donner à celle-ci que peu de longueur, elle pourrait, par son insuffisance, laisser subsister le danger, et de plus, comme elle occuperait exactement le point où s'opère la déchirure, ne devrait-on pas même craindre qu'elle ne rendît celle-ci plus facile? Un autre accoucheur, M. Eschelberg, a été, selon nous, mieux inspiré, lorsqu'il a proposé, il y a quelques années, d'opérer le débridement vers la partie inférieure de l'un ou même des deux côtés de la vulve. Cette modification, en même temps qu'elle paraît exempte d'inconvénients, nous paraît aussi répondre à toutes les objections qui peuvent être adressées à l'incision médiane. Ici, en effet, l'incision étant double au besoin, permet d'obtenir les mêmes résultats, en ne lui donnant qu'une longueur moitié moindre: située sur les parties latérales, il est difficile de penser qu'elle puisse devenir jamais le point de départ d'une déchirure; enfin, cette situation semble devoir rendre la cicatrisation plus facile. Ces réflexions sur la méthode de M. Eschelberg nous avaient ainsi donné la conviction qu'elle était propre à atteindre le but, et témoins de quelques déchirures plus ou moins étendues, mais toutefois incomplètes du périnée, que nous regrettions de ne pas avoir pu empêcher, nous avions pris la résolution de recourir à elle, s'il se présentait à nous quelque cas qui nous fît redouter cet accident, lorsqu'une circonstance récente est venue nous en fournir l'occasion.

Appelé pour accoucher une jeune femme primipare, de petite taille, d'un aspect un peu rachitique, et chez laquelle je redoutais plutôt un obstacle de la part du bassin lui-même que de la part des parties molles, je n'eus au contraire d'abord qu'à être spectateur d'un travail marchant avec régularité, et mon intervention avait été jusque-là inutile, lorsque, au moment où je pensais que l'accouchement allait se terminer, je remarquai que, malgré des contractions énergiques, malgré la dilatation de l'anus, la distension extrême du périnée, la vulve ne cédait pas, et qu'une dilacération effrayante paraissait inévitable. Que faire dans une telle circonstance? Pouvais-je songer à recourir au forceps? Son application était sans doute facile dans la situation où se trouvait la tête, mais aurais-je ainsi conjuré le danger? Je ne le pensai pas; j'aurais plutôt craint de l'accroître, et je pris le parti de débrider par une ou deux incisions latérales. Muni d'une paire de bons ciseaux de trousse dont je me sers ordinairement pour opérer la section du cordon et que par conséquent j'avais sous la main, j'introduisis à plat l'une des lames à une profondeur d'un centimètre à peu près entre la tête de l'enfant et la partie latérale et inférieure droite du bord distendu de l'orifice vulvaire; puis, tournant le tranchant vers ce bord, je pratiquai une incision, disposé, pour peu qu'elle parût insuffisante, à en pratiquer du côté opposé une seconde, dont je n'eus pas besoin. A peine la première était-elle faite que, sans que je pusse l'attribuer à l'influence d'une nouvelle contraction, par le seul effet de la rétractilité des tissus distendus, et sans le moindre écoulement de sang, je vis les angles de cette incision s'arrondir, disparaître, se confondre avec la circonférence de la vulve, qui se trouva ainsi considérablement agrandie, et enfin la tête de l'enfant s'échapper avec la plus grande facilité, laissant complétement intacte la commissure postérieure.

Telle est la première application que j'ai faite d'un moyen que, d'après le résultat que j'en ai obtenu, je crois trop rarement employé. Je ferai observer que je ne me suis pas servi pour débrider de l'instrument qu'indique l'auteur de la méthode.

M. Eschelberg conseille, en effet, de se servir du bistouri de Pott, qu'il introduit, dit-il, à plat, entre la tête du fœtus et l'anneau vulvaire, pendant l'intervalle qui sépare les douleurs. Puis, quand la douleur survient, il dirige le tranchant obliquement en bas et en dehors, s'inquiétant peu de l'étendue de l'incision qui se fait ainsi pendant la contraction utérine, et par la pression de la tête du fœtus elle-même.

J'avoue que s'en rapporter ainsi aveuglément à la contraction utérine et laisser le soin à la tête de presser sur le bistouri sans s'inquiéter de l'étendue de l'incision, ne me paraît pas une conduite fort prudente, et M. Cazeaux semble partager cette opinion, lorsqu'en rapportant le conseil donné par M. Eschelberg dans le cas qui nous occupe, au lieu de le citer textuellement, il dit qu'après avoir introduit le bistouri, comme l'indique cet accoucheur, il faut chercher à borner l'étendue de l'incision au degré nécessaire pour le passage de la tête. Ce correctif est fort sage sans doute, mais je déclare que je ne comprends pas pourquoi on a songé à faire intervenir ici un instrument particulier, le bistouri de Pott, lorsqu'un autre instrument, les ciseaux, doit, au moment où l'opération dont il s'agit peut devenir nécessaire, se trouver toujours sous la main de l'accoucheur. Cette intervention ne me paraît motivée ni par les avantages que présenterait le premier, ni par les inconvénients qu'il pourrait y avoir à se servir des seconds, auxquels je persiste au contraire à croire que la préférence doit être accordée, premièrement comme fournissant le moyen d'exécuter le débridement d'une manière plus prompte et plus commode, et en second lieu, parce qu'avec eux il me paraît plus facile de limiter les incisions au degré de longueur qu'on juge nécessaire de leur donner.

J'ajoute que ma conduite a été justifiée par le résultat. La jeune

femme s'est rétablie aussi promptement et aussi complétement qu'après les couches les plus simples ; un mois après il restait seulement, au point où l'incision avait étéfaite, un petit noyau d'induration qui n'aura sans doute pas tardé à disparaître, et la conformation de la vulve ne paraissait avoir subi aucune altération. (*Journal de méd. de Toulouse.*)

LAVEMENT PURGATIF

contre l'étranglement interne et la constipation opiniâtre des vieillards.

Décoction de feuilles de mauve, de mélilot et de camomille. . . . . 300 gr.
Faites infuser dans cette décoction pendant deux heures une forte poignée de rue fraîche et pilée.
Passez avec expression, faites-y fondre :
Sel ammoniac. . . . . 5 gr.
Ajoutez-y :
Huile de noix. . . . . } ãa 60 g.
Miel de mercuriale. . . . . }

et partagez le tout en deux parties, à prendre à deux heures d'intervalle dans un lavement ordinaire. (*Journ. des conn. méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 juin 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Prévôt, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Hazebrouck (Nord), sur une épidémie d'angines couenneuses qui a régné dans la commune de Saint-Sylvestre-Cappel en 1859 ;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements des Côtes-du-Nord, de Loir-et-Cher et du Cantal (commission des épidémies) ;

3° Les rapports de M. le docteur Basset, sur les eaux minérales de Saint-Nectaire; de M. le docteur de Miramont, sur les bains de mer d'Etretat; de M. le docteur Baron, sur les eaux minérales de La Motte; de M. le docteur Cisseville, sur les eaux de Forges; de M. le docteur Silve, sur les eaux de Digne; de M. le docteur Chabrand, sur les eaux du Monatier, pendant l'exercice de 1857. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Lespiau, médecin-major, adresse un mémoire intitulé : *Examen de divers procédés proposés pour remplacer dans l'agglomération des houilles le goudron obtenu pendant la fabrication du gaz de l'éclairage.* (Commissaires : MM. Devergie, Bouchardat et Wurtz.)

RAPPORT.

Remèdes secrets. — M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions, toutes négatives, sont adoptées sans discussion.

LECTURES.

Eaux minérales. — M. H. GAULTIER DE CLAUBRY lit un mémoire ayant pour titre : *De la détermination, dans les eaux naturelles ou minérales, des proportions des acides carbonique ou sulfhydrique libres ou combinés aux bases.*

Un grand nombre d'eaux naturelles ou minérales renferment des carbonates de magnésie, de chaux, de fer ou de manganèse, qui, insolubles par eux-mêmes, s'y trouvent dissous par de l'acide carbonique.

Dans l'analyse de ces sortes d'eaux, quelle proportion d'acide carbonique faut-il attribuer aux carbonates? quelle autre doit être considérée comme dissolvant? Toute la proportion de cet acide qui excède le double équivalent nécessaire pour la formation du bicarbonate, peut-elle être considérée comme à l'état de simple dissolution dans le liquide, ou bien est-elle nécessaire pour que les bicarbonates y restent dissous?

Dans les eaux alcalines gazeuses, comme celles de Vichy, par exemple, quelle est la proportion d'acide carbonique libre et celle qui est combinée?

Telles sont les questions que M. Gaultier de Claubry s'est proposé de résoudre dans ce mémoire. Après avoir passé rapidement en revue les divers procédés qui ont été proposés jusqu'ici pour les résoudre, il ajoute :

J'ai vérifié dans une suite de recherches ce fait remarquable que, non-seulement des gaz moins solubles dans l'eau que d'autres, peuvent chasser ceux-ci de leurs dissolutions, mais que des gaz complétement insolubles agissent de la même manière; j'ai trouvé dans son application le moyen de déterminer, dans une dissolution qui renferme de l'acide carbonique et des bicarbonates de chaux, magnésie, fer ou manganèse, la proportion de cet acide libre ou combiné avec les bases.

Partons de ce point qu'en faisant passer dans une dissolution aqueuse de gaz carbonique un courant d'air suffisant, tout ce gaz en est chassé à la température ordinaire. Opérant alors sur de l'eau renfermant en même temps des bicarbonates de chaux, magnésie ou manganèse, ou un mélange de ces sels entre eux, lorsque l'air n'entraîne plus de gaz carbonique, nous vérifierons que le liquide retiendra les bicarbonates de la base auxquels un excès quelconque d'air, pourvu qu'on n'élève pas la température, n'enlèvera pas d'acide carbonique. Le liquide fournira au contraire par l'ébullition ou le passage d'un courant d'air échauffé, du gaz carbonique et un précipité de carbonate.

On voit que j'ai omis de parler du carbonate de fer dissous dans l'acide carbonique : c'est à dessein, parce que le degré d'oxydation du fer n'étant pas toujours le même, et l'air injecté pouvant transformer l'oxyde ferreux en oxyde ferrique, les proportions d'acide carbonique dégagées varieraient par là même et ne représenteraient plus l'état réel du fil dans l'eau. Il faut alors substituer au courant d'air un courant d'hydrogène : tout le reste se trouvant appliqué de la même manière. Le peu de basicité de l'oxyde ferrique, la faible stabilité du bicarbonate et sa grande propension à se décomposer, exigent quelques soins particuliers dans l'opération, comme on va le voir.

Contrairement à ce qui a lieu pour les bicarbonates de chaux, magnésie et manganèse, dans lesquels un énorme excès d'air ne détermine pas de précipités, un gaz comme l'hydrogène qui ne peut faire passer l'oxyde ferreux à l'état d'oxyde ferrique, après avoir chassé l'acide carbonique en excès, détermine à un moment donné une précipitation de carbonate, d'où résulte que si on dépassait ce point de la réaction, une portion du gaz carbonique proviendrait de la décomposition plus ou moins complète du bicarbonate.

Après beaucoup de tâtonnements, je suis parvenu à régulariser cette réaction d'une manière facile. Il suffit pour cela d'arrêter le courant d'hydrogène à l'instant où une bulle détermine un léger louche dans la portion du liquide qu'elle traverse.

Mais il faut se hâter alors de retirer le tube qui amène le gaz, d'adapter au vase qui renferme l'eau sur laquelle on opère un appareil propre à doser l'acide carbonique, en retenant au passage l'eau par l'acide sulfurique et dégageant l'acide carbonique par l'ébullition ou par un courant de gaz, surtout échauffé; ou par un acide, suivant qu'on veut déterminer, séparément ou réunis, l'acide carbonique du bicarbonate ou du carbonate.

Le mode le plus commode pour ne pas arriver à la décomposition du bicarbonate de fer, consiste à opérer dans un vase de verre fortement éclairé par la lumière, en observant par réfraction l'action altérante d'une seule bulle de gaz, ou inversement, en enveloppant le flacon avec du papier noir dans lequel on a pratiqué d'un côté une légère ouverture, qui sert à introduire la lumière d'une bougie ou d'une lampe, et de l'autre une fente étroite devant laquelle on se place pour observer l'action que nous avons signalée.

Pour les eaux qui ne contiennent pas de fer, l'appareil à employer se compose d'un aspirateur, d'un tube en U à ponce sulfurique, d'un tube à potasse pour retirer l'acide carbonique de l'air, du vase renfermant l'eau sur laquelle on opère, d'un tube à ponce sulfurique pour dessécher le gaz carbonique et d'un tube à potasse pour le doser. Au delà, on place un second tube à ponce sulfurique pour retenir l'eau entraînée par l'air, et, si l'on craignait que cet air renfermât de l'acide carbonique, un autre tube à potasse.

Lorsqu'on opère sur des eaux ferrugineuses, on se sert pour produire le courant d'un appareil à hydrogène, en supprimant l'aspirateur et le premier tube à ponce sulfurique.

Une dissolution d'acide sulfhydrique se conduit exactement, sous l'influence d'un courant d'air, comme celle du gaz carbonique; mais le dépôt de soufre qui proviendrait de la décomposition partielle du gaz oblige à se servir d'hydrogène....

Nous devons faire remarquer en terminant que dans ce procédé l'eau d'où l'on a ainsi chassé les acides carbonique et sulfhydrique peut servir à la détermination de tous les autres principes qu'elle renferme, condition qui n'est pas sans importance dans beaucoup de circonstances.

Infection des eaux de source par les produits des usines. — M. O. RÉVEIL dépose sur le bureau un mémoire ayant pour titre : *Sur l'infection des eaux de source par les produits des usines et principalement ceux des usines à gaz.*

Ce travail a principalement pour objet d'établir que l'infection des eaux par les produits des diverses usines, et notamment par ceux des usines à gaz, peut se faire à de grandes distances;

Qu'il est facile de reconnaître la cause infectante des eaux en recherchant dans les sources infectées les produits contenus dans les résidus et les liquides des usines situées aux environs, etc. (Commissaires : MM. Bussy, Boudet et Devergie).

Empoisonnement par le phosphore. — M. O. RÉVEIL donne lecture ensuite d'un mémoire sur l'empoisonnement par le phosphore, qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° Le nombre progressif d'empoisonnements par le phosphore doit être attribué à la facilité avec laquelle on peut se procurer des préparations qui en contiennent. En raison de ce fait bien constaté, il importe que des mesures soient prises d'urgence pour s'opposer à l'état actuel des choses. La seule mesure à prendre, c'est la substitution au phosphore ordinaire, pour la fabrication des allumettes, du phosphore rouge, qui n'est pas vénéneux.

2° Le phosphore ordinaire en petits fragments peut séjourner plusieurs heures et même plusieurs jours, sans que pour cela il détermine des accidents graves.

3° Le phosphore très-divisé, tel qu'il se trouve lorsqu'il est dissous dans les corps gras, peut être absorbé en nature; conséquemment ces corps gras facilitent son action. Par suite de ce phénomène il peut être porté dans les organes où il n'a pu pénétrer que par la voie de la circulation générale.

4° Il est facile de constater la présence du phosphore dans les organes où il n'a pu pénétrer que par voie d'absorption.

5° Si l'inflammation produite par le phosphore au contact concourt à aggraver les accidents, elle peut même à elle seule amener la mort; et, dans le plus grand nombre des empoisonnements, cette inflammation n'est pas nécessaire pour la produire.

6° Il n'est pas exact de dire que le phosphore est vénéneux, parce qu'il s'oxyde dans l'économie. Les produits de son oxydation n'agissent que comme acides concentrés, et ils sont sans action lorsqu'ils sont concentrés. C'est ce que prouvent les expériences de M. Personne et celles qui sont consignées dans ce travail.

7° A notre avis les désordres nerveux observés dans l'empoisonnement qui nous occupe, doivent être attribués, non pas comme on l'a dit, à une action directe du phosphore sur le système nerveux, mais bien à une action secondaire produite par l'obstacle qu'apporte le phosphore mêlé au sang, à la transformation du sang veineux en sang artériel.

8° La magnésie agit très-bien pour combattre l'empoisonnement par le phosphore. Son action s'explique, non-seulement en admettant qu'elle sature les acides formés, mais encore comme délayant, enrobant, pour ainsi dire, la matière toxique. L'amidon, dans le plus grand nombre des cas, produit le même effet.

9° Les recherches ayant pour but de constater un empoisonnement par le phosphore doivent être divisées en trois séries d'opérations :

1. Constater la présence du phosphore en nature ;
2. Rechercher les produits d'oxydation du phosphore ;
3. Déterminer la quantité de phosphore contenue dans un poids connu de matière suspecte, et la comparer au phosphore que l'on trouverait dans un poids égal du même organe non empoisonné.

10° De ces trois séries d'opérations, la première seule peut suffire pour qu'un expert puisse se prononcer en toute sécurité. Les deux dernières séries d'expériences ne peuvent que confirmer les résultats de la première, et établir seulement des présomptions lorsqu'elles sont mises isolément en pratique.

11° Il est possible de rechercher le chlorate de potasse en employant le mode que nous avons indiqué, lorsque l'empoisonnement a été produit par les allumettes chimiques. (Commissaires : MM. Devergie, Chevallier, Poggiale.)

Action physiologique et pathologique des gaz injectés dans les tissus des animaux vivants. — M. CH. LECONTE lit, en son nom et au nom de M. Demarquay, un extrait d'un volumineux mémoire fait en commun, ayant pour titre : *Etudes chimiques sur l'action physiologique et pathologique des gaz injectés dans les tissus des animaux vivants.*

Des faits nombreux contenus dans ce mémoire, les auteurs concluent,

1° Que l'air, l'azote, l'oxygène, l'acide carbonique et l'hydrogène ne produisent aucun effet nuisible lorsqu'ils sont introduits dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans le péritoine.

2° Que tous ces gaz sont résorbés après un temps plus ou moins long, et avec une rapidité qui varie depuis quarante-cinq minutes (acide carbonique) jusqu'à plusieurs semaines (azote). La rapidité de résorption s'est toujours présentée dans l'ordre suivant : acide carbonique, oxygène, hydrogène, air et azote.

3° Qu'un gaz quelconque injecté dans le tissu cellulaire ou dans le péritoine, détermine constamment une exhalation des gaz que renferment le sang et les tissus.

4° Qu'il se produit après l'injection des gaz des mélanges plus faciles à résorber que le gaz le moins résorbable qui y est contenu. De telle sorte que la résorption de ce dernier ne commence que quand il est déjà mêlé en certaines proportions avec les autres gaz exhalés.

5° Qu'en général l'exhalation des gaz du sang ou des tissus a été plus considérable dans les expériences faites pendant la digestion que dans les expériences faites à jeun, et plus encore dans le péritoine que dans le tissu cellulaire.

6° La rapidité de l'absorption n'a pas semblé modifiée par l'état de jeûne ou de digestion.

7° Que de tous les gaz injectés l'hydrogène est celui qui détermine l'exhalation la plus considérable des gaz du sang, à ce point que quand l'hydrogène a déjà disparu du mélange, l'animal conserve encore le volume qu'il présentait au moment de l'ingestion ; ce qui pourrait faire croire à la non-absorption de l'hydrogène, si l'analyse chimique ne venait éclairer le phénomène.

8° La rapidité de la résorption des gaz par le sang n'est pas toujours en rapport avec leur solubilité dans l'eau (azote et hydrogène).

9° Que si dans les injections d'air dans le tissu cellulaire et dans le péritoine, il y a constamment absorption d'oxygène et exhalation d'acide carbonique, ce qui sous ce rapport rapproche ce phénomène de la respiration pulmonaire, l'on ne saurait cependant considérer ces deux faits physiologiques comme identiques, car dans le cas des injections les rapports entre l'acide carbonique exhalé et l'oxygène absorbé varient sans cesse.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous apprenons que M. le docteur Legouest, qui était attaché au grand quartier général de l'armée d'Italie, vient d'être nommé médecin en chef du 5e corps d'armée.

— Le doyen des médecins de l'arrondissement de Calvi (Corse), le docteur Vimiquerra, chevalier de la Légion d'honneur, ancien médecin-major, a succombé le 22 mai dernier à une maladie dont la gravité soudaine a rendu inutiles les efforts de l'art. Ce confrère, âgé de 85 ans, avait fait la campagne de Russie sous Napoléon Ier; plus tard, il fit partie de l'expédition d'Espagne, puis de celle d'Afrique, et enfin il fut nommé médecin en chef de l'hôpital militaire de Bastia, où il prit sa retraite en 1842.

En déposant dans la tombe ses restes mortels, M. le docteur Guidoni a rappelé par quelques paroles bien senties l'habileté pratique, les vertus privées et le beau caractère de ce respectable confrère.

— *La Espana medica* annonce la mort du docteur José Torres Mugnoz y Luna, premier médecin de l'armée espagnole, décédé à la Havane.

— M. le docteur Edmond Langlebert a commencé son cours public et gratuit sur les maladies syphilitiques hier mercredi 15 juin à une heure, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Considérations pratiques sur les maladies de la Guyane et des pays marécageux situés entre les tropiques; par M. le docteur Jules LAURE, médecin en chef de la marine en retraite. Broch. in-8°. Prix : 2 fr. 50.

Études sur les eaux minérales de Sierck, par M. Eugène GRELLOIS. In-18 de 104 pages. Prix : 1 fr. 25.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Victor Masson, libr., à Paris.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De la simultanéité de la variole et de la vaccine, et de leur influence réciproque. — Nouveau cas de croup guéri par l'émétique à haute dose. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Beau). Pneumonie mobile compliquée au quatorzième jour d'une variole maligne; mort le dix-neuvième jour. — Modification apportée au spéculum à trois valves à développement plein. — Sur les rétrécissements traumatiques de l'urèthre et sur les rétrécissements dits infranchissables. — Accidents de la saignée. — Sirop de scille composé contre la bronchite chronique. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 8 juin. — Nouvelles. — FEUILLETON. Bibliographie.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la simultanéité de la variole et de la vaccine, et de leur influence réciproque.

Nous avons publié, dans le numéro du 12 mai dernier, une observation de M. le docteur Jobert, de Guyonvelle (Haute-Marne), tendant à démontrer l'influence réciproque de la variole et de la vaccine. On se rappelle que M. Jobert tirait de ce fait, entre autres conclusions, celle-ci : « La vaccine, sur le point d'éclore ou à peine éclose, ne se laisse que très-rarement envahir par la variole ; et quand par hasard ces envahissements ont lieu, la vaccine toujours en amoindrit les effets. »

Nous avons publié cette observation et les réflexions qui l'accompagnent sans commentaires, bien que nous n'ignorions pas que c'est là un point de fait et un point de doctrine très-vivement controversés encore de nos jours. Nous venons de recevoir à l'occasion de cette communication la relation d'un fait analogue, qui nous est adressé par M. le docteur Morel, du Puy (Haute-Loire) ; et par une de ces circonstances fortuites qui groupent souvent au profit de la science des faits de même ordre, nous lisions tout récemment, dans l'un des derniers numéros de la *Gazette médicale de Lyon*, le compte rendu d'une séance de la Société de médecine de cette ville, où cette question a été discutée à l'occasion d'une communication de M. le docteur Passot sur ce sujet :

Nous saisirons donc cette occasion pour examiner cette question doublement intéressante au point de vue pathologique et au point de vue de la prophylaxie.

Voici d'abord le fait qui vient de nous être communiqué par M. le docteur Morel :

« Il y a douze jours, nous écrit notre confrère, une femme m'apporta une petite fille de quinze mois. Il y avait en ce moment dans la maison qu'elle habite un enfant atteint de la petite vérole. Craignant que sa petite fille ne prît cette maladie, elle venait me prier de la vacciner. A sa prière, je la vaccinai sur-le-champ. Trois jours après on me fait appeler. C'était la même mère pour la même petite fille. Elle a la petite vérole, disait la mère.

» L'enfant présentait, en effet, tous les symptômes prodromiques de la variole; son corps était couvert de petites taches rouges, au centre desquelles on sentait une papule dure et saillante. Je regardai les bras; l'on ne voyait sur chacun d'eux que trois petits points rouges. Je rassurai de mon mieux la mère, en lui disant que si la vaccine prenait, sa petite fille n'aurait, pour parler son langage, que la petite vérole volante.

» Cinq jours après, la mère reconnaissante m'apportait son enfant ; la vaccine avait pris, les boutons étaient ce qu'ils sont habituellement au huitième jour ; la variole n'avait été qu'une varioloïde, et déjà les croûtes commençaient à brunir ; l'enfant avait repris sa gaieté et son appétit. »

Ainsi, ajoute M. Morel, au moment où l'enfant avait été vaccinée, déjà elle avait subi l'intoxication varioleuse, elle avait la variole; et cependant la puissance de la vaccine a été telle, que cette variole a pu encore être modifiée; l'enfant n'a eu qu'une varioloïde. Quant à la vaccine, elle a suivi sa marche régulière sans être arrêtée ni modifiée en aucune manière. Le 27 mai, douzième jour de l'inoculation, les boutons sont aplatis; ils prennent une teinte noirâtre et commencent à se dessécher. Quant aux petites croûtes de la varioloïde, elles commencent à tomber.

« On doit donc admettre, avec M. Bousquet, continue l'auteur, que l'infection vaccinale s'accomplit pendant la période d'incubation, et que, par conséquent, la vaccine peut être préservatrice dès le troisième jour de l'inoculation... »

Voici maintenant le fait que M. Passot a communiqué à la Société médicale de Lyon :

Une femme alla le prier de vacciner sa petite fille âgée de trois ans et demi. Mais le jour fixé pour cette petite opération, la mère ne voulut pas y consentir, sous le prétexte que son enfant était malade depuis la veille. En effet, la petite fille était alitée; elle avait de l'agitation, la peau brûlante, le pouls très-accéléré, la langue sale, le ventre météorisé, des douleurs de reins, de la céphalalgie et du coryza avec une toux quinteuse, et elle avait vomi. Dans l'idée que ces symptômes pouvaient être les prodromes d'une variole, dont il existait quelques cas à cette époque dans la ville, M. Passot insista sur l'urgence de vacciner. Il pratiqua sept inoculations, trois au bras droit et quatre au bras gauche. Le troisième jour, on vit survenir deux espèces d'éruptions. Celle de la variole avait même commencé dès la veille; les sept inoculations avaient toutes parfaitement réussi.

Les deux affections ont marché simultanément, et loin que la variole, ou plutôt son diminutif la varioloïde, eût contrarié l'évolution de la vaccine, elle semblait au contraire en avoir favorisé le développement. Les sept pustules vaccinales étaient en effet énormes, et entourées d'une belle aréole inflammatoire.

Mais si l'influence de la variole sur la vaccine a été pour le moins négative, dit M. Passot, il est très-certain que la première a été singulièrement modifiée par la seconde. Et d'abord, la fièvre primaire, qui fut très intense, céda presque complètement à l'éruption. A la vérité, les pustules furent assez nombreuses à la face ; mais celle-ci, ainsi que les extrémités, était à peine tuméfiée, même au douzième jour de la maladie. Les paupières sont toujours restées ouvertes, et sur leurs bords, il n'y a pas eu un seul bouton. Quelques larges vésicules de forme ovalaire, contenant une lymphe jaunâtre, et ressemblant à des bulles de pemphigus, ont été observées sur l'une des joues et à la lèvre inférieure. Le ventre et la poitrine n'ont offert qu'un très-petit nombre de pustules (huit ou dix). En somme, la maladie a été très-bénigne, très-discrète, et il n'y a pas eu de fièvre secondaire. La chute des croûtes a laissé après elle des taches rouges, mais pas une seule cicatrice. Il n'y a point eu de salivation. Et quant à la phlegmasie des voies aériennes, dont il a été parlé en commençant, elle a été légère, et n'a jamais causé la moindre inquiétude. Enfin, aucune affection secondaire ne s'est manifestée; l'enfant n'a eu ni abcès ni furoncles consécutifs.

M. Passot avait recueilli du vaccin sur cette petite fille ; il l'inocula à une autre petite fille, chez laquelle il produisit ses évolutions régulières et locales au niveau de chaque piqûre.

De cette observation, M. Passot conclut que, dans ce cas, la variole a paru favoriser la marche de la vaccine plutôt que la contrarier ; que le vaccin a eu une influence positive sur la variole, puisqu'il lui a imprimé tous les caractères d'une véritable varioloïde ou variole modifiée.

Nous examinerons dans l'une des prochaines *Revues*, à l'occasion de ces trois faits, quelques-unes des questions qu'ils soulèvent.

Nouveau cas de croup guéri par l'émétique à haute dose.

M. le docteur Béclère, ancien interne des hôpitaux de Paris, nous communique la relation d'un nouveau cas de croup guéri par l'émétique à haute dose, qui vient grossir le nombre des observations publiées par MM. les docteurs Constantin et Bouchut.

Cette médication, que M. Béclère s'était réservé de mettre en pratique aussitôt que l'occasion se présenterait, vient de lui réussir au delà même de toute espérance, nous écrit-il, dans le cas que nous allons rapporter, et dont on pourra apprécier en effet toute la gravité.

Le dimanche 8 de ce mois, notre confrère fut appelé en toute hâte auprès de la petite G..., enfant âgée de quatre ans et sept mois, d'une constitution éminemment lymphatique, très-sujette aux bronchites et aux engorgements des poumons.

Cette petite malade, qui toussait déjà depuis trois jours, mais dont l'état de santé n'avait pas jusque-là inquiété les parents, attendu la fréquence des rhumes ou bronchites dont elle était souvent atteinte, présentait les caractères et symptômes suivants :

Facies pâle, décoloré; anxiété générale ; glandes parotides engorgées, surtout à gauche ; écoulement muqueux des fosses nasales; respiration rauque et bruyante avec sifflement intense, lors des efforts suprêmes de respiration que faisait cette malheureuse enfant, et qui provoquaient à chaque instant la suffocation ; en un mot, l'asphyxie paraissait imminente. En abaissant fortement la langue, on apercevait des fausses membranes dans l'arrière-gorge et sur la muqueuse laryngée ; de plus, il existait un engouement général des poumons. L'enfant avait toussé déjà beaucoup la veille, et sa toux avait un son grave et rauque ; la toux avait cessé dès le matin, et en même temps la voix s'était éteinte.

En présence de ces symptômes, qui ne lui semblaient pas laisser de doute sur l'existence d'un croup des plus graves et parvenu au commencement de la troisième période, M. Béclère fit la prescription suivante :

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme, par M. Claude BERNARD, membre de l'Institut, professeur au collége de France, etc. Paris, 1859, 2 vol. in-8°, avec figures intercalées dans le texte (1).

Les deux nouveaux volumes des leçons de médecine que vient de publier M. Bernard, sont peut-être plus importants encore que les précédents, en raison du sujet qu'ils traitent. Quoi de plus utile pour le physiologiste et le médecin que la connaissance des fluides qui concourent à la constitution de l'économie et prennent part à l'accomplissement de chacun des actes dont elle est le siége?

Et pourtant leur étude, restée jusqu'à présent un accessoire trop négligé dans les traités de physiologie, n'a pas encore pris le rang qu'elle doit occuper en pathologie générale, malgré les remarquables travaux publiés sur les altérations du sang.

Tout est à lire dans ces deux volumes, depuis l'*avant-propos* jusqu'à la dernière leçon. Partout l'homme de science comme le praticien peuvent y trouver des documents utiles. Les méthodes d'observation et d'expérimentation sont l'objet de remarques dont il n'est pas hors de propos de dire ici quelques mots :

L'observation n'est pas, comme la *comparaison*, un acte dans lequel interviennent des données *subjectives*; c'est un acte qui est borné à une appréciation des faits venus du dehors par l'intermédiaire des organes des sens, d'où le nom de *contemplation* ou de *conception passive* qui lui est donné quelquefois. Il est nécessaire de compléter toute observation par l'examen et la méditation de la *filiation des faits* correspondants; car les données dues à l'observation sont tellement contingentes, que chacun est porté à considérer comme nouveaux, comme n'ayant jamais été vus, les faits qu'il voit ou apprend pour la première fois. D'autre part, l'étude de l'histoire ou l'examen de la filiation des faits ne suffit pas, et l'observation est indispensable; car on peut constater que nous ne sommes pas moins enclins à regarder comme n'existant pas les faits que nous n'avons jamais observés, et que nous éprouvons les plus grandes difficultés, dans le principe, à nous en faire une idée nette, à porter sur eux un jugement en rapport avec la réalité.

L'expérience consiste à produire, dans l'organe dont on veut connaître le mécanisme fonctionnel, un changement défini, de manière à apprécier directement la variation correspondante du phénomène.

Or, pour arriver à ce but, il faut :

1° Que le changement introduit soit compatible avec l'existence du phénomène étudié;

2° Que l'acte modifié ne diffère de l'acte normal qu'à un seul point de vue, autrement l'interprétation serait nécessairement équivoque.

Outre les perturbations que l'on introduit ainsi dans l'organisme, il faut noter aussi les expériences que l'on peut faire en modifiant le milieu dans lequel vit l'être soumis à l'expérience. Si, à quelques égards, celles-ci semblent moins nettes, moins précises que les précédentes, elles ont l'avantage de pouvoir être suivies pendant un temps plus prolongé que la plupart de celles qui consistent à modifier les organes : elles ont cet avantage, soit parce qu'elles permettent une suspension volontaire qui rétablit l'état normal un peu modifié, soit parce qu'elles ménagent l'action du milieu sur l'organisme, de façon à ne pas empêcher la continuation de l'ensemble des phénomènes principaux, modifiés cependant d'une manière appréciable. Quoi qu'il en soit, dans toute expérience il faut tenir compte de l'état du milieu ambiant. Plus l'organisme est compliqué, plus il est artificiellement modifiable, parce qu'on peut l'attaquer d'un plus grand nombre de côtés; mais, comme il faut peser un ensemble de conditions plus multipliées, très-souvent cette facilité est plus que compensée par les complications qui se présentent. De là vient que plus on descend à des êtres simples, plus les expériences deviennent méthodiques, mais moins elles sont directement applicables à l'homme, sauf pour les propriétés fondamentales des tissus.

Si, vu leur nature compliquée, beaucoup de phénomènes physiologiques se refusent à une expérimentation par modification artificielle des organes, en revanche les états anormaux, comparés à l'état nor-

(1) Chez J. B. Baillière et fils.

Potion gommeuse, 120 grammes, additionnée de 0,75 centigrammes de tartre stibié, une demi-cuillerée à soupe toutes les demi-heures.

Le soir, à huit heures, l'enfant allait mieux ; la respiration se faisait plus librement et avec un sifflement beaucoup moins fort : elle avait vomi une grande quantité de mucosités et de bile. En abaissant la langue, on voyait très-facilement les fausses membranes sur la muqueuse laryngée. L'usage de la potion stibiée fut momentanément suspendu, toutefois avec recommandation faite aux parents d'en donner deux ou trois demi-cuillerées dans le milieu de la nuit.

Le 9 au matin, presque tous les symptômes observés la veille à midi avaient reparu. On reprit la potion émétisée à la dose d'une demi-cuillerée à bouche toutes les demi-heures ; M. Béclère ordonna, en outre, 3 grammes de chlorate de potasse dans un julep, pour en donner une cuillerée à soupe toutes les heures.

A la visite du soir, il y avait un mieux très-prononcé ; la respiration était beaucoup plus libre, le sifflement avait presque disparu. Parmi la grande quantité de matières vomies, on remarquait quelques fragments membraniformes ; une sueur générale et abondante inondait tout le corps de la malade. En abaissant la langue, on apercevait encore beaucoup de fausses membranes, mais elles paraissaient moins adhérentes que précédemment. On fit cesser de nouveau la potion stibiée, tout en continuant le chlorate de potasse.

Le 10 au matin, le mieux continuait, la respiration se faisait aussi librement que la veille au soir. — Potion au chlorate de potasse, 3 grammes et léger bouillon.

Le soir, la malade allait beaucoup moins bien ; les bouillons ont été refusés ; la respiration était de nouveau très-gênée ; le sifflement, quoique moins prononcé que les jours précédents, avait néanmoins reparu, et la suffocation menaçait aussi de se reproduire. — Deuxième potion gommeuse avec 0,75 centigr. de tartre stibié, mêmes doses que précédemment, c'est-à-dire une demi-cuillerée à soupe toutes les demi-heures jusqu'à production de vomissements.

Le 11 au matin, l'enfant était infiniment mieux. La respiration était libre, le sifflement avait disparu, et la petite malade pouvait facilement faire de larges inspirations. Elle demandait même avec instance à manger. Tout le corps continuait d'être couvert d'une sueur abondante. On remarquait encore quelques débris de fausses membranes dans les mucosités vomies ; mais en abaissant la langue, il ne s'en trouvait plus dans l'arrière-gorge, ni sur la muqueuse laryngée. L'engouement pulmonaire avait également disparu. Dès ce moment la petite malade était sauvée. — Plusieurs légers potages furent pris avec plaisir et d'un appétit franc. Pour relever les forces on remplaça la potion stibiée et celle au chlorate de potasse par une potion gommeuse avec 25 décigrammes d'extrait mou de quinquina à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les heures et demies.

Le soir, le mieux était encore plus prononcé, la poitrine était libre, la respiration se faisait aussi très-facilement. Néanmoins la transpiration générale continuait, mais elle était moins abondante.

Le 12 au matin, l'enfant avait eu une bonne nuit, avait beaucoup dormi et demandait à manger. — Potages, un œuf frais, et un peu d'eau et de vin.

Le 13, amélioration croissante. La transpiration diminuait d'une manière très-sensible. On commence à prescrire des aliments solides ; l'enfant reste levée une heure.

Le 14, il ne restait plus d'autre trace de cette terrible maladie qu'un peu de pâleur.

— Il y aurait peut-être lieu de se demander ici si c'est exclusivement au tartre stibié qu'est due la guérison, et jusqu'à quel point le chlorate de potasse, concurremment administré, n'y aurait pas quelque part.

M. Béclère n'hésite pas à penser que c'est uniquement à l'intervention de l'émétique qu'il faut attribuer la guérison, car, dit-il, on a vu que, malgré l'usage continu du chlorate de potasse, les accidents de suffocation reparaissaient chaque fois que l'on cessait l'administration du tartre stibié. Ajoutons d'ailleurs que les faits précédemment publiés justifient cette appréciation. Quant à la trachéotomie, notre confrère exprime l'opinion qu'il est bien douteux, pour ne pas dire impossible, qu'elle eût réussi dans ce cas, surtout avec la chétive constitution de cette enfant et vu l'état de suffocation qui faisait craindre de la voir succomber à chaque instant.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Beau.

Pneumonie mobile compliquée au quatorzième jour d'une variole maligne. — Mort le dix-neuvième jour.

Un homme de vingt-sept ans, garçon de chantier, est entré le 2 février 1859, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Beau, salle Saint-Félix, n° 22.

Cet homme, d'une assez robuste apparence, vacciné dans son enfance, dit n'avoir jamais été sérieusement indisposé jusqu'à ce jour.

Depuis trois ou quatre semaines, il éprouvait un peu d'anorexie et de malaise général, lorsqu'il fut pris, quatre jours avant son entrée à l'hôpital, d'un brusque refroidissement en travaillant dans le chantier ; il s'est mis à tousser sans avoir eu de frissons : un point de côté à droite s'est manifesté deux jours après. Voici dans quel état il était le 2 février au soir :

Le malade est dans le décubitus dorsal ; il éprouve un peu de dyspnée. La face est congestionnée, la peau couverte d'une sueur abondante.

A l'auscultation, la respiration est pure dans presque toute l'étendue des deux poumons en arrière et en avant. Mais dans la fosse sus-épineuse droite, on découvre un peu de râle crépitant fin accompagné d'une matité comparative assez nette en cet endroit. Dans l'aisselle droite, on perçoit du souffle et du râle crépitant dans les efforts de toux. Il existe une matité comparative bien caractérisée sous la clavicule droite ; rien à l'auscultation.

L'expectoration est assez abondante : elle se compose de crachats rouge-brique, visqueux, très-adhérents au vase.

Le cœur ne présente aucun bruit anormal : 90 pulsations, pas de chaleur fébrile à la peau.

La langue est blanche, un peu rouge sur les bords : il y a de l'anorexie et de la soif ; le malade va régulièrement à la selle ; l'abdomen est peu douloureux ; la matité du foie occupe en avant une hauteur de 12 centimètres environ.

Les urines, assez rares, sont d'une couleur rouge-brique.

L'intelligence et les sens ont conservé une netteté parfaite. Le malade se plaint d'éprouver de l'insomnie depuis quelques jours.

On prescrit le soir même : Ipéca, 1 gramme ; tartre stibié, 0,10.

Le 3 février, le malade a eu plusieurs vomissements, sans selles.

Un soulagement bien manifeste a succédé à l'état de la veille : la dyspnée est très-amoindrie, ainsi que le point de côté.

A l'auscultation, on trouve dans l'aisselle un souffle tubo-vésiculaire, avec expiration prolongée, et des râles bullaires abondants.

Dans tout le reste du poumon, mêmes signes que ceux de la veille.

L'expectoration de crachats rouillés persiste. Pouls, 84. Point de chaleur à la peau.

On a évidemment affaire à une pneumonie. On prescrit en conséquence un large vésicatoire dans l'aisselle droite ; gomme sucrée, deux pots ; diète.

Le 4, l'amélioration persiste ; l'expectoration soufflante a cessé ; à l'auscultation, mêmes signes que la veille.

Le 5, les phénomènes constatés par l'auscultation dénotent que l'hépatisation a changé de place. Dans l'aisselle il n'y a plus de souffle : on n'y constate que de l'expiration prolongée, avec quelques légères bulles de râle.

En arrière, il existe du souffle tubaire vers l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du poumon droit ; dans la fosse sus-épineuse, souffle et murmure vésiculaire, matité en ces deux endroits, plus prononcée cependant sur le premier point que dans la fosse sus-épineuse.

L'état général du malade paraît néanmoins meilleur ; l'expectoration sanglante n'a pas reparu ; il n'existe que 70 pulsations ; un peu d'appétit s'est manifesté.

Le 6, retour du souffle, accompagné d'expiration prolongée dans l'aisselle. Au sommet du poumon (dans la fosse sus-épineuse), il existe un souffle très-bien caractérisé ; vers la partie moyenne du poumon, la respiration bronchique a été remplacée par du râle crépitant de retour.

La matité persiste au sommet droit, en avant et en arrière, ainsi que vers la partie moyenne du poumon, dans le point où le souffle existait hier.

L'expectoration sanglante a reparu : les crachats ont la couleur de jus d'abricot ; ils sont visquenx, adhérents au vase et très-abondants.

Le malade, abattu, faible, et plongé dans une stupeur profonde, ne répond qu'avec peine aux questions qui lui sont adressées ; les sclérotiques sont jaunes, le teint bilieux ; 70 pulsations ; pas de chaleur fébrile à la peau.

Le 8, la prostration générale a fait de nouveaux progrès ; expression de langueur très-prononcée ; stupeur intellectuelle ; 72 pulsations.

Le souffle persiste dans la fosse sus-épineuse, mais il a reparu vers la partie moyenne du poumon, dans un espace circonscrit, près de la colonne vertébrale, avec un timbre plus sec et plus rude que jamais.

On prescrit une potion avec laudanum de Sydenham : 6 gouttes ; tisane vineuse : 2 pots.

Le 9, le malade semble aujourd'hui complétement ranimé : il s'assied spontanément sur son lit, et répond d'une manière alerte aux questions qui lui sont adressées ; mêmes signes à l'auscultation.

Le 10, l'aspect typhoïde a repris le dessus : affaissement, somnolence ; le souffle est limité à la fosse sus-épineuse exclusivement, en arrière ; mais sous la clavicule droite, il s'est manifesté pour la première fois. Dans l'aisselle on perçoit toujours une respiration sonore, avec expiration prolongée ; 80 pulsations. — Vésicatoire sous la clavicule droite.

Le 11, l'état général est le même. A l'auscultation, souffle mélangé de gros râle crépitant dans la fosse sus-épineuse ; persistance des mêmes signes dans l'aisselle.

Le 12, on constate une éruption boutonneuse à la face et aux avant-bras ; chaleur à la peau ; 96 pulsations. De petits boutons rouges, arrondis, sans aréole, légèrement acuminés, se sont manifestés sur toute la surface du corps, principalement à la face. 76 pulsations ; point de douleurs lombaires, soit avant, soit après l'éruption. Même état général. Rien de nouveau dans les signes stéthoscopiques en avant. En arrière, le souffle a disparu dans la fosse sus-épineuse droite.

Le 13, l'éruption générale dont le malade est couvert se compose de petites éminences papuleuses, varioliques, offrant sur deux ou trois points, à l'avant-bras droit, la disposition acuminée vésiculeuse.

Sur le thorax, les points sont disséminés, rouges, entourés d'une aréole de purpura. A la face, l'éruption offre une grande analogie avec une variole déjà flétrie ; ce sont des éminences aplaties très-rapprochées les unes des autres, sans aucune congestion locale.

Le pouls est plus petit et plus fréquent que ces jours derniers (96 pulsations) ; la stupeur est plus prononcée. Le malade paraît indifférent. L'expectoration sanglante persiste, mais avec moins d'abondance. A l'auscultation, il existe de la matité, de l'expira-

---

mal, nous offrent des expériences spontanées répétées de toutes manières ; mais elles ne sont utiles qu'autant que la structure normale de l'organe est déjà assez bien connue pour que l'on puisse étudier comparativement, à tous les mêmes points de vue, l'altération morbide. En effet, on ne saurait apprécier le dérangement, si l'on ne connaît l'arrangement. L'état pathologique, comme l'a démontré Broussais, ne diffère pas radicalement de l'état physiologique ; il ne constitue autre chose qu'une aberration de l'état sain ou une modification en plus ou en moins des limites de variation entre lesquelles chaque organe et chaque phénomène correspondant peuvent osciller. D'où il résulte que les notions anatomiques et physiologiques exactes sont l'indispensable point de départ de toute exploration et de toute explication pathologique. Réciproquement, l'étude scientifique des phénomènes morbides est indispensable pour l'étude de l'état normal, et d'autant plus que l'expérimentation directe devient plus difficile. Malheureusement, beaucoup de cas précieux restent encore chaque jour presque stériles ; faute de notions anatomiques et physiologiques assez complètes pour les bien interpréter, conditions indispensables à toute observation que ni les plus minutieux détails descriptifs, ni le nombre des faits, ne peuvent remplacer, parce qu'il devient impossible de démêler l'important de l'inutile. L'analyse pathologique doit embrasser aussi l'étude de tous les phénomènes d'un même organisme, aussi bien celle des actes intellectuels et moraux que moteurs et sensitifs, en tenant compte aussi des âges ; enfin, l'étude des monstruosités, désormais ramenée aux lois fondamentales de l'organisme régulier, vient compléter l'exploration pathologique. Ces anomalies ne sont autres que le résultat de vraies maladies causées par quelques changements dans les circonstances complexes nécessaires à un développement régulier ; ce sont, par conséquent, des affections dont l'origine est plus ancienne et moins connue, et par suite plus incurable.

Après avoir donné quelques notions sur la constitution des humeurs en général, faits sur lesquels nous reviendrons plus bas, M. Bernard fait l'histoire du sang. C'est sans aucun doute le document le plus complet que nous possédions actuellement sur ce liquide considéré à l'état normal et en dehors de sa composition chimique. Le premier volume presque tout entier est consacré à son étude, et d'une leçon à l'autre on trouve un attrait croissant à suivre l'auteur dans l'examen des questions qu'il élucide.

La pression du sang, soit constante, soit intermittente, dans les différentes parties de l'appareil circulatoire, est l'objet de chapitres pleins d'intérêts. Ils sont suivis d'une leçon qui ne le cède en rien aux précédentes, et qui est entièrement consacrée à l'examen de l'influence des nerfs sur les phénomènes mécaniques de la circulation. Rien de plus utile à connaître que les expériences sur la pression du sang dans les ventricules, et que les résultats auxquels elles conduisent. Mêmes remarques sur ceux qui concernent les réactions du sang, sa coagulabilité, sa quantité, et l'examen des limites entre lesquelles peut varier la quantité d'eau dans l'organisme en particulier et dans le sang en général.

Au lieu de nous borner à un aride énoncé des questions plus importantes encore que celles-ci qui sont traitées dans ce volume, cherchons à en résumer quelques-unes ; commençons par l'observation de la température du sang dans les divers points de son trajet, et par l'examen des causes de cette température du sang et des tissus.

Dans la veine-cave supérieure et dans toutes les veines qui y aboutissent, comparées à la crosse de l'aorte et à toutes les artères qui en émanent, lorsque l'observation porte sur des portions de vaisseaux situées à la même distance du cœur, la température du sang veineux (39°,20 à 39°,25 chez les chiens) est constamment inférieure à celle du sang artériel (39°,30 à 39°,40).

Dans les artères et les veines abdominales, dans la veine-cave ascendante et les veines qui y aboutissent, dans l'aorte descendante et toutes les artères qui en émanent, les résultats varient suivant les régions :

1° Le sang de la veine rénale est plus chaud (39°,30) que celui de l'artère rénale (38°,70) ;

2° Le sang de la veine-porte est moins chaud (39°,35 à 39°,40) que celui des veines sus-hépatiques (39°,60 à 39°,80), et plus chaud que celui de l'aorte descendante immédiatement au-dessous du diaphragme (38°,70) ;

3° Le sang des veines des membres inférieurs est moins chaud que celui des artères correspondantes ; il en est de même du sang des veines et des artères iliaques ; le sang de la veine-cave ascendante, jusqu'à l'abouchement de la veine rénale, est aussi moins chaud que celui de l'aorte descendante au-dessous de l'origine des artères rénales ;

tion prolongée sous la clavicule droite, mais le souffle a complétement disparu, là comme partout ailleurs.

Langue sèche et noirâtre, dents fuligineuses ; soif intense, anorexie absolue ; pas de vomissements.

Le 14, des pustules, d'ailleurs assez irrégulières, se sont enfin manifestées à la face, au cou et sur quelques points disséminés (bras droit, thorax, etc.). Une aréole très-prononcée de purpura entoure chacun des boutons et produit sur presque tous les points une sorte de confluence qui donne une teinte d'un violet sombre, uniforme, à toute la surface du corps.

L'expectoration sanglante a presque complétement disparu. Langue sèche, noire, couverte de points brunâtres ; dents fuligineuses ; lèvres desséchées. A l'auscultation, il n'existe plus aucun symptôme morbide ; la matité est notablement diminuée sous la clavicule droite. La peau chaude et sèche ; 96 pulsations.

Le soir, stupeur plus profonde ; le purpura a beaucoup augmenté d'intensité ; un œdème douloureux occupe tout le membre supérieur gauche. Sueur visqueuse à toute la surface du corps ; refroidissement des extrémités ; 100 pulsations.

Le 5 février, le malade succombe à deux heures du matin.

Autopsie trente heures après la mort. — Le cadavre offre à sa surface une teinte violacée sombre. Les pustules confluentes sur la face, le cou et le scrotum, communiquent à ces parties une teinte livide. Quelques pustules flétries existent encore au cou, à l'avant-bras droit.

Aucun liquide ne s'écoule à l'ouverture du thorax ; mais il existe à la surface du poumon droit, en arrière, dans toute sa hauteur, des adhérences d'origine récente, faciles à déchirer ; rien de semblable en avant.

Incisé longitudinalement, le poumon présente au sommet plusieurs points d'hépatisation rouge, peu volumineux (ils ont, en moyenne, la grosseur d'une noisette), disséminés au milieu du parenchyme sain ; leur couleur est d'un rouge grisâtre, mais le tissu est moins friable que dans les cas ordinaires ; cependant des portions de tissu hépatisé, séparées avec soin du parenchyme sain, tombent au fond de l'eau.

Vers la base du lobe moyen, en arrière, il existe une masse hépatisée beaucoup plus étendue ; elle forme une lame plus large que profonde, située à deux centimètres au-dessous de la surface pulmonaire. Dans cet endroit, le tissu, plus rouge et plus friable qu'au sommet, offre une pesanteur spécifique plus considérable.

Vers la base du poumon, il existe un peu de congestion, sans hépatisation.

Le poumon gauche est parfaitement sain.

Des deux côtés, il n'existe aucune trace de tubercule.

Le cœur est sain ; point d'hypertrophie des cavités ni des parois ; aucune trace de lésion valvulaire.

Il n'existe aucun caillot dans les cavités cardiaques, qui renferment, comme tout le système vasculaire, un sang noir excessivement fluide. Point de liquide dans le péricarde.

La dissection des vaisseaux du membre œdématié n'a fait reconnaître aucun caillot dans les veines.

Le foie, quoique volumineux, n'offre aucune altération de tissu. La vésicule renferme un peu de bile fortement colorée.

La rate et les reins n'offrent rien de particulier.

Les testicules sont parfaitement sains ; mais le scrotum et le gland, d'ailleurs couverts de petits boutons avec l'aréole de purpura, offrent une teinte livide d'un violet très-foncé, qui se prolonge dans l'urèthre jusqu'au col de la vessie. Celle-ci ne contient qu'un peu d'urine bourbeuse ; la muqueuse est tout à fait décolorée.

Les autres organes n'ont pas été examinés.

— Cette observation nous présente à considérer plusieurs particularités importantes :

1° On y voit une pneumonie dans laquelle l'hépatisation, annoncée par le souffle, a envahi et abandonné successivement différents points du sommet du poumon droit. C'était donc une pneumonie mobile, et comparable dès lors à l'érysipèle, sous le rapport de sa marche.

2° La modification de bruit, appelée bruit d'expiration prolongée, a existé ici d'une manière manifeste. Ce n'est donc pas le signe caractéristique des tubercules pulmonaires. On trouve l'*expiration prolongée* non-seulement dans les tubercules, mais encore dans l'hépatisation et dans l'épanchement pleurétique. C'est un bruit complexe qui résulte du souffle uni à du murmure vésiculaire.

3° Enfin, on a ici un exemple d'une variole mortelle survenue chez un individu vacciné.

MODIFICATION APPORTÉE AU SPÉCULUM A TROIS VALVES à développement plein.

Par M. le docteur Alfred Elleaume.

Depuis quelques années, on s'est beaucoup occupé de la statique utérine. On en est arrivé à conclure que l'axe que l'on considérait comme normal dans la matrice, n'existe en quelque sorte que d'une manière exceptionnelle. Tout en reconnaissant une certaine exagération, il n'est pas besoin d'avoir examiné un grand nombre de femmes pour savoir que très-fréquemment il y a une déviation de cet organe, déviation plus ou moins sensible, qui parfois cause des accidents plus ou moins graves, mais parfois aussi reste complétement inconnue de la femme et souvent même du médecin. Ainsi il arrive que le col est porté en avant derrière les pubis, mais le plus souvent il est en arrière, tendant à se porter vers la concavité du sacrum. On comprend de suite que, dans ces cas, l'examen au spéculum devra présenter des difficultés, difficultés telles, disons-le de suite, que malgré une très-grande habitude à manier l'instrument, il arrivera de ne pouvoir les surmonter. Si nous supposons en effet le col dans un état de rétroversion un peu prononcé, si vous introduisez un spéculum ordinaire, qu'arrivera-t-il ? L'extrémité vaginale de votre instrument viendra, non pas sur le museau de tanche, mais bien sur la face antérieure du col. Si vous tentez d'introduire votre instrument un peu au delà du col utérin pour amener ce dernier dans le champ du spéculum, vous repoussez l'organe de plus en plus, et loin de vaincre la difficulté vous l'augmentez. C'est que dans ce cas la saillie du bord supérieur du spéculum fait obstacle et empêche le bord inférieur de glisser sous le col pour le relever et l'amener dans l'instrument. Cette imperfection des spéculum n'a pas été sans frapper les chirurgiens, mais il est étrange de voir que l'on n'ait pas songé à modifier l'instrument pour les cas qui se présentent, je le répète, si fréquemment dans la pratique.

M. Duparcque, je dois le dire cependant, a compris le défaut, et a fait fabriquer un spéculum spécial qui est loin de remplir les conditions voulues d'une manière heureuse ; il a fait allonger de 3 à 4 centimètres une des valves d'un spéculum à développement plein. Outre que le maniement de l'instrument est difficile, il ne remplit pas les conditions voulues ; d'abord, l'allongement de la valve est beaucoup trop grand et empêche de bien limiter le col, puis l'introduction doit en être difficile et même douloureuse pour les femmes, car il doit labourer la muqueuse vaginale et la pincer. Ce sont là des inconvénients tels que ce spéculum a dû être rejeté de la pratique ; aussi ne le retrouve-t-on que dans les collections qui peuvent servir à l'histoire de cet instrument.

Fergusson a plus récemment apporté une modification extrêmement simple, et qui approche de la perfection. Tout le monde sait que le spéculum de ce chirurgien est cylindrique, en cristal, étamé à l'intérieur, et revêtu par-dessus cet étamage d'une couche de gutta-percha. De plus, l'extrémité vaginale est légèrement terminée en biseau. L'idée était évidemment heureuse ; mais le spéculum de Fergusson est trop fragile, d'une propreté trop douteuse pour être adopté ; enfin, l'extrémité vaginale n'est pas taillée assez obliquement en biseau pour remplir le but proposé.

J'ai donc pensé qu'il pourrait être utile de faire construire un spéculum spécial. J'ai choisi le spéculum de Charrière, c'est-à-dire à trois valves, à développement plein, comme étant d'un emploi plus facile que les autres. L'extrémité vaginale a été coupée obliquement, de manière que le bord inférieur fait une saillie de 12 millimètres sur le bord antérieur ; l'embout est découpé de telle façon que l'extrémité de l'instrument avec son embout ressemble à un *bec de flûte*. Ce spéculum s'introduit, comme tous les autres, jusque sur le col, dont on a préalablement fixé la position par le toucher ; puis on tourne l'instrument de façon que le bord le plus saillant soit à la partie inférieure.

L'embout étant retiré, vous poussez légèrement l'instrument vers la concavité du sacrum. Le bord supérieur étant échancré, ne fait pas obstacle à ce mouvement ; le bord inférieur s'introduit sous le col, et au moyen d'un léger mouvement de bascule que vous faites opérer à l'instrument, le col arrive dans le champ du spéculum.

Cette modification apportée au spéculum est tellement simple qu'elle peut paraître insignifiante. J'en appelle à ceux qui, par position, se servent très-fréquemment de cet instrument, pour certifier combien, dans un grand nombre de cas, il est difficile d'atteindre le col, combien il faut se livrer à une manœuvre longue, pénible pour les malades, manœuvres qui peuvent même compromettre le chirurgien aux yeux de sa cliente.

Or je reconnais qu'avec une très-grande habitude, une grande adresse, on réussit *le plus ordinairement* avec le spéculum ordinaire. Mais je puis affirmer que, dans les cas qui m'ont présenté les plus grandes difficultés avec le spéculum ordinaire, il m'est arrivé de réussir très-aisément avec le mien. Cet instrument est d'une manœuvre si facile, que mes élèves, à mon dispensaire, réussissent très-promptement à saisir le col dans les cas les plus difficiles.

SUR LES RÉTRÉCISSEMENTS TRAUMATIQUES DE L'URÈTHRE et sur les rétrécissements dits infranchissables.

Par M. le docteur Phillips.

Les cas où une bougie ne peut pas être portée jusque dans la vessie sont très-rares, et si j'accepte le fait du rétrécissement infranchissable, c'est d'après l'assertion d'hommes éminents dont l'opinion est respectée ; mais je dois dire que pendant vingt-deux années de pratique, je n'ai pas rencontré un seul cas de rétrécissement qui ait empêché l'introduction d'une bougie. Souvent j'ai lutté contre de grandes difficultés ; souvent aussi j'ai renouvelé mes essais pendant plusieurs jours, et la confiance que j'ai dans l'action de la sonde m'a toujours fait retrouver la voie naturelle.

On rencontre dans l'urèthre des obstacles d'une nature particulière : ce sont les rétrécissements formés par les cicatrices des déchirures de l'urèthre et des contusions du périnée, autrement dit les *rétrécissements traumatiques*.

L'introduction d'une bougie filiforme dans un rétrécissement traumatique est toujours une manœuvre délicate ; c'est principalement dans ces cas qu'on a admis l'imperméabilité, et qu'on a imaginé les opérations hasardeuses de la ponction des obstacles, du cathétérisme forcé et de la boutonnière. Ce rétrécissement est toujours plus difficile à dépasser que celui formé après une inflammation de l'urèthre ; dans ce dernier cas, l'altération des tissus n'a pas de limite brusquement arrêtée, et c'est sur une certaine étendue qu'on trouve ses traces, qui s'affaiblissent insensiblement à mesure qu'on s'éloigne de la structure. Au contraire, après une cause traumatique, la transformation des tissus ne dépasse point la cicatrice, et quelle que soit la longueur de la portion rétrécie, la partie de l'urèthre qui est en avant n'est point altérée.

Ce fait devient évident lorsqu'on injecte au mercure les lymphatiques de l'urèthre : après avoir fait pénétrer le tube à injection dans le tissu érectile, à 1 ou 2 centimètres en avant de

---

4° Le mélange du sang de la veine rénale avec celui qui revient des membres inférieurs entraîne ce résultat que, dans toute la portion de la veine-cave comprise entre l'abouchement des veines rénales et le foie, le sang est plus chaud (39°,20) que dans la partie de l'aorte descendante qui s'étend du diaphragme à l'origine des artères rénales (38°,70) ;

5° Au moment où les veines sus hépatiques (39°,80) se dégorgent dans la veine cave ascendante, la température du sang de cette dernière veine s'élève encore (39°,40 à 39°,65) et l'emporte de beaucoup sur celle du sang de la partie correspondante de l'aorte (38°,70). Le confluent des sus-hépatiques et de la veine cave est le lieu le plus chaud de l'économie (39°,80). Dans l'oreillette droite, le sang très chaud de la veine-cave inférieure (39°,50 à 39°,65) se mêle au sang de la veine-cave supérieure (39°,20) ; sa température tombe (à 39°,35 environ) au-dessous de ce qu'elle était au niveau du diaphragme (39°,50), mais reste cependant supérieure à celle du sang de l'aorte descendante (38°,70). Constamment le sang du ventricule droit du cœur (39°,32), chez les animaux vivants, est plus chaud que le sang du ventricule gauche (39°,07), ce qui donne en faveur du ventricule droit 0°,25.

Déjà M. le professeur Malgaigne, en 1839, avait constaté ce fait que les vicieuses hypothèses sur la combustion respiratoire avaient fait repousser. C'est donc le sang qui sort de l'appareil digestif d'une part, du foie en particulier par les veines sus-hépatiques, puis, d'autre part, celui qui sort du rein par la veine rénale, qui fournit une source constante de calorification pour le sang qui entre dans le cœur. Ce sont donc les appareils digestif et urinaire qui, par chacun de leurs organes les plus volumineux, sont le foyer principal de la chaleur des animaux, et c'est l'appareil circulatoire qui la distribue dans l'économie, grâce à la fluidité du sang, qui en permet la distribution sous forme de courants infiniment petits.

Or, comme ni l'urée, ni la créatine, ni l'acide urique, et autres composés qu'on a regardés comme produits par la combustion ou oxydation des substances albumineuses ou fibrineuses, ne se forment dans le foie ou le rein, ce n'est plus dans cette oxydation supposée qu'on doit rechercher la cause moléculaire principale de la production de chaleur, ni dans les tissus où ces principes-là se forment, ni dans les actes qui caractérisent la respiration, mais bien dans les actes de nutrition des divers tissus en général, de sécrétion du foie et d'élimination urinaire en particulier.

Il est inutile d'insister sur l'importance de ces observations. Je ne pourrais, sans dépasser les limites qui me sont imposées, analyser chacune des questions qui sont étudiées dans ce volume. La détermination des quantités de gaz dans le sang, des qualités dissolvantes du sang par rapport aux gaz, des rapports de la composition du sang avec les sécrétions auxquelles il fournit, sont envisagées sous un jour et d'après des moyens entièrement neufs qu'il m'est impossible de faire connaître ici. Je ne puis pourtant m'empêcher d'exposer encore quelques-uns des résultats auxquels M. Bernard a été conduit par ses études sur les causes de changements de coloration du sang. C'est ainsi qu'il prouve que le sang de la veine rénale ne peut plus être compris dans l'ancienne dénomination de sang noir, car il est tantôt rouge, tantôt noir, suivant l'état d'activité ou de repos de la fonction de l'organe.

Si la dénomination de *sang rouge* doit être conservée pour désigner le sang artériel, il n'en est pas de même de celle de *sang noir*, qui ne peut plus être synonyme de sang veineux.

Mais ce n'est pas seulement au point de vue de la coloration que le sang veineux peut différer de lui-même ; suivant certaines conditions particulières, il subit des modifications plus profondes, plus intimes ; il change dans sa composition chimique. Ainsi, il est digne de remarque que le sang veineux rouge forme un caillot plus mou, plus diffluent que le sang veineux noir, dont la cohésion et la consistance sont plus grandes. Donc, le sang veineux, non-seulement ne doit pas être considéré comme identique avec lui-même dans l'organisme en général, mais encore il diffère dans chaque organe particulier, suivant que celui-ci est dans l'état de repos ou d'activité.

Ce volume est terminé par plusieurs leçons sur l'hématologie pathologique, sur les variations de la quantité de fibrine dans les différents points des voies circulatoires, sur les altérations du sang produites par les matières putrides venues du dehors, sur les fermentations de cause interne ou dues à des ferments venus du dehors, sur l'action de divers sels et sur les causes qui font qu'ils réagissent autrement dans le sang qu'au dehors, etc., etc. Je ne puis que recommander ces divers chapitres à toute l'attention des médecins. Ch. Robin.

(L'analyse du deuxième volume fera l'objet d'un second article.)

l'obstacle, on voit le mercure arrêté dans sa marche par la ligne blanche formant le rétrécissement; si, au contraire, le tube est introduit seulement sous l'épithélium, on voit les globules mercuriels parcourir toute la surface du canal et y dessiner des anastomoses très-fines et très-déliées, semblables à celles fournies par les *vasa vasorum*. Ces vaisseaux perdent insensiblement leur capacité, à mesure qu'ils se rapprochent du rétrécissement.

Lorsqu'il y a une cicatrice, un rétrécissement traumatique, la diminution du volume n'est pas progressive; elle apparaît brusquement, et elle établit, sans transition, la séparation entre les tissus sains et ceux qui ont été atteints par la déchirure.

Ces injections au mercure prouvent que dans le rétrécissement, produit de l'inflammation, il n'y a pas destruction de tissus, mais seulement altération de la texture, qui s'amoindrit en s'éloignant du point central; tandis que, après une cause traumatique, l'obstacle est constitué par un tissu nouveau, dont les éléments, ne se mêlant pas aux tissus sains, laissent entre eux une démarcation parfaitement distincte.

Il y a donc entre ces deux espèces de rétrécissements cette différence que, dans la première, l'urèthre va en diminuant de capacité, jusqu'à l'obstacle; qu'il forme un conduit en entonnoir qui dirige la bougie vers le passage resté ouvert; et que, dans la seconde, il conserve toute son ampleur et son élasticité au-devant et contre le rétrécissement; de sorte que, dans ce grand espace, la bougie se peletonne aisément sous la plus légère pression, et c'est par hasard que sa pointe rencontre l'ouverture de l'obstacle, puisqu'il est impossible de lui donner une direction et qu'elle n'en reçoit pas des parois du canal.

On a imaginé différents moyens pour introduire les bougies dans les rétrécissements étroits, multiples et irrégulièrement placés.

M. Phillips examine ici les différentes méthodes conseillées contre les rétrécissements infranchissables, et continue en ces termes :

Les différents procédés opératoires sont basés seulement sur la position excentrique de l'ouverture et nullement sur le siége alterne des rétrécissements multiples; cette disposition, dont l'importance pratique semble avoir été méconnue, a été prouvée par M. Leroy, qui a établi sur elle l'emploi de la bougie tortillée. Cet instrument doit être présenté doucement et sans recevoir de mouvements de rotation; s'il bute, on le retire un peu; on change la position de la pointe en le faisant légèrement tourner entre les doigts, et on le pousse de nouveau. Ces manœuvres doivent dans certains cas être répétées un grand nombre de fois, et, à force de patience et de légèreté des mains, on parvient à le faire entrer dans le pertuis des divers rétrécissements. Ordinairement, lorsqu'il a franchi les obstacles, il arrive facilement à la vessie, et on peut lui donner un mouvement de va-et-vient avec une grande liberté.

Mais la bougie de caoutchouc se refuse à de persévérantes manœuvres, parce que la chaleur et les mucosités du canal la ramollissent et effacent la spirale qu'on lui a donnée; elle redevient droite, et elle perd ses avantages lorsque la pointe de cette bougie est pincée et retenue après avoir traversé le rétrécissement : sa trop grande souplesse ne peut vaincre la contraction musculaire qui l'arrête; elle se pelotonne, et il faut la retirer ou attendre que le spasme ait cessé.

Ces inconvénients n'existent point lorsqu'on se sert de bougies filiformes de baleine, matière première depuis longtemps employée, abandonnée ensuite, recommandée de nouveau par M. Guillon en 1832, et dédaignée encore lors de la vogue dont ont joui les instruments de Mayor.

Dans les cas difficiles, je me sers toujours de la bougie de baleine, et, grâce à la facilité qu'elle a de conserver la forme de spirale qu'on lui donne au moment de l'introduire, grâce à sa résistance, qui l'empêche de se peletonner, on a un instrument dont la pointe est toujours en contact avec les parois du canal, qui a une force suffisante pour ne pas être arrêté par un spasme, et qu'on manie sans danger, à la condition cependant de ne pas céder à des mouvements d'impatience et de conserver la légèreté de main indispensable pour exécuter des manœuvres de longue durée.

Je place le malade debout contre un meuble ou un mur, et j'introduis la bougie très-lentement jusqu'au rétrécissement, sur lequel je l'appuie pour ne plus le quitter, et je la fais tourner très-doucement sur son axe sans jamais lui imprimer un mouvement de va-et-vient.

Lorsque les obstacles sont profondément situés, lorsqu'ils sont très-près de la portion membraneuse, le contact de la bougie produit des phénomènes nerveux qui peuvent aider au succès de l'opération.

C'est un état syncopal qui amène le relâchement des muscles. Jamais je ne les ai vus, lorsque les rétrécissements sont placés dans la portion pénienne. Souvent j'ai eu l'occasion de remarquer qu'une bougie, retenue dans un rétrécissement, arrivait facilement dans la vessie pendant cet état de malaise. Ce n'est pas le rétrécissement, comme on le croit, qui emprisonne la bougie : on en a la preuve par la liberté qu'elle a de se mouvoir lorsqu'elle l'a franchi; c'est à la contraction brusque et énergique de la masse musculaire qui l'embrasse, et non à la turgescence du rétrécissement, que sont dus ce pincement et cet arrêt de la bougie. Il faut donc attendre ou provoquer le relâchement de ces muscles : la syncope vient souvent en aide au chirurgien, mais elle n'est pas constante; et lorsqu'elle me fait défaut dans des cas difficiles, je fais prendre au malade, par intervalles, quelques cuillerées d'eau contenant une faible dose d'émétique (1).

(1) Extrait d'un mémoire intitulé *Considérations pratiques sur le rétrécissement de l'urèthre dit infranchissable*. Paris, 1858, in-8°.

ACCIDENTS DE LA SAIGNÉE.

Par M. le docteur Rennes (de Bergerac).

A la suite des communications faites l'année dernière à l'Académie des sciences sur la rutilance du sang veineux dans certaines circonstances physiologiques, M. Mougeot, dans une séance du mois d'août, dont la *Gazette des Hôpitaux* a donné l'analyse, signalait le phénomène exceptionnel de la couleur rouge du sang tiré de la veine et même du jet saccadé dans certains cas pathologiques.

Ce fait pratique, rarement signalé, est plus fréquent qu'on ne le pense, ou du moins qu'on ne le dit. Je l'ai rencontré à plusieurs reprises dans des cas où la fièvre était intense. Il est de nature à effrayer ceux qui l'observent pour la première fois. Il a fait mon tourment pendant vingt-quatre heures à la suite d'une saignée du bras que je pratiquai, à l'hôpital de la garde royale, sur un militaire blessé en 1821. Mes craintes furent même partagées jusqu'à un certain point par mon chef de service, l'excellent docteur Larrey, qui s'évertuait à me consoler à l'aide de son mémoire sur les plaies artérielles, dont les observations de *guérison par la compression* semblaient alors hors de vraisemblance.

Plusieurs fois depuis, le même phénomène exceptionnel du sang rutilant et du jet saccadé m'a tenu en suspens pendant la durée de l'opération, et ne m'a laissé l'esprit parfaitement tranquille qu'après l'application de la bande, qui demande encore quelque soin dans ces circonstances.

Le jet saccadé s'observe indépendamment de la superposition de la veine à l'artère, et quant à la couleur rutilante du sang, elle s'est présentée à moi avec une fréquence relative plus grande dans la saignée du pied que dans celle du bras.

L'observation suivante, d'un caractère tout différent, est un avertissement aussi des inconvénients qui s'attachent à l'opération de la phlébotomie et des faux jugements auxquels ils peuvent prêter dans le public. Elle est unique dans ma pratique; mais j'ai eu connaissance dans ma localité d'un fait analogue chez une jeune personne hystérique dont le bras, à la suite d'une saignée, resta quinze jours comme paralysé, et ne reprit le mouvement qu'à la période menstruelle, précisément à l'expiration d'une neuvaine pour constituer un prétendu miracle.

Voici mon observation :

Mme R..., jeune et robuste, mariée depuis un an, était sujette depuis cette époque à des menstruations douloureuses. Elle avait foi dans la saignée pour faciliter la conception. Etant atteinte depuis trois jours d'un violent coryza avec céphalalgie insupportable et grande gêne de la respiration, je m'empressai de la lui accorder. La saignée fut pratiquée sur la veine médiane céphalique. Une incision peu profonde fournit un jet suffisant. La saignée s'arrêta vite, et ne donna que 150 à 180 grammes de sang, la malade ayant défailli promptement. Immédiatement elle se trouva délivrée de ses violents maux de tête.

Presque aussitôt elle se plaignit de la piqûre de la veine. Dans la soirée, douleurs et élancements le long du bras, à la partie interne du membre. La nuit fut sans sommeil; le lendemain, je trouvai la main et les doigts fort gonflés. La piqûre était fermée, exempte de rougeur et de gonflement; le trajet seul des vaisseaux et des nerfs se montrait fort sensible. Je dus croire avoir atteint l'une des divisions du nerf musculo-cutané. Pendant trois jours et trois nuits les douleurs du membre et le gonflement des doigts persistèrent au même degré. Cependant, comme il y avait absence de fièvre et bon appétit, la malade, qui était couturière, allait partout le bras droit en écharpe, colportant son inquiétude sur les résultats de cette saignée. L'opérateur n'était pas épargné.

Le quatrième jour, les doigts annulaire et auriculaire, qui d'abord avaient le plus souffert, étaient devenus libres. Les trois autres, devenus plus gonflés, plus douloureux, semblaient menacés de gangrène. J'avais fait appeler un confrère dans la soirée, lorsque la nuit suivante je fus réclamé en toute hâte auprès de Mme R..., qui me donnait déjà de vives inquiétudes. Grand fut mon étonnement et grande aussi ma satisfaction, lorsque, arrivé près d'elle, je la trouvai le membre libre, sans douleur ni gonflement, agissant comme par le passé, mais torturée par des douleurs utérines, prélude de la menstruation. Les règles vinrent en effet dans la matinée, et le coryza, qui avait cessé depuis cinq jours, ayant repris avec elles, parcourut ses périodes sans nouveau trouble, comme si la fluxion menstruelle s'était portée de la tête au bras et du bras à l'utérus pour y trouver son terme.

Singulier exemple de métastase! accident bien compromettant pour le médecin...

Un accident plus commun est l'inflammation des vaisseaux lymphatiques autour de la piqûre de la lancette. La phlébite est extrêmement rare dans la pratique civile, fort heureusement. La blessure réelle de l'artère brachiale ne l'est pas moins, et l'on a droit d'en être surpris, quand l'on voit nos officiers de santé de la campagne, si prompts à la saignée, la pratiquer systématiquement et presque invariablement sur la veine médiane basilique, qui en reste couturée chez la plupart de nos paysans. La piqûre de l'artère ne serait donc pas si facile qu'on pourrait le croire.

SIROP DE SCILLE

composé contre la bronchite chronique.

(Formule extraite de la pharmacopée anglaise.)

Scille en morceaux.	120 grammes.	
Polygala seneca en morceaux. . .	120 —	
Tartre stibié	2 —	50 centigr.
Eau	1250 —	
Sucre.	1750 —	

Versez l'eau sur la scille et le polygala; faites bouillir et réduisez à moitié par l'ébullition; exprimez, ajoutez le sucre, faites évaporer jusqu'à réduction à 1,750 grammes, et, pendant que le sirop est encore chaud, ajoutez le tartre stibié. C'est le fameux *Hive syrup* des Américains, une formule excellente, surtout pour le traitement du croup et de la bronchite chronique chez les enfants. *Dose* : pour les adultes, de 4 à 8 grammes; pour les enfants, de 5 à 15 gouttes. (*Union médicale*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 juin 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le secrétaire général communique la correspondance : elle comprend les journaux de la semaine.

RAPPORT.

M. Broca donne lecture d'un rapport sur la candidature de M. Silbert (d'Aix), candidat au titre de correspondant national de la Société de chirurgie.

L'heure avancée ne permettant pas la discussion du rapport de M. Broca, cette discussion et le vote sur les conclusions sont renvoyés à la première séance.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission nommée pour présenter les candidats aux huit places de correspondants nationaux.

Les candidats présentés par la commission sont les suivants :

MM. Benoît, de Montpellier.
Chaumette, de Bordeaux.
Denucé, de Bordeaux.
Michel, de Strasbourg.
Scrive, inspecteur du service de santé de l'armée.
Serres, d'Alais.
Staeber, de Strasbourg.
Valette, de Lyon.

La nomination aura lieu au scrutin dans la première séance.

Deux nouvelles commissions sont nommées pour examiner les titres des candidats étrangers et des associés étrangers.

La première se compose de MM. Depaul, Verneuil, Giraldès, Robert et Broca, secrétaire général.

La seconde de MM. Giraldès, Danyau, Depaul, Broca et Robert.

Le secrétaire de la Société, Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 4 juin, M. le docteur Glatigny, médecin aide-major au 3e de zouaves, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté du 31 mai, M. Lecanu, professeur de pharmacie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est autorisé à se faire suppléer, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, par M. Lutz, agrégé de ladite Ecole.

— Nos lecteurs se souviennent sans doute de l'affaire Bressac, qui a retenti déjà bien des fois devant les tribunaux, et ils se rappellent que la Cour de cassation l'avait renvoyée devant la Cour de Grenoble. Cette dernière vient de prononcer un arrêt conforme à la doctrine de la Cour de cassation sur la pénalité applicable à l'exercice illégal de la médecine *avec récidive*.

Le même arrêt, contraire en cela à la doctrine de la Cour de cassation et à celle de la Cour de Lyon, rejette l'intervention des médecins à titre de parties civiles.

Voici ce qu'on lit à ce sujet dans la *Gazette médicale de Lyon :*

« Le 26 mai, la Cour impériale de Grenoble, faisant droit à l'appel interjeté par Mlle Bressac envers le jugement du tribunal correctionnel de Lyon du 25 décembre 1858, et statuant en vertu de l'arrêt de renvoi de la Cour de cassation du 31 mars dernier, a réformé ledit jugement en ce qu'il a prononcé une amende supérieure à celle déterminée par la loi, et a réduit ladite amende à la somme de 15 fr.;

» Et en ce qui concerne l'intervention de quelques médecins de Lyon comme parties civiles, a rejeté leur demande en 2,000 francs de dommages-intérêts comme n'étant en aucune façon justifiée;

» A condamné Mlle Bressac aux dépens vis-à-vis du ministère public, et les parties civiles aux dépens résultant de leur intervention. »

Cette décision a une portée qui n'échappera à personne, et qui doit surtout appeler l'attention de nos confrères de Blois, comme celle des membres de la commission constituée sur la demande de la Société du 2e arrondissement.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par M. E. Chassaignac. 2 vol. grand in-8°. Paris, 1859, chez Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Recherches cliniques sur le mode d'administration de l'opium dans la manie, par M. le docteur Legrand du Saulle. Brochure in-8° de 28 pages. Paris, imprimerie Martinet, 1859.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 72. — MARDI 21 JUIN 1859. (32e ANNÉE.) N° 72. — MARDI 21 JUIN 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PARIS, LE 20 JUIN 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Deux mémoires de physiologie présentés par M. Flourens au nom de leurs auteurs, MM. les professeurs Paolini, de Bologne, et Van Kempen, de Louvain, tous deux relatifs aux fonctions de la moelle épinière, constituent tout l'apport des sciences médicales à la dernière séance de l'Académie. On trouvera dans le compte rendu un résumé sous forme de propositions de ces deux mémoires, que l'on rapprochera avec intérêt des dernières recherches de M. Brown-Séquard, dont ils sont en grande partie confirmatifs.

TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Nous avons rendu compte, il y a bientôt deux ans (voir les numéros des 18 et 25 août 1857), des travaux de la Société de biologie, résumés dans les huit premiers volumes publiés de 1848 à 1857. Nous avons cherché à apprécier l'esprit qui a inspiré la fondation de cette Société, et assigné à ses travaux leur caractère et la part d'influence qui leur revient dans le mouvement scientifique de notre époque et dans les tendances de l'avenir.

Nous allons aujourd'hui, continuant cette œuvre d'appréciation, exposer en quelques lignes le contenu du dernier volume (1). Afin de faciliter l'exposition des nombreux mémoires que renferme ce volume, nous les grouperons en deux ou trois séries, d'après l'analogie des matières qu'ils traitent.

Parlons d'abord des travaux de physiologie, qui occupent toujours une place si importante dans ce recueil.

Nous signalerons en tête deux mémoires de M. Cl. Bernard; le premier intitulé : *Nouvelles recherches expérimentales sur les phénomènes glycogéniques du foie*; le second : *Note sur les quantités variables d'électricité nécessaires pour exciter les propriétés des différents tissus.*

Le sujet du premier mémoire est connu de nos lecteurs; il fait partie de cet ensemble de travaux sur la glycogénie hépatique que nous avons eu le soin de résumer à l'occasion de chacune des communications de leur auteur et des discussions dont ils ont été l'objet.

Dans sa note sur les quantités variables d'électricité nécessaires pour exciter les propriétés des différents tissus, M. Cl. Bernard, utilisant l'instrument imaginé par M. Jules Regnault pour le dosage de la quantité d'électricité mise en usage dans ses expériences, a constaté qu'il faut un courant bien plus énergique pour que la glande salivaire sécrète son produit ordinaire de sécrétion par l'irritation de la corde du tympan, qu'il n'en faut pour faire contracter un muscle par l'irritation des nerfs faciaux. Il a constaté aussi ce fait, que pour faire contracter la pupille ou les vaisseaux sanguins par l'irritation du filet cervical du nerf grand sympathique, il faut une quantité d'électricité beaucoup plus grande que pour exciter un nerf de la vie animale. M. Bernard fait remarquer, en outre, la différence notable qui existe à l'égard de la quantité d'électricité nécessaire pour mettre en jeu la propriété vitale des nerfs moteurs et celle des muscles. Il a vérifié ce que plusieurs physiologistes avaient déjà établi, savoir, que les troncs ou branches des nerfs moteurs peuvent être excités à agir et déterminer des contractions musculaires par un courant galvanique qui n'est pas capable de produire d'action quand il est appliqué aux muscles. Il signale ensuite la différence d'excitabilité entre le nerf moteur et le nerf sensitif. Il a vu que lorsqu'on excite le tronc du nerf sciatique d'une grenouille, tenant d'une part à la moelle épinière, et de l'autre aux muscles de la jambe, avec une pile très-faible ou avec le courant musculaire d'une grenouille, on n'obtient jamais de contraction réflexe par suite de l'excitation du nerf sensitif; tandis qu'on obtient constamment la contraction dans les muscles où se rend le nerf sciatique, par l'excitation du nerf moteur.

Parmi les travaux physiologiques de moindre étendue, mais non de moindre importance, qui figurent dans les comptes rendus des séances, nous signalerons encore deux notes de M. Bernard, l'une sur les *fonctions du nerf facial*, la seconde sur l'*influence qu'exercent différents nerfs sur la sécrétion de la salive.* On vient de voir dans le résumé du mémoire qui précède, qu'il est question d'une influence de l'irritation de la corde du tympan sur la sécrétion de la glande salivaire. La première de ces notes a pour objet d'établir précisément ce fait, que le nerf intermédiaire de Wrisberg n'est pas, comme on l'a dit, une racine sensitive qui constituerait avec le nerf facial une paire nerveuse complète, mais bien probablement une racine du grand sympathique, dont il paraît partager le mode d'influence sur les sécrétions glandulaires. Dans la seconde note complémentaire et confirmative de la précédente, il est démontré, en effet, que la glande sous-maxillaire de chaque côté reçoit des filets nerveux sympathiques de deux sources : les uns accompagnant le nerf du goût, et fournis par la corde du tympan; les autres remontant des plexus et ganglions intra-abdominaux vers le ganglion cervical supérieur, pour se rendre ensuite aux glandes; que les filets émanant de la corde du tympan agissent dans un sens centrifuge, à la manière des nerfs moteurs, et que sous l'influence de leur section la sécrétion salivaire est interrompue.

Nous trouvons dans cette collection de mémoires un travail très-étendu et très-important sur une question de physique animale d'un grand intérêt, c'est un mémoire de MM. Emile L. Rousseau, Alfred Lesure et Martin Magron, ayant pour titre : *Action des courants électriques étudiée comparativement sur les nerfs mixtes et sur les racines antérieures rachidiennes.*

Beaucoup de physiciens et de physiologistes ont signalé des analogies entre les phénomènes nerveux et les phénomènes galvaniques; d'autres ont mis en relief des différences qui empêchent de confondre, dans l'état actuel de la science l'agent nerveux avec le fluide électrique. Séduit par les analogies, sans toutefois se dissimuler les différences, M. E. L. Rousseau a été vivement frappé de la singulière ressemblance que la structure des nerfs leur donne avec des faisceaux de fils conducteurs de courants galvaniques, enveloppés et séparés les uns des autres par une substance isolante, et du rôle de télégraphes électriques au service des centres nerveux que paraissent jouer les nerfs dans l'économie animale. Ces idées théoriques ont eu pour effet de fixer son attention dans l'étude de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux sur les faits déjà connus, qui paraissent les confirmer ou les infirmer, et de lui inspirer le désir de vérifier ces faits et le projet de quelques expériences nouvelles destinées à établir le parallèle entre l'agent nerveux et le fluide électrique. Telle a été l'origine de l'important mémoire de MM. Rousseau, Alfred Lesure et Martin-Magron.

Le but premier de ce travail a été de rectifier une erreur de MM. Longet et Matteucci en prouvant, contrairement aux résultats annoncés par ces physiologistes, « qu'un courant galvanique qui parcourt une portion de la longueur d'un nerf, agit de la même manière sur les mouvements isolés des muscles auxquels ce nerf se distribue, que ce nerf soit mixte (c'est-à-dire à la fois sensitif et moteur, comme un nerf sciatique), ou qu'il soit exclusivement moteur (comme une racine antérieure rachidienne). »

En cherchant quelle avait pu être la cause de l'erreur commise par ces deux savants, les auteurs ont été conduits à la découverte de deux faits intéressants, formulés en ces termes dans leur mémoire :

1° Dans la plupart des expériences où l'on fait agir un courant galvanique sur un nerf mis à nu et soulevé, il s'établit un courant dérivé, facilement démontrable, qui donne souvent des résultats complétement opposés à ceux que fournit le courant principal quand il existe seul.

2° De deux courants de sens opposé, qui agissent simultanément à une hauteur différente sur un même nerf (mixte ou exclusivement moteur), celui qui est le plus près de la périphérie manifeste seul son action par des contractions dans les muscles animés par ce nerf; il s'oppose comme une barrière à la transmission de l'action nerveuse développée plus haut par le courant de sens opposé.

La connaissance de ces faits a permis aux auteurs du mémoire de démontrer qu'un nerf mixte et un nerf exclusivement moteur réagissent tous deux de la même manière, au point de vue de la contraction particulière aux muscles qu'ils animent, quand on les soumet, dans les mêmes conditions, à l'influence d'un courant galvanique de même sens.

Ainsi, quelle que soit la nature du nerf, dans une première période le courant direct et le courant inverse déterminent tous deux des contractions à leur établissement et à leur rupture; puis, dans une deuxième période, le nerf ayant perdu de son excitabilité, les contractions n'ont plus lieu que : 1° à l'établissement du courant direct; 2° à la rupture du courant inverse.

Dans l'impossibilité où nous sommes d'analyser tous les travaux contenus dans ce recueil, nous nous bornerons à signaler, parmi ceux qui sont relatifs à l'anatomie, à la physiologie ou à la chimie appliquée : un mémoire de M. Vulpian sur quelques points relatifs à la physiologie de l'amnios et de l'allantoïde chez les oiseaux, et plusieurs notes du même auteur sur une expérience relative à la différence d'action des deux pôles de la pile sur la contractilité musculaire; sur les effets de l'extirpation du ganglion cervical, du grand sympathique chez les grenouilles; sur une réaction pouvant contribuer à l'étude de l'albumine, etc.; un mémoire de M. Félix Gannal sur l'hydropisine, nouvelle matière albuminoïde, confondue jusqu'à ce jour avec l'albumine; un mémoire de M. Marcet relatif à l'action du phosphate de soude neutre tribasique sur les matières grasses; des recherches sur les appareils de la digestion et de la reproduction des *buprestis (anthaxia) manca*, par M. A. Laboulbène; des études sur la constitution chimique des éléments et des tissus nerveux chez la sangsue médicinale, par MM. Leconte et Ernest Faivre; un rapport de M. Le Bret sur la collection des crânes humains appartenant à l'Académie des sciences naturelles de Philadelphie; une note de M. Béraud sur le mode de terminaison des fibres longitudinales du rectum; diverses communications de M. le docteur Berthelot relatives à ses recherches sur la transformation en sucre de divers principes immédiats dans les tissus des animaux vertébrés; une note de M. Brown-Séquard sur quelques caractères non encore signalés des mouvements réflexes chez les mammifères; plusieurs notes de M. Dareste, relatives à l'influence exercée sur le développement du poulet par l'application d'nn vernis sur la coquille de l'œuf; une note de M. H. Jacquart sur la distribution des nerfs pseudo-gastriques dans les poumons des ophidiens; des recherches de M. Leconte sur l'urine des femmes enceintes; un travail de M. Legendre sur la disposition des aponévroses du cou; un travail (connu de nos lecteurs) de M. Ch. Martins sur l'étude comparative des membres thoraciques avec les membres abdominaux; une note de M. Ch. Robin sur les connexions anatomiques et physiologiques du placenta avec l'utérus, etc., etc.

Nous passerons en revue, dans un prochain article, les travaux beaucoup plus nombreux encore que renferme ce volume sur l'anatomie et la chimie pathologiques, sur la pathologie proprement dite, la pathologie comparée et la tératologie. — Dr Brochin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. BOURDON.

Calcul biliaire d'un volume considérable, tombé dans le tube digestif à travers les parois perforées de la vésicule et du côlon transverse.

M. Bourdon a présenté à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 13 avril dernier, un calcul biliaire d'un volume considérable, qui, après être tombé dans le tube digestif, à travers les parois adhérentes et perforées de la vésicule et du côlon transverse, s'est arrêté à la fin de l'S iliaque, où il a déterminé des lésions graves qui ont amené la mort. Bien qu'il soit admis par tous les auteurs modernes que les calculs biliaires peuvent passer directement de la vésicule dans le tube digestif, au moyen d'adhérences péritonéales et de perforations, sans suivre par conséquent la voie ordinaire de la bile, les exemples de ce mode insolite d'élimination sont toutefois assez rares pour que le fait observé par M. Bourdon, remarquable d'ailleurs par plusieurs autres particularités, nous ait paru mériter d'être porté à la connaissance de nos lecteurs.

Voici cette curieuse observation, que nous empruntons, ainsi que les réflexions dont M. Bourdon l'a fait suivre, à l'*Union médicale.*

Mme L..., âgée de soixante trois ans, marchande de liqueurs, entre à la Maison municipale de santé le 20 janvier 1859. Cette femme est dans un état mental tel qu'on ne peut en obtenir que des renseignements fort incomplets; il paraît qu'elle est malade depuis cinq mois;

(1) *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie*, tome IV de la 2e série; année 1857. Un volume grand in-8°. Paris, 1858. Chez J. B. Baillière et fils.

son affection consiste en une diarrhée opiniâtre, accompagnée au début de coliques et de ténesme anal ; mais elle n'a jamais rendu de sang par les selles ; la malade n'a, du reste, pris le lit que depuis quelques jours ; elle dit avoir maigri beaucoup depuis qu'elle est souffrante ; le traitement a été très-incomplet, et contrarié par des excès de boisson.

A son entrée elle était dans l'état suivant : faiblesse générale considérable, embonpoint très-prononcé, teinte jaune cireuse de la peau, face un peu bouffie ; la malade accuse seulement une diarrhée incoercible, mais sans coliques ; elle n'a pas de vomissements, pas de douleurs du côté de l'estomac, ni rapports ni éructations ; le foie ne dépasse pas le rebord des côtes ; les selles sont liquides, roussâtres, fétides, et contiennent un peu de mucus glaireux ; inappétence, soif vive, pouls petit et fréquent, peau chaude, frissons erratiques. — Décoction blanche, eau de riz, diascordium, 4 grammes ; deux quarts de lavements avec amidon et laudanum ; potages au riz, panades.

Le 25 janvier, la diarrhée a continué ; la malade a, jour et nuit, un bassin sous le siége ; aucun lavement ne peut être gardé.

Le 26, il y a un peu de mieux ; selles moins nombreuses ; la malade a dormi ; elle se sent plus forte. — Diascordium, 6 gr. en trois doses.

Le 28, il n'y a eu que deux selles cette nuit. — Bain avec sel marin, 3 kilogr.

Le 31, légère quantité de sang dans les garde-robes ; cette nuit, apparition de hoquet, de vomissements verdâtres ; peau froide ; pouls à 100, régulier ; anxiété considérable. — Sinapismes promenés sur les membres inférieurs.

Le 1er février, délire complet cette nuit ; les vomissements verdâtres ont continué ; la peau est toujours froide. La malade succombe le 2 février dans la journée.

Autopsie trente-deux heures après la mort.

Pas de signes de putréfaction. Pas d'infiltration des membres.

Abdomen. — Le péritoine ne présente pas de traces d'inflammation récente ; il ne renferme ni sérosité ni fausses membranes. Dans l'hypochondre droit, au-dessous du foie, au niveau de la fossette de la vésicule biliaire, on aperçoit une masse dure, constituée par l'union du côlon avec le foie au moyen d'adhérences anciennes, et au milieu de laquelle existe une cavité renfermant de la sérosité et un liquide brunâtre ; le côlon, au moment où il devient transversal, s'ouvre dans cette espèce de cloaque par une perforation grande comme une pièce de cinq francs, et dont les bords sont brunâtres, coupés irrégulièrement. La muqueuse intestinale, qui environne ce point, est épaissie, indurée ; et à mesure qu'on avance dans le gros intestin, cet aspect de la muqueuse se prononce de plus en plus ; le tissu cellulaire sous-muqueux est augmenté d'épaisseur, comme lardacé ; de plus, au niveau du côlon descendant, on observe des sugillations sanguines disposées sous forme de plaques. Ces lésions sont très-prononcées dans l'S illiaque, qui, vers sa terminaison, présente une dilatation considérable, laquelle s'explique par la présence d'un calcul du volume d'un œuf de poule, dont on verra la description plus loin ; la fin de l'S illiaque et la première perforation du rectum sont le siége d'un rétrécissement assez considérable ; l'intestin a environ la moitié du calibre qu'il a ordinairement. Toute cette fin du tube digestif, y compris le rectum, offre encore les traces d'une phlegmasie chronique.

L'*intestin grêle* est pâle, rétréci ; et dans sa partie terminale, sa membrane muqueuse est le siége d'un mamelonnement très-accusé.

La muqueuse de l'*estomac* est aussi très-pâle, mais sans hypertrophie du tissu sous-muqueux.

Le *foie*, qui ne dépasse pas le rebord costal droit, s'avance jusque dans l'hypochondre gauche ; il est d'une couleur jaunâtre, pâle, uniforme ; il est excessivement friable ; il tache le papier, est plus léger que l'eau : il a évidemment subi la dégénérescence graisseuse. La vésicule biliaire n'existe plus, on n'en peut plus trouver de traces ; ces restes sont sans doute englobés dans la masse d'adhérences dont il a été parlé plus haut. Les vaisseaux sus-hépatiques ont acquis un volume énorme.

La rate ne présente rien d'anormal à noter.

Le calcul a la forme d'une poire dont la petite extrémité serait tronquée ; sa grosse extrémité sphérique est dirigée en bas, c'est-à-dire du côté du rectum, son extrémité tronquée aplatie, regardant en haut. Son volume est celui d'un œuf de poule ; sa grande circonférence a 19 centimètres, sa petite en a 13 ; sa hauteur est de 7 centimètres et demi ; il pèse 62 grammes après avoir été desséché ; sa couleur est d'un gris un peu jaunâtre et sale ; sa surface est inégale, raboteuse, excepté à son extrémité plane, qui est lisse, comme si elle avait été polie par un frottement.

Une section faite dans le sens de son grand diamètre permet de reconnaître qu'il est formé de couches concentriques, au milieu desquelles existe un noyau parfaitement sphérique, gros comme une noisette ; ce noyau n'est pas placé au centre mathématique du calcul, mais bien vers une des extrémités, celle qui correspond à la surface plane ; de ce côté, les couches qui entourent le noyau, régulièrement circulaires, s'étendent jusqu'à la surface du calcul ; au contraire, vers l'autre extrémité, les couches sont disposées en ellipses dont la concavité est tournée du côté du noyau. Celui-ci est d'un blanc sale ; il devient lisse et brillant, comme savonneux, par le frottement ; la même couleur et le même aspect se retrouvent dans les couches concentriques, lesquelles laissent entre elles de petits espaces remplis par une matière plus sèche, comme résineuse, facilement réduite en poudre et d'un jaune légèrement verdâtre.

Sur toute la surface extérieure du calcul existe une couche de matière grisâtre, friable, ayant l'apparence calcaire.

D'après l'analyse qui en a été faite par M. Leconte, pharmacien en chef de la Maison municipale de santé, il est composé, sur 100 parties :

De cholestérine.	68
Matière colorante jaune, soluble dans l'ammoniaque.	0,50
Matière colorante verte, soluble dans l'acide acétique.	1,50
Phosphate de chaux.	30
	100,00

Un examen séparé des différentes couches du calcul démontre que la presque totalité du phosphate indiqué par l'analyse existe à la surface et dans les couches tout à fait superficielles ; que dans le noyau central, au contraire, il en existe à peine ; et que dans les couches moyennes, bien qu'il y en ait excessivement peu, il y en a cependant un peu plus qu'au centre.

D'où il est permis de conclure que le phosphate de chaux a été déposé à la surface de la concrétion pendant son séjour dans le tube digestif ; ce sel appartenant en effet bien plus aux calculs intestinaux qu'aux calculs des voies biliaires.

Réflexions. — En analysant les diverses lésions trouvées à l'autopsie et en les rapprochant les unes des autres, il nous semble possible, dit M. Bourdon, d'établir qu'elles se sont produites dans l'ordre suivant : à une époque plus ou moins éloignée, un calcul s'est formé dans la vésicule, se moulant sur sa cavité agrandie. Les parois de cet organe se sont enflammées au contact du corps étranger, des adhérences se sont établies entre la vésicule et la partie voisine du côlon ; les parois de la poche se sont ramollies et détruites ; le travail ulcératif a envahi l'intestin et une large perforation s'est faite, qui a permis la chute du calcul dans le tube digestif. La concrétion biliaire a cheminé dans ce canal jusqu'au moment où elle a été arrêtée par la courbure brusque que subit l'S iliaque au moment où elle franchit le détroit supérieur du bassin. C'est là qu'elle a séjourné pendant plusieurs mois, à en juger par les symptômes présentés pendant la vie et par les lésions rencontrées à l'autopsie. En effet, l'inflammation déterminée et entretenue par la présence du calcul était d'autant plus caractérisée qu'on s'approchait davantage de la fin du gros intestin.

La bile qui tombait directement des canaux biliaires dans le côlon transverse a-t-elle contribué à entretenir cette inflammation? Cela est possible. Quoi qu'il en soit, toute la bile ne suivait pas ce court trajet, à en juger par la couleur verdâtre qu'ont présentée les derniers vomissements ; cette circonstance prouve que le canal cholédoque existait encore et versait de la bile dans le duodénum ; car ce liquide n'aurait pu remonter du côlon dans l'estomac pour aller colorer les matières vomies.

Nous avions cru à l'existence d'une dyssenterie chronique simple, entretenue par les excès alcooliques auxquels se livrait la malade. Cette affection était, en effet, parfaitement caractérisée. Les derniers accidents avaient été ceux qu'on observe à la fin d'une dyssenterie grave : refroidissement de la peau, anxiété extrême, fréquence et petitesse du pouls, hoquet, vomissements bilieux. Seulement, contrairement à ce qu'on observe d'habitude dans cette dernière maladie, le ténesme n'a pas disparu aux approches de la mort. La persistance, de même que l'intensité extrême de ce phénomène morbide, peuvent, selon nous, s'expliquer par la présence d'un corps étranger volumineux dans le gros intestin, non loin de son extrémité inférieure. La malade éprouvait constamment la sensation du besoin d'évacuer.

Ici se présente une question de pratique importante. Si on avait reconnu l'existence du calcul dans le tube digestif, n'aurait-on pas pu faciliter son évacuation, obtenir ainsi la cessation des accidents dyssentériques, et, en définitive, sauver la malade?

Ce résultat heureux n'était certainement pas impossible. Malheureusement, l'état mental du sujet et l'impossibilité d'obtenir les renseignements nécessaires n'ont pas permis de remonter au point de départ de la maladie.

Supposons, au contraire, que cette femme ait joui de la plénitude de ses facultés intellectuelles et qu'on ait appris que, dans un temps plus ou moins éloigné, elle avait eu des coliques hépatiques, puis, plus récemment, les symptômes d'une occlusion intestinale que MM. Monod et Leigh-Thomas ont observée dans des cas analogues, et qu'en conséquence on ait soupçonné la présence d'un calcul dans le tube digestif, on aurait pu s'assurer de la présence de cette concrétion par le palper profond de la paroi abdominale ou à l'aide d'un long cathéter introduit par le rectum, et alors on aurait pu peut-être le faire descendre et sortir par l'anus, en augmentant le mouvement péristaltique des intestins, à l'aide de certains médicaments, en administrant des douches ascendantes, ou en insufflant de l'air par le rectum, pour dilater l'intestin au-dessous du corps étranger.

Suivant le précepte de Meckel, on aurait pu, à la rigueur et en désespoir de cause, inciser les parois abdominales et l'intestin pour en extraire le calcul. En raison de la difficulté extrême, je dirais presque insurmontable du diagnostic, ces quelques chances de guérison ne nous ont pas été permises.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Emploi du brome contre les affections couenneuses.

Par M. le docteur Ch. Ozanam.

Après avoir donné sur l'emploi du brome les détails pharmaceutiques nécessaires pour régulariser son emploi, je crois utile de faire connaître quelques observations cliniques. On y trouvera l'application directe des règles que j'ai posées, et la preuve évidente de l'efficacité du brome. L'eau bromée que j'ai employée a été presque constamment préparée par M. Paul Blondeau, pharmacien distingué, qui a bien voulu me prêter son concours et m'aider de ses lumières.

Je rappellerai aussi que le degré de solubilité du brome dans l'eau est de 1/50e, et non de 1,50, comme cela avait été indiqué par erreur typographique dans mon précédent mémoire ; c'est le point de saturation pour une température de 15° ; quant à l'eau bromée, je l'emploie au millième pour l'usage thérapeutique.

Obs. I. — *Angine couenneuse grave avec syncopes. — Insuffisance des cautérisations, emploi du brome. — Paralysie générale. — Guérison.*

Le 10 février 1855, je fus appelé pour soigner un jeune homme de vingt-huit ans, atteint depuis deux jours d'une angine couenneuse grave. Les amygdales, le fond de la gorge, étaient entièrement tapissés de fausses membranes épaisses et fermes. Le pouls était à 120, les forces prostrées, la langue très-chargée ; je cautérisai immédiatement toute la gorge avec une solution concentrée de nitrate d'argent (6 grammes pour 30 grammes d'eau), et je renouvelai cette cautérisation matin et soir. Mais à peine enlevées, les fausses membranes se reproduisaient.

Les troisième et quatrième jour se passèrent sans amélioration.

Le cinquième jour, le malade fut pris de défaillances ; le visage était plombé, les joues creuses, le pouls très-mou.

J'alternai la cautérisation de nitrate d'argent avec des badigeonnages de jus de citron pur.

Le sixième jour, l'état était le même, la faiblesse, l'état syncopal continuaient, les fausses membranes étaient toujours aussi abondantes. Je donnai alors une potion de 200 grammes avec 3 gouttes de solution de brome, une cuillerée d'heure en heure.

Dès le soir même, on put constater une amélioration ; la nuit fut plus calme, le sommeil plus tranquille. Le lendemain, l'expectoration était plus libre, la gorge moins sèche, les fausses membranes toujours très-abondantes, mais plus faciles à détacher. Le pouls était à 110.

Le huitième jour, les défaillances cessèrent, le visage prit un aspect moins pâle, moins cadavéreux. La potion est portée à 5 gouttes.

Le neuvième jour, les fausses membranes se détachent en larges plaques ; elles se reproduisent faiblement, beaucoup moins épaisses et moins grandes ; pouls à 100 environ.

Les jours suivants l'amélioration continue, on commence à alimenter le malade, dont la faiblesse est grande ; la quantité de fausses membranes se réduit graduellement.

Le quatorzième jour, le malade entre en convalescence, la gorge est parfaitement nette.

Quinze jours plus tard, ce jeune homme commença à éprouver les phénomènes de paralysie générale si bien décrits par M. le professeur Trousseau : faiblesse progressive des bras et des jambes, insensibilité de la peau, paralysie du voile du palais avec nasonnement et dysphagie. Ce ne fut qu'au bout de quatre mois de traitement régulier que la guérison fut complète.

Obs. II. — *Angine pseudo-membraneuse ; eau bromée ; guérison.*

Mlle X..., cinq ans, enfant forte, bien constituée, n'ayant jamais été malade, fut prise, le 9 juin 1856, de fièvre violente, courbature, mal de tête et de gorge ; elle demanda à se coucher, et je fus appelé le lendemain dans l'après-midi.

La figure était très-rouge et la peau brûlante, le pouls à 148. En regardant la gorge, on voyait les deux amygdales entièrement couvertes d'une couche pseudo-membraneuse d'un blanc nacré.

Je donnai aussitôt :

Eau bromée.	5 gouttes.
Eau distillée.	150 grammes.
Sirop de sucre.	30 —

F. S. A. Une potion à prendre par cuillerée d'heure en heure.

Le lendemain matin, la nuit avait été bonne, le pouls était descendu à 122 ; je passai un pinceau d'éponge à sec dans la gorge, et en retirai des lambeaux pseudo-membraneux de plus d'un centimètre de longueur ; je remarquai que ces lambeaux étaient plus friables et s'écrasaient plus facilement qu'à l'ordinaire, preuve qu'ils avaient déjà subi l'action du brome.

Le remède fut continué.

Le soir, pouls à 100.

Le quatrième jour de la maladie, le pouls était à 94, l'enfant gaie et demandant à manger. J'enlevai encore avec le pinceau des lambeaux de fausses membranes.

Le remède fut continué toutes les deux heures.

Le cinquième jour, amélioration progressive, la peau est fraîche, l'enfant prend des potages, les fausses membranes ne se reproduisent que faiblement. — On continue le brome.

Le sixième jour, la mère, voyant son enfant beaucoup mieux, a négligé la potion et n'en a presque pas donné ; elle a fait boire à l'enfant de la limonade et manger des bonbons colorés au bichromate de potasse ; elle l'a levée et fait asseoir en face d'une fenêtre ouverte ; aussi est-elle plus souffrante, la fièvre a recommencé, il y a 120 pulsations. Une des amygdales est entièrement couverte de concrétions couenneuses. J'insiste sur le régime et je fais reprendre le brome toutes les heures.

Le septième jour, amélioration. Les amygdales sont bien dégagées ; il ne reste plus que de faibles traces des fausses membranes. L'enfant a eu une épistaxis. La fièvre est moindre ; pouls, 104 ; même traitement. Le soir la fièvre tombe complétement ; l'enfant est gaie, sa peau est fraîche ; elle s'endort de bonne heure, et son sommeil dure près de treize heures.

Le huitième jour, convalescence, les amygdales sont parfaitement nettes, et ne conservent qu'un peu de rougeur.

Le neuvième jour, guérison.

Obs. III. — *Angine pseudo-membraneuse, puis croup violent ; emploi du brome au bout de deux jours, guérison le douzième jour.*

Une jeune fille de treize ans, élève dans une pension de Paris, fut prise, le 2 mars 1857, de mal de gorge, dysphagie, courbature générale, céphalalgie et fièvre violente ; elle resta dans cet état jusqu'au 3 au soir, où je pus l'examiner. Le pouls donnait 140 pulsations ; l'amygdale droite était entièrement recouverte de pseudo-membranes très-épaisses, l'enfant se plaignait d'étouffement ; la peau était chaude ; il y avait eu dans la journée deux vomissements bilieux.

Je prescris aussitôt : *Eau bromée* fraîchement préparée, une goutte toutes les deux heures dans une cuillerée d'eau. (12 gouttes par jour).

Le lendemain, la nuit avait été agitée, mais le pouls était tombé à 110, les fausses membranes étaient très-épaisses et passaient sur la partie postérieure du voile du palais jusque vers les fosses nasales.

J'en enlève une partie avec un pinceau d'éponge sec. — Le médicament est continué.

Le quatrième jour, pouls à 110 encore, mais peau fraîche et bon sommeil; les fausses membranes se sont reproduites moins épaisses, mais elles occupent les deux amygdales. — On continue le brome sans autre médication.

Le cinquième jour, pouls à 85; l'enfant a toussé d'une toux rauque et enrouée; elle a rejeté des lambeaux pseudo-membraneux, dont l'un a 3 centimètres de longueur sur 1 de largeur, cependant elle demande à se lever et à manger.

Le sixième jour les symptômes ont changé; la gorge va mieux; les fausses membranes ne s'y reproduisent presque plus, mais la malade offre tous les accidents du croup aigu : voix rauque, toux sans timbre avec oppression; elle crache des mucosités épaisses et rejette un lambeau pseudo-membraneux de 1 décimètre de longueur sur 1 centimètre et demi de largeur, paraissant avoir tapissé toute la trachée; le pouls est remonté à 120 pulsations; la peau est chaude, brûlante; la faiblesse est profonde; j'ordonne l'eau bromée, 24 gouttes par jour (une goutte par heure).

Le soir, pouls à 110, peau bonne et fraîche; la malade a rendu encore deux fausses membranes, l'une de 5 centimètres de longueur, l'autre de 12 et tubulée à son extrémité; douleurs dans les jambes, nuit agitée et délire.

Le septième jour, pouls à 120 le matin; la malade rend un mucus jaune, épais, filant comme du blanc d'œuf et très-abondant. — Eau bromée une goutte par heure.

Les règles paraissent faiblement dans la journée; le soir, pouls à 102, toux rauque et aboyante, oppression. Les règles ne paraissent presque plus; on donne une fumigation de siége.

Le huitième jour, pouls à 108 le matin; trois longues fausses membranes ont été rendues, de 3 à 9 centimètres de longueur. Les règles sont arrêtées et n'ont pu reparaître; la voix est complétement éteinte. Le soir, pouls à 100. — Eau bromée, 36 gouttes pour les 24 heures.

Le neuvième jour, pouls à 100 le matin; deux fausses membranes ont été rendues; elles ont 3 et 5 centimètres de longueur, et l'une d'elles a 3 millimètres d'épaisseur; la malade prend un peu de bouillon et une cuillerée de vin de Malaga dans de l'eau sucrée. Le soir, pouls à 96; il y a eu quelques vertiges et des nausées; on réduit le brome à 20 gouttes.

Le dixième jour, la fièvre a diminué beaucoup; pouls à 80. L'enfant est très-faible et éprouve surtout une grande difficulté à avaler. On insiste sur le bouillon et le vin de Malaga, coupé avec de l'eau; on ne donne plus que 12 gouttes de brome par jour. La toux est plus grasse; l'enfant ne rend plus de fausses membranes.

Le onzième jour, pouls à 76; toux grasse; expectoration de mucosités abondantes et tenaces; la gorge n'est plus rouge.

Le douzième jour, pouls à 70; peau fraîche. La malade entre en convalescence; elle commence à manger et à se lever, mais la voix reste rauque, et l'expectoration est encore abondante.

Ces phénomènes persistent huit ou dix jours et disparaissent graduellement.

Cette observation est remarquable à plus d'un titre.

1° On y voit la succession rapide sur le même sujet de l'angine couenneuse et du croup, dont l'une s'arrête au moment où l'autre commence.

2° Je n'ai jamais observé de croup où il ait été rendu une quantité aussi énorme de fausses membranes. Je pus en remplir trois flacons, et les fragments, dont plusieurs étaient tubulés, avaient jusqu'à 12 centimètres de longueur.

3° L'action du brome a été très-manifeste; l'enfant disait elle-même que chaque fois qu'elle en prenait, l'étouffement était moindre, l'expectoration plus facile; puis à mesure que l'action médicamenteuse fut plus établie, les fausses membranes, d'abord épaisses et résistantes, devinrent friables, molles et diffluentes.

OBS. IV. — *Scarlatine, angine pseudo-membraneuse; emploi du brome; guérison.*

Un jeune garçon âgé de cinq ans fut atteint, le 5 décembre 1857, d'une scarlatine dont les symptômes furent assez bénins jusqu'au neuvième jour; mais alors l'enfant fut pris d'un accès de fièvre, le pouls battait 130 fois par minute; il se plaignait de la gorge, qui était rouge; on y remarquait à peine un point blanc de la grosseur d'une tête d'épingle; aussi l'attention fut peu attirée par cet accident, et l'on se contenta des soins ordinaires; mais le troisième jour, l'affection couenneuse se développa subitement, les amygdales blanchirent sur toute leur surface.

Je donnai alors :

Eau bromée. . . . . . . 10 gouttes,

dans

Potion gommeuse. . . . . . 150 grammes.

A boire par cuillerées dans la journée.

Le quatrième jour, il n'y a pas encore de rémission. — Eau bromée, 15 gouttes.

Le cinquième jour, les accidents continuent. Je retire avec un pinceau d'éponge sec des lambeaux pseudo-membraneux; le pouls est toujours à 125.

Le sixième jour, la gorge est moins rouge; le pouls n'est qu'à 106 environ. J'augmente encore le brome, 30 gouttes pour les vingt-quatre heures.

Le septième jour, l'amélioration est plus grande; les fausses membranes se reproduisent avec moins de force et de consistance; pouls à 90 environ.

Le huitième jour, les fausses membranes ont disparu; le pouls est à 80. L'enfant demande à manger et à se lever.

Le neuvième jour, le petit malade entre en convalescence.

OBS. V. — *Croup au début rapidement arrêté par l'emploi du brome.*

Le 19 janvier 1858, je fus appelé à neuf heures du soir pour un enfant de trois ans, qui éprouvait, disait-on, des accès de suffocation; il était souffrant depuis la veille; sa toux était devenue rauque et sans timbre, et il avait eu dans la soirée plusieurs spasmes du larynx.

Le jour où je le vis, après une journée assez bonne, il avait été pris, vers le soir, d'un accès de fièvre et d'oppression; la toux était erratique, et la respiration ressemblait aussi par moments au frottement d'une scie. Pouls à 110 environ, peau chaude; la gorge était rouge, et sur l'amygdale gauche on voyait une plaque diphthéritique fort petite, mais vivement accusée, avec sa blancheur nacrée. J'ordonnai dès le soir : eau bromée, 1 goutte, toutes les heures, dans une cuillerée d'eau.

Le lendemain, la nuit avait été bonne; l'enfant avait toussé, mais sans avoir de suffocation; le pouls était tombé à 92 environ; une sueur favorable s'était déclarée. On continue le brome toutes les deux heures; la toux est rauque comme la veille.

Le 21, l'amélioration persiste; il n'y a plus de fièvre; la toux devient plus claire; l'enfant demande à se lever et à manger.

Le 22, le petit malade entre en convalescence. On continue par précaution l'eau bromée, 4 gouttes par jour jusqu'au 28.

Mais, tout en préconisant le brome, je n'ai point entendu le présenter comme un remède universel, comme un spécifique absolu de tous les accidents qui peuvent survenir dans le cours des affections diphthéritiques.

Le domaine du brome, c'est la fausse membrane; dans cette sphère, il trouve son indication précise, et réussit dans la grande majorité des cas; mais s'il survient, comme dans certaines épidémies, des phénomènes de *gangrène*, et que l'angine soit, par exemple, couenneuse et gangréneuse tout à la fois, le brome n'aura d'action que sur la première des deux affections, et restera impuissant pour la deuxième.

Il en serait de même pour le croup arrivé au degré de l'asphyxie; l'indication imminente, vitale, est de faire arriver de l'air dans les voies respiratoires au moyen de la trachéotomie ou du cathétérisme du larynx.

L'action du brome ne se manifestant qu'au bout de plusieurs heures, ce médicament ne proscrit point l'emploi de l'émétique ou du sulfate de cuivre, qui favorisent par les efforts du vomissement l'expulsion des fausses membranes : les observations qui vont suivre en sont des exemples.

Le brome ne vient donc récuser aucune des ressources du passé, mais il y ajoute un puissant moyen de guérison, et souvent aussi il suffit à lui seul pour assurer le succès.

OBS. VI. — *Croup compliqué de bronchite capillaire; traitement par l'eau bromée, les vomitifs et les vésicatoires. Guérison.*

Communiqué par M. le docteur VIOLLET (de Paris).

Le 10 décembre dernier, je fus appelé auprès d'un enfant de dix mois, nommé D..., quai Saint-Michel, 23. Depuis six jours, il était affecté de bronchite et de fièvre. Je le trouvai assis dans son berceau avec une dyspnée considérable; la voix cassée, une toux rauque, produisant chaque fois qu'elle avait lieu une suffocation très-grande. La respiration était sifflante; le pouls battait 150 fois à la minute. L'examen de l'arrière-gorge présentait une rougeur intense avec tuméfaction du voile du palais, du pharynx et des amygdales, sur lesquelles on apercevait des plaques pseudo-membraneuses nacrées et fort adhérentes à la muqueuse.

L'auscultation me fait reconnaître que le sommet du poumon droit n'était pas perméable à l'air, tandis que les deux tiers inférieurs et le poumon gauche donnaient les signes stéthoscopiques d'une bronchite capillaire intense.

Tous ces symptômes dénotaient surabondamment l'existence d'un croup compliqué d'une bronchite capillaire considérable voisine de la pneumonie.

Les parents avaient déjà fait vomir plusieurs fois leur enfant; je prescrivis cependant un nouveau vomitif (le sulfate de cuivre, 75 centigrammes dans un verre d'eau, à prendre par cuillerées jusqu'à vomissements abondants), et je fis prendre au malade, toutes les heures, une goutte d'eau bromée.

A neuf heures du soir, je revis cet enfant avec mon confrère M. Dequevauvillers; l'état était le même que dans la journée, mais les accès de suffocation n'étaient pas plus fréquents. Quoique l'asphyxie nous parût imminente, nous ne crûmes pas devoir tenter la trachéotomie, à cause de la complication de la bronchite capillaire. On appliqua d'un commun accord un vésicatoire en arrière et à droite, et on fit prendre en trois fois une potion de 125 grammes avec 10 centigrammes d'émétique. — Le brome fut continué.

Le 11 décembre, la nuit a été très-mauvaise; accès de suffocation à peu près toutes les heures. A sept heures et demie du matin, la peau est bonne, le pouls bat 150 fois; la physionomie de l'enfant paraît moins anxieuse, il a vomi des fragments de fausses membranes. — Je continue le brome, une goutte toutes les heures.

Le soir, les parents me montrent encore quelques débris de fausses membranes; même fréquence du pouls; l'enfant dort couché, il a reposé deux heures; les accès de suffocation sont moins longs, un peu moins fréquents. — Continuation du brome.

Le 12, l'enfant a dormi quatre heures. Râles muqueux considérables dans toute la poitrine. Le moindre mouvement provoque la toux, qui détermine moins de suffocation. Il n'a eu dans la nuit que trois crises. — Nouveau vomitif; continuation du brome.

Le soir, même état; le pouls n'est qu'à 120.

Le 13, la nuit a été bonne. Vers minuit, à la suite d'une forte quinte de toux, le petit enfant a rendu un long morceau de fausse membrane, et depuis minuit jusqu'à six heures il a dormi d'un bon sommeil. Pouls à 120; râles muqueux; respiration beaucoup moins fréquente; la gorge est moins rouge, moins tuméfiée; sueur abondante. Le vésicatoire jette considérablement. — Continuation du brome.

Les 14, 15 et 16, l'état va successivement en s'améliorant; les accès de suffocation n'ont plus reparu. Le sommet du poumon droit fonctionne, la base du même poumon est encore bien prise; mais le poumon gauche est dégagé. L'enfant prend du bouillon et du lait. Il ne reste plus que la bronchite. — Je continue le brome, et je donne une potion avec le kermès.

A partir de ce moment l'amélioration fut caractérisée de plus en plus, et le 18, c'est-à-dire huit jours après le commencement du traitement, l'enfant était en pleine convalescence.

Je terminerai par une remarque pharmaceutique qui a son importance.

Lorsque j'expérimentais le brome et ses préparations dans mon laboratoire, j'étais souvent incommodé par la force de ses émanations; ce corps, en effet, se volatilise rapidement, remplit l'atmosphère, et l'on a beaucoup de peine, même en renouvelant l'air, à faire disparaître son odeur.

J'ai découvert depuis que le chloroforme neutralise presque complétement l'odeur du brome; il suffit d'ouvrir un flacon de chloroforme dans une chambre remplie de vapeurs de brome, pour qu'au bout d'un instant l'odeur disparaisse : dans ce cas, les vapeurs de chloroforme vont s'unir à celles du brome, au sein de l'atmosphère, pour former avec elles un composé de *chlorobromoforme*, dont l'odeur est infiniment moins forte.

PANARIS ET DERMITE VÉSICULO-PUSTULEUSE

survenus chez un médecin à la suite d'une délivrance pratiquée trente-sept heures après l'accouchement;

Par M. le docteur BERGERET, de Saint-Léger-sur-Dheure.

Le lundi 15 novembre 1858, je fus appelé pour me rendre au Bois-Bureau près de la femme d'un mineur nommé F..., primipare, âgée de vingt-cinq ans, d'une forte constitution; cette femme était accouchée le samedi 13, à huit heures du soir. La maison qu'habite le ménage F... est couverte de chaume. Le lit unique de ce pauvre ménage est fait de fougère sèche recouverte d'un mauvais matelas. La pièce n'est pas pavée; des trous nombreux où l'eau vient et stagne quand il pleut, existent dans l'aire de cette chambre. Une porte-fenêtre, unique jour de la demeure, a plusieurs vitres cassées; de vieux chapeaux et du papier remplacent le verre; le vent souffle dans cette halle comme en plein champ.

La sage-femme, n'ayant pas pu délivrer cette malheureuse, fit venir un médecin qui s'y rendit le dimanche 14, à quatre heures du matin. Le cordon menaçant de se rompre sous l'influence des tractions, ils injectèrent de l'eau dans les vaisseaux omphaliens. Le placenta restant toujours adhérent, le médecin introduisit la main, et ne délivra pas cette femme. Il administra l'ergot de seigle à petites doses. Quelques heures plus tard, une nouvelle tentative ne donna pas un meilleur résultat. Le dimanche soir le médecin se retira pour vaquer à d'autres occupations.

Lorsque j'arrivai auprès de cette femme, je la trouvai épuisée, couverte d'une sueur froide, exhalant une odeur de putréfaction, ayant 130 pulsations à la minute, pouls presque imperceptible; je me hâtai de porter la main dans l'utérus pour apprécier la cause de l'obstacle à cette délivrance. Je constatai aisément que le tiers environ du placenta, ainsi qu'une partie des membranes de l'amnios, étaient emprisonnés dans une poche supérieure produite par un étranglement de la matrice en ce point. Le placenta n'était pas enchatonné, car toute sa portion centrale, épaisse, était au-dessous de cette poche formée par la stricture.

Il n'était plus possible d'attendre une seule minute; cette femme avait été abandonnée, au dire du mari, comme devant nécessairement mourir. La pharmacie la plus rapprochée était au moins à 8 kilomètres de là. La femme aurait succombé avant que j'eusse eu de la pommade belladonée.

Je pratiquai la délivrance avec beaucoup de peine, mais assez heureusement pour tout enlever. Je m'y pris de la façon suivante : Je saisis la portion épaisse du délivre, qui était toute morcelée par les tentatives précédentes; j'exerçai de légères tractions de droite à gauche et d'avant en arrière. Je pus extraire, de cette manière, la presque totalité des membranes et tout ce qu'il y avait de placenta au-dessous de la stricture. J'introduisis de nouveau la main pour en faire autant de ce qui était contenu dans la poche supérieure. La matrice cédait à mes efforts quand je voulais faire franchir le point rétréci à mon indicateur; le fond de cet organe remontait jusqu'au diaphragme. Craignant de blesser les viscères abdominaux et de comprimer les organes thoraciques, j'attirai la matrice dans l'excavation. Etant ainsi placée, nous la fixâmes, la sage-femme de ses deux mains et moi de ma main gauche. Ayant actuellement un plan résistant contre lequel je pouvais pousser, je fis franchir la stricture à mon indicateur. Je dilacérai le placenta autant que je pus. Me servant alors de mon doigt comme d'une curette, je vidai la poche supérieure de tout ce qui put être saisi. N'ayant ni seringue ni sonde en caoutchouc, je ne fis pas d'injections pour entraîner les caillots; mais l'utérus se vida complétement dans la journée.

On nettoya cette femme, on lui frictionna le ventre avec de l'onguent napolitain, on lui mit des cataplasmes de feuilles de belladone sur le ventre, et elle prit de l'huile de ricin.

Le lendemain, le ventre est peu douloureux, il est fortement météorisé; le pouls est à 120 pulsations, petit. Il est sorti par la vulve de nombreux caillots.

Le 19, l'utérus est presque entièrement revenu sur lui-même.

Le 20, elle se lève, elle va très-bien; pouls à 68 pulsations.

Le 25, je suis appelé de nouveau. Cette femme se plaint d'une douleur au genou qui l'empêche de dormir. Cette malheureuse s'est levée et a marché les pieds nus dans les trous humides et froids de sa maison; son genou s'est immédiatement tuméfié et est devenu horriblement douloureux. — L'état de ma santé ne me permettant pas de me rendre à sa prière, je lui ordonnai un cataplasme laudanisé et un sachet de son chaud par-dessus le cataplasme.

Le 26, le genou a augmenté de volume; les deux pieds sont également pris. — Frictions hydrargyriques sur les articulations.

Le 27, toutes les articulations sont prises; fièvre ardente, délire.

Le 28, cette femme meurt à deux ou trois heures du matin.

Cette femme est-elle morte d'un rhumatisme suraigu simple, ou bien a-t-elle succombé à une de ces mauvaises arthrites, suite

de couches, que l'on rencontre malheureusement trop souvent? Au moment où je l'ai délivrée, elle était sous l'influence d'une infection putride bien manifeste. L'arthrite suppurée est généralement mono-arthritique et compliquée de phlébite. Dans ce cas, toutes les articulations furent prises. Je n'ai malheureusement pu voir cette femme pendant ces derniers accidents. L'autopsie n'en a pas été faite, de sorte que je ne peux opiner ni pour un rhumatisme suraigu ni pour des arthrites suppurées suite de couches. Cependant j'ai vu cette femme bien rétablie, sans fièvre, et l'arthrite suppurée complique toujours une fièvre puerpérale.

Pendant que cette femme délivrée allait de mieux en mieux et se rétablissait complétement, pour contracter ensuite par imprudence une affection arthritique dont elle mourait en trois jours et quelques heures, j'étais infecté par elle d'un panaris, d'une éruption vésiculo-pustuleuse, simulant sur le même bras varicelle, varioloïde et variole, et d'une adénite suite de la suppuration sous-unguéale de mon pouce. Dès le mardi matin j'avais éprouvé une vive douleur au côté interne de l'ongle de mon pouce; c'était le début d'un panaris dont la marche a été semblable à celle d'une piqûre anatomique; en même temps tout mon avant-bras droit était couvert d'une éruption vésiculeuse confluente très-prurigineuse et très-douloureuse.

Mon pouce en deux jours avait doublé de volume; plusieurs ganglions axillaires se tuméfiaient en même temps. La douleur du pouce était intolérable : c'étaient des élancements continuels qui m'empêchaient de dormir; l'aisselle n'était pas moins sensible.

Le 18, j'appliquai des sangsues sur mon pouce; elles saignèrent beaucoup sans me causer de soulagement; bien plus, la tuméfaction s'étendit jusqu'à mon poignet, qui devint horriblement douloureux; l'aisselle était encore plus sensible.

Le 19, je scarifiai mon pouce; je fis une incision longue et profonde qui donna plus de sang que les sangsues, car j'en aspirai une grande quantité par la bouche; je n'éprouvai pas encore de soulagement marqué.

Le 21, le pus se fit jour sous l'ongle en décollant la moitié interne de celui-ci; il s'en écoula une cuillerée à café; le soulagement fut immédiat : l'aisselle devient moins douloureuse, et mon poignet diminua rapidement de volume.

Les trois jours suivants, il sortit encore quelques gouttes de pus. Mon ongle porte aujourd'hui une saillie transversale épaisse; la partie qui s'étend depuis la matrice unguéale jusqu'à cette saillie est régulière; toute la portion terminale depuis ce bourrelet est friable comme de l'écaille.

Pendant que mon pouce subissait toutes les phases de l'inflammation suppurée, mon éruption cutanée suivait également les siennes. Cette éruption n'a occupé généralement que les faces antérieure, interne et postérieure du bras; la peau qui recouvre les muscles épichondyliens en a été exempte. Cette éruption, qui s'est manifestée dès le lendemain de la délivrance, faisait voir à la loupe une innombrable quantité de vésicules semblables à celles de l'eczéma; elles étaient très-manifestement perceptibles à la loupe.

Le 23, les vésicules étaient visibles à l'œil nu; elles étaient remplies de sérosité rougeâtre. Le bras était très-douloureux. La seule application sur le drap me causait la plus vive douleur; de plus, la sensibilité de mon pouce s'ajoutant, il me fallait tenir l'avant-bras droit appuyé sur le coude et non soutenu, car tout contact était insupportable. Cette nuit j'eus des nausées et beaucoup de fièvre.

Le 25, un grand nombre de vésicules sèchent, d'autres se pustulent, d'autres enfin croissent encore.

Le 26, le pus était concret dans le plus grand nombre des pustules et formait des croûtes. Certaines autres n'avaient pas encore acquis tout leur développement. Une pustule siégeait sur la veine médiane; elle avait une base plus large qu'une pièce de 1 franc. Sur la face postérieure du bras, un peu plus haut que le coude, deux ou trois pustules étaient plus grosses encore : c'étaient de véritables petits furoncles; celles-ci durèrent trois semaines. Je porte encore des traces nombreuses de cette éruption sur mon bras.

Quand mon pouce et mon poignet commencèrent à guérir, j'eus une inflammation de l'articulation métatarso-phalangienne du troisième orteil du pied gauche, qui me retint du 27 au 30 à la chambre sans pouvoir faire la moindre course en voiture. Mon pied tout entier se tuméfia. A la suite de cette arthrite, j'ai conservé longtemps la sensation d'un corps étranger dans mes chaussures.

LUPUS VORAX

pris pour un cancer de la lèvre supérieure. — Traitement par l'iodure de potassium. — Guérison rapide.

Par M. le docteur Albert PUECH, chirurgien chef interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon.

Une erreur commise et la guérison rapide d'une affection d'ordinaire rebelle à la thérapeutique m'ont paru mériter à ce fait les honneurs de la publicité.

G... (Célestine), native de Saint-Denis (Loire), est une femme de quarante-deux ans, de tempérament lymphatique. Elle s'est toujours bien portée, n'a eu ni syphilis, ni croûtes à la tête, ni ganglions engorgés; pourtant, à la suite de ses couches, elle a eu deux abcès dont la marche se rapproche des abcès froids. Depuis quatre ans, elle n'est plus réglée.

Il y a trois mois, elle vit se développer près de l'aile du nez un petit bouton à marche lente qui fut pris pour un furoncle. Au bout de deux mois, on le perça; il ne sortit point de pus, mais à peu près un verre de sang. La malade se trouva tout d'abord soulagée, mais quinze jours après il récidiva, et apparut cette fois sur la lèvre supérieure. Les douleurs étaient beaucoup plus vives; aussi s'empressa-t-on de l'ouvrir. Dès ce moment, la lèvre s'ulcéra, et l'ulcération gagna vite en surface. On crut à un cancer, et la malade entra à l'Hôtel-Dieu (n° 6), le 13 novembre 1858, à l'effet de se faire opérer.

A peu près vers le milieu de la partie gauche de la lèvre supérieure existe une perte de substance haute uniformément de 12 millimètres, mais dont l'étendue est variable dans le sens horizontal, suivant qu'on l'examine, par rapport à la peau (2 centimètres), et par rapport au fond (3 centimètres). La peau, amincie, creusée en arrière, est recroquevillée en godet, surtout du côté du lobe médian. Cette ulcération, qui a détruit en bas une partie de la muqueuse labiale, fournit un pus fétide et ichoreux. Après l'avoir essuyée, la surface apparaît grisâtre, fongueuse, mais point saignante. La commissure gauche est saine; mais les tissus avoisinant l'ulcération sont le siége d'un empâtement mou et d'une coloration rouge-sombre. La muqueuse dentaire est intacte. Les ganglions ne sont nulle part engorgés. Les douleurs accusées par la malade sont très-vives, elles l'empêchent de dormir, et lui font réclamer avec instance une opération qu'on lui a fait entrevoir comme son seul moyen de salut.

Tel ne fut point mon avis; et M. Long, après l'examen qu'il en fit deux jours après son entrée, se rangea à cette opinion. Pendant quatre ou cinq jours encore l'ulcération resta stationnaire; mais bientôt, grâce à des pansements méthodiques faits avec la poudre de charbon et de quinquina, grâce à l'iodure de potassium à doses croissantes donné à l'intérieur, l'ulcère se détergea et les bords se rapprochèrent comme par enchantement. En quinze jours, la perte de substance était réparée. L'iodure de potassium fut continué, et la malade en prit 3 grammes par jour. Aujourd'hui, 31 décembre, la guérison peut être considérée comme complète; et même, en voyant la cicatrice déprimée et la teinte rouge des tissus qui l'avoisinent, on ne se douterait pas que la lèvre supérieure a été si profondément ulcérée.

A première vue, le diagnostic porté par le médecin qui l'avait soigné en ville pouvait paraître plausible; mais en y réfléchissant, ou mieux en y regardant, on reconnaissait bien vite qu'il était erroné. En pareil cas, et à défaut des antécédents qui ici eussent seuls suffi pour assurer le diagnostic, deux circonstances peuvent servir de guide, le siége et l'aspect de l'ulcération.

Le lupus affecte principalement le nez et la lèvre supérieure; le cancer, au contraire, alors qu'il est limité à la bouche, débute par la lèvre inférieure. Mais s'il est quelques exceptions, le siége n'est pas tout, et l'aspect de l'ulcération, l'état des tissus ambiants, doivent entrer en ligne de compte. Par sa fréquence, le cancer a une caractéristique malheureusement trop connue pour qu'il soit permis de s'y méprendre. Ainsi l'ulcération s'en distinguait par la manière dont elle était creusée, par sa coloration rouge-grisâtre, par son déplacement (aile du nez d'abord, lèvre ensuite); enfin, les tissus avoisinants, d'un rouge sombre, étaient mollasses plutôt qu'indurés.

C'était donc là un lupus *excedens* et en même temps un *lupus vorax*, espèce rare, ainsi désignée à cause de la marche rapide de l'ulcération. Il y avait donc lieu de craindre que la crise ne fût et lente et longue; il n'en a pas été ainsi, et cette affection si tenace d'ordinaire a cédé vite à l'iodure de potassium. Serait-ce là le propre du lupus *vorax?* A défaut d'observations personnelles et de renseignements positifs fournis par les dermatologistes, nous laisserons à d'autres le soin de répondre.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 juin 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Fonctions de la moelle épinière. — M. FLOURENS présente au nom de M. M. Paolini, professeur de physiologie à l'université de Bologne, un mémoire relatif à de nouvelles expériences faites par l'auteur sur la *moelle épinière*, expériences qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° Les cordons postérieurs et latéraux de la moelle épinière sont doués d'une sensibilité exquise.

2° La division de ces cordons n'empêche pas la transmission à l'encéphale des impressions sensitives.

3° Les impressions transmises par les racines spinales postérieures, après un court trajet à travers les fibres médullaires de ces cordons, passent dans la substance grise.

4° La substance grise, quoique insensible par elle-même, c'est-à-dire incapable de recevoir immédiatement les impressions excitatrices du sentiment, paraît le moyen indispensable pour le transport de ces impressions au sensorium commun.

5° Les seuls cordons postérieurs étant coupés transversalement, la sensibilité des parties de l'animal, situées au-dessous de la section, augmente temporairement.

6° Les cordons postérieurs conservent leur propre sensibilité, bien que coupés en deux ou trois points, à une certaine distance l'un de l'autre.

7° Les cordons antérieurs sont insensibles à l'application immédiate des stimulus.

8° Enfin, ces cordons antérieurs sont essentiellement moteurs, mais ne semblent pas étrangers à la production du sentiment.

— **M. FLOURENS** signale encore, parmi les pièces imprimées de la correspondance, un opuscule concernant des expériences physiologiques sur la *transmission de la sensibilité et du mouvement dans la moelle épinière*. L'auteur, M. Van Kempen, professeur à l'université de Louvain, a répété les expériences faites depuis quelques années par divers physiologistes et en a institué qui lui sont propres. Les résultats auxquels il est arrivé sont résumés par lui dans les termes suivants :

I. Chez les grenouilles, la transmission de la *sensibilité consciente* est croisée dans toute la longueur de la moelle épinière; celle du *mouvement*, au contraire, est *directe* dans la portion lombo-dorsale, et croisée dans sa portion cervicale.

II. Chez les pigeons, l'entre-croisement des conducteurs de la *sensibilité consciente* a lieu dans toute la longueur de la moelle épinière. La transmission du *mouvement volontaire* est *directe* dans la région lombo-dorsale; elle est, au contraire, *croisée partiellement* dans la région cervicale.

III. Chez les mammifères, la propagation de la *sensibilité consciente* est *croisée* dans toute la longueur de la moelle épinière. La transmission du *mouvement volontaire* est seulement *directe* dans la région lombo-dorsale; à la région cervicale, elle est *en partie croisée*, et la plus grande partie y est encore *directe*, puisque dans nos expériences le membre postérieur du côté opéré était plus paralysé que celui du côté opposé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Rigot, né à Saint-Nicolas-du-Roi (Manche); *De l'insuffisance ou de l'absence des contractions utérines pendant et après l'accouchement; causes et traitement.*

Thorneuf, né à Lorient (Morbihan); *Essai clinique sur l'alcoolisme.*

Barde; *De l'avortement au double point de vue de l'art des accouchements et de la médecine légale. De la suture serpentine contre la déchirure du périnée.*

Dubomme, né à Paris (Seine); *Quelques considérations sur la trachéotomie.*

Cabard, né à Néry-Corbon (Calvados); *Quelques considérations sur les maladies du sein, et en particulier du cancer de cet organe.*

Charnal, né à Lyon (Rhône); *Quelques considérations sur les rétrécissements cicatriciels de la trachée consécutifs aux ulcérations de ce conduit.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Toute la partie est de l'Hôtel-Dieu, c'est-à-dire la salle Saint-Côme et les étages situés au-dessus de cette salle, sont actuellement en démolition. Le peu de solidité de cette partie de l'hôpital a motivé cette mesure. Pour remplacer les lits qu'elle contenait, on a approprié l'ancien bâtiment de l'administration de l'Assistance publique, qui compte maintenant plus de 300 lits.

— Le jury médical pour le concours de la place de chirurgien-major de la Charité de Lyon, est composé de MM. Desgranges, Rollet, Pétrequin, Barrier, Bouchacourt, Valette, Diday, Rodet, Rater, Roy, Gromier et Colrat.

Ce concours s'ouvrira le 4 juillet, à huit heures du matin.

— Nous annonçons avec plaisir et reconnaissance que, sur la demande de M. le docteur Rollet, chirurgien-major de l'Antiquaille, à Lyon, l'administration des hôpitaux a décidé que les lésions syphilitiques et cutanées rares ou dignes d'être recueillies pour l'instruction des élèves, seront reproduites par le dessin ou la photographie, pour être conservées d'une manière durable.

L'importance que prend de jour en jour l'Antiquaille rendra plus précieux ce nouveau service rendu par l'administration, qui, en quelques années, aura ainsi fondé à l'hospice un musée spécial extrêmement utile au perfectionnement des études médicales. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Le 9 mars dernier, le tribunal correctionnel de Lyon avait déclaré la femme Bernet-Joly, somnambule, coupable d'exercice illégal de la médecine, et l'avait condamnée à 15 fr. d'amende et à 40 fr. de dommages-intérêts envers les médecins qui s'étaient portés partie civile.

La cause ayant été portée en appel, la Cour impériale de la même ville, dans son audience du 8 juin, a confirmé purement et simplement ce jugement.

La Cour de Grenoble a rendu un arrêt en sens contraire, relativement aux dommages-intérêts envers les parties civiles. (Voir notre dernier numéro.)

— La Société médico-pratique de Paris avait, en 1856, proposé un prix de 500 francs en faveur de l'auteur du meilleur mémoire manuscrit sur la question suivante :

« *Du mode d'action des principaux purgatifs, et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux.* »

Cinq mémoires ont été adressés à la Société, et soumis à l'examen d'une commission composée de MM. Ameuille, Compérat, Labarraque, Perrin et Homolle, rapporteur.

Conformément aux conclusions de la commission, la Société a décerné :

1° A titre de récompense et d'encouragement, une somme de 300 fr. à l'auteur du mémoire n° 3, qui, au lieu de se faire connaître suivant les formes académiques usitées, s'est borné à insérer sous le pli cacheté qui accompagnait son mémoire, cette simple indication :

« L'auteur apprendra le résultat du concours par les journaux de » médecine, et surtout par la *Gazette des Hôpitaux*. Alors il se fera » connaître, s'il le juge à propos. »

2° Une mention honorable à M. W. Van Eeden, médecin à Zalt Bommel (province de Gueldre);

3° Une mention honorable à M. Charles Eckert, étudiant en médecine à Strasbourg.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. AUDE MARGRAS (de Nancy), médecin à Paris. 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Un volume in-12. Prix : 3 fr. 50 c. Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Recherches sur le traitement des maladies urinaires des hommes âgés, des rétrécissements de l'urèthre, de la gravelle et de la pierre, etc., ouvrage auquel l'Académie de médecine a décerné une récompense de 4,000 fr. en 1858 (prix d'Argenteuil); par M. le docteur AUG. MERCIER. Un vol. in-8° avec figures. Prix : 7 fr. 50 cent. Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 73. — JEUDI 23 JUIN 1859. (32e ANNÉE.) N° 73. — JEUDI 23 JUIN 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 22 juin 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie n'a tenu hier qu'une demi-séance. A quatre heures un quart, elle s'est formée en comité secret pour entendre le rapport sur la présentation des candidats aux titres de correspondants nationaux. La première heure de la séance a été occupée par la lecture d'un rapport de M. Bouillaud sur un mémoire de M. le docteur Le Calvé, de Luzarches, relatif au traitement de la goutte et du rhumatisme, et par une communication de M. Raynal sur une maladie parasitaire des oiseaux de basse-cour, transmissible à l'homme et au cheval.

Le rapport de M. Bouillaud, qui, il y a dix ans, eût soulevé un véritable orage dans l'Académie, n'a rencontré hier aucune contradiction ; et cependant les idées que le savant professeur a pris occasion de développer dans ce rapport, sur les questions si controversées de l'identité ou des différences de la goutte et du rhumatisme, de la nature de cette dernière affection et de son traitement, sont les mêmes aujourd'hui qu'il y a dix ans.

Ce silence de l'Académie sur des questions qui l'ont plusieurs fois passionnée, est-il un signe d'indifférence, ou bien faut-il y voir l'indice d'un rapprochement entre des opinions jadis radicalement opposées, ou plus simplement d'une plus grande tolérance réciproque? Nous constatons le fait, laissant chacun de nos lecteurs le commenter à sa manière.

Le travail dont M. Raynal a donné lecture, et qu'il a fait de concert avec M. Lanquetin, a pour objet d'appeler l'attention des médecins et des vétérinaires sur une affection parasitaire des oiseaux de basse-cour, non encore décrite, et qui offre cette particularité curieuse qu'elle est transmissible à l'homme. Cette affection est déterminée par un arachnide particulier du genre *sarcopte*, désignée par M. Ch. Robin sous le nom de *sarcops mutans*. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Beau.

Leçons cliniques sur la dyspepsie.

L'estomac est le fondement de l'animalité, et selon qu'il fonctionne bien ou mal, les produits qu'il livre à l'organisme réparent convenablement ses pertes ou ne le font qu'imparfaitement, et alors toutes les fonctions languissent et souffrent. On comprend parfaitement, en effet, que si les organes digestifs sont sains et que les aliments dont on leur confie l'élaboration sont abondants et de bonne nature, le sang sera riche et entretiendra dans tous les organes le jeu régulier des fonctions ; mais si, au contraire, l'estomac digère mal, s'il ne remplit qu'imparfaitement le travail de la chimification, il ne peut donner qu'un produit imparfait, lequel ne fournit à son tour qu'un sang pauvre ou vicié. Dans ces circonstances ce sang imparfait ne tarde pas à laisser l'économie dans un état de faiblesse, de souffrance, d'épuisement, qui ouvre la porte à toutes les maladies et en particulier à celles auxquelles notre idiosyncrasie nous prédispose le plus. Eh bien, cet état morbide de la fonction digestive peut être la conséquence d'une lésion fonctionnelle ou d'une lésion anatomique. Elle peut aussi dépendre d'une mauvaise alimentation ou d'une alimentation insuffisante. Dans tous les cas, c'est un dérangement de la digestion, lequel entraîne une altération du sang, altération qui reporte son action délétère sur toute l'économie.

Les manifestations pathologiques de cet état sont désignées sous le nom de dyspepsie (δυς, difficilement; πέψις, digestion).

Cependant les auteurs qui ont traité de cette maladie ne sont pas d'accord sur les limites qu'ils lui imposent. Pour la plupart, c'est une digestion douloureuse, accompagnée de poids, de gêne, de tiraillements à l'estomac ; et ils en ont séparé, pour en faire autant d'entités morbides, l'anorexie, les vomissements, le pica, la malacie, la boulimie, les flatuosités, la gastralgie, le pyrosis. Il est vrai que quelques auteurs des plus recommandables ont simplifié ce cadre nosologique et que déjà Cullen avait réuni toutes ces diverses affections en un seul, sous le nom de dyspepsie, qui pour lui était tout dérangement se passant dans l'estomac. Il n'en avait distrait qu'une : le pyrosis; et c'est un tort, car c'est bien aussi un dérangement fonctionnel.

Parmi les modernes, Fouquier et Chomel ont adopté entièrement les opinions de Cullen. Mais ce n'est pas tout. Jusqu'à ce jour on n'a étudié la dyspepsie que dans ses manifestations à l'estomac, négligeant d'en rechercher les effets dans l'économie tout entière. L'estomac n'est que le vestibule du système sanguin, et cette idée n'est pas nouvelle, comme nous allons le voir. De tout temps on a compris l'importance capitale des dérangements des fonctions digestives sur la production des maladies.

Galien montre cette influence pathologique de l'estomac dans plusieurs endroits de ses nombreux ouvrages. Nous ne citerons que cette phrase : « *Ventriculi affectus facit dyspneas, apneas, epilepsias, deliria, melancholiam.* »

Alexander Benedictus exprime la même idée dans cet aphorisme : « *Morborum fere omnium causa est stomachi infirmitas.* »

Faut-il mentionner Van Helmont et son archée, qu'il plaçait entre la rate et l'estomac ? Esprit poétique, il l'avait gratifiée du don de faire naître toutes les maladies. Aussi sa thérapeutique consistait-elle à calmer cette puissance occulte et à chercher les moyens de satisfaire ses goûts et ses désirs. Qui ne reconnaît dans cette idée originale du savant, l'influence pathogénique de l'estomac déjà signalée par Galien et Benedictus ?

L'importance séméiologique de l'appétit est heureusement exprimée dans ces huit mots de Baglivi : « *Appetentia bona omnia bona, appetentia mala omnia mala.* »

Stoll a bien étudié l'influence de la dyspepsie saburrale sur la production et l'entretien d'une foule de maladies.

Wadekind, médecin de Nuremberg, a publié, en 1792, une dissertation sur les maladies d'origine gastrique.

Dans cette courte revue historique, Cullen mérite la place d'honneur. Il a parfaitement compris toute l'importance du sujet; et ce qui étonne, comme nous l'avons déjà dit, c'est qu'il en ait distrait le pyrosis ou fer chaud et qu'il n'ait envisagé la dyspepsie que dans ses symptômes gastriques, négligeant d'en signaler la fâcheuse influence sur la composition du sang, et par suite sur les grandes fonctions de l'organisme.

Pour en finir avec cette liste déjà longue, nous ne citerons plus que le nom de Broussais, qui, voulant tout ramener à l'unité, prétendit tout concentrer dans la gastrite. Il a eu tort; mais derrière cette pensée paradoxale on découvre une vérité pratique : c'est que, pour lui, le point de départ de toutes les maladies était dans l'estomac, dans la fonction digestive.

D'après ce qui précède il est facile de voir que pour l'habile médecin de l'hôpital de la Charité, on doit étudier la dyspepsie (qui, pour lui, est tout dérangement des fonctions digestives quel qu'il soit, dérangement qui peut être causé par une mauvaise alimentation ou par une altération des parois de l'organe), on doit étudier la dyspepsie non-seulement dans ses manifestations gastriques, mais aussi dans ses retentissements sur l'organisme. C'est, en effet, ce qu'il doit exposer dans ses leçons cliniques, et nous allons le suivre dans le développement des trois ordres de symptômes qu'il admet : Symptômes primitifs ou locaux ; symptômes secondaires ou généraux ; symptômes tertiaires, tenant à quelques vices de la nutrition.

Symptômes locaux ou primitifs. — On les distingue en *directs* et en *indirects*.

Les *directs* sont ceux qui se manifestent dans le tube digestif lui-même.

Nous parlerons des principaux.

La bouche est sèche ou arrosée d'une abondante salivation.

La langue présente des enduits blancs ou jaunes.

Le goût est acide ou amer.

L'haleine est mauvaise, parfois elle est repoussante. Cette fétidité ne dépend pas toujours de l'état de l'estomac. Elle peut être due à la carie d'une dent, à une ulcération dans la cavité buccale, ou à l'acidité de la salive, acidité qui peut aussi venir de l'estomac, et encroûter les dents d'une couche de tartre.

L'appétit, le plus souvent diminué, est parfois nul, ou capricieux, ou inégal. Parfois aussi il est excessif, il ne demande que des substances inusitées comme aliment, mais contenant cependant des principes nutritifs (malacie), ou bien des objets qui ne contiennent rien d'assimilable (pica). On rencontre encore des cas où le sentiment de la faim est insatiable. C'est ce que l'on a appelé boulimie (faim de bœuf). On la distingue de l'appétit physiologique des grands mangeurs en ce que ceux-ci, quoique mangeant beaucoup, se portent à merveille et ne sentent pas leur digestion se faire. La boulimie, au contraire, est accompagnée de troubles du côté de l'estomac, et le malade est anémique.

Enfin certains dyspeptiques sont obligés de satisfaire immédiatement le sentiment de la faim tant il est impérieux, sans quoi ils sont frappés de syncope.

La soif peut être médiocre, absente, ou tellement augmentée (polydipsie), que le malade ingurgite jusqu'à 8 à 10 litres de liquide dans les vingt-quatre heures.

L'estomac doit être étudié à l'état de vacuité et à l'état de plénitude.

Dans le premier cas, il y a un sentiment de gêne ou de poids, tenant à la présence de gaz ou de mucosités. Il y a des nausées, des vomissements surtout de matière glaireuse (pituite). Les malades sont tourmentés par des éructations, par des borborygmes, des gargouillements donnant lieu à des bruits différents et qui les inquiètent fréquemment. On rencontre aussi une douleur plus ou moins violente (gastralgie), et fournissant la sensation de crampe, de brûlure, de battements, de picotements, etc.

Dans l'état de plénitude de l'estomac, la digestion est difficile ; on la sent parfois pendant vingt-quatre heures ; parfois aussi les aliments ne font que traverser l'organe, et une heure après le repas ils sont rendus (lientérie). Fréquemment fatigués par des éructations, les malades le sont plus fréquemment encore par des gonflements qui les obligent à se desserrer. S'il y a vomissement, souvent il n'y a de rendues que les matières solides. Tous les aliments ingérés sont rejetés, ou une partie seulement, ou toujours les mêmes.

Il est de pauvres dyspeptiques qui souffrent pendant et dans l'intervalle de la digestion.

Quant aux intestins, ils sont, comme l'estomac, distendus par des gaz, et de là tous ces borborygmes qui s'entendent parfois à une grande distance, et qui indiquent ordinairement la paresse du tube digestif. Comme nous l'avons déjà dit, il peut y avoir diarrhée ou même lientérie.

Les *symptômes locaux* ou *primitifs indirects*, sont des symptômes de voisinage, des symptômes par irradiation nerveuse. Ils consistent dans des névralgies par anémie globulaire. Nous allons les indiquer :

1° Signalons d'abord la *toux gastrique*, toux quinteuse avec picotement au larynx, apparaissant avec le sentiment de la faim, et se calmant après l'ingestion des aliments. C'est la toux hystérique. On la distingue de la toux ordinaire, parce que c'est une toux sèche, jamais suivie d'expectoration, qu'il y a un picotement à la gorge, et qu'elle est sous l'influence de l'estomac. On peut l'expliquer en pensant que l'estomac agit sur le pneumo-gastrique, et celui-ci sur le larynx par le nerf récurrent.

2° La *dyspnée gastrique*, qu'on peut appeler aura gastro-glottique, vulgairement connue sous le nom de boule hystérique, nom impropre, car souvent les malades n'éprouvent pas la sensation d'une boule, mais bien une simple dyspnée, laquelle peut s'arrêter à l'estomac (première station), ou derrière le sternum (deuxième station), ou à la glotte (troisième station), ou remonter parfois à la tête. Dans ce dernier cas, il y a attaque de nerfs. Ce symptôme, très-commun chez la femme, se rencontre aussi fréquemment chez l'homme. Stoll l'avait déjà indiqué dans l'embarras gastrique. On peut dire qu'il est le dernier symptôme de la dyspepsie, et le premier de l'hystérie. On peut expliquer ce phénomène en admettant que c'est une névralgie du pneumo-gastrique s'étendant au plexus pulmonaire.

3° *Névralgie intercostale.* — Découverte par Fouquier, elle a été bien étudiée par MM. Bassereau et Valleix. On a dit qu'elle était indépendante des troubles de l'estomac. C'est là une erreur. Elle se manifeste dans les souffrances de l'organe gastrique. Elle se fait également sentir dans la dyspepsie essentielle comme dans la dyspepsie carcinomateuse. L'histoire de la maladie de Napoléon, s'éteignant sur le rocher de Sainte-Hélène, nous en fournit un frappant exemple. N'est-ce pas le point douloureux antérieur de la névralgie intercostale qu'il accusait quand il se plaignait de son *coup de canif sous le sein gauche.* Il en est de même de cette douleur de dos qui fatigue les malades atteints de gastralgie. C'est le point dorsal de la névralgie intercostale.

M. Bassereau a prétendu que cette névralgie dépendait de

l'utérus. M. Beau, toujours conciliant avec ses contradicteurs, ne nie pas la possibilité du fait, mais voici comment il l'explique. La matrice affectée réagit sur l'estomac, et celui-ci, atteint de dyspepsie, donne lieu à la névralgie intercostale. D'ailleurs, les hommes, qui n'ont pas d'utérus, la ressentent comme les femmes. Puis, les nerfs intercostaux affectés ne sont-ils pas surtout ceux qui sont dans la direction de l'estomac (6e et 7e)?

On peut expliquer la dépendance de cette névralgie. On peut admettre une *aura* ascendante qui, partant de l'estomac et remontant sur le système ganglionnaire, vient agir sur les nerfs rachidiens et donner lieu à la névralgie intercostale. C'est donc avec raison que le savant médecin de la Charité appelle cette souffrance une *douleur réflexe*. Nous ne devons pas en être surpris; la douleur lombo-abdominale n'est-elle pas aussi une douleur réflexe de l'utérus?

Cependant, M. Beau ne veut pas que l'on attribue à la névralgie intercostale toute douleur de côté. L'action du froid donne lieu à un rhumatisme appelé *pleurodynie*. Mais on distinguera cette pleurodynie de la névralgie intercostale dont nous parlons, en ce que, abstraction faite de toute influence de dyspepsie, elle naît sous l'action du froid; en ce que la douleur est instantanée et que cette douleur est plus violente que dans la névralgie. D'ailleurs, comme nous l'avons dit, cette dernière se fait surtout sentir pendant les souffrances de l'estomac.

Cependant nous devons faire cette dernière remarque: c'est que souvent la dyspepsie peut être masquée par certains symptômes prédominants, suivant l'idiosyncrasie individuelle, et que dans ces cas, ne remarquant que le symptôme dominant, on a fait des maladies diverses sous le nom de polydipsie, anorexie, gastralgie, etc.

Telle est la dyspepsie de Cullen et des auteurs modernes. Là s'arrêtent pour M. Beau les symptômes primitifs de la maladie. Dans un prochain article, nous parlerons des symptômes secondaires.

A. NICOLAS.

TUMEUR FIBREUSE VOLUMINEUSE

ayant son siége dans l'utérus. — Énucléation et élimination. Guérison.

Par M. Alexandre RAMSAY, chirurgien à Broughty-Ferry.

Traduction du docteur HURST, aide-major au 14e régiment d'artillerie. (*Journal méd. d'Édimbourg*, juillet 1858.)

Mme F..., de Broughty-Ferry, âgée de vingt-sept ans, grande, bien faite, d'une belle complexion, mais un peu délicate, primipare, dit qu'elle a beaucoup souffert de douleurs dans le ventre pendant tout le cours de sa grossesse, et dans les derniers temps d'épuisement excessif après le moindre exercice. Elle crut que ces symptômes étaient communs à toutes les femmes enceintes, et n'en parla pas à son médecin.

Le 18 avril 1858, vers sept heures trente minutes du matin, je fus appelé (elle croyait encore être à quinze jours du terme de sa grossesse): je trouvai l'orifice utérin bien dilaté et les membranes faisant saillie. Après avoir attendu une demi-heure, et voyant que le travail n'avançait pas, je déchirai la poche des eaux, et il s'écoula une petite quantité de liquide amniotique. Après une heure et demie d'attente ou à peu près, les efforts d'expulsion n'avaient encore rien amené. Il était dix heures: j'administrai le seigle ergoté, et vers onze heures 45 minutes la femme mit au monde un enfant mâle, bien constitué, et paraissant d'excellente santé, quoiqu'un peu délicat. Après la section du cordon, je remarquai que le volume de l'utérus avait peu diminué, du moins son volume semblait suffisant encore pour croire à première vue à la présence d'un second enfant.

J'explorai l'utérus, et trouvai un peu au-dessus du col et en avant, une saillie donnant une fausse fluctuation, mais présentant une résistance plus grande et plus d'aspérités que ne l'auraient présenté des membranes. Saisissant le cordon, je le suivis, et explorant les parois sur son trajet, je trouvai le placenta fixé sur la paroi supérieure et postérieure de l'utérus, dont l'intérieur donnait assez l'idée d'une cavité gonflée par les gaz. Après avoir, avec quelque difficulté, détaché le placenta, j'explorai de nouveau, et j'essayai de déterminer la nature de cette tumeur. J'acquis bientôt la certitude que la cavité ne renfermait pas d'autres membranes. Je vidai la vessie au moyen du cathéter pour m'assurer si cet organe ne causait pas la tumeur par sa plénitude. Je m'assurai aussi qu'il n'existait pas d'utérus bilobé. Je n'étais pas encore convaincu que cette cavité ne recélait pas un second enfant. Enfin, après un examen attentif de la face intérieure de l'utérus, des rapports et des contours de la tumeur, je reconnus que ce ne pouvait être qu'une tumeur enchatonnée dans la paroi antérieure même de l'organe. J'essayai ensuite d'obtenir de ma malade quelques données sur son développement, mais je vis bientôt qu'elle en avait toujours ignoré l'existence. Elle avait senti l'utérus peser sur les pubis avant la fin du second mois; mais, regardant ce fait comme naturel, elle ne s'en était jamais davantage inquiétée.

Dans ces circonstances difficiles et pendant que l'orifice utérin était encore dilaté, je manifestai le désir de recourir aux lumières d'un confrère; je fis appeler mon ami le docteur Cocks, de Dundée, qui arriva à 1 heure de l'après-midi, et qui, après un examen attentif, fut de mon opinion sur la nature de l'affection et sur la nécessité de pratiquer une ponction exploratrice; mais, avant d'en venir là, eu égard à la rareté du cas, au développement si rapide de l'affection, etc., nous résolûmes de prier M. Nimmo, de Dundée, de le voir avec nous. A notre consultation, qui n'eut lieu que le lendemain, son avis vint de tout point confirmer le nôtre. Sur ma prière, et pour prévenir tout examen inutile, il introduisit un trocart très-mince dans la partie inférieure et saillante de la tumeur. Il ne s'échappa aucun liquide. Nous avions donc affaire à une tumeur fibreuse.

Les 20 et 21, la malade allait assez bien; cependant quelques symptômes de fièvre s'étaient manifestés. Douleurs utérines.

Le 21, je mesurai le ventre à peu près à 2 p. 1/2 au-dessous de l'ombilic, et je trouvai, en serrant un peu le ruban gradué, une circonférence de 36 pouces.

Dans la soirée du 22, le docteur Alexandre Wood, d'Edimbourg, ayant été appelé à voir un de mes malades dans le voisinage, je lui parlai du cas, et il vint voir Mme F... avec moi. A son exploration, il trouva la petite ouverture faite par le trocart assez large pour permettre l'introduction de la pulpe du doigt. L'énucléation de la tumeur devait, selon lui, être tentée sans retard. La malade fut soumise aux inhalations de chloroforme; quand l'insensibilité fut obtenue, M. Wood commença l'opération: je la continuai. L'ouverture faite par le trocart fut élargie, et une large incision cruciale fut pratiquée, s'étendant à 3 pouces et demi de la première ouverture. Il ne resta qu'une bande fibreuse assez large et si résistante que la force de la main ne put venir à bout de la diviser, et qui s'étendait de la partie postérieure et la plus déclive de la tumeur jusqu'à la lèvre antérieure de l'orifice utérin. N'ayant pas sous la main d'instrument convenable, et du reste la malade étant très-affaiblie, nous crûmes devoir, pour le moment du moins, renoncer à continuer l'opération. Après qu'elle fut revenue à elle, on la soumit pendant trois heures et demie à l'action de doses répétées de seigle ergoté. — Les douleurs furent très-intenses. Une potion opiacée en eut raison. Je passai la nuit à la veiller.

Le 23, l'opération de la nuit précédente a produit un affaissement considérable. Les docteurs Cocks et Nimmo voient avec plaisir que, grâce à la séparation de la tumeur et à l'action violente de l'utérus produite par l'ergot, on pourrait plus facilement atteindre la tumeur; ils sont, comme moi, d'avis qu'il est urgent de diviser la bande fibreuse dans le double but 1° de produire le relâchement de l'utérus; 2° de détruire peut-être un des points de nutrition de la tumeur. Après avoir de nouveau endormi la malade à l'aide du chloroforme, je divisai avec l'utérotome la bande fibreuse, à la grande satisfaction de mes honorables collègues.

Le 24, la malade est tranquille; vers le soir, quelques vomissements bilieux; pouls à 120, intermittent.

Le 25, les vomissements continuent; pouls à 124, intermittent et faible. — Boissons gazeuses, lavements de bouillon. La tumeur laisse écouler une grande quantité de matière noire et fétide.

Le 26, frissons le matin; vomissements moins fréquents; diarrhée; pouls rapide, faible et intermittent. Toute la maison est remplie d'une odeur fétide. — Stimulants: ammoniaque; eau-de-vie.

Le 2 mai, jusqu'ici la suppuration a été toujours abondante et très-fétide, ressemblant beaucoup à de la viande hachée. Pendant quelques jours on ne pouvait pas établir de pronostic heureux. Fièvre ardente, vomissements fréquents, frissons souvent répétés, agitation excessive. La tumeur a beaucoup diminué; le ventre ne donne plus que 30 p. 1/4 à la mensuration. La diarrhée continue; tantôt elle augmente, tantôt au contraire elle diminue.

Le 3, l'acétate de plomb et l'opium ont eu raison de la diarrhée. La suppuration continue toujours. Aspect plus calme. Pouls à 106, plus plein et plus régulier. L'appétit se fait sentir; les aliments sont bien supportés. On prescrit du vin et de l'eau-de-vie.

A onze heures du soir, je fus appelé en toute hâte; on m'annonce que la tumeur va sortir. J'eus peu de peine à l'amener au dehors, ses attaches étant très-faibles; immédiatement après, il s'écoule un peu de sang. Connaissant l'état d'extrême faiblesse de ma malade, et sachant combien elle avait besoin de tout son sang, je tamponnai le vagin, et je lui administrai l'ergot de seigle; ces précautions l'empêchèrent de s'affaiblir.

Le 4 mai le tampon est enlevé; pas d'hémorrhagie: on sent bien l'utérus à travers les parois abdominales. Il offre tous les caractères de l'organe après l'accouchement. Il est dur et se contracte avec force. La malade offre toutes les apparences de la santé, et se croit transportée dans un autre monde. — Pouls à 90, langue humide et bonne. Le ventre ne mesure plus que 28 p. 1/2: diminution, 7 p. 1/2. La tumeur est une masse large et flasque, pesant à peu près 2 l. 1/2, enveloppée tout entière d'une membrane blanchâtre, excepté aux points où son insertion a été intéressée: là elle offre l'aspect de la chair corrompue; elle a évidemment perdu une grande partie de sa substance. Comparant le volume de la tumeur vue au dehors, à celui qu'elle semblait avoir dans l'abdomen, elle doit assurément avoir perdu un tiers de ses dimensions.

Le 8 mai, la suppuration, depuis l'expulsion de la tumeur, a perdu sa fétidité, est moins abondante et a pris les caractères du pus louable. L'appétit est très bon. Les fonctions de l'intestin se font très-bien et avec beaucoup de régularité. La malade semble marcher à grands pas vers une guérison prochaine et complète.

Le 31 mai, les forces de la malade vont en augmentant; sa santé revient tout entière. Elle reste levée une bonne partie de la journée; les jambes sont encore faibles; plus de suppuration. Il y a deux jours, je la trouvai jouant du piano.

Ce cas, dont le pronostic semblait si funeste, s'est donc terminé d'une façon exceptionnellement heureuse. Tous les moyens employés pour venir en aide à la nature, quoique entourés des plus grands dangers, ont eu des résultats inespérés. Nous pouvons donc considérer ce cas comme unique dans la chirurgie obstétricale, tant sous le rapport de la rapidité du développement de la tumeur, que sous le rapport du volume énorme auquel elle est arrivée.

FRACTURE SIMULTANÉE DES DEUX CLAVICULES.

Les deux variétés principales réunies chez le même sujet. Diathèse syphilitique. Guérison.

Par M. le docteur GOURIET (de Niort).

Le sieur Jacques B..., marchand de fourrages à Niort, âgé de 35 ans, d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, mais fort et vigoureux, conduisait une voiture à foin pesamment chargée; il venait d'entrer dans sa cour, et occupait, selon la coutume, le côté gauche de l'attelage, lorsque les chevaux, pressés d'aller à l'écurie, détournent brusquement du même côté: notre homme, se voyant saisi entre le mur et la charrette, essaye d'esquiver le coup en passant sous les limons, mais il n'en a pas le temps; pris, selon le diamètre bi-acromial, entre le brancard et le mur, il ressent une douleur atroce et entend craquer ses os...: Des hommes qui se trouvaient là par hasard, accourent aux cris du patient, et se précipitent à la tête des chevaux: B... peut se dégager de cette terrible étreinte; il se rend seul jusqu'à son lit; on le couche, et on m'envoie chercher.

Je le trouve assis sur son séant, la tête inclinée en avant; les deux épaules *tombées*; il ne peut porter les mains à la tête.

On reconnaît à simple vue une fracture de la clavicule gauche; par le toucher, il est facile de constater qu'elle est oblique *de haut en bas et de dedans en dehors*, située entre la partie moyenne de l'os et le niveau de l'apophyse coracoïde; le fragment scapulaire bascule autour de son attache à cette saillie osseuse, et tandis que le poids du bras et les fibres musculaires qui vont du bras à la poitrine portent l'extrémité externe de ce fragment en bas, en dedans et en avant; l'extrémité interne se trouve par cela même portée en haut, en dehors et en arrière; on la sent à travers la peau sous forme d'une proéminence aiguë. Le fragment sternal se trouve porté en haut par le sterno-cléido-mastoïdien, et tourne autour de l'articulation sternale comme centre; son extrémité externe est recouverte par l'extrémité interne du fragment scapulaire, qui limite son déplacement, conséquence toute naturelle de la direction de la fracture. Les deux fragments forment cet angle obtus ouvert en bas dont font mention la plupart des auteurs.

L'épaule droite n'est pas si abattue; le déplacement est moins grand, mais la douleur est beaucoup plus vive que du côté opposé. En y portant la main, on reconnaît une fracture de la clavicule oblique de *haut en bas et de dehors en dedans*, c'est-à-dire en sens inverse de la précédente; il s'ensuit que l'extrémité externe du fragment sternal se trouve superposée à l'extrémité interne du fragment scapulaire, et que celui-ci, rencontrant dans son mouvement de bascule le fragment sternal qui le domine, empêche la chute de cette épaule d'être aussi complète que de l'autre côté. Les deux fragments forment là encore un angle obtus ouvert en bas, mais à sommet moins saillant.

En saisissant tour à tour chaque bras d'une main pour relever l'épaule, et en promenant l'autre main sur la fracture correspondante, on sent très-bien le choc des fragments et on entend le bruit de la crépitation avec la plus grande facilité.

J'applique de chaque côté le bandage de Desault et je rends les deux appareils solidaires l'un de l'autre à l'aide de tours de bande passés en buffleteries. Je prescris la diète.

Ces événements se passaient le 28 janvier 1859.

Depuis quinze jours le malade était enrhumé; l'expectoration était en pleine activité lors de son accident; les efforts de toux retentissent péniblement dans ses fractures, surtout du côté droit. J'ajoute à ma prescription un looch avec addition de 10 centigrammes de kermès.

Le lendemain 29, fièvre, céphalalgie, quelques crachats striés d'un sang vif; la nuit s'est passée sans sommeil. — Sinapismes aux pieds.

Le 30, la fièvre persiste, ainsi que les stries de sang. — Une bouteille d'eau de Sedlitz; looch diacodé pour le soir; continuation de la diète.

Le 31, la nuit a été meilleure; la fièvre diminue; les crachats n'ont presque plus de sang; les douleurs sont moins fortes. — Diète.

Le 1er février, le malade se sent mieux; le pouls est presque normal. — Tisane d'orge et de chiendent avec sel de nitre; le malade prend un peu de bouillon.

Le 2 et les jours suivants, il n'existe qu'une douleur légère à l'épaule droite. B... commence à manger; il peut se lever plusieurs heures dans le jour; l'expectoration ne donne plus de sang; les crachats sortent avec facilité et n'ont presque plus de retentissement dans les clavicules.

Le 13, seize jours après l'accident, je substitue au double appareil de Desault, dans lequel le malade se sent échauffé, un double bandage de Mayor, dont je renouvelle les mouchoirs tous les quatre ou cinq jours.

Le 8 mars, qui est le trente-neuvième jour, j'enlève le tout. Le malade peut se coiffer et manger sans le secours de personne; pendant huit jours environ, il porte les bras enveloppés dans sa blouse lorsqu'il n'a pas besoin de leur secours.

Le 15, il reprend ses occupations, et peut, avec une fourche, charger du foin sur sa charrette.

Cette observation présente plusieurs points à considérer:

1° « La fracture simultanée des deux clavicules, dit M. Malgaigne, est excessivement rare; elle ne s'est présentée qu'une fois sur les 2,358 sujets de l'Hôtel-Dieu; je ne l'ai vue qu'une fois pour mon compte, et je n'ai pu en recueillir que quatre autres exemples. » (*Traité des fractures*, page 494.)

Dans les six cas que la science possède, on trouve des exemples de presque toutes les causes possibles. L'observation qui sous le rapport du mécanisme de la fracture offre le plus d'analogie avec la nôtre, est celle de cet ouvrier qui dans une chute fut pressé entre deux pierres de taille selon le diamètre bi-acromial.

2° Il est à noter que les deux fractures de notre sujet étaient obliques en sens inverse l'une de l'autre; les deux variétés principales se trouvaient ainsi réunies chez le même individu.

3° On a pu voir par ce qui précède que la guérison a été très-rapide; le malade était pourtant sous le coup de la diathèse syphilitique réputée défavorable à la consolidation des fractures. A l'âge de dix-huit ans, il a eu des accidents primitifs, puis plus tard des ulcérations pharyngiennes et des ulcères aux jambes; il y a deux ans, il vint me consulter pour des lésions du même genre aux bras et au pubis, ainsi que pour une affection que je reconnus être le *testicule syphilitique* (le côté droit était seul pris); le malade n'avait encore suivi que des traitements incomplets. Je le mis à l'usage prolongé des mercuriaux d'abord et de l'iodure de potassium ensuite; le mieux se fit promptement

sentir. Au bout d'un an, B... avait abandonné toute espèce de remède, lorsque, deux mois environ avant l'époque de ses fractures, il vit renaître les mêmes accidents, avec la différence que cette fois les deux testicules étaient pris.

Depuis la consolidation de ses clavicules, je l'ai mis à l'iodure de potassium à haute dose, et au bout de trois semaines j'ai eu la satisfaction de voir ses ulcères cicatrisés et ses glandes revenues à leur volume normal. Il continue en ce moment la médication iodée.

Quoi qu'il en soit, B... a toujours été très-fort et très-vigoureux; il s'est toujours livré aux travaux les plus pénibles sans que son état général en souffrit, et la redoutable diathèse à laquelle il était soumis n'a pas plus retardé la guérison de ses fractures qu'elle n'a dû en favoriser la cause.

KÉRATITE DOUBLE; GUÉRISON RAPIDE.

Par M. le docteur Hiard (de Mugron).

Mme J..., âgée de vingt-quatre ans, à la peau blanche et blafarde, les lèvres grosses, le nez épaté. Depuis environ un an, il y a photophobie, constriction extrême des paupières, avec une tuméfaction notable des glandes cervicales, lorsqu'elle se présente à notre observation.

Elle nous déclare que depuis son jeune âge elle est sujette à la rougeur des yeux et des paupières. Depuis quatre ou cinq mois avant son second accouchement, après des traitements infructueux, elle est à l'usage du collyre Dubois, des purgatifs, des ferrugineux, des vésicatoires et autres moyens que lui a conseillés M. le docteur Dubois pour une *ophthalmie scrofuleuse* accompagnée de nombreuses ulcérations, et, autant qu'il nous en souvient, de *petits épanchements purulents*.

Quatre mois après son accouchement, il n'y a qu'aggravation dans l'état de Mme J... Il y a une forte kératite double, photophobie extrême, gonflement œdémateux des paupières avec une constriction telle que l'examen de l'appareil de la vision est presque impossible. Les conjonctives sont rouges, boursouflées, d'épaisseur inégale; et la cornée transparente, parsemée à son pourtour de petites ulcérations, paraît de chaque côté comme enfoncée dans une masse rouge et charnue. Le pouls est plein, assez fort, d'une fréquence modérée. La malade accuse une céphalalgie constante et intense. La marche de la maladie semble devoir aboutir fatalement à la rupture ulcéreuse des cornées transparentes. L'accouchement et ses suites n'ont présenté rien d'insolite. La malade a son enfant en nourrice.

Voici comment nous procédons :

Le premier jour, une forte saignée du bras; le lendemain, une purgation avec trois pilules d'Anderson; le surlendemain, un vésicatoire à la jambe. Léger amendement qui ne se soutient pas.

Vers le huitième jour, toujours céphalalgie, photophobie intense, même état de l'œil, tuméfaction des paupières et beaucoup de larmoiement : sangsues aux pieds le lendemain de la cessation de la perte menstruelle, qui n'a pas cessé durant toute la maladie d'être régulière; deux jours après les sangsues, nouvelle purgation. Amélioration notable qui se soutient deux ou trois jours.

Vers le quinzième jour du traitement, recrudescence de tous les symptômes, céphalalgie cruelle; la malade est dans les pleurs et le désespoir. Nous ne pouvons nous expliquer ce changement, car la malade n'a pas abandonné le régime assez sévère que nous lui avons prescrit : potages, pruneaux, fruits de la saison.

Par jour, trois doses de calomel de 10 centigrammes chaque.

Vers le sixième jour de l'usage du calomel : stomatite, ptyalisme complet. — Trois pilules d'Anderson, cessation du calomel. La malade ne peut, pour toute nourriture, que boire du lait ou du bouillon. Au bout de huit ou dix jours le ptyalisme a cessé, il ne reste qu'un peu de stomatite. A cette époque, tous les symptômes ont disparu : plus de céphalalgie, de photophobie, de tuméfaction des paupières; la conjonctive a repris son état normal et les ulcérations ont disparu. Deux ou trois jours après l'une des conjonctives semble vouloir s'injecter de nouveau. L'usage pendant quelques jours de neuf pilules par jour de Gélis et Conté conjure la récidive, et depuis sept mois environ la guérison est aussi complète que soutenue. On n'a employé pour collyre que l'eau vineuse.

Cette observation est une preuve de plus que l'état local dans les maladies n'est la plupart du temps que le reflet de l'état général, et qu'il est oiseux de s'en tenir trop servilement aux moyens directs et locaux.

Cette observation encore témoigne de la puissance de la méthode altérante lorsque l'on a préalablement combattu l'*éréthisme général*. Le musc, si mal à propos vanté *comme spécifique* dans certaines pneumonies, ne produit ses bons effets que lorsque l'on a préalablement aussi satisfait à cette indication.

Nous pourrions ajouter à ces remarques que l'on est trop souvent arrêté dans les émissions sanguines par des apparences chloro-anémiques, et que dans ces conditions mêmes, comme c'était ici le cas, une saignée peut être nécessaire au bon résultat de l'emploi des altérants; car M. le docteur Dubois avait aussi employé, mais inutilement, le mercure, toutefois, nous devons le dire, en frictions.

PRÉSENTATIONS DE L'ÉPAULE

avec chute des membres supérieurs. — Dégagement primitif de la tête. — Succès.

Par M. le docteur L. Chevalier-Dufau, de Mauriac.

Voici deux observations obstétricales qui m'ont paru dignes de quelque intérêt. Il s'agit, dans les deux cas, de présentations du tronc avec issue de l'un et des deux membres supérieurs, présentations dont les difficultés ont été avantageusement surmontées, en ramenant la tête à l'orifice soit à l'aide de la main, soit avec l'instrument.

Voici l'exposé succinct de ces deux faits :

Obs. I. — Le 26 octobre dernier, je fus appelé dans la commune de Chalvignac pour donner mes soins à la femme L..., âgée de vingt-huit ans, et arrivée au terme d'une seconde grossesse.

A mon arrivée, je trouvai une sage-femme qui me renseigna sur ce qui s'était passé depuis le commencement du travail. J'appris d'elle que le travail durait depuis quinze heures, et que peu de temps après les premières douleurs une matrone avait cru devoir rompre la poche des eaux. La suite de cette manœuvre intempestive a été un écoulement abondant des eaux, qui avait réveillé les contractions les plus énergiques. Après de longues et terribles souffrances qui n'avançaient en rien l'accouchement, la sage-femme fut mandée et constata une présentation du tronc, bientôt suivie de la sortie d'un bras. Ce fut d'après cet examen qu'elle réclama mon intervention. Ajoutons encore que jusque-là il n'était survenu ni hémorrhagie ni accident d'aucune espèce, et que la femme L... avait été très-heureuse dans ses premières couches.

Introduit auprès de la patiente, je la trouvai en proie à une très-grande anxiété et se plaignant des douleurs les plus vives, qui, à partir du moment où la poche des eaux avait été rompue, s'étaient succédé sans interruption et ne lui avaient pas laissé un moment de repos.

Le palper abdominal nous fit percevoir l'état de contractilité très-énergique de l'utérus, dont le globe affectait une position oblique très-prononcée de droite à gauche; en même temps pendait hors de la vulve un des bras du fœtus, bras froid et très-œdématié, sur lequel il fut impossible de sentir les battements du pouls. Le toucher nous dévoila une présentation du plan latéral droit de l'enfant et de l'épaule correspondante, ainsi qu'une position céphalo-iliaque gauche. Le dos de l'enfant regardait en avant (dorso-antérieure, Nægelé); néanmoins, par suite de l'action expulsive, cette région tendait à devenir un peu horizontale, c'est-à-dire à regarder plutôt en bas. La tête reposait dans la fosse iliaque gauche du bassin, par la partie latérale et un peu postérieure de l'occiput; le col de la matrice était complétement effacé, son ouverture large et ses bords très-rigides.

En présence de cette situation exceptionnelle, nous nous empressâmes de recourir au procédé généralement employé en pareille occasion, c'est-à-dire à la version podalique. Mais nous ne tardâmes pas à nous apercevoir que la présence du bras à l'orifice, l'évacuation complète des eaux et la contraction vigoureuse de la matrice, dont le corps se moulait en quelque sorte sur celui de l'enfant, s'opposeraient au succès de nos tentatives pour aller à la recherche des pieds, car à peine mon bras commençait-il à s'engager dans l'utérus, la pression de ce dernier paralysait ses mouvements et sa sensibilité. Après avoir essayé quatre fois de saisir les pieds, soit en passant sur le plan antérieur du fœtus, soit en cherchant à longer la région dorsale, nous renonçâmes à ce procédé, convaincu que notre insistance était inutile et pouvait même devenir dangereuse pour la mère. Cependant le cas était grave et pressant, et quoique éloigné de tout secours, il nous fallait prendre une sérieuse décision; la mutilation de l'enfant, indiquée au reste par la certitude que nous avions de sa mort, fut la première qui se présenta à notre esprit. Mais avant d'en venir à ce moyen extrême, nous eûmes l'heureuse idée de voir s'il ne nous serait pas possible d'opérer la version céphalique, la tête se trouvant beaucoup plus près de l'orifice utérin, et par suite peut-être plus accessible à nos tentatives.

Pour faciliter cette nouvelle manœuvre, nous commençâmes par recommander à la sage-femme d'agir à travers les parois abdominales de la mère sur le corps de la matrice, afin de détruire la position fortement inclinée de celle-ci à droite; en même temps, nous fîmes coucher la femme légèrement sur le côté gauche, et, après m'être assuré de l'influence de cette double action, j'introduisis obliquement mon bras droit en tâchant de le porter vers la fosse iliaque gauche et de faire pénétrer la main au-dessous de la tête. Ce premier temps fut couronné d'un plein succès; ma main, non toutefois sans de grandes difficultés, parvint, en soulevant insensiblement la partie de la tête qui reposait sur le bassin, à glisser au-dessous d'elle et à l'embrasser par sa face palmaire, comme l'eût fait en quelque sorte une cuiller du forceps. Une première traction exercée me fit sentir que la tête tendait à se mobiliser et à se déplacer suivant la direction de mes efforts; au bout d'un moment d'un repos nécessaire, pendant lequel ma main resta en place et la sage-femme maintint l'utérus redressé, je réitéral la manœuvre, qui cette fois me convainquit que la tête s'approchait de l'ouverture du col; enfin, après un nouveau point d'arrêt et une troisième tentative, j'eus la satisfaction d'amener la tête de l'enfant, qui fut bientôt suivie, sous la seule influence des vives contractions de la matrice, des autres parties du corps; la délivrance s'opéra naturellement, et après elle aucun accident ne vint compromettre ce résultat inespéré.

Obs. II. — Dans la matinée du 15 mars dernier, je fus appelé dans un village de la même commune pour aider dans son accouchement la nommée R..., âgée de quarante-deux ans. Cette femme a eu quatorze enfants, dont un seul survit; elle est d'une faible constitution, et depuis longtemps atteinte d'une affection nerveuse à la suite de laquelle les divers accouchements qui se sont succédé ont toujours offert quelques anomalies de présentations et de positions, anomalies que la marche seule du travail naturel a toujours avantageusement corrigées.

Il y a quatre ans qu'elle n'a pas eu d'enfants, et durant cet intervalle il s'est déclaré une paralysie incomplète des membres inférieurs qui l'oblige à se servir de béquilles. La grossesse, pour le terme de laquelle mon intervention fut réclamée, datait seulement de huit mois. Le travail avait commencé deux jours avant mon arrivée, pendant lesquels les eaux s'étaient échappées à diverses reprises, et depuis douze heures avaient entièrement cessé de couler.

A l'examen, je constatai la chute des deux bras, dont l'un, le droit, pendait presque entièrement hors de la vulve, tandis que l'autre, situé en arrière du premier, se montrait jusqu'au niveau de la moitié de l'avant-bras. Ce dernier était froid et nullement œdématié; le droit, au contraire, présentait, avec un gonflement énorme, une teinte violacée. Ces différents caractères me firent juger qu'il devait y avoir eu un intervalle assez long entre la procidence du bras droit et celle du bras gauche, et que la présentation de l'épaule droite avait existé dès le début; au reste, les renseignements de la sage-femme vinrent confirmer cette manière de voir. Le toucher, que je ne pus pratiquer qu'à l'aide d'un seul doigt, vu l'impossibilité, à cause de l'occupation presque complète du conduit vulvaire par les membres supérieurs de l'enfant, me permit néanmoins de reconnaître l'élévation plus grande de l'épaule gauche, la situation de la tête dans la fosse iliaque gauche avec flexion du cou en arrière; enfin la position de la région thoracique de l'enfant, qui était presque tournée en bas et comme enclavée à l'ouverture du détroit inférieur du bassin. En présence de ces difficultés insurmontables pour introduire le bras et pratiquer la version podalique, je songeai à aller saisir avec le crochet mousse du forceps la partie postérieure du cou de l'enfant, afin de dégager ainsi la tête par des tractions obliquement dirigées en bas et à droite.

Diriger et fixer l'instrument de telle sorte qu'il ne comprît dans son application que la partie cervicale de l'enfant, que seule je voulais atteindre, était le côté le plus délicat de la manœuvre : toutefois, après m'être bien orienté sur l'endroit précis où se trouvait cette région, je fis pénétrer à l'aide de ma main gauche le crochet du forceps en le tournant à plat et en le guidant avec l'index de ma main droite; puis, arrivé à une profondeur qui me parut suffisante, je fis exécuter au manche du forceps un mouvement de demi-rotation qui donna au crochet sa véritable position. A ce moment, j'attirai la branche du forceps, et je compris par sa résistance que l'extrémité olivaire était fixée; quelques légères tractions, qui ne furent pas douloureuses pour la femme, me firent supposer que les parties de la mère n'étaient point intéressées. Augmentant alors graduellement les efforts de traction suivant la direction déterminée plus haut, je vis les bras de l'enfant se porter, en remontant un peu, vers la cuisse droite, pour faire place à la tête, qui vint au dehors accompagnée du crochet. L'instrument entourait à moitié la région postérieure du cou; nous n'aperçûmes aucune trace de compression violente sur cette partie; le volume de l'enfant était très-petit, et les circonstances qui suivirent son expulsion ne furent troublées par aucun accident.

Ces deux observations fourniront sans doute matière à de longs commentaires pratiques, mais en vue des limites dans lesquelles je crois devoir restreindre cette communication, la conséquence suivante me paraît suffisante pour établir leur valeur : La version podalique n'a rien d'absolu dans son application, et il est des cas où les difficultés insurmontables qu'elle présente doivent faire tenter, avant d'autres moyens extrêmes, le dégagement primitif de la tête, soit avec la main, soit à l'aide de l'instrument, en cherchant à faciliter cette manœuvre par le redressement de l'utérus, toujours plus ou moins incliné dans les présentations du tronc.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 juin 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales du département du Gers, sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1857;

2° Un rapport de M. le docteur Regnault, sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault (Allier);

3° Un rapport de M. le docteur Piglowski, sur le service médical des eaux minérales de Vernet (Pyrénées-Orientales) pendant l'année 1857 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Bataillé adresse un pli cacheté contenant une note sur divers points de chirurgie militaire. (Le dépôt est accepté.)

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Caron du Villars contenant quelques renseignements sur le sieur Vriès, dit le *Docteur noir*.

— M. Velpeau dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Michaud (de Louvain), sur l'amputation tibio-tarsienne.

— M. Trébuchet fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. le docteur Gigot (de Levrons), d'une brochure intitulée : *Recherches expérimentales sur la nature des émanations marécageuses, et sur les moyens d'empêcher leur formation et leur expansion dans l'air.*

RAPPORT.

Traitement de la goutte et du rhumatisme. — M. Bouillaud lit un rapport sur un mémoire ayant pour titre : *Traitement de la goutte et du rhumatisme*, par M. le docteur Le Calvé, médecin à Luzarches.

Le mémoire de M. Le Calvé est divisé en deux parties. La première est consacrée au parallèle de la goutte et du rhumatisme. Dans la seconde se trouve l'exposition du traitement, suivie des observations que M. Le Calvé considère comme propres à prouver l'efficacité du traitement nouveau qu'il emploie.

Parallèle du rhumatisme et de la goutte. — L'auteur compare d'abord ces deux maladies sous le rapport des causes prédisposantes et occasionnelles. On admet, dit-il, l'hérédité pour la goutte et on ne l'admet pas pour le rhumatisme. Il ne partage pas cette doctrine, et il affirme qu'il a soigné un grand nombre de malades chez lesquels le rhumatisme était héréditaire. Relativement à l'âge, il reconnaît avec un certain nombre d'auteurs, qu'on observe rarement la goutte avant l'âge de puberté, tandis que le rhumatisme se rencontre presque à tous les âges. Relativement aux prédispositions, tout ce que l'on a écrit à ce sujet pourrait, selon l'auteur, se résumer ainsi : Les personnes d'un tempérament lymphatico-sanguin sont plus sujettes à la goutte que les autres; mais il affirme que ceci n'est encore que *relativement vrai*, et que l'on voit tous les jours affectés de rhumatisme et de goutte des personnes de constitution opposée.

M. Le Calvé combat l'opinion de ceux qui ont affirmé d'*autorité* que les individus affectés d'hémorrhoïdes avaient une grande disposition à la goutte, et n'étaient jamais affectés de rhumatisme. Il a vu un grand nombre de goutteux chez lesquels il n'y avait jamais eu d'hémorrhoï-

des, et par contre beaucoup de rhumatiques affectés d'hémorrhoïdes.

Les hommes sont plus sujets que les femmes à la goutte, mais M. Le Calvé attribue cette particularité à ce que les premiers s'opposent plus que les secondes aux causes déterminantes.

Après avoir comparé la goutte et le rhumatisme sous le rapport étiologique, M. Le Calvé les met en parallèle sous le rapport séméiologique. Selon lui, une différence caractéristique, et la seule qui soit bien prononcée, c'est que la goutte donne lieu à des nodosités calcaires des articulations, ce que l'on ne remarque pas dans le rhumatisme. Il ne pense pas, avec Scudamore, que la goutte aiguë diffère de ce dernier parce qu'au début d'une de ses attaques il se manifeste une sensation douloureuse dans la région précordiale, suivie souvent de battements tumultueux du cœur. En effet, dit-il, dans le rhumatisme aigu, on observe les mêmes phénomènes portés souvent à un plus haut degré.

En résumé, M. Le Calvé conclut « que ces deux maladies sont non-seulement de la même famille, mais qu'elles ne sont que deux varié és de la même espèce, et qu'elles sont liées par un trait d'union admis par tous les auteurs, le rhumatisme goutteux ; que cependant il est vrai de dire qu'en général la goutte affecte plus profondément l'économie, est plus tenace, plus rebelle que le rhumatisme, et exige un traitement plus long. »

Le traitement proposé par M. Le Calvé consiste principalement en un sirop et un topique.

Voici son sirop :

Extrait alcoolique d'aconit. . . .	} ãã	50 centigr.
— de digitale. . . .		
— de menthe poivrée.		
Extrait aqueux de persicaire . . .		4 gramme.
Eau distillée. q. s. pour dissoudre.		
Sirop de gomme.		300 grammes.

En prendre une cuillerée à café le matin, une à midi et une le soir, dans un verre d'eau gommée.

Formule du topique :

Teinture de lierre terrestre. . . .	} ãã	100 grammes.
— de scille.		
— de menthe poivrée. . . .		
— de belladone.		60 grammes.

On enveloppe les parties affectées d'une compresse imbibée du topique.

Les seules conclusions générales de M. Le Calvé sont les suivantes :

La goutte et le rhumatisme sont deux maladies de même nature, qui se confondent souvent pour n'en former qu'une seule, et qui guérissent par le même traitement peu modifié ; elles sont de la même famille et ne sont que deux variétés de la même espèce.

Elles sont héréditaires ou acquises, et dans les deux cas deviennent rapidement constitutionnelles.

Pour en avoir raison, il faut faire marcher de front le traitement interne et attaquer l'élément goutteux ou rhumatismal, et le traitement externe qui n'a pour but que de calmer l'élément douleur, symptôme de ces maladies, et de faire disparaître le gonflement et l'œdème.

Le sirop peut et doit subir des modifications dans les doses, suivant les cas, et c'est à la sagacité du praticien à préciser ces modifications. Il en est ainsi du topique. Dans les cas les plus graves, on peut et on doit augmenter la teinture de lierre terrestre et de belladone, et en diminuer la dose lorsque la maladie a diminué d'intensité et que la douleur a disparu.

M. le rapporteur, après avoir exposé ce qui précède, examine les observations citées par l'auteur à l'appui de ces propositions ; il résulte de cet examen critique que ces observations laissent à désirer sous le rapport de la précision et de l'exactitude des détails, et que dans le fond du travail l'auteur ne s'est pas toujours conformé aux principes et aux bonnes conditions d'une œuvre scientifique de ce genre, qui sera d'abord de bien définir la maladie à laquelle s'applique le traitement proposé, de ne conclure que des faits bien observés, bien comptés, suffisamment nombreux, bien interprétés, bien catégorisés, etc., etc.

Il me reste maintenant, continue M. le rapporteur, après avoir passé en revue les divers traitements et critiqué en particulier les moyens proposés par l'auteur du mémoire, à vous entretenir de la médication en faveur de laquelle j'ai fait tout à l'heure une exception. Cette médication, essentiellement appropriée à la nature du rhumatisme aigu et de la fièvre rhumatismale, que nous nous félicitons de pouvoir placer sous le glorieux patronage de Sydenham et de Stoll, est la méthode antiphlogistique.

Ce qui précède suppose que le rhumatisme articulaire aigu, tel que l'ont décrit Sydenham et Stoll, et tel qu'il l'a été depuis avec de nouveaux développements, appartient à la classe des phlegmasies soit générales, soit locales. C'est, en effet, ce que ces deux auteurs ont admis, et ce qui de nos jours a été démontré d'une manière victorieuse. Ajoutons seulement, pour distinguer étiologiquement cette espèce phlegmasique de toutes les autres, qu'elle se développe sous l'influence de refroidissements plus ou moins brusques, alternant avec des échauffements plus ou moins considérables du corps, et que cette cause a dans un très-grand nombre de cas pour auxiliaire une prédisposition native, organique.

Le génie inflammatoire de la maladie étant ainsi établi, sous le double point de vue des affections locales et de l'état général ou diathésique, et la cause spéciale de l'élément phlegmasique étant également déterminée, les indications du traitement prophylactique et du traitement curatif se trouvant par conséquent rationnellement posées, il semblerait que tout soit fini, et que le dernier mot de cette grave question soit dit. Il n'en est rien cependant. Ce n'est pas, en effet, une arme facile à manier que celle des émissions sanguines. L'indication d'y recourir étant donnée et reconnue, il reste à les *formuler*, c'est-à-dire à déterminer la juste mesure selon laquelle elles doivent être employées en un espace de temps déterminé.

M. le rapporteur, ne voulant point entrer ici dans tous les détails que comporte le sujet, se borne à faire une application des principes qu'il a indiqués plus haut aux émissions sanguines, selon diverses pratiques employées jusqu'à ces derniers temps, et notamment à la pratique de Sydenham et de Stoll ; et il en induit que si les quatre saignées pratiquées par Sydenham dans un espace d'environ huit jours, et qu'il avoue lui-même avoir été souvent impuissantes, eussent été faites dans l'espace de deux ou trois jours, selon l'intensité variable de la maladie, elles eussent réussi dans un certain nombre de cas où elles échouèrent plus ou moins complétement.

En effet, dit M. Bouillaud, sur une expérience exacte et rigoureuse qui date déjà de plus d'un quart de siècle, espace de temps pendant lequel il ne s'est pas écoulé une année sans que, en moyenne, j'aie recueilli une centaine de cas de rhumatisme articulaire sous toutes ses formes et espèces, j'ose affirmer que, grâce à la formule des émissions sanguines employées à temps et appropriées à chaque cas particulier, on arrête, dans l'immense majorité des cas, le cours du rhumatisme articulaire aigu et de la fièvre rhumatismale, à ce point que la convalescence commence dans le courant du premier septénaire de ce traitement et que l'on prévient aussi le développement de ces fâcheuses lésions chroniques organiques, tant intérieures qu'extérieures, que chaque jour j'ai la triste occasion de rencontrer chez des personnes traitées par toutes les autres méthodes.

Il termine en proposant, pour conclusion, de déposer avec bienveillance le travail de M. Le Calvé dans les archives, et d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments.

Après un court échange d'explications entre M. Robinet et M. le rapporteur, au sujet des formules de l'auteur qui ne paraissent offrir rien de nouveau, les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURES.

Maladie parasitaire des oiseaux de basse-cour, transmissible à l'homme et au cheval. — M. RAYNAL fait sur ce sujet la lecture suivante :

L'affection des oiseaux sur laquelle nous venons aujourd'hui, de concert avec M. Lanquetin, appeler l'attention de l'Académie, n'a pas encore été décrite. Elle offre cette particularité curieuse qu'elle est transmissible à l'homme et aux animaux, et qu'elle est déterminée par un arachnide particulier du genre *Sarcopte*, désigné par M. Ch. Robin sous le nom de *sarcops mutans.*

Cette maladie s'observe plus communément sur la poule et le coq ; elle apparaît d'abord sur les pattes, sur la crête et au pourtour du bec de la volaille.

Aucun signe présurseur ne peut faire prévoir sa manifestation prochaine. Les poules conservent l'appétit et la gaieté; parfois cependant, à un examen attentif, on remarque que les bêtes malades secouent la tête, lèvent, étirent les pattes d'une manière convulsive.

Si on poursuit l'examen des gallinacés chez lesquels on observe ces symptômes, on voit vers la base de la crête des points blanchâtres et des traînées linéaires disposées en zigzag, recouvertes par des pellicules épidermiques très-minces, que le moindre frottement fait tomber. La peau recouverte par ces pellicules est légèrement chagrinée et d'une couleur brune qui contraste avec la couleur rouge du reste de la crête.

A cette période on ne trouve encore aucune lésion des tissus. La maladie demeure stationnaire pendant quinze jours, trois semaines et même un mois; au bout de ce temps, la base de la crête s'épaissit et se fonce en couleur; les traînées linéaires occupent une plus large surface, elles représentent alors de véritables sillons semblables à ceux de la gale, et dans le fond desquels on trouve le *sarcops mutans*. Sous l'épiderme, qui se détache en écailles furfuracées, il se développe de petites granulations, sorte de papules d'un rouge brun, qui durcissent la crête et la rendent moins souple et moins flottante.

A une période plus avancée, les plumes du sommet de la tête et du pourtour du bec subissent un changement bien remarquable ; elles se redressent, se hérissent, perdent leur brillant; elles blanchissent et s'atrophient comme s'il existait une perversion dans le travail de sécrétion de la peau et du bulbo.

Au point où la plume se détache de la peau, on trouve un amas de matière épidermique disposé en couche d'une épaisseur de quelques millimètres; tout autour on observe des traînées linéaires ou des sillons formés par le soulèvement de l'épiderme.

A mesure que la maladie fait des progrès, les plumes de la région de la tête et de la région supérieure du corps s'atrophient; leur extrémité libre s'infléchit, se tord, s'enroule sur elle-même et finit par disparaître au milieu des productions épidermiques accumulées à la base du tuyau.

La tête de la poule et la partie supérieure du cou ont à cette période un aspect tout particulier ; elles sont dépouillées de toutes les plumes qui les décorent à l'état physiologique ; la crête est brune, à surface raboteuse, retirée sur elle-même, large à sa base, et maculée par places de taches blanchâtres, farineuses. On observe aussi sur ces diverses régions des croûtes de quelques millimètres d'épaisseur, qui, détachées, laissent à nu une surface légèrement squameuse, qui rappelle le pityriasis.

La maladie parasitaire ne débute pas toujours par la tête, c'est souvent sur les pattes qu'on voit apparaître les premières traces de son existence.

Voici dans ce cas les phénomènes morbides que l'on observe.

Au début, les divisions digitées deviennent blanchâtres et poudreuses ; par le frottement, des furfures se détachent. Plus tard, il se fait un léger dépôt de la matière jaunâtre dont il a été fait mention plus haut. A cet état, la maladie peut rester stationnaire pendant un mois, six semaines à deux mois. La poule qui en est affectée ne paraît pas souffrir ; on n'observe que quelques trépignements, et par intervalle des coups de bec portés sur les pattes.

La maladie progresse lentement; ses progrès sont accusés par le soulèvement des écailles qui recouvrent les pattes et par le dépôt à leur surface d'une matière concrète de couleur grisâtre ou jaune sale et d'un aspect aréolaire.

Cette matière, dont je passe sous silence la composition chimique, est accumulée tantôt entre et sur les divisions digitées, tantôt elle se prolonge sur le tibia et constitue dans toute son étendue une croûte épaisse de 0m,01 et plus qui emboîte toute cette région. Par la pression de la main seule, ou armée d'un instrument tranchant, on enlève des fragments de cette matière qui ont le volume d'une noisette ou d'une noix. Ces croûtes présentent la plus grande analogie avec celles qui ont été signalées pour la première fois à Christiania, par M. le docteur Beck, dans une forme curieuse et heureusement très-rare de la gale de l'homme, et dont l'un de nous, M. Lanquetin, a reproduit une observation dans le travail qu'il vient de publier sur cette maladie.

C'est sous les écailles et au milieu de cette matière concrète qu'on trouve en grand nombre le *sarcops mutans*, cause première de la maladie.

Pour ne pas abuser de la bienveillance de l'Académie, nous ne donnerons pas ici la description du *sarcops mutans* ; nous ne parlerons pas non plus des remarques que nous avons pu faire sur le traitement, sur les maladies et les complications de l'affection parasitaire nouvelle dont nous venons de donner une description primaire.

Nous avons hâte de faire connaître le chapitre le plus intéressant de notre mémoire, celui qui a trait à l'étiologie et à la contagion.

Le *sarcops mutans* est la cause originelle de cette maladie cutanée de la volaille.

Une fois développée, elle se propage rapidement par contagion. Pour en acquérir expérimentalement la preuve, nous avons plusieurs fois enfermé dans une volière des volailles saines avec des volailles sur lesquelles nous avons constaté la présence du parasite.

Après un temps variable, les poules saines ont été atteintes de la maladie, et toujours nous avons constaté la présence du parasite. Pour opérer cette transmission, le contact de la poule malade avec la poule saine n'est pas même nécessaire ; il suffit souvent de loger cette dernière dans un local qui a été occupé par des poules infectées pour voir apparaître cette maladie.

Contagion au cheval. — On savait depuis longtemps en médecine vétérinaire que la cohabitation des animaux avec les oiseaux de basse-cour (poules ou pigeons), déterminait une maladie prurigineuse, qu'on désignait, pour rappeler son origine, sous le nom de phthyriase de la volaille.

Un des premiers, M. H. Bouley a donné une description complète de cette affection chez le cheval.

Les rapports de cause à effet étaient tellement évidents qu'il ne restait aucun doute dans l'esprit des vétérinaires, que cette maladie ne reconnût pour cause première un parasite particulier à la volaille. Mais ce parasite restait à connaître ; c'est en faisant l'examen microscopique de ces croûtes que MM. Ch. Robin et Lanquetin ont découvert le *sarcops mutans.*

Pour démontrer que telle était bien la cause de la maladie dite phthyriase du cheval, nous avons placé le parasite sur la peau de cet animal, et nous avons provoqué une maladie prurigineuse à l'excès, présentant tous les caractères de cette même affection contractée par la cohabitation avec les volailles.

Contagion à l'homme. — Le *sarcops mutans* de la poule est transmissible à l'homme ; notre croyance est basée sur ce fait, que nous avons constaté plusieurs fois sur des filles de basse-cour des démangeaisons aux mains et aux bras tellement vives, qu'elles étaient persuadées d'être atteintes de la gale.

Dans le but de démontrer cette transmission de la maladie parasitaire à l'homme par le transport du *sarcops mutans*, nous avons entrepris une série d'expériences ; nous les ferons connaître ultérieurement à l'Académie. Nous dirons seulement à l'Académie que le *sarcops mutans*, déposé sur un verre de montre, sur l'avant-bras, a provoqué le développement d'une éruption vésiculeuse qui rappelle celle de la gale. .

Des considérations qui précèdent, nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° Il existe chez les poules une maladie cutanée déterminée par un sarcopte particulier : le *sarcops mutans* ;

2° Cette maladie ressemble par ses symptômes et sa marche à la gale de l'homme et des animaux ;

3° Elle se transmet de la volaille à la volaille par la cohabitation, et par l'intermédiaire du *sarcops mutans* ;

4° Elle se transmet également au cheval et aux autres animaux domestiques.

— Il est 4 heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté vient de faire sa présentation des candidats aux chaires de physiologie et de pharmacie. Elle a porté :

Pour la chaire de physiologie : En 1re ligne, M. Longet; — en 2e ligne, M. Béclard.

Pour la chaire de pharmacie : en 1re ligne, M. Regnauld; — en 2e ligne, M. Leconte ; — en 3e ligne, M. Louis Orfila.

— M. le docteur Guisard, de Guéret, vient de succomber à une affection charbonneuse qui l'a emporté en quelques heures, à l'âge de 55 ans.

M. Guisard avait embrassé avec une certaine passion les idées qui ont triomphé en 1848, et il a joué un rôle dans les affaires publiques, d'abord comme administrateur du département de la Creuse, puis comme représentant aux Assemblées nationales ; mais complétement retiré de la vie publique depuis les événements de décembre 1851, il ne s'était plus occupé que de science et de pratique médicale.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 74. — SAMEDI 25 JUIN 1859. (32e ANNÉE.) N° 74. — SAMEDI 25 JUIN 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3.000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Des convulsions hystériques. — Fistule fronto-nasale suite de fracture des sinus frontaux; autoplastie par glissement; guérison. — De la simultanéité de la variole et de la vaccine, et de leur influence réciproque. — Tannin à haute dose contre l'anasarque albumineuse. — Société de chirurgie, séance du 15 juin. — Chronique et nouvelles. — Feuilleton. Revue bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des convulsions hystériques.

M. Briquet, poursuivant ses observations cliniques sur l'hystérie qui nous ont déjà valu plus d'une notion utile sur l'histoire et sur le traitement de cette affection, vient d'exposer dans un nouveau mémoire publié dans le dernier cahier des *Archives de médecine* le résultat de ses études sur les convulsions hystériques. Nous emprunterons à ce travail, basé sur l'analyse d'un grand nombre d'observations recueillies par M. Briquet lui-même dans son service à l'hôpital de la Charité, quelques-uns des résultats relatifs à l'étude des causes occasionnelles des convulsions et des phénomènes inhérents à l'attaque elle-même.

Sur 274 malades qui ont pu lui donner des renseignements suffisants sur les causes occasionnelles qui ont provoqué la première attaque d'hystérie, M. Briquet a constaté :

1° Que cette première attaque était arrivée sans l'intervention d'aucune cause occasionnelle appréciable, et par conséquent pouvait être regardée comme résultant de l'accroissement progressif de l'hystérie, chez 48 malades seulement;

2° Qu'au contraire elle avait eu lieu sous l'influence d'une cause occasionnelle chez 206 malades;

3° Que ces causes ont été d'après leur ordre de fréquence, les suivantes : une émotion morale (54 fois), une vive frayeur (47), des contrariétés (30), la période menstruelle douloureuse (23), des actes de violence subis, des sévices ou des mauvais traitements (16), la vue d'une attaque de convulsions (9), la saignée du bras (8), un accès de colère (4), la convalescence d'une fièvre typhoïde ou d'une maladie grave (4), la magnétisation (2); et enfin, sur la même ligne, le coït, l'application du spéculum, la cautérisation d'un chancre à la vulve, une avulsion de dent, une fracture, un frisson de fièvre intermittente, et un érysipèle de la face.

D'où l'on voit que les causes provocatrices de la première attaque d'hystérie (sauf la part à faire à de simples coïncidences qu'il n'a pas toujours été possible sans doute d'éliminer dans cette analyse) ont toujours été soit des émotions morales vives, soit des souffrances, soit un état de débilité qui avait rendu le système nerveux accessible aux plus légères impressions.

Etudiant ensuite les phénomènes de l'attaque hystérique elle-même, M. Briquet a cherché à voir si l'observation attentive des faits viendrait corroborer l'opinion de la très-grande majorité des auteurs qui ont prétendu qu'au début de ces attaques les malaises partaient de l'utérus.

Sur un ensemble de 221 malades chez lesquelles le début de l'attaque a été soigneusement noté, il s'en est trouvé 134 chez qui l'attaque avait débuté par des souffrances à la région épigastrique, et 31 chez qui le début s'était fait par des souffrances dans une autre partie du corps, mais qui s'étaient presque aussitôt étendues à l'épigastre. Par conséquent, chez 165 hystériques, les premières souffrances occasionnées par l'attaque ont été un sentiment de compression, de suffocation ou de fortes douleurs à l'épigastre; — 29 chez qui l'attaque avait débuté par de la céphalalgie, des vertiges et des bourdonnements d'oreilles, et 6 chez qui le début s'était fait avec une simple céphalalgie : en tout 35; — 7 chez qui le début s'était fait par une simple sensation de strangulation ou de constriction à la gorge; — 31 chez qui l'attaque avait débuté par les membres, à la manière d'une *aura*, qui, partie soit des extrémités, soit du milieu des membres, avait fini par gagner le bas du tronc et la région épigastrique; — 6 chez qui le début avait eu lieu par une sensation soit de douleur, soit de compression, soit de globe à la région ombilicale; 3 chez qui le point de départ avait été la région iliaque gauche, où il s'était développé une très-vive douleur; — 1 chez qui ce point paraît avoir été l'hypogastre; — enfin 2 chez qui ce point avait été l'utérus.

Il résulterait, comme on le voit, de ces faits que le point de départ des attaques de convulsions hystériques est, dans la grande majorité des cas, soit primitivement, soit consécutivement, la région épigastrique; que, contrairement aux assertions des auteurs, il est extrêmement rare que les accidents partent de régions auxquelles on puisse supposer des rapports avec l'utérus. Dans un certain nombre de cas (un septième environ), ce point a été une portion quelconque des membres; dans quelques autres (un huitième), le point de départ a été l'encéphale.

Les phénomènes que présente une attaque de convulsions hystériques ne sont pas, suivant M. Briquet, le résultat d'une combinaison fortuite, mais ils ont leur raison d'être physiologique dans la localisation du point de départ de l'attaque hystérique. Le fond d'une attaque hystérique, dit le médecin de la Charité, n'est rien autre chose que l'exagération des troubles qui se produisent chez les femmes au moment où elles éprouvent une émotion très-vive, c'est-à-dire une sorte de compression, de constriction et de malaise à la région épigastrique. Dans les cas exceptionnels où les premiers troubles partent de la tête, l'exception paraît tenir à la susceptibilité particulière de certaines femmes, qui, au lieu de malaise à la région épigastrique, ont, lors des affections morales vives, des vertiges, des étourdissements et de la céphalalgie. Quand l'attaque débute par des sensations pénibles soit dans les membres, soit dans la partie inférieure de l'abdomen, le plus souvent cela tient à ce qu'il y a eu quelque point douloureux ou quelque trouble permanent dans ces parties. M. Briquet dit avoir vu deux jeunes femmes qui avaient des hyperesthésies, l'une dans le flanc, l'autre dans la région iliaque droite; chez elles, l'attaque de convulsions commençait toujours par les muscles hyperesthésiés.

Le second des phénomènes fondamentaux de l'attaque est la strangulation à la gorge, suivie de grands cris et de perte de connaissance.

Le quatrième phénomène, qui apparaît aussitôt après la perte de connaissance, est l'état convulsif.

La terminaison de l'attaque s'annonce par le ralentissement et par la cessation des convulsions, puis par l'explosion des sanglots et des larmes.

En un mot, pour M. Briquet, une attaque ordinaire d'hystérie n'est que la mise en jeu, à un degré élevé, des actes par lesquels se manifestent les émotions et les sensations pénibles.

Voilà pour la forme ordinaire.

Mais les attaques de convulsions n'ont pas toujours cette forme type : elles présentent, au contraire, de nombreuses variétés. Au milieu de l'apparente incohérence, de la bizarrerie, des désordres que présentent souvent ces formes, M. Briquet trouve encore la raison de ces apparences, qui, toutes diverses qu'elles sont, ont néanmoins des limites qu'elles ne dépassent pas.

Il rattache toutes ces variations à cinq ordres de causes différentes. La première est la susceptibilité particulière qu'acquièrent certains appareils musculaires par le fait soit d'une irritabilité plus grande de ces ensembles de muscles, soit de l'habitude qu'ils ont contractée d'être mis en jeu de préférence aux autres, pour exprimer telle ou telle passion habituelle, ou pour exécuter certains mouvements qui, par leur fréquente répétition, sont devenus en quelque sorte automatiques. La deuxième cause est la constitution particulière soit physique, soit morale des sujets. La troisième, l'âge; la quatrième, la cause déterminante de l'hystérie, et enfin la cinquième consiste dans les impressions reçues hors le temps des attaques.

Nous exposerons dans un autre article les résultats de ces recherches, qui sont relatifs au diagnostic différentiel et au traitement des convulsions hystériques.

Fistule fronto-nasale suite de fracture des sinus frontaux. Autoplastie par glissement. Guérison.

Les exemples de fracture de la paroi antérieure des sinus frontaux avec plaie des téguments ne sont pas rares dans la science, leur cause la plus habituelle étant une chute ou un coup sur la région frontale. On trouve dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (Quesnay, *Mémoire sur les plaies du cerveau*) un cas dû à Maréchal, dans lequel le mucus nasal sortant par la plaie fut pris par un chirurgien pour de la matière cérébrale. Dans un autre cas rapporté par M. Chassaignac (*Gazette des Hôpitaux*, 1846), la plaie occupait le sourcil à 1 centimètre au-dessus du grand angle de l'œil. Un emphysème s'était développé autour de cette plaie et étendu jusque dans les deux paupières.

Les plaies de ces sinus restent quelquefois fistuleuses, surtout quand il y a eu perte de substance. Les uns, avec Ambroise Paré, ont accusé l'air, les mucosités, le recoquillement de la peau, d'empêcher la réunion de ces solutions de continuité. D'autres, persuadés, comme Boyer, que la cicatrisation ne peut avoir lieu que par l'oblitération du sinus après rapprochement de ses parois opposées, assignaient pour cause à la fistule l'éloignement des deux tables osseuses, surtout à la partie inférieure du sinus. Ni l'une ni l'autre de ces explications ne semble suffisante aux auteurs du *Compendium de chirurgie*, lesquels ajoutent que ces

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme; par M. Claude Bernard, membre de l'Institut, professeur au Collége de France, etc. Tome II (1).

Le second volume de M. Bernard sur les fluides, commence par une série de leçons sur l'urine envisagée au point de vue physiologique, précédées toutefois de l'examen des différences qui séparent les liquides sécrétés proprement dits des liquides excrétés.

On sait que la substance de toutes les parties du corps, aussi bien et surtout celle des humeurs que celle des solides, résulte de l'union moléculaire intime de principes immédiats rentrant dans trois classes distinctes :

1° Les uns, ceux de la première classe, pénètrent essentiellement dans l'économie, et en ressortent à peu près en totalité, du moins quand l'accroissement est achevé. Ils sont tous d'origine minérale, ou tout au moins d'origine extérieure à l'organisme dont ils vont faire partie momentanément.

2° Les autres, ceux de la deuxième classe, sortent essentiellement de l'organisme; quelques-uns s'y décomposent préalablement en acide carbonique ou autres principes; quelques autres peuvent y être introduits tout formés chez les animaux supérieurs (sucres, graisses); ils sont d'origine organique, c'est-à-dire se forment dans l'économie même d'où ils sortent, et fort peu d'entre eux peuvent être faits de toutes pièces par les procédés chimiques (urée, acide hippurique).

3° Les derniers n'entrent ni ne sortent; ils se font et se défont dans l'organisme; ils constituent essentiellement la masse de l'organisme quand on tient compte de l'eau facile à chasser, qui en est partie constituante; ce sont les *substances organiques* coagulables, et ne cristallisant pas comme ceux des deux autres classes.

En résumé, les uns entrent, les autres sortent, les derniers restent.

Dans les humeurs récrémentitielles, ou au moins dans leur sérum, ce sont les principes de la première et de la troisième classe qui l'emportent (lait, salive, etc.).

Dans les humeurs excrémentitielles, ce sont ceux de la deuxième et de la première classe qui dominent, et d'autant plus que l'humeur est plus exclusivement excrémentitielle, comme l'urine, dans laquelle il n'y a que des traces de substances coagulables, en fournit un exemple remarquable.

Dans les solides et aussi dans les humeurs constituantes, comme le sang ou la lymphe, ce sont les principes de la troisième classe ou substances organiques qui l'emportent.

On comprend maintenant, d'après ce qui précède, que dans l'examen de la composition immédiate de toute partie du corps, ce qu'il faut d'abord savoir, c'est la proportion des principes de chacune de ces classes, sauf ensuite à se rappeler, si l'on peut, ce qui n'est que secondaire, celle de chaque espèce en particulier. Or, une fois ces faits connus, on arrive facilement à se rendre compte de l'origine des principes qui entrent dans la composition de l'urine. Ainsi, par exemple, les chlorures sont en proportion notable dans l'urine, mais ne suivent point celle de ces principes dans le sang; il y a un *choix* dans leur élimination. Le chlorhydrate d'ammoniaque existe, comme on sait, dans toutes les sécrétions salivaires et muqueuses de l'intestin et dans l'urine. Le phosphate ammoniaco-magnésien existe normalement dans les urines neutres et alcalines, toujours dans les urines alcalines morbides. Le carbonate d'ammoniaque est toujours de formation morbide.

L'oxalate de chaux est un produit de désassimilation, de formation morbide, ou est introduit par certains aliments, tels que l'oseille, etc. Les urates, hippurates et pneumates sont des produits de désassimilation de divers tissus, ainsi que la cystine, l'urée, et l'origine précise n'en est pas bien connue, mais ils préexistent dans le sang par rapport à l'urine. La créatine et la créatinine sont des produits de désassimilation des muscles dont elles proviennent. Les corps gras viennent directement du sang; l'uro-acine se forme aux dépens de l'hématosine des globules; elle en diffère pourtant, bien qu'elle renferme un peu de fer. La mucosine provient des parois de l'uretère et de la muqueuse vésicale, etc...

Les modifications que subit le sang en traversant les reins ont conduit M. Bernard à des données des plus utiles pour le médecin, par

(1) Deux vol. in-8° avec fig. intercalées dans le texte. 1859. Paris, J. B. Baillière.

fistules sont beaucoup plus rares que ne le ferait croire la lecture des auteurs. (T. III, p. 94.)

Quoi qu'il en soit de la rareté relative de ces fistules, nous ne connaissions pas encore de fait où la guérison en ait été tentée par une opération. Les traités de pathologie conseillent la compression; mais ce moyen doit être le plus souvent insuffisant. Boyer se bornait alors à recouvrir l'ouverture d'un emplâtre agglutinatif. Les auteurs plus récents, Vidal (de Cassis), M. Nélaton, le *Compendium de chirurgie*, ajoutent, pour remédier à ce *desideratum*, que l'on pourrait tenter une opération autoplastique.

Mais nous ne sachons pas jusqu'ici que cette opération ait été faite. Aussi croyons-nous que nos lecteurs liront avec intérêt l'observation suivante, dont nous devons la communication à l'obligeance de M. Salva, qui l'a recueillie tout récemment dans la pratique civile de M. Demarquay.

Un cultivateur des environs de Saint-Quentin (Aisne) fit, il y a environ deux ans, une chute sur le front de la hauteur de 2 mètres. Il en résulta une fracture comminutive de la lamelle externe de l'os frontal au-dessus de la racine du nez. Les esquilles osseuses se nécrosèrent et furent éliminées; les téguments du front, en se cicatrisant, adhérèrent au pourtour de l'ouverture ainsi formée; bref, le malade guérit avec une cicatrice triangulaire très-apparente. Cette cicatrice, déprimée, percée d'un trou à son centre, défigurait d'une manière notable; elle avait en outre les inconvénients suivants :

1° L'ouverture médiane communiquant avec les fosses nasales par l'intermédiaire des sinus frontaux, il en résultait un trajet fistuleux par lequel le mucus nasal était projeté au dehors chaque fois que le malade se mouchait ou faisait un effort d'éternument.

2° L'air extérieur pénétrant brusquement dans les sinus sur la muqueuse qui les tapisse, le malade était devenu très-sujet au coryza, lequel produisait l'éternument dont nous avons signalé les effets.

3° Enfin la voix était un peu altérée; elle avait un timbre légèrement fêlé.

Désireux de se débarrasser de toutes ces incommodités, qui, sans compromettre l'existence, ne laissaient pas que d'être pénibles, cet homme consulta M. le docteur Serret (d'Arras), qui l'adressa à M. Demarquay.

Voici ce que M. Demarquay constata à son premier examen :

A deux centimètres environ au-dessus de la racine du nez, et presque sur la ligne médiane, on voit une cicatrice triangulaire ayant approximativement 3 centimètres de hauteur sur 2 de large. A son centre est un trou à peu près triangulaire, pouvant admettre l'extrémité du petit doigt. Ce trou, par un trajet oblique en bas et en arrière, donne accès dans les sinus frontaux. Un stylet introduit pénètre dans l'une et l'autre fosse nasale. Tout autour on voit une cicatrice déprimée, d'un rose pâle, adhérente au pourtour de l'ouverture osseuse. Ce trou ne donne passage à aucun suintement, mais quand on fait souffler le malade les narines fermées, on voit sortir par là le mucus nasal.

M. Demarquay se décide immédiatement à tenter de remédier à cette perte de substance au moyen de l'autoplastie par glissement. L'opération est pratiquée le jeudi 26 mai, à la Maison de santé de M. le docteur Ley.

Le tissu cicatriciel ayant été circonscrit par l'instrument tranchant et enlevé par dissection, l'opérateur pratique une incision en T renversé : la branche horizontale va d'un sourcil à l'autre, en passant juste au-dessus de la racine du nez : sur le milieu de cette incision tombe perpendiculairement l'incision verticale, laquelle suit à peu près la ligne médiane du front et se termine un peu avant la naissance des cheveux. Il obtient ainsi deux lambeaux angulaires; chacun d'eux est décollé par dissection dans une étendue suffisante pour permettre le rapprochement facile des bords de l'incision verticale. Les surfaces saignantes étant avivées, et un grand nombre d'artérioles soigneusement liées, M. Demarquay pratique la suture entortillée dans toute l'étendue des incisions; puis des compresses d'eau froide sont appliquées en permanence sur la région frontale.

Le lendemain 27 mai, l'état du malade était très-satisfaisant; la réaction inflammatoire avait été très-modérée. Les épingles ont été retirées le 1er juin, et remplacées par des bandelettes de diachylon. Le 6, le malade a quitté Paris; la réunion était complète, et la cicatrice solide et adhérente.

De la simultanéité de la variole et de la vaccine, et de leur influence réciproque.

A l'occasion des trois exemples de développement simultané de la variole et de la vaccine que nous avons publiés dans les numéros des 12 et 18 mai (voir la *Revue* de samedi dernier), M. le docteur Maximin Legrand, chef de clinique du service de M. le professeur Piorry, à la Charité, nous fait part d'un quatrième cas semblable qui vient de se passer à cet hôpital.

Voici la relation de notre confrère, que nous transcrivons textuellement :

« B... (Joséphine), âgée de 20 ans, primipare, est accouchée d'un enfant du sexe masculin, le 7 mars 1859, dans le service de M. Briquet, salle Sainte-Marthe, n° 27, à la Charité. Elle est nourrice.

« Le 25 mars, elle vint occuper le lit n° 14 de la salle Sainte-Anne. Elle se plaignait du sein droit, qui était dur et dont la peau était rouge à la partie externe. On lui prescrivit des cataplasmes et on lui recommanda de faire teter son enfant de ce côté-là aussi fréquemment que de l'autre. Quelques jours après le sein gauche offrit les mêmes accidents, qui se dissipèrent sous la seule influence des mêmes moyens. L'enfant, de taille et de vigueur moyennes, un peu pâle et blond comme la mère, ne semblait pas trop pâtir des incommodités survenues à celle-ci.

« Effrayée par le voisinage d'une malade couchée au n° 16 de la salle Sainte-Anne, atteinte d'une variole confluente, la mère me pria, le samedi, 9 avril, de vacciner son enfant. J'allai demander du vaccin à l'Académie de médecine et le lendemain, dimanche matin, je pratiquai à celui-ci trois piqûres à chaque bras, avec une lancette chargée de virus-vaccin conservé entre des plaques de verre et délayé avec un peu d'eau au moment de la vaccination. A ce moment, l'enfant paraissait en assez bon état, et il n'avait rien offert de particulier les jours précédents. La mère, dont les seins étaient revenus tout à fait à l'état physiologique, se portait très-bien; elle était utilisée au service des salles par les religieuses, et sur sa demande on l'avait éloignée de sa voisine varioleuse, dont la maladie s'aggravait; on l'avait placée à l'extrémité de la rangée des lits, au n° 23, où elle est encore.

« Le mercredi matin, quatrième jour de la vaccination, elle me montra son enfant à l'heure de la visite; on voyait disséminés sur toute la surface du corps, mais plus nombreux sur le visage et les jambes, de petits boutons, au nombre de trente environ, durs, rouges, et dont quelques-uns seulement étaient ombiliqués d'une manière manifeste. L'état général, d'ailleurs, n'était pas mauvais, il y avait peu d'agitation; l'enfant s'était réveillé une ou deux fois de plus qu'à l'ordinaire et avait eu quelques secousses de toux; la peau était plus chaude, le pouls plus fréquent; mais le ventre était souple, la langue normale, l'appétit peu diminué, et les cris n'avaient pas été assez continus pour alarmer la mère. J'examinai attentivement les deux bras au niveau des piqûres, et je ne vis rien.

» Le surlendemain vendredi, sixième jour de la vaccination, une des piqûres au bras gauche était rouge, et on sentait à son centre une élévation au-dessus du niveau des parties voisines. Les petits boutons avaient pris de plus en plus le caractère des pustules, et tous étaient ombiliqués. Les phénomènes de réaction étaient à peu près nuls, sauf l'appétit qui avait encore diminué.

» Le dimanche, huitième jour, la pustule vaccinale était très-développée. Les jours suivants, elle devint énorme; — j'en ai rarement vu d'aussi grosse, — tandis que les petites pustules de variole modifiée n'augmentèrent ni en nombre ni en volume, et l'on put voir sur le même sujet les deux éruptions marchant côte à côte, sans grand dommage pour la santé de l'enfant. C'est ce qu'ont bien constaté les élèves du service, ainsi que mes confrères MM. Adelon (neveu) et Michaud (d'Orville), venus à cette époque dans les salles. Aujourd'hui l'enfant porte sur le bras gauche une cicatrice gaufrée, bien apparente et de bon aspect; toute trace de l'éruption variolique a complétement disparu depuis longtemps.

» Comme dans l'observation de M. le docteur Passot, aucun phénomène secondaire n'est venu troubler la convalescence. »

M. Maximin-Legrand a eu l'obligeance de nous faire voir l'enfant. Nous avons constaté en effet l'existence sur le bras gauche d'une large et belle cicatrice vaccinale unique, et pas la moindre trace d'éruption variolique. L'enfant est d'ailleurs en ce moment en parfaite santé. Nous avons appris, en outre, que la malade du n° 16, qui avait très-probablement contaminé l'enfant, était morte des suites de sa variole confluente.

Voilà donc encore un fait qui, avec les trois observations précédemment rapportées, paraît témoigner en faveur d'une influence favorable exercée par la vaccine sur la variole, bien qu'elle ne soit intervenue, suivant toutes les apparences, qu'après la contamination variolique, et pendant la période d'incubation de cette dernière affection.

Nous disons que cette observation *paraît* témoigner et non pas qu'elle *témoigne* en faveur de l'influence de la vaccine. Cette forme dubitative, substituée aux conclusions beaucoup plus explicites de nos confrères, n'étonnera que ceux qui n'auraient pas suffisamment réfléchi à tout ce que l'appréciation de faits de ce genre renferme de difficultés (1). Nous rappelions dans notre précédent article sur ce sujet, que c'était là un point de fait et un point de doctrine très-vivement controversés de nos jours. Il y a en effet sur ce point de science deux opinions complétement contradictoires, soutenues par des hommes d'une égale autorité, et qui appuyent les uns et les autres leur manière de voir sur les faits.

Pour les uns, il y a influence réciproque de la vaccine et de la variole; et cette influence, qui de la variole à la vaccine ne saurait être pernicieuse, — en supposant même que la variole donnât plus d'activité à la vaccine, — de la vaccine à la variole serait toute favorable, celle-ci modifiant celle-là, et de confluente et grave qu'elle eût été la transformant en une variole discrète et bénigne. Pour les autres, au contraire, cette prétendue réaction réciproque est une chimère, les deux éruptions développées en même temps marchent en quelque sorte parallèlement et parcourent leurs périodes régulières sans s'influencer, sans se modifier l'une l'autre, du moins en ce qu'elles ont de fondamental dans leurs caractères actuels et dans leurs résultats ultérieurs.

Entre ces deux opinions qui ne comportent pas de conciliation possible, vient s'en placer une troisième qui ne diffère pas moins radicalement de l'une et de l'autre, et qui ne mérite pas moins qu'elles d'être prise en considération, à cause des conséquences pratiques qui en pourraient découler. Celle-ci consiste, loin de méconnaître une influence réciproque des deux affections simultanément développées, à admettre, dans quelques cas, une influence de la vaccine sur la variole, mais une influence pernicieuse et aggravante au lieu d'être salutaire, comme on le proclame dans la première opinion.

Il suffit, on le voit, de mettre en présence ces trois manières de voir sur la question qui nous occupe, pour faire présumer ou que ces trois hypothèses ont pu se réaliser dans des circonstances particulières et que les partisans respectifs de ces diverses opinions n'ont été frappés que des faits qui leur étaient favorables, ou que les mêmes faits sont susceptibles d'interprétations

(1) Au moment de mettre sous presse, nous recevons d'un jeune confrère de Toulouse une nouvelle observation qui justifie ces réserves.

---

rapport à la connaissance des actions chimiques qui se passent dans le rein et à la théorie de l'urination.

Les effets morbides de l'accumulation de l'urée dans le sang sont examinés aussi avec le plus grand soin et éclairés par de nombreuses expériences.

L'examen des variations de réaction de l'urine, de la sueur et de la bile, et dans des conditions variées, est fait avec le plus grand soin. Les propriétés et le rôle physiologique de ces deux dernières sécrétions méritent surtout d'être étudiés dans cet ouvrage. En rapprochant ce que renferme ce volume sur l'histoire de la bile de ce que M. Bernard a fait connaître sur la solidarité de son action avec celle du liquide pancréatique et du suc intestinal, on peut se faire une idée complète du rôle de cette humeur, sur laquelle, faute d'expériences bien conduites, les physiologistes n'ont pu donner, jusqu'à présent, que des opinions contradictoires.

La sécrétion lactée, celle de la salive et des mucus ont aussi été l'objet des recherches de M. Bernard. Enfin, l'étude des sérosités forme le sujet d'une des plus intéressantes leçons. L'ouvrage est terminé par une série de notes sur divers sujets de physiologie expérimentale qui ne rentrant pas directement dans le cadre des leçons de ce cours, devaient pourtant être publiées à leur suite pour les compléter. Toutes s'y rattachent par quelques points et leur servent d'éclaircissement.

On voit que le nombre des questions traitées dans ce nouvel ouvrage par M. Bernard égale au moins les précédentes en intérêt scientifique et en fait d'applications pratiques. J'ai déjà assez souvent parlé de la clarté et de la simplicité du mode d'exposition de l'auteur, pour me dispenser de répéter que nous les retrouvons ici telles que dans ses publications antérieures. De nombreuses et fort belles figures, toutes originales, accompagnent ces deux volumes, pour l'impression desquels les éditeurs n'ont rien négligé.

Ch. Robin.

Les armées françaises en Italie (1).

Tout le monde s'occupe tellement aujourd'hui de l'Italie, que nous allons sortir de nos habitudes, et faire un peu comme tout le monde. Nos lecteurs nous pardonneront-ils cette excursion dans le champ clos de la guerre, où celui qui tue le plus de monde est le plus honoré, où les modestes adeptes de la science qui guérit et qui sauve, accomplissant leur noble mission, passent ignorés devant l'histoire?

En effet, le médecin militaire n'est en quelque sorte que l'ombre au tableau, dans la relation des batailles où le fer et le plomb lui taillent une si rude, une si pénible besogne. L'expédition d'Egypte a popularisé le nom de Desgenettes, Napoléon a su mettre en relief le génie des Percy et des Larrey; mais n'est-ce pas à peu près tout l'honneur fait à la science médicale, lorsqu'elle compte à la suite de nos armées tant de braves représentants? Que voulez-vous? Quand on parle de guerre, il faut bien que l'homme qui rend la vie s'efface devant celui qui tue.

Telle est la réflexion que nous a involontairement suggérée la lecture du livre de M. N. Gallois : *Les armées françaises en Italie*, dont nous allons entretenir un instant nos lecteurs. Ce livre est la relation complète et concise à la fois, dans un style clair et simple, de toutes les guerres que nous avons soutenues dans la Péninsule, à partir du règne de Charles VIII; quelques-uns penseront peut-être que M. Gallois est remonté bien haut. Mais en voyant l'importance de ces luttes du passé, que les grandes campagnes de la République et de l'Empire ont si bien fait oublier, nous serions presque tenté de lui adresser le reproche contraire. Au reste, le caractère d'actualité rétrospective de ce livre en rend la lecture vraiment instructive et intéressante à la fois. En suivant avec les journaux du jour les mouvements de notre armée d'aujourd'hui, l'on trouve à chaque pas les traces des armées françaises qui l'ont précédée sur le sol italien : les drâmes militaires accomplis il y a quelques siècles ou depuis la révolution, nous font en quelque sorte deviner où et comment s'accompliront les drames militaires futurs.

Ainsi, dans le livre de M. Gallois, on peut voir que la bataille de Naville, gagnée le 23 juin 1636 par le maréchal de Créqui et le duc de Savoie, Victor-Amédée, fut la victoire de Magenta du règne de Louis XIII. Combien d'autres rapprochements intéressants, que nous ne ferons pas, ressortiraient de la lecture de ce livre!

Cet ouvrage est divisé en deux parties. La première embrasse la guerre de la monarchie depuis l'expédition de 1494, sous Charles VIII;

(1) Un volume in-18. Prix : 3 fr. 50; à la Librairie nouvelle, boulevard des Italiens, 15.

très diverses. De quelque manière qu'on l'envisage, on se trouve évidemment en face d'une question délicate et difficile. S'il ne s'agissait que d'une question purement théorique et doctrinale, elle ne manquerait pas d'intérêt assurément, mais elle pourrait être négligée ici sans grand préjudice pour le but que nous poursuivons; mais il s'agit, au contraire, d'une question essentiellement pratique; car de sa solution dépend la règle de conduite que doit suivre le praticien dans le cas prévu qui nous occupe. Faudra-t-il ou non vacciner un enfant qui est dans la période d'incubation ou d'invasion de la variole? Telle est la question qui est, en définitive, au bout de ce débat. Il importe donc d'examiner sur quels fondements reposent les trois théories en présence, et de quel côté est sinon la vérité tout entière, du moins la moindre chance d'erreur. C'est ce que nous essayerons de faire.

TANNIN A HAUTE DOSE CONTRE L'ANASARQUE ALBUMINEUSE.

Dans un mémoire intéressant, M. le docteur Garnier appelle l'attention des praticiens sur l'emploi du tannin à haute dose dans l'anasarque albumineuse. Dans trois cas qu'il rapporte et qu'il rapproche d'observations analogues colligées dans les divers recueils, M. Garnier a employé avec succès la formule suivante :

Tannin. . . . . 2 grammes.
Eau distillée. . . . . . . } ãã 30 —
Sirop de quinquina. . . . . }

Trois cuillerées à bouche par jour.

M. Garnier résume son travail dans les conclusions suivantes :

Le tannin, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, guérit l'anasarque ou l'œdème développé passivement et coïncidant avec des urines albumineuses.

Son action curative se manifeste par des urines abondantes, reprenant peu à peu leurs caractères physiologiques, de la transpiration, des évacuations alvines faciles, de l'appétit, etc.

Ces signes apparaissent dès le second jour de l'administration du tannin. (*Archives de médecine.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 juin 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

Après la lecture et l'adoption du procès verbal, M. le secrétaire général communique la correspondance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend, outre les journaux de la semaine :

1° *Ablation d'une tumeur fibro-plastique de l'omoplate*, par M. Didot (de Liége), membre correspondant de la Société. Gand, 1859; in-8°.

2° *Rapport sur la rage* fait au conseil d'hygiène et de salubrité d'Aix; par M. Bourguet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix. — Aix, 1859, in-8°.

— M. Forget étant en congé, fait remettre à la Société, par l'intermédiaire de M. Michon, un exemplaire de son mémoire intitulé : *Des anomalies dentaires, et de leur influence sur la production des maladies des os maxillaires.* Paris, 1859; in-4°.

— M. le docteur Julliard (de Genève) adresse une observation manuscrite intitulée : *Ectropion de la paupière supérieure opéré avec succès.* (Commissaires : MM. Morel, Chassaignac, Verneuil.

— M. Dieulafoy (de Toulouse), candidat au titre de membre correspondant national, adresse à la Société, à l'appui de sa candidature, par l'intermédiaire de M. Debout, trois observations manuscrites intitulées: 1° *Hernie étranglée, opération, ponction de l'intestin*; 2° *Luxation du coude en arrière avec issue de l'humérus*; 3° *Rétention d'urine, ponction de la vessie*, etc. (Commissaires : MM. Huguier, Richard et Richet.

— M. Serres (d'Alais), candidat au titre de membre correspondant national, adresse à la Société, à l'appui de sa candidature, par l'intermédiaire de M. Debout, un mémoire intitulé : *Traitement de l'anévrysme artérioso-celluleux du pli du coude.* (Commissaires : MM. Broca, Follin et Debout.

— M. LE PRÉSIDENT, après avoir consulté le bureau et la Société, désigne une commission, composée de MM. Gosselin, Huguier et Houel, pour faire un rapport sur les travaux de M. Thore (de Sceaux), candidat au titre de membre correspondant national.

Discussion du rapport de M. Broca sur les tumeurs myéloïdes.

M. VERNEUIL communique deux observations pour confirmer quelques-unes des assertions émises par M. Broca. Il a eu plusieurs fois l'occasion d'examiner des tumeurs des gencives, qui présentaient exactement les caractères anatomiques indiqués par M. Robin et rappelés par M. Broca dans son rapport. Les plaques à noyaux multiples se reconnaissent avec la plus grande facilité; elles sont souvent accompagnées de myélocytes libres et d'éléments fusiformes en proportion variable. Mais la structure de ces tumeurs est toujours très-facile à reconnaître.

Deux fois M. Verneuil a pu joindre l'observation clinique à l'examen anatomique.

Dans un premier cas, il s'agissait d'un jeune homme, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, qui depuis très-longtemps déjà avait remarqué l'existence d'un petit tubercule rougeâtre implanté sur le bord alvéolaire de la portion droite du maxillaire inférieur, occupant la place de la deuxième petite molaire perdue depuis longtemps. Cette tumeur, d'un rouge vif, ferme au toucher, indolente et solidement adhérente à l'os, présentait le volume d'une aveline; elle couvrait toute la portion correspondante du bord alvéolaire, et le débordait même un peu du côté de la langue et du côté de la joue.

Quoique l'implantation n'en parût pas profonde et que le corps de la mâchoire à ce niveau parût tout à fait sain, j'aurais conseillé pour extirper sûrement tout le mal la résection d'un fragment triangulaire du bord alvéolaire.

On se contenta d'abraser la partie saillante, opération qui ne fut ni longue ni douloureuse, mais qui était nécessairement insuffisante. Quelque temps après, j'opérai à mon tour; mais, comme ce qui restait de la tumeur était très-minime, j'essayai de le détruire avec le cautère galvanique, qui me permettait d'agir avec lenteur et précision dans la cavité buccale. Je plongeai le cône rougi dans le fond de l'alvéole et crus avoir tout détruit. Cependant, je vis bientôt renaître un petit bourgeon accolé à la gencive qui entourait le collet de la grosse molaire. Le mal récidivera donc par suite de ces opérations incomplètes, et il faudra, si on veut en finir, opérer plus largement.

Cette cure chirurgicale a été mal conduite, comme cela arrive très-communément en pareil cas. On ménage beaucoup trop les parties malades, et on a des récidives qu'on aurait pu éviter du premier coup.

Dans cette observation, la maladie ne fut jamais douloureuse. Les ganglions du cou ne présentèrent jamais d'engorgement; quant à la structure, elle était tout à fait simple et caractéristique.

Le siége de la tumeur et l'intégrité du corps de l'os montrent que dans ces cas le point de départ réside essentiellement dans la portion alvéolaire. On ne peut encore savoir si la maladie débute plus particulièrement par la gencive, par l'os ou par le périoste alvéolo-dentaire.

Le cas suivant est remarquable par le volume de la tumeur et par la lenteur avec laquelle elle se développa :

M... (Magloire), trente ans, d'une belle constitution, peintre en bâtiments, entre à l'hôpital Beaujon, le 19 février 1859, pour une tumeur volumineuse occupant la partie latérale gauche de l'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur. Cette tumeur soulève la joue sans y adhérer; elle est d'un rouge vif, rappelant l'aspect de la langue dépouillée de son épithélium. Sa surface est lisse, luisante, mamelonnée, très-ferme au toucher, tout à fait indolente, et saignant alors seulement qu'on la frotte un peu rudement. Elle ne gêne absolument que par son volume, qui est considérable; elle paraît s'insérer sur le bord alvéolaire, au niveau de la deuxième petite molaire, qui manque depuis très-longtemps, car le malade ne se souvient pas de l'avoir perdue. A partir de ce point, caché d'ailleurs en partie par la portion renflée, la tumeur va en augmentant, de façon à revêtir la forme d'une poire aplatie, qui s'avance en bas et en avant jusqu'au niveau de la commissure labiale, et devient accessible à la vue quand le malade rit ou entr'ouvre la bouche.

Lorsque les dents des deux mâchoires sont rapprochées, la tumeur se loge entre la joue et la face externe de l'arcade alvéolaire inférieure; son bord inférieur repose sur le sillon gengivo-génal inférieur, de façon que les mouvements de mastication ne sont pas gênés; depuis longtemps, du reste, les aliments sont entièrement broyés du côté droit.

La maladie a commencé, il y a sept ans, dans le point que j'ai indiqué et sous la forme d'une petite saillie rouge; depuis, elle a crû constamment; jamais aucun traitement n'a été fait.

Toutes les autres parties des arcades alvéolaires sont saines, sauf un léger degré de boursouflement et de rougeur dû à l'extrême négligence de tous soins de propreté de la bouche; aussi les dents sont-elles déchaussées, noirâtres et couvertes de dépôts de tartre à leur collet. Du reste, la santé est excellente; les ganglions du cou ne présentent aucune trace d'engorgement, et, sans la gêne causée par la tumeur, le malade ne songerait nullement à se faire opérer, car il ne se persuade pas de la gravité de son mal. Le diagnostic me parut très-clair, et je résolus de faire autant que possible une extirpation radicale.

J'ai dit que la portion terminale et renflée de la tumeur cachait presque complétement l'insertion et dissimulait son étendue, grâce à l'espèce de pédicule qui existait. La masse morbide était un peu mobile. L'opération fut faite en deux temps; le 22 février je passai la chaîne d'un écraseur autour de la partie rétrécie; en quelques minutes, presque sans douleur et sans hémorrhagie, je détachai la presque totalité de la tumeur et remis au surlendemain le reste de l'extirpation. Cette manœuvre me permit d'arrêter d'avance le plan de ce second acte opératoire.

L'implantation principale avait bien lieu au niveau de la deuxième petite molaire, mais la gencive qui entourait les deux premières grosses molaires était rouge, dure, hypertrophiée, et paraissait formée par un tissu analogue à celui de la tumeur. Les deux grosses molaires d'ailleurs étaient un peu mobiles. Je dus donc me résoudre à réséquer tout le bord alvéolaire, depuis la première petite molaire restée saine jusqu'à la dent de sagesse. Immédiatement au-dessus de la saillie formée par l'implantation des racines des dents, l'os maxillaire et la muqueuse qui le recouvre étaient parfaitement sains.

L'opération ne présenta pas de difficultés. Les deux molaires arrachées, je fis avec une pince coudée à angle droit sur le plat une section en avant des limites du mal, près la petite molaire; puis une autre en arrière, parallèle, près de la dent de sagesse. Ensuite, avec une autre pince incisive courbe et tranchante par l'extrémité de ses mors, je réséquai horizontalement toute la portion comprise entre les deux sections verticales. L'opération, faite sans l'aide du chloroforme, fut assez douloureuse. Le sang coula avec abondance. Je fis sur toute la surface vive une cautérisation énergique avec le nitrate d'argent. Des bourdonnets de charpie trempés dans l'eau fraîche et souvent renouvelés, des gargarismes froids, une compresse mouillée sur la joue, constituèrent le pansement. Les douleurs se calmèrent vite, et le soir l'opéré ne souffrait plus.

L'examen des parties réséquées me fit espérer que l'ablation du mal avait été complète. Une coupe pratiquée dans la tumeur montra un tissu homogène, rougeâtre, consistant, présentant au centre des portions plus fermes, plus pâles, dans lesquelles l'œil ne soupçonnait là présence du cartilage : ce qui fut vérifié par l'examen microscopique. Le reste de la masse était formé presque exclusivement par des plaques et noyaux multi, les de dimensions très-différentes, mais très-nettement caractérisées. Quelques faisceaux fibreux, des myélocites, des éléments fibro-plastiques complétaient cette structure. La trame renfermait peu de vaisseaux.

Trois jours après son opération, le malade demanda itérativement sa sortie; la plaie était en voie de cicatrisation. Quelques petites esquilles auront dû se détacher par suite de la première cautérisation. Le crayon de nitrate d'argent fut encore promené sur la région opérée, et la sortie fut permise, car rien ne paraissait la contre-indiquer.

L'opéré devait revenir nous voir à la consultation, mais on ne l'a pas revu.

Ces deux observations sont incomplètes, au moins quant à l'issue définitive, mais elles concordent parfaitement sous le rapport :

1° De la structure;

2° De l'aspect extérieur caractéristique;

3° Du début et de la marche lente, bien différents de ce qui s'observe dans l'ostéosarcome;

4° De l'origine qui paraît se faire dans la région alvéolaire en connexion avec le bord libre des gencives et des cavités dentaires;

5° Enfin, de l'indolence absolue du mal et de sa nature sous-locale.

Rapprochées des faits de M. Broca et de ceux qui seront prochainement publiés, ces observations permettront de tracer bientôt une histoire satisfaisante de cette variété intéressante de tumeurs pseudo-cancéreuses.

M. CHASSAIGNAC. J'ai deux fois pratiqué l'amputation de la cuisse dans des cas de tumeur myéloïde.

nous avons eu la curiosité d'en faire l'énumération, et nous avons trouvé que, de cette époque à 1792, où commence la seconde période des *Armées françaises en Italie*, nous avons été pendant cent trois ans, à des époques diverses, en état de guerre au delà des Alpes. Ce qui est encore plus triste à constater, c'est que, après ces luttes séculaires, ni l'Italie ni la France ne se trouvaient plus avancées qu'à leur point de départ.

Et, pourtant, combien de flots de sang répandus, quelle large et rapide moisson faite par la mort dans tant de batailles et de combats! Et, pourtant, ce n'est ni le fer ni le feu qui ont tué le plus d'hommes en Italie : les fatigues, les privations, les maladies, ont été plus mortelles à nos armées que les armes de l'ennemi. Le livre de M. Gallois nous le fait voir dès ses premières pages. Nous voyons, en effet, en 1496, l'un des lieutenants de Charles VIII, le comte de Montpensier, à la tête de 19 à 20,000 hommes; quand cette armée, déjà affaiblie par la désertion et la famine, capitule le 20 juillet, les vainqueurs en internent les débris entre Baïa et Pouzzoles; les exhalaisons marécageuses du sol engendrent une si terrible épidémie, que 350 hommes seulement se trouvèrent en état d'être embarqués, lorsqu'on leur permit de rentrer en France.

En 1503, nous voyons les guerriers de Louis XII, campés sur les bords du Garigliano, dans le royaume de Naples, décimés par la fièvre engendrée par les marais; quand ceux qui ont échappé au désastre de la bataille du Garigliano rentrent isolément en France en traversant l'Italie, la maladie semble courir après eux pour ressaisir sa proie prête à lui échapper, et la mort achève son œuvre à chaque pas que ces malheureux font vers la patrie.

En 1528, quand Lautrec vient assiéger Naples avec 30,000 combattants, la peste éclate, et bientôt il ne reste plus au maréchal français, près de succomber lui-même à la contagion, que 5,000 hommes valides. Si le proverbe que l'Italie était le tombeau des Français était vrai, c'est bien plus aux maladies qu'à des échecs militaires que l'on devrait en attribuer l'origine.

Nous n'avons pas la prétention de donner une analyse, un compte rendu suivi de ce livre. Du commencement du seizième siècle nous sauterons donc, d'un seul bond, à la fin du dix-huitième, pour chercher dans les *Armées françaises en Italie* les intéressants détails qui s'y trouvent sur le siége de Mantoue. La situation de cette place au milieu de lacs et de canaux fangeux, l'air pestilentiel qui y règne, en font un mauvais refuge pour une armée. Quand Wurmser, après la bataille de Bassano, se réfugia, le 13 septembre 1796, dans Mantoue, la garnison de cette place, déjà assiégée, s'élevait à 30,000 combattants, dont 6,000 cavaliers; lorsque Wurmser capitula, le 2 février, il n'en avait plus que 12,000 en état de porter les armes; 9,000 étaient dans les hôpitaux, dans les églises, dans les monuments publics, convertis en hôpitaux. Dans les trois blocus, depuis le mois de juin 1796 jusqu'en janvier 1797, 27,500 soldats avaient été tués dans les sorties ou étaient morts dans les hôpitaux : là encore, comme toujours, la maladie avait plus fait que la guerre.

En ne nous occupant, en quelque sorte, du livre de M. Gallois qu'à notre point de vue, nous constatons combien sont utiles et complets les renseignements que l'on y trouve. L'auteur, par d'heureuses citations dont il ne dissimule pas l'origine, s'est inspiré des meilleurs ouvrages dans lesquels il pouvait trouver des documents sur la guerre d'Italie. Aussi son livre sera-t-il recherché par tous ceux qui désirent connaître d'une façon complète le théâtre de la guerre actuelle dans tous ses détails historiques; mais outre ce succès de circonstance, qui n'a parfois que l'éclat d'un feu de paille, cet ouvrage restera, parce qu'on y trouve une foule de renseignements utiles dans tous les temps et pour une foule de circonstances. P. Dubourg.

Dans le premier fait, la tumeur siégeait à la partie inférieure du fémur. Il s'agissait d'un jeune homme.

Dans le second fait, également relatif à un jeune sujet, la tumeur avait son siége dans la tête du tibia. J'ai préféré l'amputation de la cuisse à la désarticulation du genou. Ces deux malades ont bien guéri. J'ai l'honneur de vous présenter le jeune homme; il est dans un parfait état. Sa convalescence est parfaite à l'Asile impérial de Vincennes; son opération date déjà de neuf mois.

La jeune femme a été opérée il y a trois mois; j'espère pouvoir suivre assez longtemps ces deux opérés pour renseigner la Société sur les suites de l'amputation.

La Société vote ensuite les conclusions suivantes :

1° Inscrire M. Silbert sur la liste des candidats au titre de membre correspondant;

2° Renvoyer au comité de publication le travail de M. Silbert et le rapport de M. Broca.

ÉLECTION.

La Société procède à la nomination au scrutin secret de huit membres correspondants nationaux.

Les candidats nommés et classés suivant le nombre de voix, sont :

MM. Serres, d'Alais; Benoît, de Montpellier; Chaumet, de Bordeaux; Denucé, de Bordeaux; Michel, de Strasbourg; Scrive; Stœber, de Strasbourg; Valette, de Lyon.

Les candidats qui après cette liste ont obtenu le plus grand nombre de voix, sont :

MM. Reybard, de Lyon; Pénard, de Rochefort; Raimbort, de Châteaudun; et Silbert, d'Aix.

RAPPORTS.

Rapport sur les travaux de M. Chapplain, intitulés : *Observation d'anus contre nature*, et *Mémoire sur la luxation sciatique*, par MM. Maisonneuve, Larrey et Gosselin, rapporteur.

Messieurs, M. le docteur Chapplain, professeur suppléant à l'École préparatoire et chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu de Marseille, vous a adressé, pour obtenir le titre de membre correspondant, deux travaux, l'un en 1857, et l'autre en 1858.

Le premier est une observation d'anus contre nature, traité et guéri par l'entérotomie et la suture. Nous pouvons passer sous silence tout ce qui est relatif à la hernie crurale, qui a précédé l'anus contre nature, parce que les détails n'offrent rien d'insolite. Pour cette dernière maladie, M. Chapplain a commencé par couper l'éperon avec l'entérotome de Dupuytren, qui dans ce cas, comme dans tant d'autres, a réussi, sans donner lieu à aucun accident. Sur ce point, il n'y a encore rien d'exceptionnel dans l'observation. Mais après la chute de l'entérotome, l'ouverture anormale ne s'est pas resserrée et a continué à laisser passer les matières intestinales. La malade s'est donc trouvée dans les conditions où sont restés un bon nombre de sujets opérés par Dupuytren et ses successeurs, c'est-à-dire qu'elle a retrouvé la possibilité d'aller à la garde-robe, mais n'a pas cessé de perdre des matières intestinales par la voie anormale. M. Chapplain a voulu, à l'exemple d'un certain nombre de contemporains, utiliser les ressources actuelles de la chirurgie pour conduire sa malade à une entière guérison, et c'est sous ce rapport que son travail se recommande spécialement.

Voici donc en quoi a consisté l'opération complémentaire faite par l'auteur. Dans un premier temps, il a incisé avec un bistouri circulairement la muqueuse, dans le point où elle s'unissait à la peau. Dans un second temps, il a détruit les adhérences qui unissaient l'intestin aux téguments dans toute la circonférence de l'ouverture accidentelle et dans une étendue suffisante pour pouvoir appliquer des points de suture. L'auteur suppose qu'il a, dans ce second temps, mis à nu la surface séreuse de l'intestin. Dans un troisième temps, il pense avoir adossé cette surface à elle-même comme dans la méthode de M. Jobert (de Lamballe), et a placé, pour maintenir cet adossement, plusieurs points de suture. Le plus heureux succès a couronné l'opération. Après la chute des fils, la peau s'est cicatrisée par-dessus l'intestin cicatrisé lui-même préalablement, et il n'y eut plus, pour compléter la cure, qu'à cautériser une petite fistule qui restait à côté de l'ouverture principale déjà fermée.

Nous voudrions, Messieurs, pour vous faire apprécier plus dignement le travail de M. Chapplain, comparer son opération à celles du même genre qui ont été faites dans ces derniers temps, et dont il a été plusieurs fois question au sein de la Société. Mais ce désir ne peut être réalisé complétement pour deux raisons : d'abord, parce que M. Chapplain, n'ayant pas eu et n'ayant pu, en effet, avoir connaissance des travaux dus aux chirurgiens qui ont marché dans cette voie de la guérison définitive des anus contre nature, n'a pas été en mesure de nous dire lui-même quelles différences ou quelles analogies existaient entre leurs opérations et la sienne; ensuite et surtout parce que sa description n'est pas assez précise pour que nous puissions savoir exactement comment il a procédé. Il commence par déclarer que son intention a été de ne pas détruire toutes les adhérences de l'intestin, et de ne pas lui rendre sa liberté. Cependant il ajoute qu'il a mis la séreuse à nu et l'a adossée à elle-même. Comment concilier ces deux propositions? De deux choses l'une : ou le chirurgien a coupé les adhérences dans toute leur épaisseur pour arriver sur la séreuse. On comprend alors qu'il ait pu faire l'adossement dont il parle, mais il est évident qu'il a dû rendre en même temps à l'intestin sa liberté, ouvrir la cavité péritonéale et exposer le malade à un épanchement stercoral dans le péritoine. Ou bien, il n'a pas dépassé toutes les adhérences, et n'a pas ouvert la cavité péritonéale; mais alors ce ne sont pas les surfaces séreuses qui ont été adossées, comme l'auteur pense l'avoir fait, ce sont d'autres surfaces sanglantes. S'il nous fallait émettre une opinion, nous exprimerions celle-ci, savoir : que M. Chapplain a séparé, à l'exemple de MM. Malgaigne et Denonvilliers, la tunique musculeuse épaissie de la séreuse, épaissie elle-même et adhérente, sans entamer cette dernière; qu'ensuite il a renversé vers l'intestin cette tunique musculeuse décollée, et l'a mise en contact avec elle-même par sa surface externe rendue saignante. Ce serait alors un exemple de succès par l'ingénieuse opération de MM. Denonvilliers et Malgaigne. Nous savons aujourd'hui que cette opération est favorisée par des conditions anatomiques qu'a très-bien formulées M. Legendre dans son travail lu devant la Société en 1856 (voyez le 1er *fascicule* du tome IV), et sur lequel j'ai eu l'honneur de vous présenter un rapport. Si cette interprétation n'est pas celle qui doit être donnée au travail de M. Chapplain, il serait nécessaire que l'auteur, après avoir pris connaissance des opérations dont nous venons de parler, expliquât lui-même en quoi différé son procédé.

L'autre travail est relatif à la luxation sciatique du fémur.

L'auteur commence par un historique bien fait de cette variété de luxation dans laquelle la tête du fémur, au lieu d'occuper la fosse iliaque externe, comme dans la luxation iliaque, vient se placer plus bas, c'est-à-dire sur l'épine sciatique, le petit ligament sacro sciatique et l'échancrure sciatique elle-même. Au lieu d'admettre avec MM. Malgaigne et Nélaton que cette luxation doit être rejetée, il veut, au contraire, avec A. Cooper, qu'elle soit conservée dans nos descriptions, parce qu'elle se rencontre dans la pratique, et peut offrir des difficultés auxquelles il est bon d'être préparé par ses études antérieures.

M. Chapplain invoque à l'appui de cette opinion une observation intéressante, dont voici les principaux détails : Chute d'un lieu élevé; symptômes bien accusés de luxation en dehors de la cuisse : rien cependant qui annonce une luxation insolite ou sciatique. Tentatives de réduction par la demi-flexion, sans chloroforme, ou plutôt avec anesthésie imparfaite; échec complet. Nouvelle tentative, le surlendemain, par des tractions sur le membre étendu au moyen des moufles; même échec. M. Chapplain se prend à douter alors qu'il s'agisse d'une luxation ordinaire, et à croire qu'il a affaire à une luxation sciatique, dans laquelle la tête du fémur, sortie par la partie inférieure de la capsule, sans déchirer ni le pyramidal, ni les jumeaux et l'obturateur interne, comme dans l'observation de M. Parmentier, ni peut-être le carré crural, est venue se placer au-devant de ces muscles, et, bridée par eux, ne peut retourner à sa place. Quant à des signes cliniques propres à faire reconnaître cette variété de déplacement, M. Chapplain n'en indique pas. Vainement fait-il des expériences sur le cadavre; il produit bien cette luxation, mais il ne parvient pas à lui rencontrer des caractères spéciaux. Seulement ces expériences, faites avec persévérance, l'amènent à trouver des manœuvres spéciales de réduction pour les cas de ce genre, savoir : des tractions d'abord sur le membre très-fortement fléchi, puis sur le membre ramené peu à peu à l'extension, et enfin une rotation en dehors. Mais comme, ici encore, l'auteur n'a pas mis dans sa description toute la clarté qui serait nécessaire, nous le laisserons expliquer lui-même comment il a procédé à la réduction sur son malade, après les études cadavériques dont nous avons parlé.

« Je commence, dit-il, à porter le membre en dedans et en haut, de manière à exécuter la traction au moyen des moufles, dans le sens de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté sain; le membre est dans l'adduction forcée, appliqué sur le ventre; la force est portée à 50 kilogrammes. Cette position a pour but de ramener la tête du fémur dans le sens de la gouttière post-cotyloïdienne, et sert à éviter le rebord cotyloïdien. Après avoir maintenu cette force pendant quelques instants, le moment me paraît venu de dégager la tête de la couronne tendineuse qui l'arrête. Me servant alors de la jambe fléchie comme d'un levier, je force le mouvement de rotation du col, de manière à le rapprocher de la surface osseuse iliaque externe; de cette façon, j'abaisse la tête du fémur au-dessous des tendons, comme on le fait pour passer au-dessous d'une corde ou d'une table trop basse. A peine ce mouvement est-il exécuté, que pour la première fois nous sentons la tête abandonner ses rapports anormaux; il ne me reste alors qu'à tirer la tête dans un sens qui la rapproche davantage de la cavité. Pour cela, je mets à profit mes divers points d'appui; je fais suivre au membre une courbe qui le rapproche de plus en plus de l'extension. Quand il arrive au-dessous du genou sain, je fais cesser l'extension, et imprimant au membre un mouvement de circumduction qui porte le trochanter et la cuisse en dehors, je sens la tête rentrer dans sa cavité. Le sujet est transporté dans son lit, mais au repos, le membre fixé, moins dans la crainte de voir le déplacement se reproduire que pour maintenir le repos de l'articulation. »

Messieurs, pour comprendre cette manœuvre dans tous ses détails, nous aurions eu besoin de quelques éclaircissements donnés par l'auteur, ou de vérifications cadavériques faites par lui-même sous nos yeux. Les distances ne nous ayant pas permis de donner ces compléments à notre travail, nous nous contentons de vous lire textuellement ce qu'a fait M. Chapplain, en laissant à chacun de vous le soin d'apprécier et d'utiliser au besoin les préceptes qu'il nous transmet.

S'il pouvait ne rester aucun doute sur ce fait que la tête et le col étaient bridés par les jumeaux et l'obturateur, et que le procédé a été combiné de façon à faire passer la tête au delà de ces obstacles, le travail mériterait encore une plus grande attention; mais comment être certain que l'auteur ait en réalité observé une luxation sciatique chez son malade? Nous voyons bien qu'il a eu affaire à une de ces luxations difficiles à réduire, et qu'on ne réduit qu'après plusieurs essais, et en imprimant des mouvements dans plusieurs directions différentes, comme nous en avons tous rencontré des exemples. Mais pour que cette difficulté de réduction autorise à admettre une luxation insolite, il faudrait être sûr qu'elle ne se rencontre jamais dans les luxations ordinaires ou iliaques. Personne ne peut avoir cette certitude, car des obstacles fibreux peuvent, aussi bien que les obstacles musculaires, s'opposer à la réduction. Des signes cliniques seraient nécessaires pour appuyer l'opinion de M. Chapplain; or ces signes lui ont manqué, et c'est précisément parce qu'ils manquent habituellement, que les auteurs dont nous avons parlé en commençant se sont crus autorisés à ne pas décrire la luxation sciatique. Anatomiquement, cette luxation existe, nul ne saurait le nier; mais, sur le vivant, on ne la reconnaît pas. M. Chapplain pouvait émettre comme possible, probable, si l'on veut, l'existence de la luxation sciatique; mais il nous paraît être allé trop loin en la donnant comme incontestable.

En définitive, malgré ces objections, les travaux de M. Chapplain prouvent que ce chirurgien est de ceux qui luttent avec zèle et persévérance contre les difficultés de la pratique, de ceux surtout qui n'épargnent aucune peine pour arriver au succès thérapeutique. Il occupe, d'ailleurs, dans les hôpitaux et dans l'enseignement, une position honorable.

Pour ces raisons, la commission vous propose :

1° De remercier M. Chapplain de ses communications;

2° D'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant;

3° De renvoyer les deux travaux au comité de publication.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Michon, Verneuil et Gosselin, ces conclusions sont adoptées, et la Société décide en outre, que le rapport de M. Gosselin sera inséré dans les Bulletins.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Résection du coude avec conservation du périoste. — M. Verneuil soumet à l'examen de la Société un malade dont il a déjà été question à propos du mémoire lu par M. le docteur Ollier (de Lyon), sur les résections sous-périostées. Cet homme a subi, le 29 janvier, la résection du coude. 8 centimètres de l'humérus, 3 centimètres des deux os de l'avant-bras ont été retranchés. La cicatrisation a marché très-vite, elle a été seulement un peu retardée par l'issue consécutive de deux petites esquilles. Aujourd'hui les cicatrices sont solides, et la région opérée n'est le siége d'aucune douleur; les extrémités des os réséqués sont solidement réunies par des tissus fibreux résistants, qui laissent toutefois encore une très-grande mobilité entre le bras et l'avant-bras.

Le fait majeur dans le cas actuel consiste dans la présence des renflements osseux bien marqués, qui terminent les os réséqués. L'extrémité inférieure de l'humérus offre au moins 3 ou 4 centimètres dans ses différents diamètres, quoique la section ait atteint la diaphyse. Le même épaississement se retrouve sur l'extrémité correspondante des os de l'avant-bras, quoique le radius ait été divisé immédiatement au-dessous de l'insertion du biceps, et le cubitus plus bas que l'insertion du brachial antérieur.

Ces renflements osseux sont encore distants entre eux d'un travers de doigt environ; mais lorsque la rétraction de la bride fibreuse unissante sera plus avancée, lorsque les muscles ayant repris leur force, tendront à rapprocher les os, les extrémités osseuses se fourniront réciproquement un large point d'appui, ce qui sera certainement très-favorable à la force et à la précision des mouvements.

C'est certainement à la conservation du périoste qu'il faut rapporter cette heureuse disposition. La capsule fibreuse conservée a sécrété de l'os par sa face interne, et a reproduit des espèces d'épiphyses. Les os ont également recouvré par le même travail un peu de leur longueur. En effet, quoique 11 centimètres du squelette aient été retranchés, si on mesure les deux bras dans une position symétrique, le membre réséqué n'offre que 6 centimètres de raccourcissement. Si l'on tient compte de l'écartement qui existe encore entre les deux extrémités de la pseudarthrose, on peut encore évaluer à plus de 3 centimètres la longueur récupérée depuis le moment de l'opération; il faut tenir compte dans ces mesures de l'atrophie générale du membre malade, qui depuis plusieurs années était, par le fait de la lésion, condamné à l'immobilité, et cela à un âge où la croissance en longueur des os s'effectue encore avec activité.

L'opéré jouit de la santé la plus florissante, et l'on peut dire qu'il est complétement guéri de sa maladie articulaire. En revanche le rétablissement des fonctions est encore peu avancé; aussi M. Verneuil n'eût-il pas fait cette présentation si le malade n'avait été sur le point de quitter définitivement Paris.

Lorsque le bras est pendant, l'articulation du coude est dans un degré de flexion assez prononcé, et l'avant-bras paraît encore assez pesant; on peut cependant mettre le membre dans l'extension complète et dans la flexion à angle droit sans provoquer de douleurs. Mais les mouvements volontaires sont encore très-limités, à cause surtout de la faiblesse des muscles. Lorsque la résection fut pratiquée, l'immobilité prolongée à laquelle le membre était depuis longtemps astreint, avait amené un tel degré d'atrophie du bras, que vers sa partie moyenne il n'était guère plus gros que celui d'un enfant de six ans. On n'y sentait presque plus de muscles, et ceux-ci n'exécutaient presque aucune contraction.

Aujourd'hui le membre a presque doublé de volume, et lorsque le malade essaye de fléchir l'avant-bras, on sent très distinctement un muscle biceps, qui se durcit, à la vérité, faiblement encore. Il faut bien reconnaître que cette extrême atrophie des muscles est un obstacle au rétablissement prompt des mouvements. Aussi ne doit-on pas s'étonner si chez notre opéré les fonctions sont encore si rudimentaires. Au reste, quatre mois et demi sont un terme relativement court pour juger les résultats définitifs d'une résection du coude pratiquée pour une lésion organique très-étendue.

Quant aux mouvements des doigts et du poignet, ils sont conservés en totalité; seulement ils sont encore faibles et manquent de précision. Tous les jours toutefois l'amélioration progresse sous ce rapport.

La sensibilité cutanée est partout conservée.

M. Lefort donne lecture du résumé d'un mémoire sur la résection du genou.

Le travail de M. Lefort est renvoyé à une commission composée de MM. Verneuil, Guersant et Follin.

Le secrétaire, Laborie.

Dans la plupart des journaux de médecine anglais, les plaintes recommencent, plus vives encore que l'an dernier, sur les miasmes émanés de la Tamise. Il paraît que les émanations fétides se sont fait sentir, cette année, quelques semaines plus tôt qu'en 1858. Le journal *The Lancet* va jusqu'à dire que, si le fleuve n'est pas purifié, la peste sera telle qu'une *Nouvelle-Zélande pourra prendre la place de Londres*, et que *les survivants erreront autour des ruines en criant : « Ici fut la capitale de l'empire britannique! »* — Espérons que l'imagination de notre honorable confrère anglais le fait aller un peu trop loin dans ses prévisions.

— Le même journal rapporte, avec une indignation bien naturelle, que, dans la guerre civile du Mexique, la ville de Tacubaya ayant été prise par les troupes de Miramon, vingt-huit chirurgiens qui s'étaient volontairement engagés pour panser les blessés, furent amenés et tués avec beaucoup d'autres prisonniers. Parmi les victimes se trouve M. Dunall, médecin anglais des plus distingués.

Le Gérant, Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Travaux de la Société de biologie. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Bouillaud. Leçons cliniques sur les maladies de l'encéphale. — Note sur l'usage des moules en plâtre dans le traitement des fractures des membres inférieurs par les armes à feu. — Délivrance difficile; contraction de l'utérus en gourde; adhérences très-fortes du placenta; accidents puerpéraux; fièvre de lait tardive. — Les eaux mères de Salins. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 20 juin. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 27 JUIN 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a entendu dans cette séance qu'une seule lecture qui ait trait aux sciences médicales, c'est celle du mémoire de M. Junod sur les nouveaux appareils qu'il a imaginés pour étendre l'application de la grande ventouse. M. Junod, avec toute la coquetterie d'un inventeur pour son œuvre, n'a de cesse qu'il n'arrive à perfectionner dans toutes ses parties, et jusque dans ses moindres détails, la *méthode hémospasique*. Il avait adapté son système de grandes ventouses à toutes les dimensions, à toutes les formes et à toutes les positions des membres. Il n'a pas voulu qu'une seule région de la surface du corps ne pût bénéficier de l'action puissante de cet agent de dérivation. Il a imaginé un nouveau système de ventouses applicables à toutes les parties du tronc. C'est l'exposé de ce nouveau perfectionnement qui fait l'objet de sa lecture à l'Académie.

TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (1).

L'une des questions de pathologie qui occupent la place la plus importante dans le recueil des mémoires de la Société de biologie est celle qui est relative à l'ictère grave. On y trouve, en effet, un mémoire de M. Ch. Robin sur l'état anatomo-pathologique des éléments du foie dans cette maladie, et une note de MM. Ch. Robin et Hiffelsheim sur le même sujet, à propos d'un nouveau cas d'ictère grave recueilli dans le service de M. Rayer. On se rappelle que M. Robin a constaté dans tous les foies de sujets morts d'ictère grave, qu'il a pu examiner l'existence constante d'une lésion consistant dans la destruction des cellules hépatiques réduites en une substance amorphe granuleuse. On connaît d'ailleurs les faits que ces deux auteurs se sont proposé d'établir dans ces deux mémoires, dont nous avons déjà donné une analyse étendue.

Tout en admettant ces faits, nous avons cru devoir faire à cette époque nos réserves sur la portée qu'il convenait de leur donner. Ces réserves ont été justifiées depuis par les recherches nouvelles dont cette question a été l'objet, et en particulier par la judicieuse analyse clinique de tous les faits connus d'ictère grave que renferme la thèse de M. le docteur Genouville. Nous n'insisterons donc pas davantage sur ce point aujourd'hui.

En 1853, M. Gubler, dans une note lue à la Société, avait cherché à constater les variations périodiques qu'éprouve l'albumine urinaire dans ses proportions chez les albuminuriques, et à apprécier les principales influences qui président à ces variations. Avant la lecture de cette note, on avait bien cherché à apprécier l'influence que pouvait avoir en particulier le mode d'alimentation sur la marche de l'albuminurie; mais on n'avait pas encore constaté d'une manière positive et régulière les variations qui en résultent, ainsi que celles qui sont dues à quelques autres circonstances hygiéniques. C'est ce qu'a fait M. Gubler. Reprenant après lui cet ordre de recherches, M. Luton, un de ses anciens élèves les plus distingués, s'est proposé de vérifier les propositions énoncées par son maître, et de les étayer par des observations cliniques et des considérations physiologiques nouvelles.

Le premier fait qui ressortait des recherches de M. Gubler, et que M. Luton n'a fait que confirmer, est celui-ci, savoir : que l'urine de la digestion contient toujours notablement plus d'albumine que l'urine du sang. Il en résulte cette conséquence clinique importante, c'est que dans l'examen d'une urine albumineuse il faudra tenir compte du moment où l'urine aura été rendue, savoir si l'individu était à jeun ou s'il était dans la période d'élimination qui suit le repas et à quel genre d'alimentation il était soumis. Ce fait conduit, en outre, à un précepte thérapeutique qui est la conclusion ultime la plus importante de ce travail, et que l'auteur formule en ces termes :

« Puisque l'alimentation a une influence si marquée sur la production de l'albuminurie, au point qu'elle peut l'entretenir, l'exagérer et amener tôt ou tard des lésions rénales incurables, on devra surveiller cette alimentation avec le plus grand soin : toutes les fois que l'état du malade le permettra, principalement dans le cas d'albuminurie aiguë et essentielle, le régime végétal devra dominer sur le régime animal. » L'application de ce précepte à l'un des malades dont l'observation est rapportée dans ce travail, a eu des résultats qui lui donnent en quelque sorte la sanction expérimentale.

Après que M. Cl. Bernard eût fait connaître cette curieuse expérience physiologique d'après laquelle la piqûre d'un point limité du cerveau était immédiatement suivie de la présence du sucre dans l'urine, l'idée vint naturellement aux pathologistes de rechercher si dans les nombreuses lésions survenues spontanément dans le cerveau, il n'y en aurait pas un certain nombre dont la cause localisée dans cette même portion du cerveau, produirait naturellement ce que le physiologiste expérimentateur obtenait en quelque sorte à volonté, c'est-à-dire la glycosurie. M. le docteur E. Leudet, de Rouen, a recueilli à ce point de vue un certain nombre d'observations qu'il a réunies dans un mémoire intitulé : *Recherches cliniques sur l'influence des maladies cérébrales sur la production du diabète sucré.* Si ces observations ne suffisent pas pour démontrer la relation nécessaire de la glycosurie avec les lésions du système nerveux, dont il a constaté la coïncidence, elles tendent du moins à faire admettre comme très-probable ce genre d'influence. Ainsi M. Leudet a vu plusieurs fois la glycosurie suivre de près une maladie du cerveau, et, dans quelques cas même, coïncider avec son début. Parmi les diverses sortes de maladies cérébrales, ce sont celles qui s'accompagnent de mouvements convulsifs qui lui ont paru plus particulièrement s'accompagner de ce phénomène. Enfin, et c'est là peut-être la circonstance la plus probante de toutes ces observations, il a vu le diabète n'être dans certains cas que temporaire, se manifester avec une exacerbation de la maladie cérébrale et disparaître avec elle. Les symptômes de la glycosurie, dans tous ces cas, n'ont point différé de ceux de la maladie ordinaire.

Bien que ces observations soient encore insuffisantes pour démontrer la relation étiologique du diabète et des affections cérébrales, elles n'en ont pas moins un très-grand intérêt, ne fût-ce que comme apportant un élément nouveau dans l'histoire du diabète, l'existence de la glycosurie temporaire. Ce sont des recherches à continuer.

Nous aurons très-prochainement d'ailleurs l'occasion de revenir sur cette question, à l'occasion d'un remarquable travail que vient de publier tout récemment M. E. Fritz, sur le diabète dans ses rapports avec les maladies cérébrales.

Ce recueil renferme un autre mémoire de M. Leudet qui mérite également d'être mentionné ici. C'est un mémoire intitulé : *Recherches anatomiques et cliniques sur le rétrécissement de l'aorte au niveau du canal artériel.* C'est un travail presque exclusivement anatomo-pathologique, où la thérapeutique n'a sans doute que très-peu à gagner, mais qui tend à éclairer quelques points souvent très-délicats et très-difficiles du diagnostic.

Le tournis, ce symptôme si remarquable de la présence du cœnure dans le cerveau de certains animaux, n'avait pas reçu encore jusqu'ici d'explication satisfaisante. Toutes les explications qu'on en avait données étaient ou insuffisantes ou contredites par l'observation et l'étude sérieuse des faits. M. le docteur Davaine ayant eu l'occasion d'observer un cas de tournis chez un mouton et de recueillir le cœnure qui avait déterminé ce singulier phénomène, a saisi cette occasion d'en faire un sujet particulier d'étude qui intéresse à la fois l'histoire naturelle et la pathologie comparée. Il résulterait de ce travail communiqué sur *l'action du cœnure sur le cerveau*, que le tournis serait dû à une disposition particulière propre à l'organisation de ce parasite. Cette disposition consiste en ce que ce ver vésiculaire est pourvu d'un grand nombre de têtes *ex sertiles* (2 ou 300), lesquelles à certains moments plongent dans la substance nerveuse avec laquelle elles sont en rapport jusqu'à une profondeur de 4 à 5 millimètres. Cette particularité explique bien à nos yeux la différence des phénomènes produits par la présence du cœnure avec ceux qui résultent de la présence des hydatides, qui n'agissent que par la compression progressive que détermine leur accroissement. On comprend très-bien en effet l'excitation à laquelle doit donner lieu à un moment donné la sortie simultanée des têtes du cœnure hors de sa vésicule d'enveloppe. Mais on ne voit pas aussi clairement dans cette circonstance la cause de ce mouvement de marche rapide en cercles concentriques qui caractérise le tournis. Il reste là un phénomène curieux encore inexpliqué.

On trouve encore dans ce volume une note de MM. les docteurs Charcot et Davaine *sur un cas de kystes hydatiques multiples*, qui renferme plusieurs faits intéressants au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, tels, par exemple, que l'existence de cristaux d'hématoïdine dans l'intérieur des hydatides du foie et d'une matière colorante rouge dans les corpuscules calcaires de quelques échinocoques, l'existence de kystes hydatiques très-singuliers appendus au péritoine par un long pédicule, etc.

L'anatomie pathologique et la tératologie ont fourni les sujets de nombreuses communications. Nous ne pourrions pas nous y arrêter sans prolonger indéfiniment cette analyse. Nous citerons seulement dans cet ordre de travaux une note de M. Ch. Robin sur la structure de la membrane des kystes sublinguaux appelés grenouillette; un mémoire du même auteur sur un mode particulier de production de la paroi des kystes autour de certaines collections de pus et d'autres liquides dans les organes profonds; une note de MM. Sichel et Robin sur la cataracte noire; un mémoire de M. Houel sur les adhérences du placenta ou des enveloppes à certaines parties du corps du fœtus; une description de trois monstres acéphaliens par le même, et une note de M. Goubaux sur un taureau monstrueux du genre des miognathes.

Dans l'ordre thérapeutique nous n'avons à signaler qu'un seul travail dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs à l'époque où a eu lieu sa communication, c'est le mémoire de M. Hiffelsheim sur les applications de l'électricité dynamique à la physiologie et à la thérapeutique.

Parmi les communications de moindre importance et les présentations consignées dans les comptes rendus des séances, nous remarquons une note de M. Dupuy sur un abcès du cervelet; une présentation de fœtus acéphale par M. Depaul; une note de M. Vulpian sur une réaction pouvant contribuer à l'étude de l'albumine; une communication de M. Béraud relative aux changements survenus dans le système artériel à la suite d'un cas d'oblitération de l'aorte; une observation d'apoplexie cérébrale et cérébelleuse par M. Hillairet; diverses notes de M. Gros sur la cachexie exophthalmique, de M. Isambert sur les maladies du cœur, de M. Giraldès sur une altération du col de l'utérus chez un enfant nouveau-né, de MM. Charcot et Vulpian sur un cas de coloration bronzée de la peau chez un phthisique avec altération graisseuse des capsules surrénales, de M. Lagneau fils sur les maladies syphilitiques consécutives des voies lacrymales, et enfin un grand nombre de notes sur des sujets divers d'histoire naturelle.

Cette analyse rapide montrera, et c'était là tout notre but, que ce nouveau volume des *Comptes rendus* et *Mémoires de la Société de biologie*, n'est inférieur à ses aînés ni pour la variété ni pour l'intérêt et l'importance des travaux qu'il renferme. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Leçons cliniques sur les maladies de l'encéphale.

(Recueillies et rédigées par MM. F. GARRIGOU et DELEAU, élèves.)

On ne saurait aborder l'étude des centres nerveux sans toucher à la psychologie, puisque les phénomènes intellectuels qui font l'objet de cette partie de la science sont nécessairement liés aux fonctions des organes dont il s'agit. Aussi, avant de s'engager dans cette étude, M. Bouillaud pense devoir exposer à ses auditeurs sa profession de foi psychologique, et les avertir que pour lui il existe nécessairement au-dessus du cerveau un quelque chose (ψυχή), sans lequel les fonctions de cet organe ne sauraient s'accomplir.

On sait que Gall émettait une opinion analogue en ces termes : Dieu et le cerveau.

Les centres nerveux, cela est aujourd'hui positivement démontré, sont le siége de fonctions spéciales qui se rattachent aux sensations et aux phénomènes de l'intelligence, phénomènes si nombreux et si variés, parmi lesquels on peut citer, pour ne parler que des plus généraux, la mémoire, le raisonnement, la volonté, le jugement, etc. En l'absence du centre nerveux qui leur est affecté, ces facultés ne sauraient s'exercer, et ce sont les lobes cérébraux qui président à leur accomplissement. Là aussi s'ac-

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 juin.

complissent les fonctions relatives aux sentiments moraux, aux instincts, aux besoins physiques. Ces manifestations intellectuelles rentrent, il est vrai, dans le domaine de la psychologie; mais il est essentiel pour le médecin de ne les point ignorer.

Un bon orateur, dit Tacite, ne doit pas être seulement un faiseur de phrases; il lui faut tout connaître. Combien cela n'est-il pas plus juste encore à dire du médecin! Il faudrait qu'il pût être la science incarnée. Mais c'est à lui surtout de bien connaître les facultés intellectuelles, puisqu'il est chargé d'en guérir les désordres.

Toutes les parties des centres nerveux ne concourent pas également et de la même façon aux diverses manifestations intellectuelles. On va le voir en passant successivement en revue les diverses parties du centre cérébro-spinal. On trouvera en même temps dans ces centres l'unité d'action maintenue par l'harmonie merveilleuse qui préside à leurs fonctions.

La moelle a pour fonctions de transmettre les sensations au cerveau, et de déterminer avec l'aide de celui-ci les mouvements volontaires. Elle préside en outre aux mouvements réflexes. Chacune de ces fonctions diverses y a son siége spécial. Ainsi les cordons antérieurs transmettent les mouvements, et les postérieurs conduisent le sentiment. C'est là un fait désormais irrécusable.

Sous le rapport de ses fonctions, le cervelet a été bien longtemps confondu avec le cerveau. Quelques hypothèses hasardées sur les fonctions spéciales du premier n'avaient été confirmées ni par l'expérience ni par l'observation clinique, lorsque, à une époque encore peu éloignée de nous, Rolando, le premier, fixa l'attention sur ce sujet, et indiqua la singulière propriété que possède cet organe de régler les mouvements complexes. Des expériences qu'il institua, il résultait déjà clairement que le cervelet ne peut être lésé profondément sans qu'il en résulte une grave perturbation dans les facultés de la marche et de la station.

Les travaux de Rolando étaient oubliés, lorsqu'en 1821 M. Flourens, qui lui-même paraissait les ignorer alors, entreprit ses expériences sur les fonctions des centres nerveux, et en particulier du cerveau et du cervelet. Celles qui eurent trait au cervelet, et qui furent incontestablement les plus remarquables et les meilleures, bien qu'il s'y soit mêlé quelques erreurs, consistèrent à couper tranche par tranche le cervelet d'un animal vivant. En opérant ainsi, M. Flourens observa qu'un moment arrivait où l'animal ne pouvait plus ni marcher ni se tenir en équilibre malgré des mouvements incessants pour y parvenir. Chez les animaux ainsi mutilés, tous les mouvements étaient possibles, parfois même ils devenaient convulsifs. Il n'y avait donc à coup sûr pas de paralysie, mais seulement impossibilité de coordonner les mouvements nécessaires pour la marche et la station. M. Flourens conclut de là que le cervelet préside à la coordination des mouvements.

Cuvier, chargé de présenter à l'Institut un rapport sur ces expériences, en fit un pompeux éloge, signalant surtout à l'attention cette force nouvelle du cervelet que M. Flourens semblait avoir aperçue le premier. Il appelait cet organe, par une élégante métaphore, le *balancier des mouvements*, et le fait fut universellement admis.

Cependant ces conclusions n'étaient point rigoureusement vraies, et avaient le tort d'être trop générales.

Les mouvements nécessaires pour la marche et la station ne sont pas les seuls qui se coordonnent. Tous peuvent être soumis à un ordre, à une règle ou à un rhythme déterminés, ceux-là mêmes qui en semblent le moins susceptibles. Ainsi en est-il de la plupart des mouvements des mains et des bras; ainsi de ceux qu'exige l'exercice de la parole; ainsi encore, dans l'ordre des mouvements de la vie organique, de ceux si admirablement réguliers du cœur, dans sa révolution perpétuellement périodique de systole et de diastole.

Avant même M. Flourens, cette nécessité de l'ordre et de la coordination était connue, et tous les observateurs attentifs avaient pu en observer les troubles dans certaines affections nerveuses, par exemple, dans la chorée, cette espèce de désordre, *d'ataxie*, *de folie* des mouvements, où la paralysie et les convulsions n'ont aucune part. Mais faut-il croire que tant de mouvements si divers, qui ont des centres si différents, doivent tout leur ordre et leur coordination aux fonctions du seul cervelet?

En cela certainement M. Flourens s'était trompé, et l'élégante métaphore de Cuvier était inexacte. Le sujet réclamait donc de nouvelles recherches et de nouvelles expériences.

M. Bouillaud les a faites et répétées un grand nombre de fois. Il les a faites pour son propre compte et aussi dans des circonstances solennelles, publiquement, à l'occasion d'un concours de physiologie. Il a eu sur M. Flourens, dont tous les animaux mouraient peu d'instants après l'expérience, l'avantage de pouvoir conserver les siens des semaines, des mois, des années même, et de les observer par conséquent tout à loisir. Il expérimenta un grand nombre de fois et par différents procédés sur des animaux d'espèces différentes, coqs, poules, pigeons, chiens, lapins. Les volatiles présentaient toutefois sur les derniers cet avantage, qu'outre les troubles de la station on pouvait aussi observer ceux du vol. Enfin, il put résumer le résultat de toutes ces expériences de la façon suivante, dans un mémoire publié dans les Archives de médecine.

Les seuls phénomènes constants et en quelque sorte pathognomoniques qui nous frappent dans ces expériences, sont les lésions, les désordres des fonctions de la locomotion et de l'équilibration. Ces phénomènes sont d'autant plus remarquables, qu'ils ne sont accompagnés ni de paralysie ni de convulsion proprement dites. En effet, nous avons vu que les animaux privés de leurs facultés d'équilibration et de progression, jouissent du pouvoir de fléchir, d'étendre, de remuer dans tous les sens leurs différents membres, et que le plus ordinairement même ces mouvements s'exécutent avec une vitesse et avec une fougue extraordinaires, d'où il suit que l'on doit admettre dans le cervelet l'existence d'une force qui préside à l'association des mouvements dont se composent les divers actes de la locomotion et de la station, force essentiellement distincte de celle qui régit les mouvements simples et du tronc et des membres, bien qu'il existe entre elles deux les connexions les plus intimes.

Sous ce point de vue il est impossible de ne pas adopter l'opinion de M. Flourens, savoir que le cervelet possède la faculté de coordonner les mouvements de la marche, de la course, du vol, de la station, etc. Mais M. Flourens paraît s'être écarté de la vérité, en avançant que le cervelet était le coordinateur de tous les mouvements dits volontaires. Jusqu'ici, les expériences ne nous autorisent qu'à regarder cet organe comme le centre nerveux qui donne aux animaux vertébrés la faculté de se maintenir en équilibre et d'exercer les divers actes de la locomotion. Je crois, d'ailleurs, avoir prouvé dans un autre mémoire que le cerveau coordonnait certains mouvements, ceux de la parole en particulier, plus merveilleux encore que ceux dont il s'agit.

Les dérangements des fonctions de station et de progression ne sont pas les mêmes, suivant que l'on irrite simplement le cervelet ou qu'on le désorganise en partie, ou bien qu'on le détruit entièrement.

Si vous ne faites qu'irriter le cervelet, vous ne détruisez point ses fonctions, mais vous les bouleversez, si l'on peut ainsi dire, pour un certain temps. C'est dans ce cas que vous observez des sauts, des culbutes, des pirouettes, et tous ces mouvements bizarres qui s'exécutent avec une telle impétuosité que l'œil ne peut les suivre, ce qui en rend la description très-difficile. C'est dans ce cas aussi que se manifeste cette agitation universelle qui ressemble si exactement à celle de l'épilepsie. Ces phénomènes ne paraissent pas avoir été observés dans toutes leurs nuances par M. Flourens, sans doute parce qu'il a toujours procédé dans ses expériences par la méthode de l'ablation. C'est surtout chez les oiseaux qu'ils sont le plus manifestes; on les remarque également chez les mammifères. Les phénomènes dont il s'agit indiquent évidemment une lésion des fonctions de station et de locomotion; ils sont irrésistibles. Mais ce dérangement, cette sorte d'aliénation des mouvements locomoteurs ne tarde pas à se dissiper quand l'irritation n'est pas continuée, et l'animal revient peu à peu à ses habitudes et à ses allures normales.

Il n'en est pas ainsi quand on désorganise entièrement le cervelet ou qu'on l'enlève en totalité; alors l'animal est privé sans retour de la faculté de s'équilibrer et de marcher, et de voler, si c'est un oiseau. Tous les efforts qu'il fait sont inutiles; ils servent seulement à démontrer que, pour être devenu inhabile à toute espèce de station et de locomotion, il n'en conserve pas moins la faculté d'exercer des mouvements partiels et de remuer ses membres dans tous les sens.

Entre la perte absolue de l'équilibre et de la progression suite de l'ablation et de la désorganisation complète du cervelet, et les dérangements de ces actes produits par la simple irritation du même organe, il existe plusieurs nuances relatives à l'étendue et à la profondeur des lésions.

Ainsi, quand le cervelet n'est désorganisé que dans une médiocre étendue et à une profondeur assez peu considérable, l'animal a de la peine à conserver son équilibre et chancelle en marchant, comme s'il était ivre. Il peut encore saisir les aliments qu'on lui présente; on le voit quelquefois reculer comme pour ressaisir son équilibre et éviter une chute en avant; sa tête et ses membres se redressent, il s'appuie contre les objets qui l'environnent. Quelques animaux, le lapin, par exemple, s'élancent, sautent sans motifs; d'autres tournent en rond, etc.

La lésion est-elle plus profonde et plus étendue, c'est alors qu'on observe les désordres les plus bizarres dans les actes locomoteurs, et qu'on assiste en quelque sorte au spectacle le plus curieux. L'animal chancelant, tremblant comme dans l'ivresse la plus complète, se consume en vains efforts pour se tenir debout; il tombe dans tous les sens, fait un mouvement à gauche quand il veut en faire un à droite, recule quand il veut avancer, roule sur lui-même, tourne et pivote sur son ventre et semble le jouet de forces contraires qui le sollicitent chacune de leur côté sans jamais se faire équilibre, tourmenteur sa propre volonté et lui font éprouver à lui-même une insupportable torture. Comme il a décrit aussi exactement que possible ces étranges phénomènes dans ses expériences particulières, le professeur n'insistera pas ici davantage.

Magendie a très-bien exposé les effets qui résultent de la lésion d'un seul hémisphère ou d'un des pédoncules du cervelet. On sait qu'alors l'animal roule sur lui-même, et que cet irrésistible mouvement s'opère de droite à gauche ou de gauche à droite, suivant l'hémisphère lésé. Magendie a également décrit avec beaucoup de soin l'état d'un animal dont le cervelet a été divisé en deux parties égales par une section dirigée suivant le diamètre antéro-postérieur de cet organe. Cet état consiste en ce que l'animal paraît alternativement poussé à droite, à gauche, sans conserver aucune situation fixe. S'il roule un tour ou deux d'un côté, bientôt il se relève et tourne autant de fois du côté opposé.

Voilà les phénomènes que l'on observe constamment dans les lésions du cervelet.

Les sensations et les facultés intellectuelles n'éprouvent aucune altération directe par suite de ces lésions; mais comme les tubercules quadrijumeaux (lobes optiques des oiseaux) sont contigus au cervelet, il n'est pas rare qu'ils soient lésés en même temps que lui, ou que l'irritation de celui-ci se communique à eux, et dès lors on observe des troubles dans la vision et des dérangements dans les mouvements des yeux. De là aussi cet état singulier des yeux souvent observés et qu'il est difficile de définir. Hors ces cas, la vue et les mouvements des yeux n'éprouvent aucune lésion qui dérive immédiatement de l'altération du cervelet.

Dans aucun cas, la lésion pure et simple du cervelet ne détermine de douleur. Tel est du moins le résultat des nombreuses expériences faites par le professeur.

M. Bouillaud n'a pas eu l'occasion d'observer non plus, soit l'érection, soit l'éjaculation, chez les animaux auxquels il a lésé le cervelet, bien que plusieurs aient été examinés pendant plusieurs jours. Si l'on parcourt attentivement les expériences des divers auteurs sur le cervelet, on se convaincra que toutes, sans en excepter celles des physiologistes qui ne partagent pas l'opinion de M. Flourens, sont des exemples de dérangement dans la station et la locomotion. Elles sont unanimes, pour ainsi dire, sur ce seul point; et ce qui n'est pas moins curieux, c'est que la plupart des observations rapportées par les auteurs semblent prouver également que les lésions du cervelet troublent les fonctions locomotrices.

« *Inductions physiologiques et pathologiques*.— 1° Le cervelet ne paraît pas être, ainsi qu'on l'a soutenu, l'organe de l'instinct de la reproduction. Nous n'admettons pas moins, avec Gall et beaucoup d'autres physiologistes, l'existence d'un centre nerveux spécial pour la faculté dont il s'agit. Mais on doit chercher cet organe ailleurs que dans le cervelet; et en supposant même que cet organe résidât dans le cervelet, comme le veulent plusieurs physiologistes, il n'en serait pas moins incontestable que le cervelet préside à d'autres fonctions.

» 2° Le cervelet n'est pas le foyer de la sensibilité. Quant à cette proposition, elle me paraît rigoureusement démontrée; il n'est rien de plus positif en physiologie.

» 3° Certaines lésions du cervelet, comme l'a très-bien observé M. Magendie, déterminent les animaux à marcher à reculons. D'autres lésions produisent des mouvements de rotation latérale. Mais il est également certain que les lésions du cervelet, quand elles intéressent profondément tout cet organe, dérangent ou détruisent complétement les phénomènes de la station et de la locomotion; par conséquent, il est non-seulement le siége d'une force locomotrice spéciale, mais de toutes les forces dont se composent les actes nombreux et diversifiés des attitudes de la station et de la progression; enfin, il coordonne, pour nous servir des propres expressions de M. Flourens, non pas tous les mouvements en général, mais ceux d'où résultent l'équilibre, le repos et les divers modes de locomotion.

» 4° Puisque le cervelet associe, combine, coordonne les mouvements locomotifs, et qu'il fournit à la machine animale les éléments de son équilibration, au lieu de le regarder, avec le célèbre Willis, comme l'organe de la musique, ne pourrait-on pas admettre qu'il régit les mouvements réglés, mesurés dont se compose la danse, ainsi que plusieurs autres exercices gymnastiques? On peut assurer, du moins sur la foi des expériences, que l'une des conditions les plus indispensables pour être un excellent danseur dans quelque genre que ce soit, c'est de posséder un cervelet bien organisé. Cette proposition paraîtra peut-être plaisante, mais qu'importe! puisqu'elle n'est qu'un corollaire des précédentes, dont la vérité est désormais démontrée.

» 5° Les fonctions dont le cervelet est le législateur, c'est-à-dire l'équilibration du corps, la marche, la course, le saut et les exercices variés qui s'y rattachent, sont, comme les sensations et les fonctions dites intellectuelles, soumises aux lois de l'éducation; elles s'exécutent d'autant mieux qu'on les exerce davantage. Elles supposent, surtout dans certains cas, une espèce particulière de mémoire, la mémoire des mouvements. Par exemple, les danses très-compliquées, les marches et les évolutions militaires, etc., exigent une étude spéciale, et se composent de mouvements réglés dont il est nécessaire de conserver un fidèle souvenir. Or, il faut admettre de deux choses l'une; ou que les phénomènes dont il s'agit ne font pas partie des actes intellectuels, ce qui exclut une variété de la mémoire du rang des facultés intellectuelles, ou que le cerveau proprement dit n'est pas, comme on l'a prétendu dans ces derniers temps, l'organe unique des instincts, des volitions et des facultés intellectuelles.

» 6° Les fonctions du cervelet, comme toutes celles de la vie animale, ont une tendance à s'exercer spontanément, instinctivement, pour me servir de l'expression consacrée. C'est sans doute pour cette raison que l'on voit marcher des animaux complétement privés de leurs lobes cérébraux, lesquels sont le siége de motifs raisonnés qui mettent en jeu les fonctions locomotrices. Cet instinct, ce désir, ce besoin de se mouvoir indépendamment de tout motif, sans but connu, a été admis par les métaphysiciens eux-mêmes. Cependant il est certain que le plus ordinaire-

ment, dans l'état normal, les animaux se meuvent sous l'impulsion des divers motifs dont le cerveau est le siége, et que par conséquent le cervelet est lui-même sous la direction du cerveau. Passons maintenant à quelques inductions pathologiques.

» 7° La connaissance des fonctions du cervelet nous permet d'assigner un siége à une foule d'affections appelées nerveuses, et qui jusqu'ici ont singulièrement embarrassé les pathologistes. On sait, par exemple, qu'il n'est pas très-rare d'observer, soit dans la pratique civile, soit dans les établissements consacrés aux maladies nerveuses, les dérangements les plus bizarres des fonctions locomotrices; tantôt c'est une tendance irrésistible à reculer, d'autres fois un besoin invincible de courir sans motif raisonné; quelquefois ce sont les sauts, les culbutes, les pirouettes les plus extraordinaires. MM. Magendie, Itard, Koreff, Bally, Ribes, etc., ont vu des cas de ce genre. Il est impossible d'en nier l'existence : j'en connais deux extrêmement curieux qui ont été recueillis par M. Cassan, à la Maison de santé, dans le service de M. Duméril. N'est-il pas infiniment probable que ces anomalies, ces espèces de folie ou d'aliénation des fonctions locomotrices dépendent d'une lésion soit organique, soit purement dynamique du cervelet? »

En résumé donc, sans prétendre affirmer que le cervelet ne puisse avoir aucune autre fonction, il est incontestablement démontré qu'il a celle de présider à la *station*, à l'*équilibration* et à la *marche*.

Nous arrivons maintenant aux lobes cérébraux. Ce sera le sujet d'une seconde leçon.

NOTE SUR L'USAGE DES MOULES EN PLATRE

dans le traitement des fractures des membres inférieurs par les armes à feu;

Par M. le docteur Girou, de Buzareingues, député au Corps législatif.

Lorsque tous les esprits sont tournés du côté de l'Italie, et qu'on voit de grandes batailles imminentes, chacun songe à ce qui peut soulager nos malheureux blessés; à ce point de vue peut-être est-il bon de rappeler l'attention de nos chirurgiens militaires sur les effets des appareils inamovibles dans le traitement des fractures causées par les armes à feu, et sur les avantages qu'on peut particulièrement tirer de l'usage des appareils en plâtre dans le traitement de ces fractures, lorsqu'elles intéressent les membres inférieurs.

Sans doute les exigences de la chirurgie militaire font que ce genre d'appareil ne doit pas être toujours préféré, mais souvent il peut être utile et même produire d'excellents effets.

Les docteurs Greffe et Dieffenbach, de Berlin, avaient déjà préconisé ce moyen contentif, lorsque, en 1832, M. Jules Cloquet l'employa pour la première fois à la Maison royale de santé, pour une ancienne fracture non consolidée de la jambe. J'étais alors l'interne de M. Cloquet, ce qui me mit à même de constater le bon résultat qui couronna ce premier essai. De là, ce professeur fut conduit à user de ce moyen dans les fractures simples, et comme l'appareil en plâtre, très-lourd, condamnait les malades à une immobilité absolue du membre fracturé et au séjour dans le lit, mon illustre maître ne tarda pas à lui substituer l'appareil amidonné, qui fut appliqué pour la première fois, si j'ai bonne mémoire, pour une fracture du bras sur un malade habitant la rue de Cléry.

A cette époque, M. Seutin, de Bruxelles, vint à Paris; j'eus l'honneur de lui montrer à la Maison de santé la manière dont M. Cloquet appliquait les appareils amidonnés. M. Seutin, de retour en Belgique, eut l'heureuse idée de substituer à l'amidon la dextrine, qui sèche plus promptement, et ce procédé revint ainsi modifié en France. Cependant M. Cloquet, devenu professeur à l'hôpital des Cliniques, n'avait pas renoncé aux appareils en plâtre; il en varia beaucoup les applications.

Dans ces derniers temps MM. Mathysen et Vanloo ont eu recours aux bandelettes plâtrées, qui doivent généralement être préférées, dans la chirurgie militaire, d'abord aux moules en plâtre, parce qu'elles sont plus facilement applicables, plus transportables et qu'elles permettent de mouvoir le membre blessé. On doit aussi les préférer comme offrant plus de solidité aux appareils dextrinés, lesquels sont toujours un peu élastiques, et par conséquent permettent une certaine mobilité dans la fracture.

Cependant ce moyen, tout efficace qu'il est, ne doit pas faire exclure entièrement le moulage en plâtre, qui dans certains cas devra lui être préféré.

Je vais me borner à citer une observation qui mettra en lumière les avantages de ce dernier procédé.

En juin 1848, le fils du général Vandeyden, âgé d'une vingtaine d'années, eut le fémur fracturé par une balle dans sa partie moyenne; frappée à sa partie antérieure, la cuisse n'avait pas été entièrement traversée; le projectile était resté dans la plaie et n'avait pu être retrouvé.

Ce malade m'étant confié, je pensai d'abord que de nouvelles recherches pour trouver la balle seraient plus nuisibles qu'utiles; je les fis cesser.

Puis je résolus d'avoir recours au moulage en plâtre; mais le membre étant déjà fort tuméfié, je commençai par employer un procédé provisoire de l'invention de M. Cluquet, dont j'avais vu faire usage à l'hôpital des Cliniques par cet ingénieux praticien.

Voici ce procédé, qui me semble pouvoir rendre de grands services à la chirurgie militaire :

On taille un sac de toile de forme conique d'une largeur convenable pour servir de lit au membre fracturé et plus long que ce membre. Ce sac offre un étranglement à l'endroit qui doit correspondre au talon, pour pouvoir être facilement coudé dans cette partie et relevé sous la plante du pied sans gêner les malléoles.

Il offre une seule ouverture à son sommet, par laquelle on fait couler le plâtre au moment où il vient d'être gâché avant qu'il ait fait prise; on glisse le tout doucement sous le membre fracturé, lequel par son propre poids se creuse une gouttière assez ouverte pour qu'il n'y ait pas de compression si la tuméfaction augmente et assez profonde pour tenir le membre dans l'immobilité; la partie qui correspond à la plante du pied est relevée avant que le plâtre soit pris et sert de pédale.

C'est cet appareil que je plaçai d'abord sous le membre fracturé, et j'attendis deux ou trois jours pour que la tuméfaction eût disparu presque entièrement. Alors, avec l'aide de M. Moreau, ancien chirurgien militaire, dont le concours me fut fort utile dans cette occasion, j'appliquai l'appareil en plâtre, en procédant de la manière suivante :

Une planche fut placée horizontalement sous le membre blessé, lequel avait été préalablement rasé et huilé; puis, en posant de champ trois petites planches, une de chaque côté du membre et la troisième au-devant de la plante du pied, il fut circonscrit un espace dans lequel se trouvait placée toute l'extrémité inférieure; un peu de charpie en dedans et en dehors de la partie supérieure de la cuisse finit par compléter ce périmètre. Alors il suffit de couler dans cet espace du plâtre nouvellement gâché, en ayant la précaution de soulever légèrement le membre pour qu'il fût entouré dans la moitié postérieure de son épaisseur par un lit de plâtre, qui en quelques secondes avait pris assez de consistance pour former une gouttière solide. Avec du plâtre un peu moins liquide, il fut aisé de fournir un soutien à la plante du pied jusqu'aux orteils inclusivement; puis, après avoir retiré ce moule, en avoir corrigé les inégalités et avoir fait de petits creux pour servir de points de repère à ses bords, je coulai de la même manière une seconde pièce étendue depuis la base des orteils jusqu'au-dessus du genou; avant qu'elle eût pris trop de consistance, cette pièce fut coupée en deux par un fil qui avait été placé pour cet usage en travers de la partie moyenne de la jambe, ceci afin que la dépouille fût plus facile.

Pour assurer encore plus complétement l'immobilité du membre, une autre pièce en forme de pont fut placée plus haut que la plaie de la cuisse, et une attelle laissée sur le côté externe de l'appareil servit à fixer le bassin avec une bande qui l'entourait. Toutes les autres parties du moule furent aussi solidement liées avec des bandes, de sorte que le tout formait une masse parfaitement immobile; tandis qu'en desserrant les liens il était facile d'enlever toutes les pièces de l'appareil, en laissant toutefois la gouttière sur laquelle reposait le membre sans que celui-ci éprouvât le plus léger mouvement.

Au bout de quelques jours, le membre avait sensiblement diminué de volume, et, mal contenu, il n'aurait pas tardé à se raccourcir et les fragments auraient cessé d'être immobiles. Un peu de plâtre coulé entre le moule et le membre suffit pour mettre les parties en contact, sans opérer ni gêne ni secousse.

M. Cloquet n'avait pas eu occasion d'appliquer le moulage en plâtre dans les fractures par projectiles lancés par les armes à feu; mais dès que je lui fis part de ce que j'avais tenté, il m'assura que je guérirais mon malade, parce que, dit-il, je réduisais une plaie compliquée à l'état de plaie simple.

J'eus en effet la satisfaction de voir le malade marcher vers la guérison, sans que d'abord rien parût devoir la troubler; un cal volumineux pouvait déjà se sentir à travers les parties molles, et la suppuration, qui sortait par la plaie restée mollement couverte avec des plumasseaux de charpie enduits de cérat, donnait un pus de bonne nature dont la quantité semblait journellement diminuer. Mais au bout d'environ quarante-cinq jours de traitement, tout à coup cette suppuration devint plus abondante, et il ne fut pas difficile de reconnaître la présence d'une esquille au fond de la plaie en la sondant. Je pensai que l'extraction de ce fragment d'os pourrait entraîner à briser le cal, et compromettre ainsi la guérison du blessé; il me sembla plus simple de faire dissoudre la partie calcaire de l'os avec des injections d'acide chlorhydrique fort étendu, sachant bien que la partie gélatineuse serait facilement résorbée. Mon honorable confrère M. Moreau eut la bonté de faire ces injections plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, et dans moins de quinze jours il n'y avait plus trace d'esquille. Quinze jours plus tard, le malade pouvait facilement marcher avec moins de deux centimètres de raccourcissement, et trois mois ne s'étaient pas écoulés qu'il dansait à sa propre noce.

On peut, je crois, tirer de cette observation les conclusions suivantes :

1° Qu'il peut être bon, lorsqu'on porte les blessés du champ de bataille, d'avoir recours de suite au sac rempli de plâtre liquide qui se durcit promptement, et donne ainsi au malade un soulagement immédiat en plaçant le membre dans l'immobilité, ce qui permet d'attendre que la tuméfaction ait cessé et qu'il soit possible d'appliquer un appareil plus contentif.

2° Qu'il est possible que le moulage en plâtre dans les premiers temps qui suivent les fractures des membres inférieurs par les armes à feu soit préférable aux bandelettes plâtrées, parce qu'il est plus facile de suivre le retrait du membre, sans le déplacer lorsque sa tuméfaction diminue, en coulant du plâtre entre le moule et le membre blessé. Comme chacun sait, l'immobilité est la condition la plus importante pour assurer la consolidation des fractures en général; mais dans les fractures causées par les projectiles lancés par les armes à feu, cette immobilité doit être absolue. C'est sans doute parce que les appareils dextrinés sont élastiques, et par conséquent mobiles, qu'ils ne réussissent pas dans ce genre de fracture, comme on a pu s'en convaincre en juin 1848; les appareils à bandelettes plâtrées ont-ils un semblable effet? c'est à l'expérience seule à prononcer. Je crains que le membre devienne mobile dans leur intérieur, par suite de l'amaigrissement ou de la diminution de la tuméfaction.

3° L'usage de l'acide chlorhydrique pour dissoudre les esquilles est digne de l'attention des chirurgiens militaires.

Ce dernier procédé avait été déjà employé par M. Cloquet dans les cas de nécrose.

Dans tout ceci, je ne revendique pour moi aucune découverte; c'est l'application de choses reconnues bonnes dans d'autres circonstances, que j'ai eu l'idée de faire tourner au profit de la chirurgie militaire.

Après les affaires de juin 1848, il a péri, disent les relevés, une quarantaine de blessés par suite de fractures des membres inférieurs, et particulièrement de la cuisse. J'ignore si le mien est le seul qui a été sauvé avec une si minime difformité; toujours est-il que les esprits étaient alors peu tournés vers les traitements appropriés à ce genre de lésion.

Aujourd'hui, sans doute, il n'en est pas de même; les applications nombreuses n'ont pas fait défaut à notre chirurgie militaire. Cependant on ne saurait trop insister sur l'usage des choses utiles; pour mon compte, je m'estimerais heureux si, en appelant plus particulièrement l'attention sur cet ordre de faits, j'avais contribué à la guérison de quelques-uns de nos braves et glorieux blessés.

Malgré les encouragements de mon honorable et bienveillant collègue M. Larrey, j'ai longtemps hésité à publier ces lignes; je ne m'y suis décidé que lorsqu'après y avoir réfléchi j'ai pensé qu'elles pouvaient être réellement utiles.

DÉLIVRANCE DIFFICILE.

Contraction de l'utérus en gourde; adhérences très-fortes du placenta; accidents puerpéraux; fièvre de lait tardive.

Par M. le docteur A. Foucart.

Par un hasard qui n'est, à ce que disent les accoucheurs, pas très-rare en obstétrique, il m'est arrivé de rencontrer en trois mois, cette année, deux exemples d'une disposition que je n'avais pas eu encore l'occasion de voir dans ma pratique depuis dix-sept ans que j'exerce la médecine. Je veux parler de cette contraction irrégulière en gourde ou en besace qui se produit quelquefois dans la matrice après l'accouchement, contraction qui a pour effet de retenir une portion du placenta comme emprisonnée et de ne pas permettre la délivrance spontanée. On se rappelle que c'est cet accident sur lequel notre excellent confrère M. Duhamel a appelé l'attention de la Société de médecine pratique dans une des séances de l'an dernier. Je dois avouer que la communication de notre collègue a été tout particulièrement utile pour moi, en m'apprenant une chose que je n'avais pas encore vue et en m'enseignant les moyens de venir à bout des difficultés qui en naissent.

Déjà, au mois de février, j'ai entretenu la Société d'un accouchement que j'avais fait trois jours auparavant, et dans lequel cette contraction irrégulière m'avait forcé d'introduire la main dans l'utérus pour dilater l'espèce d'étranglement qui s'était produit. A la demande que m'adressa M. Mattei, s'il existait des adhérences, je répondis que je n'en avais pas constaté, et que, s'il en existait, elles devaient être très-faibles; en effet, une fois l'obstacle surmonté, le placenta était sorti très-facilement.

Il n'en a pas été tout à fait de même dans un cas que j'ai eu occasion de voir le 19 mai dernier, et dont voici en peu de mots le résumé :

A onze heures et demie du soir, on vint me chercher de la part d'une sage-femme de la rue de l'Ecole de Médecine, pour lui prêter assistance dans les circonstances suivantes :

Une femme de vingt-huit ans environ, forte, bien constituée, était venue chez elle dans la journée, ressentant les douleurs de l'enfantement depuis deux heures du matin. Cette femme, mère d'un premier enfant, né six ans auparavant naturellement, était à son terme. A cinq heures du soir commencèrent les grandes douleurs, et à dix heures du soir, l'accouchement se fit, naturellement aussi; l'enfant, de grosseur ordinaire, était vivant et bien portant.

La délivrance se faisant un peu attendre, quelques tractions d'abord légères, puis peu à peu plus fortes, avaient été pratiquées sur le cordon, qui finit par se rompre à son insertion au placenta. Il y avait encore quelques douleurs assez éloignées, mais le placenta ne sortait pas. La sage-femme introduisit la main dans la cavité utérine sans pouvoir rien ramener. Au bout d'une heure et demie, la malade perdant beaucoup de sang, s'affaiblissant et devenant très-pâle, la sage-femme ne voulant pas prendre sur elle une trop grande responsabilité, se décida à me faire appeler.

L'indication était formelle; il fallait aller chercher le délivre, et s'assurer des causes qui le retenaient. J'introduisis donc la main dans l'utérus et reconnus sur-le-champ la raison qui l'empêchait de sortir. Les 2/3 environ du placenta étaient libres dans la matrice; mais le tiers supérieur, à ce que je pus apprécier, était fortement serré par un étranglement dans lequel, avec une certaine difficulté, je finis par introduire le doigt indicateur. Quelques mouvements circulaires de dilatation me permirent bientôt d'introduire le médius, puis la main entière, d'embrasser dans ma main le placenta, que je cherchai à attirer en bas, mais en vain. Je portai alors la main jusqu'au fond de l'organe et je

constatai, dans une étendue que je crois pouvoir évaluer à une dizaine de centimètres à peu près, des adhérences très-fortes du placenta à l'utérus.

Je décollai le placenta dans toute cette surface en rompant avec précaution les adhérences qui étaient très-fortes, et après dix minutes au moins d'une manœuvre fort pénible, j'eus la satisfaction de le sentir complétement libre. Dès lors tout se passa naturellement; je ramenai le délivre, qui, vérification faite, se trouva bien entier. Puis j'introduisis de nouveau la main pour bien m'assurer qu'il ne restait aucun débris; je ramenai une assez grande quantité de caillots et je retirai la main.

La malade, qui, à en juger par ses cris, avait beaucoup souffert pendant la manœuvre, ne souffrait plus, et au bout de quelques minutes il était facile de constater par la palpation du ventre que l'utérus revenait sur lui-même.

Au bout d'une demi-heure, je quittai la malade, qui ne perdait plus que la quantité de sang habituelle, était calme et se sentait disposée au sommeil.

Ce fait, assez intéressant par lui-même, a présenté encore quelques particularités curieuses que je ne dois pas passer sous silence.

L'accouchement s'était fait dans la nuit du jeudi 19 au vendredi 20 mai. Le lendemain et le surlendemain, la malade se trouva bien. Mais le dimanche, vers cinq heures du soir, on me fit appeler de nouveau. Je trouvai la malade en proie à une fièvre violente. Le pouls donnait plus de 120 par minute. Avec cela, peau sèche, céphalalgie très-violente; mais le ventre était parfaitement souple, complétement indolent, même à une forte pression. On sentait au travers des parois abdominales l'utérus revenu sur lui-même; il n'était le siége d'aucune sensation douloureuse, même lorsque l'on appuyait assez fortement sur l'hypogastre. L'écoulement lochial continuait, commençant à exhaler une assez mauvaise odeur. Les seins n'avaient pas augmenté de volume, étaient flasques, non douloureux; il n'y avait aucun indice de *fièvre de lait;* pas de selles depuis l'accouchement; pas de vomissements; quelques nausées de temps en temps, la malade disant avoir le cœur un peu *barbouillé;* la langue un peu blanche, soif vive.

Je prescrivis immédiatement 0,10 gr. de tartre stibié qui provoquèrent d'abondants vomissements et plusieurs évacuations alvines, et firent en quelques heures disparaître la céphalalgie d'une manière complète. Le mouvement fébrile continuant le lendemain, sans aucun phénomène d'inflammation localisée, je commençai l'administration du sulfate de quinine à la dose de 0,75 le premier jour, 1 gr. le lendemain, augmentant de 0,25 tous les jours jusqu'au moment où j'arrivai à 2 gr., dose que je ne dépassai pas, les effets toxiques du médicament s'étant manifestés, bourdonnements d'oreilles, surdité, etc.

Sous l'influence de cette médication, la fièvre diminua peu à peu, la sensation de malaise général devint moins forte, et le dimanche 29 mai, après sept jours de traitement par le sulfate de quinine, le pouls était tombé à 76, et la malade demandait à manger.

Pendant toute la semaine qui venait de s'écouler, il n'y avait pas eu un seul moment la moindre douleur du côté du ventre, qui était toujours resté souple et sans ballonnement. Les flancs étaient également indolents; j'avais fait donner deux verres d'eau de Sedlitz et quelques lavements qui déterminèrent des selles; mais les lochies étaient d'une fétidité extraordinaire, et l'on était obligé, plusieurs fois par jour, de pratiquer des injections vaginales avec des décoctions émollientes.

Le lundi soir, 30 mai, dix jours après l'accouchement, un peu de fièvre reparut, toujours sans aucune douleur abdominale; les seins se gonflèrent, devinrent le siége d'un léger fourmillement, et la malade affirma qu'elle sentait *le lait monter.* Ces phénomènes ne durèrent que 24 heures, et le lendemain tout était revenu à l'état normal.

La malade est depuis longtemps parfaitement rétablie.

— A quoi était dû l'état fébrile qui s'était manifesté le troisième jour, et avait duré une semaine entière sans aucun phénomène local? Evidemment, pour moi, il y avait là *fièvre puerpérale* dans l'acception la plus rigoureuse du mot; fièvre puerpérale sans lésion organique appréciable, sans métro-péritonite, etc., puisque l'on n'avait pu constater un seul instant aucun signe de phlegmasie localisée. Je serais tenté de rapporter cette fièvre à une résorption peu abondante, probablement, d'une partie du liquide lochial fétide dont j'ai parlé.

Quant à l'apparition tardive de l'état communément désigné sous le nom de *fièvre de lait*, et qui se caractérise par un mouvement fébrile, la tuméfaction des seins, il m'a paru assez curieux de ne le voir survenir qu'au dixième jour, au lieu du troisième, comme il arrive ordinairement. Ne seraient-ce pas les accidents fébriles que j'ai décrits qui auraient été la cause de ce retard? Il me semble impossible d'expliquer autrement cette anomalie.

LES EAUX MÈRES DE SALINS.

Les eaux mères, ou résidu de l'évaporation des salines, sont employées concurremment avec les eaux minérales de Salins, de Kreuznach, de Nauheim, de Lavey, etc., dans le traitement de différentes affections, et tout spécialement de la scrofule, dont elles constituent une médication très-efficace.

L'objet de l'emploi des eaux mères est d'administrer, à un degré notable de concentration, des principes que les eaux minérales elles-mêmes ne renfermaient que dans des proportions relativement faibles, et d'obtenir ainsi un médicament doué d'une activité thérapeutique considérable.

Cependant ces eaux mères sont loin de représenter une médication toujours identique.

Les analyses qui en ont été faites nous offrent, comme celles des eaux salées elles-mêmes d'où elles proviennent, certaines dissemblances. Ainsi le chlorure de sodium domine dans l'eau mère de Salins (157 gr. 980, sur 317 gr. 720 de matières solubles, par litre); le chlorure de magnésium dans celles de Bex (142 gr. 80 sur 292 gr. 49), et dans celles de Nauheim (249 gr. 0303, sur 4,685 gr. 8686 d'eaux mères); tandis que le chlorure de calcium n'est pas moins abondant dans celles de Kreuznach (205 gr. 4300), alors que l'on n'y rencontre plus que 7 gr. 8567 de chlorure de sodium et 5 gr. 0052 de chlorure de magnésium.

Les proportions de bromure varient également d'une manière notable.

Les eaux mères de Salins contiennent, d'après MM. Dumas, Favre et Pelouze, 2 gr. 700 de bromure; celles de Montmorot, distantes seulement de 60 kilomètres au sud, n'en ont, d'après M. Buquet, que 0 gr. 55; celles de Bex (Suisse) n'en ont que 0 gr. 65. A Kreuznach, MM. Figuier et Mialhe en ont trouvé 11 gr. 3; mais à Nauheim, M. Broméis en a obtenu moins d'un gramme.

Nous ajouterons que tandis que MM. Figuier et Mialhe ont signalé seulement des bromures de magnésium et de sodium dans les eaux mères de Kreuznach, de Nauheim et de Salies (en Béarn), Ozann a trouvé des bromures de magnésium, de sodium et de calcium dans les eaux mères de Kreuznach; M. Broméis, du bromure de potassium (traces) dans celles de Nauheim; MM. Dumas, Favre et Pelouze, du bromure de potassium également dans celles de Salins, ainsi que M. Buquet dans celles de Montmorot; enfin, M. Pyrame Morin, du bromure de magnésium seulement dans celles de Bex. Nous ne pensons pas qu'il faille attacher à ces distinctions une grande importance; elles sont assez arbitraires, et varient pour la même eau minérale suivant les chimistes qui l'ont analysée. Nous ne saurions donc attacher d'idées précises au caractère que peuvent assigner ces bases particulières.

Ces résultats nous indiquent, toutefois, qu'il existe des différences notables dans la composition des eaux mères, et font présumer, par suite, qu'il en existe également dans leurs propriétés thérapeutiques.

Lorsqu'il s'agit d'eaux minérales proprement dites, il faut se garder, tout en en tenant un compte très-sérieux, d'attacher une trop grande importance à la proportion de leurs principes constituants. Outre l'arrangement relatif de ces derniers, leur température, la présence de gaz libres ou de matières organiques, l'existence possible de conditions physiques encore inappréciées, l'électricité, etc., etc., font que l'action thérapeutique d'une eau minérale ne se trouve pas toujours en raison directe avec sa richesse en principes constatés et dosés dans l'analyse.

Il n'en doit pas être de même des eaux mères.

Bien qu'elles représentent une composition parfaitement inimitable, les transformations qu'elles ont eu à subir n'ont pu laisser persister en elles ces conditions fugitives et souvent à peine définissables. Il en résulte que leurs propriétés doivent dépendre beaucoup plus directement et exclusivement de la nature et de la proportion des principes déterminés dont elles se composent.

C'est ainsi que, si l'on doit véritablement reconnaître aux bromures des propriétés spéciales, et les considérer comme l'élément le plus intéressant peut-être de la constitution des eaux mères, l'action de celles-ci devra se trouver en rapport avec la proportion des bromures, quelles qu'en soient d'ailleurs les bases, sodium, potassium, magnésium ou calcium.

Or, les eaux mères provenant d'origines différentes renferment des quantités fort inégales de bromure. Elles doivent donc posséder une efficacité différente vis-à-vis surtout des états morbides sur lesquels les bromures exercent une action spéciale.

Le caractère dominant des eaux mères est, suivant nous, de représenter un médicament bromuré, empruntant aux principes qui accompagnent les bromures des propriétés complémentaires de celles afférentes au brome lui-même.

Il ne convient donc pas de prescrire indifféremment les eaux mères sans se préoccuper de leur composition spéciale. Il ne suffit pas non plus d'avoir des eaux mères pour être en possession des moyens curatifs qui ont donné aux bains de Kreuznach une si grande célébrité, il faut encore voir des eaux mères à composition identique ou analogue, c'est-à-dire pourvues de bromures ou d'iodures en proportion suffisante. Or nous venons de démontrer qu'après Kreuznach la proportion la plus élevée de bromure se trouve dans les eaux mères de Salins.

Sous ce rapport, les eaux mères de Salins représentent une médication remarquable, et qui permet d'employer le brome dans une proportion élevée, sous une forme que la thérapeutique ordinaire ne saurait reproduire.

C'est ainsi que l'eau minérale de Salins renfermant, d'après l'analyse de M. Desfosses, 0 gr. 067 de bromure de potassium par litre, un bain de 250 litres en contiendra de 19 à 20 grammes. L'addition de 10 litres d'eaux mères portera ce chiffre à près de 50, l'addition de 20 litres à près de 80 grammes de ce principe actif.

C'est là principalement ce qui fait le mérite des eaux de Salins, et ce qui motive cette juste conclusion du rapport de M. Léger que nous citions l'autre jour : « Cette spécialité fait leur force et assure leur avenir. » (*Gazette des Eaux.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 juin 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Hémospasie. — M. JUNOD lit un mémoire sur les nouveaux résultats qu'il a obtenus dans diverses affections de l'emploi de la *méthode hémospasique*, et met sous les yeux de l'Académie des appareils qu'il a imaginés récemment pour l'application de la grande ventouse sur des régions où ce mode de dérivation n'avait pas encore été pratiqué, par exemple, sur la poitrine, l'abdomen, le dos, les hanches et même la tête, le visage excepté. Ces appareils sont des cloches approchant plus ou moins de la forme hémisphérique; la cloche destinée pour la tête est garnie d'une manchette en caoutchouc qui la fait adhérer près de son pourtour; dans celle qui est destinée à agir sur l'abdomen, on a ajouté à la calotte sphérique un diaphragme mobile percé de trous circulaires de différents diamètres qui repose directement sur la peau, et ne lui permet de se soulever que partiellement.

Voici la liste de tous les appareils que M. Junod a mis jusqu'à ce jour à la disposition des praticiens. Dans cette liste figurent dix-sept appareils nouveaux, et dans ce nombre ceux qui font le sujet de cette présentation.

1. Appareil qui isole la jambe, ou botte pneumatique.
2. Récipient pour la jambe, laissant le pied libre.
3. Idem pour le pied.
4. Idem pour le genou.
5. Idem qui isole circulairement la partie supérieure des extrémités pelviennes.
6. Idem pour le bras.
7. Idem pour le coude.
8. Idem pour la main.
9. Idem recouvrant la partie supérieure de la tête, ayant plus ou moins la forme d'un casque.
10. Idem pour la moitié inférieure du corps.
11. Idem pour le bassin, ayant la forme d'un caleçon de bain.
12. Idem portant sur la partie supérieure de l'épaule, scapulo-claviculaire.
13. Idem s'adaptant à la région scapulaire.
14. Idem sterno-thoracique.
15. Idem dorsal thoracique.
16. Idem latéral thoracique.
17. Idem recouvrant la région sacro-lombaire.
18. Idem iliaque.
19. Idem vertébral ou portant sur toute la longueur de la colonne vertébrale.
20. Idem abdominal.
21. Idem, petit appareil destiné à opérer le vide dans les fosses nasales et l'oreille interne.

M. Junod présente, en outre, des appareils perfectionnés pour la facilité du transport; ceux pour la jambe d'un enfant peuvent être facilement mis dans la poche. (Commissaires précédemment nommés: MM. Serres, Andral, Rayer.)

—M. Billard (de Corbigny) adresse une note qu'il annonce comme faisant suite à la note sur l'*hématose*, présentée à la séance du 31 janvier dernier. (Commissaires déjà nommés, MM. Péligot, Cl. Bernard.)

— M. E. Gintrac prie l'Académie, qui déjà à deux reprises, en 1855 et 1856, l'a compris dans le nombre des candidats pour une place de correspondant de la section de médecine et de chirurgie, de lui continuer le même honneur, maintenant qu'elle va s'occuper de pourvoir à une nouvelle vacance. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nos lecteurs apprendront avec plaisir que notre ami et collaborateur M. le docteur Champouillon, médecin en chef du 1er corps à l'armée d'Italie, vient d'être promu au grade d'officier de la Légion d'honneur à la suite du combat de Marignan.

— Nous empruntons à une correspondance du *Messager* les quelques lignes qui suivent sur les soins donnés à nos militaires blessés qui se trouvent dans les hôpitaux de Milan :

« Les blessés de Marignan et quelques victimes de Magenta occupent l'*Ospidale Maggiore*, ou grand hôpital, qui renferme plus de 2,500 lits, et deux couvents immenses transformés en hôpitaux : ce sont les couvents de *Fate bene, fratelli* (faites du bien, mes frères) et de *Fate bene, sorellœ* (faites du bien, mes sœurs). — L'état sanitaire de ces hôpitaux est excellent. Le grand hôpital surtout est placé dans d'excellentes conditions de salubrité. Parfaitement aéré, le service médical se compose des plus habiles praticiens de Milan. Quant à ce qui regarde les soins et les consolations, qui sont pour beaucoup dans la guérison du soldat, je vous assure que chacun en a sa part et que les dévouements ne manquent pas. Indépendamment des religieuses chargées ordinairement de ces fonctions, un grand nombre de dames milanaises se disputent le bonheur de contribuer à la guérison des soldats de l'indépendance italienne. — Aussi la mortalité y est-elle très-restreinte. Sur 37 amputations du 9 juin, pas un seul n'a succombé à l'heure où je vous écris (16 juin), et tous promettent de vivre. A la vérité le temps est très-favorable. La chaleur est tempérée par de fréquents orages et par des brises presque continuelles. »

— On écrit de Covo, 17 juin, à la *Gazette de Milan* : L'hôpital de Monza a mis à la disposition des malades ou blessés de l'armée franco-italienne un grand nombre de lits dans un local préparé. La ville de Cantu, qui possède un hôpital, en a fait autant. La municipalité de Bergame et celle de Côme ont été invitées à pourvoir au logement des militaires convalescents.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 76. — JEUDI 30 JUIN 1859. (32e ANNÉE.) N° 76. — JEUDI 30 JUIN 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 12, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 JUIN 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre correspondant national. Elle avait à choisir sur une liste de candidats dont les titres sont également recommandables; son choix a porté sur un médecin distingué de l'armée d'Italie, M. le docteur Bertherand. Tout le monde applaudira à ce choix.

Après un holocauste de remèdes secrets, qui a été l'occasion d'une de ces manifestations toujours stériles contre le charlatanisme, l'Académie a entendu avec un vif intérêt une lecture de M. Rufz sur les maladies de la peau qu'il a observées pendant son long et fructueux séjour à la Martinique.

On se figure assez généralement, et cela en vertu d'un *à priori* fondé sur des considérations physiologiques, que les maladies cutanées doivent être plus fréquentes, plus graves et plus diverses sous le ciel de la zone torride, où la peau, constamment exposée à une température élevée, est le siége d'une incessante et abondante transpiration, que dans nos climats tempérés, où l'activité de cet organe est beaucoup moins excitée. Le premier objet du travail de M. Rufz est de montrer l'erreur où l'on est à cet égard. L'observation, dégagée de toute théorie, lui a montré, au contraire, que sous l'équateur, à la Martinique, les affections cutanées sont moins fréquentes et moins diverses qu'à Paris.

Examinant ensuite successivement dans autant de divisions de son travail les affections qu'il n'a point vues dans nos colonies, celles qu'il n'y a vues que rarement, celles qui y sont fréquentes, et enfin celles qui lui ont paru être particulières à ce climat, M. Rufz a fait connaître quelques faits qui sont de l'intérêt pour l'étude de la géographie médicale, ou, comme il le dit lui-même, pour la constitution d'une sorte de *Flore dermatologique*, et qui peuvent jeter quelque lumière sur l'étiologie encore si obscure de quelques-unes de nos endémies. C'est ainsi, par exemple, qu'à propos de la pellagre, que l'on a attribuée en partie à l'insolation, il fait remarquer combien l'absence de cette affection à la Martinique rend peu probable la participation de cette influence. La même observation s'applique à la suette miliaire, cette affection complexe dont il semblerait que les deux éléments principaux, la sueur et l'éruption miliaire, devraient être singulièrement favorisés par les conditions du climat, et qui est inconnue dans ce pays.

Parmi les affections particulières à la Martinique, M. Rufz signale une lésion de la peau qu'il n'a observée que sur la race noire, et qui, d'après les détails descriptifs qu'il en donne et les dessins qu'il a fait passer sous les yeux de l'Académie, nous paraît présenter une grande analogie avec notre kéloïde.

Nous ne poursuivrons pas plus loin cette rapide analyse du travail de M. Rufz, qui, pour être convenablement apprécié, devrait être lu tout entier. Nous n'en avons pu reproduire que quelques passages; mais il y a lieu d'espérer que ce travail, qui n'est très-probablement qu'une partie d'une œuvre beaucoup plus considérable, sera livré plus tard à l'impression.

Dr Brochin.

MAISON IMPÉRIALE DE CHARENTON.

M. CALMEIL.

De l'alcoolisme.

L'influence des boissons alcooliques, considérées comme causes des différentes formes de l'aliénation mentale, vient d'être l'objet d'une sérieuse étude dans le service nosocomial, si fécond en enseignements cliniques, qui depuis longtemps est confié à notre éminent confrère, M. Calmeil.

Voici le résultat de la statistique faite sur les hommes entrés à Charenton pendant les années 1857 et 1858 : en 1857, sur 176 entrants, on a accusé 60 fois les boissons alcooliques d'être la cause sinon unique, du moins principale de la folie.

Le *delirium tremens* s'est présenté comme accident aigu 9 fois; la manie ébrieuse 6 fois; la paralysie générale type ou succédant à des accès de *delirium tremens*, 20 fois; la démence avec foyers locaux, 6 fois; l'épilepsie, provenant probablement de foyers hémorrhagiques, 2 fois; enfin, la lypémanie, 13 fois. — Les quatre autres malades, qui avaient fait des excès de boissons, avaient eu, consécutivement à des accès de *delirium tremens*, des symptômes psychiques qu'il serait difficile de définir, eu égard aux classifications acceptées aujourd'hui.

En 1858, sur 174 malades entrants, on a signalé les boissons alcooliques 42 fois comme cause de la folie, et la répartition a eu lieu ainsi qu'il suit : *delirium tremens*, 3 fois; manie congestive, 1 fois; paralysie générale, 14 fois. (Dans trois de ces 14 cas, la paralysie générale succédait, sans présenter la forme du délire habituel, à une manie congestive). La démence avec encéphalite locale se présenta 5 fois, la lypémanie 11 fois, avec des symptômes paralytiques; enfin, trois autres cas offraient l'un le type le plus parfait de la folie circulaire, et les deux autres des formes de folie ressemblant à de la stupidité.

Muni de ces importants éléments d'observation, M. Léon Thomeuf, interne distingué du service de M. Calmeil, a consigné, le 15 avril dernier, dans sa thèse inaugurale (*Essai clinique sur l'alcoolisme*), un assez grand nombre de faits très-intéressants, et surtout pleins d'originalité, sur lesquels nous nous proposons d'appeler aujourd'hui l'attention de nos lecteurs.

Et d'abord, M. le docteur L. Thomeuf a été conduit à admettre, au point de vue clinique, trois phases dans l'intoxication alcoolique :

1° Une intoxication alcoolique aiguë : ici l'effet est toujours enchaîné à l'action de la cause; quand celle-ci est épuisée, le trouble ne tarde pas à disparaître, et tout rentre dans l'ordre. Ce sont les accidents primitifs, immédiats, signalés en 1847 par M. le docteur Marcel (1) : Ivresse, œnomanie, empoisonnement alcoolique, *phrenitis potatorum, mania a potu*, folie des ivrognes, *delirium tremens*); les sentiments expansifs, l'agitation, la fureur, sont les caractères dominants de ces accidents.

2° Une intoxication alcoolique subaiguë, qui survit à l'action immédiate de la cause, et correspond tantôt à la folie alcoolique de M. Marcel, tantôt à une forme de lypémanie particulière, liée à des troubles du côté de la motilité. Ici les sentiments dépressifs sont le caractère dominant.

3° Enfin une intoxication chronique, qui a déterminé dans le système nerveux central des altérations de structure ou de fonctions qui produisent les symptômes ordinaires des différentes formes de folie.

Sur les 102 malades (60 en 1857 et 42 en 1858) entrés à Charenton, et chez lesquels les habitudes de l'alcoolisme ont été notées, M. Thomeuf a trouvé 12 fois une forme de lypémanie qui lui a paru spéciale à l'intoxication alcoolique. Dans le service des femmes, il a rencontré deux fois cette même forme de lypémanie, et elle s'est présentée une fois à la Maison impériale de santé dans le commencement de l'année 1859. C'est à l'aide de ces quinze observations que l'auteur a tenté la description de cette forme spéciale de délire mélancolique que nous allons esquisser d'après lui.

Et d'abord, depuis combien de temps ces malades s'adonnaient-ils à la boisson? L'habitude de l'ivrognerie remontait chez quelques-uns à un grand nombre d'années; chez la plupart à deux ou trois ans; chez deux malades à trois ou six mois.

La nature de la boisson a, comme on le sait, une grande influence sur le développement et le caractère de l'affection. C'est ainsi que M. le professeur Trousseau, dans son étude sur l'action de l'alcool sur l'organisme, a remarqué que les vins de Champagne et ceux du Rhin, que l'eau-de-vie de grain et de pommes de terre présentaient de saillantes particularités.

Les sujets observés à Charenton buvaient de l'eau-de-vie de Paris, de l'absinthe et du gros vin; quelques-uns buvaient de l'eau-de-vie seulement. Or, comme l'a très-judicieusement dit M. le professeur Bouchardat, le vin que l'on consomme chez les détaillants est composé d'une petite quantité de vin auquel on ajoute de l'alcool avec un peu de matières colorantes. A la rigueur, on peut donc considérer l'eau-de-vie comme ayant été la boisson la plus ordinaire.

Il a été difficile à M. Thomeuf d'avoir des renseignements précis sur la quantité des liquides absorbés; cependant il a su que quatre malades buvaient jusqu'à dix bouteilles de vin par jour, et qu'un autre buvait de l'eau-de-vie même à ses repas. Leur âge a varié de 27 à 55 ans; dix parmi eux avaient de 37 à 39 ans; 7 appartenaient à la profession de marchand de vins-traiteur, 4 étaient ouvriers, 1 marchand de bois, 1 matelot, et les 2 femmes étaient l'une bottière et l'autre bijoutière.

Leur constitution était excellente; leur caractère, si ce n'est dans deux cas, était parfait, expansif avant le début de l'affection. Quant à l'hérédité, son influence s'est manifestement fait sentir : les parents de 4 malades étaient eux-mêmes ivrognes et avaient succombé à des affections apoplectiques.

Deux ordres de symptômes se sont présentés à l'observation de M. Thomeuf : 1° les symptômes psychiques, et ils ont été les plus importants; 2° les symptômes physiques.

Symptômes psychiques. — Les hallucinations sont le symptôme dominant. Ce trouble des sensations amène à sa suite le délire de la pensée, puis arrive la perversion des sentiments affectifs et des instincts. Les hallucinations, dit l'auteur, acquièrent ici un degré d'importance extrême, vu qu'on découvre chez elles des caractères propres, pour ainsi dire pathognomoniques. Au premier abord, il est vrai, elles paraissent différer : celui-ci voit des hommes qui veulent l'assassiner; celui-là, à une table d'hôte, entend des individus qui se moquent de lui; un autre voit et sent des vipères et des crapauds qui le *pincent*, mais, en résumé, on peut dire d'une manière générale, comme l'a déjà très-bien fait observer M. le docteur Marcel, que chez ces malades les hallucinations ont pour effet constant de déterminer une impression morale pénible, et souvent même une terreur profonde.

L'hallucination de l'ouïe s'est présentée sur 15 cas 12 fois d'une manière très-nette; l'hallucination de la vue 11 fois; celle du toucher 2 fois; celle du goût une fois.

Voici, du reste, une très-intéressante observation que M. Thomeuf a prise dans le service de M. Calmeil, et qui décèle d'une manière toute particulière la nature triste des hallucinations dues à l'alcoolisme.

Lypémanie alcoolique avec symptômes de paralysie générale; période d'excitation, amélioration notable, tendance hypochondriaque.

G..., trente-neuf ans, marchand de liqueurs, marié, ayant une fille de dix ans, bien portante, est né à Bourges et demeure à Oudan (Seine-et-Oise). Les renseignements nous sont donnés par un de ses amis qui ne l'a pas quitté depuis dix ans. Depuis cette époque, G... se livre à la boisson; il buvait généralement du vin rouge et surtout beaucoup d'eau-de-vie, jamais d'absinthe.

Il était autrefois très-intelligent, avait tenu pendant plusieurs années une pharmacie, et avait depuis quelque temps acheté un fonds d'épicerie et de marchand de vins, pour satisfaire plus facilement son goût pour les boissons alcooliques. Il était dipsomane depuis longtemps; quand il était ivre, ce qui lui arrivait fort souvent autrefois, il était toujours gai.

Huit jours après la suite d'une orgie, dans les premiers jours de février 1858, orgie qui était modérée comparativement à celles qu'il faisait ordinairement, il se plaint des symptômes suivants : pesanteur dans la tête, affaiblissement de la vue; il est assiégé continuellement de bourdonnements et de sifflements d'oreilles, éprouve une faiblesse extrême dans les jambes; ses mains et ses bras sont tremblants.

Il a perdu complétement l'appétit; la soif est très-vive, le sommeil a disparu; il voit des soldats, des fils électriques qui le font parler, des rats et des souris; il a de l'or dans les mains, et cependant il est en faillite, est condamné pour vol, pour le vice de l'ivrognerie, pour avoir tué Louis-Philippe. Son ami, sa femme et sa fille, pour lesquels il avait autrefois une grande amitié, sont ses complices, et il les prend en aversion.

Il entend enfin des voix qui lui disent qu'il se grise à la cave, que sa fille est celle d'un condamné; il discute avec le président du tribunal, qui lui parle constamment. Une autre voix lui dit qu'il faut se mettre nu; sa bouche est remplie d'objets qui répandent une mauvaise odeur; ses pieds et ses jambes sont couverts de puces et d'écrevisses qui le piquent. — Saignée de 500 grammes; bain de deux heures; purgatif.

Cette première attaque de folie dura dix huit jours; G... devint triste jusqu'au mois d'août, tout en continuant son commerce.

Le 15 août, sans avoir fait plus d'excès que d'habitude (il buvait la valeur de quatre ou cinq verres d'eau-de-vie avec ses clients), il fut pris d'une deuxième attaque qui présenta les mêmes symptômes.

Le 10 septembre, les hallucinations de la vue et de l'ouïe persis-

(1) *De la folie alcoolique*, thèses de Paris.

tent; il se croit toujours poursuivi, il pleure et se roule par terre. — Un purgatif salin et une potion opiacée le calment complétement.

Depuis un mois, G... présente des tremblements très-marqués dans les muscles de la face, aux membres supérieurs et inférieurs; il se croit encore en butte aux mêmes persécutions, et sa femme se décide à l'envoyer à Charenton, quoiqu'elle reconnaisse que l'agitation est moindre qu'il y a huit ou dix jours.

Examen du malade, 18 novembre. — Le malade est petit, fortement constitué; il nous dit cependant avoir beaucoup maigri depuis un an. Des tressaillements très-marqués des muscles de la face frappent d'abord notre attention; la langue est un peu tremblante; léger embarras dans la prononciation; les pupilles sont égales; il serre également les deux mains, mais elles présentent un léger tremblement, ainsi que les bras; quand on lui fait lever les jambes, les pieds présentent aussi des tremblements; la sensibilité est obtuse aux mains et à l'avant-bras, ainsi qu'aux pieds et aux jambes. La céphalalgie, qui existait il y a quelques jours, a disparu; l'appétit est nul, la langue est rouge et sèche, la soif est vive, le pouls est normal.

G... raisonne très-bien; il sait parfaitement où il se trouve, et pourquoi on l'a conduit dans une maison de santé. Il se rappelle parfaitement tout ce qui s'est passé, et nous décrit, comme nous venons de le faire d'après les renseignements de son ami, les principales phases de sa maladie, qu'il fait remonter à dix mois. — Orge nitré, 2 gr.; bain d'une heure et demie; bain de pieds sinapisé le soir.

Le 19, mêmes symptômes. — Bain de son d'une heure et demie.

Le 20, limonade Rogé; bain de pieds sinapisé le soir.

Le 21, G... a été agité toute la nuit; il avoue lui-même, ce qui est confirmé par ses voisins et le chef de la division, qu'il croyait voir sous son lit des voleurs, des gendarmes. Maintenant il est encore sous l'influence de la peur; il croit qu'il va être tué; il prend un de ses voisins pour un fantôme qui le poursuit et veut lui faire du mal. — Julep; 0,06 extr. d op. On le passe à la 8e division, quartier des agités.

Le 22, il a été toute la journée et la nuit agité; état fébrile. — Bain de quatre heures.

Le 23, l'excitation est moindre; le pouls est à 70.

Le 24, le délire a complétement disparu. On le descend à la division des convalescents.

Le 25, les tressaillements des muscles de la face sont très-marqués; tremblement des bras et des mains; langue rouge, un peu sèche; constipation. On commence alors un traitement journalier pendant quinze jours. — Aloès, 0,20, et un bain d'une heure et demie.

Eruption furonculeuse au cou et aux fesses; G... nous avoue qu'il a encore peur la nuit; il craint aussi de se voir ruiné en n'assistant pas aux ventes des fêtes de Noël. Il écrit à sa femme une lettre très-sensée pour la prier de le reprendre, et sort le 23 décembre, présentant encore des tressaillements marqués des muscles de la face et quelques idées de persécution.

Post-scriptum. — Nous avons reçu le 20 mars les renseignements suivants :

M. G... n'a pas bu de liqueurs alcooliques depuis sa sortie de Charenton; il s'est remis à ses affaires, qu'il dirige mieux qu'avant son entrée dans la Maison impériale de santé; son caractère est à peu près égal; il est cependant triste par moments; il n'a plus la moindre défiance et ne craint plus qu'on se moque de lui, sentiments qu'il reconnaît avoir éprouvés à Charenton; il a encore quelques rêves. Il éprouve dans ce moment des frémissements et des picotements insupportables à la peau, ce qui le rend parfois assez triste, parce qu'il craint le retour de ses anciens accès; les tremblements ont disparu en grande partie.

Jamais M. le docteur Thomeuf n'a rencontré une hallucination de nature gaie : le délire dans cette affection conserve donc toujours son caractère sombre et mélancolique.

Les conceptions délirantes revêtent également une teinte de profonde tristesse : de là les idées de persécution. Ainsi on accuse l'un d'eux d'être un ivrogne, et il ne pense plus qu'à se jeter par la fenêtre pour se soustraire au déshonneur, et du reste cette tendance au suicide s'observe très-fréquemment. Celui-ci est accusé d'avoir violé sa fille, et il veut se livrer à la justice pour subir le châtiment qu'il mérite. Celui-là entend des voix qui lui disent qu'il est un misérable, parce qu'il a eu la vérole; il se croit pourri; sa verge est sur le point de tomber. Un autre, enfin, est convaincu qu'il n'est plus homme; il est une femme, il est une chienne.

La faculté de l'attention est toujours plus ou moins lésée. Il faut toujours en effet élever la voix, attirer le regard ou répéter la question, pour avoir une réponse.

La mémoire est généralement affaiblie.

L'inquiétude, le délire des persécutions, amènent la perversion ou l'abolition des sentiments affectifs; les malades prennent en haine les personnes qui leur étaient primitivement les plus chères.

La jalousie, ce délire des passions, est quelquefois très-marquée. Les instincts eux-mêmes sont parfois pervertis.

Réduite à son état le plus ordinaire, la mélancolie alcoolique suit une marche en général assez simple, et nous en trouvons la preuve dans le fait suivant, par exemple :

Lypémanie alcoolique simple.

A..., âgé de 36 ans, commis-voyageur, né dans le département de l'Eure, entre à Charenton le 8 août 1857.

Education élémentaire, beaucoup d'intelligence, caractère bon; il aimait beaucoup le monde; santé physique très-bonne.

Une de ses sœurs aurait eu un dérangement intellectuel très-court après avoir sevré sa petite fille.

Pas d'hérédité, ni d'accès de folie antérieure, ni aucune autre maladie nerveuse; il se livrait à des excès de boisson depuis très-longtemps; autrefois, abus d'absinthe et de vin blanc; il était dans un état d'ivresse presque continuelle et toujours gaie.

Depuis six mois, il a présenté cinq ou six fois des accès de mélancolie. Pendant un voyage qu'il fit dans les mois de juin et juillet derniers, sa femme reçut de lui une lettre très-froide, ce qui n'était pas dans ses habitudes.

Revenu depuis quelques jours de son voyage, il s'est plaint d'avoir été bafoué à une table d'hôte par ses amis, et cela peu de temps après son départ. Aujourd'hui il a ses hallucinations très-actives de la vue et de l'ouïe.

Le 8 août, il croyait qu'on allait le poursuivre pour avoir violé une jeune fille de 15 ans.

Le 9 août il n'a cessé de se lamenter pendant le jour; il disait qu'il était fou, qu'on allait le renfermer à Bicêtre. Pendant la nuit, il est resté trois heures accoudé sur les barreaux de sa fenêtre, causant avec le télégraphe électrique. Voici quelques lambeaux de cet entretien :

D. Suis-je fou ?

R. Oui.

D. Suis-je fou furieux ou fou calme ?

R. Vous êtes fou calme.

D. Dois-je aller dans une Maison de santé ?

R. Oui.

D. Est-ce à Bicêtre, à Charenton ou à la Maison Dubois ?

R. Vous irez à Bicêtre.

Une discussion formidable s'engagea alors : « Je n'irai pas; vous irez, etc. »

Le 10 août, il croit que sa femme lui a fait des infidélités, qu'elle a une maladie vénérienne; les hallucinations l'obsèdent continuellement. Depuis cinq jours, il n'a pu goûter que quelques heures de repos; ses affaires l'occupent beaucoup; il n'a pas ce qu'il lui faut, assez d'argent pour suffire à son ménage.

Aujourd'hui ce sont les sergents de ville qui jouent un grand rôle dans ses hallucinations : « Les voilà qui viennent me chercher. » Une chose assez bizarre dans son délire, c'est qu'il entend toujours des voix quand il est couché du côté où sa tête repose.

Traitement. — Il a pris, avant de venir à Charenton, deux purgatifs; plus, les autres jours, 15 centigrammes d'extrait d'opium, et un bain à 30 degrés.

Il refuse de répondre aux questions qu'on lui adresse; on l'envoie au bain en le menaçant de la douche; il fait alors des demi-aveux, il avoue converser avec le télégraphe électrique; il demande à voir sa femme, qu'il croit renfermée dans la maison. On lui dit qu'elle n'y est pas; alors il la croit morte. — Bain de deux heures, julep opiacé.

Les 13, 14 et 15, même délire.

Le 29, le malade est dans d'excellentes conditions; il conserve cependant une teinte de mélancolie.

Le 29, il sort sur la demande de sa famille.

Dans la majorité des cas, M. Thomeuf a remarqué que le sommeil était affaibli et même perdu pendant toute la durée de la maladie. C'était pour un certain nombre le moment des hallucinations les plus effrayantes, des rêves les plus affreux. Ceci se comprend facilement : les malades qui ont été sous l'influence de l'intoxication alcoolique sont profondément déprimés. Or, tout le monde sait que cette dépression de forces donne aux idées un caractère de tristesse, qui s'exagère encore par le silence et surtout par l'obscurité.

Dans un prochain article, nous achèverons l'analyse de ces nouvelles recherches sur l'alcoolisme.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Allongement avec hypertrophie du col de l'utérus.

Prolapsus utérin au septième mois de la gestation. — Accouchement prématuré; dystocie produite par l'état du col; incisions multiples du col — Huit mois plus tard, avortement accompagné d'une métrorrhagie très-grave; bon effet des injections froides dans l'utérus.

Par M. le docteur Eoché, de Pont-sur-Yonne,
ancien aide de clinique externe et d'accouchements à Strasbourg.

Au moment où l'Académie de médecine vient de retentir d'une discussion très-animée au sujet de l'allongement hypertrophique du col utérin, l'observation suivante, qui est un des exemples les plus remarquables que je connaisse en ce genre, me paraît toute d'actualité; elle présente d'ailleurs un grand intérêt pratique sous le rapport des accidents graves qu'a déterminés deux fois cet état anormal du col utérin.

Le 3 août 1856, je fus appelé pour donner des soins à N. M..., femme Guer, âgée de vingt-quatre ans. Cette jeune femme, primipare, grande, brune, ayant les hanches très-larges, était enceinte de sept mois. Réglée à l'âge de dix-sept ans, elle éprouva, quelques années après, de légères douleurs dans les lombes, un sentiment de pesanteur dans le bassin et dans les aines, qui ne l'empêchèrent pas de se livrer aux rudes travaux des champs. Sa grossesse, pendant laquelle elle n'a pas été saignée, n'a rien offert de particulier jusqu'à six mois; à cette époque, elle ressentit des tiraillements dans les lombes et dans les aines, et éprouva dans le petit bassin un poids incommode. Malgré cela, elle n'interrompit pas un instant ses travaux des champs jusqu'au 2 août, jour où elle fut forcée de s'aliter après avoir moissonné toute la journée.

Voici ce que j'observai :

L'utérus, un peu moins élevé qu'il ne l'est à sept mois de gestation, est douloureux au toucher, il paraît abaissé et plongé dans le bassin. La femme se plaint de la présence d'un corps qui fait saillie au dehors de la vulve, et qui tend à s'échapper de plus en plus. Au delà des grandes lèvres apparaît un corps cylindrique, ayant à son extrémité une fente transversale et deux lèvres, reconnaissable pour le museau de tanche; ce corps, desséché, d'un rouge violacé, représentant assez bien le col d'une petite cornue, ayant 7 centimètres de long, se continue avec le segment inférieur de l'utérus, à travers lequel je sens la tête d'un fœtus. Après avoir donné une position convenable à la femme en abaissant la tête et en soulevant le bassin, je relève avec peine l'utérus avec la main introduite dans le vagin; j'applique un pessaire circulaire, qui, ne pouvant rester en place, est remplacé par un autre à tige, que je maintiens à l'aide d'un bandage de corps. Le pouls n'est pas fébrile, et l'état général est satisfaisant. J'engage la malade à rester dans la position où je l'avais placée.

Dans la nuit le travail de l'accouchement se déclare, le pessaire est fortement repoussé par le col. Je l'enlève à mon arrivée le 4, à six heures du matin, et aussitôt le col, dont l'orifice est plus entr'ouvert, apparaît au dehors de la vulve. Le pouls est accéléré, dur, la face rouge, les contractions assez fortes; saignée de 600 grammes. A chaque contraction le col s'avance davantage au dehors; je le soutiens avec trois doigts. A onze heures du matin, je puis introduire en entier le doigt indicateur dans sa cavité; il s'y loge comme dans un doigt de gant. Je sens à l'extrémité l'orifice interne non dilatable; je puis néanmoins reconnaître une deuxième position du sommet; les contractions devenant plus faibles et le vagin étant très-sec, je fais placer pendant une heure la femme dans un bain. Les contractions paraissent se ranimer; cependant le travail n'avance pas; j'introduis deux doigts dans la cavité du col, mais il est impossible de franchir l'orifice interne. A cinq heures, j'appelle en consultation M. le docteur Papulus, mon beau-père, qui est surpris de cette singulière conformation, et me dit n'avoir jamais rien observé de pareil dans une pratique très-étendue des accouchements pendant trente ans : je lui propose de faire des incisions multiples sur le col, il me conseille d'attendre encore, de donner un deuxième bain, de continuer à dilater avec les deux doigts introduits dans l'intérieur de la cavité du col, et dans le cas où les contractions ne seraient pas plus fortes, d'administrer avec prudence le seigle ergoté tout en soutenant l'utérus, qui paraît à l'entrée de la vulve, au moment des contractions, pour l'empêcher de sortir au dehors. Je suis ces conseils sans résultat. Après l'administration d'un gramme de seigle ergoté, les contractions sont plus fortes; mais à neuf heures du soir, la dilatation a atteint à peine la largeur d'un petit écu, malgré l'énergie des contractions. Je perce la poche des eaux, qui est bouchée; la tête vient alors s'appuyer fortement sur le pourtour de l'orifice interne, mais malgré l'énergie des contractions, la dilatation ne présente que le diamètre d'une pièce de cinq francs, à travers lequel le cuir chevelu tuméfié fait saillie. A dix heures rien ne change, malgré les contractions expultrices les plus énergiques; craignant alors ou une rupture de l'utérus, ou la sortie complète de ce viscère, je me décide à faire des incisions multiples sur toute l'épaisseur du col, de simples mouchetures n'ayant eu aucun résultat.

Pendant l'intervalle d'une contraction, j'introduisis un doigt entre le cuir chevelu et l'orifice interne, et avec un bistouri boutonné porté à plat sur la pulpe de ce doigt, j'incisai avec la plus grande facilité l'épaisseur du col : deux incisions de ce genre n'ayant pas suffi, j'en pratiquai une troisième; à peine était-elle achevée que la tête franchit l'orifice. L'hémorrhagie fut presque nulle, et comme j'agissais à ciel ouvert, l'opération, qui ne causa aucune douleur, fut des plus faciles. L'enfant, qui pesait deux kilos et demi, ne pût être rappelé à la vie; l'utérus après l'accouchement rentra de lui-même, et au bout d'un quart d'heure j'opérai facilement la délivrance. Les suites de couches furent des plus heureuses; il n'y eut pas même de fièvre. La sécrétion du lait n'eut lieu que le cinquième jour.

Dans les efforts que fit l'accouchée pour aller à la selle au bout de six jours, le col, portant les traces de trois incisions qui avaient été faites, sortit au dehors de la vulve: il avait alors 6 centimètres. La réduction en fut facile. Pour le maintenir, je tamponnai le vagin avec du linge usé, que je remplaçai au bout de quinze jours par un pessaire de caoutchouc rempli d'air. La femme, au bout de cinq semaines, reprit ses rudes travaux, et abandonna souvent son pessaire.

Elle devint enceinte de nouveau vers la fin de décembre. Elle avait une grossesse assez heureuse et n'éprouvait d'autre incommodité qu'une pesanteur dans le vagin, quand, le 25 mars 1857, elle eut l'imprudence de faire sept lieues dans une mauvaise charrette. Depuis, elle éprouva des douleurs de reins, et le 29 mars, après avoir travaillé toute la journée, elle fut prise d'une métrorrhagie très-abondante. Appelé de suite à six heures du soir, voici ce que j'observai : le col utérin, ayant la forme et les dimensions déjà décrites, fait une saillie de 3 centimètres en dehors de la vulve; il est trifurqué; le sang s'échappe en abondance par l'orifice externe; la poche des eaux, en forme de boudin, fait saillie au dehors; la femme est pâle, elle a perdu une grande quantité de sang; son pouls est précipité, faible; elle a des éblouissements, des vertiges. Je perce de suite la poche des eaux; le doigt indicateur, introduit tout entier dans la cavité du col qui le coiffe, arrive avec peine à l'orifice interne, peu dilaté et obstrué de caillots de sang. Comme l'hémorrhagie continuait à flots malgré l'écoulement des eaux, je donne une position convenable; je fais couvrir le ventre et les cuisses de serviettes trempées dans l'eau froide. Malgré cela, l'hémorrhagie continue; la vue s'affaiblit; il survient des tintements d'oreilles et une lypothymie. Je saisis une seringue que j'avais sous la main, et j'injecte avec douceur dans l'intérieur de l'utérus un litre d'oxycrat, parties égales de vinaigre et d'eau froide. Je n'ai pas besoin de dire que la position du col rendit cette petite opération des plus faciles. En moins d'une minute, l'hémorrhagie cessa complétement; les contractions utérines se déclarèrent, la femme reprit connaissance. Au bout d'un quart d'heure, je sentis un pied dans la cavité du col; je le saisis, et il fut bientôt suivi du reste du corps : le cordon cassa. Il était impossible d'attirer le placenta au dehors en tirant dessus.

J'avais envoyé chercher en toute hâte 3 grammes de seigle ergoté. Je les administrai de quart d heure en quart d'heure, et au bout d'une heure je pus retirer le placenta. Depuis l'injection, l'hémorrhagie n'a pas reparu. Les suites de couches furent également très-heureuses; les lochies furent peu abondantes, et à part la pâleur, la faiblesse et une céphalalgie qui arrivent généralement dans cette circonstance, il n'y eut rien de remarquable.

Cette femme, aussitôt qu'elle fut rétablie, porta un pessaire; elle devint enceinte pour la troisième fois, elle ne quitta plus son pessaire qu'au moment de l'accouchement, qui eut lieu très-heureusement le 23 mai 1858. L'accouchement ne dura que quatre heures, le col s'effaça facilement, l'orifice se dilata sans peine, et la tête le franchit sans difficulté.

Dans le cas qui fait le sujet de cette observation, existait-il un

abaissement de l'utérus concurremment avec l'allongement hypertrophique du col, ou bien l'exagération de cet organe aurait-elle constitué à elle seule l'abaissement, comme cela arriverait presque toujours d'après M. Huguier? L'examen que j'ai été à même de faire de l'utérus dans l'état de vacuité et de plénitude, m'a convaincu qu'il existait bien un abaissement de l'utérus compliquant l'allongement hypertrophique du col. L'abaissement de l'utérus à une époque où ce genre de déplacement disparait quand il existe doit être attribué à l'excessive ampleur du bassin; il a été favorisé par les travaux pénibles auxquels se livrait cette femme.

L'allongement hypertrophique du col porté à un degré si considérable, n'a jamais causé de gêne à cette femme en dehors de la gestation, mais deux fois il a été une cause de dystocie et a produit des accidents graves qui ont failli compromettre les jours de la femme. Si un troisième accouchement a été prompt et facile, ne doit-on pas l'attribuer aux incisions faites sur le col, dont les plaies ne se sont pas réunies par première intention? Les bains généraux, l'introduction d'un puis de plusieurs doigts dans l'intérieur du col, étaient des moyens rationnels pour amener la dilatation; on aurait pu également employer la pommade belladonée, que j'ai regretté de n'avoir pas sous la main, bien que j'aie lieu de douter qu'elle ait été plus efficace que les deux autres moyens; mais n'ayant obtenu aucun résultat, et l'utérus menaçant de se rompre ou de sortir complétement dans la violence des contractions, il était urgent d'inciser le col.

Les incisions ont dû être multiples et intéresser toute l'épaisseur du col; elles n'ont causé ni douleur ni hémorrhagie, et n'ont eu aucune suite fâcheuse; et comme j'opérais *à ciel ouvert*, je n'ai éprouvé aucune difficulté et j'ai pu tout observer *ex visu*. Dans l'avortement, la rupture des membranes, l'application extérieure d'eau froide n'ayant pas arrêté l'hémorrhagie, il me restait encore à employer le tamponnement du col ou les injections froides dans l'utérus; j'ai préféré ce dernier moyen comme plus expéditif et sujet à bien moins d'inconvénients que le premier; je ne pus employer dans ce moment le seigle ergoté, que je n'avais pas sous la main, et qui plus tard a été très-utile pour la délivrance, après la cessation de l'hémorrhagie; d'ailleurs j'ai peine à croire qu'il aurait eu un résultat aussi prompt dans une circonstance où quelques moments de retard pouvaient occasionner la mort.

AMPUTATION PARTIELLE DU SEIN;

Réunion immédiate. — Guérison rapide.

Par M. le docteur A. Puech, chirurgien chef interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon.

A notre époque, époque de réaction s'il en fut, il n'est sorte de griefs qu'on n'ait reprochés à l'instrument tranchant. A en croire ses détracteurs, il exposerait à l'érysipèle, à la phlébite, à l'infection purulente, etc. La cautérisation, au contraire, n'aurait point les mêmes inconvénients; moins brillante dans son action, elle serait plus efficace dans les résultats. On pourrait en appeler de ces assertions, mais comme cela m'entraînerait trop loin, je me bornerai à dire que cette dernière, préférable dans certains cas, ne saurait l'être dans tous, et qu'elle a les mêmes inconvénients que le bistouri.

A part la méthode diaclastique, qui est morte aussitôt que née, les tentatives de MM. Maunoury et Girouard (de Chartres), qui n'ont eu que peu d'imitateurs, l'instrument tranchant règne sans conteste dans les amputations. Dans neuf cas où nous avons dû y recourir pour des lésions diverses (3 fois à la cuisse, 3 fois à la jambe, 3 fois au bras), nous n'avons perdu qu'un malade d'infection purulente. Pour le dire en passant, c'est le seul exemple que nous ayons été à même d'observer, et comme on le verra plus loin, on ne saurait attribuer ce résultat fâcheux à l'action de l'instrument tranchant. Les caustiques sont plus rationnellement applicables aux tumeurs cancéreuses en général et aux tumeurs malignes du sein en particulier. Néanmoins, on ne saurait y recourir indistinctement, à part les cas où l'ulcération est plus large qu'épaisse, où les téguments sont envahis dans une grande étendue, le bistouri doit être préféré. Grâce à l'anesthésie, on peut épargner les douleurs, et par l'état de la plaie on peut espérer une prompte cicatrisation; dans six cas, où l'on a dû recourir à l'extirpation, on compte un même nombre de succès. A l'exception d'un cas où l'on ne pouvait pas combler sans tiraillement la perte de substance, la réunion immédiate fut tentée avec un plein succès dans les cinq autres; je me bornerai à en citer un exemple :

Angélique R..., âgée de soixante-six ans, entrée le 25 octobre 1858, au numéro 11, est une femme forte et encore vigoureuse. Malgré son âge elle s'est toujours bien portée. Elle a eu trois enfants, qu'elle a nourris, et n'a eu mal aux seins qu'à son premier accouchement. Elle n'a jamais reçu de coup sur les seins, mais en sa qualité de blanchisseuse elle lave dans une caisse et a dû s'appuyer contre le rebord. Quoi qu'il en soit de cet incident d'assez minime importance, elle s'aperçut, il y a dix-huit ou vingt mois, d'une petite grosseur du volume d'une noisette. Cette tumeur, qui se développa sans douleur, siégeait au-dessus et à droite du mamelon; de là elle s'est étendue, et a actuellement le volume d'un œuf de dinde.

Le sein malade, un peu plus volumineux que son congénère, présente au-dessus du mamelon une saillie convexe très-marquée. Le mamelon est déprimé, mais point trop sensiblement déformé, seulement l'aréole brunâtre est bosselée; au-dessous la consistance est mollasse et les tissus paraissent sains; au-dessus on a la sensation d'une dureté et de nombreux mamelons. Cette sensation existe encore dans un petit tubercule situé au voisinage du sternum, et qui paraît indépendant de la tumeur principale.

Quoique ce soit là une tumeur squirrheuse, elle n'est le siége d'aucune douleur, soit spontanée, soit provoquée; la pression ne réveille aucune sensation particulière. Les ganglions de l'aisselle ne sont point engorgés, et sous le rapport de l'hérédité il n'y a rien à noter.

L'extirpation fut pratiquée le 30 octobre, en présence de MM. Long et Cornibert.

La malade, couchée sur un lit, fut chloroformisée; le sommeil anesthésique ne fut complet qu'au bout de cinq minutes. Pour enlever du même coup et la tumeur et le tubercule isolé, je fis deux incisions qui le prenant pour point de départ, décrivaient une courbe en sens inverse et venaient se joindre au dehors. Au niveau du tubercule, une artériole ayant donné abondamment, fut liée sur-le-champ. Cette précaution prise, on enleva rapidement la tumeur, car elle n'avait pas contracté d'adhérences et avait respecté le tissu cellulaire, qui siégeait au-devant du grand pectoral. La plaie fut épongée à sec; on lia une artériole au niveau de l'angle externe de la plaie, et on en tordit une troisième qui provenait du restant de la glande mammaire, qui était saine. Les fils à ligature furent amenés l'un à l'angle externe, l'autre à l'angle interne, et fixés avec du sparadrap. On apposa sept points de suture et on laissa à l'angle externe un vide de 2 centimètres, car l'abondance du tissu cellulaire donnait lieu de penser qu'à ce niveau la réunion immédiate échouerait. Après avoir lavé légèrement cette plaie, qui n'avait pas moins de 18 centimètres, la malade fut apportée dans son lit.

Elle n'avait nullement souffert, et éprouva quelques nausées suivies de vomissements de quelques gorgées de tisane. J'attribue ce léger accident, qui se présente parfois, à l'action du chloroforme.

La tumeur enlevée a le volume d'une pomme; on a emporté le mal dans son entier. Coupée dans son diamètre longitudinal, de manière à respecter le mamelon, elle crie légèrement sous le scalpel, et présente, au milieu d'une ceinture de tissu cellulaire jaune, une masse plus ou moins irrégulière de substance lardacée. Cette substance hétéromorphe, raclée, fournit un liquide peu abondant, comme laiteux; c'est le suc cancéreux. En divers sens, il existe des îlots de matière cancéreuse irrégulièrement distribuée, et nulle part nettement délimitée. Il y a tout autour de ces îlots des prolongements irréguliers dans le tissu cellulaire jaunâtre ambiant. Le tubercule est constitué par un noyau de tissu cellulaire induré; on entre existe comme une traînée de matière hétéromorphe. Par des circonstances indépendantes de notre volonté, la pièce ne put être examinée au microscope. Elle a été déposée au musée anatomique de l'Hôpital de la marine.

A la visite du soir, le pouls est bon; il y a de la chaleur à la peau; une légère moiteur survient dans la soirée. La plaie ne suinte point; la malade est souriante et se trouve très-bien. — Bouillon; tisane de fleurs d'oranger.

Le 2 novembre, la malade a bien reposé. Depuis l'opération, la plaie présente un peu de tension, de rougeur de bonne nature; le pouls est bon et l'appétit vif.

Le 3, l'angle externe de la plaie fournit un peu d'écoulement sanguin, qui augmente quand on tire sur le fil à ligature; la réunion immédiate a eu lieu sur le reste de la plaie. — Quart; tisane d'orge édulcorée avec de la gomme.

Le 5, l'angle externe fournit un peu de pus; l'état général reste toujours satisfaisant.

Le 8, la ligature interne est tombée et les points de suture ont été enlevés. Toujours de la suppuration à l'endroit susindiqué. Ce pus est chassé avec ménagement à chaque pansement.

Le 10, la dernière ligature est tombée aujourd'hui; l'état de la plaie se modifie avantageusement. — On donne la demie.

Le 11, il n'y a plus de suppuration, et la plaie est complétement réunie. Depuis quelques jours il règne un temps excessivement humide, il pleut à chaque instant; la malade, malgré cela, va dans la cour, et il survient une légère douleur à l'angle externe de la plaie; de la rougeur s'y joint, et le 16, les lèvres, légèrement décollées dans l'étendue d'un centimètre, fournissent un peu de pus. En même temps, un petit abcès s'est formé sur le parcours d'un point de suture; il fournit, lui aussi, un peu de pus. Quelques cataplasmes méthodiquement appliqués font disparaître cette légère complication; la rougeur s'efface, la suppuration diminue, et le 21, jour de la sortie, elle a complétement disparu.

Malgré l'existence d'un tissu cellulaire abondant et l'étendue considérable de la plaie, la réunion immédiate a été obtenue en moins de douze jours, et la malade était totalement guérie, lorsque, par suite de circonstances atmosphériques exceptionnelles à Toulon, une légère inflammation de la cicatrice est survenue. Quoique cet incident soit venu retarder la sortie de notre malade, cette observation n'en reste pas moins un exemple de prompte réussite.

La réunion immédiate, si dépréciée ailleurs, nous a fourni une série de beaux résultats; aussi est-elle notre règle de conduite, à quelques exceptions près. Ses avantages ne sauraient être douteux, et quelque nombreux qu'aient été les cas où nous l'avons employée, nous n'avons jamais observé qu'il en résultât quelques inconvénients. Cela tient-il à des circonstances climatériques particulières, ou bien à des conditions hygiéniques plus favorables? Cela est probable, car, sans cela, je serais tenté de croire qu'on l'a, de parti pris, rejetée de la pratique des hôpitaux de Paris. (*Extrait d'un compte rendu clinique de l'Hôtel-Dieu de Toulon.*)

MODIFICATION AU SPÉCULUM.

Par M. le docteur Andrieux (de Brioude).

Je lis dans la *Gazette des Hôpitaux* du 18 courant, un article de M. Elleaume, au sujet d'une modification qu'il vient de faire subir au spéculum à enroulement. La difficulté que l'on éprouve parfois à charger le col de la matrice en antéversion est réelle; mais l'auteur exagère en disant « qu'il est étrange que l'on n'ait « pas songé à modifier l'instrument. » Il y a longtemps que l'on a cherché à vaincre la difficulté, et l'idée de tailler le spéculum en biseau n'est pas nouvelle.

En effet, sans remonter plus loin, vers 1830, Mme Boivin a fait construire un levier spécial pour ramener le col dans le spéculum. Il y a plus de vingt ans, Colombat imagina dans le même but un instrument un peu différent, et il y a plus longtemps encore, si mes souvenirs me servent bien, que l'on a taillé en biseau l'extrémité utérine du spéculum.

En 1843, j'ai fait subir au spéculum à enroulement une modification qui me semble rendre l'instrument applicable à tous les cas, sans gêner en rien la manœuvre dans les cas ordinaires.

Voici ce que j'écrivais dans les *Annales d'obstétrique*, t. I, p. 341 (1843):

« ..... Ce fait (la difficulté de charger le col) a frappé tous les auteurs, qui ont donné à ce propos des conseils qui se bornent à dire qu'il faut faire exécuter un mouvement de bascule à l'instrument lorsque le col est porté en arrière, lorsque, en un mot, il y a antéversion. Par ce moyen, on réussit, pourvu que la déviation soit légère; mais souvent les efforts sont inutiles. Pour parer à cette difficulté, on a imaginé de tailler le spéculum en biseau, mais cela ne suffit pas toujours. Mme Boivin a fait fabriquer une sorte de levier pour aller dégager l'organe : assurément le moyen est bon, mais il a l'inconvénient d'exiger deux instruments, et il faudrait avoir toujours avec soi le spéculum et le levier. Nous avons fait subir au spéculum à trois valves, dit de Charrière, une modification très-simple, qui ne change rien ni au volume ni à la facilité de la manœuvre de l'instrument, et qui rend toujours possible l'engagement du col.

» Voici en quoi consiste la modification : la valve glissante a été allongée d'un pouce et demi, et l'éperon de la coulisse a été enlevé. Par ce léger changement, on le conçoit, il est facile, lorsque le col est déjeté en arrière, de pousser la valve mobile sous lui; puis, par un mouvement de bascule et de retrait, de l'amener au centre du tube. Cette modification a été employée déjà plusieurs fois avec avantage, et quelques praticiens, M. Lisfranc entre autres, à qui a été soumis cet instrument, en ont fort approuvé l'idée. M. Lubanski vient de faire adapter cette modification au spéculum plein. »

Une clientèle étendue et les nombreuses maladies de l'utérus qui se sont présentées à l'établissement hydrothérapique de Brioude depuis treize ans, m'ont fourni bien des cas d'antéversion, et j'affirme que je n'ai jamais eu de difficulté à charger le col, grâce au spéculum que j'emploie depuis 1842.

J'ajoute que le spéculum de Fergusson est commode dans les cas où le col est situé très en arrière, mais il l'est beaucoup moins que le mien : en outre, la forme biseautée de cet instrument est gênante dans les cas ordinaires. Avec le spéculum que j'ai modifié, l'application a lieu comme dans les cas simples, et toute la manœuvre consiste à pousser, après que l'instrument est arrivé à la matrice, la valve mobile sous le col, en rasant la paroi rectale du vagin.

En résumé, la modification que j'ai introduite ne change rien à la forme ni à la manœuvre du spéculum enroulé; elle offre une ressource assurée dans tous les cas de déviation.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 juin 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux rapports de M. le docteur Mialet sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Cuzance en 1858;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans le département de la Somme (Commission des épidémies);

3° Un rapport de M. le docteur Peironnel sur le service médical des eaux minérales de la Bourboulle (Puy-de-Dôme);

4° Un rapport de M. le docteur Allard sur le service médical des eaux minérales de Saint-Honoré (Nièvre), en 1857. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Ed. Robin adresse une note sur l'albuminurie et l'insensibilité considérées comme indice d'un état asphyxique. L'auteur réclame à ce sujet la priorité sur M. Bouchut.

Rhumatisme articulaire chronique. — M. Malgaigne lit un rapport verbal sur le *Traité du rhumatisme articulaire chronique ou rhumatisme goutteux*, par M. Robert Adams, chirurgien de l'hôpital Richmond à Dublin. Ce livre est divisé en deux parties : la première considère l'affection sous un point de vue général, et traite en autant de chapitres particuliers, de son histoire, des causes et des symptômes, du diagnostic et du pronostic, des caractères anatomiques et du traitement. La seconde partie la poursuit dans presque toutes les articulations, la hanche, l'épaule, le coude, le genou, le poignet, les articulations de la main, le cou-de-pied et les articulations du pied, les articulations sterno claviculaires et acromio-claviculaires, et enfin dans le rachis. L'ouvrage est terminé par diverses observations particulières, et illustré surtout par de nombreuses planches sur bois et un atlas de 11 planches lithographiées, dont quelques unes coloriées.

Cette affection peut en imposer pour une fracture ou une luxation des extrémités articulaires des os, et M. Adams rapporte divers exemples de cette confusion faite par les chirurgiens les plus distingués

de la Grande Bretagne. M. Malgaigne fait observer cependant que M. Adams a trop de tendance à rapporter à cette affection des déplacements articulaires dont la nature rhumatismale est au moins douteuse. Ceci, dit M. le rapporteur, ramène à la question générale de la nature de la maladie, question qui, si elle était résolue, résoudrait du même coup celle du traitement. Mais les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point, les uns, avec MM. Adams, Gruveilhier, Brodie, attribuant à cette affection une origine inflammatoire, les autres, avec Robert Todd, la rapportant à quelque chose de plus vague, à l'irritation. M. Malgaigne y voit avant tout des altérations de nutrition qui portent encore plus sur le tissu osseux que sur les autres tissus articulaires, et il pense que sur les os ces altérations se rapprochent singulièrement du rachitisme.

L'ouvrage de M. Adams, dit M. Malgaigne en terminant, est une monographie des plus remarquables et des plus complètes, bien qu'il n'ait pas eu connaissance de quelques thèses excellentes publiées sur le même sujet à la Faculté de Paris. Il est juste, en outre, de lui tenir compte des sacrifices qu'il a faits pour cette publication, qui ne saurait compter un bien grand nombre de lecteurs parmi les simples praticiens. Je pense que l'Académie ferait un acte de justice en décidant que l'ouvrage sera déposé très-honorablement dans sa Bibliothèque, et l'auteur inscrit sur la liste prochaine des candidats aux places de correspondants étrangers. (Adopté.)

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national.

Les candidats portés sur la liste de présentation sont MM. Reybard, Bertherand, Parise et Bardinet.

Au premier tour de scrutin, le nombre de votants étant de 57,

M. Bertherand obtient. . . .	36 voix.
M. Reybard	14
M. Parise.	4
M. Bardinet	3

En conséquence, M. Bertherand, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé élu.

RAPPORT.

Remèdes secrets. — M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports sur des demandes d'application des lois et décrets relatifs aux remèdes secrets et nouveaux.

Une petite discussion s'engage à propos d'un de ces rapports relatif à une pétition adressée par un sieur Giordano, de Naples, à l'Empereur, et renvoyée à M. le ministre de l'instruction publique, qui demande l'avis de l'Académie.

M. MOREAU propose d'envoyer un exemplaire de ce rapport, dont les conclusions sont avec raison très-sévères, à M. le procureur impérial, et de mettre ainsi ce magistrat en demeure d'appliquer la loi contre les charlatans.

M. ROBINET fait remarquer que les attributions de l'Académie sont très-nettement déterminées vis-à-vis des pouvoirs publics ; elles consistent à émettre des avis sur les questions qui lui sont soumises, mais il ne lui appartient pas de rappeler à la magistrature l'opportunité de l'application de la loi.

M. CHEVALLIER appuie la motion de M. Moreau ; les exigences et l'audace de M. Giordano rappellent un scandale qui dure encore, et on devrait peut-être profiter de l'occasion qui s'offre aujourd'hui pour réclamer l'application de la loi à qui de droit.

M. TRÉBUCHET fait observer que toutes les questions professionnelles sont soumises à l'Académie par M. le ministre du commerce, et que, par conséquent, c'est à lui seul que l'Académie doit répondre, sauf à M. le ministre à prendre les mesures qui lui paraîtront nécessaires.

M. DUBOIS (d'Amiens) demande à présenter une seule observation à l'occasion de ce que vient de dire M. Trébuchet. L'affaire Giordano n'a pas été transmise par M. le ministre du commerce, mais par M. le ministre de l'instruction publique. Or, puisque M. le ministre de l'instruction publique demande exceptionnellement l'opinion de l'Académie, on peut lui signaler les manœuvres employées par le sieur Giordano, et entre autres le fait de distribuer jusque dans l'Académie des circulaires imprimées portant son adresse.

M. VELPEAU. Il est très-bien, sans doute, de signaler le charlatanisme aux pouvoirs publics et de réclamer contre lui l'application des lois ; mais si les personnes haut placées, desquelles dépend cette application, se trouvent être précisément les clients des charlatans qu'il s'agit de poursuivre, que feront nos réclamations? Si l'administration supérieure a tant de goût pour le charlatanisme, à quoi servira-t-il que nous la mettions en demeure de le réprimer?

Les conclusions de la commission sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

Maladies de la peau à la Martinique. — M. RUFZ lit un travail sur les maladies de la peau à la Martinique. C'est une opinion assez généralement répandue, dit-il, que les maladies de peau sont plus fréquentes, plus graves et plus diverses sous le ciel de la zone torride que dans les climats plus tempérés. L'analogie physiologique suggère naturellement que la peau exposée par sa face externe à une température qui n'est jamais moindre de 20° c., et qui en plein soleil s'élève souvent à 45° c., congestionnée à sa face interne par une incessante et abondante transpiration, doive être plus souvent malade. D'une autre part, l'observation, dans ces pays, portant sur des peaux d'une coloration différente, il semble qu'il doive en résulter dans les maladies cutanées des aspects ou même des formes particulières aussi diverses que dans les végétaux de ces contrées. Il n'en est rien. A la Martinique, les affections cutanées m'ont semblé moins fréquentes et moins diverses qu'à Paris.

Pour la fréquence, M. Rufz fait une réserve fondée sur la difficulté d'établir un terme de comparaison entre Paris et les petites localités. Se bornant à un rapport entre le nombre des malades qui dans une année se sont offerts à lui et le nombre des affections cutanées qui se trouvaient parmi eux, il a trouvé que sur 1,200 individus qui s'offraient à lui pour une première fois, bon an mal an, 30 ou 40 au plus avaient des maladies de la peau.

Pour la diversité, M. Rufz divise les affections cutanées à la Martinique :

1° En celles qu'il n'a jamais vues durant une période de vingt ans ;

2° Celles qu'il n'a vues que rarement ;

3° Celles qui se sont présentées plus fréquemment ;

4° Celles qui lui ont paru particulières à la Martinique, et sans doute aux pays placés dans les mêmes conditions.

Les affections cutanées que M. Rufz n'a point vues à la Martinique sont le favus, la lèpre vulgaire, le psoriasis, la pellagre et la suette miliaire. L'absence de ces affections dans une île éloignée, isolée, dont les communications avec le reste du monde sont restreintes, m'a paru, dit-il, devoir être notée comme pouvant ouvrir une conjecture sur leur étiologie. Cette absence ne serait-elle pas due à ce que les germes végétaux ou animaux; sporules ou animalcules qui leur donnent naissance, d'après les opinions le plus généralement reçues, n'ont pas été importés dans cette île, à cause de la rareté de ses communications.

L'absence de la pellagre à la Martinique est remarquable en ce que cette affection est attribuée à l'action de la chaleur, et que l'érythème, qui en est le symptôme caractéristique, se montre surtout sur les parties exposées au soleil. Or les noirs travaillent en plein air, le corps presque nu, pendant cinq ou six heures, alors que le soleil est le plus ardent, à 45°, et M. Rufz n'en a vu aucun atteint de pellagre.

Quant à la suette miliaire, il semblerait qu'elle dût être une maladie naturelle dans un pays où la transpiration cutanée donne une déperdition moyenne de 20 livres de sueur en seize heures (d'après des appréciations approximatives), et où l'on observe fréquemment l'éruption miliaire ; et cependant elle n'existe pas à la Martinique.

M. Rufz signale encore comme une particularité notable, que dans un pays où la transpiration est si facile, les *sudamina* dans les maladies où cette petite éruption est observée en Europe, y sont plus rares. Enfin, il n'a jamais eu lieu d'observer ces successions d'éruptions se remplaçant l'une l'autre, comme on en voit ici à certaines époques : la rougeole remplacée par la scarlatine, ou la variole succédant à celles-ci.

Les affections cutanées vues rarement à la Martinique sont : la gale, la mentagre, l'ichthyose, l'acné, les herpès, les lichens, le pemphigus et le rupia. Celles que l'auteur a, au contraire, vues plus fréquemment sont : les eczémas, les ecthymas et les exanthèmes, le pityriasis et les éphélides.

Les deux affections improprement réunies sous la même dénomination d'éléphantiasis, sont assez communes à la Martinique, mais cependant beaucoup moins que dans quelques-unes des autres Antilles.

L'éléphantiasis dit des Arabes se voit plus fréquemment à la Martinique que l'éléphantiasis des Grecs. Mais ces deux maladies sont plus fréquentes à la Barbade, à la Trinidad, à Saint-Vincent et à la Guadeloupe. A la Martinique même, elles sont plus particulières à certaines localités. Cette circonstance de se développer sous un même climat, plus particulièrement dans certains lieux que dans d'autres, porterait à penser que ces affections tiennent plutôt à la localité qu'au climat.

Parmi les affections particulières à la Martinique, M. Rufz signale une affection de la peau qui lui paraît particulière à la race noire. Cette affection, au premier coup d'œil, peut être confondue avec l'éléphantiasis des Arabes, mais elle a des caractères qui l'en distinguent.

Elle consiste en des saillies ou excroissances de la peau de dimensions variables, de 1 à 7 ou 8 centimètres, longues ou larges, mais aplaties, étalées sur leurs bords de manière à former à leur base, qui en est toujours la partie principale, un véritable collet. Ces tumeurs ou élevures de la peau forment comme des reliefs plaqués sur la peau, sans pédicules véritables; elles sont dures, tout à fait indolores, à peu près de la même sensibilité et de la même coloration, ou quelquefois d'une teinte un peu plus foncée que les parties voisines de la peau qui leur sert de support; quelquefois partagées par des scissures profondes qui les divisent en plusieurs circonvolutions ou tumeurs séparées.

Elles sont pendant longtemps recouvertes par l'épiderme qui est sur elles plus lisse, plus luisant. Mais à la longue, lorsque ces tumeurs acquièrent un certain développement, cet épiderme s'excorie et la surface des tumeurs devient le siége d'un suintement particulier. Ces excoriations se cicatrisent, et il peut se former à leur surface un nouvel épiderme très-mince.

Lorsqu'on vient à fendre ces tumeurs dans leur épaisseur, on voit que le siége du mal est dans le tissu même du derme, dans sa trame fibreuse, et non dans le tissu cellulaire sous-cutané. C'est une véritable hypertrophie du derme, devenu épais de plus de 30 à 40 centimètres, offrant l'aspect du derme sain, comme grossi par la loupe. Ce tissu est très-dur et se laisse couper difficilement par le scalpel. Le corps muqueux et le réseau de Malpighi sont plutôt amincis et atrophiés qu'augmentés d'épaisseur. Le tissu sous-cutané est plus serré; il ne contient aucun liquide. Les autres tissus sous-jacents aponévrotique ou musculaire n'offrent aucune altération.

M. Rufz n'a jamais vu ces tumeurs se ramollir ou présenter quelque autre dégénérescence ; ce ne sont pour lui ni des éléphantiasis, ni des cancers de la peau, encore moins des lipomes ; elles présentent cependant un caractère qui leur est commun avec ces maladies, c'est leur tendance à se reproduire.

Ces tumeurs peuvent exister dans tous les points de la surface cutanée; on les voit surtout aux lobules des oreilles ou derrière l'oreille, au cou, à la face, et quelquefois aussi au tronc et sur les membres. Leur siége de prédilection pour le lobule de l'oreille vient de ce que cette partie est plus souvent exposée à l'action de la cause déterminante qui produit ces tumeurs, lésions traumatiques de la peau, plaie ou contusion. M. Rufz a vu ces saillies se produire après l'application des ventouses scarifiées par la lancette; elles représentent ces scarifications en ronde-bosse. Du temps de l'esclavage, lorsque le fouet était appliqué aux noirs, la peau des fesses présentait souvent de ces saillies qui offraient l'image des bouffants des costumes du temps de la renaissance. Ces tumeurs acquièrent quelquefois un volume assez considérable pour faire désirer à ceux qui les portent d'en être délivrés. Aussi M. Rufz a-t-il eu souvent l'occasion de les enlever, soit par le bistouri ou par le caustique; mais il les a vues toujours se reproduire.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans le numéro du 16 juin de cette année que M. le docteur Rousse, de Bagnères-de-Bigorre, semble réclamer la priorité à l'occasion du procédé qui consiste à faire tomber, à l'aide de la potasse caustique, la totalité de l'ongle dans la maladie appelée l'ongle incarné.

Ma réponse se bornera à rappeler que le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* a publié mon procédé dans son numéro de *septembre* 1839; tandis que, d'après ce que dit M. Rousse lui-même, le sien n'aurait été publié dans la *Gazette des Hôpitaux* que le 7 *décembre* 1839. N'est-il pas évident alors, en comparant ces deux dates, que si l'un de nous a pu s'inspirer des idées de l'autre, ce n'est assurément pas moi?

J'ajouterai que si, comme le fait observer M. le docteur Rousse, je n'ai pas réclamé à l'époque où il a fait connaître l'observation qu'il rappelle dans votre numéro du 16 juin courant, c'est tout simplement parce que je n'en ai pas eu connaissance.

J'ai l'honneur d'être, etc. BARBETTE (de Niort), D.-M.-P.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour l'admission à l'emploi de pharmacien stagiaire à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires à Paris, s'ouvrira :

A Strasbourg, le 18 juillet 1859 ;

A Montpellier, le 25 du même mois ;

A Paris, le 1er août suivant.

Les candidats pourront requérir leur inscription sur une liste ouverte à cet effet dans les bureaux de MM. les intendants des 1re, 6e et 10e divisions militaires, où ils trouveront le programme contenant les conditions d'admission.

La clôture de la liste aura lieu dans chaque localité la veille de l'ouverture du concours.

Pendant leur séjour à l'école du Val-de-Grâce, les pharmaciens sont astreints à des travaux qui ont pour but de les familiariser avec la gestion des officines des hôpitaux militaires, avec les règles d'une comptabilité spéciale, avec le service pharmaceutique des ambulances.

Ils sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à l'Ecole, des appointements fixés à 2,160 fr. par an.

Ils ont droit, en outre, à une indemnité de première mise d'habillement, fixée à 500 fr., et payable : 250 fr. au moment de leur admission à l'Ecole, et après avoir souscrit l'engagement dont il est question ci-dessus, et 250 fr. après qu'ils ont satisfait aux examens de sortie.

Au terme de leur temps de stage, ils obtiennent, sous la réserve de ces examens de sortie, le brevet du grade de pharmacien aide-major de 2e classe, et ils jouissent, à partir de ce moment, des priviléges inhérents à la position d'officier.

— M. le docteur Dechambre, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, et MM. Gratiolet et Hupé, aides-naturalistes au Muséum d'histoire naturelle, viennent, par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 24 juin, d'être nommés membres du comité des travaux historiques et des sociétés savantes (section des sciences).

— M. le docteur baron Seutin vient d'être élevé au grade de commandeur de l'ordre de Léopold. (*Presse méd. belge.*)

— La Faculté de médecine de Bruxelles, dans sa séance du 22 juin, a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année académique 1859-1860. M. le professeur Thiry a été proclamé président, et M. le professeur Rossignol, secrétaire.

— M. le docteur Clausing, ancien médecin communal à Strasbourg, a succombé le 15 juin à la longue et douloureuse maladie (anévrysme de l'aorte) qui l'avait éloigné depuis longtemps de la pratique de la médecine.

— On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg* :

« Le recrutement de la médecine militaire paraît devoir se faire dorénavant dans des conditions très-favorables. Déjà l'on compte à Strasbourg cinquante-six élèves qui se présenteront au prochain concours, sans compter ceux qui viendront des écoles secondaires du ressort de la Faculté. Il est donc probable qu'il y aura bien plus de concurrents que de places à donner. »

Nous souhaitons que les prévisions de notre confrère se réalisent; mais nous craignons que dans l'état actuel de l'organisation du corps de santé militaire, et malgré les améliorations dont il vient d'être l'objet, le recrutement normal des médecins militaires ne se fasse pas aussi facilement qu'il l'espère.

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

M. le docteur Belloc, d'Alençon.	10 fr.
M. le Dr Chasseloup de Châtillon, de Poitiers.	10
Total.	20 fr.
Total des listes précédentes. .	1168 fr. 50 c.
Total général jusqu'à ce jour. .	1188 fr. 50 c.

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 4, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 40.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 77. — SAMEDI 2 JUILLET 1859. (32e ANNÉE.) N° 77. — SAMEDI 2 JUILLET 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du Palais des Beaux-Arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Angine couenneuse épidémique de 1857-1858, dans le département de Seine-et-Oise. — Du diagnostic et du traitement des convulsions hystériques. — Sur quelques moyens de traitement des oxyures. — Traitement médical du croup. — Traitement de la fièvre typhoïde. — Société de chirurgie, séance du 22 juin. — Chronique et nouvelles. — Association générale des médecins de France ; Société centrale. — Feuilleton. Une visite aux hôpitaux de Londres.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Angine couenneuse épidémique de 1857-1858 dans le département de Seine-et-Oise.

L'histoire d'une épidémie dans une période et dans un lieu circonscrits, a toujours cet avantage de faire mieux ressortir que les descriptions générales certains caractères, certains traits particuliers de la maladie, et de mieux permettre surtout d'étudier la marche de l'épidémie et son mode de propagation. Dans un travail important actuellement en voie de publication dans la *Gazette hebdomadaire*, M. le docteur Bouillon-Lagrange s'est proposé de faire l'histoire de l'épidémie d'angines couenneuses dont il a été témoin dans le sud du département de Seine-et-Oise, à l'entrée de la Beauce, et qui y a régné depuis le mois de septembre 1857 jusqu'en janvier 1859. L'auteur a eu surtout pour but, dans ce travail, de faire connaître ce qui, dans ses propres observations, s'éloigne des observations antérieures. C'est là précisément ce qui nous engage à emprunter à ce travail quelques-uns des principaux résultats qui y sont exposés.

Le pays où M. Bouillon-Lagrange a fait ses observations est fort accidenté ; des plaines élevées y sont coupées par d'étroites vallées, arrosées de faibles cours d'eau ; il offre par conséquent des conditions topographiques assez diverses. La maladie y a sévi dans les conditions locales les plus opposées, sur des plateaux élevés, dans de petites vallées sombres, humides, même au milieu de la sécheresse générale, par la chaleur comme par le froid, sans que ces conditions parussent apporter d'influence bien marquée à son développement ou à sa marche, si ce n'est cependant qu'elle a été un peu plus fréquente dans la vallée que dans la plaine. (Sur 73 malades observés par M. Bouillon-Lagrange, 49 habitaient la vallée et 24 la plaine.)

Pendant toute la durée de l'épidémie, la *sécheresse* de l'atmosphère a été extraordinaire, et telle pour la persistance qu'on ne l'avait pas vue depuis bien des années, à l'inverse de ce qui avait été observé dans les précédentes épidémies, dont l'humidité avait paru une condition principale.

C'est en été et en hiver qu'il y a eu le plus de malades, puis à l'automne ; le printemps a été l'époque où il y en a eu le moins. Voici la répartition des malades par saison. (Il ne s'agit dans ce relevé que des malades observés par M. Bouillon-Lagrange.)

En été.	32
En hiver.	25
En automne.	11
Au printemps.	5
	73

L'enfance est de tous les âges celui qui a été le plus fréquemment et le plus gravement atteint, puis l'adolescence, puis l'âge adulte ; la maladie n'a été observée que deux fois après cinquante ans. Sous le rapport de l'âge, les malades sont classés ainsi :

Avant 2 ans.	14
De 2 à 6 ans.	18
De 6 à 12 ans.	10
De 12 à 18 ans.	9
De 18 à 30 ans.	15
De 30 à 40 ans.	4
De 40 à 50 ans.	1
Après 50 ans.	2
	73

Ainsi que cela avait déjà été remarqué, le sexe féminin a été plus souvent frappé que le sexe masculin ; mais cette fréquence plus grande ne s'est d'ailleurs exprimée que par le faible rapport de 40 à 33.

L'angine couenneuse affectait tous les tempéraments, mais elle montrait une grande prédilection, et dans sa forme grave, pour le tempérament lymphatique et les constitutions scrofuleuses et rachitiques. Ici, M. Bouillon-Lagrange fait une remarque qui n'est pas sans intérêt, c'est que les constitutions robustes ont été aussi et même plus souvent attaquées que les plus faibles ; un degré moyen de force semblait le meilleur préservatif contre la maladie régnante. Un fait d'ailleurs d'observation assez commune à la campagne, ajoute-t-il, est l'alliance d'une robuste constitution avec une organisation lymphatique et même scrofuleuse, la première étant tout acquise, et venant contre-balancer les mauvaises dispositions natives.

Sous le rapport du tempérament, il y avait :

Lymphatiques.	50
Sanguins.	11
Lymphatiques sanguins.	7
Bilieux.	5
	73

Il y a eu sur ce même nombre 21 scrofuleux.

Sous le rapport de la salubrité de l'habitation, 52 fois celle-ci était saine, 21 fois elle était malsaine, c'est-à-dire étroite, mal aérée, sans soleil, humide et trop peuplée.

L'infection a paru à M. Bouillon-Lagrange bien plus active, comme mode de propagation, que la contagion ; c'est dans les cas où il y avait concentration de l'air, agglomération de personnes et surtout de malades, qu'il a vu la maladie se transmettre avec la plus grande facilité. Dans un moulin de la vallée d'Orge, dit-il, deux enfants malades en même temps transmirent bientôt le mal à leur bonne, fille de seize ans ; ces trois malades occupaient deux petites pièces contiguës : en quelques jours, la mère, femme blonde, lymphatique au suprême degré, un enfant de huit mois qu'elle allaitait, le père, la grand'mère paternelle, la mère de la bonne, venue pour la soigner, furent successivement frappés à des degrés différents.

Il est vrai aussi qu'un quatrième enfant, placé dans un village voisin, fut pris en même temps ; exemple nouveau, dit très-judicieusement M. Bouillon-Lagrange, de ce qu'on observe en toute épidémie, de l'atteinte simultanée de plusieurs membres de la même famille, en raison de l'homogénéité d'organisation, qui offre en quelque sorte au mal des fragments du même être. C'est là effectivement un fait très-digne d'attention, et dont il importe de tenir compte quand il s'agit d'interpréter des faits de transmission. Néanmoins, ajoute M. Bouillon-Lagrange, si, d'une part, l'affection de la mère et de ses quatre enfants, parfaitement semblables à elle, peut être attribuée à une disposition toute particulière, l'invasion de la maladie chez la bonne, sa mère, le père, l'aïeule, prouve bien l'infection, sinon la contagion. Aucun d'eux d'ailleurs n'a transmis la maladie hors de ce foyer infectieux.

Voici d'autres exemples cités dans cet intéressant document :

Dans un hameau de la commune de Courson, les quatre enfants d'une femme rachitique furent successivement frappés et emportés par le fléau dans l'espace de quelques semaines : ces quatre malades étaient une fille de dix-sept ans et trois garçons de treize, onze et quatre ans, qui offraient cette particularité que, dans d'autres épidémies, ils avaient toujours été malades en même temps ; ils parcoururent les diverses phases de leurs maladies dans une grande chambre toujours remplie de parents et d'amis, où l'on voyait en même temps un enfant mort, un autre mourant, un troisième prenant le lit ; un de leurs cousins, garçon de quinze ans, venu d'un village voisin, les visita une seule fois, et fut atteint assez gravement, mais ne communiqua sa maladie à personne. Ce fut le seul qui puisa la maladie à ce foyer.

Un jeune soldat, robuste et bien portant, donna des soins à un enfant de trois ans, son neveu, emporté en quelques jours par la diphthérite, dans une habitation d'ailleurs saine ; il contracta la maladie au degré le plus violent, et, bien qu'il fût visité et entouré fréquemment par des personnes jeunes, celle-ci ne se reproduisit pas.

Un jeune homme de 22 ans, domestique d'une grande maison, soigne le maître d'hôtel, couche dans sa chambre, lui administre lui-même ses médicaments, porte dans sa gorge plusieurs fois par jour un pinceau imbibé de solutions caustiques ; il est lui-même

FEUILLETON.

UNE VISITE AUX HOPITAUX DE LONDRES.

A l'Hôtel-Dieu, où j'étais interne dans le service de M. Laugier, j'avais fait la connaissance d'un jeune Anglais venu à Paris pour suivre un cours de perfectionnement. Je dois dire, avant d'aller plus loin, ce que les étudiants anglais entendent par un cours de perfectionnement.

Quand leur éducation médicale est terminée en Angleterre, beaucoup d'entre eux viennent à Paris ; ils obtiennent d'un certain nombre de chefs de service l'autorisation de suivre leurs leçons cliniques dans les hôpitaux ; puis, au bout d'un temps plus ou moins long, ils réclament des médecins et chirurgiens dont ils ont suivi les visites un certificat d'assiduité indiquant exactement l'époque à laquelle ils ont commencé et celle à laquelle ils ont cessé d'être leurs élèves. Nous comprendrons bientôt combien ce complément d'études est indispensable, avec le système d'éducation médicale adopté en Angleterre.

Je devais depuis longtemps aller visiter les hôpitaux de Londres. Mon étudiant, qui était très-lié avec M. Stanley, son ancien maître à l'hôpital Saint-Barthélemy, me proposa une lettre de recommandation pour lui ; je l'acceptai avec empressement, sachant que ces lettres, souvent inutiles chez nous, étaient toujours prises en considération par ses compatriotes. Je partis donc en juin 1854, muni de cette lettre et accompagné d'un de mes parents, qui avait habité Londres longtemps et qui voulait bien me servir de guide et d'interprète.

Nous étions descendus dans Coventry-street, et la course était longue pour aller à Saint-Bartholomew, placé au centre de la cité ; aussi nous attendions pour le visiter que nos pérégrinations nous conduisissent dans son quartier. En attendant, un commerçant en relation d'affaires avec mon compagnon de voyage, nous recommanda à un élève de Guy's Hospital, et cette simple recommandation nous permit de visiter cet établissement dans le plus grand détail.

L'hôpital de Guy est situé sur la rive droite de la Tamise, auprès du pont de Londres ; il renferme environ trois cents lits. Comme tous les autres hôpitaux de cette ville, il appartient à une administration particulière, entièrement indépendante des autres administrations des établissements du même genre. Ordinairement, chaque quartier fonde son hôpital au moyen de souscriptions spontanées, et l'administre comme bon lui semble, supportant ses charges et profitant de ses bénéfices.

Guy's Hospital est bien aéré, environné de vastes cours ; les salles pour les malades sont fort élevées, bien éclairées, et les lits sont très-espacés entre eux, — ce qui donne à ces salles un aspect singulièrement triste ; les lits sont fort bas ; ils ne s'élèvent guère à plus de 50 centimètres au-dessus du sol ; sans draps, si mes souvenirs sont exacts ; fort étroits ; le chevet touche au mur d'enceinte. A 2 mètres environ d'élévation, et au-dessus de chacun des lits, une tringle de fer formant une couronne elliptique, et dont les deux extrémités sont fixées à la muraille, suspend un rideau de toile bleue, unique, destiné à environner tout le lit pendant la nuit seulement : il est entièrement ouvert pendant toute la journée. A l'extrémité de chacune des salles, on trouve un cabinet pour les bains et un autre destiné à la toilette des malades. Ce dernier renferme un massif de pierre assez semblable aux potagers de nos cuisines, avec des trous pareils, mais dont le fond mobile permet, à l'aide d'une simple pression sur le bouton d'une manivelle, de vider cette espèce de cuvette après la toilette de chacun. Le cabinet destiné aux bains renferme une large baignoire de pierre ; son grand avantage est d'être très-voisin et de plain pied avec les salles, dont les petits lits sont facilement roulés jusque-là. Chaque malade peut donc jouir de toutes les commodités du bain à domicile.

Des surveillantes appelées sœurs, *sisters*, remplissent dans chaque service les fonctions de nos religieuses hospitalières ; elles seules font les pansements ; du moins, à l'heure des visites, elles s'en occupent exclusivement, défaisant les appareils pour l'examen des plaies et les rétablissant ensuite. Aucun étudiant n'aide même à ces pansements, bien différents des élèves des hôpitaux français, aux soins desquels sont confiés les blessés, dont ils lavent et changent les plaies tous les jours, aidant au chirurgien dans l'application des appareils de fractures, et qui, pour le moment des visites, laissent de côté toute coquetterie et protégent seulement leurs plus mauvais habits d'un tablier de toile : l'heure des visites est, pour les étudiants anglais, celle de la toilette : un peu avant l'arrivée du chef de service, ils vont à leur chambre, s'habillent, mettent des gants, — ils prennent même une canne, — et c'est dans ce costume de parade qu'ils se rendent auprès des malades. Les visites se font partout, à Londres, entre une heure et deux heures de l'après-midi. Le linge des pansements n'est pas de la toile ; c'est une étoffe de coton, blanche, unie d'un côté et peluchée sur la face qui doit être appliquée sur la peau. Presque toujours cette étoffe est coupée en bandelettes larges de trois doigts et faisant une fois et demie le tour du membre, destinées à s'imbriquer comme dans l'appareil de Scultet : si le malade doit garder l'immobilité, on se borne à arrêter la dernière bandelette appliquée avec une épingle ; si, au contraire, les mouvements sont permis, on enveloppe le tout avec une cravate. Le topique généralement employé est, je crois, la crème ; elle remplace notre cérat, à coup sûr le moins bon de tous les topiques, que l'habitude routinière a conservé, mais qui, nous l'espérons, ne tardera pas à disparaître.

Je n'ai rien vu de bien particulier en fait d'appareils de fractures, et qui demande une mention spéciale ; j'en dois cependant excepter une grande attelle externe que portait un enfant atteint de fracture du fémur ; elle partait de l'aisselle du côté malade, et dépassait la plante du pied de quelques centimètres, permettant ainsi à la contre-extension de prendre point d'appui au pli de l'aine et dans l'aisselle.

atteint d'angine couenneuse au bout de huit jours, et ne transmet pas non plus sa maladie, bien que souvent en contact avec ses camarades, tous d'âge à la contracter.

Voilà des exemples que M. Bouillon-Lagrange cite comme prouvant que l'infection a beaucoup plus de part que la contagion dans la propagation de la maladie.

Il y aurait beaucoup à dire pour peu que l'on voulût épiloguer sur cette distinction entre l'infection et la contagion, qui a dans tant de circonstances déjà jeté une si grande confusion dans les questions de la nature de celle-ci. Nous aurons d'ailleurs mainte autre occasion de traiter ce sujet. Mais quel que soit le sens qu'il convienne de donner à ces deux appellations, il résulte de tout ce qui précède un fait sur lequel nous partageons pleinement l'avis de l'auteur de ces recherches; c'est que non-seulement le mode de transmission, mais le fait même de la transmissibilité d'une maladie est toujours difficile à apprécier en temps d'épidémie.

En effet, là où tous sont soumis à la cause générale de la maladie, comment distinguer nettement l'influence contagieuse? Ce ne serait, ainsi que le dit avec raison M. Bouillon-Lagrange, que dans les cas où le mal puisé par un individu dans une localité infectée, serait importé dans une autre non encore atteinte, qu'on pourrait saisir en quelque sorte sur le fait la contagion. M. Bouillon-Lagrange dit n'avoir vu, à cet égard, que les faits négatifs; aucun des sujets, évidemment victimes de la contagion, n'a transmis sa maladie à d'autres individus. Sur 73 cas, dans 24 la contagion, — ou au moins l'infection, dit l'auteur, — a pu être invoquée comme cause, et sur ces 24 seulement, 4 étaient relatifs à des étrangers; tous les autres portaient sur des parents et leurs enfants. Il a même fait l'observation que les mères, souvent frappées en même temps que leurs enfants ou après eux, ne l'ont été que dans le cas où il y avait similitude très-marquée d'organisation dans la famille.

La conclusion serait donc, pour M. Bouillon-Lagrange, qu'il y a une faible disposition du mal à la propagation d'individu à individu, si on la compare surtout à ce qui se passe tous les jours pour la scarlatine, la rougeole, et les autres affections éruptives.

Enfin M. Bouillon-Lagrange a constaté que la grippe a été souvent l'occasion du développement de l'angine couenneuse, surtout chez les jeunes enfants : dans beaucoup de familles dont plusieurs membres étaient en même temps affectés de cette fièvre catarrhale, il a vu des enfants malades être brusquement pris d'angine et y succomber rapidement. Très-souvent aussi la maladie a succédé à une suppression de transpiration, qui, au lieu de causer une angine simple ou toute autre phlegmasie, produisait la maladie régnante.

On vient de voir ce que les recherches de M. Bouillon-Lagrange renferment de plus particulièrement intéressant sous le point de vue étiologique. Nous signalerons plus tard les résultats également dignes d'intérêt qu'il a constatés sous d'autres points de vue, et en particulier en ce qui concerne le traitement.

Du diagnostic et du traitement des convulsions hystériques.

On a vu par l'analyse que nous avons faite, dans la *Revue* précédente, des recherches cliniques de M. Briquet sur les convulsions hystériques, qu'une attaque d'hystérie simple se compose ordinairement, pour lui, de deux ordres de phénomènes; les uns, qui se produisent à l'occasion d'émotions morales vives, et constituent à proprement parler le fond d'une attaque d'hystérie; les autres, résultant des douleurs que fait naître l'attaque; — qu'une attaque hystérique complexe se compose d'abord des deux ordres de phénomènes qui viennent d'être indiqués, puis de phénomènes accessoires résultant du caractère, de la susceptibilité, des habitudes, de l'âge, de la constitution, des passions des hystériques, et, enfin, de toutes les influences morales qui peuvent agir sur elles hors le temps des attaques.

Nous allons voir maintenant à quels résultats est parvenu M. Briquet dans l'étude du diagnostic des convulsions hystériques.

Les convulsions hystériques, dit M. Briquet, peuvent être très-nettement définies par les caractères suivants :

Les convulsions de l'éclampsie et celles de l'épilepsie se composent de mouvements fort limités, et qui n'ont pas leurs analogues dans les actes ordinaires de la vie; ces mouvements ne se produisent que dans l'état pathologique; ils sont anormaux.

Les convulsions de l'hystérie, au contraire, se composent de mouvements complexes qui résultent de l'action combinée d'un certain nombre de muscles réunis pour les opérer, et de plus, ces mouvements sont ceux qu'on exécute sous l'influence des passions, des sensations, de l'irritation, etc.; ce sont des mouvements qui reproduisent ceux qu'on fait ou qu'on peut faire pendant la santé, ils se rapportent toujours à des mouvements normaux analogues, que l'hystérique a déjà faits ou qu'elle a vu faire. Ce sont ceux qu'on exécute dans la manifestation des émotions, des passions et des sensations, ou ceux que reproduit la mémoire de l'hystérique; les uns sont instinctifs, ils ont un but, ce sont ceux qui constituent le fond de l'attaque; les autres, qui ne sont qu'accessoires, sont des mouvements de rêves, comme les troubles intellectuels de l'attaque sont également des rêves.

Le diagnostic peut, en outre, se tirer des diverses circonstances qui accompagnent les attaques.

La marche et l'agencement de ces phénomènes ont dans l'hystérie une manière d'être spéciale qui les distingue de l'épilepsie.

Le plus souvent l'attaque hystérique est le résultat d'une cause occasionnelle, et quand elle ne l'est point, cela tient à ce que les actes se répètent trop fréquemment, tous les jours ou tous les deux ou trois jours par exemple; les attaques d'épilepsie sont au contraire le plus souvent spontanées.

L'attaque hystérique est toujours précédée par des malaises, et jamais la chute n'est subite et inopinée comme elle l'est dans l'épilepsie.

Les prodromes sont presque constamment les mêmes dans l'hystérie; c'est une sensation à l'épigastre dans la très-grande majorité des cas, puis de la strangulation à la gorge dans la presque totalité de ces cas; l'aura de l'épilepsie au contraire est très-rare et très-variable.

Dans l'hystérie, la présence de l'écume à la bouche, qui ne s'est vue dans les observations recueillies à la Charité que 1 fois sur 50, et qui ne se produit que quand il y a beaucoup de spasmes à la gorge, est par conséquent un fait très-rare, tandis que dans l'épilepsie l'écume à la bouche est un phénomène constant.

L'attaque hystérique se termine par des pleurs et des sanglots, excepté dans les cas rares où le sommeil met fin à l'attaque. L'attaque épileptique se termine aussi brusquement qu'elle a commencé, sans s'accompagner d'aucun trouble spécial.

L'attaque hystérique dure en moyenne d'un quart d'heure à une demi-heure; l'attaque épileptique ne dure que quelques minutes.

Enfin, après l'attaque hystérique, il y a toujours de la céphalalgie pendant plusieurs heures et de la courbature pendant 24 heures; dans l'attaque épileptique, quand il ne survient pas de coma, il n'y a aucun malaise, le sujet se réveille comme il le ferait d'un sommeil, et tout est fini.

Bien que l'expérience ait démontré depuis longtemps le peu de danger d'une attaque d'hystérie et l'inutilité de la plupart des moyens usités autrefois pour la combattre, M. Briquet n'est pas d'avis cependant de rester dans une expectation complétement passive. Une attaque d'hystérie abandonnée à elle-même étant une prédisposition à d'autres attaques et imprimant toujours une perturbation nuisible à l'économie, il est dans l'usage d'arrêter les attaques de convulsions par l'inhalation du chloroforme.

Le *modus faciendi* de cette petite opération est très-simple : on approche des narines de la malade un petit plumasseau de charpie très-peu serré, de la grosseur du doigt, et sur lequel on a versé du chloroforme; la bouche est tenue couverte par un mouchoir plié en cravate; on fait faire à la malade de fortes inspirations, ou si elle est en convulsions elle les fait d'elle-même. Au bout de deux à quatre minutes, la malade cesse de s'agiter, ses membres tombent immobiles sur le lit, le sommeil arrive, l'accès est arrêté. Elle se réveille peu après en proie à une céphalalgie de peu de durée, et qui paraît être un effet du chloroforme.

Durant cette opération, que M. Briquet pratique depuis au moins douze ans, il a toujours vu les malades éprouver un peu d'agitation pendant les premières minutes; aussi faut-il dans ce moment les maintenir très-soigneusement; puis le sommeil arrive, et les malades dorment très-paisiblement pour s'éveiller ensuite au bout de très-peu de temps.

Les hystériques, au moment où elles ont des convulsions, lui ont paru être douées d'une sensibilité extrême pour les vapeurs du chloroforme : quelques minutes d'inhalation sans le moindre appareil suffisent pour produire l'anesthésie. L'agitation qui précède le sommeil est ordinairement peu forte, et la facilité avec laquelle opère le chloroforme ne peut se comparer en rien, suivant lui, à la résistance qu'offrent si souvent à cet agent les sujets qu'on va soumettre à des opérations chirurgicales.

L'état convulsif donne aux hystériques une force musculaire et une force de résistance vitale qui met complétement les malades à l'abri des accidents résultant de la débilité. En somme, on n'observe chez les hystériques en convulsion anesthésiées par le chloroforme ni convulsions, ni coma, ni somnolence, ni syncopes dangereuses.

M. Briquet affirme que depuis qu'il emploie ce moyen, il l'a constamment vu réussir au moins neuf fois sur dix. Les hystériques réfractaires sont celles qui sont très-fortes, dont le tempérament est sanguin et dont les attaques sont très-violentes. Chez celles-là, on apaise l'agitation, le sommeil arrive; mais au bout de quelques minutes de calme, l'agitation revient encore plus forte; le chloroforme amène une seconde fois du calme, mais il est de peu de durée. Heureusement que cette espèce d'hystériques est très-rare.

Dans les conditions opposées, l'effet, au contraire, est remarquable par la rapidité avec laquelle il se produit et par le résultat complet qu'il amène.

Il est encore un autre mode d'application du chloroforme qu'on peut mettre en usage, quand l'attaque a son point de départ à l'endroit d'une douleur soit des membres, soit du tronc; dans ce cas, le chloroforme en topique sur ce lieu, maintenu pendant l'intervalle des attaques, fait souvent disparaître cette douleur, et en même temps les attaques qu'elle provoquait.

Sur quelques moyens de traitement des oxyures.

Depuis que nous avons entretenu les lecteurs de la *Revue* de la discussion qui a eu lieu à la Société médicale des hôpitaux, sur

---

Des bâtiments spéciaux sont destinés au logement des élèves attachés à l'hôpital; l'administration particulière de Guy's Hospital a tout prévu, avec une sollicitude vraiment paternelle, pour que rien ne manque au confortable de la vie de ses étudiants, et pour leur faciliter tous les moyens possibles d'éducation médicale. J'ai visité avec admiration un fort beau laboratoire de chimie, où les jeunes gens sont exercés aux manipulations par un préparateur habile; une salle de dissections, et surtout un musée réellement merveilleux. Les pièces d'anatomie et d'anatomie pathologique, soit naturelles, soit artificielles, sont, les unes admirablement préparées, les autres exécutées avec une grande perfection : les pièces en cire, représentant toutes les préparations possibles de névrologie, forment surtout une collection qu'enviérait le musée Orfila. Un conservateur largement rétribué, l'un des anatomistes les plus distingués de Londres, membre correspondant de la Société anatomique de Paris, surveille l'entretien de ces magnifiques galeries; il a sous ses ordres un habile mouleur en cire, attaché à l'établissement. On conserve dans le musée un registre sur lequel les visiteurs étrangers sont priés d'écrire leur nom, leurs titres et la date de leur visite. Une vaste bibliothèque complète la série des moyens mis à la disposition des étudiants par leur bienveillante administration.

Les élèves de Guy's Hospital sont au nombre de cinquante ou soixante; ils sont soumis à la règle, à peu de chose près la même partout, qui régit tous les étudiants de Londres. C'est ici le moment de parler du système d'éducation médicale usité en Angleterre. A Londres, il n'y a pas de Faculté de médecine composée de professeurs faisant des cours publics suivis par tous les jeunes gens qui se destinent à la profession médicale, et conférant ensuite les grades universitaires; il existe seulement un jury d'examen pour l'admission à ces grades, mais pas d'enseignement public.

Chaque hôpital est une école de médecine, dont les chefs de service, médecins ou chirurgiens, sont les professeurs; de là l'énorme matériel consacré dans chacun de ces établissements à l'éducation des élèves. Quand un jeune homme veut embrasser la carrière médicale, il choisit un hôpital, comme en France nous choisissons un collége ou un pensionnat pour faire nos études littéraires. A son entrée, il paye 100 livres à l'administration (2,500 fr.), puis il devient le pensionnaire de cette administration pendant toute la durée de ses études médicales; il est logé et nourri par elle; le soir, entre six et dix heures, il lui est permis de sortir pour se promener dans la ville, mais à toute autre heure il reste dans l'établissement.

Ce qui détermine le plus ordinairement les jeunes gens ou leur famille dans leur choix, c'est la réputation de l'hôpital et celle des médecins qui y sont attachés. Je dois signaler comme appartenant à Guy's Hospital, le célèbre Addison, l'inventeur de la maladie bronzée. Nécessairement, les hôpitaux les plus réputés sont les plus suivis par les élèves, et les administrations ont un grand intérêt à en attirer le plus grand nombre possible.

Quels que puissent être les avantages attachés à ce système d'éducation, ils ne peuvent compenser ses énormes inconvénients. Les plus considérables tiennent surtout à ce que chaque hôpital appartient à une administration particulière, et quels que soient les sacrifices faits par cette administration, elle ne peut jamais mettre à la disposition de ses élèves que des moyens insuffisants. Quelle que soit en effet l'aptitude des médecins ou chirurgiens attachés à chaque établissement, et il y en a quatre ou cinq seulement pour chacun, il leur doit être à peu près impossible, eu égard à leurs nombreuses occupations, de professer d'une manière fructueuse pour leurs élèves toutes les branches des sciences médicales.

Comment espérer rencontrer quarante ou cinquante fois dans Londres, car tel est au moins le nombre de ses hôpitaux, concentrée en quatre ou cinq individus, cette encyclopédie médicale que professent à grand'peine, en se distribuant les rôles et fractionnant la tâche, cinquante-deux des médecins les plus distingués de notre capitale, tant professeurs qu'agrégés, aux étudiants qui suivent les cours de la Faculté de Paris? Encore ces cinquante-deux professeurs ne suffisent-ils pas, et l'enseignement libre trouve un large champ à explorer après l'enseignement officiel.

Les cliniques spéciales entre autres ne sont pas encore représentées à la Faculté, mais le zèle des médecins de Saint-Louis, de l'hôpital du Midi, des hôpitaux des Enfants malades et de la Salpêtrière, a comblé cette lacune. Comment retrouver à Londres tous ces éléments, dans un hôpital de trois cents lits? Les trois cents malades qui les peuplent sont la seule source d'où les élèves puissent tirer leur instruction clinique; ce sont encore ces trois cents malades qui alimentent l'amphithéâtre de dissection : pendant toute la durée de leurs études, ils tournent dans ce cercle étroit, toujours les mêmes maîtres, toujours le même nombre limité de malades. S'ils voulaient changer de professeur, voir d'autres manières de procéder, il leur faudrait s'adresser à une nouvelle administration, et, chose fort coûteuse, payer une nouvelle rétribution de cent livres, chaque fois qu'il leur prendrait envie de changer d'hôpital. C'est tout cela qui nécessite, pour les jeunes Anglais, le cours de perfectionnement, que beaucoup viennent suivre à Paris, et sans lequel leur éducation médicale reste incomplète et bornée.

Dr Léon Liégard,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Nous donnerons la fin de cette relation dans un prochain numéro.)

Mémoire sur le traitement et la guérison de l'anévrysme rhumatismal du cœur (endocardite rhumatismale chronique) sous l'influence de l'usage des eaux thermales de Bagnols (Lozère), par M. le docteur J. Dufresse, de Chassaigne, inspecteur, lauréat de l'Académie impériale de médecine en 1852, 1855 et 1856, membre correspondant de la Société de médecine du 1er arrondissement, de la Société d'hydrologie médicale de Paris et de plusieurs Sociétés savantes. Troisième édition, 1859. Angoulême, Ardant jeune, imprimeur, place Marengo, 33.

le traitement des oxyures vermiculaires du rectum, et des nombreux moyens proposés pour combattre cette affection vermineuse parfois si simple, mais parfois aussi si rebelle, les praticiens s'empressent à l'envi de faire connaître le résultat de leur expérience sur ce point de thérapeutique. Nous avons rapporté dans la *Revue* du 11 juin un extrait d'une lettre de M. le docteur Delasiauve, qui nous affirmait avoir réussi dans tous les cas de ce genre qui se sont présentés à son observation, et qu'il évalue à plus d'une trentaine, à faire cesser tous les désordres causés par la présence des oxyures, au moyen de lavements contenant de 4 à 8 gram. d'éther. Nous recevons aujourd'hui de M. le docteur Dauvergne (de Manosque) la relation du fait suivant, qui témoigne en faveur du baume de copahu.

Un homme approchant de la soixantaine contracta, il y a vingt ans environ, une blennorrhagie pour laquelle M. Dauvergne prescrivit, avec les bains et les tisanes d'usage, le copahu à prendre au moyen des capsules gélatineuses de Mothes. L'écoulement uréthral fut guéri, et avec lui une maladie que cet homme n'avait point déclarée. Or cette guérison lui causait une plus grande joie que celle de son écoulement uréthral, parce que, disait-il, l'affection dont il venait de se débarrasser avait fait le tourment de sa vie. Il s'agissait d'oxyures, pour lesquels il avait fait, dans son enfance et dans toute sa jeunesse, une infinité de remèdes conseillés par divers médecins du pays.

Ces remèdes avaient toujours été si complétement inutiles que le malade avait fini par renoncer à toute nouvelle tentative de traitement, regardant sa maladie comme incurable. Il s'était résigné à cette infirmité, quoique le prurit qu'il en éprouvait fût parfois si fatigant et si intolérable, qu'il était obligé de porter ses doigts dans l'anus pour se débarrasser de ces vers, qu'il extrayait ainsi par paquets. Qu'on juge de sa joie, dit M. Dauvergne, lorsqu'après un traitement au copahu, il vit disparaître ces hôtes incommodes. Or, cet homme, qui est aujourd'hui âgé de soixante-dix-huit ans, est complétement affranchi depuis vingt ans de cette cruelle affection, qui l'avait tourmenté pendant plus de quarante années.

M. Dauvergne, pour qui cet enseignement, comme on le pense bien, n'a pas été perdu, a eu recours plusieurs fois depuis à ce moyen. Mais, dit-il, soit que les malades n'aient pas voulu faire un traitement au copahu, soit qu'ils ne l'aient pas continué assez longtemps, soit qu'il ait voulu lui-même essayer autre chose avant, et que les malades étant soulagés, se soient éloignés de son observation, il n'a pas un nouveau cas aussi explicite à produire. Notre confrère ajoute qu'il a essayé avec avantage des pilules de térébenthine seule ou additionnée de calomel, alors que le protochlorure de mercure seul avait échoué entièrement.

D'un autre côté, M. le docteur Bourgeois (d'Etampes), dans une communication à l'*Union médicale*, déclare que le moyen que nous avons déjà signalé comme nous ayant toujours réussi dans le petit nombre de cas où nous avions eu à combattre cette affection, l'onguent mercuriel, ne lui a jamais fait défaut depuis 25 ans qu'il le met en pratique. « L'introduction de l'onguent mercuriel simple dans le bas du rectum, dit-il, n'a jamais manqué son effet dans les nombreux cas où je l'ai employé; je n'ai pensé, du reste, à agir ainsi qu'après avoir échoué par les autres moyens. Lorsqu'il s'agit d'un enfant, c'est la mère qui introduit son doigt dans l'anus du petit malade, aussi haut que possible, après avoir pris sur son extrémité gros comme une petite noisette de la pommade susdite. Si c'est un adulte, il le fait lui-même. Toute démangeaison cesse immédiatement; elle peut se reproduire le lendemain, mais très-rarement le surlendemain. C'est pourquoi il est bon de renouveler l'introduction au moins trois jours de suite. » M. Bourgeois ajoute souvent, le matin, un petit lavement froid, fait avec une décoction d'absinthe marine, bien plus active que l'officinale; il le fait donner le matin pour ne pas entraîner la pommade.

Notre manière d'agir ne diffère de celle de notre confrère d'Étampes, qu'en ce que, coïncidemment avec l'application de l'onguent mercuriel, nous administrons le calomel à l'intérieur à dose purgative. Les résultats ont été de part et d'autre les mêmes. Nous n'avons pas vu jusqu'ici la maladie récidiver.

La communication de M. Bourgeois en a provoqué une toute nouvelle dans le même journal, de M. le docteur Le Cœur, de Caen, qui déclare être tout disposé à recourir à ce même moyen, si celui qu'il emploie depuis vingt-cinq ans, et qu'il a mis en usage sur une soixantaine de malades environ, venait à se trouver une fois en défaut. Ce moyen, bien simple, consiste uniquement dans l'administration d'un demi-lavement d'eau simple tiède ou froide, dans laquelle il fait dissoudre approximativement de 30 à 50 grammes de sel gris ordinaire, sel commun. Il dit avoir été obligé quelquefois de répéter ce moyen le lendemain, mais presque jamais une troisième fois.

Enfin, nous lisons dans le dernier numéro du *Journal de médecine de Bordeaux* que des lavements avec une décoction de quelques grains d'ail ont souvent triomphé de l'affection dont il s'agit. Le même journal rapporte, d'après une publication anglaise, que l'emploi de l'*assa fœtida* et de l'aloès a donné pendant une pratique de quarante années des succès constants chez des malades de tous les âges.

Nous répéterons ici, en rapportant ces divers témoignages, que la question n'est point d'obtenir une guérison momentanée, c'est-à-dire l'expulsion des oxyures actuellement contenus dans le rectum, mais bien d'en prévenir le retour et de détruire la diathèse qui tend incessamment à les entretenir ou à les reproduire. Il faut, pour l'appréciation de ces différents moyens, tenir compte de la différence considérable qu'il y a entre l'existence accidentelle des oxyures dont un simple purgatif suffit quelquefois à débarrasser les malades, et l'affection diathésique si éminemment rebelle dont nous avons cité dans les précédentes *Revues* quelques exemples.

Tous les moyens que nous avons passés en revue peuvent et doivent réussir dans le premier cas. Les seconds seuls sont capables de donner la mesure de l'efficacité du remède. Le fait rapporté par M. Dauvergne nous paraît, sous ce rapport, plus particulièrement digne d'attention.

TRAITEMENT MÉDICAL DU CROUP.

Par M. le docteur Ricordeau (de Nantes).

Les journaux parlent depuis quelque temps du traitement médical du croup suivant telle ou telle méthode. C'est pourquoi il me semble utile de relater dans l'observation ci-dessous les succès de la médication par l'émétique coup sur coup à haute dose employée concurremment avec les altérants.

Le 11 mai 1859, à quatre heures du soir, je fus appelé par les parents d'une petite fille de dix-sept mois, qui venait de se réveiller avec une toux rauque et bruyante : je regardai la gorge, et je n'aperçus pas la moindre rougeur. Je prescrivis cependant du sirop d'ipécacuanha, et je fis faire la potion suivante :

Eau.	200 grammes.
Sirop de capillaire.	60 —
Tartre stibié.	30 centigrammes.

A prendre par cuillerée à café de quart d'heure en quart d'heure, puis de demi-heure en demi-heure.

Je prescrivis également des frictions d'onguent napolitain sur la région laryngienne. Enfin, une poudre composée d'un mélange d'alun, 6 grammes, et de calomel, 2 grammes, fut insufflée dans l'arrière-bouche.

Je vis l'enfant à neuf heures du soir; la maladie marchait déjà avec rapidité : le timbre de la voix s'altérait; la toux elle-même perdait de sa raucité, la respiration était moins régulière et l'oppression plus considérable. Je crus néanmoins remarquer dans ses vomissements, que l'on gardait soigneusement, quelques traces de fausses membranes. La malade passa une nuit très-agitée.

Le lendemain 12, à six heures du matin, il y avait un grand changement dans sa position : la faiblesse avait augmenté, la toux et la voix étaient complétement éteintes; la fièvre était considérable. Rien dans la gorge, pas la moindre trace de fausses membranes.

Je craignis alors un croup à marche rapide, semblable à celui qui atteignit un enfant de onze mois que j'eus à soigner il y a quelques jours, et qui mourut dans l'espace de quatre ou cinq heures.

Dans une circonstance aussi grave, je fis également appeler un confrère : on m'adjoignit M. le docteur Letenneur.

A deux heures, nous examinâmes la malade, et nous vîmes au fond de l'arrière-bouche quelques traces de fausses membranes : l'enfant était très-fatigué, l'anxiété considérable, le pouls faible et fréquent. Son âge nous empêcha de pratiquer la trachéotomie, et nous la laissâmes dans un état désespéré.

A huit heures du soir, la maladie marchant rapidement, je fis prendre un grand bain sinapisé; la nuit fut très-mauvaise, les accès se rapprochaient. Cependant, à la suite d'un vomissement qui eut lieu le lendemain matin à trois heures, l'enfant devint pour un instant un peu plus calme.

Les remèdes de la veille avaient été donnés avec beaucoup d'exactitude; toutefois on remplaça les insufflations d'alun et de calomel par celles de fleur de soufre, substance qui aurait eu, dit-on, quelques succès.

Le 13, à huit heures du matin, pas d'amélioration dans la position de l'enfant; on lui donna un deuxième bain sinapisé, toujours la potion émétisée, les frictions mercurielles, et de temps en temps les insufflations.

Sur le milieu du jour, les parents, désespérés, entreprirent de cesser les remèdes; il fallut, pour leur faire continuer le traitement, leur montrer tout l'intérêt que je portais à leur enfant, et leur citer des cas de guérison après huit et neuf jours. La médication, cessée un instant, fut alors reprise avec vigueur.

Dans la soirée, l'amélioration devint assez sensible; l'agitation était moins considérable, l'anxiété moins forte; les pommettes se colorèrent un peu, les yeux étaient moins abattus. La nuit fut calme et le sommeil profond.

Le samedi 14, les accès disparurent peu à peu, l'enfant redevint plus gaie, la toux se montrait parfois un peu moins voilée. Encore quelques fausses membranes dans l'arrière-bouche. Outre la potion stibiée, que l'on renouvelait pour la troisième fois, je prescrivis alors une potion au chlorate de potasse et au bicarbonate de soude, à la dose de 4 grammes chaque; je repris mes insufflations d'alun et de calomel, et j'y ajoutai un peu de chlorate de potasse, de bicarbonate de soude et de fleur de soufre. La journée se passa très-bien.

Dans la soirée, plus d'accès, plus d'oppression; je fis suspendre la potion stibiée.

Le 15, le danger avait complétement disparu; on continua cependant la potion antiplastique, les frictions mercurielles, et les insufflations des cinq poudres.

Le 16, la petite fille était admirablement portante, sa gaîeté et la fraîcheur de son teint étaient complétement revenues. La voix resta éteinte plusieurs jours. Par suite de l'emploi du mercure, il se développa une hydrargyrie très-confluente; j'aurais pu croire à une rougeole, si je n'avais eu pour guide l'éruption eczémateuse.

Si l'on tient compte de l'intensité de cette affection et de la rapidité avec laquelle la guérison a été obtenue, on ne peut nier que ce ne soit là un résultat très-remarquable. Il frappera d'autant plus que l'épidémie de mon quartier est très-meurtrière et que l'enfant est très-jeune.

A quelle substance rattacher la guérison de cette diphthérite trachéale ?

Il me serait impossible de me prononcer positivement; pourtant je dirai que la médication par l'émétique doit être prise en grande considération. En effet, le tartre stibié, donné coup sur coup, nous procura beaucoup de vomissements; il agissait également, lorsqu'il ne produisait pas d'évacuations, dans le sens des mercuriaux, altérants par excellence.

Le chlorate de potasse et le bicarbonate de soude n'eurent pas grand mérite, car ils furent employés après la conjuration du danger.

Les grands bains sinapisés et la fleur de soufre conseillés par M. Letenneur, n'ont eu à mes yeux aucune influence, car ils ne furent pas convenablement administrés.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Par M. Cochenil.

S'étant aperçu que les cataplasmes émollients ne faisaient qu'augmenter le ballonnement du ventre, ainsi que l'huile camphrée, M. Cochenil eut l'idée d'avoir recours au chlorure d'oxyde de sodium de Labarraque. Il mit deux cuillerées de chlorure d'oxyde de sodium dans un litre d'eau, en trempa une serviette et l'appliqua sur le ventre, l'y laissa sécher et réappliqua jusqu'à complète résolution des gaz, qui s'opère quelquefois au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures. Il a employé ce moyen sur plus de quatre cents malades, et ne l'a jamais vu échouer une seule fois. Lorsque, au contraire, il existe une rétraction du ventre, il fait des frictions sur le ventre avec l'onguent populéum, et le recouvre de ouate maintenue avec des bandelettes de diachylon gommé. Il fait des frictions chlorurées sur tout le corps, tant que la chaleur est âcre et mordicante, et jusqu'à ce qu'une douce transpiration s'établisse. Il étanche la soif avec l'eau albumineuse de trois jusqu'à six blancs d'œufs pour un litre d'eau; il alterne avec la limonade gazeuse et l'eau froide, prise en petite quantité et souvent, et enfin combat le catarrhe par les pilules suivantes :

Oxyde blanc d'antimoine.	4 grammes.
Baume de Tolu.	4 —
Extrait gommeux d'opium.	3 décigr.
Miel de Narbonne.	Q. S.

F. S. A. des pilules de 2 décigrammes qu'il donne de deux en deux heures, à moins qu'il ne survienne de la somnolence. Quelle que soit la forme de la maladie, lorsque le pouls baisse, que la peau est dans l'état normal ou au-dessous, il alimente son malade soit par la bouche, soit par des lavements de bouillon; sinon il survient une fièvre famique, qui augmente et simule la méningite. C'est à cette période de la maladie qu'il emploie une médication tonique : colombo, racine d'inula campana, unis aux substances béchiques, à l'eau vineuse, etc. (*Répert. de pharm.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 juin 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

Discussion sur le rapport de M. Broca.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. Giraldès demande la parole à propos du rapport de M. Broca sur les tumeurs myéloïdes.

Les remarques importantes sur les tumeurs myéloïdes, consignées dans le très-intéressant rapport de M. Broca, m'ont suggéré quelques réflexions que je demande la permission de communiquer à la Société. La lecture de ce rapport, le compte rendu qui en a été fait dans quelques journaux, laissent supposer que son auteur a émis quelques assertions qui ne sont pas exactes.

Il me semble que M. Broca a dit que les tumeurs myéloïdes, décrites pour la première fois avec soin par M. Paget, avaient été confondues avec les tumeurs fibro-plastiques, et que toutes les descriptions données plus tard par les auteurs anglais se ressentaient de cette confusion; que toutes les observations publiées par eux devaient être mises de côté, qu'il en fallait faire table rase, et commencer à nouveau l'étude de ces productions morbides; que, enfin, d'après les observations de M. Broca, ces tumeurs se développent principalement sur les mâchoires.

Tels sont, il me semble, les points principaux sur lesquels roule l'argumentation de l'auteur.

J'opposerai à ces remarques les travaux publiés sur cette question par MM. Henri Gray, Wilks et Hulke.

M. Henri Gray a publié, en 1856, dans le XXXIX[e] volume des *Med. chir. Transactions*, un mémoire dans lequel il étudie avec beaucoup de soin ces tumeurs, et où il démontre qu'elles sont exclusivement formées par des grandes plaques renfermant un grand nombre de noyaux, plaques analogues en tous points aux éléments qu'on trouve dans la moelle des os. Il établit dans ce travail que ces tumeurs peuvent se développer dans plusieurs points du squelette, et qu'elles ont un caractère de bénignité qui les distingue des autres productions morbides.

Plus tard, M. Wilks, dans le II[e] volume du *Guy's Hospital reports* (1856), a décrit un cas de tumeur myéloïde de l'épaule. Dans les remarques qu'il ajoute à l'observation, il a bien soin de dire qu'il ne suffit pas qu'une tumeur contienne quelques cellules myéloïdes, pour être considérée comme appartenant à cette catégorie; mais qu'il faut qu'elle soit exclusivement formée de cet élément pour être regardée comme telle.

Il est donc bien établi que la confusion entre les tumeurs myéloïdes et fibro-plastiques n'est pas aussi générale que semble le dire M. Broca. Cette distinction se trouve encore dans un second travail du même auteur, publié dans le même recueil. Enfin, dans les *Transactions de la Société pathologique de Londres* sont consignées des observations en tête desquelles se trouve écrit : Tumeurs fibro-plastiques et tumeurs myéloïdes, ou simplement tumeurs myéloïdes, et la description correspond complétement au titre des observations.

Les mêmes remarques peuvent s'appliquer au travail de M. Hulke, inséré dans le deuxième numéro des *Archives of Medicine*.

Des observations qui précèdent, on peut donc dire qu'il n'est pas exact que les chirurgiens anglais confondent les tumeurs fibro-plastiques avec les tumeurs myéloïdes.

J'ajouterai pour terminer, contrairement à l'opinion établie par MM. Gray et Wilks, savoir : que ces tumeurs ne sont pas susceptibles de se généraliser, et qu'elles diffèrent par là des tumeurs fibro-plastiques; j'ajouterai, dis-je, un fait présenté par le même M. Wilks à la Société pathologique de Londres, fait qui vient démontrer que les tumeurs myéloïdes peuvent se généraliser.

M. BROCA. J'ai dit dans mon rapport que la plupart des observations publiées en Angleterre sous le titre de tumeurs myéloïdes, étaient relatives à des tumeurs fibro-plastiques, et je crois encore pouvoir le maintenir. Je n'ai pas prétendu que tous les chirurgiens anglais, sans exception, eussent commis cette confusion ; j'ai même dit qu'il y avait dans les journaux de Londres de véritables observations de myéloïdes. Mais il y en a d'autres, et c'est le plus grand nombre, qui se rapportent à des tumeurs fibro-plastiques. M. Paget, dont les leçons si justement célèbres ont été publiées dans un livre devenu classique, et dont les élèves sont répandus aujourd'hui dans toute la Grande-Bretagne, M. Paget, dis-je, n'a consacré aucun chapitre particulier à l'étude des tumeurs fibro-plastiques. Celles qui se composent uniquement de fibres fibro-plastiques ont été décrites par lui avec les tumeurs fibreuses ou fibroïdes ; quant à celles qui renferment des noyaux, des cellules fibro-plastiques et des corps fusiformes, et qui sont bien plus nombreuses que les autres, il les a très-positivement confondues avec les myéloïdes; car il dit expressément dans la première page du chapitre, que ses tumeurs myéloïdes comprennent les tumeurs décrites par M. Lebert sous le nom de fibro-plastiques (*On tumours*, p. 212). La même assertion se retrouve à la page 210.

J'ai donc eu raison de dire que la classe des tumeurs myéloïdes, telle qu'on l'a étudiée jusqu'ici, renferme autre chose que des myéloïdes proprement dites, et qu'il est nécessaire de les étudier de nouveau en se mettant à l'abri de cette confusion. Il paraît que je n'ai pas été le seul à qui cela ait paru nécessaire, et M. Giraldès vient de nous dire que M. Wilks, en décrivant une myéloïde véritable, a fait remarquer qu'elle se composait exclusivement de plaques à noyaux multiples, et qu'elle devait être distinguée de celles où ces plaques figurent seulement à titre d'éléments accessoires. M. Giraldès nous a fait connaître en même temps, et je l'en remercie, un fait tout récent du même auteur, prouvant que les myéloïdes, quoique ordinairement bénignes, peuvent par exception, comme les chondromes et les fibromes, se généraliser dans l'organisme : c'est un fait précieux à enregistrer.

Je n'ai point dit que les myéloïdes véritables eussent toujours leur siége dans les mâchoires, puisque j'ai annoncé en avoir vu un cas dans le tibia. Seulement, les deux observations sur lesquelles roule mon rapport étant relatives l'une et l'autre à des tumeurs des mâchoires, j'ai dû prévenir que mes remarques n'avaient pas un caractère général, et que j'entendais les appliquer seulement aux myéloïdes des mâchoires.

M. GIRALDÈS. Je ne défends pas M. Paget, seulement je signale l'identité complète qui existe entre sa description et celle de M. Broca. Il faut du reste connaître la valeur des leçons de M. Paget, chirurgien des plus recommandables, ces leçons qui ne sont pas consacrées à l'étude des sujets les moins connus. Lorsqu'il a choisi la tumeur myéloïde, il croyait connaître tout ce qui avait été fait sur cette question. Depuis lors ses opinions se sont modifiées.

La Société décide que les travaux envoyés par les chirurgiens, en vue de leur candidature au titre de correspondants nationaux, seront renvoyés au comité de publication quand leurs auteurs auront été élus, avant que les commissions chargées d'examiner ces travaux aient fait leurs rapports.

ÉLECTION.

La Société procède à l'élection du bureau pour l'année 1859-1860.

Élection du président : 25 votants.

MM. Marjolin, 18 voix ; Depaul, 4 ; Giraldès, 1 ; Danyau, 1 ; Morel-Lavallée, 1 ; Laborie, 1.

M. Marjolin est nommé président.

Élection du vice-président : 25 votants.

MM. Laborie, 11 voix ; Morel-Lavallée, 6 ; Richet, 4 ; Danyau, 2.

Aucun des candidats n'ayant la majorité, on procède à un second tour de scrutin, qui donne les résultats suivants :

MM. Laborie, 11 voix ; Morel-Lavallée, 6 ; Richet, 6.

3e tour de scrutin, ballottage entre MM. Morel-Lavallée et Richet pour désigner celui de ces deux candidats qui sera ballotté avec M. Laborie.

MM. Morel-Lavallée, 16 voix ; Richet, 7.

Dernier tour, ballottage entre M. Laborie et M. Morel-Lavallée.

MM. Laborie, 17 voix ; Morel-Lavallée, 6.

M. Laborie est élu vice-président.

Election des secrétaires annuels. — Premier secrétaire : 22 votants.

MM. Depaul, 12 voix ; Richard, 6 ; Morel-Lavallée, 2 ; Boinet, 2.

M. Depaul est élu premier secrétaire.

Deuxième secrétaire. — 1er tour de scrutin.

MM. Richard, 8 voix ; Legouest, 6 ; Boinet, 6 ; Robert, 1 ; Jarjavay, 1.

2e tour de scrutin. — M. Legouest réunit l'unanimité des suffrages, il est nommé 2e secrétaire.

Nomination du trésorier et du bibliothécaire archiviste.

MM. Houel et Verneuil sont maintenus par acclamation dans ces fonctions.

Comité de publication ; 17 votants.

Ont été élus : MM. Laborie, 16 voix ; Morel-Lavallée, 14 ; Follin, 14.

Commission des congés.

Sont élus : MM. Boinet, 12 voix ; Morel-Lavallée, 11 ; Cazeaux, 11.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. DEMARQUAY communique l'observation suivante :

Polype intra-utérin ayant amené par son développement une pression considérable de la paroi antérieure de l'utérus et des parois de la vessie sur la symphyse pubienne. — Destruction consécutive partielle de la paroi antérieure de l'utérus et des parois de la vessie. Mort. Autopsie. — Une jeune femme de vingt-quatre ans, mariée depuis sept mois, n'ayant jamais été bien réglée, est entrée dans le service de M. Monod, à la Maison de santé, le 24 mai dernier. En ville, elle avait déjà été vue par MM. Monod et Depaul, qui l'engagèrent à se faire transporter à la Maison de santé.

Le diagnostic de ces deux praticiens avait été le même; l'un et l'autre avaient reconnu que l'utérus, qui remplissait tout le petit bassin, où il était comme enclavé, et qui dépassait de deux travers de doigt la symphyse pubienne, était rempli par un corps fibreux pédiculé ou sessile.

L'état de la malade était inquiétant; elle avait de la fièvre et une agitation continuelle; elle éprouvait souvent des contractions utérines fort douloureuses; de plus, elle souffrait beaucoup dans le bas-ventre; elle n'avait point de sommeil ni jour ni nuit. Elle éprouvait de grandes difficultés pour uriner et aller à la garde-robe; on la sondait néanmoins avec assez de facilité.

M. Huguier, à la demande de M. Monod, vint voir la malade, l'examina avec soin, et fut d'avis, comme nous, qu'il fallait dilater le col, déterminer le siége précis de la tumeur, et en faire l'ablation si cette dernière était pédiculée.

Notre honorable collègue eût la bonté de nous prêter ses instruments dilatateurs du col, et au bout de deux séances de quelques minutes chaque fois, il fut facile, à l'aide d'une éponge préparée, de dilater suffisamment le col utérin pour bien étudier la position de la tumeur, et de constater qu'elle était volumineuse et libre dans la cavité utérine, et qu'elle prenait son implantation sur la paroi antérieure de cet organe. Mais l'exploration de la cavité utérine permit aussi de constater que la paroi antérieure de l'utérus et les deux parois de la vessie avaient été perforées dans l'étendue d'une pièce de 5 francs, et que la vessie se vidait en partie dans l'utérus. Une partie de l'urine coulait encore par l'urèthre. Le doigt introduit dans la cavité utérine et replié en crochet arrivait sur la symphyse pubienne. Cette circonstance et l'état grave de la malade me détournèrent de toute opération.

Deux ou trois jours après cette constatation, c'est-à-dire le 12 juin, la malade succombait aux suites d'une péritonite déjà ancienne, et qui s'était généralisée en peu de jours.

A l'autopsie, nous trouvons une péritonite généralisée, et l'utérus enclavé dans le petit bassin. La paroi antérieure de cet organe et les deux parois de la vessie avaient été ou usées ou gangrenées dans l'étendue environ d'une pièce de 5 francs, de sorte que le polype venait s'appuyer sur la symphyse pubienne, et que l'urine s'écoulait en partie dans la cavité utérine, ce qui rendait compte de la grande quantité de liquide que nous avions trouvée dans la cavité utérine après la dilatation du col.

De plus grands détails seront consignés dans l'observation complète qui sera publiée par M. Long, interne du service.

M. DEPAUL. J'ai vu cette malade avant son entrée à la Maison de santé; elle était traitée par deux de nos confrères qui avaient pensé qu'il s'agissait d'une grossesse avec menace d'avortement. L'erreur était facile à reconnaître, et l'on constatait sans peine la présence d'une tumeur intra-utérine. L'utérus était assez profondément engagé dans le bassin. Le col, aminci, mais très-peu dilatable, se présentait dans les conditions que l'on rencontre chez les femmes en couches lorsque la dilatation est imminente.

J'aurais été disposé à débrider cet organe, comme cela se pratique dans certains cas de dystocie par rigidité du col. A ce moment, je puis assurer qu'il ne devait pas exister de perforation de la vessie : il ne s'écoulait absolument pas de sang.

Je conseillai de transporter la malade à la Maison de santé. J'aurais désiré, si j'avais eu un hystéromètre, m'assurer du lieu d'implantation de la tumeur ; c'est dans les cas de ce genre que je pense qu'il est utile de se servir de cet instrument.

Ce que signale comme spécialement remarquable, c'est l'enclavement de la tumeur dans la cavité pelvienne, où elle s'était si bien immobilisée qu'il était impossible de lui faire subir le moindre mouvement même en la refoulant en haut.

La malade éprouvait de violentes et fréquentes douleurs expulsives. Elle urinait difficilement ; on pouvait néanmoins, quoique avec peine, faire pénétrer dans la vessie une sonde très-souple en gomme élastique.

La tumeur en s'accroissant incessamment a déterminé une gangrène par pression, de telle sorte que la perforation doit être attribuée non pas à l'usure, mais à la gangrène.

M. CHASSAIGNAC rappelle que dans les mémoires de la Société, on a reproduit une observation de ce genre appartenant à M. Loir. La tumeur avait perforé la paroi abdominale antérieure.

M. HUGUIER. J'avais fait ce que M. Depaul aurait eu l'intention d'exécuter; j'ai cathétérisé l'utérus, et j'ai reconnu le siége précis du pédicule. L'observation de M. Loir, à laquelle M. Chassaignac a fait allusion, n'a aucun rapport avec celle de M. Demarquay.

Énorme lipome développé dans le scrotum. — M. DEGUISE fils présente, au nom de M. Bernard (de Moulins), une énorme tumeur graisseuse ayant presque le volume de la tête, qui était logée dans le scrotum ; le malade qui la portait était un jeune soldat ; il en faisait remonter l'origine à une dizaine d'années seulement.

Le diagnostic avait été très-hésitant, et les avis, dans une consultation, s'étant partagés, la nature de la tumeur ne fut évidente qu'après l'incision. Cette incision dut avoir une longueur de 30 centimètres. L'énucléation se fit avec facilité, la malade guérit.

M. CHASSAIGNAC a rencontré chez un vieillard un lipome partant de l'aine et se prolongeant dans le scrotum. Il crut à la fluctuation et pratiqua une incision ; on reconnut alors seulement que c'était un lipome : la suppuration s'empara de la tumeur, qui disparut peu à peu.

Le secrétaire, E. LABORIE.

ERRATUM. — La liste des huit membres correspondants nationaux nommés dans la dernière séance, liste dressée d'après le nombre de voix obtenues par chacun d'eux, doit être rétablie ainsi qu'il suit : « MM. Serres, d'Alais ; Denucé, de Bordeaux ; Michel, de Strasbourg ; Stœber, de Strasbourg ; Benoît, de Montpellier ; Scrive, inspecteur du service de santé des armées ; Valette, de Lyon ; et Chaumet, de Bordeaux. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les nouvelles qui nous parviennent du théâtre de la guerre témoignent toutes que nos confrères de l'armée sont comme toujours à la hauteur de leur noble mission, et qu'indépendamment des fatigues incessantes du service des ambulances, ils ont à subir aussi l'épreuve du feu. Les journaux nous ont appris que M. Larrey avait eu un cheval tué sous lui à la bataille de Solferino. Nous apprenons aujourd'hui que M. Champouillon, dont nous annoncions il y a peu de jours la promotion au grade d'officier dans la Légion-d'honneur, après avoir eu un cheval blessé au combat de Marignan, a reçu, sur la fameuse crête des cyprès de Solferino, une balle qui lui a fait une forte contusion à la jambe.

Nous souhaitons à l'avenir une meilleure chance à nos savants et braves confrères.

On apprendra, du reste, avec satisfaction que l'état sanitaire de l'armée est excellent jusqu'à présent. La diarrhée et l'embarras gastrique sont, il est vrai, des affections assez communes dans l'armée, mais elles n'offrent aucun caractère de gravité.

— La distribution annuelle des prix des élèves sages-femmes de la Maternité a eu lieu samedi dernier, à la Maison d'accouchements, sous la présidence de M. Davenne, directeur de l'administration générale de l'assistance publique, en présence de tous les médecins et chirurgiens de l'établissement et des principaux fonctionnaires de l'administration.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à Mlle Richard (Jeanne-Cécile-Armandine), élève aux frais du département de la Nièvre.

Les élèves qui ont été le plus souvent nommées sont : Mmes Courant (Geneviève-Louise), élève aux frais du département de la Seine ; Guy (Marie-Françoise), élève aux frais du département de la Sarthe ; Peltier (Apolline-Victoire), élève aux frais du département de l'Oise.

— La nouvelle législation anglaise sur l'exercice de la médecine porte ses fruits; nous voyons dans les journaux de médecine anglais que, de temps à autre, des praticiens non inscrits sur le *Registrar* ont affaire au sollicitor.

— Les médecins de la Haute-Marne se sont constitués en association départementale. Dans la réunion du 21 juin dernier, ils ont composé leur bureau ainsi qu'il suit :

Président : M. le docteur Thiberge, président du conseil général de la Haute-Marne ;

Vice-présidents : MM. les docteurs Collin (de Châteauvillain) et Decoufevron (de Langres) ;

Secrétaire trésorier : M. le docteur Félix-Mougeot (de Chaumont).

L'Association a déclaré qu'elle ne se réunissait pas à l'Association générale des médecins de France.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Société centrale.

L'installation de la Société centrale a été faite le 24 juin, au siége provisoire de l'Association générale, rue de Londres, 14.

A cette première réunion avaient été convoqués, sous la présidence de M. Rayer, les membres du bureau et de la commission administrative, ainsi que les membres de la sous-commission de l'Association générale.

Le président de l'Association générale a ouvert la séance par un discours dans lequel, après avoir rappelé les statuts de la Société centrale approuvés par un arrêté de Son Excellence M. le ministre de l'intérieur en date du 23 avril, il a présenté le programme des attributions qui incombent à la commission administrative.

Le président a remercié les membres de la commission administrative, qui, en acceptant les fonctions qui leur ont été conférées, ont mis leur zèle et leur dévouement au service de l'Association générale : « C'est, dit-il, par le temps et par l'expérience que notre œuvre doit » prouver sa raison d'être. C'est par les services qu'elle est appelée à » rendre qu'elle s'emparera surtout du cœur et de l'esprit de nos confrères. Votre concours assure son succès. Encore une fois, merci. »

M. le président a ajouté : « Je termine en vous annonçant une mesure qui recevra votre chaleureuse approbation ; à ma prière, un » des chefs de la médecine militaire, le savant illustre que ses travaux » ont placé si haut dans l'estime de ses confrères, M. Michel Lévy, a » bien voulu accepter la présidence de la Société centrale, dont les » statuts m'autorisent à faire la délégation à l'un des vice-présidents. » Par ce choix, j'ai réalisé un vœu de la sous-commission du conseil » général, un vœu de notre autre vice-président, M. Andral, dont le » nom et le concours honorent notre œuvre, et j'ai la confiance d'avoir » aussi devancé le vôtre. »

Le secrétaire de la Société centrale, LUDGER LALLEMAND.

Le Gérant, [illegible]

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 78. — MARDI 5 JUILLET 1859. (32e ANNÉE.) N° 78. — MARDI 5 JUILLET 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 4 juillet 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Flourens a lu une nouvelle note sur le nœud vital. Le principal objet de cette communication du savant secrétaire perpétuel a été de donner de nouveaux éclaircissements sur ce point de physiologie en fixant le sens précis qu'il entend donner à sa découverte, et de rectifier quelques erreurs de rédaction qui s'étaient glissées dans sa note de 1851.

Parmi les travaux divers afférents à la médecine, dont il a été fait mention dans la correspondance, nous signalerons un mémoire de M. Matteucci sur quelques nouvelles expériences d'électro-physiologie ; une note de M. Roux (de Cherbourg), sur l'opium indigène ; une note de M. Duchesne-Duparc sur les propriétés fondantes et résolutives du *fucus vesicularius*, et une réclamation de M. le professeur Joly (de Toulouse), relative à la découverte d'un nouveau genre de monstruosité désigné, dans une communication récente de M. C. Dareste, sous le nom de *plésiognathe*, et qu'il a déjà décrit lui-même sous le nom d'*hypotognathe*. — Dr Brochin.

DE L'INSALUBRITÉ DES VOLAILLES

nourries de viandes en état de putréfaction.

Cette question, qui intéresse au plus haut point l'hygiène publique, savoir : si les volailles nourries de viandes en putréfaction sont ou non insalubres, a été examinée récemment par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de Paris, à l'occasion de plaintes portées contre un agriculteur industriel qui élevait avec des viandes putréfiées des volailles de différentes espèces destinées à la vente. Sur un rapport de M. le docteur E. Duchesne, dont le conseil a adopté les conclusions, il a été fait défense à cet agriculteur de continuer à élever des volailles avec de la viande.

Il nous a paru utile de faire connaître les faits qui ont motivé cette enquête, et les expériences sur lesquelles le rapporteur du Conseil a fondé ses conclusions.

On reconnaît généralement qu'il est dangereux pour l'homme de manger de la chair putréfiée. Les auteurs et les recueils périodiques renferment de nombreux exemples d'accidents produits par ce genre d'alimentation. Mais on connaissait beaucoup moins les effets produits par la chair d'animaux très-bien portants d'ailleurs, mais nourris avec des viandes en état de putréfaction. Il résulte effectivement de nombreux faits connus, que certains animaux peuvent impunément se nourrir de viandes putréfiées ; les faits que nous allons faire connaître en fournissent une preuve nouvelle ; ce qu'il s'agissait de rechercher dans la circonstance actuelle, ce sont les modifications que la nourriture exclusive avec des viandes putréfiées peut apporter dans la qualité et la conservation des volailles destinées à la consommation. C'est là le but que s'est proposé M. Duchesne dans les expériences suivantes dont le compte-rendu nous empruntons la relation aux *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (numéro de janvier 1859).

Le 16 juillet 1857, dit M. Duchesne, après une journée très-chaude et vers quatre heures du soir, je me suis présenté dans l'établissement du sieur X.... (Cet établissement, situé dans un village très-aéré des environs de Paris, consiste dans un terrain clos de murs, au fond duquel il y a une basse-cour où l'on élève des poules et des canards. La nourriture de ces animaux consiste en viandes en état de décomposition putride, recueillies dans les boucheries de la capitale. Ces viandes sont soumises à la cuisson pour en retirer la graisse, mêlées ensuite avec du son et données ainsi, soir et matin, aux volailles, qui s'en disputent les morceaux avec avidité. Les tonneaux dans lesquels on apporte cette viande, cuite hors de l'établissement, la mangeoire dans laquelle on place cette nourriture, et le sol environnant lui-même, répandent une odeur fétide. Du reste, les volailles paraissent jouir d'une santé parfaite.) J'ai pris au poulailler trois œufs de poule pondus du jour même. On a pris et tué devant moi une poule de l'année et un canard mâle aussi de l'année.

Ces deux volailles, bien saignées, ont été mises dans un panier découvert et emportées immédiatement chez moi dans une voiture. A sept heures du soir, c'est-à-dire trois heures après seulement, on a plumé et vidé ces volailles, qui répandaient une odeur très-forte. Les intestins répandaient déjà une odeur tellement forte et repoussante, que l'on fut forcé de les porter dans une cour éloignée. Pendant la nuit, les deux volailles, ainsi préparées, ont été placées sur un marbre et dans un courant d'air frais.

Première expérience. — Le lendemain 17 juillet, au déjeuner, on a fait cuire à la coque les trois œufs recueillis la veille. Ils étaient beaux, bien conformés, et n'offraient extérieurement aucune différence avec ceux des poules élevées dans les fermes. Seulement la coquille était plus mince et beaucoup plus fragile, elle contenait évidemment moins de carbonate de chaux.

Les trois œufs furent mangés par des personnes non prévenues, et on ne trouva pas au goût de différence avec les œufs ordinaires ; à l'un d'eux on trouva une odeur forte, particulière et indéfinissable. Ces œufs ont été parfaitement digérés, même par l'auteur, qui connaissait leur provenance. Toutefois il fait observer que dans le cours de la journée qui fut très-chaude, il a senti à cinq ou six reprises que sa transpiration avait l'odeur très-caractéristique que l'on rapporte lorsqu'on est resté longtemps dans un amphithéâtre d'anatomie, alors qu'il y a de nombreuses portions de cadavres en état de décomposition avancée.

Deuxième expérience. — Dans la même journée, M. Duchesne a coupé le poulet par morceaux pour le faire mettre au blanc ; les chairs étaient plus molles et plus odorantes que celles des poulets élevés à la manière ordinaire, et il a fallu enlever le croupion et la partie inférieure de l'abdomen, qui avaient déjà pris une teinte verdâtre marquée. Il n'y avait que 20 heures que ce poulet avait été tué.

Deux personnes ont mangé de ce poulet, sans faire d'autre observation que de lui trouver un goût plus fort qu'aux [illegible] Il a pu être digéré.

Troisième expérience. — Le canard tué depuis la veille au soir seulement (24 heures) répandait une odeur très-forte et remarquable lorsqu'on approchait du buffet où il avait été déposé. On a dû enlever le croupion et la partie inférieure de l'abdomen, qui avait pris une teinte verte trop visible. Cette volaille fut mise à la broche et servie aux mêmes personnes qui venaient de manger le poulet ; mais lorsqu'elle fut découpée, elle répandit une odeur tellement forte que les personnes qui essayèrent d'en manger en furent bien vite rassasiées, et en laissèrent les morceaux.

Le lendemain, lorsque ce canard fut refroidi, il avait perdu une partie de son odeur désagréable, et deux domestiques de la campagne, gens dont le goût était moins délicat, en ont mangé pendant quatre jours avec d'autres aliments sans en être incommodés.

Ainsi, en résumé, on voit par ces faits et ces expériences que des volailles nourries exclusivement avec des viandes en putréfaction, continuent de se bien porter, et qu'elles peuvent à la rigueur être mangées sans grand inconvénient. Mais s'il n'en ressort pas directement que cette alimentation ait été nuisible pour l'homme, il est du moins très-présumable, si l'on considère que des œufs de la veille, que des volailles tuées avec toutes les précautions possibles et qui n'ont pas eu à supporter les délais d'un transport éloigné, ont été à peine mangeables après 20 ou 25 heures au plus, qu'on n'en ferait pas impunément un usage continu et prolongé.

Telles sont les considérations d'après lesquelles le conseil, adoptant l'opinion de M. Duchesne, a déclaré que les volailles ainsi alimentées ne pourraient supporter les conditions de vente et de débit ordinaires.

Cependant M. Duchesne ne s'en est pas tenu là, et après l'adoption par le conseil d'hygiène publique des conclusions dont nous venons de reproduire le sens, il s'est rendu au clos d'équarrissage d'Aubervilliers pour y prendre encore quelques nouveaux renseignements. Là il a vu des porcs et des volailles alimentés exclusivement avec de la viande crue ou cuite, comparativement avec d'autres animaux de même espèce soumis à une alimentation mixte (viande et légumes ou grains). Il serait trop long de rapporter ici en détail le résultat de ces expériences ; nous nous bornerons à reproduire les propositions dans lesquelles M. Duchesne a résumé lui-même l'ensemble des observations et des expériences qu'il a faites sur ce sujet.

1° On peut nourrir les volailles et les porcs : *a* avec de la viande saine crue ou cuite ; *b* avec de la viande crue ou cuite provenant d'animaux affectés de maladies contagieuses, comme la morve, le charbon, la rage, etc. ; *c* on peut même les nourrir avec de la viande crue ou cuite, en état de putréfaction avancée, sans que la santé de ces animaux en paraisse altérée.

2° Les petits poulets sont plus difficiles à élever lorsqu'on ne leur donne pour seule nourriture que de la viande crue ou cuite, alors même qu'elle est saine, et on en perd ainsi un plus grand nombre que par les procédés ordinaires.

3° Les œufs des poules ainsi nourries paraissent, au goût, aussi bons que les œufs des poules nourries à la manière ordinaire ; la coquille est cependant plus mince et plus fragile.

4° Si l'on nourrit les poules et les porcs avec de la viande seulement, qu'elle soit ou non cuite, leur chair est plus molle, d'une conservation plus difficile, et leur graisse est jaunâtre et plus diffluente.

5° On doit encore conserver des doutes sur l'innocuité absolue de l'alimentation des volailles et des porcs nourris avec la chair provenant d'animaux atteints de maladies contagieuses comme la morve, le charbon, etc. (on se rappelle que dans une communication à l'Académie de médecine, M. le professeur Renault, d'Alfort, a très-explicitement émis l'avis qu'il n'existait aucune raison sanitaire d'empêcher l'alimentation des porcs et des poules avec les débris des clos d'équarrissage quels qu'ils soient, et que, si concevable que soit la répugnance de l'homme à se nourrir de viandes ou de laitage provenant de bêtes bovines, porcs, moutons ou poules affectés de maladies contagieuses, il n'y a en réalité aucun danger pour lui à manger de la chair cuite ou du lait bouilli provenant de ces animaux), et on doit prohiber pour la nourriture des volailles ou des porcs l'emploi de ces viandes chargées de matières virulentes.

6° On doit défendre d'une manière absolue, comme insalubre, l'emploi de viandes en état de putréfaction pour la nourriture des volailles et des porcs.

7° On doit s'abstenir de donner trop longtemps ou trop abondamment aux volailles des vers, des chenilles, des cocons de vers à [illegible] nourriture donnant un mauvais goût à la chair de ces volailles.

8° L'usage continuel et complet de la viande cuite ou crue, même saine, ne paraît pas avantageux pour l'engraissement des volailles et des porcs, et finit même par nuire à leur développement et à la qualité de leur viande.

9° La meilleure méthode consiste à ne donner aux volailles et aux porcs qu'une seule fois par jour de la viande crue ou cuite, mais saine, et de compléter chaque jour leur nourriture par des graines, des légumes, et surtout des pommes de terre.

10° Lorsqu'on voudra livrer ces animaux à la consommation, on devra, principalement pour les volatiles, cesser entièrement l'usage de la viande et les tenir pendant quelque temps à un régime purement végétal.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Leçons cliniques sur les maladies de l'encéphale.

(Recueillies et rédigées par MM. F. Garrigou et Deleau, élèves.)

Les lobes cérébraux constituent la partie de l'encéphale la plus importante assurément sous le rapport de la masse comme au point de vue des fonctions, car c'est en eux que réside le siége des phénomènes intellectuels. Le fait est universellement admis, et Bossuet lui-même le reconnait, dans un *Traité d'anatomie* qu'il écrivit pour l'instruction du Dauphin. Aussi n'y aurait-il guère sujet de discuter si l'on voulait se borner à établir que la mémoire, le jugement, le raisonnement, toutes les facultés générales enfin admises par les métaphysiciens, sont dans les attributions des lobes cérébraux. Mais la question demande à être étudiée de plus près, et en tenant compte des aptitudes spéciales si diverses qui s'observent dans l'esprit humain. Or ce sont là des difficultés dont les philosophes se sont peu embarrassés en général, tellement qu'il faut aller chercher dans les Pères de l'Eglise pour trouver quelques traces d'une étude ainsi spécialisée de l'intelligence.

Gall, le premier, pénétra au cœur de la question, et sut voir et montrer quelle énorme prédominance telle ou telle aptitude pouvait prendre chez chaque individu, et combien souvent, à côté de gens chez lesquels les diverses facultés se maintiennent en équilibre, on en rencontre chez qui telle ou telle, par sa prépondérance, détermine un penchant prononcé parfois presque irrésistible. Or, le cerveau étant le siége indubitable de l'ensemble de ces facultés diverses, il en conclut que chacune d'elles devait y avoir un siége spécial. Cette doctrine, Gall l'appuie d'une foule de preuves puisées dans l'étude la plus sérieuse, la plus approfondie de l'homme et des animaux ; et dans son ensemble, elle est certainement acceptable et conforme à la raison.

Sans doute Gall a pu et dû se tromper souvent dans la détermination des diverses facultés et des centres nerveux qui leur correspondent; mais cela n'entache nullement d'erreur le fond même de sa doctrine, dont les détails ne pourront être complétement éclaircis, s'ils doivent jamais l'être, qu'après des siècles d'observation. Alors, sans doute, on reconnaîtra l'importance d'une étude dont peu de personnes s'occupent aujourd'hui, et que la plupart considèrent comme un jeu de l'esprit, ne méritant point une attention sérieuse.

Quoi qu'il en soit, les lobes cérébraux sont incontestablement le siége d'une des plus importantes, de la plus importante même des facultés, c'est-à-dire de la volonté, et c'est par elle qu'ils prennent part à la production des mouvements dits volontaires; encore bien que la source des mouvements trouve son siége spécial dans une autre partie des centres nerveux. Ainsi conçoit-on comment on peut regarder la substance blanche des hémisphères comme le point de départ des mouvements soumis à la volonté, réservant aux facultés intellectuelles proprement dites la substance grise seule.

Les études expérimentales sur lesquelles on peut baser la théorie des fonctions des hémisphères cérébraux sont malheureusement encore fort incomplètes, et laissent une foule de questions sans solution possible.

Ainsi les nombreuses expériences de M. Flourens sur les fonctions des lobes cérébraux l'ont conduit à cette conclusion, en contradiction complète avec la doctrine de Gall, que le cerveau n'a dans toutes ses parties qu'un seul rôle, qu'un seul et même mode d'activité, et qu'une faculté intellectuelle perdue entraîne la perte inévitable de toutes les autres. Mais cette conclusion étrange n'a été que la conséquence d'un procédé vicieux dont il fit usage dans ses vivisections. C'est, en effet, en enlevant par des coupes antéro-postérieures des tranches horizontales de la substance cérébrale, que M. Flourens a toujours opéré. Or, intéressant ainsi à la fois toute la longueur de chacun des hémisphères, il ne pouvait guère manquer de troubler à la fois toutes les facultés, et c'est ce qui est advenu. Pour juger avec certitude si les lobes antérieur, moyen, postérieur, du cerveau, ont quelques fonctions spéciales, il eût fallu les léser chacun isolément, et il ne l'a jamais fait. Cette première conclusion ne saurait donc être admise comme rigoureuse.

Parmi les autres conclusions que M. Flourens déduisit de ses expériences, il en est une encore qui mérite qu'on s'y arrête. C'est que « les lobes cérébraux sont le réceptacle unique de toutes les sensations. » Voilà un résultat qui touche fort à la fameuse sentence d'Aristote : *Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu*; sentence dont une école moderne, exagérant les conséquences, a tiré la doctrine dite du *sensualisme*.

Cette doctrine a été fortement critiquée et mérite de l'être. Sans doute les sens sont des agents importants de l'intelligence, mais ils ne lui sont nécessaires qu'en ce qui tient aux phénomènes d'un certain ordre. Dans l'observation du monde physique, ce sont les sentinelles et les ministres de l'intellect, et sans eux nous ne pourrions avoir aucune connaissance des objets extérieurs. C'est par leur aide encore que notre attention peut être dirigée et fixée. Mais que de phénomènes intellectuels où les cinq sens n'ont plus aucune part! Est-ce la vue, est-ce le toucher qui nous donne la notion du bien et du mal, du juste et de l'injuste? S'il en était ainsi, les animaux, aussi favorisés que nous sous le rapport des sens, ne nous céderaient en rien au point de vue de l'intelligence. Croire qu'avec les sensations seules, on peut édifier tout l'homme moral, est une complète erreur. Elles ne peuvent être considérées que comme un des éléments qui concourent à l'accomplissement des facultés intellectuelles.

Pour déterminer autant que possible les fonctions des lobes cérébraux dans leur ensemble, nous devons chercher d'abord à connaître l'état d'un animal auquel on a enlevé les lobes cérébraux. Supposons que nous avons une poule privée de ses hémisphères cérébraux, voici ce que l'observation la plus attentive nous apprend :

Cette poule passe la plus grande partie de son temps à dormir; cependant elle se réveille, par intervalles, spontanément. Pour dormir elle place sa tête dans les plumes situées au-dessus de l'aile. Elle se secoue, agite ses ailes, ouvre les yeux, etc., lorsqu'elle se réveille, tout à fait comme une poule non mutilée. Le bruit ne l'émeut pas, mais une légère irritation de la peau la réveille instantanément. L'irritation cessant, elle se rendort. Eveillée, elle porte çà et là des regards stupides, marche spontanément. Elle cherche à s'échapper de la cage où on l'enferme, mais elle va et vient sans aucun but. Elle retire soit la patte, soit l'aile, lorsqu'on les pince. Elle fait des efforts pour s'échapper et crie lorsqu'on la prend, reste immobile quand on l'a lâchée. Des irritations trop vives lui font pousser des cris perçants; mais il n'est pas rare de l'entendre caqueter, chanter un peu spontanément. La stupidité est profonde. Elle ne connaît ni les objets, ni les lieux, ni les personnes. Elle ne sait ni chercher sa nourriture, ni même avaler le grain qu'on place au bout de son bec. Cependant son indocilité, ses mouvements, attestent qu'elle sent la présence de ce corps étranger. Elle ne paraît nullement attentive aux objets extérieurs. Cependant, en l'irritant avec violence, son attention se réveille. Elle ne sait point éviter son ennemi ni se défendre. Toutes ses actions, en un mot, sont aveugles, c'est-à-dire dépourvues de réflexion, de connaissance. On ne remarque plus aucune trace des combinaisons intellectuelles dont cet animal donne des preuves nombreuses quand il est dans ses conditions normales.

Tel est l'état d'une poule à laquelle on a enlevé ses lobes cérébraux. Examinons maintenant quelles sont les conclusions que l'on en peut tirer, relativement aux fonctions de ces lobes. Certainement ils sont le siége de la mémoire des sensations qui nous sont fournies par l'ouïe et la vue, et de toutes les opérations intellectuelles auxquelles ces sensations peuvent être soumises, telles que la comparaison, le jugement, l'induction, le raisonnement, opérations d'où dérive la connaissance des principales propriétés des objets extérieurs. Certainement aussi les lobes cérébraux régissent toutes les actions qui supposent la connaissance de ces objets, telles que l'action de chercher sa nourriture et de manger, celle d'éviter son ennemi et de lui échapper par ruse, celle de revenir au poulailler, celle de former société avec des individus de même espèce, etc.

Mais de ce que les lobes cérébraux sont le siége des facultés dont nous venons de parler, faut-il en conclure avec M. Flourens, qu'ils « sont le réceptacle unique des sensations, des instincts, de l'intelligence et des volitions? » Les faits ne permettent pas de le croire.

1° Ces lobes ne sont pas le réceptacle unique de toutes les sensations. Il suffira de dire, pour prouver cette proposition d'une manière évidente, que l'animal privé de ses lobes cérébraux se réveille quand on le touche, qu'il pousse des cris toutes les fois qu'il est soumis à une cause de douleur physique. C'est là une chose claire. Aussi Cuvier disait-il dans son rapport, que les expériences de M. Flourens ne prouvaient pas d'une manière concluante que l'ablation des lobes fût suivie de la perte du tact. Rien ne prouve non plus que cette opération entraîne l'ablation du goût et de l'odorat, et surtout celle d'une foule de sensations internes qui provoquent des excrétions multipliées ou qui excitent à certaines actions.

Il est difficile de dire si les lobes cérébraux sont le siége des sensations de la vue et de l'ouïe. M. Flourens prétend qu'un animal sans lobes est aveugle et sourd, mais il ne l'a pas directement démontré. Il est vrai qu'un animal sans lobes heurte contre tous les obstacles; mais la perte de la mémoire, d'où dérive la connaissance des objets extérieurs, ne pourrait-elle pas expliquer ce phénomène? L'animal ouvre les yeux quand on le réveille, regarde çà et là d'un air stupide; sa pupille se contracte à une forte lumière.

En admettant, ce qui ne paraît pas démontré, que les hémisphères du cerveau soient le siége de l'ouïe et de la vue, il n'en est pas moins certain que toutes les sensations n'y résident pas, puisque les animaux privés de ces masses nerveuses conservent toute leur sensibilité tactile.

2° Les lobes cérébraux sont-ils le réceptacle unique de l'intelligence, des instincts et des volitions? Résoudre cette question par l'affirmative avec M. Flourens, c'est admettre qu'un animal qui marche spontanément, qui fuit quand on le tourmente, qui affecte les mêmes attitudes qu'avant la mutilation, soit qu'il dorme, soit qu'il veille, n'agit ni volontairement, ni instinctivement, ni intellectuellement. Une pareille proposition n'est pas admissible. Quelle autre puissance que l'intelligence, l'instinct ou la volonté peut déterminer les mouvements dont il est question? Ce que M. Bouillaud peut affirmer, d'après ses expériences, c'est qu'un animal dépourvu de ses lobes ne connaît plus les objets extérieurs, les lieux ni les personnes, incapable de toute éducation et de toute action raisonnée; mais il conserve encore le pouvoir de faire divers mouvements spontanés. Or la spontanéité n'a pas été classée hors des phénomènes intellectuels, lesquels jusqu'ici d'ailleurs n'ont pas été convenablement analysés.

3° Il reste à examiner s'il est vrai que, comme le pense M. Flourens, « les lobes cérébraux concourent par tout leur en-
» semble à l'exercice plein et entier de leurs fonctions; que, dès
» qu'une sensation est perdue, toutes le sont; dès qu'une faculté
» disparaît, toutes disparaissent, s'il est vrai qu'il n'y ait point
» de siéges divers ni pour les diverses facultés ni pour les diver-
» ses sensations. »

On sait déjà que toutes les sensations ne résident pas dans le cerveau. Il est manifestement vrai que le *tact*, par exemple, n'y réside pas.

Mais la vue et l'ouïe, que nous supposons encore ici résider dans les lobes cérébraux, occupent-elles la même place que les facultés intellectuelles? M. Bouillaud a enlevé un grand nombre de fois la partie frontale du cerveau, et les animaux sur lesquels il opérait ont conservé la vue et l'ouïe, en même temps qu'ils étaient privés de la connaissance des objets extérieurs, de la faculté de chercher leur nourriture, etc. Il a aussi enlevé diverses autres portions des lobes cérébraux sans altérer la vue et l'ouïe, bien que les animaux eussent perdu alors plusieurs facultés intellectuelles. Ainsi donc l'assertion de M. Flourens, quant au siége de la vue et de l'ouïe, est expérimentalement inexacte.

Il existe une différence capitale entre les sensations de la vue et de l'ouïe, et la connaissance des objets extérieurs. Cette connaissance suppose l'expérience, la mémoire, la comparaison, le jugement, en même temps que la sensation extérieure. La connaissance des objets extérieurs est inséparable de la sensation. La sensation peut exister sans celle-là. Tel est le cas des animaux dont nous parlions plus haut. Ils voient, ils entendent; mais comme ils ont perdu la mémoire, et par là le pouvoir de comparer, de juger, de raisonner, etc., ils ne connaissent plus les objets qu'ils voient ou qu'ils entendent. Aussi leurs actions annoncent-elles qu'ils n'ont plus les moyens de comprendre.

Comprendre! Que signifie donc ce mot répété si souvent depuis le commencement de ces leçons? Il est synonyme de *intelligere*. Il est la faculté par excellence, *l'intelligence*. Est-ce autre chose que cette faculté qui fait que l'enfant sait que le nom de son père, de sa mère, signifie telle et telle personne déterminée? N'est-ce pas l'intelligence qui fait que le chien vient lorsqu'on l'appelle, qu'il perd ses défauts à la suite des corrections? Ne pas l'admettre serait retomber dans le système de Descartes, qui veut que les animaux n'agissent que par un pur automatisme.

Quoi qu'il en soit, il résulte de ce qui vient d'être dit que c'est une erreur de penser que les sensations, les facultés intellectuelles, les volitions, les instincts, constituent une faculté essentiellement une, et qu'il suffit que l'une d'entre ces facultés disparaisse pour que toutes les autres disparaissent également.

Toutes les propositions émises jusqu'ici par M. Bouillaud reposent sur vingt expériences consciencieusement faites, à diverses époques des années 1826 et 1827, sur des coqs, des poules, des pigeons, des lapins et des chiens.

De ces expériences, plusieurs ont été faites pour déterminer ce qui se passe chez les animaux auxquels on a enlevé la partie antérieure du cerveau.

Si l'on enlève ou si l'on désorganise à un animal la partie antérieure de ses hémisphères cérébraux, il continue à jouir des facultés sensitives. Ce phénomène est d'autant plus digne d'attention, que l'animal est en même temps privé de plusieurs des connaissances qu'il ne peut acquérir que par l'intermédiaire de ses sens externes. Ce fait irrécusable réfute victorieusement l'opinion de ceux qui soutiennent encore que la sensation et l'intellection ne sont qu'une seule et même fonction. Les animaux auxquels on a enlevé la partie antérieure du cerveau sont tombés dans un idiotisme profond. Ils sentent, voient, entendent, odorent, s'impatientent quand on les contrarie, s'effrayent facilement, font des mouvements spontanés instinctifs, crient, marchent; mais ils ne font aucune action qui annonce des raisonnements.

Lorsqu'on n'altère qu'une portion de la partie antérieure du cerveau, les animaux éprouvent une dégradation intellectuelle moins étendue. Quelques-uns conservent la faculté de manger quand on leur offre des aliments; quelques oiseaux ne savent pas manger, et boivent quand on leur plonge le bec dans l'eau, par un instinct sans doute analogue à celui qui porte les petits des mammifères à teter aussitôt après la naissance. D'autres, profondément stupides après la lésion qu'on fait subir à la partie antérieure de leur cerveau, conservent la faculté d'éviter les obstacles en marchant. Les animaux qui ne reconnaissent ni leurs aliments, ni les lieux, ni les personnes, ont cependant conservé des idées de hauteur, de distance; car si on les fait marcher sur une table, arrivés au bord, ils regardent et se retournent pour marcher en sens contraire.

La privation de la partie antérieure du cerveau enlève aussi à ces animaux la faculté de créer des rapports. Avant la mutilation, ils connaissaient leur nourriture, non-seulement comme objet visible, mais encore comme douée de qualités utiles à leur conservation. Ce rapport, ils ne le font plus après l'opération. Cette faculté de trouver des rapports est essentiellement une faculté de l'intelligence, et diffère évidemment des facultés sensitives proprement dites.

On peut donc dire qu'il résulte des faits précédents :

1° Que les lobes cérébraux ne sont pas le siége de toutes les sensations, que peut-être même ils ne le sont d'aucune (il s'agit ici de sensations externes) : que, du moins, diverses portions de ces lobes peuvent être enlevées ou désorganisées, sans que les sensations soient anéanties;

2° Que les sensations et les fonctions intellectuelles proprement dites sont essentiellement distinctes entre elles, bien que les unes et les autres concourent à un but commun;

3° Qu'il est douteux que les lobes cérébraux soient le réceptacle unique de tous les instincts et de toutes les volitions;

4° Que la partie antérieure ou frontale du cerveau est le siége de plusieurs facultés intellectuelles; que sa soustraction détermine un état d'idiotisme dont la perte de la connaissance distinctive des objets, des êtres extérieurs, est le caractère dominant, idiotisme qui coexiste avec la persistance des sensations externes.

Ces résultats étaient importants à faire connaître. Ils vont permettre de dire encore quelques mots des spécialités de Gall et de sa doctrine.

Réussir dans toutes les parties qui composent le domaine intellectuel est une chose impossible à un seul individu. Pourra-t-on jamais trouver un homme qui soit à la fois grand peintre, grand poëte, grand musicien, grand mathématicien, etc.? Certainement non. Chacun a sa spécialité. Les uns aiment la musique, les autres la sculpture, d'autres sont entraînés par la force d'observation; d'autres encore ont pour les mathématiques des dispositions telles qu'elles dégénèrent en véritable passion. Et cependant, comme nous l'avons dit, tous les hommes sentent en eux toutes ces facultés développées à divers degrés.

Gall, après avoir montré qu'il y a des facultés distinctes et cherché à les déterminer, est allé plus loin. Il a voulu déterminer le siége de ces facultés spéciales, et il a cru pouvoir reconnaître les dispositions intellectuelles et morales de chacun à la disposi-

tion du crâne; de même que Lavater voulait arriver au même but par l'inspection de la physionomie.

Il ne faudrait pas croire que les idées de Gall et de Lavater à cet égard soient complétement neuves. On trouve dans Cicéron un fait assez singulier, qui prouve que du temps de Socrate on avait déjà fait, sinon des observations phrénologiques, du moins des observations physiognomoniques. Un philosophe qui avait de fréquentes relations avec Socrate, Zopire, avait déclaré, d'après l'examen de la physionomie de ce sage, qu'il avait un grand nombre de mauvais penchants; et Socrate, instruit de ces paroles, répondit qu'il avait eu tous les défauts que Zopire lui reprochait, mais qu'il s'en était corrigé. Ce n'est pourtant qu'à l'époque de Gall et de Lavater qu'on trouve une science commencée, ou du moins quelques matériaux recueillis pour servir à l'édifier.

La faculté en vertu de laquelle les hommes communiquent entre eux, celle de la parole, a été fort étudiée par Gall. Il a placé cette faculté d'avoir un langage, de posséder la mémoire des mots, dans les lobes antérieurs du cerveau. Il est bien certain que toutes les fois que cette partie du cerveau a été lésée, les malades perdent la faculté de parler. Et néanmoins, ils conservent toutes leurs facultés intellectuelles, et beaucoup peuvent écrire. C'est qu'il y a des mouvements indispensables pour l'émission de la parole, et ces mouvements sont présidés par une certaine partie du cerveau. Et, chose singulière, on peut perdre la faculté de parler et conserver la mémoire des mots. D'autres fois, les mouvements nécessaires pour l'articulation des sons peuvent être exécutés, mais la mémoire des mots n'existe plus. Le cervelet n'est donc pas le seul centre de coordination; le cerveau préside aussi à certains de ces mouvements.

ALIMENTATION IODÉE.

Cas grave et ancien de scrofules guéri par l'alimentation iodée,

Par M. le docteur F. CATON.

Le rapport que M. Bouley a lu dernièrement à l'Académie de médecine, sur le mémoire de M. Labourdette, relatif à l'introduction des médicaments dans le lait des animaux par voie d'assimilation digestive, et la discussion qui s'en est suivie, m'ont rappelé la méthode de l'alimentation iodée, proposée et employée depuis bien des années déjà par M. le docteur Boinet dans toutes les maladies scrofuleuses et lymphatiques. Dans le but d'appeler l'attention des praticiens sur cette excellente manière d'administrer certains médicaments, et surtout l'iode, je m'empresse de publier une observation très-intéressante et très-probante d'un cas grave de scrofules, guéri par l'alimentation iodée, employée à l'exclusion de tout autre médicament.

Avant de rapporter ce fait, je crois devoir faire quelques remarques sur le savant rapport de M. Bouley. Cet honorable académicien a indiqué avec beaucoup de soin les modifications de saveur et de coloration qu'éprouve le lait des animaux sous l'influence d'alimentations diverses. Il a rappelé que les médecins, guidés par cette donnée physiologique, ont pensé qu'un lait pourrait devenir médicamenteux si l'on administrait des remèdes à la nourrice qui le fournit, et que c'est cette même idée qui a engagé M. Labourdette à faire de nouvelles expériences dans le but d'administrer *indirectement* les médicaments aux malades; puis M. Bouley s'est longuement étendu sur les précautions à prendre pour faire supporter sans dommage cette alimentation aux animaux, problème qu'aurait résolu M. Labourdette. Sans doute la solution de ce problème a son importance; mais il en est un autre non moins important qui me paraît n'avoir pas été abordé, au moins M. le rapporteur n'en dit mot, c'est celui de savoir combien M. Labourdette a guéri de malades traités par ces médicaments administrés indirectement. Dans quelle position pathologique étaient ces malades; combien de temps ont-ils été soumis à l'usage du lait médicamenteux? Pour nous, médecins, ce point était capital. Démontrer que le lait des animaux soumis à l'usage de certains médicaments acquérait des propriétés curatives assez grandes pour *pouvoir guérir les maladies* contre lesquelles on l'administrait, était toute la question, et cette question, M. Bouley l'a entièrement omise. M. Labourdette a-t-il publié quelque part des observations authentiques qui prouvent que le lait devenu médicamenteux par assimilation digestive a guéri telle ou telle affection? Si ces expériences cliniques existent, pourquoi les passer sous silence? Et si ces faits sont consignés dans le travail de M. Labourdette, M. Bouley aurait dû les signaler, les examiner et les discuter. Au lieu de cela, M. le rapporteur se borne à rappeler quelques expériences tentées autrefois par MM. Biett, Lebreton, Peligot, Chevallier, O. Henry, etc.; expériences qui ont été abandonnées et oubliées à cause de leur résultat négatif pour les malades, et souvent dangereux pour les animaux soumis à l'expérimentation. Les faits de M. Labourdette, s'il en a, auraient d'autant plus d'importance qu'un grand nombre de médecins, parmi lesquels je citerai MM. Cullerier, Gibert, etc., considèrent comme tout à fait inutile et sans valeur aucune le traitement indirect, déclarant n'avoir jamais vu de faits en faveur de cette méthode.

C'était donc à l'expérience clinique qu'il fallait d'abord en appeler avant de juger cette grave question; en attendant sa solution, bien des praticiens aimeront mieux, avec MM. Bouchardat, Boudet, Chatin et Boinet, s'en tenir au dosage rigoureux des médicaments donnés en nature qu'à leur administration par l'intermédiaire des animaux, et nous croyons que l'administration sous la forme alimentaire, suivant la méthode de M. Boinet, est bien plus simple, plus commode, moins dispendieuse, et par conséquent de beaucoup préférable à celle préconisée par M. Labourdette; et pour ce qui regarde en particulier le lait iodé, il est bien plus naturel d'y introduire cette substance en faisant bouillir ou macérer dans le lait des plantes iodées ou leurs cendres, comme le recommande M. Boinet, que de se servir de l'intermédiaire des animaux pour arriver à ce résultat.

En suivant la méthode de M. Boinet, on est toujours certain d'avoir un lait iodé au degré qu'on désire, et plus promptement, plus sûrement et avec beaucoup moins de frais que par les moyens proposés par M. Labourdette.

A l'appui des avantages de l'alimentation iodée, nous allons faire connaître une observation qui nous paraît digne du plus grand intérêt, et qui, nous l'espérons, fixera l'attention de nos confrères.

Constitution lymphatique très-prononcée; engorgement chronique et abcès successifs des ganglions sous-maxillaires; périostose scrofuleuse du tibia gauche; suppuration. — Usage du pain et du vin iodés pendant six mois; guérison radicale.

Une jeune fille de treize ans, non réglée, d'une taille plus élevée que ne le comporte son âge, ayant les lèvres grosses, la figure bouffie, et offrant, en un mot, tous les signes de la constitution strumeuse, a eu une assez bonne santé pendant les premières années de son existence: elle est née de parents qui paraissent sains et ont une bonne constitution.

A l'âge de quatre ans est survenue une rougeole dont la marche a été irrégulière, et qui a été suivie de maux d'yeux, d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, de leur suppuration prolongée, et enfin de cicatrices indélébiles sur les côtés du cou, surtout du côté gauche. A douze ans, fièvre typhoïde très-grave.

Depuis l'âge de quatre ans, cette enfant a été soumise de temps en temps à tous les médicaments préconisés contre la scrofule: huile de foie de morue, pilules d'iodure de fer, sirop antiscorbutique, sirop ioduré, vin de quinquina, fer, tisanes amères, houblon, gentiane, bon régime, etc.

Depuis deux ans que cette jeune fille est dans une pension placée dans un endroit salubre, et au milieu de cours et de jardins très-vastes, elle n'a pas cessé de prendre les médicaments indiqués plus haut. Dans le courant du mois de novembre 1858, un gonflement diffus, accompagné de douleur sourde, apparut à la partie moyenne de la jambe gauche sur le tibia, qui paraissait gonflé, et l'était en effet dans une étendue de 7 à 8 centimètres. Cette tumeur était une périostose, qui peu à peu s'est ramollie, et a donné lieu à un abcès qu'on a été obligé d'ouvrir avec le bistouri; l'abcès vidé, il devint facile de constater que le tibia gauche était le siége d'un gonflement très-marqué, surtout en le comparant au tibia du côté opposé; quelques ganglions engorgés existaient au cou.

Appelé en consultation, M. le docteur Boinet fit cesser tous les sirops antiscorbutiques iodurés, l'huile de foie de morue, etc., que la malade prenait régulièrement tous les jours, et conseilla pour tout traitement le pain et le vin iodés à tous les repas, un bon régime, un exercice modéré et l'application de quelques bandelettes d'emplâtre de Vigo sur l'abcès et le tibia gonflé. C'était au commencement de janvier 1859. La petite malade fut, après quelques jours de ce nouveau traitement, renvoyée à sa pension, où les conditions hygiéniques étaient meilleures que dans l'habitation de ses parents. Sous l'influence de cette alimentation iodée, continuée régulièrement jusqu'à ce jour, la constitution s'est considérablement améliorée, la santé est revenue excellente, les ganglions du cou ont disparu; de même que le gonflement du tibia, les abcès se sont cicatrisés, et si ce n'étaient les traces indélébiles que la guérison de ces abcès laisse à sa suite, on ne se douterait pas que cette jeune fille ait jamais été scrofuleuse, car elle offre aujourd'hui tous les attributs d'une constitution sanguine et de la santé la plus florissante; les chairs sont fermes et les muscles bien développés; les menstrues n'ont pas encore paru. Elle suit ses études avec plaisir, et se livre avec ardeur à tous les jeux de son âge; les courses prolongées ne la fatiguent même pas. Une alimentation iodée de six mois de durée environ a amené ce beau résultat.

Les réflexions que suggère cette observation sont tellement faciles, que tout le monde ne manquera pas de les faire. Où trouver en effet un moyen plus simple, plus commode, plus agréable et moins dispendieux que l'alimentation de chaque jour, pour administrer certains médicaments? Pour arriver au même résultat avec le lait iodé par assimilation digestive, combien aurait-il fallu consommer de litres de ce lait iodé, et pendant combien de temps aurait-il fallu en faire usage? Sait-on la quantité d'iode contenue dans chaque litre de lait, et cette quantité est-elle toujours la même? Ne doit-elle pas varier à l'infini, puisqu'il est impossible, sans exposer les animaux à des dangers de mort, de leur administrer toujours et pendant longtemps la même dose d'iodure de potassium, et cette dose doit être assez forte pour qu'on puisse retrouver de l'iode dans le lait? Un autre point qui ne laisse pas que d'être capital pour bien des malades, c'est le prix auquel reviendrait un pareil traitement continué pendant des mois, pendant des années, et en supposant que ce traitement soit efficace, serait-il possible de se procurer de ce lait iodé en toutes saisons et en quantité suffisante pour les besoins de tous ceux qui sont forcés de recourir aux préparations iodées? Puis, ce lait médicamenteux peut-il se conserver assez longtemps pour être transporté à de certaines distances? Le transport sera-t-il sans effet fâcheux sur sa composition, puisque les animaux qui peuvent le fournir doivent, si on ne veut pas compromettre leur santé et même leur existence, vivre à la campagne, au grand air, etc., et dans de vastes pâturages? Il résulte donc de ce fait et des considérations que je viens d'énumérer, que l'alimentation iodée suivant la méthode de M. Boinet, est de tous les moyens le plus simple, le plus facile, le plus avantageux et le moins dispendieux pour administrer l'iode aux malades.

Je dois, en terminant cet article, faire connaître que cette jeune demoiselle a supporté cette médication sans en paraître nullement fatiguée, résultat que l'on n'obtient pas toujours en prescrivant l'iode mélangé soit avec du sirop, de l'eau distillée, etc.

Tout en rendant justice aux savants qui ont fait entrer l'iode dans la thérapeutique, on doit adresser des remerciments à M. le docteur Boinet pour la facilité avec laquelle il fait pénétrer ce médicament dans l'organisme.

Le jour n'est peut-être pas bien éloigné où beaucoup de maladies réputées incurables seront combattues avec succès par les préparations iodiques. Pour mon compte, j'ai souvent été frappé des résultats obtenus par cette médication.

LES EAUX D'ALET (AUDE).

Par M. le docteur S. MOREAU.

L'emploi des eaux minérales date de la plus haute antiquité. On en retrouve les traces dans les livres qui racontent l'histoire des temps mythologiques; sans remonter aussi loin, les ruines des magnifiques établissements thermaux que l'on retrouve à chaque pas partout où s'est étendue la domination romaine, ne sauraient laisser aucun doute sur ce point. Plus tard, au moyen âge, ces précieuses ressources furent un peu négligées. Les travaux des alchimistes et la polypharmacie galénique firent croire aux médecins qu'ils parviendraient plus facilement et plus sûrement à la cure des maladies par le mélange et la combinaison des principes végétaux et minéraux qu'ils avaient à leur disposition. L'expérience leur démontra bientôt que si l'art de guérir devait à ses travaux des conquêtes thérapeutiques réelles et nombreuses, il était cependant des cas où toute leur science échouait, et où il fallait revenir aux agents médicamenteux tout préparés que mettait à leur disposition l'*alma parens*, la terre qu'ils habitaient, et depuis le milieu du seizième siècle, les eaux minérales ont repris la vogue qu'elles n'eussent jamais dû perdre.

Aujourd'hui la chimie est venue en aide à la routine, et la connaissance parfaite des principes qui entrent dans la composition des sources thermales permet presque de déterminer *à priori* les maladies contre lesquelles on doit les employer, le mode d'action qu'on a lieu d'attendre de leur usage, les règles suivant lesquelles on doit en diriger l'administration.

Parmi les plus importantes dont il ait été question dans ces derniers temps, les eaux d'Alet, dont nous voulons parler aujourd'hui, méritent d'occuper une place importante.

En raison de leur composition chimique, les eaux d'Alet ont été rangées, par l'auteur d'un traité récent et estimé des eaux minérales, M. le docteur Durand Fardel, parmi les eaux bicarbonatées calcaires, et par les auteurs de l'*Annuaire*, parmi les eaux acidulées calcaires, classifications que justifient chacune de leur côté la présence des bicarbonates alcalins et celle de l'acide carbonique libre. Chargé par l'Académie impériale de médecine d'en faire un examen analytique des plus détaillés, M. O. Henri y a découvert des quantités de soude, de magnésie et de phosphate de chaux assez considérables pour qu'on puisse espérer les doter de nouvelles applications thérapeutiques; et, en effet, l'expérience a démontré qu'elles possédaient à la fois une action élective sur la muqueuse gastro-intestinale, et une action sédative sur le système nerveux.

Les nombreuses recherches entreprises par le docteur Edouard Fournier ont prouvé que l'on en retirait d'excellents résultats dans une série de maladies qui se rattachent les unes aux autres par des analogies de symptômes, de causes ou de résultats, celles qui sont liées à un état de débilité générale, et principalement dans la convalescence des maladies aigues et des fièvres graves, les dyspepsies, la migraine, la chlorose et l'état nerveux.

Toutes les fois qu'après une fièvre grave, une fièvre éruptive, une inflammation du système digestif, on a besoin de réparer promptement l'organisme, tout en ménageant la susceptibilité des organes de la nutrition, qui par leur inaction prolongée ou par leurs nombreuses sympathies participent toujours à la souffrance des autres organes, l'eau d'Alet, donnée avec précaution pendant les premiers jours, rendra d'immenses services et facilitera l'assimilation des premiers aliments.

S'agit-il de ces dyspepsies dont le regrettable professeur Chomel a si bien étudié les manifestations, dyspepsies dont souvent la cause nous échappe, mais à l'étiologie desquelles on parvient aussi quelquefois à remonter, soit qu'elles dépendent de préoccupations morales tristes, d'excès de travaux intellectuels, soit qu'elles reconnaissent pour cause une alimentation irrégulière ou excessive, etc., l'eau d'Alet, prise en boisson aux repas, le matin à jeun et le soir en se couchant, possède de précieuses qualités; elle rend les digestions faciles et légères, relève et stimule l'appétit. Dans ces dernières, ces dyspepsies par excès, dont le meilleur remède serait la régularité des repas et la modération dans l'alimentation, l'eau d'Alet aidera les intestins à accomplir leurs fonctions, et si elle ne parvient pas à guérir un mal dont la

cause est incessante, elle en retardera les fâcheuses conséquences.

Contre la migraine, qui est presque toujours le reflet d'un état de souffrance de l'estomac, contre la chlorose, cette affection protéiforme, qui, malgré les dires de certains pathologistes exclusifs, est loin d'être toujours le résultat de la *déferrugination* du sang, mais qui dépend bien plus souvent d'une atteinte grave portée à l'action de cette partie du système nerveux qui préside aux fonctions végétatives; contre la chlorose, disons-nous, on prescrira avec avantage l'eau d'Alet, dont l'influence se fera bientôt sentir par la cessation des troubles nerveux et le retour d'une santé parfaite.

Nous ne pouvons, dans un article de ce genre, entrer dans des détails plus circonstanciés; ce serait sortir de notre rôle de clinicien. A ceux qui voudront avoir des renseignements plus complets et étudier dans des observations détaillées l'effet des eaux thermales d'Alet, nous dirons : Lisez le travail de M. Fournier, et nous ne doutons pas que vous ne soyez convaincus.

FORMULE DE L'EAU DE SAINT-JEAN,

Donnée par l'*Echo médical suisse*.

Sulfate de zinc.	3 grammes.
Sulfate de cuivre.	1 —
Dissolvez dans :	
Eau de fontaine.	1 litre.
Ajoutez d'autre part ;	
Stigmates de safran.	25 centigr.
D'autre part :	
Camphre.	50 —
préalablement dissous dans :	
Alcool.	Q. S.

Laissez macérer quarante-huit heures, filtrez et conservez le vase clos pour l'usage externe.

Cette préparation s'emploie en lotions, irrigations, fomentations, pure ou coupée avec de l'eau. Elle diminue la suppuration, masque ou détruit la fétidité dans les plaies contuses, par arrachement ou armes à feu. Elle rend aussi de grands services dans le traitement des entorses, des luxations et des fractures. Lorsqu'on l'emploie d'une manière continue, il se forme sur les linges un léger dépôt de sels de cuivre ou de zinc qui s'oppose à leur imbibition ultérieure; il faut alors avoir le soin de renouveler plus fréquemment les pièces d'appareil.

Aux avantages de l'eau de Saint-Jean il faut ajouter son extrême bon marché, qui doit surtout la faire préférer dans la médecine des pauvres. (*Bulletin général de thérapeutique*).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 juin 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Nœud vital. — M. FLOURENS lit la note suivante :

Je ne reviens aujourd'hui sur le nœud vital que pour relever deux erreurs de rédaction qui me sont échappées dans ma note de 1851.

Première erreur. — Je dis p. 438, ligne 22, que le petit emporte-pièce dont je me sers pour couper la moelle allongée, a *à peine un millimètre de diamètre.*

C'est *à peine une ligne de diamètre* que j'aurais dû dire (1), et tout le reste de ma note le démontre assez.

J'y dis, en effet : « J'ai fait représenter sur deux figures de cerveaux, l'une d'un cerveau de chien, l'autre d'un cerveau de lapin, les deux limites, supérieure et inférieure, du nœud vital, telles que me les donnent mes dernières expériences.

» La limite supérieure passe sur le trou borgne, la limite inférieure passe sur le point de jonction des pyramides postérieures; entre ces deux limites est le nœud vital, et, de l'une de ces limites à l'autre, il y a à peine une ligne. »

Or, entre ces deux limites se trouve précisément le V de substance grise, dont la base répond au trou borgne et la pointe au point de jonction des pyramides postérieures, et c'est pourquoi j'ai donné aux physiologistes le V de substance grise comme le signe extérieur et indicateur du point où réside, dans la profondeur de la moelle allongée, le nœud vital, du point où il faut couper la moelle allongée pour atteindre et couper le nœud vital.

Au reste, ni le diamètre ni l'épaisseur de l'instrument dont je me sers, n'ont en soi aucune importance.

Jusqu'en 1851, je me servais d'un bistouri dont l'épaisseur est précisément d'un millimètre. Dans mes dernières expériences, je me suis servi d'un scalpel à double tranchant dont l'épaisseur n'est aussi que d'un millimètre.

Le point essentiel n'est pas l'instrument dont on se sert; le point essentiel est le point, le lieu, l'endroit précis où il faut couper la moelle allongée, et ce point est marqué à l'extérieur par le V de substance grise.

Pourvu qu'on coupe la moelle allongée sous le V de substance grise, peu importe l'instrument avec lequel on la coupe.

Deuxième erreur. — Je dis, p. 438, lig. 18 : « Si la section passe sur la pointe du V de substance grise... »

C'est « *sur le V de substance grise* » que j'aurais dû dire.

La pointe du V de substance grise marque la limite inférieure du nœud vital, la base du V de substance grise marque la limite supérieure du nœud vital. C'est entre ces deux limites, c'est-à-dire sur le V de substance grise, qu'il faut couper la moelle allongée.

(1) C'est-à-dire à peu près trois millimètres. Au reste, c'est toujours avec le même instrument, le même emporte-pièce, que j'ai fait toutes mes expériences.

Au reste, ces deux erreurs de rédaction ont été corrigées dans ma note du 22 novembre 1858. C'est pour les corriger que je l'ai principalement écrite, et c'est cette note de 1858 que j'ai donnée comme la dernière et définitive exposition de mes travaux sur le nœud vital.

Et maintenant, ces deux éclaircissements posés, je prie que l'on me permette de rappeler ici le vrai caractère de ma découverte.

Galien, Lorry, Le Gallois, avaient reconnu qu'il y a dans la moelle allongée un point où, la moelle allongée étant coupée, l'animal est frappé de mort subite.

Mais ce point où est-il? En quel lieu précis faut-il le chercher? Par quelle marque extérieure peut-on l'indiquer aux physiologistes?

Galien avait dit : « Après la deuxième ou première vertèbre ou à l'origine même de la moelle épinière. »

Lorry : « Entre la deuxième et troisième, troisième et quatrième, première et deuxième vertèbres du col. »

Le Gallois : « A une petite distance du trou occipital et vers l'origine de la huitième paire. »

Je suis le premier qui ai marqué un point fixe : « Entre le *trou borgne* et le point de jonction des *pyramides postérieures*, » et donné aux physiologistes un signe anatomique extérieur et certain pour le retrouver, le *V de substance grise.*

C'est là ma découverte.

Électro-physiologie. — M. CH. MATTEUCCI communique une note sur quelques nouvelles expériences d'électro-physiologie dans lesquelles il annonce qu'en faisant son cours dernièrement il a été amené à tenter quelques nouvelles expériences sur deux points qui intéressent hautement l'électro-physiologie. Depuis bien longtemps, dit-il, j'ai montré qu'un courant électrique qui est transmis à travers ou normalement à l'axe d'un filet nerveux n'a pas, comme le courant qui parcourt le nerf longitudinalement, la propriété de l'exciter et d'éveiller les contractions dans les muscles dans lesquels le filet nerveux se ramifie. On conçoit facilement toute l'importance de ce résultat pour la théorie encore inconnue de l'action physiologique du courant sur les nerfs. Malheureusement l'expérience, qui peut facilement être énoncée, est très-difficile à exécuter de manière à conduire à un résultat rigoureux. Toutes les fois que je me suis occupé de ce sujet, j'ai tâché de perfectionner l'expérience.

L'auteur s'est proposé, par une expérience qu'il rapporte dans tous ses détails, de démontrer que le courant électrique n'agit sur un nerf qu'en le parcourant suivant sa longueur.

L'autre résultat auquel il annonce être parvenu est la différence notable et constante dans le pouvoir électromoteur des muscles des grenouilles, suivant que ces animaux ont été tués à l'état naturel ou après avoir éprouvé l'effet de l'empoisonnement du *curare*. Pour bien faire cette comparaison, il a employé un procédé qui lui a toujours servi dans ses anciennes expériences d'électro-physiologie, et qui consiste dans l'opposition de deux éléments musculaires qu'on veut comparer. Il a tué un grand nombre de grenouilles empoisonnées par le curare au moment où les premiers effets du poison se manifestaient, et en même temps il tuait un grand nombre de grenouilles semblables qui n'avaient pas été empoisonnées. Des piles de gastrocnémiens pris sur les grenouilles saines et sur les grenouilles empoisonnées, ou bien, un gastrocnémien sain et un gastrocnémien empoisonné étant opposés, le galvanomètre a toujours indiqué un courant différentiel notable, et qui dénotait que le pouvoir électromoteur des muscles empoisonnés était devenu beaucoup plus faible que celui des muscles sains.

Si l'on compare ce résultat à celui que M. Matteucci a obtenu, il y a déjà longtemps, sur des muscles appartenant à des grenouilles tuées avec des poisons narcotiques, et qui ne montrent pas de différence des muscles sains, on serait amené à considérer, comme cela résulte des expériences de M. Bernard, que l'action du curare s'exerce sur le sang et sur la nutrition, et par conséquent sur la fonction, qui est, suivant lui, la source du pouvoir électromoteur musculaire.

— M. VIRCHOW, récemment nommé à une place de correspondant pour la section de médecine et de chirurgie, adresse de Berlin ses remercîments à l'Académie.

Opium indigène. — M. ROUX, professeur de botanique à l'Ecole navale de Rochefort, a fait de 1851 à 1858 des recherches qui ont porté sur huit variétés ou espèces de pavots, savoir :

1° Le pavot blanc médicinal à capsules indéhiscentes ;
2° Le pavot œillette ;
3° Le pavot œillette aveugle (capsules indéhiscentes) ;
4° Le pavot lilas foncé avec une tache brune à la base du pétale ;
5° Le pavot violet ;
6° Le pavot à pétale rouge ;
7° Le pavot de l'Inde, *cassa-cassa* de la côte de Coromandel ;
8° Le pavot à bractées.

Les résultats auxquels il est arrivé sont résumés par lui, à la fin du mémoire, dans les propositions suivantes :

1° Le pavot de l'Inde fournit une proportion considérable d'opium et de graines ; la culture de cette vigoureuse et remarquable espèce devrait être tentée dans les départements où l'extraction de l'huile d'œillette s'opère sur une grande échelle. Cette plante s'acclimatera facilement en France. Un semis fait au mois d'octobre 1857 a parfaitement réussi, et les jeunes plants ont, sans accident, supporté, dans l'hiver de 1857 à 1858, une température de 10 degrés au-dessous de zéro. L'influence de ce froid n'a pas été plus sensible sur des pavots blancs, œillettes ordinaires, pavots rouges semés à la même époque et dans le même terrain que les pavots de l'Inde.

2° Les pavots œillettes, œillettes aveugles et rouges, sont les espèces qui fournissent le meilleur opium.

3° Le suc provenant de ces pavots offre une richesse en morphine supérieure à celle des opiums du commerce.

4° L'œillette, l'œillette aveugle, le pavot indien, le pavot rouge, pourraient être cultivés avec avantage dans la plupart de nos départements.

L'emploi de l'opium indigène en médecine, conseillé par divers observateurs, administré avec succès, sur nos prières, par M. Duval, premier chirurgien en chef de la marine à Brest, serait une heureuse innovation. Ce suc, riche en morphine, mettrait à la disposition du praticien des produits actifs, dont les effets seraient au moins égaux ou supérieurs à ceux fournis par les diverses espèces d'opium de l'Égypte, de Smyrne, de Constantinople et de l'Inde.

Propriétés fondantes et résolutives du fucus vesicularius. — M. DUCHESNE-DUPARC annonce à l'Académie que, d'après quelques indications qui lui avaient été fournies relativement à l'emploi de ce médicament contre le psoriasis invétéré, il a cru devoir en faire l'essai, et qu'il a reconnu que les propriétés qu'on lui attribuait étaient au moins fort exagérées. L'administration du remède, continuée pendant un temps qui semblait plus que suffisant, n'amena point le résultat attendu, mais produisit un effet sur lequel on ne comptait pas. Cet effet consistait dans un amaigrissement marqué, quelquefois très-rapide, mais toujours exempt de malaise et sans aucun trouble des fonctions digestives. M. Duchesne pensa dès lors avoir trouvé un remède à opposer à l'obésité quand elle constitue un état maladif, et les essais qu'il en a faits ont, assure-t-il, justifié cette prévision. Il emploie toute la plante (tige et feuilles) soit en décoction, soit en poudre sous forme pilulaire. Il donne dans son mémoire les doses auxquelles il administre le médicament, et cite à l'appui de ses propriétés thérapeutiques un certain nombre d'observations. (Commissaires, MM. Andral, Rayer.)

Tératologie. — M. JOLY, de Toulouse, à l'occasion de la note de M. C. Dareste, insérée dans les *comptes rendus* (séance du 6 juin 1859) sur l'établissement du genre désigné sous le nom de plésiognathe, adresse une note sur le même sujet. Le but de cette nouvelle note est de démontrer que le nouveau genre tératologique désigné par M. Dareste sous le nom de *Plésiognathe* n'est rien autre chose que celui qu'il a lui-même appelé *Hypotognathe* (mâchoire sous l'oreille), soit dans ses cours publics, soit dans une communication faite à l'Institut le 3 janvier dernier.

M. Joly fonde ses droits de priorité sur un passage de la communication dont il s'agit, et qui est relative au développement des dents et des mâchoires; et sur un passage d'un journal qu'il joint à cette note, le journal l'*Aigle* du 4 janvier 1859, dans lequel se trouve reproduit le procès-verbal de la séance tenue le 23 décembre 1858 par l'Académie des sciences de Toulouse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Goux, né à Pachuca (Mexique) ; *Etudes sur les eaux sulfurées-sodiques.*

Hornbostel, né à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; *De quelques-uns des accidents consécutifs au cathétérisme de l'urèthre.*

Boucomont, né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) ; *De la chlorose, de ses variétés, et de leur division au point de vue thérapeutique.*

Bonhomme, né à Nonancourt (Eure) ; *De la lactation et de l'allaitement.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société médico-pratique a statué, dans sa dernière séance, sur l'irrégularité qui avait été constatée lors de l'ouverture du pli cacheté qui accompagnait le mémoire de l'un des concurrents (voir notre numéro du 21 juin). Voici sa décision :

« Considérant que l'auteur du mémoire n° 3, en déclarant, dans une » note trouvée sous le pli cacheté qui accompagnait son manuscrit, » qu'il ne se ferait connaître de ses juges qu'après que le résultat du » concours aurait reçu la publicité des journaux de médecine, et » qu'autant qu'il le jugerait convenable, a manqué à l'une des conditions les plus rigoureuses du concours, celle de se faire connaître, » sans réserve aucune, suivant les formes académiques usitées, la » Société décide :

» Que, par le fait même de cet oubli volontaire, et sans avoir besoin, à l'appui de sa décision, d'invoquer des considérations d'une » autre nature, l'auteur du mémoire n° 3 s'est de lui-même mis *hors* » *de concours*, et que, en conséquence, la distinction dont son travail » a été un instant l'objet de la part de la Société, est et reste comme » non avenue. »

Plusieurs de nos confrères trouvent cette décision au moins très-rigoureuse, et nous sommes de leur avis. Si quelques-uns y trouvaient une susceptibilité exagérée ou même une personnalité, nous n'oserions pas dire qu'ils ont tout à fait tort.

— Les candidats qui prennent part au concours pour la place de chirurgien-major de l'hospice de la Charité de Lyon, lequel s'est ouvert hier 4 juillet, sont, par ordre d'inscription, MM. les docteurs Dron, Boucaud, Debauge, Bondet et Delore.

— La Société impériale de médecine de Lyon a entendu, dans sa séance du 20 juin, une lecture de M. Diday sur les nombreux et très-précieux avantages qu'il attribue à l'emploi de l'allumette imbibée de liquide caustique, comme servant à exécuter les diverses petites cautérisations de la pratique syphilographique courante.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 JUILLET 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu hier en comité secret le rapport de la section d'hygiène et de médecine légale sur les candidats à la place vacante dans cette section. La liste de présentation paraît avoir été assez vivement discutée ; la Compagnie usant de son droit souverain, y a fait inscrire d'office le nom d'un candidat que la section n'avait pas cru devoir y admettre. Voici le classement des candidats tel qu'il a été définitivement arrêté. En première ligne, M. Tardieu ; en deuxième, *ex æquo*, MM. Bouchut et Boudin ; en troisième, M. Becquerel ; en quatrième, *ex æquo*, MM. Duchesne et Réveil ; candidat de l'Académie, M. Vernois. L'élection aura lieu mardi prochain.

La séance publique, interrompue immédiatement après le dépouillement de la correspondance, a été reprise à quatre heures un quart, et les assistants étrangers à l'Académie, qui ont dû faire antichambre pendant tout ce temps, ont pu entendre en manière de dédommagement un excellent rapport de M. Blache sur le travail de M. le docteur Marcé, relatif à l'état mental dans la chorée, dont nous avons publié un court résumé dans le numéro du 14 avril dernier. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire intégralement ce rapport, où, à l'occasion des opinions de M. Marcé et des faits qui constituent le fond de son travail, le rapporteur est entré dans des considérations très-étendues et très-intéressantes sur les névroses en général, et en particulier sur celle qui était l'objet principal du rapport. Nous avons dû nous borner à résumer les objections que M. Blache a faites à quelques-unes des propositions de M. Marcé, et les principaux arguments dont il les a appuyées. Cette question, du reste, va être le sujet d'une discussion dont M. Trousseau a déjà pris l'initiative. Nos lecteurs connaissent, par les leçons cliniques que nous avons reproduites à diverses reprises, les idées que professe M. Trousseau sur la chorée, ou plutôt sur les chorées, dont il admet des espèces très-diverses. La discussion engagée sur ce terrain ne pourra qu'être instructive.

Nous ne devons point omettre de signaler à l'attention de nos lecteurs un travail également plein d'intérêt, que M. le docteur Faure a communiqué à l'Académie, et dont nous commençons aujourd'hui la publication. Ce travail a pour objet l'exposition d'une nouvelle méthode d'inhalation des agents anesthésiques, destinée à prévenir les accidents mortels dont les exemples se sont si malheureusement multipliés dans ces derniers temps. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. MAISONNEUVE.

Tumeur carcinomateuse de la base du crâne. Ligature extemporanée combinée avec la cautérisation en flèches. — Guérison.

(Recueillie par M. BAILLET, interne.)

T... (Jean), charpentier, âgé de cinquante ans, demeurant à Montargis (Loiret), se présenta le 25 mars 1859 à l'hôpital de la Pitié, pour y être traité d'une tumeur volumineuse qui remplissait le pharynx et la région maxillaire supérieure gauche.

Déjà le malade avait pour cette affection subi deux opérations, la première à Gien, dans le mois de septembre 1856 ; la seconde à Paris, en octobre 1858. Dans cette dernière, on avait dû sacrifier l'os maxillaire supérieur gauche.

Lors de son entrée à l'hôpital, le 25 mars 1859, la tumeur récidivée sous la cicatrice faisait proéminer fortement la joue en dehors, sans toutefois envahir le tissu de la peau. Mais profondément elle remplissait complétement le vide résultant de l'ablation du maxillaire supérieur, et se prolongeait dans le fond du pharynx, où elle naissait de la base du crâne. Depuis quelques jours, le malade y ressentait de vives douleurs lancinantes ; du reste, l'état général des autres organes était satisfaisant.

Contre cette affection si grave, qui avait déjà résisté à deux opérations, et qui dans sa deuxième récidive occupait des régions presque inaccessibles, M. Maisonneuve ne crut pas possible d'agir utilement avec les procédés usuels, et pensa qu'il trouverait des ressources plus puissantes dans la ligature extemporanée combinée à la cautérisation en flèches. En conséquence, c'est au moyen de ces deux procédés qu'il résolut d'exécuter l'opération, qui eut lieu le 5 avril dernier.

Le malade étant couché sur le lit d'opérations et soumis au chloroforme, M. Maisonneuve divisa toute l'épaisseur de la joue gauche par une incision courbe à convexité antérieure étendue de l'oreille à la commissure des lèvres.

La tumeur étant ainsi mise à découvert dans sa partie externe, il en opéra la dissection rapide en déchirant avec l'index le tissu cellulofibreux qui l'unissait aux parties voisines, et put arriver ainsi jusqu'à sa base, qui se trouvait implantée sur l'apophyse basilaire de l'occipital et la partie correspondante du sphénoïde, occupant ainsi presque toute la paroi supérieure du pharynx. Prenant alors son constricteur à vis, dont la corde en fil de fer avait été préalablement disposée en anse horizontale d'un diamètre de 5 centimètres environ, M. Maisonneuve cerna la tumeur dans cette anse, puis, faisant mouvoir la vis pour rétrécir le cercle métallique, il poussa doucement celui-ci jusqu'à l'insertion du pédicule aux parties osseuses ; puis, activant la constriction, il détacha d'un seul bloc la production morbide sans écoulement de sang.

Après ce premier temps de l'opération, la plaie fut laissée béante, et l'on se contenta d'introduire dans sa profondeur des tampons de charpie, qui restèrent en place pendant deux jours.

Le 7 avril, les tampons ayant été retirés, M. Maisonneuve enfonça, dans la portion du pédicule qui adhérait aux parties osseuses, neuf flèches caustiques destinées à en opérer la destruction.

Les douleurs qui suivirent cette application furent assez modérées et durèrent à peine deux heures, la nuit fut même assez calme.

Le 15, l'eschare produite par le caustique se détacha ; elle comprenait la plus grande partie du pédicule de la tumeur.

Le 18, M. Maisonneuve ayant reconnu vers l'apophyse ptérygoïde droite quelques tissus suspects, y implanta quatre flèches dont l'eschare se détacha le 26.

Le 30 avril et le 12 mai on fit encore de nouvelles cautérisations, qui achevèrent enfin la destruction de la tumeur. Il ne restait plus qu'à fermer la plaie extérieure, qu'on avait laissée béante pour faciliter les cautérisations. M. Maisonneuve y procéda le 23 mai au moyen d'une opération autoplastique assez simple qui guérit en quelques jours, et le 6 juin, après deux mois et demi de séjour à l'hôpital, le malade sortit complétement guéri.

L'examen de cette tumeur au moyen du microscope fit reconnaître la présence de noyaux ovoïdes volumineux à gros nucléoles, que M. Maisonneuve considère comme un élément caractéristique du véritable cancer, de sorte que, malgré la guérison, le pronostic reste toujours excessivement grave.

ASILE DE MARÉVILLE. — M. AUZOUY.

Crétinisme. — Longévité remarquable de deux crétins.

Au nombre des causes qui favorisent la dégénérescence crétineuse, les conditions hygiéniques tenant à l'habitation et au régime occupent un rang des plus importants. A l'amélioration du régime des populations, à l'assainissement de leurs demeures, nous semble intimement liée, sinon la disparition du crétinisme, du moins une réduction très-considérable dans le nombre des infortunés qui en sont atteints. Dans certaines vallées de la Meurthe et des Vosges, dans certaines localités exposées aux émanations paludéennes, telles que Dieuze, Moyenvic, Rosières-aux-Salines, le rachitisme, les scrofules, le crétinisme, sont depuis longtemps endémiques. L'asile de Maréville était devenu le refuge de beaucoup d'idiots goîtreux ou crétins de ces contrées, et tandis que ceux-ci trouvaient dans la mesure protectrice qui les y faisait admettre un bien-être jusqu'alors inconnu et une prolongation d'existence, la plupart de ceux qui restaient dans leurs familles ne tardaient pas à s'éteindre dans un état de marasme et d'abrutissement dont la mauvaise nourriture et le défaut de soins favorisaient les progrès rapides.

Depuis quelques années, on a introduit dans l'habitation, dans l'alimentation, dans les habitudes, quelques modifications que la science et l'expérience avaient suggérées. Aussi le nombre des goîtreux et des idiots rachitiques tend-il notablement à décroître. Pour ne citer que l'asile de Maréville, où le chiffre élevé des déshérités de cette espèce avait justement frappé l'un de nos honorables prédécesseurs, M. le docteur Morel, et avait éveillé sa juste sollicitude, nous dirons qu'il n'y existe plus aujourd'hui qu'environ une vingtaine de goîtreux et seulement six crétins, quoique la population de l'établissement se soit très-considérablement accrue. Deux individus présentant le type le mieux ca-

FEUILLETON.

UNE VISITE AUX HOPITAUX DE LONDRES (1).

A Paris, tous les hôpitaux dépendent d'une administration unique, laquelle ouvre ses portes à tout le monde ; le zèle inépuisable de son corps médical fait jaillir de ce vaste foyer d'instruction cette vive lumière qui donne tant d'éclat aux études faites à Paris, et qui place les élèves de ces hôpitaux au premier rang parmi tous les médecins du monde.

Mon titre d'interne de ces hôpitaux me valut l'accueil le plus flatteur, quand je me présentai pour visiter Saint-Bartholomews Hospital. J'eus à peine donné ma lettre à M. Stanley, auquel j'étais recommandé en cette qualité, qu'il se mit aussitôt à ma disposition avec une urbanité et une complaisance dont je conserverai toujours le souvenir. M. Stanley est considéré à Londres comme l'un des chirurgiens les plus habiles de l'Angleterre : il me fit d'abord visiter son service, s'arrêtant seulement auprès du lit des malades qui présentaient un intérêt réel ; ses élèves, comme ceux de Guy's Hospital, le suivaient en grande tenue, les mains gantées et avec leurs cannes.

Les *sisters* s'occupaient seules des pansements. Un jeune chirurgien, portant le titre d'aide de clinique, explorait le pourtour des plaies pour juger de leur consistance, ou bien introduisait un stylet dans les trajets fistuleux pour en sonder la profondeur et la direction, ou apprécier l'état des os voisins. M. Stanley appréciait quelquefois aussi cet état, avec le stylet préalablement introduit par l'aide ; mais, pour tout le reste, il semblait s'en rapporter entièrement à son aide, et ne touchait guère plus que ses élèves à ses malades. La visite terminée, M. Stanley voulut me présenter lui-même à M. Lawrence, le grand chirurgien anglais dont la réputation est européenne : il m'accueillit avec une grande bienveillance. C'est un grand et beau vieillard, plein de distinction ; il parle français avec beaucoup de pureté, mais avec lenteur.

Je visitai son service avec lui et M. Stanley ; pendant toute la visite il s'entretint avec moi, me faisant remarquer les cas les plus intéressants, et, chose très-flatteuse pour moi, prenant quelquefois mon avis. Il me présenta entre autres une femme atteinte d'exophthalmie, causée par la présence d'une tumeur dans l'orbite du côté gauche, et me demanda de quelle nature était l'obstacle qui déterminait la saillie de l'œil. « Cela paraît être un kyste. — En êtes-vous bien sûr ? — Non, répondis-je ; il faudrait pour cela s'en être assuré à l'aide d'une ponction. — C'est aussi mon avis, dit-il, et celui de M. Stanley. » Puis il ajouta : « Si c'est un kyste, je vais l'extirper en votre présence. » Il prit alors une aiguille à cataracte et fit une ponction exploratrice, mais il ne sortit que du sang ; c'était une tumeur érectile. « Il faut longtemps réfléchir avant d'agir, dit alors M. Lawrence ; » maintenant que la nature du mal nous est connue, nous essayerons » le traitement par les injections au perchlorure de fer. »

Une autre femme portait une sorte de furoncle, alors en voie de résolution, mais qui d'abord avait envahi la lèvre supérieure dans toute son étendue. « Qu'est-ce que cela ? me demanda M. Lawrence. — C'est une affection furonculeuse. — C'est vrai. Y en a-t-il beaucoup à Paris ? — Oui, » répondis-je. Nous avions eu entre autres, dans le service du professeur Laugier à l'Hôtel-Dieu, deux hommes atteints l'un et l'autre d'une affection furunculeuse généralisée de la face ; ils entrèrent dans la salle Sainte-Marthe à quinze jours d'intervalle, et tous les deux moururent. A l'autopsie nous trouvâmes la peau de la face extrêmement tuméfiée, tuberculeuse et rouge ; tout son tissu cellulaire sous-cutané semblait transformé en un vaste bourbillon. Je racontai ces faits, qui intéressèrent beaucoup ces messieurs. « Nous » n'avons rien vu d'aussi grave à Londres, me dit M. Lawrence ; mais » nous avons eu et nous avons encore une épidémie de furoncles, et » M. Stanley lui-même en a été fortement tourmenté. »

M. Stanley, pendant ce temps-là, me faisait comprendre par un geste expressif qu'il avait subi un grand nombre d'incisions. « L'épi» démie, ajoutait M. Lawrence, dure depuis trois ou quatre ans, et » elle n'est pas bornée à l'Angleterre ; les médecins de nos colonies la » signalent partout ; elle est générale sur tous les points du globe. »

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 2 juillet.

ractérisé du crétinisme ont passé près d'un *demi-siècle* dans le service dont nous sommes aujourd'hui chargé.

L'un d'eux, A..., enfant trouvé de Nancy, né en 1803, est entré à Maréville le 19 octobre 1811, et quoique âgé aujourd'hui de cinquante-six ans, il jouit d'une santé physique excellente et d'une agilité surprenante, lorsque l'on considère la difformité de ses membres et le volume du goitre bilobé dont il est porteur. Cet individu, haut de 1m 30 seulement, se meut et gesticule instinctivement; il est totalement dépourvu d'idées et de sentiments. Les sens de la vue et de l'ouïe existent chez lui, mais il y a absence de langage d'aucune sorte; les sens du toucher, du goût et de l'odorat sont très-obtus, sinon absents. Les agents extérieurs semblent impuissants à éveiller la moindre sensation douloureuse. Le courant d'induction produit à peine quelques contractions, mais pas la moindre manifestation pénible sur quelque point de la surface cutanée que nous appliquions les pôles d'un appareil électro-magnétique. Il a le front haut et fuyant, la tête cylindrique et en pain de sucre, les cheveux noirs, roides, épais, relevés en haut et implantés à la manière d'une brosse; il a une physionomie joviale quoique insignifiante; il éprouve rarement un peu d'excitation maniaque. Quoiqu'il soit inapte à toute occupation, ses fonctions physiologiques s'exécutent bien, et il est loin de paraître avoir son âge.

M... (Jean-Pierre), est né à Blamont le 15 décembre 1796. Son organisation physique s'est développée avec beaucoup de lenteur et d'une manière très-incomplète. L'ossification des os longs ne s'est effectuée que très-tard, et les membres inférieurs se sont infléchis et arqués sous le poids du corps. Il n'a jamais communiqué avec ses semblables, possédant au lieu de parole la faculté d'émettre quelques sons inarticulés. Si dans son enfance il a pu prononcer machinalement quelques mots, il ne le pouvait plus à la période de virilité. Dès l'âge le plus tendre, il manifestait de mauvaises tendances. Un certificat médical qui le représentait comme rachitique et souvent atteint de manie furieuse, le fit admettre le 1er avril 1811 à l'Asile de Maréville. Il avait alors quatorze ans. Depuis cette époque, il a constamment vécu d'une vie purement végétative, impropre à toute espèce de travail à toute occupation. Régularisé dans ses actes par la discipline de l'Asile, il éprouvait parfois une légère excitation qui, grâce à la surveillance et aux soins dont il était l'objet, ne cessait point d'être inoffensive. Sa vie s'est écoulée presque tout entière dans le seul milieu qui pût lui convenir, et n'étant pas apte à ressentir la privation de sa liberté, il a pu séjourner quarante-huit ans dans l'établissement et y atteindre sa soixante-troisième année, alors que ses pareils, placés dans des conditions moins favorables, ne dépassent guère la moitié de cet âge. Une ophthalmie purulente qu'il a éprouvée en 1852 a profondément altéré chez lui le sens de la vision, qui est tout à fait perdue à gauche et est demeurée très-imparfaite à droite. Les sens du goût, de l'odorat et du toucher, étaient chez lui très-peu développés, celui de l'ouïe l'était un peu plus, car il exécutait machinalement les impulsions qui lui étaient communiquées par la parole. Non-seulement il n'a jamais pu s'élever jusqu'à la formation d'une idée, mais encore le sens moral n'existait pas même chez lui à l'état rudimentaire.

Tout était instinctif et automatique dans ses mouvements et dans ses actes. Vorace et glouton, il se jetait sur la nourriture comme sur une proie, sans se rendre aucun compte de la nature ni de la qualité de ses aliments. Sa sensibilité externe était à peu près nulle: il ne ressentait ni l'application d'un séton ni l'avulsion d'une dent; à plus forte raison les piqûres et les pincements le laissaient-ils impassible. Nous l'avons souvent soumis à l'action d'un courant électro-magnétique très-énergique; nous n'obtenions que de très-légères contractions musculaires, sans la moindre manifestation de douleur. Son visage ne cessait d'offrir, sous l'influence de l'agent excitateur, le même aspect hébété, le même sourire stupide. La pauvreté de son organisation physique, malgré l'atténuation que lui apportaient une alimentation saine et réparatrice et des conditions hygiéniques exceptionnelles, le rendait très-sujet aux troubles digestifs. Il a, pendant la dernière année de son existence, eu de fréquentes atteintes de diarrhée, et a succombé, le 31 mars 1859, à une dyssenterie.

A l'autopsie, faite trois jours après, nous n'avons pas remarqué de rigidité cadavérique. M... était d'une taille de 1 mètre 32 centimètres. Sa tête est volumineuse, si on la compare au reste du corps; le sommet en est aplati, le front bas et saillant, le diamètre transverse étendu aux dépens du diamètre antéro-postérieur, les cheveux rares et le système pileux du corps presque rudimentaire. L'exiguïté de ses organes génitaux nous porte à penser qu'il n'a jamais été complétement pubère. Le cuir chevelu est extrêmement mince et dépourvu de tissu cellulaire sous-cutané. La fontanelle antérieure est transparente et très-imparfaitement ossifiée. Les os du crâne sont minces et friables; l'épaisseur moyenne des pariétaux est de 5 millimètres. La céphalométrie donne les résultats suivants:

Diamètre occipito-frontal.	180 millimètres.
— bi-pariétal.	150 —
— bi-temporal.	125 —

Les méninges sont légèrement injectées, un peu épaisses. Nous notons quelques adhérences de la dure-mère à l'arachnoïde, une injection de la pie-mère, l'adhérence de ces deux dernières membranes entre elles. L'arachnoïde a une coloration opaline. Épaississement graisseux des membranes qui recouvrent la partie supérieure du cervelet; cartilaginification des artères formant l'hexagone cérébral. A la face inférieure de la protubérance annulaire et du bulbe existe un lacis de vaisseaux sinueux et variqueux, s'étendant sur la moelle allongée. Atrophie du nerf optique gauche. A partir du chiasma, la coloration de ce nerf est plus foncée que celle du côté sain. Ramollissement partiel du bord externe (substance grise) du lobe gauche du cervelet; ramollissement analogue, mais moins prononcé, à droite. Sérosité abondante dans les ventricules. Rien à noter dans le cœur ni les poumons. Arborisations rouges dans les intestins. Membres thoraciques conformés à peu près normalement; fémurs arqués, à convexité antérieure. Tibias et péronés offrant une incurvation presque symétrique à droite et à gauche, à concavité interne, c'est-à-dire dirigée vers l'axe du corps. Contractures musculaires nombreuses. Le crâne et les membres inférieurs du sujet constituent des pièces anatomiques assez curieuses pour être conservées. M. Kuhn, interne du service, a procédé à leur préparation.

Les deux exemples que nous venons de citer nous paraissent démontrer d'une manière péremptoire combien les bons traitements, les secours médicaux, les conditions favorables de logement, de vêtement, d'alimentation, les soins personnels de tout genre sont efficaces pour prolonger bien au delà de la moyenne de la vie humaine l'existence d'êtres incomplets qui semblaient condamnés d'avance à une fin prématurée. Nous ajouterons donc avec M. Morel que les crétins admis dans les asiles d'aliénés sont privilégiés, car ceux à qui cette bonne chance est refusée végètent tristement dans leurs familles et ne tardent pas à périr de misère et de marasme. Sans défense contre leurs propres impulsions, ils le sont bien moins encore contre celles qu'on peut leur inculquer, et ils peuvent facilement au dehors devenir les instruments du crime. La société n'a donc pas moins d'intérêt qu'eux-mêmes à leur assurer le bénéfice de l'admission dans une maison de traitement qui améliore leur sort, dans un asile qui les recueille et qui les protége.

SUR L'INHALATION DU CHLOROFORME

par une seule narine,

Par M. le docteur FAURE.

I. Dans le courant d'avril dernier, je fis connaître un nouveau moyen d'employer le chloroforme; il consiste à ne pratiquer l'inhalation que par une seule narine. A cette époque, n'ayant à ma disposition qu'un nombre de faits très-limités, je devais ne me prononcer qu'avec la plus entière réserve. Aujourd'hui, après des épreuves nombreuses, je n'hésite pas à énoncer les propositions suivantes:

Avec ce moyen:

1° L'administration du chloroforme en inhalations peut être soumise à un certain nombre de règles fixes; on peut agir de manière à être entièrement maître des effets.

2° Il est facile d'éviter aux sujets la sensation de brûlure, l'irritation de l'arrière-gorge, la toux, la suffocation, ces accidents enfin qui pour beaucoup d'individus rendent l'usage du chloroforme impossible.

3° Les sujets peuvent être amenés à l'état d'anesthésie le plus prononcé, sans pour cela être plongés dans cette torpeur profonde qui est caractérisée par l'immobilité absolue du corps, l'abaissement du pouls et de la respiration, et enfin par la lividité des téguments, accident qui se présente si souvent dans l'application journalière du chloroforme. Parfois, le sommeil se prolonge après l'inhalation; mais le pouls est plein, la respiration libre et entière, et il n'y a aucun signe inquiétant de dépression.

4° Une fois que l'on a obtenu un degré d'anesthésie suffisant, on l'entretient avec la plus grande facilité.

5° Si dans quelques cas les effets ont manqué, cela n'est pas arrivé plus souvent qu'avec tout autre procédé.

6° Plusieurs chirurgiens ont remarqué que les effets, en général, étaient plus prompts.

7° Toujours l'anesthésie a été progressive; il n'y a pas de ces chutes subites qui doivent ne pas être sans danger.

8° Jamais, quel que fût le degré d'anesthésie, il n'y a eu un abaissement notable du pouls; et dans tous les cas, on a constaté qu'il suffit de suspendre l'inhalation pendant quelques secondes pour voir le pouls reprendre son état normal.

II. Je ne mentionnerai ici que 42 faits qui se sont passés sous les yeux des chirurgiens des hôpitaux, et qui par cela même ont acquis une sorte de notoriété; ils suffiront pour donner une idée générale des résultats.

Sur ces 42 faits, 31 ont présenté un succès complet; ils sont répartis de la manière suivante: à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Richet, 10; M. Beauchet, au Midi, 5; M. Denonvilliers, 2; M. Follin 5, M. Lenoir 2, M. Marjolin 3, M. Robert 2, MM. Demarquay, Guersant, Bouvier et Briquet, 1. Les sujets ont subi les opérations les plus douloureuses sans accuser la moindre souffrance; si quelques-uns ont poussé des cris pendant l'opération, après le réveil ils ont déclaré n'avoir rien senti. Trois malades, qui pourtant paraissaient à peine endormis, ont subi, sans faire acte de sensibilité, la ligature des veines pour des varicocèles, opération réputée des plus douloureuses; chez l'un d'eux surtout, que M. Richet a opéré par la méthode de Vidal, le fait a été remarquable. Plusieurs ayant été amputés, ont demandé ensuite quand on les opérerait. Chez deux, on a pratiqué la taille périnéale; chez l'un, M. Robert a extirpé un kyste du cordon testiculaire.

Une jeune fille a eu la jambe soumise à des tractions très-puissantes avec des moufles; de plus, on a disjoint les os du genou, qui avaient pris une position vicieuse, et l'on a rétabli l'articulation dans sa position normale; cette malade, pendant que l'on exerçait ainsi sur elle les manœuvres les plus violentes, semblait sommeiller paisiblement (Saint-Louis, 23 juin). Chez un vieillard, on enleva un ulcère cancéreux qui avait perforé la face, et on pratiqua l'autoplastie; l'opération fut longue et délicate; le malade ne bougea point. Toutefois, vers la fin de l'opération, comme j'avais cessé l'inhalation, il commença à redevenir sensible; il me fit signe de lui donner de nouveau du chloroforme, et en quelques secondes il était absolument anesthésique (14 juin, Saint-Louis).

L'un des faits les plus remarquables est celui qui s'est présenté à l'hôpital des Enfants. Il s'agissait d'une petite fille très-indocile dont on devait redresser les deux pieds affreusement déformés par des pieds-bots. Pendant plus de dix minutes, M. Bouvier, profitant du complet relâchement du système musculaire, fit jouer les articulations à demi ankylosées en leur imprimant à dessein des mouvements exagérés dans tous les sens, et l'enfant, pendant cette opération, qui eût dû être si douloureuse, ne bougea point, ne donna point l'apparence d'une sensation.

Dans sept cas, les effets ont été moins complets: quelques-uns ayant été opérés trop tôt, il y a eu des cris ou des signes de souffrance au début. D'autres avaient paru anesthésiés, et ils se sont réveillés au moment de l'opération. Chez d'autres enfin, l'inhalation ayant cessé trop tôt, l'anesthésie a disparu avant la fin de l'opération. Dans la plupart des cas néanmoins, l'anesthésie a été suffisante.

Chez quatres malades de MM. Cullerier, Robert, Denonvillers et Richet, les résultats ont été absolument insuffisants.

Je puis ajouter que M. Giraldès a obtenu des résultats satisfaisants dans son service; que M. Marjolin m'a déclaré qu'il en-

---

Nous visitions Saint-Bartholomew's Hospital le mercredi de la dernière semaine de notre séjour à Londres. M. Stanley me fit dire par mon beau-frère, qui nous servait d'interprète, que le jour fixé pour les opérations était le samedi, et que si je voulais revenir ce jour-là, il en pratiquerait plusieurs. Je lui fis répondre que je devrais être alors de retour à Paris, et que je regrettais beaucoup de m'en aller sans l'avoir vu opérer. « En ce cas, dit M. Stanley, je vais le faire aujourd'hui. » Il me conduisit donc à l'amphithéâtre, où je lui vis pratiquer plusieurs opérations avec beaucoup d'habileté. Un ou deux élèves, l'aide de clinique et moi, nous étions seuls avec M. Stanley dans l'hémicycle; les autres élèves étaient allés se ranger silencieusement dans l'amphithéâtre. Cet amphithéâtre est disposé en gradins très-élevés; les jeunes gens s'y tiennent debout et s'appuient sur une balustrade placée à cet effet en avant de chaque gradin. Je pus me convaincre par moi-même de la vérité de ce que nous avait répété souvent le professeur Roux; c'est-à-dire que chacun restait à sa place, dans le plus grand ordre, sans gêner en rien les allées et venues des personnes dont le concours était nécessaire au chirurgien.

A Paris, au contraire, l'hémicycle est toujours envahi; les élèves se pressent, coudoient l'opérateur et rendent les manœuvres réellement fort difficiles. Aussi M. Roux regrettait-il amèrement ce bel ordre des amphithéâtres anglais; il s'en exprimait souvent avec aigreur, et cherchait à l'obtenir par des moyens trop burlesques pour y pouvoir parvenir. Tantôt il souffletait vigoureusement ceux qui le serraient de trop près, ou bien, se faisant apporter une cruche, il interrompait une opération pour arroser à grande eau les envahisseurs et les faire ainsi retourner à leurs véritables places.

Si ce désordre existe dans les amphithéâtres des hôpitaux de Paris, la faute n'en est pas tout entière aux étudiants français; ils y montrent, au contraire, plus de retenue que les élèves étrangers. Mais Roux combattait seul un abus qu'il ne pouvait déraciner seul: certains chirurgiens approuvaient, d'autres même encourageaient les envahisseurs. En 1834, à la salle d'accouchements de l'hôpital des Cliniques, où j'étais externe, l'enceinte où se trouvait le lit de souffrance était fort étroite. Un matin, au moment où M. le professeur P. Dubois se disposait à pratiquer une version, nous entendîmes un bond derrière nous; M. Dubois se retourna et aperçut trois jeunes gens accroupis en avant de la balustrade qu'ils avaient franchie. « Est-vous Français, messieurs? leur demanda-t-il. — Non, monsieur, répondirent les trois coupables. — J'en étais certain, ajouta notre grand accoucheur; que cet exemple serve aux étudiants nationaux; je n'ai jamais trouvé de véritable zèle que parmi les étrangers. »

Saint-Bartholomew's Hospital est situé dans la cité de Londres; on y accède par de petites rues assez propres, mais étroites et tortueuses; il occupe cependant une assez grande étendue de terrain, et il est distribué en plusieurs pavillons bien construits. Les salles des malades offrent le même aspect que celles de l'hôpital Guy. Nous ne visitâmes ni le musée d'anatomie ni la bibliothèque, ayant consacré tout notre temps aux visites. Un fabricant d'instruments de chirurgie est attaché à l'établissement, dans lequel il possède un fort bel atelier; personne ne s'en étonnera, si l'on veut bien se rappeler que presque toujours un coutelier assiste aux opérations des grands hôpitaux de Paris, et que, sans la présence de ces ouvriers, munis d'instruments de rechange, ou trouvant de suite le vice du mécanisme ingénieux mais compliqué d'un autre instrument empêché dans son jeu, bien des chirurgiens se fussent arrêtés au milieu de ces opérations hardies, qu'ils osent entreprendre avec de pareils aides, mais qui eussent été impossibles sans la coopération de ces hommes, l'honneur de notre industrie française.

Dr Léon LIÉGARD,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Leçons théoriques et cliniques sur les syphilides, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les éruptions dartreuses, scrofuleuses et parasitaires, professées par M. le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un volume in-8° de 234 pages. Prix: 4 fr. Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine, 23.

Les Eaux, poëme par M. le docteur FOUCAUD DE L'ESPAGNERY. Prix: 2 francs. Paris, chez Dentu, libraire, Palais-Royal, et rue Mézières, 6, chez l'Auteur.

dormait mieux que moi ses malades avec mon appareil, et enfin que M. Follin m'a autorisé à dire qu'il a adopté définitivement ce moyen d'inhalation.

III. Je ne rechercherai pas si les procédés ordinaires donneraient des chiffres meilleurs. Il y a ici une moyenne évidemment convenable, et c'est ce qu'il me suffisait de constater, lorsqu'il y a déjà sous le rapport de l'application et de la sécurité des avantages incontestables.

IV. Il ne sera pas hors de propos de dire succinctement pourquoi j'ai essayé d'administrer le chloroforme d'une manière aussi insolite.

De nombreuses expériences, extrêmement variées, m'avaient montré que le chloroforme, partout où il atteint les membranes muqueuses et les tissus contracti es, modifie leurs propriétés de façon à altérer pour un temps plus ou moins long les actes fonctionnels. Dans le système respiratoire, j'ai constaté le fait depuis les orifices extérieurs jusque dans les dernières ramifications bronchiques. Il s'en est suivi pour moi que l'organisme, indépendamment de toute action de la part du chloroforme, devait encore subir les conséquences de l'influence directe apportée dans la fonction respiratoire. Je trouvais dans les poumons des modifications toujours les mêmes, et ne variant que par leurs degrés de gravité : ne devais-je pas croire que ces modifications, quel que fût d'ailleurs le secret de l'action intime du chloroforme sur l'économie, devaient jouer leur rôle dans la production de l'anesthésie? Des expériences spéciales m'ont montré, en effet, que les résultats généraux de l'inhalation variaient en raison même du mode d'inhalation. Quand, au lieu de faire respirer le chloroforme par les deux poumons, je ne le laissais pénétrer que dans un seul, jamais il n'y avait d'anesthésie, quelles que fussent d'ailleurs et la dose de chloroforme et la durée de l'inhalation. Bien plus, quand un animal était endormi ou anesthésié pour avoir respiré du chloroforme par les deux poumons, si je faisais en sorte qu'il n'en respirât plus que par un seul, je le voyais se réveiller bientôt, et alors, chose singulière, plus il respirait de chloroforme, plus il s'agitait. Dans cette expérience, il arrive un moment où l'animal, tout en ayant respiré depuis son réveil plus de chloroforme qu'il n'en a fallu pour l'endormir et tout en en respirant encore, est tellement agité, que l'on ne peut plus le retenir.

J'eus l'honneur d'être appelé en février dernier à faire des expériences sur le chloroforme devant une commission de l'Institut. Voici celles que je fis :

Obs. I. — Un chien était attaché, il avait un tube de caoutchouc dans la trachée, ouverte à peu près à sa partie moyenne.

Je fis plonger l'extrémité extérieure du tube dans un flacon de 3 onces, qui contenait 40 grammes de chloroforme environ.

Quand l'animal fut profondément endormi et absolument immobile, les yeux fermés, la poitrine sans mouvement apparent, le cœur très-faible, je versai dans le flacon où plongeait le tube 20 grammes de chloroforme, et j'annonçai que, *tout en respirant du chloroforme*, il allait se réveiller, et que bientôt, *tout en respirant encore du chloroforme*, il serait tellement réveillé et agité, qu'il deviendrait difficile de le retenir.

Bientôt effectivement les poils du museau commencèrent à se mouvoir, les côtes s'écartèrent, le thorax se souleva, puis les yeux s'ouvrirent, les membres eurent une sorte de tremblement, les mouvements devinrent de plus en plus puissants et énergiques, et bientôt, en définitive, l'animal, *tout en respirant du chloroforme* (ce liquide était presque épuisé), avait repris sa pleine connaissance et la liberté de ses mouvements; il se débattait avec une grande énergie.

Ainsi j'avais endormi cet animal en lui faisant respirer moins de 10 grammes de chloroforme, puis je lui en fis respirer 20 et il se réveilla. Je lui en aurais fait respirer 100 grammes, il se serait réveillé de même, j'en suis certain.

Cette expérience ressemble à un paradoxe, et c'est le fait le plus simple. C'est la démonstration directe de ce que j'ai cherché à prouver dans un précédent travail, à savoir : que, dans les inhalations de chloroforme, les effets sont surtout subordonnés à la manière dont le chloroforme se comporte dans l'appareil respiratoire.

Ici, en effet, que s'est-il passé?

Dans le premier temps de l'expérience, j'avais fait en sorte que le tube ne descendît dans la trachée que de 3 centimètres, pour qu'il fût bien au-dessus de la bifurcation des bronches. Alors le chloroforme se répandait également dans les deux poumons.

Dans le second temps, je l'ai fait descendre au-dessous de la bifurcation. Alors le chloroforme n'atteignait plus qu'un seul poumon.

Ainsi 8 grammes de chloroforme dans les deux poumons donnent lieu à l'anesthésie; 20 grammes dans un seul, non-seulement seront impuissants à donner l'anesthésie, mais encore il lui permettront de cesser.

Ici, de deux choses l'une : ou le chloroforme entre par un poumon et sort par l'autre, ou bien il sort du poumon même dans lequel il est entré. Dans la première hypothèse, l'économie serait donc traversée par une quantité considérable de chloroforme, et pendant longtemps impunément; dans la seconde, l'effet du chloroforme, de quelque espèce qu'il fût, serait insuffisant pour produire l'anesthésie, du moment que cet agent ne porterait plus que sur un seul poumon.

Dans tous les cas, il faut reconnaître que la présence du chloroforme dans l'économie n'est pas la condition *exclusive* de l'anesthésie.

D'autre part, si l'on vient par des agents spéciaux neutraliser les effets du chloroforme, on voit aussitôt les résultats varier d'après les fonctions de la partie sur laquelle cette neutralisation a eu lieu. L'ammoniaque a des propriétés contraires à celles du chloroforme. Eh bien, un animal étant profondément anesthésié et endormi, si vous placez sous sa narine un flacon d'ammoniaque, vous voyez ses lèvres, ses narines et sa langue se mouvoir, et bientôt de la salive, résultat de l'irritation de la muqueuse, apparaîtra entre ses lèvres. Mais comme le gaz irritant ne pénètre pas dans les voies respiratoires, il ne se réveillera pas. Au contraire, si au moyen d'un tube introduit par la trachée, vous faites arriver l'ammoniaque directement dans les bronches, il se réveille en sursaut, et l'écume sort en grande quantité par l'ouverture pratiquée à la trachée.

Il y a même ici quelque chose de très-remarquable, c'est que l'inhalation d'ammoniaque prolongée pendant quelque temps contrarie l'action du chloroforme ou même l'empêche complétement. Je fis un jour par mégarde respirer à un animal de l'ammoniaque pour du chloroforme; après quelques minutes, je reconnus mon erreur; je lui donnai alors du chloroforme : impossible de l'endormir. Il faut savoir, du reste, que les effets matériels de la vapeur d'ammoniaque sur les poumons diffèrent directement de ceux du chloroforme. Tandis que les poumons qui ont respiré du chloroforme sont rouge-violacé, denses, privés d'élasticité et chargés d'un sang qui ne s'écoule plus, ceux qui ont reçu de l'ammoniaque sont d'un rose très-pâle; ils sont décolorés, très-élastiques, très-volumineux, et le sang s'en écoule rapidement. Il y a enfin des différences énormes dans la pesanteur spécifique des uns et des autres.

Ensuite, il m'a été démontré que les poumons présentaient de notables différences selon que l'inhalation s'était opérée avec calme et d'une manière régulière, ou qu'elle avait occasionné de la toux, de l'agitation, des phénomènes de suffocation. Dans le premier cas, les organes ont une teinte uniforme, régulière, et également étendue à toute leur surface; dans le second, on trouve des taches, des plaques de nuances très-foncées, quelquefois même des ecchymoses, alors qu'en d'autres points les organes ont conservé leur coloration naturelle.

V. C'est de l'ensemble de ces données qu'est venue la pensée qu'il devait être possible de régir d'une manière plus sûre les phénomènes anesthésiques.

VI. L'expérience démontrait, d'une part, que le chloroforme devait se répandre uniformément dans la presque totalité des poumons pour qu'il y eût anesthésie, et, de l'autre, qu'il fallait qu'il fût dépouillé de ses propriétés irritantes par un mélange d'air convenable pour qu'il ne donnât point lieu à des phénomènes de suffocation.

VII. Le problème se résumait donc à rechercher quelle était la plus petite proportion de chloroforme capable de déterminer l'anesthésie.

J'ai introduit chez des animaux par les voies respiratoires des tubes de caoutchouc de différentes grosseurs, par lesquels ils respiraient du chloroforme, et j'ai reconnu d'une manière générale qu'il y avait anesthésie aussitôt que la colonne d'air chargée de chloroforme égalait la moitié de la colonne d'air en circulation dans la trachée; qu'il n'y avait point d'anesthésie au-dessous de cette mesure, et enfin que ses effets étaient d'autant plus profonds et rapides qu'elle était plus dépassée. Dans ces expériences, des animaux ont pu respirer le chloroforme impunément pendant trente ou quarante minutes; d'autres ont été tués roide à la deuxième ou troisième inspiration : tout dépendait du calibre du tube.

Assurément je n'accorde pas à ces expériences faites sur des animaux une valeur absolue; il y a des différences dans les effets observés chez les animaux d'une même espèce, il y en a d'homme à homme, à plus forte raison doit-il y en avoir de l'animal à l'homme. Toutefois on pourra, contre l'avis de certains chirurgiens, admettre que cet ensemble de résultats, considéré comme point de départ d'une méthode d'observation, offre une certaine valeur.

INVERSION SPLANCHNIQUE COMPLÈTE.

Par M. le docteur Cornaz.

Antoine A..., âgé de 57 ans, maréchal, originaire du Piémont, fut admis une première fois à l'hôpital Pourtalès, à Neufchâtel (Suisse), le 25 janvier 1859, pour une bronchite. Comme antécédents morbides, il ne sait indiquer que deux atteintes de fièvre intermittente, dont la première a duré neuf mois consécutifs. Son affection actuelle remontait au mois de septembre 1858, et s'est prolongée avec des alternatives d'amélioration et de rechute.

A son entrée, il présente un léger degré d'anémie; pas de fièvre; appétit médiocre; langue blanche; toux fréquente; expectoration difficile et douloureuse, composée de crachats muco-purulents et spumeux, parfois mêlés d'un peu de sang; râles muqueux à grosses bulles, inspirations prolongées, expirations courtes, sonorité régulière des poumons; dyspnée considérable, surtout la nuit, pendant laquelle le malade ne peut dormir qu'assis. — Une tisane adoucissante, du kermès d'abord sous forme de pastilles, puis dans un looch gommeux; un vésicatoire, et enfin du sel ammoniaque, amenèrent un état d'amélioration tel, que le 1er mars il demandait sa sortie.

Mais le 3 au soir, après avoir beaucoup travaillé pendant la journée, il prit de nouveau de la toux avec expectoration sanguinolente et dyspnée, et le 8 il rentrait à l'hôpital. Le pouls était alors à 94, et les autres symptômes étaient les mêmes que la précédente fois, si ce n'est que la dyspnée et l'angoisse qui en résultaient étaient beaucoup plus fortes et l'appétit presque nul. Le kermès, seul d'abord, puis associé à l'extrait de belladone, ensuite ce dernier médicament uni à de l'acétate neutre de plomb, enfin le baume de Tolu additionné d'eau de laurier-cerise, deux vésicatoires, deux purgations nécessitées par la constipation, et les deux dernières nuits de l'acétate de morphine, constituèrent le traitement, qui ne fut pas suivi de succès. La dyspnée, malgré quelques améliorations momentanées, était telle que ce malheureux passait des nuits sur un fauteuil. Les jambes enflèrent; l'anémie devint plus considérable, et il succomba le 30 mars à onze heures du soir.

A l'autopsie, qui eut lieu le 1er avril, à dix heures du matin, nous trouvâmes le cuir chevelu, les oreilles et toutes les parties déclives du cadavre bleuâtres. Sinus cérébraux et vaisseaux de la dure-mère gorgés d'un sang foncé liquide; cerveau normal; bronches d'un rouge vif avec tuméfaction de leur muqueuse, contenant une grande quantité de muco-pus; adhérences assez fortes entre le poumon droit et la plèvre costale, légères à gauche (l'auscultation et la percussion n'avaient plus été possibles à la fin de sa maladie); tissu des poumons sain; rate un peu friable, gorgée de sang noir; foie muscadé, rempli d'un sang moins foncé; pas d'altérations morbides au cœur, au tube digestif, aux reins ni à la vessie.

Mais à côté de ces lésions — produits de la maladie — existait le vice de naissance à la fois le plus compliqué, le plus opposé à l'état normal, et pourtant le plus simple à décrire et à comprendre, je veux parler d'une inversion des viscères : en effet, le poumon gauche avait trois lobes, et le droit n'en avait que deux; le cœur était situé à droite, ayant à droite sa moitié gauche avec la valvule mitrale, à gauche sa cavité droite, caractérisée par la valvule tricuspide; les artères pulmonaires et l'aorte, en sortaient inversement de leur rapport normal; cette dernière ayant sa crosse tournée de gauche à droite, livrait d'abord une artère innominée pour le côté gauche, puis une carotide et une sous clavière pour le côté droit, et continuait son cours d'une manière analogue.

L'estomac, situé à droite, ainsi que la rate (laquelle présentait un commencement de division en trois), avait son cardia à droite et son pylore à gauche, d'où partait le duodénum, qui était le point de départ d'un intestin également dirigé dans le sens opposé à celui qu'on est accoutumé à y trouver; en effet, plus bas, l'appendice vermiculaire et la valvule de Bauhin étaient à gauche, d'où le côlon remontait pour redescendre à droite, côté duquel partait la courbure de l'S iliaque; le pancréas était également à rebours; enfin, le foie occupait l'hypochondre gauche, et la position de la vésicule biliaire, du grand lobe tourné à gauche, tandis que celui qui porte généralement le nom de gauche était à droite, montraient suffisamment l'inversion de toutes ses parties.

Inutile de dire qu'A... n'avait jamais senti quoi que ce soit de ce singulier état congénial, et ne s'était pas inquiété de ce qu'on percevait la matité du cœur, du foie et de la rate à des points anormaux.

Cette hétérotaxie (suivant la nomenclature d'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire) a reçu les noms de *situs inversus, inversio, transpositio seu translocatio viscerum; translocatio lateralis; anastrophe; inversa corporis structura; — transposition, inversion, renversement, bouleversement des viscères; inversion splanchnique*; avec adjonction à ces noms français de l'épithète de *complète*, pour désigner que tous les organes asymétriques y prennent part.

La meilleure description ne correspondrait pas à l'heureuse comparaison d'organes vus dans un miroir, qui est en outre bien propre à faire comprendre comment une anomalie aussi complexe n'exerce d'influence fâcheuse sur aucune fonction.

Quant à sa fréquence, elle n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire, et pour ma part j'en ai observé un cas à l'hôpital cantonal de Lausanne, dans la division médicale de M. le docteur J. Delaharpe père, il y a une douzaine d'années : je dirai même que ce malade, auprès duquel je fus conduit par M. Ch. Chollet, alors interne de feu Mathias Mayor et actuellement médecin à Moudon, était frappé d'une manière fâcheuse par la découverte de cet état et par les fréquents examens auxquels il était soumis par ce chef de service. Il me souvient aussi d'avoir lu, dans un journal politique français, vers la même époque à peu près, qu'un cas pareil venait d'être trouvé dans les amphithéâtres de la Faculté de médecine de Madrid; et c'est dans cette même ville qu'on vient d'en constater encore un. (*El Siglo medico*, 27 mars 1859 (1).)

En 1650, un des voleurs qui furent roués pour avoir attaqué la voiture du duc de Beaufort, présenta ce vice de naissance, qui alors même n'était pas une nouveauté, et fut décrit par Riolan, et vers 1660 Morand l'observait sur un soldat invalide, mort à l'âge de soixante-douze ans. Méry en entretint longuement l'Académie des sciences de Paris.

Rappelons en passant que ce dernier cas, objet de nombreuses plaisanteries, parmi lesquelles un quatrain de Leibnitz a eu l'honneur peu mérité de survivre, doit avoir inspiré à Molière la transposition du cœur et du foie, dont il parle dans le *Médecin malgré lui*. Au reste, plusieurs cas connus ont été décrits par plus d'un observateur, ce qui pourrait facilement en avoir augmenté abusivement le catalogue.

Fait bien singulier, il paraît que cette anomalie est infiniment

(1) Nous en avons, pendant le cours de nos études médicales, disséqué deux cas lorsque nous étions préparateur de notre excellent maître et ami M. Després, chirurgien de Bicêtre. Un des sujets était une vieille femme morte à la Salpêtrière, dans le service de M. le professeur Cruveilhier; l'autre un jeune homme livré aux élèves pour l'étude de la médecine opératoire. Ce vice de conformation avait très-probablement été méconnu, et ce n'est que par hasard, lorsque nous ouvrîmes, avec notre collègue M. Jouault, la cavité abdominale, pour vérifier les rapports du cœcum, que nous nous aperçûmes de cette anomalie. — A. Jamain.

plus rare encore chez les animaux que chez l'homme, et pourtant quel phénomène eût été plus propre à attirer l'attention des augures ! Ni Otto, ni même Gurlt ne s'en occupent dans leurs savants ouvrages, et Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, après avoir mentionné dans sa thèse que les animaux n'ont offert qu'un très-petit nombre de faits de transposition totale des viscères, paraît avoir constaté plus tard qu'il n'y en a pas de connus; les faits de transposition générale, c'est-à-dire des organes intérieurs et extérieurs, tels qu'on en a observé chez les pleuronectes et chez divers mollusques, ne lui paraissant pas devoir être réunis à l'inversion splanchnique, opinion que je ne puis complétement partager.

STATISTIQUE MÉDICALE.

Augmentation de la mortalité des enfants nouveau-nés.

Par M. le docteur E. A. Ancelon (de Dieuze).

A l'appui de sa candidature, M. le docteur Deville a lu à l'Académie de médecine un mémoire relatif à l'augmentation du nombre des mort-nés dans la ville de Paris. Je demanderai la permission de lui adresser à ce sujet, par la voie de la *Gazette des Hôpitaux*, et pour donner une nouvelle force à son travail statistique, les chiffres authentiques suivants, qui se rapportent à la France entière.

1° En l'an X, dit le *Moniteur* de l'an XII, les 108 départements de la France donnèrent 1,097,157 enfants nés vivants et 29,202 mort-nés : soit 266 mort-nés pour 10,000 viables;

2° De 1852 à 1856, dit l'*Annuaire de la statistique*, cette proportion a été de 437 mort-nés pour 10,000 viables.

Ainsi, dans le cours d'un demi-siècle, la proportion des mort-nés aux viables a été augmentée de 64 pour cent en France !...

Il importe de remarquer que c'est surtout depuis 1852 que cet accroissement a acquis d'aussi formidables proportions, et que, de 1839 à 1841, on n'a compté en France que 297 mort-nés pour 10,000 viables, c'est-à-dire seulement 12 pour cent de plus qu'en l'an X.

Quoi qu'il en soit, le fait signalé par M. le docteur Deville est incontestable pour tout homme de bonne foi ; mais *la cause* d'un tel fait ne paraît pas pouvoir être attribuée à l'emploi du *seigle ergoté*, malgré l'opinion manifestée par notre confrère.

En effet, il ne saurait ignorer que depuis les réquisitoires lancés par Capuron contre la poudre obstétricale, depuis les discussions académiques de 1845 et de 1853, la plupart des accoucheurs ont abandonné et fait abandonner, par les sages-femmes de leur ressort, l'usage du seigle ergoté comme dangereux ou au moins inutile. Comment est-ce donc précisément *depuis cet abandon* que la proportion des mort-nés s'est accrue d'une manière aussi formidable que nous le montrent les chiffres qui précèdent ?

M. le docteur Deville doit une réponse précise à cette question précise : il ne suffit pas qu'il se dise convaincu, il lui faut encore convaincre ses confrères, et il ne peut y réussir que par des faits positifs, démontrant que l'usage du seigle ergoté est devenu beaucoup plus fréquent en France, de 1852 à 1856, qu'il ne l'était de 1839 à 1841, ou de 1801 à 1802.

Lorsque M. le docteur Deville aura reconnu l'impossibilité de fournir cette preuve positive, il se trouvera amené, par la force même des choses, à reconnaître que la mortalité des produits de la conception a augmenté, depuis l'an X, dans le même rapport que la mortalité des accouchées, de même que les fruits de la vigne, attaqués par l'*oïdium*, meurent souvent au moment de naître.

Quand il aura reconnu cette importance corrélation, si bien démontrée par M. Carnot dans les neuvième et dixième propositions de sa *Vaccinométrie*, peut-être en viendra-t-il à penser et à dire comme lui : « Tels arbres, tels fruits. »

CONTRACTURE DES DOIGTS ET DE LA MAIN,

suite de la lésion d'un filet nerveux dans une saignée; névrotomie sous-cutanée; guérison immédiate;

Par M. Borelli.

Grilhom (Jean-Baptiste), quatorze ans, étudiant à Villanuova d'Asti, fut saigné du bras droit sur le trajet de la veine radiale superficielle, à quelques centimètres au-dessous de son entrée dans la céphalique. Il éprouva une douleur bien plus vive que celles qu'il avait éprouvées à d'autres saignées antérieures. Cette douleur s'étendit le long de la région antérieure de l'avant-bras jusqu'à la paume de la main, et amena une certaine rigidité dans les doigts. La rigidité alla en augmentant le soir; surtout vers les trois doigts du côté cubital. Il ne put le lendemain écrire à ses parents, et peu à peu l'exercice de la main lui fut très-empêché. Cet état résista à divers moyens, tels que cataplasmes, onctions, pommades, etc. Il consulta deux célèbres chirurgiens de Turin. L'un lui dit que sa guérison exigerait six mois de soins et probablement une opération; l'autre déclara le mal incurable, d'après le dire au moins du jeune malade. C'est alors qu'il fut admis comme pensionnaire à l'hôpital Saint-Maurice; il était dans l'état suivant : la main droite demi-fléchie sur l'avant-bras, les cinq doigts demi-fléchis sur la paume de la main, principalement le petit doigt : les autres de moins en moins. L'extension forcée des doigts et de la main était très-douloureuse et ne pouvait être maintenue si on cessait l'effort. La main était incapable de saisir les objets soit pour écrire, pour manger, pour s'habiller, etc. Une douleur continue, mais peu intense, s'accroissait extraordinairement quand on faisait l'extension forcée des doigts et de la région palmaire de la main. Elle s'étendait le long de l'avant-bras jusqu'à la piqûre de la saignée. Dans ce point, la douleur était plus vive, et l'on sentait à l'exploration comme un fil tendu sous la peau dans la direction de la veine radiale superficielle, lorsqu'on exerçait l'extension de la main et des doigts.

On essaya d'abord quelques narcotiques et anesthésiques, le chloroforme, etc.; mais ce fut en vain. Ayant reconnu, après quelques jours d'exploration, cette tension filiforme sous-cutanée, le diagnostic ne fut plus douteux; il y avait eu évidemment lésion d'un filet nerveux pendant la saignée, et par suite rétraction. Le docteur Borelli eut recours sans balancer à la névrotomie sous-cutanée. Il passa un ténotome sous le filet nerveux que tendait l'extension; il en fit la section de dedans en dehors, sans toucher à la peau, qu'il laissa intacte. Il réunit par première intention, et tout fut fini. A l'instant, la main et les doigts furent étendus sans douleur; l'extension fut maintenue par un bandage. Peu de jours après la guérison était complète, et il y a maintenant trois ans qu'elle se maintient. Il n'y a pas la moindre trace d'altération des fonctions de la main. (*Gazette médicale des États sardes.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 juillet 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Moutard-Martin, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, à M. le directeur général de l'assistance publique, sur les propriétés du sulfate de cinchonine dans le traitement des fièvres intermittentes. (Commissaires, MM. Grisolle et Bouchardat.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une liste de souscription ouverte pour couvrir les frais de sépulture de feu M. le docteur Paul Gaimard, membre correspondant de l'Académie, et compagnon de voyage de Dumont-Durville;

Une note relative à une eau, un sirop et une pâte balsamique de pin vierge, par M. le Dr Lalesque et M. Semiac, pharmacien (commission des remèdes secrets et nouveaux);

Une série de documents relatifs à l'influence du seigle ergoté sur le produit de la conception, par M. le docteur Robert Uvedal West (commissaires, MM. Dubois, Depaul et Danyau);

Une note de M. le docteur Faure, sur l'inhalation du chloroforme par une seule narine (commissaires, MM. Velpeau et Malgaigne);

Une série de pièces justificatives envoyées par M. Labourdette, pour établir ses droits de priorité dans la question des laits médicamenteux (commission déjà nommée : M. Bouley, rapporteur.)

— M. Depaul présente, au nom de M. Aureliano Maestre-de-San-Juan, une brochure intitulée : *Etudes cliniques sur l'action qu'exerce le chloroforme administré par la voie gastrique dans le traitement des fièvres intermittentes.*

— A trois heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Guérard sur les candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

A quatre heures un quart l'Académie rentre en séance publique.

RAPPORT.

Etat mental dans la chorée. — M. Blache, au nom d'une commission composée de MM. Ferrus, Baillarger et Blache, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Marcé, ayant pour objet l'étude de l'état mental dans la chorée.

La chorée est-elle une névrose générale comme l'hystérie ou une névrose partielle? Quels sont les éléments nerveux primitivement ou secondairement lésés dans cette maladie? Se produit-il dans son cours des désordres de l'intelligence? Quelle est leur nature, leur gravité, leur pronostic? Se rapportent-ils à la chorée ou aux maladies qui la compliquent? Telles sont les questions sur lesquelles roule le travail de M. Marcé.

Selon l'auteur, autour de l'élément convulsif, qui forme le point essentiel de la chorée, viennent se grouper d'autres phénomènes nerveux : l'anesthésie superficielle et profonde, l'hyperesthésie, l'affaiblissement musculaire, divers troubles de la sensibilité générale et spéciale, et surtout un *état mental* qui offre des nuances infinies, depuis la disposition morale la moins accentuée, les troubles intellectuels les plus légers, jusqu'à la mélancolie et l'hébétude; depuis l'hallucination isolée jusqu'au délire le plus complet. Ainsi la chorée se rapprocherait singulièrement de l'hystérie, névrose générale par excellence, dans laquelle toutes ou presque toutes les fonctions du système nerveux sont atteintes simultanément ou successivement.

L'étude des phénomènes intellectuels et moraux qui se manifestent à titre de complication ou comme élément essentiel, soit dans les névroses, soit dans d'autres maladies, est pleine d'intérêt, mais aussi semée d'écueils qu'il est difficile d'éviter, si l'on ne tient compte d'une infinité de circonstances dont trop souvent l'appréciation rigoureuse nous échappe... M. Marcé, qui s'occupe spécialement des maladies mentales, a bien classé, bien analysé, très-minutieusement et très-exactement décrit tous les phénomènes qui, dans la chorée, se rattachent aux désordres de l'entendement. Mais peut-être les a-t-il un peu trop grossis.

M. Marcé termine son mémoire par les conclusions suivantes :

Quatre éléments morbides, quelquefois isolés, le plus souvent associés les uns aux autres, doivent être étudiés dans l'état mental des choréiques.

1° Des troubles de la sensibilité morale, consistant en un changement notable du caractère, lequel devient bizarre et irascible, et offre une tendance irrésistible à la gaieté et surtout à la tristesse.

2° Des troubles de l'intelligence caractérisés par la diminution de la mémoire, de la mobilité dans les idées, et l'impossibilité de fixer l'attention.

Nous souscrivons pleinement et sans restriction à ces deux premières conclusions, dit M. le rapporteur. Presque tous les auteurs sont arrivés à formuler à peu près dans les mêmes termes leurs observations sur ce sujet. L'auteur a le mérite d'avoir insisté sur ces faits plus qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, de les avoir décrits avec une grande lucidité après les avoir classés méthodiquement, de manière qu'on puisse rapporter à chaque faculté de l'intelligence les lésions qui lui sont propres.

M. Marcé a fait précéder cette première partie de son travail de réflexions sur un point qui l'a frappé : c'est l'immunité complète qu'offrent un grand nombre de choréiques, sous le rapport des désordres cérébraux : sur 57 choréiques, il en a trouvé 21 qui n'ont jamais offert la moindre perturbation dans leur état moral et intellectuel. Cette proportion, dont il s'étonne, serait beaucoup plus grande encore, ajoute M. le rapporteur, si l'auteur avait pris ses observations à l'hôpital des Enfants, au lieu de les recueillir à Bicêtre et à la Salpêtrière. De pareils faits s'observent chez la grande majorité des choréiques; on voit un assez grand nombre d'enfants parcourir toutes les périodes de la chorée, sans que leur intelligence soit le moins du monde atteinte. On est en droit d'en conclure que les désordres intellectuels et moraux qu'on observe alors se rattachent moins à la chorée elle-même qu'à l'hystérie qui la complique ou à l'idiosyncrasie du sujet qui domine la maladie et en altère la physionomie. Mais si nous sommes convaincus de la vérité de ces propositions, nous croyons aussi que les chorées qui persistent pendant longtemps, et qui surviennent à un âge où l'intelligence est dans toute l'activité de son développement, peuvent lui être très-nuisibles, non pas en le frappant directement de paralysie ou de perversion, mais en imprimant une déviation anormale aux instruments qui sont indispensables au libre épanouissement de ses facultés. C'est pourquoi les chorées qui affectent, en même temps que les muscles des membres et du tronc, les muscles qui meuvent la langue et les cordes vocales, ceux qui meuvent les globes oculaires, sont, au point de vue spécial qui nous occupe, plus graves que les chorées limitées au système locomoteur, etc.

Dans la seconde partie de son travail, M. Marcé décrit un état mental non observé jusqu'ici, et qu'il résume dans les deux conclusions suivantes :

Après les troubles de la sensibilité et les troubles de l'intelligence mentionnés précédemment, on observe : *a*, des hallucinations, phénomène qui jusqu'ici n'avait pas été signalé dans la chorée ; *b*, la chorée peut, dès son début ou pendant son cours, se compliquer de délire maniaque. Il en résulte alors un état fort grave, qui, dans plus de la moitié des cas, amène la mort au milieu de formidables accidents ataxiques, et même dans les cas heureux, laisse souvent après lui divers troubles intellectuels de durée variable.

Les inhalations de chloroforme, les bains prolongés, et d'une manière générale, les antispasmodiques, sont les moyens thérapeutiques qui jusqu'ici ont rendu les plus grands services dans le traitement de ce délire que tout porte à faire considérer, au moins dans la grande majorité des cas, comme un délire purement nerveux.

M. le rapporteur est d'avis que M. Marcé a trop accordé à la chorée et pas assez aux autres circonstances concomitantes et en particulier à l'influence des troubles de la menstruation dans la production des hallucinations. Les hallucinations observées par M. Marcé sont loin, comme il le dit lui-même, d'être identiques à celles des aliénés. Elles n'ont lieu que dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, et n'ont rien de grave et d'inquiétant.

Quant à la complication de la manie, il résulte de l'analyse des observations contenues dans la dernière partie du travail de M. Marcé, qu'une seule fois sur quatre le délire n'a pu être attribué en effet à aucune autre cause qu'à la chorée, mais que dans les trois autres il pu dépendre d'autres causes coïncidentes. Aussi M. le rapporteur conclut-il en disant que le délire maniaque se manifeste très-rarement dans les chorées simples, exemptes de complication; que quelquefois il est le phénomène essentiel de la maladie, la chorée ne survenant que plus tard comme phénomène secondaire; que d'autres fois il se développe sous l'influence d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une méningite ou d'une congestion cérébrale ; mais quelle que soit sa cause immédiate, il entraîne presque toujours la mort des malades.

L'étendue de ce rapport, dit en terminant M. le rapporteur, la scrupuleuse attention avec laquelle nous avons étudié toutes les parties du travail de M. Marcé, vous font voir l'intérêt qu'il nous inspire et l'importance que nous lui accordons. Quoique nous ne partagions pas complétement sa manière de voir sur tous les points qui y sont traités, nous devons lui donner de justes éloges et lui savoir grand gré des efforts qu'il a faits pour élucider les questions encore obscures qui se rattachent à l'histoire de la chorée.

En conséquence, la commission propose à l'Académie :

1° De renvoyer le mémoire de M. Marcé au comité de publication;

2° D'adresser des remercîments à l'auteur, pour la communication pleine d'intérêt qu'il a faite à l'Académie.

M. Trousseau regretterait qu'un rapport aussi important passât sans discussion. Il propose, vu l'heure avancée, de renvoyer la discussion à l'une des prochaines séances, après que l'on aura imprimé et fait distribuer aux membres de l'Académie une épreuve du rapport.

Cette proposition étant appuyée, est mise aux voix et adoptée.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Pietresson Saint-Aubin, né à Auxerre (Yonne) ; *De la chlorose.*

Bosc, né à Rignac (Aveyron) ; *De la sciatique.*

Brunet, né à Ambrières (Mayenne) : *Recherches sur les néomembranes et les kystes de l'arachnoïde.*

Ballen, né à Guayaquil (République de l'Équateur); *De l'hépatite dans les pays chauds.*

Lecerf, né à Fayence (Var) ; *De la digitale au point de vue de son action sur le cœur.*

Delhomme, né à Nonancourt (Eure) ; *De la prostatite aiguë chez les vieillards.*

Menocal, né à Paztcuaro (Mexique) ; *Du croup des adultes.*

Roucas, né à Corfou (Iles Ioniennes); *De l'orchite aiguë.*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Angine épidémique de 1857-1858, dans le département de Seine-et-Oise (1).

Nous avons exposé dans la *Revue clinique* de samedi dernier les résultats des recherches de M. Bouillon-Lagrange sur quelques-uns des éléments étiologiques de l'épidémie d'angine couenneuse que ce médecin a observée pendant les années 1857 et 1858 dans le département de Seine-et-Oise, et sur son mode de transmission. Nous continuons aujourd'hui à emprunter à cet intéressant travail quelques documents cliniques relatifs à la marche de la maladie et à quelques-unes de ses complications qui ont paru le plus influer sur son issue.

Le début de la maladie était, dans les cas légers et moyens, lent et insidieux. Beaucoup de malades ont continué à vaquer à leurs affaires, bien qu'ils eussent déjà les amygdales recouvertes de fausses membranes qui ne leur faisaient éprouver ni douleur vive ni même de gêne bien marquée dans la gorge. Chez presque tous les enfants et dans la forme grave des adultes, le début de la maladie a été, au contraire, en général, marqué par une fièvre vive avec gonflement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux, dont l'étendue, la douleur et la durée mesuraient toute la gravité de l'affection.

La marche de la maladie était bien différente dans les cas légers et les cas graves. Dans les premiers, la couenne, formée souvent sans symptômes précurseurs, se détachait le troisième jour sans aucune application locale, sans traitement, ou après des soins insignifiants, sans se reproduire, par le seul fait d'une réaction de l'organisme.

Dans les cas graves, au contraire, après une fièvre vive, gonflement plus ou moins considérable des ganglions, auquel se joignait quelquefois l'œdème du tissu cellulaire ambiant, la couenne envahissait bientôt les voies aériennes ; alors survenaient tous les symptômes du croup. Cette extension se faisait quelquefois avec une rapidité foudroyante, surtout chez les jeunes enfants ou chez les enfants déjà débilités par quelques jours de maladie. M. Bouillon-Lagrange dit avoir vu souvent survenir l'asphyxie en vingt-quatre heures, alors que rien n'avait annoncé encore la complication laryngo-bronchique ; il a vu même l'asphyxie par bronchite pseudo-membraneuse sans aucun symptôme de croup préexistant.

Quand la marche était plus lente, chez les enfants d'un âge plus avancé, l'asphyxie se produisait sans bruit, sans grandes souffrances ; elle était le résultat de concrétions pseudo-membraneuses des bronches. Dans un très-grand nombre de cas, alors que se développaient ces phénomènes graves du côté des bronches, les fausses membranes du pharynx et de l'isthme du gosier s'étaient ramollies ou étaient réduites à une pulpe grisâtre, sans consistance, se détachant avec facilité, ou avaient même complétement disparu : circonstance importante à noter, ainsi que le fait judicieusement remarquer M. Bouillon-Lagrange, et qui dément ou réduit du moins considérablement « l'indication toute locale de la cautérisation réitérée des parties accessibles de la gorge, comme devant empêcher l'extension du mal. »

Telle était la marche la plus ordinaire de l'angine chez les jeunes enfants ; chez les adultes et les enfants de six à quinze ans, elle était plus disposée à l'extension aux fosses nasales, aux oreilles, à l'œsophage. M. Bouillon-Lagrange a vu chez une femme et sa fille âgée de dix-sept ans, la fausse membrane se produire sur la vulve et le vagin en même temps que les règles ; il a vu aussi l'œsophage, les intestins, et *probablement*, dit-il, l'estomac, se recouvrir de pseudo-membranes qui déterminaient une grande difficulté de la déglutition, des vomissements et des coliques terminées par leur expulsion à travers l'anus.

A la chute des fausses membranes de la gorge, et quelquefois longtemps après, survenait la gêne ou l'impossibilité de la déglutition par paralysie du voile du palais, du pharynx et même de l'œsophage, qui rendait la convalescence interminable en s'opposant à l'alimentation réparatrice. La paralysie affectait aussi la vision, le goût, l'odorat et les membres supérieurs et inférieurs, portant sur ceux-ci, tout à la fois sur la sensibilité et la motilité.

Nous demanderons ici à nos lecteurs la permission de nous arrêter quelques instants avec l'auteur de cette intéressante relation, sur ce phénomène encore assez peu connu et pourtant très-digne d'attention, de la paralysie diphthéritique.

Relativement à la paralysie du voile du palais, M. Bouillon-Lagrange n'a rien de nouveau à faire connaître : elle se manifestait par le nasonnement de la voix et la régurgitation par le nez des aliments liquides et des boissons, succédait en général à des angines assez intenses, mais cependant quelquefois aussi à des atteintes fort légères ; ainsi qu'il en a observé un exemple chez une jeune femme qui, après trois jours d'angine et six semaines de convalescence, pendant laquelle aucun trouble n'avait été apporté à la santé générale, aucune gêne ne s'était fait sentir dans la déglutition et la parole, fut prise tout à coup de nasonnement de la voix et de dysphagie, avec régurgitation des aliments et des boissons, etc., accidents qui ne cédèrent qu'au bout de six semaines.

Mais c'est surtout quand les symptômes diphthéritiques avaient été graves et de longue durée, que la paralysie s'est montrée plus étendue, frappant les sens, la vue, l'odorat, le goût, le toucher, le pharynx, l'œsophage, les membres.

De quatres malades qui étaient dans ce cas, et dont M. Bouillon-Lagrange rapporte l'histoire, le plus jeune avait dix-sept ans, le plus âgé trente-sept ; d'où il résulterait, s'il était permis de conclure d'un aussi petit nombre de faits, que la paralysie est une complication qui frappe surtout l'âge adulte. Trois étaient des hommes ; un seul était robuste, mais affaibli par des pertes de sang considérables, une longue maladie et la plus grande difficulté de l'assimilation ; chez tous, la maladie avait été grave et longue (de vingt-deux à trente jours).

Chez tous la durée de la paralysie a été de deux à trois mois ; chez deux, l'absence du traitement ou l'obligation de le suspendre laissant penser que la guérison a été toute spontanée. Chez les deux autres, l'action du traitement semble fort douteuse, e tout porte à croire que ce phénomène, tenant à une grave altération du sang, n'a cédé qu'à la séparation plus ou moins complète de celui-ci.

Cette complication ou plutôt cet épiphénomène de l'angine couenneuse, à peine indiqué dans les épidémies précédentes, M. Bouillon-Lagrange se demande s'il ne pourrait pas être attribué à la longue sécheresse de l'atmosphère qui a présidé au développement de l'épidémie et qui a accompagné sa marche.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, ce qui pour lui n'est pas l'objet d'un doute, c'est la fréquence de ces phénomènes morbides consécutifs de l'angine dans la durée de cette épidémie ; il en juge par la faiblesse excessive qu'ont accusée tous les convalescents, et qui n'était autre chose à ses yeux que l'expression affaiblie ou incomplétement caractérisée de l'état morbide dont il s'agit.

L'angine couenneuse a varié dans sa durée depuis 2 jours jusqu'à 30. C'est après une durée de 13 à 20 jours que se sont produits les plus nombreux décès ; c'est après celle de 4 à 6 jours qu'il y en a eu le moins d'une manière absolue aussi bien que relative, car cette catégorie est aussi la plus nombreuse.

Cette comparaison statistique de la durée de la maladie et des décès prend de l'intérêt en la rapprochant de l'influence qu'ont exercée sur la durée de la diphthérite, l'âge, la constitution, l'habitation, la saison et le degré de la maladie. Il ressort des tableaux dressés par M. Bouillon-Lagrange sous ces divers chefs, que la durée la plus courte observée dans cette épidémie (2 ou 3 jours), durée dans laquelle la mortalité a été du tiers, s'est montrée sur les sujets les plus jeunes, 10 sur 15 n'avaient pas plus de 5 ans ; que cette courte terminaison de la maladie s'est produite autant de fois pour les constitutions fortes que pour les faibles, plus souvent dans un faible degré du mal, à peu près dans le même ordre, quelle que fût la saison, et cependant un peu plus en hiver, beaucoup plus souvent quand l'habitation était saine (12 sur 15).

La durée de 4 à 6 jours, qui a été observée sur 26 malades, a atteint surtout l'âge de 6 à 10 ans, de 10 à 18 et de 18 à 30, les constitutions fortes (moitié), ceux dont le degré de la maladie était léger ou moyen.

Quand la maladie s'est terminée en 7 ou 12 jours, elle affectait à peu près également tous les âges, les constitutions faibles ou fortes, offrait un degré en général moyen ou grave ; c'était plutôt en été et en hiver, et plus souvent quand l'habitation était saine (15 sur 22).

Dans la durée de 13 à 20 jours, qui ne comprend que 5 malades, 2 avaient de 18 à 30 ans ; la constitution était faible ou moyenne, le degré du mal plus souvent grave (3 sur 5) ; l'hiver et l'été (3 et 2), l'habitation malsaine (3 sur 5), ont paru les principales conditions.

Enfin sur 4 malades, dont la diphthérite a duré de 20 à 30 jours, 2 avaient de 10 à 18 ans, 2 avaient une constitution moyenne ; chez 3 le degré de la maladie était grave, 2 étaient atteints en hiver, chez 3 le logement était malsain.

L'épidémie d'angine couenneuse dont il s'agit a été grave. On a pu en juger déjà par ce qui précède, on en jugera mieux encore par les chiffres suivants :

Sur 73 malades, notre confrère en a perdu 23 (2 sans traitement) ; sur ces 23 morts, il y en avait :

9 sur 14	enfants	avant 2 ans ;
9 sur 18	—	de 2 à 6 ans ;
2 sur 10	—	de 6 à 12 ans ;
3 sur 9	—	de 12 à 18 ans ;
0 sur 22	—	de 18 à 60 ans.

En général l'angine couenneuse s'est montrée d'autant plus grave que le sujet était plus jeune, que sa constitution était faible ou scrofuleuse, que le degré du mal était violent ; les conditions de saison, d'habitation ou de localité n'ont pas paru exercer une notable influence sur la fâcheuse terminaison et n'ont pas semblé devoir fournir d'indications importantes au pronostic. Au contraire, l'encombrement, l'étroitesse du logement, la négligence des premières atteintes de la maladie, ont été autant de causes d'aggravation de la diphthérite, et si elles n'ont pas toujours amené la mort, elles ont au moins beaucoup augmenté la durée du mal ; les émissions sanguines au début de la maladie, chez les jeunes enfants, les convulsions du début, les syncopes ont été d'un très-fâcheux effet et presque toujours suivies de mort.

Tels sont les faits principaux qu'ont mis en relief les relevés statistiques dressés par M. Bouillon-Lagrange, et mieux encore que ces relevés, sa sagacité d'observation. Nous attendons la suite de la publication de ces intéressantes recherches pour apprécier la part qui revient au traitement dans les résultats constatés.

Emploi des toniques dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Dans le cercle où tournent depuis plus de vingt ans les méthodes de traitement de la fièvre typhoïde, nous n'avons que bien rarement l'occasion de signaler des moyens nouveaux. On cherche moins aujourd'hui, et avec raison, à courir après la recherche de spécifiques impossibles, qu'à tirer le meilleur parti possible des moyens dont la thérapeutique et l'hygiène disposent, en subordonnant leur emploi à des indications plus ou moins rationnelles, tirées de l'idée qu'on se fait du fond même de la maladie et des désordres fonctionnels que traduisent les symptômes prédominants. Aussi voyons-nous se réduire tous les jours de plus en plus les méthodes exclusives, et leur substituer, par la généralité des praticiens, des méthodes mixtes dans lesquelles on fait concourir au résultat commun les moyens appropriés à ces diverses sources d'indications.

Voici en quels termes M. Monneret formule ces indications dans son *Traité de pathologie générale :*

« Il n'est pas aujourd'hui un seul médecin qui ne considère comme une source d'indications pressantes et décisives les symptômes putrides et adynamiques qu'on voit paraître dans ces maladies (affections typhoïdes). On s'accorde à exclure du traitement des affections adynamiques les agents capables d'affaiblir les forces générales et de diminuer l'irritabilité normale des systèmes.

» On cherche, au contaire, à agir sur le système nerveux avec des médicaments qui passent pour mettre en jeu l'irritabilité générale et pour exciter la contractilité, la sensibilité dans tous les systèmes. Les substances toniques, les stimulants énergiques, et surtout les aliments chargés de principes alibiles, doivent être choisis de préférence à tout autre médicament. On cherche aussi à rendre au sang sa constitution normale. C'est encore à l'aide d'une alimentation choisie, de liqueurs alcooliques et du vin, qu'on réussit le mieux à remplir cette indication. Quant aux antiseptiques, c'est aux agents de l'hygiène, l'aération, la propreté,

(1) Voir le numéro du 2 juillet.

l'action habilement dirigée du froid *intra* ou *extra*, qu'il faut accorder le plus de confiance, etc. »

M. Monneret, conformément à ces principes, a adopté dans son service de l'hôpital Necker une méthode de traitement mixte dans laquelle les toniques ont leur place et surtout leur temps bien déterminés. Voici généralement comment il procède :

Il débute toujours par un vomitif. Dès que celui-ci a agi, il donne un purgatif avec l'eau de Sedlitz. Si le purgatif a fait effet, on laisse reposer le malade pendant deux ou trois jours. Dans le cas où la constipation se reproduit, et surtout s'il y a ballonnement du ventre, on administre un nouveau purgatif.

Si le ballonnement augmente et s'accompagne d'adynamie profonde, il prescrit la limonade vineuse pour boisson et l'usage de la glace à l'intérieur et à l'extérieur. On recouvre le ventre de cataplasmes composés de farine de graine de lin et de fragments de glace.

Dans le deuxième septénaire, quand apparaissent les signes de la prostration, on commence la médication tonique, consistant dans l'emploi du sulfate de quinine à la dose de 50 à 60 centigrammes dans une potion, et de la limonade à laquelle on ajoute un tiers de vin.

Le malade prend, en outre, deux ou trois bouillons dans la journée.

Cette médication est continuée pendant le deuxième et le troisième septénaire.

Quand la convalescence s'établit, on ajoute aux bouillons les potages.

Voici la relation sommaire de deux faits que nous empruntons au *Bulletin de thérapeutique*, qui les rapporte comme exemples de l'application de la méthode :

Un garçon de vingt-quatre ans entré à l'hôpital Necker, le 5 janvier, ayant de la diarrhée depuis huit jours, diminution de l'appétit, insomnie, perte des forces, céphalalgie croissante depuis l'avant-veille, épistaxis et frisson la veille; nouvelle épistaxis le jour même de l'entrée, avec courbature, vertiges, tintouin. On constate enfin l'état saburral de la langue, de la douleur dans le côté droit du petit bassin, de la toux sans râle, avec expectoration muqueuse; pouls à 92; peau chaude, sueurs sans soulagement.

Le 6, 15 centigrammes d'émétique.

Le 7, une bouteille d'eau de Sedlitz; limonade vineuse.

Le 8, épistaxis chaque jour; les signes de la fièvre typhoïde se confirment; pouls légèrement dicrote; souffle carotidien.

Le 15, amélioration visible à la suite de ces épistaxis répétées chaque jour; le pouls a cessé d'être dicrote et perd de sa fréquence.

Du 8 au 20, le traitement a été exclusivement constitué par le sulfate de quinine à 60 centigrammes par jour; limonade à la glace; vin de quinquina, 100 grammes.

Le 21, on ajoute du vin au traitement précédent; on donne des bouillons, puis des potages, et une portion le 23 janvier.

Le 30, le malade sort guéri.

— Une jeune femme de vingt ans, alitée depuis huit jours, avec du frisson et de la céphalalgie, entre le 15 février à l'hôpital présentant les symptômes suivants : Epistaxis abondantes, céphalalgie, insomnie, prostration, surdité incomplète; râles sibilants généralisés, toux fréquente; pouls à 120, petit; douleur et gargouillement dans la fosse iliaque droite; peu de diarrhée.— Emétique, 15 centigrammes; sulfate de quinine, 60 centigr.

Le 16, vomissements aqueux très-abondants, sueurs froides; pouls à 125, petit; dyspnée, 36 respirations. — Sulfate de quinine.

Le 17, persistance de la prostration et de la dyspnée. On répète l'émétique, et on insiste sur le sulfate de quinine.

Le 18, une bouteille d'eau de Sedlitz, suivie de quatre selles.

Le 19, amélioration légère. — Répétition du purgatif; sulfate de quinine, 60 centigrammes; vin de quinquina, 100 grammes; limonade vineuse.

Le 21, l'amélioration se soutient; la malade se relève rapidement. Elle sort parfaitement guérie le 5 mars.

Cancers multiples; coloration feuille morte de la peau; dégénérescence cancéreuse des capsules surrénales.

Les lecteurs de la *Revue* n'ont peut-être pas oublié cet exemple curieux de diathèse cancéreuse dont nous les avons entretenus dans le numéro du 9 avril dernier, cette femme couchée dans l'une des chambres particulières de la division de chirurgie (service de M. le docteur Monod), à la Maison de santé, et qui présentait 132 tumeurs cancéreuses de divers volumes réparties sur toute la surface du corps. Cette femme a succombé peu de temps après l'époque où nous avons rapporté son histoire.

Voici, d'après la communication que M. Demarquay a faite récemment à ce sujet à la Société médicale d'émulation de Paris, ce qui s'est passé depuis le moment où nous avons vu cette malade, et les particularités qui ont été constatées après sa mort.

La peau, qui ne nous avait pas présenté précisément cette teinte cachectique cireuse, propre à la diathèse cancéreuse, mais qui était plutôt brune, avait pris vers les derniers temps de la vie une coloration des plus singulières. Son aspect était celui des feuilles mortes, ou mieux encore, dit M. Demarquay, d'un quarteron ou d'un Indien. Les portions de peau qui recouvraient les tumeurs étaient plus foncées, elles étaient bronzées, surtout celle qui enveloppait les tumeurs les plus volumineuses et les plus anciennes. Rien de particulier d'ailleurs dans les autres phénomènes morbides et dans l'état général et fonctionnel, que l'accroissement graduel mais lent des plus grosses tumeurs, et l'affaiblissement croissant de jour en jour jusqu'aux dernières limites du marasme.

La mort survenue, voici les particularités qu'a révélées l'autopsie.

Les méninges étaient saines. Il existait dans l'hémisphère cérébral droit deux tumeurs de couleur gris-noirâtre s'énucléant très-facilement, très-friables, chacune de la grosseur d'une petite noix. Ces tumeurs ne faisaient point saillie à la surface de l'hémisphère cérébral, mais leur coloration contrastait avec celle du reste de la surface de l'organe. Autour d'elles la substance ne présentait aucun changement de consistance ni de coloration.

Les poumons étaient congestionnés à la base. A la face externe de la plèvre costale gauche, au niveau de la cinquième côte, existait une tumeur de la grosseur d'une aveline.

Entre le péricarde viscéral et la face antérieure du ventricule gauche, on voyait une masse allongée, longue d'environ 4 centimètres, épaisse de 2, envoyant quelques ramifications qui avaient dissocié et déprimé les fibres musculaires les plus superficielles du ventricule. A la pointe du cœur était une autre petite tumeur de la grosseur d'une noisette.

Le foie, le pancréas, la rate, l'estomac et tout l'intestin ne présentaient rien d'anormal.

Les reins n'étaient pas altérés, mais les deux capsules surrénales étaient dégénérées; elles avaient le volume d'une grosse noix.

La plupart des ganglions mésentériques, ainsi que ceux de la fosse iliaque droite, avaient subi la même transformation.

Toutes ces tumeurs, d'une consistance plus ou moins ferme, suivant le degré de ramollissement qu'elles avaient subi, étaient plus ou moins vasculaires et présentaient à la coupe une coloration brunâtre très-singulière. D'après les recherches microscopiques faites par M. le docteur Luys, elles étaient constituées par un stroma de tissu fibroïde très-dense, dont les fibrilles entre-croisées en tous sens formaient un feutrage très-serré. Dans les aréoles de ce tissu fibroïde, se trouvait une énorme quantité de matière amorphe et de granulations graisseuses. Le stroma fibroïde dérivait directement des parois vasculaires, et se présentait sous l'aspect de travées divergentes. Les vaisseaux étaient tiraillés en divers sens, et présentaient çà et là quelques coagulum fibrineux.

Des diverses particularités que présente le résultat de cette autopsie, la plus remarquable sans contredit est la coïncidence — nous ne voulons pas dire le rapport pour ne rien préjuger — qui existe entre la destruction des capsules surrénales par le cancer et la coloration singulière qu'a présentée la peau de cette malade dans les derniers temps de sa vie. Cette coïncidence, qui eût probablement passé inaperçue il y a quelques années, a dû fixer dans ce cas l'attention des observateurs qui l'ont constatée, à cause de l'appui nouveau qu'elle vient prêter à la loi de relation entre la maladie bronzée et l'altération des capsules surrénales formulée par Addison.

Toutefois, en enregistrant ce fait comme susceptible d'être mis en ligne de compte avec tous ceux qui ont été invoqués jusqu'ici en faveur de la découverte d'Addison, nous ne devons pas dissimuler les doutes qu'ont soulevés à cet égard dans notre esprit un assez grand nombre de faits négatifs qui ont été publiés depuis quelque temps, et que nous essayerons de rapprocher un jour ici pour en discuter et apprécier la valeur.

SUR L'INHALATION DU CHLOROFORME
par une seule narine (1).

Par M. le docteur FAURE.

VIII. C'est donc parce que j'ai vu qu'il suffisait de quantités égales d'air pur et d'air chargé de chloroforme sous la pression ordinaire de l'atmosphère pour anesthésier, que j'ai essayé l'inhalation par une seule narine.

IX. Le procédé est des plus simples. Pour appareil on a un flacon à deux tubulures, un tube de caoutchouc de 14 millimètres d'ouverture est engagé par un bout dans l'une des tubulures, et par l'autre bout dans la narine. Pour opérer, on fait respirer le malade à plusieurs reprises par l'appareil avant de verser le chloroforme; une fois qu'il s'est bien habitué à respirer ainsi, on fait tomber dans le flacon une gouttelette de chloroforme, puis une autre une ou deux minutes après; puis une autre, et ainsi de suite.

Quand le sujet n'accuse plus aucune sensation dans sa narine, on en verse 4 ou 5 grammes, lesquels, en général, suffisent pour amener l'anesthésie. Si l'anesthésie tarde trop à paraître, on agite le flacon de manière à projeter le chloroforme sur ses parois. Si le malade ouvre la bouche, on la lui ferme avec le plat de la main, tout en maintenant libre l'autre narine. Quand il y a de l'agitation au début, il faut interrompre l'inhalation pendant quelques instants.

Chez un sujet qui respire avec calme, les effets se déclarent quelquefois en très-peu de temps; j'en ai fait souvent l'expérience.

OBS. II. — Le 27 mars, je verse 4 grammes de chloroforme dans un flacon cylindrique de la contenance de 40 grammes. Un tube de 6 millimètres de diamètre est introduit par une de ses extrémités; mais une épingle passée transversalement l'arrête au goulot du flacon et l'empêche de pénétrer au delà de 4 centimètres.

Je place l'autre extrémité de ce tube à l'entrée de ma narine droite et je me mets à respirer comme à l'état ordinaire, l'autre narine étant parfaitement libre.

A la quatrième minute, j'entends un bourdonnement à redoublements; il augmente quand je remue le flacon. La sensibilité de la muqueuse nasale s'est très-vite émoussée; je ne sens plus la cuisson que le chloroforme m'avait causée dans le premier moment. Je continue à secouer le flacon, le bourdonnement redouble; j'entends des voix; il me semble que l'on se dispute et que l'on s'injurie au dehors, à ma porte; il n'en est rien, il n'y a personne.

Je secoue plus vivement le flacon; à chaque secousse, j'ai la sensation d'une brûlure légère mais très-passagère dans la narine; mes sensations s'obscurcissent. Je perds un instant connaissance, mais je me réveille aussitôt. Je m'aperçois alors que ma main a laissé échapper le flacon.

J'ai renouvelé trois fois cette épreuve, et chaque fois, au moment où j'allais m'endormir, le réveil survenait brusquement. Quelque volonté que j'y ai apportée, toujours le flacon s'était éloigné de la narine.

Il est indispensable que le tube occupe tout l'orifice de la narine; sans cela il s'introduirait par cette narine de l'air du dehors en même temps que de l'air chloroformé, ce qui changerait toutes les conditions.

M. Charrière a fait fabriquer des embouts coniques qui répondent parfaitement à cette indication.

X. Qui ne comprendrait maintenant combien il est avantageux d'arriver, en ne donnant le chloroforme que par une seule narine, à des résultats aussi puissants que ceux que l'on n'a obtenus jusqu'ici qu'à la condition de le donner à la fois par la bouche et par les deux orifices du nez ? En présence d'un corps dont les effets sont encore si incertains, et qui aux mêmes doses tantôt reste impuissant et tantôt donne la mort, n'est-il pas de la plus haute importance de connaître quelle est la quantité la plus petite qui, fondamentalement, et employée selon certaines conditions, doit donner tel ou tel effet ?

Les résultats dépendent peut-être plus de la manière dont le chloroforme se comporte dans les voies respiratoires que de sa quantité même. Le sujet ne respire de l'air chloroformé que par une narine; par l'autre, il lui arrive de l'air pur en quantité considérable et constante. Si l'on ajoute à cela que le chloroforme ne pénètre que mélangé encore à un certain volume d'air, on reconnaîtra que la proportion de gaz anesthésique doit, en somme, être très-faible. Le chloroforme trouve donc dans les poumons une quantité considérable d'air qui tendra sans relâche à neutraliser ses effets. Pour que ceux-ci arrivent à se produire, il faut que cet antagonisme soit surmonté par l'excès du chloroforme; or cet excès, il est ce que l'on veut, il se limite et il cesse quand on veut. Par conséquent, les phénomènes sont donc réellement subordonnés à la volonté de celui qui dirige l'inhalation; il les surveille, il les contraint à se prononcer plus ou moins fortement, avec une facilité qui, il faut le dire, ne se retrouve dans aucun autre mode d'inhalation.

Est-il d'autres circonstances, je le répète, où il soit plus important de s'en tenir aux doses strictement nécessaires? Que la moitié de l'air respiré soit chargée de chloroforme, il n'en faut pas davantage pour que l'anesthésie se prononce; il n'en faudrait pas davantage même pour donner la mort, si l'on agissait sans circonspection. Pourquoi, dès lors, en donner à la fois par les deux narines et par la bouche? Pourquoi donner, de parti pris, des doses excessives, puisque l'on peut avec des doses minimes non-seulement obtenir les effets désirés, mais même les dépasser? Il y a des malades chez lesquels je renoncerais à l'inhalation; elle me paraît trop dangereuse.

XI. Je me suis beaucoup préoccupé de l'idée d'éviter aux sujets ces phénomènes d'irritation qui si souvent signalent les premiers moments de l'inhalation du chloroforme.

Ces phénomènes, qui résultent de l'action irritante du chloroforme sur les premières voies, ne sont pas seulement très-douloureux parfois, douloureux à ce point que l'on se trouve forcé de renoncer au chloroforme, ils sont encore pleins de menace.

L'une des causes les plus fréquentes des accidents du chloroforme, c'est, je n'en doute pas, la suffocation qui dans un grand nombre de cas survient au début de l'inhalation. On voit alors le sujet en proie aux mouvements les plus désordonnés. Le thorax s'élève et s'abaisse d'une manière convulsive; le diaphragme se contracte et se dilate hors de toute mesure: le jeu des poumons alors ne peut que présenter mille anomalies de toutes sortes. Le chloroforme, en arrivant dans ces organes en de telles conditions, au lieu de se développer d'une manière régulière, est refoulé dans les premières cavités qui s'offrent à lui; il exerce là, sur ces points limités, l'action qu'il eût dû dépenser sur l'ensemble des organes.

C'est alors qu'au lieu de donner lieu sur les poumons à une teinte uniforme, on le voit occasionner des taches, des plaques, des ecchymoses en tout semblables à celles que l'on produit à volonté quand, au moyen d'un tube, on envoie dans l'une des bronches, pendant quelque temps, un courant de vapeur de chloroforme concentrée.

Cet état, ai-je dit, est plein de menace. En effet, quand à la

---

Fin. — Voir le numéro précédent.

longue l'anesthésie commence, quand le calme se rétablit, une partie du chloroforme qui s'était ainsi accumulé et qui est resté libre s'étend dans les parties voisines; il gagne du terrain; il peut se répandre dans tout le système respiratoire. Naturellement ses effets s'ajoutent à ceux du chloroforme qui a été respiré depuis. Dès lors, les conséquences ne sont plus calculables à l'avance. Tantôt, et c'est là un fait fréquent, le sommeil anesthésique se prolonge longtemps après l'inhalation; tantôt, par le fait d'une action trop profonde sur la totalité du système respiratoire, il survient quelques-uns de ces accidents qui paraissent d'autant plus terribles qu'ils sont plus imprévus. Le sujet semblait sommeiller paisiblement; tout à coup il pâlit étrangement, son pouls tombe, il cesse de respirer, il y a une syncope effrayante, quelquefois c'est la mort.

La syncope et la mort me paraissent ne pas avoir d'autre cause, dans un grand nombre de cas, que l'envahissement du système respiratoire dans une étendue excessive par le chloroforme.

Aucun des sujets sur lesquels j'ai expérimenté n'a eu de suffocation, et même chez beaucoup j'ai pu éviter cette légère sensation de cuisson qui résulte toujours du contact du chloroforme sur la membrane olfactive. M. Giraldès m'a affirmé que depuis qu'il a adopté ce moyen, il n'a pas eu un seul accident de ce genre.

— Les effets extérieurs du chloroforme ne sont pas immédiats; souvent ils n'apparaissent qu'après un assez long intervalle; j'en en fait souvent l'observation. Je donnai à respirer de l'air fortement saturé de chloroforme, les sujets se débattaient, s'agitaient et n'étaient nullement anesthésiés; je retirais le tube et je le maintenais seulement à distance de la narine, et ils ne tardaient pas à s'anesthésier. Souvent j'en ai vu s'endormir profondément, bien qu'ils ne respirassent plus du tout de chloroforme depuis plusieurs minutes. Enfin, quand un sujet est en état de demi-somnolence et que ses yeux sont encore entr'ouverts, si l'on augmente l'inhalation pendant quelques instants, ce n'est souvent qu'une minute après l'inhalation que l'on verra les paupières se fermer entièrement, le pouls s'abaisser, etc., etc. Ces faits sont importants à constater, parce qu'ils engagent à ne pas trop considérer l'état apparent actuel du sujet comme l'expression de sa situation réelle.

XII. Le pouls s'accélère quelque peu tout d'abord, puis il tombe, mais très-peu. Sa force et sa vitesse se sont conservées le plus souvent presque à l'état normal; s'il faiblissait, il suffisait de suspendre l'inhalation un instant pour le voir se relever aussitôt.

XIII. La pupille souvent conserve l'état naturel; parfois elle est un peu contractée, jamais elle n'est dilatée. Le globe oculaire en général est mobile, jamais je ne l'ai vu convulsé.

XIV. Quand l'anesthésie est arrivée à un degré convenable, il ne faut pour l'y maintenir qu'approcher de temps à autre le tube à un centimètre ou deux de la narine. J'ai vu l'anesthésie la plus prononcée persister pendant un temps considérable chez des sujets dont le pouls, la respiration et la coloration tégumentaire étaient réellement comme à l'état normal. Chez un opéré de M. Denonvilliers, il se présenta sous ce rapport nne particularité fort remarquable. Il s'agissait d'une autoplastie de la face; l'opération exigeait que l'on transportât un lambeau des téguments du côté gauche sur le côté droit; pendant cette manœuvre longue et douloureuse, je plaçai le tube tantôt dans la narine droite, tantôt dans la gauche, et de la sorte, sans gêner le chirurgien, je pus entretenir l'anesthésie pendant tout le temps nécessaire. Un fait identique s'est présenté chez M. Richet.

XV. Dans le principe, j'avais pensé que l'on obtiendrait de l'anesthésie sans sommeil; le fait est possible chez les animaux: chez quelques malades, au début de ces essais, il m'avait paru se présenter de même. En réalité, si dans quelques cas où l'inhalation n'a été que très-légère, les facultés intellectuelles se sont conservées en partie, bien que les malades fussent anesthésiques, chez tous ceux qui ont dû être anesthésiés très-profondément jusqu'à résolution il y a eu du sommeil, mais il était léger, sans dépression du pouls; il différait enfin singulièrement de cet état de torpeur profonde qui survient si souvent en pareil cas.

Chez une malade à qui M. Richet enlevait des ganglions hypertrophiés à la région cervicale, l'anesthésie s'est déclarée avant l'abolition des facultés intellectuelles. Cette malade a parlé, même assez sensément, pendant toute l'opération; de temps à autre elle a ouvert les yeux, et alors, bien qu'elle fût absolument privée de sensibilité, elle ne paraissait pas différer de son état ordinaire.

Un malade à qui M. Velpeau enlevait un cancroïde de la lèvre inférieure, parla pendant tout le temps de l'opération; ses yeux se fermèrent à peine; toutefois il déclara ensuite n'avoir rien senti. Ces cas où les malades s'agitent et se démènent pendant une opération, et déclarent ensuite n'avoir rien senti, ne sont pas rares, quelque procédé d'inhalation qu'on ait employé; toutefois je crois qu'ils sont plus fréquents avec celui-ci. Mais est-ce là un bien, est-ce là un mal? Il serait à cet égard difficile de satisfaire tout le monde. J'avais donné le chloroforme à un jeune malade qui devait subir la taille après l'opération; le chirurgien me dit: « Il était anesthésié, c'est vrai; mais il a dormi. »

Un autre malade avait été opéré d'une épulie; pendant la dernière partie de l'opération, qui consistait en une cautérisation au fer rouge, il s'agita et cria un peu; quand il fut tout à fait réveillé, il déclara n'avoir rien senti. Toutefois l'opérateur m'assura que, bien qu'il y eût eu anesthésie, ce n'était là qu'un exemple incomplet, parce qu'il n'y avait pas eu résolution entière....

Il y a des chirurgiens qui pensent que les sujets doivent être chloroformés jusqu'à résolution entière, sous peine de perdre tout le bénéfice de l'inhalation. Je suis très-loin, je l'avoue, de partager cette opinion. Pour moi, le but est de soustraire les malades à la douleur; après cela, qu'ils crient, s'agitent ou chantent, cela m'est indifférent. Pendant une opération qui m'a été faite à Necker par mon excellent ami M. le docteur Follin, j'ai crié, à ce qu'il paraît, et je me suis fortement débattu; mais je n'ai rien senti, et je regarde dès lors comme complets les bienfaits que je devais attendre du chloroforme.

On dit: Si les malades qui ont crié disent ensuite n'avoir rien senti, c'est qu'ils n'avaient pas conscience de leur douleur, et qu'ils n'en ont pas gardé le souvenir. C'est là une distinction qui touche de près à la psychologie, science qui n'a rien de commun avec la pratique médicale. La douleur est par soi-même quelque chose qui ne s'oublie pas instantanément; quand un malade auquel on vient d'amputer un membre demande à son réveil si l'on va commencer l'opération, je dis qu'il n'a pas souffert; s'il a crié, s'il s'est agité, je présume, sans être sûr de rien, qu'il aura été, sous l'influence du chloroforme, plongé dans un état particulier et d'une nature impénétrable, qu'il aura eu des sensations subjectives qui ne sont pas nécessairement en rapport avec l'opération, que rien ne nous autorise à préjuger des sensations d'un individu qui n'a plus sa conscience, parce que c'est là un état qui échappe à notre analyse; et enfin que les cris ne témoignent pas absolument de la survivance de la sensation définie douleur, attendu qu'il y a des individus qui, dans les mêmes circonstances, ont eu des expressions de plaisir et de volupté.

Avec cet admirable enchaînement des actions réflexes qu'ont si bien de nos jours étudié les Herbert Mayor, les Marshall-Hall, les Flourens, il faut s'attendre à une foule de manifestations qu'il serait impossible d'analyser par les données générales que nous avons sur la vie. Ayant décapité une grenouille, on irrite l'une de ses pattes, et l'on voit aussitôt tout son corps entrer en convulsion. C'est là une expérience vulgaire. Cette grenouille décapitée est-elle donc apte encore à ressentir de la douleur? Or ne se peut-il pas que les cris et les mouvements désordonnés du malade que l'on opère ne soient eux-mêmes, comme les mouvements de la grenouille, que les résultats ou les conséquences d'une série d'actions réflexes? Si à un haut degré de chloroformisation les cris et l'agitation cessent, c'est que le pouvoir réflexe, ainsi que je l'ai montré dans mes expériences, est susceptible, lui aussi, de s'endormir sous l'influence du chloroforme.

XVI. Il est des cas, je le sais, où il est indispensable d'obtenir la résolution entière du système musculaire: c'est, par exemple, lorsqu'il s'agit de la réduction d'une hernie, d'une luxation, d'une fracture, d'une articulation déformée par une tumeur blanche, etc. Le chloroforme alors n'est plus seulement un agent d'anesthésie, il répond à une indication nouvelle: c'est un moyen de réduction. Or, sous ce rapport, j'ai obtenu des résultats tout aussi complets que possible. Des malades de MM. Follin, Bouvier, Richet et Denonvilliers, traités pour des affections de ce genre, ont été dans un tel état de résolution, que les opérateurs parfois ne pouvaient se défendre d'un moment d'inquiétude: chez aucun pourtant le pouls n'a cessé d'offrir une activité presque normale. J'ai reconnu enfin d'une manière positive que le plus haut degré d'anesthésie possible pouvait ne pas être accompagné d'un abaissement très-notable du pouls.

J'eus l'honneur hier de rencontrer M. Giraldès, chirurgien de l'hôpital des Enfants trouvés. Je savais qu'il avait expérimenté ce moyen; je lui demandai ce qu'il en pense. Voici ce qu'il m'a autorisé à dire: « Dans le commencement je faisais prendre des notes, depuis, les expériences sont devenues tellement journalières que j'y ai renoncé. C'est un très-bon moyen; je l'ai employé vingt fois au moins, et il m'a constamment donné une anesthésie entière, avec résolution. Les sujets n'ont eu aucun accident au début de l'inhalation, pas de toux, de suffocation, etc., etc. Il est d'un emploi plus commode que la compresse, le tampon, etc. Il ne dépense que très-peu de chloroforme, ce qui est un avantage pour tout le monde; il m'a réussi chez des sujets chez qui les autres moyens avaient ou échoué ou été d'une application très-difficile. Dans les cas d'ophthalmie purulente j'obtiens facilement l'anesthésie et la résolution complète des paupières et des conjonctives, choses souvent très-difficiles.

» En un mot, j'ai été sous tous les rapports très-satisfait de son emploi. »

XVII. Souvent l'anesthésie se déclare très-vite, MM. Giraldès et Follin l'ont remarqué. Dans le service de M. Beauchet, un homme très-vigoureux, devant être opéré d'une fistule à l'anus, a été complétement anesthésié et endormi en une minute et demie. La moyenne est de 3 à 5 minutes.

ÉPILEPSIE. — TRAITEMENT PAR L'ATROPINE.

Par M. le docteur MARESCH.

Les essais du docteur Maresch se sont étendus à huit sujets de la section des femmes d'un établissement d'aliénés de Vienne et à dix de la section des aliénés incurables: quatre hommes et six femmes. Des huit premières malades, trois ont été complétement guéries, et l'état des cinq autres a été amélioré de manière qu'il a été impossible de nier l'effet bienfaisant de l'atropine. Des dix individus appartenant à la classe des incurables, huit ont éprouvé une notable diminution dans la violence et la fréquence de leurs accès épileptiques, en même temps que dans les exacerbations de leurs troubles psychiques. Ces résultats, joints à ceux que d'autres praticiens ont obtenus de l'atropine dans le traitement de l'épilepsie, méritent la plus sérieuse attention.

M. Maresch a soigneusement noté les phénomènes pharmacodynamiques qui se sont présentés pendant l'administration du remède. 1/50 de grain d'atropine donnait lieu, dans tous les cas, aux effets qui suivent habituellement l'administration de cet agent, tels que sécheresse de la gorge, difficulté à parler, aberration visuelle, dilatation des pupilles, etc., phénomènes auxquels les malades s'habituaient peu à peu, mais qui ne s'en maintenaient pas moins pendant tout le traitement.

Dans tous les cas, le pouls perdait huit à douze pulsations pendant la première heure après la prise du remède, mais il reprenait sa fréquence normale dès que les autres phénomènes pharmacodynamiques se manifestaient. Il ne s'est présenté chez aucun malade d'accélération notable du pouls sous l'influence de la dose indiquée d'atropine. Comme phénomènes particuliers, M. Maresch a vu survenir dans trois cas pendant l'administration de l'atropine un exanthème analogue à la roséole, qui ne tarda pas à disparaître par la cessation du remède et par quelques bains tièdes. Il est, en outre, digne de remarque que l'atropine n'a donné lieu chez aucun malade à des troubles digestifs ou à quelque autre symptôme fâcheux que ce soit.

L'administration du remède dont il s'agit n'a produit aucun bon résultat dans toutes les autres formes des maladies mentales. De petites doses restèrent sans effet, et des doses plus grandes donnèrent lieu à des symptômes d'intoxication qu'on fut forcé de combattre sans qu'ils produisissent des modifications favorables dans la psychose.

Le docteur Maresch administre l'atropine de la manière suivante: il en dissout un grain dans 500 gouttes d'alcool rectifié, et donne de la solution 5 à 10 gouttes, soit un centième à un cinquantième de grain. Cette dose est administrée en une fois, le matin avant le déjeuner, qui ne peut comprendre ni café, ni thé, ni cacao, ces substances contrariant l'action du médicament. Celui-ci est continué pendant soixante à quatre-vingt-dix jours sans interruption, puis est repris après un intervalle de trente à quarante-cinq jours. Chez les femmes, il n'est pas besoin de le suspendre pendant la durée des menstrues, dont il favorise l'écoulement et qu'il augmente. Rarement l'atropine donne lieu à la constipation; plutôt elle occasionne des diarrhées, qui, lorsqu'elles deviennent intenses, obligent à en suspendre l'administration pendant quelques jours.

(*Annales médicales de la Flandre orientale.*)

VIN ANTILYMPHATIQUE,

Par M. BOUTIGNY (d'Evreux).

Suc de grande capucine. . . .	} ãã 25 grammes.
Alcool fin à 36°.	
Quinquina gris concassé. . . .	

Le phosphate de chaux provenant de la décomposition de 1 gramme de chlorure de calcium dissous dans l'eau est versé goutte à goutte dans une dissolution de 1 gramme 50 centigr. de phosphate neutre de soude.

Écorces d'oranges amères. . . .	2 grammes.
Vin blanc de Bordeaux.	1 litre.

Faites macérer pendant huit jours, agitant fréquemment, puis filtrez. (*Répertoire de pharmacie.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 juin 1859. — Présidence de M. DEGUISE fils.

CORRESPONDANCE.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le secrétaire général communique la correspondance.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, la thèse inaugurale de M. Vaqués *sur l'amputation de M. Malgaigne* (amputation sous-astragalienne). Paris, 1859; 180 pages in-4°, avec planches et tableaux.

— M. Bertrand Duborry, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse, comme candidat au prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée *Études sur la cataracte*. Paris, 1859, in-4°.

— MM. Benoit, Chaumet, Denucé, Serres (d'Alais) et Stœber, récemment élus membres correspondants nationaux, adressent à la Société des lettres de remercîment.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une observation adressée depuis longtemps à la Société par M. Louis Ciniselli (de Crémone), candidat au titre de correspondant étranger.

Voici cette observation, qui avait été par erreur déposée aux archives, et qui n'a point encore été communiquée à la Société:

Anévrysme poplité guéri par la compression indirecte, par M. CINISELLI. — Un homme de soixante-six ans, laboureur, atteint d'une double hernie scrotale volumineuse et irréductible, entra à l'hôpital de Crémone, dans ma division, le 24 juin 1857, pour y être traité d'une maladie de la jambe droite.

Il me raconta qu'au mois d'août 1843, en combattant dans l'armée italienne, il reçut un coup de feu à la cuisse droite, vers le milieu de la face interne, où l'on voit aujourd'hui une vaste cicatrice transversale. La plaie, bien que profonde, n'était pas compliquée, et guérit après quelques mois. On lui disait que le projectile était resté dans les chairs; en effet, il semblait s'être placé dans le tissu cellulaire au-dessus du condyle interne du fémur, où il y avait une tuméfaction permanente, avec une sourde douleur qui ne le quitta jamais. Cette douleur augmenta au printemps de cette année.

Dans les premiers jours de juin, il s'aperçut que la tuméfaction au côté interne du genou avait augmenté aussi bien en haut et en bas qu'en arrière, avec des pulsations qu'il n'avait jamais senties auparavant, et qui lui ôtaient le sommeil; les mouvements du genou devenaient chaque jour de plus en plus gênés.

A l'entrée du malade dans l'hôpital (24 juin), la tumeur avait envahi la moitié supérieure du creux du jarret, s'étendant en haut et du côté interne de la cuisse jusqu'à en occuper tout le tiers inférieur; sa circonférence, la partie inférieure de la cuisse comprise, mesurait 39 centimètres; les pulsations étaient très-violentes; la tumeur s'affaissait sous la compression de l'artère fémorale au pli de l'aine, montrant que dans sa cavité il n'y avait ni dépôt fibrineux ni commencement de coagulation. Elle était molle et augmentait de jour en jour. Les pulsations de la fémorale, au-dessous de la cicatrice jusqu'à la partie supérieure de la tumeur, étaient très-fortes; il y avait anxiété précordiale; on comptait 80 pulsations par minute.

Les premiers soins furent destinés à apaiser le trouble de la circulation, ce que j'obtins par la glace à l'intérieur, et sur la tumeur, la digitale et le nitre. Je songeai alors à la compression indirecte; c'était presque le seul moyen sur lequel je pouvais compter dans ce cas, qui la réclamait sans délai.

Je voulais employer le compresseur élastique de M. Broca que j'avais fait demander à Paris. Mais je ne pus l'attendre, car il fallait agir aussitôt. En ce temps-là, je ne connaissais cet instrument que par le résultat obtenu à la clinique de Pavie; cependant son nom m'a suggéré l'emploi d'un corps élastique, tel qu'un petit ballon de caoutchouc vulcanisé, ayant 9 centimètres de diamètre, que je mis sur la fémorale, au tiers supérieur de la cuisse, en le comprimant au moyen du tourniquet de Petit renversé, et en défendant la partie postérieure de la cuisse par une gouttière de carton. Le tourniquet ainsi appliqué agissait sur le ballon comme le compresseur de Senff agit sur les chairs.

La compression n'était pas portée au point d'arrêter entièrement les pulsations dans la tumeur; elle ne faisait qu'en modérer la violence. De plus elle manqua plusieurs fois après 4, 6, 10, 12 heures, parce que le corps élastique s'échappait de dessous le compresseur. Pour empêcher que la tumeur ne s'accrût davantage sous l'impulsion du sang, on la conservait toujours couverte de glace.

Après cinq jours le volume de la tumeur avait un peu augmenté; mais sous la compression parfaite de la fémorale au pli de l'aine, elle ne s'affaissait plus; elle était plus consistante; les pulsations étaient moins vives; tout cela m'annonça le commencement de la coagulation fibrineuse dans l'anévrysme. Il survint alors une gastrite avec fièvre, sous l'exaltation de laquelle la tumeur donna des marques différentes d'inflammation; la glace ne fut plus tolérée, il fallut la suspendre, ainsi que la compression, pendant treize jours. Dans le cours de cette maladie, la tumeur continua à s'accroître, en haut jusque près de la cicatrice, et en bas dans le creux du jarret, mesurant une circonférence de 44 centimètres.

Tandis que la distension de la tumeur avait augmenté, les pulsations avaient diminué de telle façon qu'on les reconnaissait distinctes seulement dans la région poplitée; elles étaient presque éteintes ailleurs, et aussi à la partie interne, où auparavant elles étaient très-violentes. Sous la compression exacte de la fémorale au pli de l'aine, la tumeur ne perdait qu'un centimètre de sa circonférence.

La gastrite passée, je repris la compression au même degré qu'auparavant, mais sur le pubis, employant le même ballon comprimé par un spica; elle eut une durée de sept heures les deux premiers jours et de vingt-quatre heures le troisième. Je dus alors la quitter, parce que la tumeur devint douloureuse, tendue, chaude; la douleur s'irradiait le long de la fémorale. Mais peu de jours après le calme revint, et l'on trouva l'anévrysme solide partout, avec une sourde et profonde pulsation à la région poplitée, que j'attribuais au passage du sang dans l'artère; la tumeur ne se réduisait plus du tout sous la compression parfaite de la fémorale au pli de l'aine (30 juillet 1857).

Dès ce moment je tins l'anévrysme pour guéri. Il se développa ensuite un vaisseau anastomotique à la partie interne de la tumeur, tandis que celle-ci devenait de plus en plus dure.

Aujourd'hui, 25 octobre 1857, la tumeur est parfaitement solide; elle a diminué, mais elle est encore très-volumineuse. J'espère que la résorption s'achèvera peu à peu. Mais je puis faire remarquer dès maintenant qu'un anévrysme d'un volume extraordinaire, et dans des circonstances très-défavorables, a été guéri par la compression indirecte, imparfaite et interrompue, dont M. Broca a fait connaître l'importance.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Absence de l'iris et du cristallin. — M. CHASSAIGNAC présente un malade sur lequel on constate les particularités suivantes : l'œil droit présente une cataracte complète; l'œil gauche paraît être dépourvu d'iris et de cristallin. Le malade donne sur les causes et l'origine de cette altération de l'œil les détails suivants :

En 1842, il reçut un coup d'ongle qui fit une plaie sur la sclérotique, près de la partie supérieure de la cornée. Une violente inflammation suivit cette lésion, et c'est à la suite de cette inflammation que l'œil, jusqu'alors dans un état normal, subit par une espèce de résorption la perte de l'iris et du cristallin. La vision, quoique moins bonne, s'est conservée, et le grand jour n'affaiblit pas la fonction. Avant l'invention de l'ophthalmoscope, dit M. Chassaignac, je n'aurais pas soupçonné l'absence de l'iris; on aurait pu croire simplement à une coloration noire qui l'aurait rendu invisible. Mais à l'aide de cet instrument, j'ai pu parfaitement reconnaître que cet organe n'existait plus.

Quant à l'absence du cristallin, elle est rendue évidente par l'expérience de la reproduction de la lumière suivant le procédé de Samson. On ne voit, en effet, qu'une seule lumière.

M. LENOIR. L'absence congénitale de l'iris, sans être commune, a cependant été constatée un assez grand nombre de fois. Il n'en est pas de même de sa résorption traumatique : je n'en connais aucun exemple. Aussi doit-on se demander si cette anomalie est bien le résultat d'une inflammation, et si elle ne serait pas congénitale.

M. ROBERT. Je partage les doutes de M. Lenoir. Si, en effet, une inflammation avait produit de tels désordres, on devrait en trouver des traces sur l'œil du malade. C'est là un fait qui paraît absolument contraire à toutes les données de la physiologie pathologique, et je suis bien plus disposé à considérer la lésion comme congénitale; car on ne saurait apporter trop de sévérité dans l'appréciation étiologique d'une pareille affection.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je ne puis accepter les opinions de MM. Lenoir et Robert. Les explications données par le malade me paraissent ne laisser aucun doute sur l'origine de la lésion. Son œil, en effet, avant l'accident arrivé en 1842, était excellent et dans des conditions physiologiques normales.

Du reste, à l'appui de cette appréciation, viennent se présenter des faits analogues qui en démontrent la possibilité.

En 1834, dans le service de M. Cloquet, j'ai vu un malade dans des conditions semblables. Cet homme avait reçu sur l'œil un coup de corne de bœuf. La violence du choc avait déterminé le décollement de toute la circonférence de l'iris, sans plaie de la sclérotique ni de la cornée. L'iris avait été rejeté en bas, et avait conservé en ce point seulement une adhérence. On le retrouvait pelotonné à la partie inférieure de la cornée.

Sur le malade de M. Chassaignac, j'ai cru reconnaître en bas également quelques vestiges de cette membrane.

Je me rattache donc à l'interprétation étiologique donnée par M. Chassaignac; seulement je suis disposé à admettre que la plaie de la cornée a pu donner issue au cristallin et à une grande partie de l'iris. On trouve dans Mackensie une observation de ce genre.

M. Robert s'étonne avec raison de ne retrouver sur l'œil ou dans son intérieur aucune trace d'une inflammation assez violente pour avoir produit de pareils désordres. La règle, en effet, est de rencontrer, après un traumatisme aussi grave, des altérations des différents milieux de l'œil; mais cette règle souffre des exceptions relativement assez nombreuses. Aussi, dans l'observation que j'ai rapportée, le décollement de l'iris a été l'unique lésion; et des faits bien avérés prouvent que des corps étrangers assez volumineux peuvent violemment pénétrer dans l'œil et y séjourner assez longtemps sans déterminer d'altération de l'organe. Ainsi la Société a pu constater un cas de perforation de l'œil par un morceau de verre qui séjourna pendant assez longtemps dans cet organe sans abolir ses fonctions. J'ai observé un autre exemple de séjour dans l'œil d'un morceau de pierre; l'œil fut également conservé.

M. CHASSAIGNAC. On peut encore, chez mon malade, retrouver sur la partie supérieure la trace de la plaie produite en 1842. Ainsi l'historique de l'affection peut être vérifié.

Quant aux phénomènes de résorption, il existe en pathologie oculaire des faits qui ne permettent pas de révoquer leur réalité. J'approuve, du reste, la sévérité de nos collègues dans l'appréciation du fait que je soumets à l'examen de la Société. Je n'ai, pour mon compte, accepté l'interprétation que je donne, qu'après m'être livré aux investigations les plus minutieuses.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Production d'excroissances dans l'intérieur du larynx chez une femme syphilitique. — Mort subite. — Il y a quelques jours, dit M. HUGUIER, s'est présentée à la consultation une femme dans les conditions suivantes :

Elle était aphone, présentant un état très-grave de dyspnée avec des exacerbations violentes. On remarquait une grande ulcération sur l'une des amygdales; l'autre en présentait également une presque cicatrisée. Je reçus cette malade dans la pensée qu'à un moment donné il pourrait devenir nécessaire de lui pratiquer la trachéotomie.

Les antécédents de cette femme indiquaient qu'elle était sous l'influence de la syphilis.

Le lendemain de son entrée, et pendant un grand orage, la malade succomba. On la trouva morte dans son lit.

A l'autopsie, on trouva le larynx bouché par une tumeur ayant les caractères les plus tranchés des excroissances dites choux-fleurs. Cette tumeur naissait principalement sur la corde vocale inférieure droite; on en rencontra également dans le ventricule du larynx du même côté.

Il me paraît évident que ces productions sont de nature syphilitique. M. Cullerier, qui les a examinées, partage cette conviction; je sais que ces excroissances peuvent se produire sur des individus non vérolés, mais, contrairement à l'opinion de M. Ricord, je les crois souvent syphilitiques, comme cela paraît être dans le fait que j'ai l'honneur de communiquer à la Société. Ces excroissances ont une tendance à paraître là où il y a eu d'autres accidents syphilitiques.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

COMITÉ SECRET.

Rapport, au nom d'une commission composée de MM. Broca, Danyau, Depaul, Robert et Giraldès, rapporteur, sur le choix des candidats aux places vacantes de membres associés étrangers.

M. GIRALDÈS, après avoir analysé et discuté les titres des chirurgiens que la Société doit désirer s'adjoindre comme associés étrangers, propose, au nom de la commission, de nommer : MM. F. Scanzoni, professeur à l'Université de Wurtzbourg; G. T. L. Stromeyer, ancien professeur à l'Université de Kiel, médecin en chef de l'armée hanovrienne; James Syme, professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Edimbourg.

RAPPORT.

Au nom d'une commission composée de MM. Robert, Depaul, Giraldès, Broca, M. Verneuil, rapporteur, propose de nommer membres correspondants étrangers MM. Blasius, de Halle; Boeck, de Christiania; Ciniselli, de Crémone; Cornaz, de Suisse; Fabbri, de Bologne; Friedberg, de Berlin; Larghi, de Bologne; Ried, d'Iéna; Regnoli, de Pise; Soupart, de Gand; Thompson, de Londres; Vanzetti, de Padoue.

La Société procédera à ces élections dans la première séance.

Sur la proposition de M. le président, la Société décide que le banquet annuel n'aura pas lieu cette année. L'argent destiné à cet usage sera offert à la Souscription ouverte en faveur des soldats blessés de l'armée d'Italie.

Le secrétaire, E. LABORIE.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre numéro du 25 juin dernier, vous avez mentionné un travail de M. le docteur Garnier sur l'emploi du tannin à haute dose dans l'anasarque ou l'œdème albumineux, permettez-moi à cette occasion de faire la remarque suivante :

Le succès obtenu par M. le docteur Garnier me paraît offrir un grand intérêt au moment où règne une épidémie qui se termine si souvent par l'œdème, la paralysie et l'anasarque, du moins quand la dyphthérite est traitée par les antiphlogistiques, les vomitifs et les altérants.

Si M. le docteur Garnier a pu guérir l'anasarque albumineuse en faisant prendre à ses malades 2 grammes de tannin par jour, on comprendra comment il se fait que, depuis bientôt vingt ans, le tannage, employé dans l'angine couenneuse à l'exclusion de tout autre traitement médical, a pu prévenir ces fâcheuses terminaisons.

Je regarde donc le travail de M. le docteur Garnier comme une bonne fortune, car mes confrères s'étonneront moins maintenant de ce qu'un traitement local peut suffire à la guérison d'un mal général.

Le tannin est en effet tout à la fois un excellent topique pour l'estomac comme pour la gorge, et s'il fait en quelques heures disparaître le gonflement de cette dernière, il ne tarde pas à rétablir les fonctions du premier; et des enfants, qui sans cette médication seraient restés plusieurs jours sans alimentation, n'y restent que quelques heures.

Voilà comment je m'explique pourquoi depuis vingt ans j'ai vu guérir plus de quatre-vingt-dix-neuf malades sur cent, non-seulement sans œdème ni paralysie, mais le plus souvent sans convalescence appréciable; tandis que, par les antiphlogistiques et autres moyens débilitants, la mortalité causée par l'angine couenneuse n'a pas été moins du quart, et a même été jusqu'au tiers, au plus fort de l'épidémie.

Recevez, etc. J. F. LOISEAU.

M. Loiseau joint à sa lettre la liste des noms et adresses de vingt sujets atteints d'angine couenneuse qu'il a traités récemment avec succès.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 7 juillet, M. le docteur Chaumet, professeur de clinique chirurgicale à l'école préparatoire de Bordeaux, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Un comité vient de se former à Turin pour aviser au moyen de mettre les établissements d'eaux minérales du Piémont à la disposition des blessés convalescents de l'armée franco-italienne. Ce comité, composé de quatorze personnes, comprend quatre médecins : MM. Garelli, Sperino, Bottero, et un de nos médecins principaux de 1re classe, M. Salleron.

— Une commission de délégués des sociétés d'arrondissement a été instituée à Paris, ainsi que nous l'avons annoncé, pour la poursuite de l'exercice illégal de la médecine, à la demande de la Société du 2e arrondissement.

Cette commission a commencé ses travaux en adoptant un règlement. Neuf articles sur dix avaient été votés à la quasi-unanimité; mais l'adoption du dixième, qui créait une sorte de pénalité disciplinaire contre les membres de la commission coupables de quelque méfait professionnel, avait été ajournée jusqu'à ce que les délégués eussent pris l'avis de leurs sociétés respectives.

Cet article a été adopté par deux sociétés, repoussé par deux autres; huit n'ont pas encore été appelées à voter son adoption.

Des discussions assez aigres n'ont pas manqué d'avoir lieu dans cette circonstance, et à la suite non-seulement l'article 10 a été repoussé, mais encore avec lui les neuf articles déjà votés. C'est alors que M. Béhier, président de cette commission, a donné sa démission.

Voilà où en est cette commission, sur laquelle quelques-uns de nos confrères semblaient avoir fondé de grandes espérances.

— M. le docteur A. Marcé, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes, professeur de pathologie interne à l'Ecole de médecine, vient de succomber à une courte maladie, encore dans la force de son âge et de son talent. M. Marcé était membre du conseil municipal et administrateur des bureaux de bienfaisance.

Une affluence considérable de médecins, d'amis, de personnes de toutes conditions, a accompagné les restes de l'homme de bien, du médecin savant et dévoué qui laisse un si grand vide dans les rangs de la médecine nantaise. M. Ferdinand Favre, maire de Nantes, MM. Mariotte, Malherbe, Aubinais, Delamare, ont vivement ému l'auditoire en retraçant dans de courtes allocutions la vie laborieuse et dévouée de leur collègue.

M. Marcé a laissé plusieurs travaux importants insérés presque tous dans les *Bulletins de la section de médecine* (Société académique de la Loire-Inférieure). Parmi les plus notables, nous citerons un travail *sur les engorgements de la rate considérés dans leurs rapports avec l'état local et fonctionnel du cœur*, travail dont la *Gazette des Hôpitaux* a jadis rendu compte; un mémoire en collaboration *sur la bronchite capillaire;* des recherches sur la *myélite*, sur *l'angine sous-glottique*, sur la *grippe*, sur les *fièvres intermittentes compliquées de pneumonie*, etc., etc.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 81. — MARDI 12 JUILLET 1859. (32e ANNÉE.) N° 81. — MARDI 12 JUILLET 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Bouillaud). Des maladies des centres nerveux en général. — De la choroïdite postérieure. — Quelques mots sur le traitement des fièvres intermittentes. — Nouveau cas de guérison de la hernie étranglée par l'infusion de café. — Elixir au citrolactate de fer. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 4 juillet. — Nouvelles.

PARIS, LE 11 JUILLET 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a reçu dans cette séance que deux communications ayant trait aux sciences médicales, et toutes deux sur des questions de chimie physiologique. M. le docteur Lucien Corvisart, dont on connaît les intéressantes recherches sur la digestion, a envoyé à l'Académie un nouveau travail sur le rôle du pancréas dans cette fonction; c'est un complément du mémoire qu'il a envoyé en avril 1857. Ce nouveau travail, dont le *Compte rendu* ne publie les conclusions, est renvoyé à l'examen de la commission instituée pour le prix de physiologie expérimentale de cette année.

On sait l'importance qui a été attachée depuis quelque temps à l'étude de l'urée sous le double point de vue physiologique et pathologique. L'urée prend-elle naissance dans le système capillaire sanguin, comme le pensent quelques physiologistes, ou bien dans l'intimité de tous les tissus, c'est-à-dire partout où des matériaux devenus impropres à la vie, ont besoin d'être emportés par la combustion respiratoire? Il y avait un intérêt évident à résoudre cette question. L'occasion s'en étant offerte à M. Wurtz, il s'est empressé de la saisir pour fixer ce point de physiologie.

Il résulte de ses recherches, dont on trouvera un exposé sommaire dans le compte rendu de la séance, que l'urée se trouve dans la lymphe et dans le chyle, au même titre que dans le sang. D'où le savant professeur de chimie médicale a été amené à conclure, conformément aux prévisions théoriques qui lui avaient fait entreprendre ces recherches, que les lymphatiques contribuent pour leur part à l'absorption des matériaux provenant des métamorphoses opérées dans les tissus au sein desquels plongent les radicules de ces vaisseaux. — Dr Brochin.

La Société de chirurgie de Paris tiendra sa séance solennelle le mercredi 13 juillet 1859, à trois heures, au palais de l'Abbaye, dans le local ordinaire de ses séances. Après avoir décerné le prix Duval et proclamé le nom des membres correspondants et associés nouvellement élus, M. le président donnera la parole à M. Broca, secrétaire général, pour la lecture de l'*Éloge d'Am. Bonnet* (de Lyon). M. A. Guérin, secrétaire annuel, prononcera ensuite l'*Éloge d'Auguste Vidal* (de Cassis), et M. Verneuil, bibliothécaire archiviste, terminera la séance en lisant une notice historique sur les *petits prophètes de la chirurgie*. Il désigne sous ce nom les chirurgiens qui, sans avoir marqué leur passage par une longue série de travaux, ont laissé dans la science une idée féconde ou une méthode utile.

Il est d'usage que chaque année, au sortir de la séance solennelle, la Société célèbre dans un banquet l'anniversaire de sa fondation. Elle ne s'est départie de cet usage qu'une seule fois, il y a deux ans, et le montant de la souscription du banquet fut versé dans la caisse des inondés de la Loire. Elle vient de décider que le banquet n'aura pas non plus lieu cette année, et que le montant de la souscription sera versé dans la caisse des blessés de l'armée d'Italie. Elle ne pouvait inaugurer plus dignement la dix-huitième année de son existence.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Des maladies des centres nerveux en général.

(Leçons cliniques recueillies et rédigées par MM. F. GARRIGOU et DELEAU, élèves).

L'encéphale est le siége d'affections nombreuses soit aiguës, soit chroniques; mais il ne faut pas s'attendre à trouver chez les anciens auteurs beaucoup d'éléments pour leur histoire. Ce n'est pas que ces maladies n'aient existé de tout temps; mais les anciens ne pouvaient en entrevoir que les causes, les symptômes et le pronostic. Faute de connaissances anatomiques, toute localisation devenait pour eux presque impossible. Quelques indications éparses sont tout ce que l'on peut trouver dans la médecine des premiers temps concernant ces graves maladies. Si les études modernes ont pu seules par les localisations donner assez récemment une base précise à la médecine, ce n'est qu'à une époque plus récente encore que des notions un peu plus certaines ont pu être acquises sur deux des maladies les plus importantes qui atteignent les centres nerveux : l'inflammation et l'hémorrhagie.

L'étude que nous venons de faire de leur physiologie peut faire présumer combien grande est l'importance de leur pathologie. On y trouve, en effet, les affections les plus graves et les plus diverses, depuis la folie et la chorée jusqu'à l'épilepsie et l'hystérie.

Quelques mots d'abord sur leur classification, car il s'en faut de beaucoup que l'hémorrhagie cérébrale et l'inflammation soient les seuls éléments qu'on y trouve.

Dans une première classe on peut ranger les états inflammatoires, dont le cerveau est susceptible comme tous les autres organes.

Dans une seconde, les états tout opposés : au lieu d'une surexcitation des phénomènes vitaux, on voit se produire cette dépression de la vie qui à son dernier degré constitue la gangrène. Certains ramollissements du cerveau ne sont pas autre chose.

Dans une troisième classe peuvent se ranger ces singuliers phénomènes auxquels on a donné le nom d'ataxie, et qui consistent dans un désordre des fonctions de l'organe, en particulier de celles qui ont trait aux mouvements, aux sensations, à l'intelligence.

On voit aussi se manifester dans les centres nerveux cette quatrième classe de maladies que détermine l'introduction des matières miasmatiques ou virulentes dans l'économie. Ici le cerveau ne fait que participer de l'état morbide de tout l'organisme.

Il faut ranger dans une cinquième classe les productions hétérogènes.

Une sixième classe comprendra les épanchements en général, par exemple les hydropisies, l'hydrocéphale, et ceux du sang en particulier, qui constituent les différentes hémorrhagies cérébrales.

Une septième classe serait constituée par les solutions de continuité et les communications anormales, qui ici peuvent être de cause externe, ou déterminées par le pus, le sang ou les autres matières qui, épanchées dans l'intérieur du crâne, dissocient et déchirent les fibres nerveuses.

Dans la huitième classe, qui comprend les changements de situation, on placera ces hernies du cerveau presque toujours congénitales, et celles qui accidentellement surviennent à la suite de lésions traumatiques.

Les adhésions, les insertions anormales forment la neuvième classe. Des adhérences peuvent se former entre le cerveau et ses enveloppes. Elles sont très-communes chez les aliénés, dans la paralysie générale.

Le cerveau subit des changements de volume, d'étendue, de capacité, et ces lésions forment la dixième classe.

La onzième classe comprend l'introduction de corps étrangers dans le cerveau. Ils n'y sont pas rares, soit qu'ils proviennent du dehors, comme les balles, soit qu'ils proviennent du dedans, comme la sérosité sécrétée en trop grande abondance et n'étant pas résorbée.

Enfin, le cerveau peut, on le sait, offrir de nombreuses variétés dans sa configuration. Il peut manquer complétement; et quoiqu'on ne parle guère de cerveaux multiples, voilà donc des changements de configuration et de nombre qui peuvent constituer une douzième classe.

Ainsi, comme on le voit, toutes les maladies du cerveau peuvent se ranger très naturellement dans les douze classes admises par le professeur dans sa nosographie. Parmi toutes ces maladies, les plus communes, et celles qui par conséquent méritent le plus de fixer l'attention, sont l'hémorrhagie et l'inflammation.

Du temps de Broussais, les maladies inflammatoires eurent le privilége d'absorber à peu près exclusivement l'attention des médecins; de sorte que l'on exagéra singulièrement leur rôle et leur importance. Malgré ces exagérations, il faut reconnaître qu'on doit à Broussais d'avoir montré comment certaines maladies chroniques organiques, dans lesquelles l'état inflammatoire n'apparaît plus en rien, se rattachent cependant par leur origine à cet état, qui leur a donné naissance. Or, ces transformations de l'état inflammatoire s'opèrent dans le cerveau et dans les membranes comme dans beaucoup d'autres organes. On le sait aujourd'hui, mais au temps de Pinel on l'ignorait, et ce nosographe célèbre avait rangé dans les névroses toutes les différentes aliénations mentales. Plus tard il fallut en distraire un certain nombre pour les reporter à la classe des inflammations, et l'ouvrage de M. Calmeil, où la plupart de ces prétendues névroses furent montrées comme un résultat de l'inflammation des membranes propagée au cerveau, opéra dans la médecine physiologique une véritable révolution. Cela n'a pas rayé assurément du cadre nosologique les névroses cérébrales, et l'on ne saurait admettre que des attaques d'hystérie, d'épilepsie, de chorée, qui n'apparaissent que pour quelques instants et se reproduisent à de longs intervalles, soient l'expression d'un état inflammatoire. Mais on sait que, si parmi les affections cérébrales, un bon nombre se rangent dans les névroses, beaucoup aussi que l'on détermine de mieux en mieux doivent se rapporter à l'inflammation et à ses conséquences.

Parmi les médecins qui, dans ces derniers temps, ont le mieux étudié les affections du cerveau, il faut citer en premier lieu Lallemand. Son étude des affections inflammatoires de l'encéphale est une des plus complètes, si on laisse de côté ce qui a trait aux affections des membranes. Ce n'est pas qu'en lisant attentivement Morgagni et Bonnet, on n'y trouve une indication assez précise de l'inflammation cérébrale. Mais, sans s'occuper du caractère inflammatoire, ces deux auteurs désignaient les altérations décrites par eux sous le nom de ramollissement, dénomination qu'au reste Lallemand lui-même avait adoptée.

M. Rostan, qui, en même temps que Lallemand, étudiait de son côté le ramollissement cérébral, arriva à conclure que cette altération n'était jamais inflammatoire. Une discussion s'engagea alors entre ces deux célèbres médecins, et la lutte fut soutenue, de part et d'autre, avec opiniâtreté. Les observations de Lallemand, presque toutes recueillies à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Dupuytren, sur des individus atteints de lésions cérébrales traumatiques, lui permettaient d'affirmer que les ramollissements qu'il avait vus étaient bien de nature inflammatoire; et M. Rostan, qui voyait se produire chez ses malades des phénomènes paralytiques d'emblée sans aucune réaction, à la suite desquels l'autopsie démontrait un ramollissement sans rougeur, sans injection, sans vascularisation aucune, se croyait en droit d'admettre que l'inflammation n'avait eu aucune part à une semblable maladie.

Les deux illustres adversaires n'arrivèrent pas à s'accorder; mais leurs opinions sont conciliées, aujourd'hui qu'on admet également des ramollissements d'origine inflammatoire et d'autres d'une nature différente.

On ne conçoit guère, au premier abord, qu'il y ait rien de commun entre les aliénations mentales et les phlegmasies cérébrales. Le fait est cependant aujourd'hui parfaitement constaté. Mais cela ne veut pas dire que dans toutes, l'inflammation ait un rôle à jouer. Lorsqu'on voit survenir ces accès de délire où la surexcitation cérébrale n'est pas moins vive que dans la plus intense des inflammations, mais qui cesse subitement pour se reproduire à des intervalles plus ou moins longs, on ne saurait supposer que l'inflammation y soit pour quelque chose. C'est là un véritable *accès de névralgie du cerveau* analogue aux accès de névralgie douloureuse qui atteignent les nerfs de la vie de relation. Ici seulement la névralgie ne se manifeste pas par la douleur, car le cerveau est un organe insensible, mais par la surexcitation, le désordre des fonctions cérébrales.

Dans un certain nombre de cas, les sujets, après avoir subi plusieurs de ces atteintes, ne se remettent pas complétement, restent sous leur influence, et les désordres deviennent permanents, et quand ils succombent, au bout d'un temps plus ou moins long, l'autopsie démontre dans le crâne des lésions semblables à celles qui sont le résultat de l'inflammation. Dans ces cas, M. Calmeil a reconnu les adhérences établies entre le cerveau et ses membranes. Bayle lui-même, tout sectateur zélé qu'il était de l'école vitaliste, avait le premier décrit, à Charenton, ces lésions inflammatoires qu'on rencontre à la suite de la manie et de la paralysie générale.

La paralysie générale est en quelque sorte l'aboutissant de ces phlegmasies générales et superficielles du cerveau et de ses mem-

branes, quand elles se sont longtemps prolongées. Elle constitue une forme mobile assez particulière. On a remarqué qu'elle commençait par le trouble, l'embarras, l'hésitation de la parole ; que peu à peu il se joignait un embarras analogue dans la station et la marche; que les malades alors chancelaient, titubaient en même temps que déjà ils étaient atteints d'un délire à forme en général ambitieuse; qu'enfin ils arrivaient à ne pouvoir plus se tenir sur leurs jambes. Le nom de paralysie, donné à ces troubles du mouvement, est certainement inexact ; car les malades couchés dans leur lit ne cessent pas de pouvoir exécuter tous les mouvements imaginables des jambes, des bras, des lèvres; ils peuvent manger, ils peuvent boire. Tous ces mouvements sont donc possibles; mais ils sont mal coordonnés et sans précision.

Rapprochant ces troubles fonctionnels de ceux qu'on observe chez les animaux dont on a lésé le cervelet, M. Bouillaud s'est demandé si la propagation de la maladie à ce dernier organe ne serait pas la circonstance à laquelle il les faudrait rapporter. Il lui paraît très-vraisemblable que des recherches attentives dirigées dans ce sens, arriveront à démontrer que la lésion du cervelet prend une part importante à la production des troubles de la motilité dans la maladie dont il est question.

On vient de voir que l'embarras de la parole, la monomanie ambitieuse et les troubles de la station et de la marche, constituaient, en résumé, dans la majorité des cas, le tableau symptomatique de cette maladie. Or, chose remarquable, Gall avait placé le siége des sentiments à la partie postérieure du cerveau, le siége des facultés intellectuelles à la partie antérieure, et on sait que les lobes antérieurs président aux mouvements coordonnés de la parole. Ne pourrait-on pas supposer que dans sa marche progressive d'avant en arrière, l'inflammation diffuse superficielle, qui constitue la lésion anatomique de cette maladie envahissant successivement les différentes portions de l'encéphale, donne lieu ainsi à la succession indiquée des troubles de la parole, de l'intelligence, des sentiments et de la station?

DE LA CHOROIDITE POSTÉRIEURE.

(Extrait de la dernière livraison inédite de l'*Iconographie ophthalmologique*.)

Par M. le docteur SICHEL.

De l'amaurose oculaire. — Avant l'invention de l'ophthalmoscope, certaines choroïdites chroniques, produisant le symptôme de l'amaurose, passaient inaperçues ou étaient confondues avec des amauroses d'autre nature. J'en ai bien, en quelque sorte, reconnu ou prévu l'existence, car c'est principalement à cause d'elles que j'ai dès 1837 établi une espèce particulière d'amaurose, l'*amaurose ophthalmique* (1) ou *oculaire*, destinée à embrasser toutes les amauroses dont le siége n'est pas dans les centres nerveux et la rétine, mais dans la choroïde et dans les autres membranes oculaires. C'est l'ophthalmoscope qui nous a appris à reconnaître positivement cette phlegmasie de la partie postérieure de la choroïde, qu'on appelle aujourd'hui choroïdite postérieure, et qui joue un si grand rôle dans la doctrine moderne de l'amaurose.

De la choroïdite, ou mieux *rétino-choroïdite postérieure.* (Voyez *Iconographie ophthalmologique*, planche LXXIX, fig. 3, 4 et 5 ; pl. LXXX, fig. 1 et 2.) — Cette maladie, une de celles qui produisent le plus fréquemment les symptômes de l'amaurose, a été appelée d'une manière trop générale *scléro-choroïdite postérieure*. Le nom de rétino-choroïdite postérieure lui convient beaucoup mieux, car la maladie débute tantôt dans la partie postérieure de la choroïde, tantôt dans la partie contiguë de la rétine, tantôt dans toutes les deux simultanément, mais jamais primitivement dans la partie postérieure de la sclérotique, laquelle n'est envahie que consécutivement, comme j'ai pu m'en convaincre par l'examen de nombreuses pièces pathologiques. Celles que j'ai décrites et figurées à l'occasion du staphylome choroïdien postérieur suffiront, avec les observations correspondantes (2), pour prouver l'exactitude de cette assertion. Même à l'hémisphère antérieur du globe, les phénomènes pathologiques que quelques auteurs commencent aujourd'hui à désigner sous le nom de sclérotite, n'appartiennent pas à cette maladie, mais à celle que j'ai appelée *choroïdite partielle*, et la sclérite ne survient que secondairement.

Les *symptômes* de la choroïdite postérieure diffèrent, non-seulement d'après ses degrés, mais encore selon qu'elle est accompagnée ou non de rétinite. Nous tâcherons de simplifier le plus possible leur description, que nous pouvons rendre très-courte en renvoyant aux figures.

Quant au *traitement* de la rétino-choroïdite postérieure, il est celui que nous avons indiqué pour la rétinite et pour la choroïdite, y compris les détails donnés sur le traitement antiphlogistique en général, et sur les antiplastiques. A ces derniers, nous avons depuis quelques années ajouté la pommade d'oxyde noir de cuivre et les pilules du même oxyde (1 gramme, avec sirop et poudre de racine de guimauve q. s. pour diviser en vingt-cinq pilules, dont on fait prendre une, deux ou trois fois par jour.) Comme dans la choroïdite en général, nous n'avons pas trouvé bien efficaces dans la rétino-choroïdite postérieure les préparations arsenicales vantées par plusieurs auteurs. Comme des douleurs névralgiques oculo-circumorbitaires suivant le trajet du nerf de la cinquième paire et la photophobie, accompagnent fréquemment la rétino-choroïdite postérieure, l'usage externe et interne des narcotiques et des calmants, surtout de la belladone, devient très-souvent nécessaire. Dans les plus hauts degrés de l'affection et dans ses formes aiguës, menaçant de staphylome choroïdien postérieur et d'hydropisie sous-choroïdienne, il faut avoir recours à la paracentèse sclérienne du globe, sur laquelle nous avons dernièrement publié un travail (1).

(1) *Traité de l'ophthalmie, de la cataracte et de l'amaurose*, p. 694.

(2) Voyez *Iconographie ophthalmologique*, obs. 189-192, ainsi que mon *Mémoire sur le staphylome choroïdien* (*Archiv. für Ophthalmologie*, Band III, Abtheilung II, p. 211-257).

Choroïdite postérieure au premier degré. — Au début elle est assez difficile à distinguer de la simple congestion ou hyperémie choroïdienne; je ne crois pas qu'on puisse assigner à ces deux affections un diagnostic différentiel bien tranché, tant que la choroïdite se maintient à ce premier degré, ou elle reste, pour ainsi dire, circonscrite dans la couche vasculaire de la choroïde ou membrane chorio-capillaire, ou la rétine n'est que peu ou point affectée simultanément. Le phénomène ophthalmoscopique principal consiste dans l'injection des vaisseaux propres de la choroïde, d'où résulte un aspect particulier de bandes rouges, allongées, étroites ou même linéaires, alternant avec d'autres bandes de même forme, mais plus larges et d'une teinte ardoisée, tirant tantôt sur le bleuâtre, tantôt sur le violet, tantôt sur le brun. On tirera de plus amples détails des figures et des observations qui les accompagnent. Lorsqu'ici la rétine se trouve intéressée, elle est congestionnée, hyperémiée, d'où résulte une teinte rouge plus uniforme du fond de l'œil, les bandes alternantes rouges et ardoisées étant tantôt moins apparentes, plus confuses, tantôt presque entièrement effacées par la prédominance de l'hyperémie rétinienne. La papille optique est également hyperémiée, injectée.

Choroïdite postérieure au second degré. — Ici l'aspect change ; les symptômes inflammatoires ressortent davantage et envahissent la couche pigmentaire d'abord, puis la rétine, si elle n'était pas phlegmasiée avant la choroïde; la tendance à l'exsudation plastique se manifeste; la ressemblance avec la simple congestion choroïdienne cesse. Ce sont ces circonstances qui ont fait donner à cette forme de la maladie le nom de *choroïdite exsudative*. Les bandes alternantes, rouges et ardoisées, deviennent moins allongées, plus petites, plus carrées ou plus arrondies ; il en résulte un réseau d'un tout autre aspect, à mailles irrégulièrement quadrangulaires ou circulaires, d'une teinte ardoisée ou brunâtre, séparées par des bandes d'un rouge variable, plus ou moins étroites ou linéaires. Quelquefois, au contraire, les mailles ou plaques, alors toujours peu grandes, sont d'un rouge pâle, encadrées de bandes ardoisées étroites. Dans un petit nombre de cas, toutes les altérations anatomiques signalées ont lieu, sans que la forme allongée des bandes ou vaisseaux rouges change; seulement leur rouge devient plus brillant ou même étincelant, plus transparent, parfois jaunâtre. Mais quelles que soient les formes et les dimensions des mailles, cette surface alternativement rougeâtre, ardoisée ou brunâtre ne conserve plus dans cette période son aspect uniforme ; il s'y produit au contraire de nombreux changements, causés par des altérations anatomiques consécutives à la phlegmasie rétino-choroïdienne, telles que des exsudations, des dépôts fibro-albumineux dans ou entre ces deux membranes, leur adhérence, leur amincissement, la résorption du pigment dans certaines parties de l'étendue de la choroïde, l'accumulation de ce pigment dans d'autres parties de cette membranes, tous phénomènes plus prononcés dans la période suivante, mais déjà parfaitement reconnaissables à l'ophthalmoscope dans celle-ci; on les comprendra mieux à l'aide de nos figures ophthalmoscopiques où nous avons déjà figuré antérieurement (voy. *Iconographie ophthalmologique*, pl. LI, fig. 5, 6; LIII, 1-5, obs. 189-192), d'après nos dissections, une partie des états anatomiques auxquels ils correspondent.

Choroïdite et rétino-choroïdite postérieures au troisième degré. — C'est ici que la complication de rétinite postérieure devient plus manifeste par suite des altérations anatomiques très-visibles à l'ophthalmoscope, et surtout faciles à constater par la dissection. Les adhérences entre la choroïde et la rétine et l'amincissement de celle-ci, allant, dans les plus hauts degrés, jusqu'à sa résorption complète et à sa disparition, sont une preuve incontestable du grand rôle que joue la rétinite. En revanche, mes dissections m'ont prouvé que la sclérite manque souvent, qu'elle est toujours secondaire à la choroïdite et ne modifie pas essentiellement les symptômes, tandis que la rétinite peut même quelquefois précéder la choroïdite, et que sa participation à la maladie donne immédiatement lieu à une augmentation considérable du trouble visuel. Au contraire, la choroïdite postérieure sans rétinite, comme on le voit souvent chez les myopes, peut persister longtemps sans altération autre de la vision que l'augmentation de la myopie et la copiopie. Ce sont là les raisons principales qui m'ont engagé à rejeter le nom de *scléro-choroïdite postérieure*, et à donner à la maladie celui de *rétino-choroïdite postérieure*.

Les figures ophthalmoscopiques avec les observations correspondantes, et surtout les figures anatomiques données à l'occasion du staphylome choroïdien postérieur (voy. *Iconographie*, obs. 189-192), exposent suffisamment les phénomènes ophthalmoscopiques et les altérations anatomiques caractéristiques de ce troisième degré, pour que je puisse me borner à en donner une simple esquisse.

(1) *La Clinique européenne*, 1859, n° 2, 8 janvier.

Sur le réseau alternant de rouge et d'ardoisé ou de brunâtre, se développent des taches ou plaques circonscrites, blanchâtres, blanc-jaunâtre, jaunâtres ou même orangées, d'étendue variable, mais souvent très-grandes, produites par l'exsudation de matière plastique dans et entre la rétine et la choroïde et par leur adhérence. Ces taches sont visiblement opaques, plus foncées à leur centre et faciles à distinguer d'autres taches plutôt incolores et semi-diaphanes, causées par la résorption et la disparition du pigment choroïdien, taches en général moins circonscrites et souvent entourées d'un limbe pigmenteux.

On a à tort désigné ce phénomène du nom de *macération du pigment*. Il y a ici non un travail mécanique ou chimique de macération et d'ablation du pigment choroïdien, mais bien un travail vital, pathologique et phlegmasique, suivi de sa résorption et de sa destruction, absolument comme dans la même maladie la rétine elle-même est résorbée par places et finit par disparaître dans les portions les plus amincies du staphylome choroïdien postérieur. La meilleure preuve que le pigment ne disparaît pas par une simple macération, entraîné par un liquide dans lequel il serait baigné, c'est qu'après sa disparition le microscope montre la choroïde amincie, atrophiée et réduite à son stroma, c'est-à-dire à sa seule trame celluleuse, et souvent même intimement adhérente à la rétine également amincie (voyez *Iconographie*, p. 732, fin de l'obs. 258).

Une autre preuve qu'il ne s'agit pas ici d'une macération ou d'un enlèvement mécanique du pigment choroïdien, c'est que ce pigment s'accumule dans d'autres parties de la choroïde sous forme de plaques ordinairement arrondies ou de bandes allongées, les unes et les autres élevées, plus ou moins épaisses, d'une teinte en général foncée, noirâtre ou noire.

Comme prélude aux plaques choroïdiennes décolorées ou rétino-choroïdiennes exsudatives et adhérentes, on voit les mailles du réseau ci-dessus indiqué changer leur teinte foncée contre une teinte rouge-clair, qui pâlit de plus en plus (voyez *Iconographie*, pl. LXXIX, fig. 5), puis se transformer insensiblement dans les taches exsudatives blanchâtres ou décolorées et semi-diaphanes, généralement très-nettement circonscrites. Ces taches produisent la perception des scotômes, lorsqu'elles sont très-prononcées et causées par une exsudation, une adhérence considérable.

Quant aux *symptômes fonctionnels* de la rétino-choroïdite postérieure, nous avons déjà dit qu'elle constitue une des formes fréquentes de l'amaurose et de l'amblyopie amaurotique. Elle est de bonne heure accompagnée du phénomène de l'héméralopie. Tant que la choroïdite reste au premier degré, et surtout tant que la région du centre des membranes internes reste exempte des altérations pathologiques, la vision se maintient à un degré passable. Au troisième degré de la maladie, et surtout lorsque la région centrale, celle de la tache jaune de la rétine, est atteinte d'une des altérations ci-dessus décrites, la vision baisse rapidement, et finit par s'abolir entièrement avec le progrès de la maladie. Cette dernière circonstance, la diminution et l'abolition prompte de la vision lorsque la région de la tache jaunâtre est atteinte, ainsi que la photophobie et la photopsie, très-fréquentes dans la rétino-choroïdite postérieure, surtout dans ses premières périodes, est une preuve de plus du rôle important que la rétine joue dans cette maladie.

La myopie est un symptôme très-fréquent, mais non constant, de la choroïdite postérieure pure et simple, c'est-à-dire sans rétinite. La rétino-choroïdite postérieure, loin d'appartenir exclusivement aux myopes, se trouve aussi chez les personnes presbyopiques et hyperpresbyopiques.

Le staphylome choroïdien postérieur est aussi consécutif à cette choroïdite postérieure. On voit également à la suite de celle-ci se former des épanchements sanguins sous forme de flocons ou de bandelettes brunâtres, mobiles dans le corps vitré, et des épanchements sous-choroïdiens. Ces derniers commencent tantôt au second, tantôt au troisième degré de la choroïdite. Les exsudations dans la rétine et la choroïde, et les adhérences entre ces membranes, donnent souvent lieu à des scotômes qui, lorsque ces altérations ont atteint un haut degré, sont naturellement incurables.

La maladie décrite par MM. de Græfe et Donders sous le nom de *rétinite pigmenteuse* n'est, selon moi, qu'une forme particulière de la rétino-choroïdite postérieure et une preuve de plus que la rétine joue un rôle important dans cette dernière maladie. Selon ces ophthalmologistes, les dépôts pigmenteux, dans la rétinite pigmenteuse, se trouvent exclusivement dans la rétine, et non dans la choroïde. Dans mes dissections d'yeux affectés de choroïdite postérieure, j'ai souvent trouvé des dépôts pigmenteux dans la rétine, mais non dans la rétine seule. Dans les figures 3-5, pl. LIII de mon *Iconographie*, on voit de ces dépôts pigmenteux ou mélaniques dans la rétine, mais dans ces cas il y avait simultanément tous les caractères d'une rétino-choroïdite postérieure avec staphylôme choroïdien postérieur. Je suis donc forcé de suspendre mon jugement définitif sur cette maladie, jusqu'à ce que de nouvelles dissections m'aient permis d'en faire une révision exacte. L'observation suivante en fournit un exemple très-frappant. M. A. de Græfe, en voyant cette figure (voy. *Iconographie*, obs. 278, pl. LXXIX, fig. 5), m'a déclaré immédiatement qu'il y reconnaissait la rétinite pigmenteuse.

Rétino-choroïdite postérieure, ou rétinite pigmenteuse de l'œil gauche, très-ancienne et au troisième degré, avec dépôts noirs, nombreux et épais de pigment, mais encore sans amincissement notable ni adhérence des membranes internes.

Mademoiselle S..., âgée de vingt-deux ans, fille d'un ouvrier de Paris, se présente à ma clinique en mai 1857, pour une amaurose des deux yeux, symptomatique d'une rétino-choroïdite postérieure des plus prononcées, qu'un examen ophthalmoscopique même superficiel suffit pour constater.

Le commémoratif me donne bientôt la certitude que, dans ce cas comme dans plusieurs autres de ma pratique, l'amaurose symptomatique de la choroïdite avait été précédée d'une manière non douteuse de presbamblyopie, et ici, comme dans un autre cas dont le sujet était une demoiselle de quelques années plus âgée, de presbamblyopie congéniale (voyez *Iconographie*, p. 784.)

Dès son enfance Mlle S... avait la vue très-longue, mais très-faible, de telle sorte qu'elle n'a jamais pu se livrer assidûment à la lecture, à l'écriture et aux travaux à l'aiguille, ni prendre un état; on l'employait aux travaux manuels de la maison; toutes les fois qu'elle essayait de se livrer à quelques occupations minutieuses et assidues, sa vue se fatiguait promptement et finissait bientôt par se troubler. Enfin, elle présentait tous les caractères de la presbamblyopie congéniale. Il y a sept ans, à la suite de quelques travaux d'aiguille, ces symptômes de presbamblyopie augmentèrent; à la moindre lecture un peu prolongée, elle sentait sa vue se brouiller et se troubler; lorsqu'elle fermait les yeux pendant quelques instants, ce trouble se passait. Deux ans plus tard, la vue était devenue beaucoup plus faible, et Mlle S... ne voyait plus clair le soir, héméralopie que j'ai vue se développer dans plusieurs autres cas semblables. Il y a deux ans, la vue a encore baissé davantage, mais cette fois non plus seulement avec les symptômes de la simple presbamblyopie, mais avec ceux d'une amblyopie congestive très-prononcée : pesanteur de la tête, étourdissements, somnolence, bourdonnements dans les oreilles, douleurs sus orbitaires s'étendant dans la tête et quelquefois jusqu'à l'occiput, vive sensibilité à la lumière, etc. C'est alors sans doute que la rétino-choroïdite, déjà développée depuis longtemps, est devenue plus intense et subaiguë. Traitée pendant huit mois par un de mes anciens chefs de clinique qui lui a prescrit un collyre, et ayant, dit-elle, éprouvé une nouvelle et notable diminution de la vision, immédiatement après l'application de ce collyre cette malheureuse jeune femme vint s'adresser à moi au commencement de mai 1857, lorsque la cécité était déjà complète; les pupilles étaient immobiles, dilatées, la gauche plus large encore que la droite et transversalement ovalaire. La plupart des symptômes sus-indiqués, douleurs sus-orbitaires, etc., existaient encore, mais à un moindre degré. Les menstrues étaient et avaient toujours été régulières, mais depuis longtemps la malade était habituellement très-constipée. Elle me dit que son médecin ordinaire lui avait reconnu une tendance à une maladie du foie, dont cependant je ne pouvais plus saisir aucun symptôme.

L'ophthalmoscope fit reconnaître une rétino-choroïdite postérieure au troisième degré, mais sans plaques adhérentes et amincies des membranes internes, telle que la figure, prise sur l'œil gauche, à l'image droite, le 10 novembre 1857, la représente fidèlement. Il est bon de dire que l'ophthalmoscope montre l'œil encore parfaitement presbyte, ce qui prouve, avec les autres cas semblables, que la choroïdite comme telle ne rend pas myope.

Le fond de l'œil présente une couleur rouge de nuances très-diverses, rose pâle, presque blanchâtre, mais inégalement foncée elle-même, dans la plus grande partie du centre; rouge assez foncé dans une grande plaque située immédiatement au-dessous de la papille optique, et dans plusieurs plaques semblables situées près de la circonférence, en haut et en dehors, et en bas et en dehors. Ces plaques, d'une teinte inégale, indiquent l'inégale intensité de la phlegmasie dans les différentes régions des membranes internes; les parties les plus fortement phlegmasiées se transforment plus tard en ces plaques amincies, adhérentes, jaunâtres, blanchâtres ou décolorées auxquelles nous avons fait allusion ci-dessus, et dont on peut reconnaître l'état initial dans plusieurs parties de la figure, plus pâles et sur le point de se décolorer. Partout les vaisseaux choroïdiens, très-visibles, rouge-foncé, rouge-pâle ou même blanchâtres, et comme semi-transparents, forment un lacis à mailles irrégulièrement arrondies ou un peu allongées, les unes noirâtre-pâle ou grisâtres, en partie couvertes d'une légère nuance rose; les autres, surtout dans la grande plaque inférieure déjà indiquée, d'un rouge assez foncé. Des plaques d'un pigment très-noir, les unes très-petites, près de la papille et presque en forme de points sur son bord supérieur; les autres, près de la circonférence, très-larges, très-élevées, d'une teinte inégale, tachetée, mais pour la plus grande partie très-foncées, recouvrent çà et là la face antérieure de la choroïde et semblent pénétrer dans la rétine. La papille optique est très-blanche. Les vaisseaux centraux ne sont plus visibles à sa surface, c'est-à-dire dans l'intérieur du cercle formé par son contour; ils sont oblitérés, à partir de leur émergence jusqu'à la circonférence de la papille, ou recouverts par une couche de matière exsudative. En dehors même de la papille ils sont altérés d'une manière analogue, car on ne voit plus qu'un seul tronc supérieur et un autre inférieur, et on ne saurait décider si c'est l'artère ou la veine, bien que la bifurcation sous des angles plus aigus fasse supposer, malgré la teinte foncée et le calibre relativement large, que ce soit l'artère qu'on voit.

Un traitement antiphlogistique, résolutif, antiplastique et dérivatif, aidé par des pilules apéritives (sulfate de potasse, gomme ammoniaque, de chaque 3 grammes; aloès des Barbades 1 gramme; en 50 pilules, 3 à 5 matin et soir, tous les jours ou tous les deux jours), et plus tard par des vésicatoires volants promenés au haut de la nuque, derrière les oreilles, sur le front et les tempes, fut prescrit et suivi très-exactement par la malade, mais sans succès, comme il avait été facile de le prévoir dans une maladie ancienne et aussi mal traitée. La cécité resta complète. Lorsque je revis mademoiselle S..., le 20 septembre 1858, l'œil gauche était affecté d'une cataracte lenticulaire molle, commençant à devenir déhiscente. A l'œil droit, l'ophthalmoscope montra le cristallin un peu trouble, l'image du fond de l'œil, et surtout les taches pigmenteuses encore reconnaissables, mais pâles, et les contours de ces dernières nets. L'œil se présentait toujours à l'ophthalmoscope comme presbyopique. Une douleur à l'occiput, s'étendant à la nuque, tourmentait beaucoup la malade et était, avec la constipation qui revenait toujours dès qu'on ne la combattait pas, le sujet principal de la visite de mademoiselle S... Je prescrivis l'usage des mêmes pilules apératives, et des onctions de baume tranquille à la région douloureuse.

Des rapports de la myopie et de la copiopie avec la choroïdite, de l'amaurose myopique, et d'une autre espèce particulière d'amaurose causée par l'usage assidu des verres concaves trop forts. — Il y aurait encore beaucoup de développements à donner aux considérations sur la choroïdite postérieure et ses conséquences, mais le manque d'espace nous permet à peine d'effleurer quelques-uns des points les plus importants. Disons seulement que la cause la plus fréquente et la plus ordinaire de la choroïdite postérieure à tous ses degrés, mais surtout au premier et au second, est la myopie, augmentée par l'habitude de trop rapprocher les objets et par l'usage de verres concaves trop forts. La copiopie, de même que l'amblyopie et l'amaurose myopiques que j'ai décrites, sont, d'après mes recherches ophthalmoscopiques, symptomatiques des différents degrés de la congestion choroïdienne et de la choroïdite postérieure. L'usage prolongé de lunettes concaves trop fortes donne même lieu à l'invasion soudaine d'une forme d'amaurose dont aucun auteur n'a parlé jusqu'ici, que j'ai observée fréquemment et que je me propose de décrire prochainement. On pourrait l'appeler *amaurose myopique, aiguë* ou *foudroyante*. Elle est accompagnée tantôt de choroïdite postérieure, de rétino-choroïdite ou de leurs suites, tantôt d'une simple hyperémie rétino-choroïdienne; tantôt enfin l'ophthalmoscope ne montre aucune maladie matérielle; la constante et excessive accommodation de la vision aux verres concaves trop forts et la tension excessive et prolongée de la choroïde semblent, dans ces cas, avoir paralysé la rétine. La guérison est impossible sans que le malade revienne à des verres plus faibles. Lorsque la cause a agi pendant trop longtemps, ou que la maladie est trop ancienne, celle-ci reste incurable.

Dans certains cas de myopie extrême, on trouve une choroïdite au premier ou au second degré, ordinairement accompagnée d'une teinte rougeâtre du tiers externe de la papille optique, donnant à celle-ci une forme irrégulière et un aspect insolite. Nous en avons rapporté un exemple. (*Iconogr.*, obs. 276.)

Il a déjà été question du *staphylome postérieur de la choroïde* comme maladie consécutive de la choroïdite, et sous le rapport de ses caractères physiologiques et anatomiques; nous n'ajouterons que peu de mots sur ses caractères ophthalmoscopiques, qu'on peut d'ailleurs très-bien étudier dans les figures de nos pièces pathologiques (*Iconogr.*, obs. 189-192). Son caractère ophthalmoscopique principal est une large tache blanchâtre, légèrement diaphane, irrégulièrement ovalaire, adossée au côté externe de la papille optique, se confondant avec elle, et présentant quelquefois à sa surface ou dans son voisinage des plaques ou bandelettes pigmenteuses gris ardoisé ou brunâtres, d'étendue et de forme variables. En étudiant les observations citées avec leurs figures, et en tenant compte de ce que ces taches blanchâtres sont contiguës à la papille, on évitera de tomber dans l'erreur qu'a commise un de mes anciens chefs de clinique, auteur d'un récent traité des maladies des yeux, dans lequel il a décrit et figuré, comme une exsudation plastique, un pareil staphylome choroïdien postérieur des mieux caractérisés.

Le staphylome choroïdien postérieur amène toujours un haut degré de myopie; de son côté, la myopie extrême, augmentée encore par l'habitude de trop rapprocher les objets, produit le staphylome choroïdien postérieur, en amenant la choroïdite postérieure, comme nous l'avons dit.

Je n'ai par devers moi aucun exemple d'un staphylome postérieur formé sans le concours de la choroïdite; je ne crois pas que personne ait disséqué plus de staphylomes choroïdiens postérieurs que moi, et pourtant je n'en ai pas trouvé un seul dans lequel les caractères anatomiques et les lésions consécutives de la choroïdite n'aient été très-manifestes.

Exceptionnellement on trouve quelquefois des *staphylomes choroïdiens postérieurs excentriques*, c'est-à-dire non contigus à la papille optique. Je n'en connais qu'un seul cas (*Iconographie*, obs. 283); encore, dans ce cas, mon diagnostic n'est-il basé que sur l'examen ophthalmoscopique, et non sur la dissection, et peut-être ne s'agit-il ici que d'une adhérence entre une portion contiguë de la choroïde et de la rétine, amincie à la suite d'une rétino-choroïdite postérieure circonscrite. Si l'anatomie pathologique vient confirmer ce diagnostic, elle prouvera du moins, je n'en puis douter, l'excessive rareté des cas de cette nature; car parmi le nombre extrêmement grand des staphylomes choroïdiens antérieurs et postérieurs que j'ai observés sur le vivant ou disséqués, je n'en ai vu aucun qui fût placé en même temps aussi loin du corps ciliaire et de la papille optique.

Du glaucome sous le rapport ophthalmoscopique. — Les nombreux et remarquables travaux dont cette maladie a été le sujet dans ces dernières années, surtout de la part de mes amis A. de Græfe et E. Jœger, n'ont pas essentiellement changé mes opinions sur cette maladie. L'examen ophthalmoscopique d'yeux glaucomateux m'a montré tantôt les phénomènes de la choroïdite ou rétino-choroïdite postérieure et de leurs conséquences anatomiques, tels qu'amincissement partiel de la rétine et de la choroïde, plaques pigmenteuses, corpuscules opaques voltigeant dans le corps vitré, tantôt les phénomènes ophthalmoscopiques de l'amaurose cérébrale organique, tantôt enfin un trouble des milieux réfringents, consécutif à une phlegmasie des membranes internes et assez considérable pour empêcher de vérifier l'état anatomique de ces dernières. C'est dans le glaucome surtout, lorsque les milieux réfringents ont conservé toute leur transparence, qu'on a observé la pulsation de l'artère centrale de la rétine (*Iconographie*, obs. 267, p. 753).

Je ne puis pas non plus me prononcer d'une manière définitive sur l'application de l'iridectomie comme moyen curatif du glaucome; car d'abord on a regardé comme un caractère pathognomonique de cette maladie l'excavation de la papille optique, phénomène qui, selon moi, appartient tout aussi bien à l'amaurose cérébrale.

De plus, j'ai guéri moi-même, sans opération et par le simple traitement pharmaceutique rationnel, des amauroses présentant cet aspect particulier de la papille, j'en ai vu opérer sans succès au moyen de l'iridectomie, par d'autres ophthalmologistes, et je n'ai eu jusqu'ici occasion de pratiquer cette opération que dans des cas de glaucome complet et ancien, dans lesquels l'insuccès était facile à prévoir et ne pouvait en rien diminuer la valeur véritable de la méthode.

Ces raisons me paraissent suffisantes pour réserver mon jugement jusqu'après plus ample information, et surtout pour ne pas en dire davantage ici. En tout cas, je regarde comme certain qu'un glaucome complet, présentant les signes pathognomoniques tels que je les ai exposés, n'a jamais été et ne sera jamais guéri par l'iridectomie, et qu'avant de discuter la curabilité de cette maladie, il faudra s'entendre sur son diagnostic; mais ceux qui ont jusqu'ici appliqué l'iridectomie au glaucome sont loin d'être d'accord sur le sens qu'on doit attacher à ce mot. C'est ainsi que bon nombre d'observations, dans lesquelles un lambeau d'iris a été excisé, à ma connaissance, dans les unes avec succès, dans les autres sans aucun résultat, se rapportaient, pour moi, non à des glaucomes, mais à de simples amauroses cérébrales.

QUELQUES MOTS
sur le traitement des fièvres intermittentes.

Par M. P. PUZIN, docteur en médecine.

Toutes les fièvres intermittentes ne doivent pas être guéries. Quelques-unes, principalement celles du printemps, sont un bénéfice de nature. « Une fièvre au printemps, disait Jacques Ier, est une médecine pour un roi : *An ague in the spring is physick for a king.* » Hoffmann a fait un livre intitulé *De utilitate febris.* Stahl et Juncker la regardent toujours comme un bien.

Sans nier l'utilité de la fièvre récorporatrice dans certaines circonstances, sans refuser tout crédit aux paroles de Jacques Ier, ni à celles plus compétentes de Stahl et de Juncker, les modernes ont rétréci de plus en plus le cadre des fièvres récorporatrices. On traite la fièvre aujourd'hui avec un succès que les anciens ne connaissaient pas.

Tout le monde connaît le fameux aphorisme : *Tertiana exquisita quinque aut septem periodis ad summum judicatur, — judicatur ad summum nono.*

Vingt-deux siècles ont passé sur cette vénérable sentence, et en ont bien souvent confirmé la vérité. Cependant on ne doit pas rester dans l'expectation lorsqu'une fièvre tierce atteint un individu. Sans doute il est inutile de donner d'emblée et empiriquement le sulfate de quinine; mais un vomitif peut être très-utile, parce qu'il enlève une complication habituelle, et que la perturbation qu'il suscite imprime à l'économie une secousse efficace pour la guérison d'une affection qui n'est pas encore invétérée.

Quoique la complication gastrique soit le plus souvent observée, il n'est pas rare de rencontrer la forme inflammatoire dans les pays du nord et du centre de la France.

Les émissions sanguines générales et locales peuvent, dans une juste mesure, être pratiquées dans des cas de ce genre; mais gardons-nous d'en abuser et de suivre les errements de l'école physiologique, qui a fatalement généralisé quelques faits rares bien observés par son fougueux fondateur.

D'ailleurs, la saignée et les sangsues ne constituent pas tout l'arsenal antiphlogistique, comme semblent le supposer ces médecins qui ont toujours la lancette à la main, et qui pratiquent la saignée du pied lorsqu'ils sont fatigués de pratiquer celle du bras.

L'ipécacuanha à haute dose, administré en potion à intervalles plus ou moins éloignés, est appelé à rendre des services particuliers lorsqu'un travail phlegmasique se déclare sur un sujet un peu détérioré qu'une saignée pourrait affaiblir.

La diète, les apozèmes diaphorétiques et légèrement laxatifs, formés par l'addition de 2 à 5 centigrammes de tartre stibié à la tisane commune, les bains tièdes, peuvent aussi remplacer la saignée dans bien des cas.

— Si la fièvre tierce du printemps guérit souvent sans le secours de l'art ou par les moyens simples que nous venons d'indiquer, il n'en est plus de même de la fièvre quarte et de ses dérivés, y compris la quotidienne. Ces affections exigent une médication plus énergique et l'emploi des fébrifuges.

Parmi ces agents thérapeutiques, le quinquina tient la pre-

mière place et peut être considéré comme le seul spécifique employé contre la fièvre intermittente. Il fait la base des deux préparations les plus efficaces, à savoir : l'extrait alcoolique de quinquina et le sulfate de quinine. Ce dernier possède toutes les vertus antipériodiques du quinquina ; mais il ne remédie pas aux débilités des premières voies et de l'ensemble du système qui, de près ou de loin, peuvent concourir à la formation ou à l'entretien de la maladie.

Dans les fièvres continues rémittentes, dans les accès pernicieux, dans la fièvre quarte et la quotidienne, il convient d'administrer la potion suivante :

Sulfate de quinine.	1	gramme.
Extrait alcoolique de quinquina. .	8	—
Sous-carbonate de potasse. . . .	4	—
Eau distillée.	90	—
Sirop simple.	30	—

Cette potion remplit complétement le but qu'on veut atteindre ; elle enlève la maladie d'un seul coup ou la réduit au dernier degré de l'impuissance.

Un des grands inconvénients de ce médicament est son extrême amertume ; mais il est si efficace, qu'il faut employer tous les moyens pour le faire accepter.

Une fois que la fièvre est enrayée, il faut faire en sorte que la guérison soit durable. Pour obtenir ce résultat définitif, on tient compte du dernier jour où la potion antipériodique a été prise. Quel que soit le type de la fièvre, on redonne le quinquina le huitième jour après la dernière administration. Cette médication est répétée trois ou quatre fois en diminuant les doses, et les rechutes sont extrêmement rares (1).

Lorsque les malades sont débilités par la mauvaise nourriture, les habitations malsaines ou l'abus des saignées, comme cela arrive chez certains individus de la campagne qui se font pratiquer tous les ans sans nécessité deux ou trois saignées très-abondantes (2), il est bon de les mettre pendant trois semaines ou un mois au régime des préparations ferrugineuses. L'eau ferrée suffit dans le plus grand nombre des cas aux individus peu aisés, et pour lesquels les autres préparations sont d'un prix trop élevé. L'infusion de germandrée peut aussi être employée comme adjuvant à la dose de deux ou trois verres par jour. L'acide arsénieux est le premier et peut-être l'unique succédané du quinquina. Néanmoins, il serait imprudent de l'administrer d'emblée avant d'avoir recours aux préparations quiniques. Ingéré après elles, il enraye souvent des accès qu'elles n'ont pu guérir, et lorsqu'il reste lui-même sans effet, le quinquina repris en sous-œuvre agit avec plus d'efficacité que précédemment.

L'acide arsénieux peut s'administrer à la dose initiale d'un demi-centigramme par jour ; on augmente graduellement la dose, et le malade arrive peu à peu à en supporter des doses considérables. Un fait bien remarquable, c'est que cette tolérance cesse avec la disparition des accès.

En 1852, M. le professeur Piorry crut avoir rencontré dans le chlorure de sodium un véritable succédané du quinquina. C'était là, je l'avoue, une magnifique découverte ; mais au moment où notre excellent et respectable maître faisait ses expériences à l'hôpital de la Charité, il ignorait sans doute que de temps immémorial les habitants de certaines contrées du département du Loiret prennent une poignée de sel de cuisine dans une tasse d'infusion de café pour se guérir de la fièvre. Cette substance les guérit ordinairement lorsqu'ils sont atteints de la fièvre tierce dont j'ai parlé au début de cet article, mais lorsqu'ils ont les fièvres d'automne, leur médicament demeure parfaitement impuissant, et ils sont forcés d'avoir recours au médecin.

L'hydrothérapie, quoiqu'elle ait été préconisée par des hommes pour lesquels j'ai toute l'estime que commande leur caractère et leur savoir, ne m'inspire qu'une confiance médiocre. Placé pendant quelque temps à la tête d'une maison de santé où ce mode de traitement était mis en pratique, je l'ai vu expérimenter et l'ai moi-même employé quelquefois.

L'usage de ce traitement dès l'apparition des signes précurseurs du premier stade peut bien supprimer un accès, mais son action toute perturbatrice n'a aucune influence sur les suivants.

Je ne mentionnerai pas les autres agents thérapeutiques qui ont été inventés pour guérir les fièvres ; leur simple nomenclature m'entraînerait trop loin, et d'ailleurs je n'ai eu l'intention de parler que de ce que j'ai moi-même observé.

(1) Cette méthode m'a été indiquée par M. le professeur Dupré (de Montpellier). Elle a été employée également par le docteur Schonber médecin en chef de l'armée d'occupation autrichienne en Moldavie. Ce praticien traitait de cette manière les nombreux soldats qui avaient contracté les fièvres intermittentes sur les bords des eaux marécageuses du Pruth et du Séreth. Il a constaté que les récidives avaient été extrêmement rares.

(2) Il faut dire pour l'honneur de notre profession que ces saignées intempestives sont le plus souvent pratiquées par des sages-femmes, des sœurs de charité, ou des individus étrangers à notre art.

NOUVEAU CAS DE GUÉRISON DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE par l'infusion de café.

Par M. le docteur COUTURIER, de Mérinchal (Creuse).

Malgré les brillants résultats qu'a déjà donnés l'infusion de café dans le traitement de la hernie étranglée, je ne puis m'empêcher de rapporter le succès que j'ai obtenu, afin de grossir le nombre des guérisons fournies par cet excellent remède.

Dans la nuit du 21 au 22 mai, on vint en toute hâte me chercher pour une malade se trouvant dans le bourg que j'habite. Il était à peu près une heure et demie du matin.

La femme dont il s'agit est âgée de quarante-cinq ans. Elle n'a jamais eu d'enfants.

Depuis huit ans elle est atteinte d'une hernie crurale droite.

Cette hernie s'est toujours réduite facilement; cependant la malade raconte que, il y a à peu près quatre ans, la hernie était devenue plus volumineuse, et qu'il avait fallu le secours d'un médecin pour la réduire. La réduction d'ailleurs s'était faite alors très-facilement. Depuis cette époque elle n'en avait jamais été incommodée.

Quand j'arrivai auprès de la malade, voici ce qu'elle me raconta : elle avait eu dans la soirée une forte indigestion ; des vomissements très-violents avaient eu lieu, et c'est au milieu des efforts qu'elle fit pour rendre que la hernie s'était étranglée.

L'état de la malade est le suivant : la face est pâle, la peau est froide et couverte de sueur, les vomissements incessants ; cependant ils ne renferment pas encore de matières fécales ; l'agitation est extrême, le ventre est ballonné, un peu sensible à la pression.

De plus, la malade m'indiqua dans la région crurale droite une tumeur dure, immobile, de la grosseur d'un œuf de dinde et excessivement douloureuse.

Aussitôt je tentai la réduction. Après une demi-heure de tentatives infructueuses, je déclarai à la malade que la hernie était irréductible, qu'une opération était nécessaire, et qu'il fallait appeler immédiatement un second médecin. La malade me déclara qu'elle aimait mieux mourir que de se faire opérer.

Je me rappelai alors l'heureux résultat obtenu par M. Cholut au moyen de l'infusion de café, et rapporté dans un des derniers numéros de la *Gazette des Hôpitaux*.

A l'instant j'ordonnai de prendre 250 grammes de café fraîchement moulu, de jeter sur ce café un litre et demi d'eau bouillante, et de faire prendre un verre de café toutes les demi-heures à la malade.

Je quittai alors la malade, bien inquiet sur son état. Je fis part de mes inquiétudes à ses parents, et leur avouai que je ne serais pas étonné qu'elle fût morte le matin, attendu que la maladie prenait des caractères de plus en plus alarmants.

Quelle ne fut pas ma surprise quand on vint à six heures du matin m'annoncer que ma malade était complétement guérie ! Je me rendis immédiatement auprès d'elle, et trouvai la hernie complétement rentrée. Jusqu'au quatrième verre, la malade n'avait éprouvé aucun soulagement; après le quatrième, la tumeur avait diminué de moitié, et au cinquième elle avait totalement disparu. Elle m'avoua qu'au moment de la réduction aucun bruit ne s'était fait entendre.

Je dois dire ici, en l'honneur de l'infusion de café, qu'aucun autre remède n'a été donné à la malade, et qu'elle lui doit entièrement sa guérison.

Il y a eu, après la réduction, trois évacuations alvines très-abondantes et une fièvre très-vive qui a duré vingt-quatre heures, et que j'attribue à la grande quantité de café que la malade avait prise.

ÉLIXIR AU CITROLACTATE DE FER.

Par M. ROBINEAU, pharmacien.

Citrate de protoxyde de fer. . . .	2	grammes.
Lactate de protoxyde de fer. . . .	2	—
Eau distillée.	70	—
Alcool à 80°.	50	—
Sirop de sucre.	90	—
Teinture de zestes de citrons. . . .	2	—
— de cannelle.	2	—
— de girofle.	6	gouttes.
Caramel.	q. s.	

Pour le préparer, on place le lactate de fer réduit en poudre dans une capsule de porcelaine avec l'eau distillée, on chauffe légèrement pour faciliter la dissolution, on ajoute le protocitrate de fer, qui s'y dissout promptement, et on verse ce soluté dans un flacon contenant à l'avance le sirop de sucre et l'alcool ; on termine par l'addition des teintures et du caramel.

(*Journ. de pharm. de Bordeaux.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 juin 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Sur le rôle du pancréas dans la digestion. — M. L. CORVISART communique sous ce titre l'extrait suivant d'un travail faisant suite au mémoire qu'il a envoyé à l'Académie en avril 1857 :

Les résultats qui se déduisent de ce nouveau travail peuvent être résumés dans les propositions suivantes :

1° Les aliments azotés subissent de la part du pancréas une dissolution et une transformation digestives.

2° Le suc pancréatique exerce cette action indépendamment de la réaction alcaline acide ou neutre (indépendance bien exceptionnelle parmi les ferments digestifs).

3° Les aliments crus sont violemment digérés par le pancréas, même s'ils n'ont point été touchés par le suc gastrique.

4° C'est en peptone ou albuminose que les aliments albuminoïdes sont transformés par le pancréas, qui n'altère point les peptones formées par l'estomac.

5° L'action digestive du pancréas sur les corps azotés est une action propre, primitive, qui réside dans le suc pancréatique avant toute immixtion avec le suc intestinal, biliaire, gastrique.

6° Ce dernier, au contraire, a un effet *direct* nuisible sur le suc pancréatique (la peptine, la pancréatine se détruisent en se digérant l'une l'autre). Mais physiologiquement ce conflit est évité par le pylore qui sépare les deux ferments, la digestion gastrique par laquelle la peptine en formant la peptone s'épuise et s'abolit, et la bile qui détruit tout pouvoir dans le sac gastrique.

7° Le suc gastrique, s'il a digéré des aliments albuminoïdes dans l'estomac et a été absorbé avec les peptones, favorise tellement l'action pancréatique par un effet *direct*, qu'à la cinquième heure de la digestion gastrique le pancréas a le maximum de puissance ; en un mot, il faut que le pancréas vienne d'être nourri immédiatement de peptones gastriques pour qu'il acquière son maximum d'action, si mes expériences sont vraies.

8° Au contraire, en l'absence de digestion gastrique, le pancréas est au minimum d'action, n'étant pas vigoureusement nourri par les peptones gastriques. C'est ainsi que les deux digestions, qui doivent être successives, sont enchaînées.

9° Ces vues expérimentales portent une grande précision dans la marche à suivre pour l'étude si obscure des dyspepsies.

10° L'estomac est fait pour recevoir des corps étrangers, le canal pancréatique est disposé pour ne point les recevoir : aussi les canules gastriques ne portent-elles aucune atteinte à la sécrétion de l'estomac; au contraire, les fistules pancréatiques amènent promptement une profonde altération dans le suc du pancréas.

11° Il est de fait que pour avoir le suc pancréatique le plus normal possible, il faut prendre celui qui a été formé dans la glande avant l'opération, c'est-à-dire celui qui s'écoule immédiatement après cette opération. C'est dans cette condition remplie que réside la supériorité du procédé par infusion d'un pancréas pris à un animal qui vient d'être tué à l'instant même, car si elle est faite quelques secondes après le sacrifice de l animal, l'infusion y saisit le suc normal sécrété pendant la vie et non encore écoulé.

12° Mais il ne suffit point de prendre un organe sécréteur aussitôt après la mort pour y saisir sa sécrétion, il faut saisir la glande au moment de toute son activité sécrétoire. C'est la cinquième heure d'un repas mixte abondant chez un chien vivant et non pourvu de fistule pancréatique. (Commission du prix de physiologie expérimentale.)

Présence de l'urée dans le chyle et dans la lymphe. — M WURTZ communique un mémoire sur la présence de l'urée et du chyle dans la lymphe.

On voyait à Alfort, il y a deux ans, dit l'auteur, un taureau carnivore auquel on avait pratiqué une fistule du canal thoracique. J'ai eu l'idée de rechercher l'urée dans le chyle de ce taureau. J'étais guidé par la pensée que l'urée devait prendre naissance, non pas dans le système capillaire sanguin, comme on l'a prétendu quelquefois, mais dans l'intimité de tous les tissus, partout où des matériaux devenus impropres à la vie ont besoin d'être emportés par la combustion respiratoire. S'il en est ainsi, il m'a semblé qu'on devait retrouver l'urée, non-seulement dans le sang, où sa présence est constatée depuis longtemps, mais encore dans la lymphe et par conséquent dans le chyle du canal thoracique. Il paraît naturel, en effet, que les lymphatiques contribuent pour leur part à l'absorption des matériaux provenant des métamorphoses des tissus dans lesquels plongent les radicules de ces vaisseaux.

Le chyle du taureau dont il s'agit s'est montré très-riche en urée. J'ai coagulé à chaud environ 600 grammes de ce chyle ; j'ai évaporé la liqueur filtrée, j'ai repris par l'alcool absolu, j'ai évaporé et j'ai épuisé l'extrait alcoolique par l'éther. Celui-ci a abandonné des cristaux parfaitement incolores d'urée, qui a été convertie partiellement en nitrate.

Ce résultat m'a engagé à étendre mes recherches à la lymphe elle-même. Ayant pu me procurer, par les soins obligeants de M. Colin, de la lymphe de chien, de vache, de taureau, de cheval, j'y ai constaté la présence de l'urée. Il m'a paru intéressant de comparer les quantités d'urée que renferment le sang, le chyle et la lymphe d'un même animal. Pour cela, il a fallu entreprendre quelques recherches quantitatives qui ont été exécutées à l'aide d'un procédé qu'il serait trop long d'exposer ici. En somme, ce procédé est fondé sur la combinaison des méthodes que MM. Liebig et Bunsen ont proposées pour le dosage de l'urée.

Je dois ajouter qu'ayant eu occasion d'analyser une certaine quantité de chyle proprement dit, recueilli sur le trajet des chylifères mésentériques et après les ganglions, j'y ai constaté également la présence d'une petite quantité d'urée.

Celle-ci provient sans doute des mutations de tissus qui s'accomplissent dans les parois de l'intestin lui-même.

Un concours pour l'admission aux emplois de pharmacien stagiaire à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, doit s'ouvrir, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, à Strasbourg, le 18 juillet 1859; à Montpellier, le 25 du même mois; à Paris, le 1er août suivant.

Les conditions d'admission sont ainsi déterminées par le décret du 13 novembre 1852 :

1° Être né Français;

2° Être pharmacien de 1re classe;

3° N'avoir pas dépassé l'âge de 30 ans;

4° Avoir satisfait à des épreuves déterminées.

Les candidats devront se faire inscrire dans les bureaux de MM. les intendants des 1re, 6e et 10e divisions militaires.

La durée du stage à l'Ecole du Val-de-Grâce ne sera par exception que de quatre mois.

Pendant leur séjour à l'Ecole, les pharmaciens stagiaires reçoivent des appointements fixés à 2,160 fr. par an, et une indemnité de première mise d'habillement de 500 fr.

— Voici quelques détails sur les hôpitaux militaires de Milan empruntés au journal anglais *the Times* : Ces hôpitaux sont au nombre de 25, grands et petits, et contiennent 10,000 malades, la plupart blessés. L'hôpital Saint-Ambroise (ancien couvent), qui renferme à lui seul 1,250 lits, est particulièrement signalé pour ses excellentes dispositions. On ne compte encore dans tous ces établissements qu'un seul cas de pourriture d'hôpital. Le service est fait en grande partie par des médecins civils, et aussi par quelques chirurgiens autrichiens.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL LARIBOISIÈRE (M. Moissenet). De la ponction avec le trocart capillaire, appliquée au traitement des kystes hydatiques du foie. — HÔTEL-DIEU DE LYON (M. Teissier). Observation pour servir à l'histoire de la paralysie faciale. — Nécrose du radius ; enlèvement de l'os mort. — Nouvel uréthrotome. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 12 juillet. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Legrand. — Nouvelles.

PARIS, LE 13 JUILLET 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu avec un très-vif intérêt la lecture d'un mémoire dans lequel M. Béhier a exposé les résultats très-remarquables d'une méthode thérapeutique encore fort peu connue en France, et qui, bien qu'elle ne soit pas nouvelle dans son principe, comme nous le rappellerons tout à l'heure, peut être considérée comme telle au moins quant au procédé. Il s'agit de la méthode des injections médicamenteuses sous-cutanées.

Quelques courtes explications historiques sont ici nécessaires.

M. Béhier nous apprend lui-même qu'il a entrepris ces expériences à propos d'une publication récente de M. Benjamin Bell, relative aux effets réciproques de la belladone et de l'opium considérés comme antidotes l'un de l'autre, et dans laquelle il est question d'injections sous-cutanées employées dans des cas de névralgie. Après avoir obtenu quelques résultats encourageants, M. Béhier s'est livré à des recherches historiques plus précises, qui lui ont appris que cette méthode était depuis longtemps usitée en Angleterre. C'est à M. Alex. Wood (d'Edimbourg) qu'il rapporte l'honneur d'avoir imaginé ce mode d'application des médicaments. « C'est, dit-il, en 1853, *en se servant de la petite seringue de Fer*gusson pour faire des injections de perchlorure de fer dans un cas de nævus, que l'idée vint à M. Wood de porter à l'aide de cet instrument, directement sur le nerf atteint de névralgie, une solution narcotique appropriée.

Si, sans nous arrêter ici au procédé, qui n'est autre, comme on le verra par la description du compte rendu, que celui de Pravaz pour l'injection du perchlorure de fer dans les artères, nous envisageons la méthode dans son principe, savoir : l'introduction de l'agent médicamenteux sous la peau, soit comme moyen d'agir directement sur les nerfs voisins, soit comme moyen de favoriser l'absorption de substances énergiques destinées à agir sur l'économie tout entière, nous trouvons cette méthode constituée depuis bien plus longtemps encore en France. En effet, en 1836, M. le docteur Laforgue, de Saint-Emilion, communiquait à l'Académie de médecine un mémoire intitulé : *Recherches thérapeutiques sur les effets de quelques médicaments introduits sous l'épiderme.*

L'auteur proposait dans ce travail l'inoculation, à l'aide d'une lancette, des sels de morphine et d'autres agents médicamenteux actifs, comme un nouveau mode d'administration qui pouvait remplacer avantageusement la méthode endermique usitée jusqu'alors. Martin Solon, chargé de faire un rapport sur cette communication, exprima l'opinion que la thérapeutique pourrait tirer un parti utile de cette manière d'administrer certains médicaments.

M. Laforgue a publié depuis, sur ce sujet, une série de travaux dans lesquels il a fait connaître les résultats de l'inoculation des solanées vireuses, de la strychnine, de la vératrine, etc. Qu'est-ce qui a empêché la méthode de M. Laforgue d'être plus connue et d'entrer dans la pratique commune? C'est ce que nous ne saurions dire. Quoi qu'il en soit, il nous a paru juste de rappeler ce précédent, trop oublié de nos jours.

Pour en revenir à la communication de M. Béhier, les résultats qu'il a fait connaître à l'Académie sont d'ailleurs dignes de la plus sérieuse attention. Nous nous bornons à les signaler aujourd'hui, nous réservant d'étudier attentivement ce nouveau mode de médication et d'en entretenir nos lecteurs.

La séance a été ouverte par la lecture d'un mémoire de M. de Castelnau sur l'interdiction des aliénés, lecture non achevée, et que l'auteur a été invité à reprendre dans la prochaine séance, pour permettre à l'Académie de procéder à l'élection.

M. A. Tardieu a réuni, ainsi qu'on s'y attendait, la presque unanimité des suffrages (62 voix sur 69). — Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. MOISSENET.

De la ponction avec le trocart capillaire, appliquée au traitement des kystes hydatiques du foie (1).

Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié l'observation de kyste hydatique considérable du foie, communiquée à la Société médicale des hôpitaux par M. le docteur Moissenet, et que nous avons publiée dans le numéro du 7 avril dernier. On se rappelle que dans ce cas malheureux la ponction palliative faite avec un trocart capillaire fut suivie d'une péritonite promptement mortelle. Dans les considérations cliniques dont il a fait suivre la relation de ce fait, M. Moissenet est arrivé à cette conclusion formulée seulement sous forme dubitative et à titre provisoire, savoir que l'accident mortel qu'il a eu à déplorer a tenu probablement à ce que la canule a été retirée trop tôt, et qu'il eût été possible peut-être d'éviter l'épanchement péritonéal et ses suites funestes, si l'on eût attendu la cessation complète du jet et non pas seulement son affaiblissement. M. Moissenet, abandonnant le fait particulier, a cherché depuis à résoudre ce point délicat de thérapeutique médico-chirurgicale par l'étude comparative des faits analogues existant dans les annales de la science. Il serait beaucoup trop long de reproduire ici les nombreux documents cliniques réunis dans cet important travail. — Plusieurs des faits qui ont servi à cette étude ont déjà passé d'ailleurs sous les yeux de nos lecteurs. — Mais il nous a paru utile, du moins, de faire connaître les résultats auxquels est arrivé notre savant confrère par cette sorte d'enquête clinique. Nous empruntons aux *Archives générales de médecine*, qui ont publié en totalité cet intéressant document, l'énoncé des conclusions suivantes, dans lesquelles M. Moissenet a résumé les idées qu'ont fait naître dans son esprit le rapprochement et la comparaison des principaux faits connus.

Il résulte de l'analyse de ces faits que l'épanchement du liquide hydatique dans le péritoine est presque toujours mortel au bout d'un temps fort court. La méthode ou le procédé chirurgical qui mettra le plus sûrement à l'abri de cet accident devra donc avoir la préférence. La ponction capillaire réunit-elle ces conditions? C'est ce que M. Moissenet s'est proposé de rechercher, en étudiant son application au traitement des kystes hydatiques du foie, tantôt comme moyen d'exploration, tantôt comme moyen curatif, soit qu'elle ait été employée seule, soit qu'elle ait été combinée aux injections iodées.

De l'examen d'une première série d'observations empruntées à divers recueils et de la discussion à laquelle ces faits sont soumis, il ressort :

1° Que le liquide hydatique, limpide ou puriforme, épanché dans le péritoine, soit accidentellement, soit par le fait d'une opération, y détermine une inflammation aiguë ou chronique, presque toujours, sinon toujours mortelle;

2° Que la ponction capillaire elle-même, le plus souvent inoffensive, peut causer l'épanchement du liquide hydatique dans le péritoine, lorsqu'il n'y a point d'adhérences entre les parois kystique et abdominale, et que cet épanchement s'est produit lorsque la ponction a été pratiquée comme méthode exploratrice ou palliative, c'est-à-dire lorsque le kyste a été incomplètement vidé;

3° Que la ponction des kystes hydatiques, qu'elle soit faite avec le trocart capillaire ou avec le trocart ordinaire, peut déterminer la mort par inflammation du kyste lui-même.

La ponction capillaire, qui n'était d'abord qu'un moyen d'exploration et de diagnostic des tumeurs hydatiques, tentée plus tard par Récamier comme méthode curative, est-elle réellement susceptible d'amener une guérison définitive? Telle est la question que M. Moissenet a cherché également à résoudre à l'aide des faits cliniques qu'il a pu réunir. Et de cette seconde série d'observations, il est arrivé à conclure :

1° Que la ponction capillaire d'une poche hydatique, faite d'emblée, sans adhérences préalables, peut être curative, lorsqu'elle est suivie de l'évacuation aussi complète que possible du liquide contenu;

2° Que ce résultat peut être obtenu par une seule ponction, par deux ou trois ponctions successives.

Enfin, la troisième des questions qui ont fait l'objet de ces recherches, est relative à la ponction capillaire combinée avec les injections iodées.

Les propositions qui suivent résument sur cette question comme sur les deux précédentes l'opinion de M. Moissenet.

Il y a trois sortes de ponctions capillaires applicables au traitement des kystes hydatiques :

1° La ponction simple sans évacuation consécutive, qui a pour but de tuer les entozoaires, et qui les abandonne ensuite aux forces vives de l'organisme. Cette opération n'a pas été mise en pratique, que je sache du moins.

2° La ponction suivie de l'évacuation d'une petite quantité de liquide, suffisante pour l'examen qui a pour but d'éclaircir un diagnostic douteux, c'est la ponction exploratrice, qui devient palliative quand on se propose de soulager le malade, en diminuant d'une manière plus ou moins notable la quantité de liquide contenue dans la tumeur.

3° La ponction évacuatrice, au moyen de laquelle on vide aussi complétement que possible la poche hydatique.

Ces ponctions se pratiquent avec l'instrument connu sous le nom de trocart capillaire ou explorateur. L'aiguille à cataracte, ou celle à acupuncture, sont, en général, réservées pour les ponctions simples et exploratrices.

Bien que ces opérations aient été fort souvent pratiquées sans accidents, nous sommes obligé de reconnaître qu'elles sont entourées d'écueils d'autant plus dangereux qu'ils n'ont pas été signalés d'une manière assez précise.

La ponction ne peut être appliquée aux kystes hydatiques comme aux kystes ovariques dans un but palliatif. Tandis que ces derniers peuvent être évacués plusieurs fois, à des intervalles plus ou moins éloignés, sans modification notable de leur vitalité, les kystes hydatiques, sous l'influence de la moindre piqûre, subissent plus ou moins rapidement une altération profonde, accompagnée de la mort de l'entozoaire; or celle-ci entraîne fatalement la guérison ou la mort du malade.

La guérison peut avoir lieu après une seule ponction et sans aucun symptôme appréciable (obs. de Récamier) ; après deux ou trois ponctions et le développement d'accidents inflammatoires qui nécessitent un traitement antiphlogistique plus ou moins énergique (obs. de M. Legroux) ; ou l'abandon immédiat des ponctions capillaires et la mise en œuvre d'un traitement capable de débarrasser plus promptement la poche hydatique de matières purulentes ou septiques susceptibles d'empoisonner l'organisme tout entier (obs. de Owen Rees, où la méthode de M. Jobert a dû être substituée aux ponctions capillaires.)

A chaque ponction d'un même kyste hydatique, on constate des changements notables dans la couleur, la consistance et l'odeur du liquide évacué, qui de limpide, incolore et non albumineux qu'il était d'abord, devient successivement rosé, jaune, ambré, mêlé de sang ou de bile, louche, albumineux, gras, purulent, fétide.

Lorsque ces accidents de suppuration kystique ne surviennent pas au bout d'une dizaine de ponctions capillaires, il y a lieu de penser que la tumeur opérée est un kyste séreux plutôt qu'un kyste hydatique proprement dit.

La mort par suppuration du kyste et infection purulente, peut être la conséquence d'une simple ponction exploratrice (obs. de M. Pidoux).

La ponction exploratrice ou palliative peut déterminer la péritonite par épanchement dans la séreuse abdominale d'une certaine quantité du liquide hydatique. Cette péritonite, toujours mortelle, peut être entravée dans sa marche (obs. de M. Goyrand), ou déterminer la mort en quelques heures (obs. Ire de M. Moissenet).

La ponction évacuatrice avec le trocart capillaire est moins dangereuse que la ponction exploratrice; du moins jusqu'ici n'a-t-on consigné dans les annales de la science aucun exemple de mort par le seul fait de cette opération et de ses conséquences immédiates. C'est par elle que les cas de guérison cités ont été obtenus (obs. de MM. Legroux, Robert, Owen Rees, etc.). Faite avec le trocart ordinaire, la canule étant retirée immédiatement après l'évacuation de la poche, cette opération a déterminé, dans deux cas de kystes hydatiques multiples, la mort dans les pre-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 6 et 12 avril.

mières heures; soit par phlegmasie du kyste (M. Gendrin), soit par péritonite (MM. Piedagnel et Gaillet).

La ponction évacuatrice avec le trocart capillaire ne doit être appliquée aux kystes hydatiques que lorsque ceux-ci ont une tendance bien manifeste à se porter au dehors, et lorsqu'ils gênent le libre exercice des fonctions des organes au milieu ou dans le voisinage desquels ils se développent.

Dans ces conditions, et même en l'absence d'adhérences aux parois abdominales, la ponction capillaire évacuatrice peut être appliquée d'emblée aux kystes acéphalocystes lorsque rien ne s'oppose à ce que ces kystes soient complétement évacués. Mais lorsque l'état de faiblesse excessive du malade et le volume énorme de la tumeur font prévoir que l'évacuation ne pourra être faite que peu à peu, à diverses reprises, il faut avant tout chercher à produire des adhérences solides entre le kyste et les parois abdominales par l'application de cautères profonds sur la partie la plus saillante de la tumeur, tant pour pratiquer, sans danger de péritonite, la ponction capillaire, que pour être en mesure d'adopter plus tard telle autre méthode de traitement qui paraîtra plus convenable.

La guérison des kystes hydatiques ayant été obtenue quelquefois par les ponctions capillaires seules, nous ne pouvons apprécier la valeur curative des injections iodées pratiquées dans d'autres cas analogues à la suite de ces ponctions.

La seule conséquence légitime que nous puissions déduire des faits dans lesquels ces injections ont pu être pratiquées fréquemment et largement à travers des canules volumineuses, c'est qu'elles sont antiseptiques pour les kystes hydatiques comme pour les autres foyers d'infection avec lesquels, jusqu'à ce jour, elles ont été si souvent mises en contact.

La bile paraît avoir cette même propriété désinfectante, soit qu'elle coule directement du foie dans les acephalocystes qui y sont contenus, soit que l'on emploie la bile de bœuf pour injecter les kystes hydatiques communiquant à l'extérieur. Mais aucun fait, jusqu'à ce jour, ne me semble établir d'une manière positive l'action curative de ce fluide animal sur les hydatides.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Teissier.

Observation pour servir à l'histoire de la paralysie faciale,

(Recueillie à la clinique médicale de M. le professeur Teissier, par M. le Dr Louis Gubian, ancien chef de clinique médicale.)

Ce n'est réellement que depuis les travaux de Ch. Bell que l'on a commencé à se rendre compte des causes de la paralysie faciale et des phénomènes qui s'y rattachent. MM. Descot, Montault, Pigeaux, Jobert, Pichonière, Bottu-Desmortiers, Landouzy, ont réuni un grand nombre de faits de paralysie essentielle de nature rhumatismale. Frank, Bérard, M. Montault, attribuaient l'hémiplégie faciale surtout à l'action du froid. M. Devay, à propos de deux femmes couchées aux numéros 2 et 18 de la Clinique, en 1857, et atteintes toutes deux d'hémiplégie faciale de nature rhumatismale, a émis également l'idée conforme en tous points à celle de Bérard, à savoir que la paralysie du mouvement de la face est le plus souvent idiopathique, tandis que la paralysie du sentiment serait plutôt occasionnée par une hémorrhagie. D'autres médecins, MM. Landouzy, Vernois, ont cité des faits observés chez les nouveau-nés, et dans lesquels la paralysie était due à la contusion du nerf facial par le forceps.

La syphilis joue un rôle important dans l'étiologie de l'hémiplégie faciale, et, sans parler des cas relatés par quelques-uns des auteurs que nous venons de citer, nous mentionnerons ceux qui ont été produits par M. Diday (*Gazette médicale de Paris*, 1842, p. 833), par M. Charles Bernard (*Union médicale*, nov. 1853), et par M. le docteur Roquette (*Id.*, août 1854).

Enfin M. Rostan, tout en admettant que la paralysie de la face puisse dépendre d'une lésion du nerf de la septième paire, de nature rhumatismale, syphilitique ou autre, pense qu'elle reconnaît pour cause une hémorrhagie circonscrite du cerveau, et cela bien plus souvent qu'on ne le suppose généralement. Cette opinion de M. Rostan, si différente de celle de Bérard et de M. Devay, se trouve corroborée par six observations publiées par M. Duplay, médecin de l'hospice de la Vieillesse. Ces observations, jointes à celle qui a été relatée par M. Diday, et que cet habile chirurgien a empruntée au service de M. Cruveilhier, n'ont, il est vrai, que des vieillards pour objet; aussi M. Duplay a-t-il été amené à ces conclusions : Que l'hémiplégie faciale reconnaissait presque toujours pour cause une hémorrhagie circonscrite chez les vieillards, tandis qu'elle était idiopathique chez les adultes et chez les jeunes gens. L'observation qui va suivre, rendue complète par une nécropsie attentive, mettra en lumière un mode de production d'hémiplégie de la face, intéressant eu égard aux circonstances qui ont présidé au début, au développement et à la terminaison de la maladie.

Pleurésie aiguë; amélioration très-notable. — Apparition brusque d'une hémiplégie faciale à gauche et explosion de la diathèse tuberculeuse. — Mort. — Autopsie.

Claude P..., maçon, vingt-cinq ans, tempérament mixte, constitution bonne, entre le 17 avril 1858 à la Clinique médicale, avec les symptômes suivants : point de côté remontant à quinze jours, toux, oppression, matité complète de la moitié inférieure du thorax du côté droit, absence d'élasticité thoracique, résonnance tympanique assez marquée sous la clavicule du même côté.

A l'auscultation, on perçoit dans les points qui correspondent à la matité une abolition à peu près complète du murmure respiratoire; râles sous-crépitants et muqueux disséminés; bronchophonie légère, chevrotement assez marqué de la voix. Rien de notable en avant sous les deux clavicules. Expectoration muqueuse avec quelques stries sanguines; fièvre, pouls à 110 pulsations; faiblesse, peau sudorale. — On prescrit : pot. avec 1 gr. d'ox. bl. d'antimoine; till. nit.; vésicatoire.

Un peu d'amélioration commence à se manifester à dater du 23 avril. La toux est plus facile, ainsi que l'expectoration, qui ne révèle plus aucune trace de sang; les râles sous-crépitants ont diminué.

Le 4 mai, état saburral; céphalalgie. — Manne, 60 grammes; séné, 8 grammes.

Le 5, persistance de la céphalée; les phénomènes stéthoscopiques continuent à s'améliorer. — Solution de cyanure de potassium en compresses sur le front.

Le 7, la douleur de tête, qui est surtout pariéto-frontale, paraît augmenter. D'ailleurs, malgré la persistance de la matité, la respiration revient insensiblement du côté où elle était abolie en partie; disparition de la bronchophonie. On entend encore quelques râles muqueux, mais très-disséminés. — Potion avec 1 gramme d'acétate de potasse.

Le 8, la céphalée est intense. En faisant asseoir le malade, on remarque que la tête est portée en arrière par une sorte de roideur tétanique des muscles de la région cervicale postérieure. La flexion est impossible, le regard est fixe, l'œil gauche ne peut se fermer. Du même côté l'aile du nez ne se dilate plus, elle demeure dans un relâchement complet, et l'orifice de la narine paraît comme rétréci. La bouche est en même temps déviée et tirée du côté sain. La prononciation des voyelles et des consonnes labiales est difficile. Après la mastication, le malade est obligé de ramener avec le doigt vers la ligne médiane les aliments qui s'engagent en dehors des arcades dentaires à gauche. Quand on le fait siffler, la tension seule du buccinateur droit a lieu; celui de gauche, au contraire, se laisse distendre par l'air contenu dans la cavité buccale, et bouffit le visage. Une seule moitié du front se ride quand on fait contracter le muscle de la région, et les plis que détermine cette contraction ne dépassent pas la ligne médiane. Enfin tous les sens internes qui se traduisent sur la face n'ont d'impression que d'un seul côté, tandis que l'autre demeure dans l'impassibilité la plus absolue. La langue est un peu déviée dans le sens opposé à la paralysie, mais il n'y a pas de déviation marquée de la luette. L'ouïe, l'odorat et le goût n'ont subi aucune altération. La sensibilité tactile et la sensibilité à la douleur, éprouvées à l'aide d'une épingle, sont un peu diminuées à la face. Le reste du corps jouit d'une intégrité parfaite.

En présence de ces signes il est impossible de méconnaître la paralysie de la septième paire. — Calomel, 1 gramme; potion avec l'extrait thébaïque, 0,05 centigr., dix sangsues au cou.

Le 11, aux signes énoncés plus haut se joint celui d'un strabisme convergent pour l'œil gauche, qui, malgré les efforts du malade, ne peut plus se porter en dehors. Il y a un peu de diplopie.

La paralysie du nerf oculo-moteur externe se joint à celle du facial. La contractilité et la sensibilité électro-musculaire sont conservées. — Une pastille de potasse caustique à la nuque.

Le 15, persistance des mêmes phénomènes. La conjonctive n'étant plus protégée par les paupières, est offensée par l'air, et offre des traces d'inflammation superficielle.

Le 24, plusieurs abcès se montrent à la région mastoïdienne et à la cuisse droite; amaigrissement progressif. L'hémiplégie faciale ne s'améliore pas, l'œil est excessivement irrité. Les urines examinées alors n'offrent ni sucre ni albumine.

Le 2 juin, le malade est soumis de nouveau à la faradisation; hyperesthésie considérable des deux côtés de la face, mais surtout du côté hémiplégié. La contractilité est presque abolie du même côté.

Le 14, nouveaux abcès.

Le 9 juillet, persistance de la matité en arrière; respiration rude et soufflante à droite au sommet et en avant.

Le 10, émaciation; faiblesse extrême.

Le 21, fièvre, délire, râles sous-crépitants, craquement sous les deux clavicules. Par la faradisation on constate le retour en partie de la contractilité. Hyperesthésie très-amoindrie.

Le 24, après une agonie lente, le malade meurt dans la journée.

Autopsie le 26 juillet.

Crâne. — Des adhérences cellulaires s'étendent en assez grand nombre de l'arachnoïde de la base du cerveau à l'autre portion de cette membrane qui tapisse la dure-mère. Depuis le bord antérieur de la protubérance annulaire jusqu'au chiasma des nerfs optiques, on observe dans les méninges des portions opaques d'un blanc laiteux et assez épaisses. Les anfractuosités de la base et celles qui séparent les circonvolutions semblent effacées ou adhèrent ensemble. La pie-mère sous-jacente est injectée; les sinus caverneux contiennent médiocrement de sang.

Les nerfs facial et oculo moteurs externes gauches sont plus congestionnés, plus mous et moins volumineux que ceux du côté droit. Du même côté et près de l'origine de ces nerfs, on trouve à la surface du cervelet une tumeur qui fait une saillie bosselée, dure, résistante et de la grosseur d'une aveline. Cette tumeur incisée contient une matière jaunâtre, tuberculeuse et ramollie au centre; un kyste mince l'isole des parties avoisinantes, qui ne sont presque pas enflammées. Ce tubercule comprime surtout la 7e et la 6e paire de nerfs.

La protubérance étant détachée et les pédoncules cérébraux coupés, on trouve ces derniers ramollis; le bulbe soulevé laisse voir sur le plancher du quatrième ventricule un nouveau tubercule enkysté et siégeant un peu à gauche de la ligne médiane. La protubérance annulaire incisée en laisse reconnaître un semblable dans son épaisseur.

Enfin, dans le cervelet, tant superficiellement que profondément, cinq autres tubercules, tous de la grosseur d'un pois, sont trouvés à gauche, et cinq à droite; tous sont à l'état cru, mais ramollis au centre, sans inflammation circonvoisine.

Les hémisphères cérébraux sont un peu ramollis. Quatre tubercules identiques à ceux du cervelet sont trouvés à droite et neuf à gauche.

En tout, vingt-six tubercules enkystés : un dans la protubérance annulaire, un dans le quatrième ventricule, onze dans le cervelet et treize dans le cerveau. Les éminences mamillaires baignent dans une abondante sérosité, qui pénètre dans tous les ventricules.

La moelle n'a rien offert d'anormal, sinon un peu d'épaississement des enveloppes dans la région cervicale.

Thorax. — Infiltration miliaire des tubercules dans les poumons. Celui de gauche est à l'état de splénisation dans ses deux tiers inférieurs; les feuillets de la plèvre sont excessivement adhérents et épaissis. Ces adhérences ne peuvent se détruire qu'en déchirant le tissu pulmonaire lui-même. Deux cuillerées de sérosité environ remplissent le péricarde. Rien au cœur. Les autres organes n'offrent rien d'anormal.

Les muscles du côté gauche de la face sont très-manifestement atrophiés.

Les nerfs des deux côtés examinés au microscope n'ont offert aucune différence entre eux.

Cette observation présente la réunion de différents symptômes d'une grande valeur, à partir du moment où les signes de la pleurésie se sont amendés. En présence de la céphalée si vive qu'a éprouvée le malade, de la contracture des muscles cervicaux postérieurs, on devait éloigner l'idée d'une hémiplégie faciale tenant simplement à l'hémorrhagie cérébrale. Les faits énoncés par les auteurs que nous avons cités démontrent bien, il est vrai, que l'hémiplégie faciale reconnaissant pour cause l'hémorrhagie peut avoir lieu sans déterminer de paralysie des membres; mais dans ces cas il n'est pas fréquent de trouver de la douleur et de la contracture des muscles. Il était donc logique de supposer alors que le raptus sanguin avait commencé par un point des méninges pour agir sur un espace circonscrit, à l'origine des 7e et 6e paires de nerfs dont les racines sont, comme on le sait, fort rapprochées l'une de l'autre. Ne pouvait-il pas exister, au niveau de la fossette olivaire, un petit foyer gros comme un pois ou même comme une tête d'épingle, ainsi qu'en a rencontré M. Duplay, petit noyau qui se prolongerait jusque sur la pyramide antérieure où prend naissance la 6e paire? L'élément rhumatismal ne pouvait être mis en cause, parce qu'il n'y avait jamais eu de douleur que cette céphalée assez généralisée, que la lésion des deux nerfs était bien suffisamment établie, et enfin parce que dans les paralysies faciales de nature rhumatismale, il existe presque toujours de la surdité due à l'affection du névrilème de la corde du tympan, rameau du facial, et ce phénomène ne s'est point présenté chez notre malade. M. Teissier a invoqué, pour expliquer l'apparition brusque de la méningite coïncidant avec l'amélioration des symptômes pleurétiques, une sorte de substitution fluxionnaire ou de métastase sur l'arachnoïde. Ces répétitions sur des tissus analogues s'expliquent très-bien dans le rhumatisme, par exemple, où l'on voit tout à coup survenir le délire à la suite de l'administration du sulfate de quinine à haute dose, de la vératrine, de la strychnine, etc. Au surplus, l'expérience a démontré d'une manière évidente la loi de coïncidence pour des cas plus vulgaires encore que celui des mouvements fluxionnaires sur les méninges, toujours dans le rhumatisme aigu; et M. Bouillaud, en proclamant la cause si fréquente de l'endocardite, a ouvert un vaste champ à l'interprétation pathologique des faits de ce genre. L'analogie était plus difficile à admettre dans notre cas où des fluxions extérieures avaient été provoquées. Si la répercussion a eu lieu, ce qui paraît indubitable, elle a été accidentelle et imprévue.

Telles étaient les réflexions jusqu'au jour où l'auscultation plus attentive des poumons nous permit de reconnaître la présence de tubercules et nous fit soupçonner l'existence de ces produits hétéromorphes dans le cerveau. L'autopsie a rigoureusement confirmé ces suppositions.

Ainsi, un jeune homme dont la santé avait paru excellente jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, contracte à cette époque une pleurésie. Chez lui, il existe une diathèse dont le principe morbide, comme dans toutes les diathèses, demeurait à l'état latent. L'incitation est en quelque sorte donnée à l'économie par la pleurésie, que la présence des tubercules rend persistante; les tubercules cérébraux facilitent à leur tour la répétition de la fluxion séreuse sur les méninges, et le point de départ a lieu vers l'origine des nerfs oculo-moteur externe et facial. Dès lors la diathèse marche rapidement avec intensité.

S'il est permis de s'étonner du nombre des tubercules du cerveau, de leur volume à peu près égal, de leur forme enkystée, de l'absence d'inflammation circonvoisine, quoique ce fait soit conforme à ce qu'ont avancé MM. Andral et Calmeil, on doit surtout être surpris de ce que leur présence n'a pas déterminé de désordres plus graves. En effet, il n'y a eu de trouble ni de l'intelligence, ni des organes des sens, ni de la locomotion, à part celle de la face. Quant à ce dernier phénomène, il dut être facile de l'expliquer dans toutes ses phases : l'hyperesthésie électrique du 2 juin tenait incontestablement à l'état du nerf qui était de plus en plus atteint. La nécropsie attentive a démontré, en effet, que les nerfs correspondants au côté hemiplégié étaient rouges, ramollis et d'un volume moindre que ceux du côté opposé, tandis qu'au début la sensibilité et la contractilité avaient été intactes.

Nous noterons, en terminant, l'absence de surdité et surtout l'absence de diabete, quoiqu'il existât un tubercule appuyant sur le plancher du quatrième ventricule et comprimant le nerf acoustique. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

NÉCROSE DU RADIUS. — ENLÈVEMENT DE L'OS MORT.

Par M. le docteur CARVILLE, de Gaillon (Eure).

Le nommé C..., âgé de vingt-sept ans, d'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatique et musculeux, courtier de commerce, et détenu à la maison centrale de Gaillon, s'est présenté à l'infirmerie, portant au côté externe de l'avant-bras droit un gonflement allongé, dur, résistant, dans l'axe du radius, et paraissant se rattacher à une altération de cet os.

L'avant-bras droit offre à la partie inférieure un pourtour de 18 centimètres, et vers la partie supérieure, à l'endroit des masses charnues, 30 centimètres.

L'avant-bras malade, à sa partie inférieure et moyenne, offre un pourtour de 26 centimètres; ces dimensions restent les mêmes jusqu'à la partie moyenne. Au-dessus, on ne trouve que 28 centimètres. Cette partie de l'avant-bras droit, comparée à l'autre, offre donc une réduction des muscles moteurs de la main. C'est là, du reste, une loi ordinaire et bien connue en pathologie, que toujours diminue de volume une partie longtemps en souffrance.

En avant et en arrière existent quatre ouvertures qui donnent issue à un pus assez épais, peu abondant. La sonde y pénètre profondément dans divers sens, et surtout de haut en bas; elle va heurter l'os qu'elle rencontre à nu, et produit en le percutant un son clair.

Du reste, les mouvements de la main, du poignet, de l'avant-bras sont libres, faciles, et le malade n'y accuse pas une diminution sensible de force.

Interrogé sur ses antécédents et sur les circonstances qui avaient déterminé ce mal, il m'a raconté qu'il était né de parents sains, que sa mère était morte du choléra, son père d'une chute; que ses frères et sœurs étaient bien constitués et sans infirmités. Pour lui, il avait atteint sa quinzième année sans avoir été frappé d'aucune maladie. A cet âge, il prit les fièvres intermittentes tierces en Afrique et les garda six mois sans que sa santé en fût sensiblement influencée; elles disparurent d'elles-mêmes à son retour en France.

A dix-huit ans, il retourne en Afrique, y mène la vie pénible des camps; à vingt ans, il est atteint d'une fluxion de poitrine qui cède à un traitement actif, et contracte des rhumatismes dans différents points du corps.

Jamais il n'a eu ni vérole ni affections dartreuses, rien enfin de ces maux qui altèrent le sang dans sa crase, et finissent par porter leur action sur le système osseux.

Voilà pour les renseignements antérieurs au mal dont il est porteur. Quant à ce mal, à vingt-trois ans, sans cause appréciable, sans coup, ni contusion, ni chute, il fut pris d'une douleur vive à l'avant-bras droit; un gonflement notable se manifesta bientôt avec fièvre, et au bout de quelques jours un abcès se forma, puis successivement plusieurs dans cette région, qu'il fallut ouvrir par des incisions multiples.

C'est à Beaujon que le malade reçut alors des soins pour cette affection de l'avant-bras. Le pus qui s'échappait des plaies était d'un blanc jaunâtre, bien lié, louable; il n'était nullement liquide, séreux, strumeux, comme le pus des abcès froids survenus chez les sujets scrofuleux.

Trois mois après son entrée à l'hôpital, il en sortit, conservant à l'avant-bras un gonflement assez marqué et plusieurs pertuis par lesquels s'échappait un pus d'assez bonne nature. Trois mois se passèrent encore sans qu'il pût se servir de son membre, mais peu à peu il en retrouva l'usage pour des occupations douces et sans fatigue.

Depuis cette époque jusqu'au jour où il s'est présenté à mon examen, rien d'extraordinaire ne s'est manifesté; l'avant-bras a toujours conservé un volume exagéré, une dureté et un gonflement notables sur le trajet du radius; mais point d'accidents inflammatoires nouveaux.

Après trois mois de séjour à l'infirmerie, la suppuration s'est tarie tout à coup; une douleur vive s'est manifestée dans la partie malade, avec fièvre et frissons intercurrents; peu à peu le gonflement s'est accru, les tissus cutanés sont devenus rouges et luisants, une fluctuation sensible a révélé la formation d'un nouvel abcès, d'où s'est échappé, à l'aide du bistouri, un pus jaune, verdâtre et consistant: après quoi, une détente locale et générale s'est produite.

En portant alors un stylet dans chacune des ouvertures fistuleuses extrêmes, et en exerçant une pression sur l'un d'eux, j'imprimai à la portion osseuse nécrosée un léger mouvement qui se communiqua au stylet opposé, et j'eus alors la certitude que j'avais affaire à un séquestre dont la séparation avec l'os sain était accomplie. Dès ce moment, je jugeai qu'il fallait intervenir pour amener l'expulsion de ce corps étranger, et je procédai à l'opération ainsi qu'il suit, après avoir anesthésié le malade :

Une incision de 22 centimètres a été pratiquée à la région externe de l'avant-bras, dans l'axe même du radius, intéressant toute l'épaisseur de la peau; puis j'ai divisé le tissu cellulaire sous-cutané, les veines radiales superficielles qui croisent obliquement le radius pour passer à la face dorsale de la main.

Un moment la quantité de sang qui s'en échappait devenait inquiétante. La ligature de ces vaisseaux et de quelques artérioles faite, j'ai incisé les téguments de la face dorsale de l'avant-bras par une section perpendiculaire à la première, le travail étant rendu par là plus facile.

Les muscles de la région radiale externe ont été disséqués et déjetés, le grand supinateur et les deux radiaux externes, les branches dorsales cutanées du nerf radial *en avant*, et le grand abducteur avec les long et court extenseurs du pouce en *arrière*, de façon à mettre l'os à découvert.

Et alors m'est apparu un os de nouvelle formation, volumineux, présentant différentes ouvertures, et enveloppant l'os ancien à la façon d'une gaîne.

Il était impossible de songer à extraire le radius mort de cet étui osseux, sans intéresser ce dernier dans une portion notable de son étendue, et à l'aide d'une scie convexe.

J'ai pratiqué, dans le sens longitudinal, une fenêtre allongée par laquelle le séquestre a été extrait, non sans difficulté, à cause des inégalités et des dispositions anguleuses qu'il présentait de toutes parts. C'est la partie inférieure du radius en entier; elle est longue de 10 centimètres environ, et présente cette disposition irrégulière et anfractueuse qu'on a tour à tour attribuée à une résorption partielle, à l'action corrosive du pus, et qui n'est que la conséquence d'une mortification irrégulière.

Une recherche attentive, faite avec le doigt auriculaire et divers instruments, m'ayant amené à reconnaître qu'il n'existait plus d'esquilles dans le canal, j'ai rapproché les parties molles avec huit épingles pour tâcher d'obtenir une adhésion immédiate dans le plus de points possible.

Ce résultat eût été obtenu peut-être complétement; mais, dans les jours qui suivirent, avec la fièvre traumatique se produisit un érysipèle au bras; une collection de pus se forma dans la partie supérieure de la peau, et, pour lui donner issue, il fallut, à l'aide de la sonde cannelée, rompre dans plusieurs points l'adhésion naissante des lèvres de cette peau.

Un autre abcès se forma encore à la partie externe du biceps, qu'il fallut ouvrir par une incision particulière.

Quant à la partie inférieure, rien d'extraordinaire ne s'y manifesta d'abord : la réunion eut lieu par première intention, et les anciens pertuis, qui donnaient autrefois passage aux produits suppurés, s'oblitérèrent d'eux-mêmes.

Mais, au bout de vingt jours, alors que tout semblait en ce point rétabli, un phlegmon nouveau apparut avec fièvre, puis la fluctuation, et le pus de lui-même se fit jour à travers une division spontanée de la jeune cicatrice; trois des anciens trajets fistuleux donnèrent aussi passage au pus.

Trente jours après, ou cinquante depuis l'époque de l'opération, il ne restait plus trace de peau; seulement, des quatre orifices fistuleux deux persistaient, et tous les matins on trouvait l'appareil humide d'un peu de pus qu'ils distillaient.

Ce pus était sans doute le produit des muqueuses organisées dans leur trajet, et aussi d'un certain travail de restauration à l'intérieur de l'os nouveau; mais le membre était libre et dispos, la main et le pouce en particulier n'avaient perdu aucun de leurs mouvements.

Le pourtour du membre, qui donnait 22 centimètres, comparé à l'ancien (26), semblait accuser un mouvement de retrait notable, auquel l'os nouveau ne devait pas être étranger, et tout faisait espérer que, au bout de quelques mois, lorsque la nature aurait réparé tous ces désordres intérieurs, il ne resterait plus de cette affection si grave que les cicatrices et un peu d'hypertrophie due à l'os engendré par un travail maladif et avec des proportions extraphysiologiques.

NOUVEL URÉTHROTOME,

Par M. le Dr MALLEZ.

L'instrument nouveau dont il va être ici question est un uréthrotome de forme particulière, composé des parties suivantes :

1° Une canule en maillechort, dont l'extrémité uréthrale en acier est tranchante circulairement;

2° Un embout destiné à faciliter l'introduction de la canule précédente;

3° Une tige en acier, terminée par une spirale conique, dont la spire est convexe sur sa face postérieure, concave et tranchante sur sa face antérieure. A l'extrémité manuelle de cette tige, on a pratiqué une rainure en hélice dans laquelle pénètre à volonté une petite vis dont est munie la canule. On règle par ce moyen le mouvement de vrille de la tige.

L'action de l'instrument est fort simple : la canule, munie de son embout, est introduite jusque sur la portion rétrécie du canal; l'embout est alors retiré et la tige mise à sa place pénètre lentement le rétrécissement, en l'embrochant en quelque sorte; il suffit ensuite de relever la tige pour *exciser* sur le bord tranchant de la canule tous les tissus saisis par la spirale conique. On comprend aisément qu'un pareil instrument ne doit pas être employé indistinctement contre tous les rétrécissements.

Ce ne sera ni contre les angusties de nature inflammatoire, ni contre les coarctations spasmodiques que l'on devra songer à s'en servir.

A. Canule munie de son embout.
B. Vis destinée à guider le mouvement en vrille de la tige.
C. Extrémité conique en spirale de la tige.
D. Cette même extrémité munie de sa bougie d'introduction.

Il ne s'appliquera guère qu'aux rétrécissements organiques, et parmi ceux-là mêmes il sera surtout utile contre ceux qui se trouvent formés par des productions fibreuses épaisses.

Mais avant de mieux préciser les cas où cet instrument trouvera son application, je dois m'arrêter aux objections qu'on lui peut faire et qui se sont présentées à mon esprit.

On ne saurait nier tout d'abord qu'un instrument droit n'agisse plus difficilement dans la portion courbe du canal, bien que pourtant l'introduction de tous les uréthrotomes rectilignes, de la pince à trois branches et des sondes droites, témoigne suffisamment de la possibilité du redressement de l'urèthre. La perforation de la cloison uréthro-rectale aurait été, dit-on, la conséquence de l'emploi d'instruments de même forme et de même action que celui que je vous présente.

Mais si de pareils accidents se sont produits, il est permis d'en rejeter la faute sur le chirurgien, car depuis plusieurs années surtout que l'on pénètre fréquemment dans la vessie avec des instruments droits, on ne cite qu'un petit nombre d'exemples où ils aient déterminé des désordres.

D'ailleurs les effets des instruments changent tellement avec les mains qui les mettent en œuvre, qu'il me paraît sage de ne pas tirer d'arguments de quelques cas malheureux que peut offrir leur histoire; mais il est une autre objection qui mérite plus d'attention : un certain nombre de chirurgiens, et des plus éminents, proscrivent aujourd'hui d'une manière absolue l'excision dans la cure des rétrécissements de l'urèthre; une opinion aussi radicale, inspirée par une longue pratique, doit être prise en sérieuse considération.

Voici en quelques mots sur quelles raisons elle repose. On admet généralement que les rétrécissements sont formés d'un tissu inodulaire analogue à celui des cicatrices, et l'on sait que l'une des propriétés de ce tissu est de se reformer sur toute plaie nouvelle, et d'autant plus que l'ouverture à combler est plus considérable. C'est donc faire de nouveaux rétrécissements plus épais et plus larges que ceux que l'on a enlevés, et que l'on croit avoir guéris. Fort séduisante comme résultat immédiat, l'excision ne donne que des guérisons momentanées. Elle est aujourd'hui abandonnée de ceux qui la pratiquaient avec le plus d'ardeur.

Le fait d'anatomie pathologique sur lequel s'appuie cette opinion est trop bien démontré pour que l'on puisse le mettre en doute; mais les conséquences pratiques qu'on en tire me paraissent devoir être probablement un jour modifiées au moins en partie.

On trouverait difficilement dans toute la chirurgie un autre sujet où, comme en celui ci, les moyens les plus opposés aient été vantés tour à tour, sans rien préciser des cas particuliers où ils devaient recevoir leur application.

Depuis quelques années surtout, la dilatation, la cautérisation, l'excision, l'incision, ont été successivement en faveur, et l'on revient maintenant à la dilatation.

Je me propose, dans un très-prochain travail, de faire voir les inconvénients de tels changements. Mais ici, qui ne voit que si vous appliquez l'excision au moindre des rétrécissements, vous augmentez en effet le mal par le remède; que si au contraire vous n'usez de ce procédé que contre d'épais rétrécissements fibreux qui empiètent sur l'aire du canal d'une quantité considérable, en s'enfonçant d'un autre côté dans les tissus propres de la verge, vous avez quelque chance d'agir utilement par excision d'abord? Elle ne peut être utile qu'à cette condition, et dans certains cas, les seuls que j'ai eu en vue en faisant exécuter l'instrument que je vous ai présenté.

Je ne veux avoir rien fait de plus, et je me défends surtout de la prétention d'appliquer partout avec succès un pareil moyen et de contribuer ainsi à augmenter la confusion dans une question où elle semble être à l'ordre du jour.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 juillet 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Landouzy (de Reims) sur une épidémie d'angines croupales qui a régné dans la commune de Cormicy en 1858;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements de l'Aude et de la Marne (commission des épidémies);

3° Les rapports de MM. les docteurs Jardon et Chely, sur le service médical des bains de mer de Boulogne et de Calais, pendant l'année 1858. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

L'Académie reçoit :

1° Une lettre de M. le docteur Reynaud, inspecteur général du service de santé de la marine, qui informe l'Académie que les frais des obsèques de feu le docteur Gaimard ont été supportés par le département de la marine.

2° Une lettre de remercîment de M. le docteur Vernois, candidat de l'Académie pour la place vacante dans la section d'hygiène.

3° Un mémoire de M. Dayot, médecin à Bélée, sur une épidémie de variole, suivi de quelques observations pratiques tendant à prouver l'importance de la vaccine. (Commission de vaccine.)

4° Une lettre de remercîment de M. le docteur Bertherand, médecin en chef du quartier général de l'armée d'Italie, récemment élu membre correspondant de l'Académie.

5° Une note sur les lésions intestinales dans le typhus épidémique, par M. le docteur Landouzy, correspondant de l'Académie.

6° Une observation de M. le docteur Picard, de Louviers, correspondant de l'Académie, relative à une tumeur très-volumineuse formée par une chute complète de la matrice et par la vessie qu'elle a entraînée avec elle. (M. Depaul, commissaire.)

— M. de Castelnau commence la lecture d'un mémoire intitulé : *Remarques sur l'interdiction des aliénés.* La suite de cette lecture, interrompue pour l'élection, est renvoyée à une autre séance.

— M. Gillette de Grandmont, élève en médecine, adresse la description et la figure d'un nouvel ophthalmoscope qu'il soumet à l'examen de l'Académie.

Depuis les recherches multipliées faites avec les ophthalmoscopes, les chirurgiens, dit l'auteur, se sont généralement plaints de la fatigue qu'amène chez les malades l'examen à l'aide de ces instruments.

J'en ai fait construire un qui m'a paru obvier à peu près complétement à cet inconvénient.

Il se compose d'une petite plaque concave emboîtant exactement la

racine du nez. Cette plaque est soudée à deux branches recourbées en forme de porte-conserves, qui, s'appliquant sur le pourtour de l'orbite, donnent à l'instrument une plus grande fixité. Sur la plaque est soudée une douille en cuivre dans l'intérieur de laquelle se trouve un écrou qui porte une lentille mobile dans toutes les directions. Une vis, qui met en mouvement l'écrou, sert à changer la distance focale de la lentille. L'instrument est fixé par des cordons élastiques se liant derrière la tête du malade.

Une fois l'instrument placé et la lentille amenée sur l'axe de la pupille, l'observateur, prenant de la main droite le miroir réflecteur, éclaire le fond de l'œil, manœuvre qu'il facilite singulièrement en dirigeant avec la main gauche restée libre la tête du malade.

Les principaux avantages de cet instrument, que je dois à l'habileté de M. Mathieu, sont les suivants :

1° Il prévient le clignement des paupières, qui dans l'emploi des instruments ordinaires a lieu d'une manière presque continuelle.

2° Quelle que soit la durée de l'examen, il fatigue infiniment moins le malade que ne le font les autres ophthalmoscopes.

3° Il permet à l'observateur le moins exercé de distinguer parfaitement les détails du fond de l'œil.

4° Il facilite l'examen successif par plusieurs personnes, sans qu'on soit obligé de déplacer l'instrument.

5° Il laisse à l'observateur une main libre, qui, appliquée sur le sommet de la tête du malade, sert à donner les attitudes les plus favorables à l'examen.

6° Enfin, il est plus simple et se dispose plus rapidement que l'ophthalmoscope fixe, et n'exige point, comme l'ophthalmoscope à main, une habitude qui ne s'acquiert souvent qu'avec une patience de plusieurs mois. (Commissaire : M. Poiseuille.)

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

M. LE SECRÉTAIRE donne lecture de la liste de présentation, ainsi composée :

En première ligne :	M. Tardieu.
En deuxième ligne, *ex æquo* :	MM. Bouchut et Boudin.
En troisième ligne :	M. Becquerel.
En quatrième ligne, *ex æquo* :	MM. Duchesne et Réveil.
Candidat de l'Académie :	M. Vernois.

Nombre de votants : 69.

Au premier tour, M. Tardieu obtient. . . . 62 suffrages.

MM. Vernois et Duchesne, chacun. . . . 2

MM. Becquerel, Boudin et Réveil, chacun. . . 1

M. Tardieu ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé élu. Son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

LECTURE.

Injections médicamenteuses sous-cutanées. — M. BÉHIER lit un mémoire dans lequel, après avoir fait l'historique de la méthode des injections sous-cutanées dans le traitement de diverses maladies, et en particulier des névralgies, il expose en ces termes le procédé qu'il a mis en usage et les résultats qu'il a obtenus par l'emploi de cette méthode.

M. Béhier s'est servi, pour pratiquer ces injections, de la seringue inventée par Pravaz pour les injections de perchlorure de fer. Ce choix fait, comme il s'agissait de médicaments énergiques et d'un moyen peu connu, il a cherché à bien se renseigner sur la façon dont fonctionne ce petit instrument. Voici ce qu'une étude attentive lui a donné :

La petite seringue est accompagnée de deux trocarts de taille différente. Le trocart que l'on choisit, une fois introduit avec sa canule sur le trajet du nerf douloureux, sur le nerf lui-même s'il est possible, ou dans tout autre point du corps, on retire le trocart, et sur la canule restée dans les tissus on visse le petit corps de seringue. Une fois la seringue ainsi vissée sur la canule, on tourne le piston. Chaque quart de tour de piston, qui est à vis, donne issue par l'extrémité de la canule à une goutte de liquide médicamenteux. Lorsqu'on procède ainsi par quarts de tour de piston, on obtient pour la capacité totale du corps de seringue 32 gouttes. Leur poids total est de 61 centigrammes, ce qui fait pour chaque goutte en poids 0,019 milligrammes.

Le liquide injecté a été dans 38 cas une solution de sulfate d'atropine, d'abord dans la proportion de 0,20 centigr. pour 30 grammes d'eau distillée. On a donc injecté à chaque quart de révolution un dixième et demi de milligramme de sulfate d'atropine environ, et six gouttes ont représenté environ 1 milligramme de cette substance.

Voici maintenant quels sont les cas auxquels M. Béhier a opposé ces injections, et les résultats qu'elles lui ont donnés :

61 malades ont été soumis à ce mode de traitement. Ils étaient affectés des maladies suivantes :

Névralgie sciatique	18
Névralgies intercostales sans complications. . .	9
Névralgies intercostales chez des sujets atteints de tubercules pulmonaires	2
Névralgie intercostale compliquée de phénomènes bizarres	1
Névralgie brachiale	1
Névralgie faciale	1
Pleurodynies	4
Douleurs musculaires rhumatoïdes.	11
Contusions	2
Douleurs sympathiques d'un cancer utérin. . ,	1
Douleurs liées à d'autres affections	3

Cette première catégorie de malades, au nombre de 53, a été soumise aux injections avec le sulfate d'atropine.

Viennent ensuite les malades sur lesquels M. Béhier a injecté une solution de sulfate de strychnine, savoir :

Paraplégie suite d'angine couenneuse.	2
— de cause inconnue et de date ancienne.	1
Paralysie de la jambe gauche liée peut-être à une affection névralgique	1
Hémiplégie suite d'hémorrhagie cérébrale . . .	2
Paralysie du bras, suite de compression. . . .	1

Enfin, il a injecté une solution de chlorhydrate de morphine dans un cas de colique avec constipation chez un peintre, colique de plomb légère.

Dans tous ces exemples, l'effet avantageux du médicament a été constant et très-marqué, avec des résultats définitifs très-nettement constatés pour les uns, moins bien constatés pour les autres. La cause de cette dernière incertitude, c'est que certains malades ont été traités à la consultation de l'hôpital et que plusieurs n'ont pas été revus.

Sur 18 sciatiques, on a constaté positivement 12 guérisons ; dans 6 exemples la guérison a été plus que probable, les malades l'ayant annoncée comme telle, mais n'étant pas revenus permettre de constater l'absence de toute récidive.

Chez plusieurs malades, il a suffi de quatre jours de traitement et de deux ou trois injections pour amener une guérison complète. Chez quelques-uns, il a fallu jusqu'à quinze injections. Les observations dont la terminaison n'a pu être bien précisée n'en ont jamais comporté plus de quatre, et toujours chaque injection a été suivie d'un mieux notable.

Les observations qui portent sur d'autres maladies que les névralgies sciatiques, et qui sont des névralgies intercostales, pleurodynies, douleurs rhumatoïdes musculaires, donnent des résultats plus satisfaisants et plus rapidement obtenus.

Onze névralgies intercostales, dont deux ayant lieu chez des sujets tuberculeux, ont été toutes les onze guéries chacune par une seule injection au niveau de l'espace intercostal douloureux.

Quatre observations de pleurodynies traitées à la consultation par les injections de sulfate d'atropine ont été relevées. Chez tous ces malades, le mieux qui suivit chaque injection ne fut pas douteux, mais les individus ont été perdus de vue.

Viennent ensuite les observations de cinq malades atteints de douleurs musculaires qui furent guéris par deux injections chacune de dix gouttes.

Des injections de sulfate d'atropine ont été pratiquées dans deux cas de contusions des parois thoraciques, au niveau du point contusionné. (Observations incomplètes.)

M. Béhier n'a rencontré qu'un seul cas de névralgie faciale. Une injection faite au niveau du trou mentonnier et une au niveau du trou sous-orbitaire, avaient dissipé les douleurs sur ces deux points. Elles persistaient au niveau du trou maxillaire supérieur, lorsqu'il pratiqua une injection dont on n'a pu connaître le résultat. Il a pratiqué des injections de 10 gouttes chacune dans la partie antérieure des cuisses, chez une femme atteinte de cancer utérin, et qui était tourmentée de ces douleurs sympathiques si fréquentes en pareil cas; la douleur a disparu pour ne plus revenir.

En résumé, sur 35 cas dans lesquels les injections de sulfate d'atropine ont été employées pour des douleurs de nature variable et pour des contusions, M. Béhier a constaté 18 guérisons complètes obtenues d'ordinaire par une seule injection, par deux au plus, et 15 autres fois il a constaté les bons effets constants du moyen, même alors qu'il n'a pu compléter les observations.

En réunissant les exemples des deux catégories qui viennent d'être passées en revue, on voit que chez 53 malades les injections de sulfate d'atropine, faites au niveau du point douloureux quel qu'il fût, ont toujours été efficaces pour calmer les douleurs nerveuses, et elles les ont toujours guéries dans les cas où elles ont pu être suffisamment répétées, c'est-à-dire dans 31 cas sur 53.

Chez tous les malades, M. Béhier a constaté les signes de l'intoxication atropique plus ou moins bien exprimés.

Cherchant à utiliser la méthode des injections dans d'autres cas que les névralgies ou les douleurs rhumatismales, M. Béhier a, dans sept exemples de paralysies, fait des injections de sulfate de strychnine. La solution de ce sel était à 0,30 pour 30,0 d'eau distillée, comme pour le sulfate d'atropine.

Nous reviendrons sur ces derniers faits, ainsi que sur l'application que M. Béhier a faite de cette méthode à la colique de plomb.

La méthode de M. Wood, continue M. Béhier, est donc applicable à des maladies autres que les névralgies. Mais cette méthode n'eût-elle que cette application, elle serait déjà précieuse, car elle agit plus sûrement, plus vite que toute autre, même que la méthode endermique; elle est bien moins douloureuse que les vésicatoires et que les cautérisations, et elle n'offre aucun inconvénient. C'est par la démonstration de cette dernière proposition que M. Béhier termine son mémoire. Cette démonstration se résume en disant que sur 227 piqûres pratiquées dans différentes régions, et qui ont servi à introduire 2,991 gouttes de liquides médicamenteux chargés soit de sulfate d'atropine, soit de sulfate de strychnine dans la proportion de 0,20 pour 30,0, il n'est pas survenu *un seul accident local.*

En résumé, dit M. Béhier en terminant, je crois qu'il résulte des études qui précèdent que les injections sous-cutanées de substances médicamenteuses offrent des avantages considérables dans le traitement des névralgies, dans celui des paralysies, et qu'elles pourraient même être très-utiles comme méthode propre à faire obtenir dans toute autre affection l'absorption très-prompte et très-sûre des médicaments destinés à agir sur l'économie tout entière. Ce sont là des motifs qui me paraissent légitimer suffisamment la vulgarisation de cette méthode, qui ne présente d'ailleurs aucun inconvénient, et que je mets avec confiance sous le patronage de l'Académie. (Commissaires : MM. Bouchardat, Jolly, Trousseau.)

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. le docteur ANTONIO DA LUZ PITTA (de Madère) fait connaître à l'Académie les modifications qu'il a faites aux stéthoscopes généralement employés, modification qui a pour objet de les rendre applicables aux surfaces inégales que présentent les parois de la poitrine chez les personnes maigres. (Commissaires : MM. Kergaradec et Depaul.)

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur A. Legrand nous prie d'insérer la lettre suivante, que M. le Rédacteur du *Progrès* n'a pas insérée, malgré la demande de notre confrère.

Paris, 29 juin 1859.

A M. le docteur Fleury, rédacteur en chef du journal LE PROGRÈS.

Monsieur et honoré confrère,

Un de vos collaborateurs, dans un article sur le LIPOME (numéro du 22 janvier 1858 de votre journal), où se trouvent consignés plusieurs faits recueillis dans une clinique justement célèbre, mais où il paraît qu'on a peu de sympathie pour la *méthode de la cautérisation linéaire*, et encore moins pour son auteur, M. Jules Rouyer, dis-je, après m'avoir gratifié (sans me nommer, il est vrai, *mais en me désignant bien clairement*) d'épithètes plus injurieuses que justifiables, et à propos de l'ablation par le bistouri d'une tumeur récidivée (*sous une autre forme !*) après sa destruction par les caustiques ; cet auteur (sur le dire sans doute du professeur qui s'est fait légèrement l'écho d'une malade mécontente) affirme que « voyant qu'elle ne gagnait rien au » traitement que je lui faisais suivre, elle avait voulu avoir l'avis de » M. Nélaton ; qu'alors je lui avais amené, *au lieu de M. Nélaton*, un » *compère à moi*, qui approuva chaudement ce qui avait été fait, et » prescrivit de continuer le traitement ! »

Ce n'est que bien récemment, Monsieur, que j'ai eu connaissance de cet article, où je me trouve ainsi accusé d'*un faux par supposition de personne*. Et ce n'est que plus récemment encore que j'ai retrouvé la femme qui aurait fait sur mon compte un si détestable mensonge ; qu'elle dément dans une lettre en date du 10 courant, et dont je ne citerai que le passage suivant :

« Je reconnais hautement que jamais, ni avant, ni pendant, ni après » mon traitement, *vous ne m'avez amené personne, ni chirurgien ni* » *médecin*. Je me rappelle seulement que vous m'aviez parlé de m'a» mener M. le docteur Follin, qui avait fait un examen de ma tumeur, » *ce qui n'a point eu lieu.* »

Je pourrais sans doute, Monsieur, trouver dans tous ces faits les éléments d'un procès en diffamation à intenter à la malade, au journaliste et au professeur. Mais, cédant à une haute influence (à celle de M. le doyen de la Faculté de médecine, président de notre Association de prévoyance), j'aime mieux faire un appel à votre loyauté, et me contenter pour toute réparation de l'insertion de cette lettre dans le plus prochain numéro du journal *le Pprogrès*.

Agréez, etc. A. LEGRAND.

P.-S. — Je tiens à votre disposition la lettre de la malade et celle de M. le docteur Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Delore, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon, vient, à la suite du concours ouvert le 4 juillet, d'être nommé chirurgien-major de l'hospice de la Charité de la même ville.

— M. le docteur Joseph Ekelt, depuis quatorze ans chirurgien en chef du dispensaire et l'un des plus anciens praticiens de la ville d'Alger, vient de mourir à l'âge de 50 ans.

— Parmi les récompenses décernées par l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse, le 21 juin dernier, deux médailles d'argent ont été accordées à des travaux se rattachant aux sciences médicales, savoir : 1° à M. le docteur Laforgue, pour un mémoire sur un fœtus monstrueux appartenant au groupe des cyclopes rhinocéphaliens ; 2° à M. le docteur Henri Molinier, pour un travail de bibliographie rétrospective relatif à un *Traité de la peste*, par Etienne Dufanc, médecin à Rabastens (Tarn) au seizième siècle.

— La Société des sciences médicales du département de la Moselle a mis au concours, pour l'année 1860, les questions suivantes :

1° Faire l'histoire des maladies des ouvriers, déterminées par l'une des principales industries de la Moselle. (Métallurgie, peluches, mines, etc.)

2° Des accidents graves qui surviennent dans le cours des affections rubéoliques et scarlatineuses ; faire connaître leur nature, leurs causes et leur traitement.

Chaque prix consistera en une médaille d'or.

Les mémoires devront être adressés, dans les formes académiques ordinaires, au secrétariat de la Société, à Metz, avant le 15 avril 1860.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 . Un an. . . 30 .

Pour la Belgique Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des injections médicamenteuses sous-cutanées.

En rendant compte dans le dernier numéro de la communication de M. Béhier à l'Académie de médecine, sur les résultats que ce médecin a obtenus dans son service de l'hôpital Beaujon par l'emploi de la méthode des injections sous-cutanées, nous avons dû nous borner à un exposé sommaire des faits et à un simple énoncé de ces résultats dans ce qu'ils ont de plus général. Nous allons revenir aujourd'hui sur quelques-uns de ces faits, avec les développements que ne comportait point le compte rendu d'une séance académique, et qui trouveront mieux leur place ici.

On a vu par l'analyse succincte que nous avons faite de ce mémoire, que M. Béhier ne s'était pas borné à des injections d'atropine, et à combattre par cette méthode les affections névralgiques ou rhumatismales seulement; mais qu'il en avait étendu l'application à d'autres substances médicamenteuses et à d'autres affections de diverse nature, et plus particulièrement à des paralysies, ainsi que M. Alexandre Wood, à qui il fait honneur de la méthode, l'avait d'ailleurs fait déjà lui-même, et ainsi que l'avait fait avant tout autre, par un procédé différent, M. le docteur Laforgue, de Saint-Emilion. C'est sur ces applications, qui n'ont été qu'indiquées seulement dans notre analyse, que nous nous proposons d'appeler en ce moment l'attention de nos lecteurs.

M. Béhier a fait des injections de sulfate de strychnine dans sept cas de paralysie. Le sel qu'il a employé était à 0,30 pour 30,0 d'eau distillée, comme pour le sulfate d'atropine. Il a pratiqué ces injections dans les cas suivants :

Une jeune fille de dix neuf ans, était atteinte de paraplégie avec gêne et engourdissement du mouvement des mains, le tout développé vingt-trois jours après la guérison d'une angine couenneuse. Le fer, les bains sulfureux, le quinquina n'avaient donné aucun résultat avantageux. Six injections, ayant fait pénétrer un total de 104 gouttes de solution de sulfate de strychnine sur le trajet des deux nerfs sciatiques, suffirent pour guérir la malade après quatorze jours de traitement.

Les phénomènes physiologiques, dans cette circonstance, ont été surtout des crampes, des fourmillements et un sentiment d'inquiétude dans les jambes, symptôme très pénible au dire de la malade. Pas de secousses tétaniques. Après chaque injection la marche devenait plus facile, et la malade a fini par pouvoir danser dans le jardin de l'hôpital.

Un homme qui, après des douleurs vives le long du dos et dans les deux jambes, éprouvait une faiblesse tellement marquée du membre inférieur gauche qu'il ne pouvait le lever étant au lit, et qu'il était obligé de traîner son pied pour fléchir sa jambe sur la cuisse, reçut une seule injection sur le trajet du sciatique. 16 gouttes de la solution de sulfate de strychnine furent introduites, et le lendemain, sans avoir éprouvé de phénomènes physiologiques bien marqués, il levait la jambe sans difficulté. Les muscles qui, avant l'injection, ne répondaient plus à sa volonté et étaient inertes, se contractaient de façon que la main de l'observateur constatât leur action, impossible à saisir avant l'injection. Il marchait le lendemain, et peu après il quittait l'hôpital.

De même une femme de 40 ans, atteinte depuis deux ans et demi d'une paraplégie dont la cause ne peut être nettement précisée, quittait l'hôpital dans un état très satisfaisant, si satisfaisant même qu'elle voulut partir, se trouvant guérie, bien qu'elle ne le fût pas aux yeux de M. Béhier.

L'observation n'est pas aussi probante chez cette malade, parce qu'elle prenait à l'intérieur, chaque jour, 30 centigrammes d'extrait de noix vomique; mais à chaque injection elle a accusé et on a constaté une amélioration réelle. 4 injections furent pratiquées et servirent à introduire cent gouttes de solution de sulfate de strychnine.

M. Béhier a, en outre, injecté par trois fois dix gouttes de la même solution dans le bras gauche d'un malade atteint d'hémiplégie suite d'hémorrhagie cérébrale. L'injection eut lieu au niveau du nerf médian, et les mouvements du bras ont été assez développés pour qu'il porte maintenant sa main à sa tête, mouvement impossible avant les injections, et qui a commencé le lendemain de la première. Chez lui, aucun accident n'a été observé du côté de l'encéphale après les injections de sulfate de strychnine; aucune crampe des membres, aucune douleur de tête n'est survenue.

Le même malade n'a éprouvé non plus rien de grave après deux injections de solution de sulfate d'atropine faites dans le bras et dans le côté gauche des parois thoraciques, pour remédier à des douleurs qui occupaient ces divers points, comme on l'observe souvent chez les hémiplégiques. Il éprouva un sentiment d'ivresse, de la sécheresse à la gorge, des troubles de la vue, etc.. comme tous les malades chez lesquels le sulfate d'atropine fut introduit; mais aucun accident ne fut réveillé vers l'encéphale par ces deux secousses.

Chez un second malade, également atteint d'hémiplégie suite d'hémorrhagie cérébrale remontant à deux mois, M. Béhier a obtenu une amélioration telle après deux injections de sulfate de strychnine, que le malade porte à sa tête la main immobile avant l'emploi de ce moyen, qui n'a eu aucun inconvénient d'ailleurs.

Un malade de M. Frémy, dans un service voisin du même hôpital, qui avait été atteint, après s'être endormi sur son bras, d'une paralysie du deltoïde que rien ne pouvait guérir, a pu recouvrer le mouvement du bras en neuf jours après six injections de 96 gouttes de solution de sulfate de strychnine.

Enfin, un nouveau malade, entré depuis peu dans les salles de M. Béhier pour être traité d'une paraplégie suite d'angine couenneuse, et compliquée de paralysie du voile du palais et de mydriase, est plus fort de la jambe droite, dans laquelle il a fait une injection de sulfate de strychnine il y a quelques jours.

M. Béhier a encore employé ce mode de traitement dans un cas analogue, sinon semblable, à une colique de plomb. Chez cet individu une injection faite à l'épigastre, au niveau de chaque muscle droit et dans son épaisseur, calma la douleur. On injecta chaque fois 20 gouttes de solution de 0,40 de chlorhydrate de morphine dans 30 grammes d'eau distillée. Un purgatif détruisit la constipation.

— Dans l'appréciation que M. Béhier fait du mode d'action et des effets des substances ainsi introduites dans le tissu cellulaire ou dans l'épaisseur même des tissus, il y a deux faits également importants à considérer, savoir : une action locale sur le nerf affecté dans le voisinage ou sur le trajet duquel l'injection a été pratiquée, ou sur le muscle rhumatisé, qui a été imprégné par le liquide médicamenteux; et une action générale sur l'économie, résultant de l'absorption de cet agent. Contrairement à l'opinion de l'un des promoteurs de la méthode, M. Ch. Hunter, qui pense que l'injection sous-cutanée, dans une partie quelle qu'elle soit du corps, est pour la guérison de la névralgie aussi puissante et aussi curative dans ses effets que l'injection localisée sur le tissu malade même, M. Béhier est d'avis que, quand on veut combattre une névralgie ou une douleur rhumatismale, c'est au niveau du point douloureux et sur ce point lui même, autant que cela est possible, que doit être pratiquée l'injection. Voici quelques-uns des faits sur lesquels il se fonde pour formuler ce précepte :

Un individu atteint d'une affection rhumatoïde des deux deltoïdes, a été guéri le premier jour, du côté droit, par une injection faite dans l'épaisseur du deltoïde de ce côté, sans que l'autre muscle congénère du côté gauche ait été modifié en quoi que ce fût.

« Plusieurs fois, ajoute-t-il, j'ai tenté, pour vérifier l'opinion de M. Ch. Hunter, de pratiquer des injections sur une région éloignée de la douleur, sans avoir jamais observé aucun résultat réel de ces tentatives. C'est ainsi qu'il y a peu de jours encore, j'ai introduit dans le deltoïde d'un sujet atteint de sciatique, dix gouttes de sulfate d'atropine sans aucun résultat sur la névralgie fémorale. »

Quant à l'action générale résultant de l'absorption, si tant est qu'elle eût besoin d'une nouvelle démonstration, les résultats constatés par M. Béhier la mettent une fois de plus en évidence, et ils montrent le parti qu'on pourra tirer de ce procédé pour des agents doués d'une grande activité. C'est ainsi que chez tous les malades qu'il a traités pour des névralgies par les injections de sulfate d'atropine, il a constaté les signes de l'intoxication atropique plus ou moins bien exprimés.

Voici ce qu'il signale à cet égard. C'est par là que nous terminerons aujourd'hui sur cette question.

Un quart d'heure, une demi-heure, ou quelquefois, quoique beaucoup plus rarement, une heure seulement après l'injection, les malades étaient pris de malaise, d'étourdissements, de sécheresse de la gorge, de troubles de la vue. Un homme voyait les objets beaucoup plus gros qu'ils n'étaient réellement, leurs con-

---

BIBLIOGRAPHIE.

Essai analytique et critique de statistique mortuaire comparée, renfermant les monographies étiologiques des accidents et de la plupart des maladies mortelles, etc.; par le docteur MARC D'ESPINE, de Genève (1).

On n'est pas encore aujourd'hui complétement d'accord sur la question de savoir s'il est possible de dresser une bonne statistique mortuaire, une liste exacte et régulière où se trouvent consignées les causes des décès, ainsi que toutes les circonstances qui se rattachent à chacun des cas observés, âge, sexe, durée de l'affection, etc. On se rappelle la longue discussion qui a occupé, il y a bientôt deux ans, l'Académie de médecine pendant plusieurs séances, et qui s'est terminée par une réponse affirmative. Ce principe une fois admis, il se présente une autre question tout au moins aussi importante et peut être davantage, celle-ci : « Une statistique de cette espèce étant établie, est-elle susceptible de rendre de vrais services aux sciences médicales, en fixant les lois de l'étiologie des maladies? » De cette statistique, il est des économistes qui attendent si peu de lumières pour l'explication des lois générales de la population, qu'ils s'opposent à ce que l'on complique l'enquête officielle sur les décès de la prise en considération des noms des maladies et des accidents mortels.

Depuis longtemps déjà, M. Marc d'Espine, dont le nom est bien connu du monde médical comme celui d'un homme convaincu et consciencieux, en même temps que d'un travailleur infatigable et difficile à décourager, M. Marc d'Espine s'occupait de recherches dont le résultat, espérait-il, devait être de démontrer à la fois et la possibilité et l'utilité de ces sortes d'enquêtes. Des fragments en avaient été publiés çà et là dans des recueils périodiques de médecine; il les offre aujourd'hui dans leur ensemble au monde médical, accompagnés de considérations destinées à faire comprendre toute l'importance et la portée de son œuvre.

Élève de l'école de M. Louis, M. Marc d'Espine est de ceux qui croient à la valeur des nombres et qui pensent qu'ils peuvent conduire à bien des conséquences inespérées, lorsqu'on s'entoure de toutes les garanties nécessaires pour écarter les causes d'erreur; mais il ne faut pas leur demander autre chose que ce qu'ils peuvent donner, sous peine de s'égarer dans des théories complétement fausses. Ainsi, par exemple, veut-on tracer avec exactitude le tableau d'une maladie, sa symptomatologie, sa marche, etc.? C'est à des observations recueillies avec soin dans la pratique civile ou dans celle des hôpitaux, qu'il faut avoir recours; et lorsque, par la comparaison d'un assez grand nombre de faits, on est arrivé à des résultats à peu près constants, on peut être certain que l'on est sur la voie de la vérité.

Et, en effet, des livres composés suivant cette méthode, en est-il qui ne soient pas restés aussi fidèles, aussi vrais aujourd'hui qu'au moment où ils furent soumis pour la première fois à l'appréciation des savants et des praticiens? Sous ce rapport, nous ne pouvons qu'abonder dans le sens de M. Marc d'Espine, et nous conviendrons volontiers avec lui que les deux ouvrages du maître de l'école numérique qu'il cite, les histoires de la *phthisie* et de la *fièvre typhoïde*, sont encore aujourd'hui les modèles du genre, et qu'il nous paraît difficile de les dépasser.

Mais, ajoute-t-il, dès qu'il s'agit de mesurer la fréquence d'une maladie, le rôle qu'elle joue dans la mortalité d'une population; dès qu'il faut apprécier sa fréquence mortuaire ou simplement morbide, suivant l'âge, le sexe, l'habitation, la condition sociale, etc., il n'en est plus de même; il ne faut plus avoir recours aux observations de choix, les monographies, basées sur les faits d'hôpitaux ou de pratique, ne fournissent plus que des données incertaines, souvent même contradictoires; il devient indispensable, pour mesurer sa fréquence et ses variations sous l'influence des diverses causes générales, d'opérer sur l'ensemble des cas qui ont surgi dans un temps donné, au milieu d'une population bien connue, dont les éléments étiologiques soient aussi exactement déterminés qu'ils le sont dans l'ensemble de ces cas de maladie ou dans le total des décès que cette maladie a causés.

C'est par cette méthode seule que l'on peut arriver à une étiologie

(1) Un vol. in-8° de XXII-466 pages. — Cherbuliez.

tours étaient mal circonscrits. Un autre les voyait tous colorés en rouge. Un troisième leur trouvait une teinte verte. Quelques-uns ont éprouvé des hallucinations. Une femme, après les injections, voyait des rats ailés ou non qui couraient par la salle. Un malade croyait voir les chevaux qu'il a l'habitude de soigner, leur parlait, et croyait les panser. Enfin le délire a été chez certains malades plus vif et plus actif; ils se levaient, descendaient au jardin, et accomplissaient des actes peu raisonnables dont ils ne conservaient pas le souvenir une fois revenus à eux-mêmes.

Un malade présenta une marche singulière de son délire atropique. A la suite d'une injection de 20 gouttes de solution atropique faite le 14 mars, il se leva, courut les corridors de l'hôpital sans savoir où il allait, perdant ses habits et tenant des propos incohérents, sans violence. On le coucha, et pendant la nuit il dormit tranquillement. A son réveil, il n'offrait plus de délire, et racontait à la visite les événements de la veille, dont il avait conservé un vague souvenir. On croyait tout terminé, lorsque peu après, sans injection nouvelle, sans aucune administration d'un médicament quelconque, le délire reparut, dura toute la journée, et le lendemain 16 mars, après une nuit agitée, il était encore en plein délire, à genoux sur son lit, conjurant le médecin de sauver sa famille et ses enfants.

Chez ce malade, comme chez les six autres, l'opium sous forme d'extrait ou de sirop diacode arrêta tous les phénomènes toxiques. Nous reviendrons plus tard sur la signification de ce dernier fait.

Deux ou trois malades ont présenté des éruptions ortiées consécutivement aux injections atropiques.

Enfin, il est un phénomène que M. Béhier a retrouvé souvent aussi, c'est la rétention d'urine avec douleur lors de l'émission des premières portions de ce liquide, qui déterminaient au méat urinaire une sensation de brûlure très-pénible. Cette rétention d'urine a souvent duré plusieurs heures.

Un seul malade a offert comme phénomène produit par la solution atropique, un relâchement du sphincter de l'anus et des émissions involontaires des matières fécales.

Sur les causes de la mort après les amputations.

Le docteur Th. Bryant a communiqué à la Société médico-chirurgicale de Londres un travail statistique sur les causes de la mort après les amputations, basé sur l'analyse de 300 cas d'amputations pratiquées au Guy's Hospital. Ces sortes de recherches, dont l'utilité est de tous les temps, nous ont paru devoir offrir en ce moment un intérêt particulier. Aussi nous empressons-nous d'emprunter les détails qui suivent à une traduction du travail de M. Bryant que vient de publier l'*Union médicale*.

L'auteur divise les amputations en 4 classes : amputations primitives, amputations secondaires, amputations pathologiques (il désigne ainsi celles qui sont pratiquées pour des maladies inflammatoires des articulations), et amputations d'utilité (c'est-à-dire faites pour certains cas de tumeurs ou de difformités, par mesure d'utilité plutôt que par nécessité absolue).

Ces 300 opérations se répartissent ainsi :

Amputations pathologiques.	167
— d'utilité.	33
— primitives.	76
— secondaires.	24
	300

Pour les amputations considérées en général, l'auteur constate qu'il y en a 25 p. 100 mortelles; la proportion est de 30 p. 100 pour les amputations du membre inférieur; de 10 p. 100 pour celles du membre supérieur.

Les amputations secondaires sont mortelles 50 fois p. 100; les amputations primitives, 43 p. 100; les amputations d'utilité, 30 p. 100; les amputations pathologiques, 12 p. 100.

La proportion de la mortalité, pour les amputations pathologiques de la cuisse, est de 18 p. 100 ou 1 sur 5,5; pour celles de la jambe, 7,7 ou 1 sur 13; pour le pied et pour le membre supérieur, le succès est la règle.

Dans les amputations d'utilité de la cuisse, 31 p. 100 sont mortelles, ou 1 sur 3,16; de la jambe, 66,6, ou 1 sur 1,5; pour le membre supérieur, la mort est l'exception.

Dans les amputations pratiquées pour des lésions traumatiques du membre inférieur, 60 p. 100 sont mortelles; pour le membre supérieur, 18 p. 100; celles de la jambe sont au moins aussi graves que celles de la cuisse.

Dans les amputations de la cuisse pratiquées dans les cas de maladie chronique du genou, 1 sur 7 s'est terminée par la mort, soit 14,5 p. 100. L'amputation de la cuisse, faite dans les cas de suppuration aiguë du genou, est presque toujours mortelle.

Dans les amputations du membre inférieur pratiquées pour des tumeurs ou difformités, la proportion de la mortalité est de 36 p. 100. Pour le membre supérieur, la guérison est la règle.

Voici, d'après les recherches de M. Bryant, quelles sont les causes de la mort dans les amputations en général :

La pyémie est la cause de la mort dans 42 p. 100 du nombre total des amputations.

L'épuisement est la cause de la mort dans 33 p. 100 des cas mortels, et dans 8 p. 100 du nombre total des amputations.

Les autres causes se sont produites dans les proportions suivantes :

		Prop. relativem. aux cas de mort.		Proport. relativ. au nombre total des amputations.
Hémorrhagie secondaire. .		7 p. 100,	ou	1,66 p. 100.
Complications	thoraciques..	5,6		1,33
—	cérébrales. .	3		0,66
—	abdominales.	1,4		0,33
—	rénales. . . .	3		0,66
—	hectiques. . .	3		0,66
—	traumatiq. .	7		1,66

Voici quelle est la répartition de ces diverses causes de mort dans les quatre ordres d'amputations établis.

Amputations pathologiques. — La pyémie est la principale cause de mort; elle compte pour 40 p. 100 sur les cas de mort, et pour 5,4 p. 100 sur la totalité des amputations. La mort par pyémie survient dans les quatorze premiers jours qui suivent l'opération.

L'épuisement qui résulte soit de l'opération, soit d'hémorrhagie ou de ces causes réunies, se termine par la mort dans une proportion de 33 p. 100 sur les cas mortels, et de 4 p. 100 sur la totalité des opérations.

L'hémorrhagie secondaire ne compte que pour 9 p. 100 sur les cas mortels, ou 1,4 p. 100 sur la totalité.

Les complications abdominales, thoraciques, de fièvre hectique, etc., agissent à peu près également dans une proportion de 13 p. 100 des cas de mort, ou 2 p. 100 sur le chiffre total des amputations.

Amputations d'utilité. — La pyémie compte pour 60 p. 100 sur le nombre des cas mortels, ou 18 p. 100 sur la totalité de ces amputations. Le terme ordinaire de la mort est le même que dans la catégorie précédente.

L'épuisement n'entre que pour 10 p. 100 sur le chiffre des cas de mort. La proportion est à peu près la même pour les complications viscérales ou l'infection cancéreuse.

Amputations primitives. — La pyémie produit la mort dans 43 p. 100 des cas funestes, ou 16 p. 100 du nombre total. Elle se manifeste généralement dans la première ou la deuxième semaine qui suit l'opération, et ne se termine par la mort que dans la troisième ou la quatrième semaine : la mort est donc plus tardive dans cette catégorie d'amputations que dans les deux précédentes classes.

L'épuisement compte pour 32 p. 100 des cas funestes, ou 12 p. 100 du chiffre total des amputations.

Les complications traumatiques figurent dans 15 p. 100 des cas de mort; les complications cérébrales thoraciques ou d'hémorrhagie secondaire, pour environ 7 p. 100 chacune.

Amputations secondaires. — Dans les amputations secondaires, plus graves que les amputations primitives dans la proportion de 8 p. 100 environ, l'épuisement est la principale cause de mort; il figure pour 60 p. 100 sur le chiffre des cas funestes. La pyémie compte pour 25 p. 100 des cas de mort; l'hémorrhagie secondaire et la fièvre hectique pour 15 p. 100.

Relativement à la gravité de la pyémie en particulier, M. Bryant tire de ses recherches statistiques les conclusions suivantes :

1° La pyémie figure pour 42 p. 100 du chiffre des cas de mort, et pour 10 p. 100 sur le nombre total des amputations.

2° Dans les différentes catégories d'amputations, la pyémie se montre dans les proportions suivantes :

Sur la totalité des cas funestes d'amputations			d'utilité. .	70 p. 0/0.
—	—	—	primitives. .	43 p. 0/0.
—	—	—	pathologiques.	43 p. 0/0.
—	—	—	secondaires. .	25 p. 0/0.

La pyémie s'observe donc le plus fréquemment dans les cas d'amputations d'utilité, et le moins dans les amputations secondaires.

3° Dans les amputations pratiquées pour une suppuration aiguë de l'articulation du genou, quel que soit le siége de la suppuration (arthrite suppurée ou abcès péri-articulaire ouvert dans la synoviale), la pyémie est beaucoup plus fréquemment mortelle que dans les cas d'amputation faite pour une maladie chronique du genou.

4° C'est ordinairement la pyémie qui amène la mort dans les amputations faites pour débarrasser le malade d'un membre atteint de tumeur maligne ou d'une difformité grave.

5° La pyémie est plus fréquente dans les amputations de la jambe que dans celles de la cuisse.

6° D'une manière générale, la pyémie est bien plus à craindre dans les cas où l'amputation porte sur des tissus sains, et où une large surface osseuse saine est en contact avec le pus.

D'une modification nouvelle dans le traitement de la blennorrhagie.

Un jeune homme de vingt ans entre à l'hôpital de la Charité le 3 mai dernier, dans le service de M. le professeur Piorry, pour une blennorrhagie aiguë compliquée de paraphimosis. La blennorrhagie, développée trois jours après des relations suspectes, datait de sept jours. Le malade s'était borné jusque-là à boire de grandes quantités de tisane. L'écoulement, très-abondant, était d'une teinte jaune-verdâtre; l'émission des urines était douloureuse, les érections fréquentes pendant la nuit et pénibles. Il y avait enfin, ainsi que nous venons de le dire, un paraphimosis avec gonflement considérable du gland et infiltration du prépuce. M. Piorry, après avoir réduit le paraphimosis, prescrivit le traitement en ces termes :

Faire toutes les heures une injection avec la solution suivante :

Sulfate de zinc.	1 gramme.
Eau distillée.	200 —

Toutes les fois que le malade aura uriné, il prendra immédiatement 10 grammes de poivre cubèbe dans du pain azyme; deux lavements émollients par jour; tisane d'orge pour boisson; deux portions d'aliments.

Sous l'influence de ce traitement, le 6 mai, l'écoulement a considérablement diminué de quantité; sa coloration n'est plus la même; il est devenu plus clair et plus blanc. Le malade ne souffre presque plus en urinant. Il se plaint seulement de chaleur au périnée et d'érections nocturnes douloureuses; il est constipé. — *Prescription :* continuer *ut suprà ;* de plus, cataplasmes au périnée, lavements avec la décoction de graines de lin, 15 grammes d'huile de ricin, 0,50 centigrammes de camphre en pilules le soir.

Le 9 mai, le malade se trouve beaucoup mieux; il reste levé toute la journée. La chaleur du périnée a diminué; l'écoulement

---

médicale vraie, et c'est celle qu'a suivie M. Marc d'Espine lorsqu'il fut chargé, il y a quelques vingt ans, en sa qualité de membre du conseil de santé du canton de Genève, de surveiller et de diriger le service des médecins vérificateurs des décès; aussi pense-t-il, et avec raison, être arrivé à des résultats bien plus exacts et bien plus complets que les statisticiens qui l'ont précédé.

A vrai dire, s'il ne devait y avoir jamais, dans ces travaux arides, qu'une question de vaine curiosité sans aucune conséquence pratique, nous ne comprendrions pas que des hommes instruits et intelligents consumassent la plus grande partie de leurs forces et de leur temps à grouper incessamment des chiffres et à les combiner de mille manières pour en tirer des conclusions. Pour nous, il n'est de science véritable que celle qui se propose un but utile et qui contribue directement ou indirectement à la satisfaction de besoins réels, à l'augmentation du bien-être, à l'amélioration du sort des individus ou des masses.

Nous avons été heureux de voir que telle avait été l'ambition qui avait guidé M. Marc d'Espine dans la constitution de son œuvre. « Il y a dans cet essai, dit-il, autre chose que des résultats obtenus; il engage la statistique de population dans une nouvelle voie, et laisse entrevoir à ceux qui voudront bien me lire tout ce que les sciences médicales et économiques pourront y rencontrer de lumières et d'utiles directions pour l'amélioration de la vie moyenne des peuples et pour l'accroissement de la force vive des nations. »

Quelques mots maintenant sur les principales divisions du livre et sur quelques-uns des résultats auxquels s'est trouvé conduit M. Marc d'Espine.

Dans la première partie, l'auteur traite des décès en général, sans distinction d'espèces étiologiques, sous six chefs principaux :

1° Dans leurs rapports avec les naissances et la population;

2° Au point de vue de l'âge;

3° Au point de vue des mois et des saisons;

4° Au point de vue des sexes;

5° Au point de vue de l'habitation;

6° Enfin, au point de vue de l'aisance et de la misère.

Dans chacun des chapitres suivants, on retrouve cette division méthodique qui domine tout le travail.

Quant aux professions, dont il semblait que M. Marc d'Espine dût étudier avec soin l'influence sur la production des décès, car au premier abord il paraît impossible qu'elles ne jouent pas un rôle important dans la mortalité, il n'a pas voulu faire entrer cet élément dans ces recherches pour plusieurs raisons dont voici les principales : d'abord qu'il est impossible de classer toutes les professions selon les principes de l'hygiène; que l'âge auquel on entre dans les professions n'est pas le même pour toutes et voire même quelquefois pour la même; qu'un grand nombre de professions n'occupent pas exclusivement le même individu, lequel peut en exercer plusieurs; enfin, que dans la comparaison de deux professions, il faut s'assurer que le degré d'aisance est le même chez les ouvriers qui les exercent; car, disons-le sur-le-champ, les conditions d'aisance ou de misère jouent un grand rôle dans la détermination de la durée de la vie humaine.

Dans la seconde section de son livre, l'auteur envisage les décès au point de vue de leurs causes non morbides; ainsi, il traite successivement des mort-nés; de ceux qui succombent peu d'heures ou même peu de jours après leur naissance, simplement parce qu'ils ne peuvent pas vivre soit en raison d'une débilité congénitale, soit par suite d'un vice originel de conformation; des morts de vieillesse ou de marasme sénile; enfin des morts violentes, accidentelles ou par suicide.

Un mot sur la mort de vieillesse. On meurt toujours d'une maladie quelconque, disent certains médecins possédés de la manie des localisations pathologiques. Nous pensions, nous, et nous croyions en avoir rencontré des exemples, que l'on meurt quelquefois, même à un âge relativement peu avancé, par cette seule raison que l'on ne peut plus vivre, que les organes usés ne peuvent plus fonctionner, et cela sans qu'il se rencontre dans l'économie aucun désordre morbide appréciable. Nous avons été heureux de voir que M. Marc d'Espine, homme compétent dans cette question s'il en fut jamais, partage la même opinion, et nous avons trouvé dans son livre des exemples de morts par vieillesse à une époque qui, pour certains individus, paraîtrait plutôt appartenir encore à l'âge mûr. C'est ainsi que dans l'espace de treize ans on a vu, dans le canton de Genève, des morts par vieillesse survenir à 67 ans environ. Un cas exceptionnel appartient à un sujet âgé de 61 ans seulement.

La troisième partie comprend les décès au point de vue de leurs causes morbides; la durée et la nature simplement inflammatoire ou spécifique des causes morbides de mort sont les deux idées sur les-

n'est plus abondant que le matin seulement; dans la journée, il n'y a que de l'humidité du méat. — *Ut suprà.*

Le 11, il n'y a plus qu'un peu d'écoulement le matin. La matière qui sort de l'urèthre est claire, incolore, et tache à peine le linge. — *Ut suprà.*

Le 13, on diminue de moitié la quantité de cubèbe.

Le 16, douzième jour de son séjour à l'hôpital, il est complétement guéri et demande sa sortie.

— Nous rapportons cette observation, malgré son apparente banalité, parce qu'elle est un des premiers exemples de l'application d'une modification que M. le professeur Piorry a introduite récemment dans le traitement de la blennorrhagie.

Voici sur quels faits et quelles données M. Piorry a fondé l'introduction de cette modification dans la méthode de traitement actuellement le plus en usage.

On se rappelle peut-être ce fait remarquable que M. Ricord a eu l'occasion de constater chez deux malades affectés de fistule uréthrale; sur un homme atteint d'hypospadias, il observa d'abord que, sous l'influence du copahu, la guérison eut lieu en peu de temps dans la portion du canal postérieure à la fistule, c'est-à-dire comprise entre la fistule et la vessie, et qui subissait par conséquent le contact de l'urine, modifiée par cet agent; tandis que, au contraire, l'écoulement persista sur l'extrémité antérieure à la fistule, qui ne donnait point passage à l'urine. Il fallut en venir aux injections pour amener la guérison de cette portion de l'urèthre.

Un autre malade, atteint d'une fistule de la même région, pouvait faire sortir l'urine par le méat, en abaissant la verge de manière à mettre les deux bords de la fistule en contact; mais en relevant cet organe, la fistule était béante et donnait passage à tout le liquide. Cet homme ayant contracté une blennorrhagie, fut soumis au traitement par le copahu, mais de manière à saisir cette occasion pour résoudre la question du mode d'action du copahu par une seconde épreuve parfaitement inoffensive d'ailleurs pour le malade, et qui devait paraître tout à fait décisive. Le copahu ayant été administré, on pria le malade d'évacuer ses urines par la fistule, et bientôt toute la partie de l'urèthre postérieure à cette ouverture anormale fut délivrée de l'inflammation blennorrhagique, avant que la portion située en avant eût subi aucune modification favorable. M. Ricord ayant fait continuer l'usage du copahu, prescrivit au malade de faire passer les urines dans toute la longueur du canal; ce qu'il fit facilement en baissant la verge de manière à mettre en contact les deux bords de la fistule, et la blennorrhagie de la portion spongieuse de l'urèthre disparut comme la précédente.

On connaît, en outre, ce fait que lorsque, chez une femme, la blennorrhagie occupe à la fois l'urèthre et le vagin, ou d'autres parties de la muqueuse génitale, on voit sous l'influence du copahu celles-ci rester affectées, tandis que l'écoulement uréthral a tout à fait cessé. Ne se rappelle-t-on pas encore, d'ailleurs, cette expérience thérapeutique de M. Hardy, qui, ayant injecté dans le vagin de femmes atteintes de blennorrhagie, à qui il administrait du copahu, leurs propres urines chargées de cette substance, vit la blennorrhagie vaginale, qui jusque-là avait résisté au traitement, céder à son tour, comme avait cédé auparavant l'écoulement uréthral?

Ces faits qui démontrent effectivement l'influence modificatrice directe et locale des substances balsamiques sur l'état pathologique de l'urèthre, joints à quelques observations analogues que M. Piorry a eu l'occasion de faire, ont été, à ses yeux, une indication de rapprocher plus qu'on ne le fait communément les doses de copahu et de cubèbe, en prenant pour règle de l'administration de ces agents les périodes mêmes de la miction, de manière à s'assurer que l'urine soit constamment chargée du principe médicamenteux. C'est d'après ces données qu'il a adopté en principe de prescrire aux malades de prendre toutes les deux heures 5 grammes de poivre de cubèbe en poudre délayé dans l'eau sucrée, ou mieux, de faire usage de cette dose toutes les fois qu'il viendait d'uriner, au lieu de le donner en deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, comme on le fait généralement.

La seconde modification introduite par M. Piorry dans le traitement de la blennorrhagie, et qui n'est qu'une conséquence et une application du même principe, consiste dans la périodicité également rapprochée de l'administration des injections astringentes par lesquelles, comme la plupart des praticiens d'ailleurs, il seconde l'action des balsamiques. Il prescrit aux malades de pratiquer, chaque fois qu'ils viennent d'uriner, une injection d'une solution de sulfate de zinc aux deux centièmes.

Si le fait rapporté plus haut n'est pas un exemple de la plus grande rapidité possible dans la guérison de la blennorrhagie, les traitements dits abortifs amenant généralement la guérison (quand ils y réussissent) dans un beaucoup plus court délai, on y reconnaîtra du moins l'influence graduelle et non interrompue de la médication mise en usage.

Tout en reconnaissant ce qu'il y a de parfaitement *rationnel* à diriger le traitement de manière à empêcher, d'une part, à l'aide d'injections fréquentes, le séjour dans l'urèthre de la sécrétion morbide qui entretient le mauvais état de la muqueuse, et, d'autre part, à communiquer à l'urine par des doses rapprochées de cubèbe une action modificatrice uniforme en remplaçant constamment les doses à mesure qu'elles sont éliminées par la miction, nous croyons cependant devoir faire quelques réserves à l'égard de deux points sur lesquels nous appelons les résultats de l'expérience : d'abord, savoir s'il est utile de rapprocher les doses autant que le fait M. Piorry, question jusqu'à un certain point assez facile à résoudre en cherchant à déterminer la durée de l'élimination des principes balsamiques du cubèbe par l'urine; en second lieu, savoir s'il serait sans inconvénient pour les malades de multiplier et de rapprocher à ce point les prises du médicament.

MANIE AIGUE,

simulant au début un rhumatisme cérébral,

Par le docteur BOUQUET.

Les anciens admettaient très à la légère des rapports de cause à effet entre certaines affections; pour eux la succession était presque toujours un signe de filiation, et il leur suffisait qu'une maladie succédât surtout à l'existence d'une dartre, de la gale ou d'un rhumatisme, pour qu'elle fût de nature herpétique, psorique ou rhumatismale.

Les observateurs qui nous ont précédé et qui ont fondé la médecine moderne, entraînés par la fausseté évidente d'un grand nombre de ces idées, avaient fait table rase de toutes. Mais aujourd'hui l'on paraît faire un retour vers le passé, et au lieu de répudier sa succession d'une manière absolue, on l'accepte sous bénéfice d'inventaire. C'est là une œuvre qui sera très-utile et très-féconde si elle est bien faite, et si, après s'être montré trop exclusif, l'on ne pèche pas par l'excès contraire.

L'on s'est surtout occupé, dans ces dernières années, des désordres que le vice rhumatismal peut produire sur les divers organes. Depuis que son action morbide sur le cœur a été mise hors de doute, il n'est pas d'organe où l'on n'ait cherché à constater sa présence. Et cependant c'est l'affection la plus difficile à caractériser, car elle n'a en propre aucun signe pathognomonique, ni un groupe de symptômes qui puissent faire reconnaître son existence.

Le seul trait qui appartient au rhumatisme est la mobilité, la facilité avec laquelle il se porte d'un point à un autre, et malheureusement, dès qu'il attaque un organe important, il perd ce caractère et acquiert une fixité désastreuse. Aussi n'a-t-on alors pour le reconnaître que son existence antécédente. C'est là un moyen bien incertain, bien propre à induire en erreur, et à faire prendre une maladie intercurrente pour une dépendance du vice rhumatismal.

Ces réflexions me sont inspirées par les observations de rhumatisme cérébral qui depuis quelque temps sont publiées en assez grand nombre par les feuilles périodiques.

Ces affections cérébrales reconnaissent-elles toutes pour cause le vice rhumatismal? Ne pourrait-on pas leur attribuer une autre nature avec autant de raison?

Presque toutes ces observations ont été recueillies dans les hôpitaux. Le médecin qui ne voit qu'à l'hôpital un malade, est toujours fort mal renseigné sur ses antécédents, sur ses aptitudes morbides; il n'en connaît presque que ce qu'il en voit, il ne peut juger de son état que par les phénomènes physiques, par les manifestations sensibles. Cela peut bien suffire pour déterminer l'altération d'un organe, son étendue; mais il faut encore autre chose, lorsque l'on veut pénétrer plus profondément et arriver au diagnostic de la nature du mal.

Le fait que je vais rapporter justifie ces appréhensions. Si l'on avait établi un jugement seulement sur l'observation directe, on aurait été infailliblement conduit à l'erreur. Je n'ai pu arriver à la connaissance de la vérité que parce que je connaissais la malade de longue date; c'est dans son passé qu'il m'a fallu puiser les faits qui m'ont révélé la nature de sa maladie.

Mme H..., jeune femme d'un tempérament bilieux et nerveux, au teint pâle et mat, à la chevelure noire, âgée de vingt-deux ans, eut son mari malade. Pendant les quelques jours que dura la maladie de son mari, pour pouvoir le soigner avec plus de facilité, elle passa ses nuits couchée sur un divan; souvent, pendant son sommeil, elle fut en contact avec la muraille de la maison fraîchement bâtie. Aussi fut-elle atteinte d'un rhumatisme articulaire. Les principales articulations furent à peu près toutes envahies successivement.

Les symptômes consistaient en une rougeur légère, de la douleur très-vive et un gonflement très-considérable.

Dès qu'une articulation était prise, un vésicatoire la dégageait presque instantanément; mais immédiatement la maladie apparaissait sur un autre point. Après avoir voyagé des genoux aux poignets, des poignets aux coudes, des coudes aux épaules, alternativement du côté gauche au côté droit, elle se porta au cœur, et brusquement la malade fut prise de dyspnée, de palpitations; le pouls devint irrégulier, les battements du cœur confus. Sous l'influence de sangsues, de vésicatoires et d'un purgatif, ces symptômes alarmants disparurent, et bientôt il ne resta plus du rhumatisme qu'un peu de gonflement et une légère douleur au poignet et à l'épaule gauches. Aussi la malade put-elle jouir d'un profond sommeil, ce qui ne lui était pas arrivé depuis quinze jours qu'elle souffrait.

Vers minuit elle se réveille, criant qu'elle est mouillée, qu'elle vient d'avorter; elle se précipite hors de son lit, s'agite, pousse des cris, croit voir des étrangers dans sa chambre; elle dit qu'elle va mourir. On a toutes les peines du monde à la faire recoucher. Elle avait en dormant uriné dans son lit.

L'on vient me chercher en toute hâte. A mon arrivée, je la trouve délirant sur tout, passant d'une idée à l'autre avec une rapidité inconcevable, disant les choses les plus folles, cherchant toujours à se lever, s'accroupissant au pied de son lit, ne restant presque jamais un seul instant immobile, se jetant avec une grande brusquerie de côté et d'autre, demandant qu'on la laisse sortir; cependant, au milieu de toutes ces divagations, l'idée d'un avortement revient toujours. Son regard est brillant, sa parole est brève et rapide.

Le pouls, très-variable, ne dépasse pas 90. Les pupilles sont à l'état normal; la peau est chaude, à la tête surtout.

Je fis immédiatement une saignée du bras peu abondante; je prescrivis des sangsues derrière les oreilles, dix de chaque côté, et des applications froides sur la tête, qui devaient être remplacées par de la glace dès que l'on pourrait s'en procurer.

Je diagnostiquai une manie aiguë.

Si j'avais basé mon diagnostic seulement sur les symptômes et sur la coïncidence de leur apparition consécutive à l'existence d'un rhumatisme, il aurait été tout autre, et là où je ne voyais qu'une maladie grave sans doute, mais sans danger immédiat, j'aurais pu voir une maladie à marche rapide et pouvant être promptement mortelle. Ce fut, du reste, ce qui arriva à un médecin ami de la famille, qui vint voir la malade le lendemain; il fut fort effrayé, ne cacha pas ses craintes, de sorte qu'à ma visite je trouvai tout le monde en pleurs, et s'attendant à un dénoûment prochainement funeste, et ma malade entre les mains d'un confesseur qui en tirait ce qu'il pouvait.

---

quelles repose toute la classification des maladies mortelles adoptée par l'auteur.

Ou l'individu est pris en pleine santé de symptômes assez rapidement ou instantanément mortels pour que la mort survienne avant l'évolution d'un groupe suffisant de symptômes pour caractériser une maladie proprement dite;

Ou bien il est pris, également en pleine santé, d'une maladie qui se caractérise par une série de symptômes aigus, pour se terminer par la mort en quelques heures, jours ou semaines;

Ou bien enfin il est atteint depuis quelques mois ou quelques années d'une maladie à marche lente qui amène la mort ou par son développement graduel, ou en se compliquant d'une maladie aiguë secondaire, ou en se terminant tout à coup d'une façon imprévue.

De là trois divisions : 1° accidents morbides; 2° maladies aiguës; 3° maladies chroniques; et dans chacune de ces deux dernières divisions sont distinguées les affections inflammatoires franches, spécifiques et spéciales.

Une quatrième subdivision comprend les morts dont la cause reste indéterminée.

C'est principalement dans les détails de chacun de ces chapitres que l'on reconnaît l'importance des résultats auxquels peut être conduit celui qui a le courage de se livrer à l'ingrate besogne qu'a si franchement abordée M. Marc d'Espine, résultats qui au premier abord semblent quelquefois être en opposition avec les croyances généralement admises.

Prenons un exemple.

Que l'on demande à un médecin répandu, mais qui ne s'est jamais occupé de statistique, dans quel ordre il rangera les quatre maladies épidémiques suivantes : rougeole, variole, scarlatine et coqueluche; il y a grandement à parier qu'il mettra en première ligne, comme cause de mortalité, la variole. Eh bien, il n'en est rien; c'est la coqueluche qui ouvrira la marche : puis viendront la rougeole, la scarlatine et en dernier lieu la variole, et l'on cessera d'être étonné, dit M. Marc d'Espine, si l'on réfléchit que dans les décès par complication et par maladies secondaires, c'est dans la maladie principale que l'on doit ranger la cause de la mort. Or il n'est personne qui ne sache la fréquence et la gravité des complications de la coqueluche.

Nous ne ferons que signaler en passant d'importantes discussions dans lesquelles, s'échappant quelque peu par la tangente, M. Marc d'Espine touche avec une supériorité incontestable à plusieurs questions, telles que l'identité ou l'analogie des *tubercules* et des *scrofules*, la contagion de la fièvre typhoïde, etc. Dans toutes ces discussions, le médecin de Genève se montre savant observateur, critique judicieux, en même temps que praticien consommé.

Si peu de goût que l'on puisse avoir pour les études statistiques, pour les procédés qui ne sont rien moins qu'attrayants de cette science encore peu appréciée, on est forcé d'admirer ceux qui s'y livrent avec une ardeur aussi soutenue que M. Marc d'Espine; on doit leur payer un large tribut de reconnaissance et les encourager à poursuivre leur œuvre. Qui sait si dans un avenir peu éloigné les résultats de leurs rudes labeurs ne seront pas une source féconde d'utiles enseignements pour le bien-être de l'humanité et les progrès de la thérapeutique?

Dr A. FOUCART.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Bourgeois, né à Grandcourt (Seine-Inférieure); *Quelle est l'influence des mariages consanguins sur les générations?*

Sous, né à Bordeaux (Gironde); *De l'influence immédiate des émotions morales de la nourrice sur la santé des enfants à la mamelle.*

Second dit Féréol, né à Paris (Seine); *De la perforation de la paroi abdominale antérieure dans les péritonites.*

Plihon; *De la ménopause* (âge critique).

Guindey, né à Langres (Haute-Marne); *De la fièvre scarlatine.*

Soullier, né à Meynac (Corrèze); *Du valvulus*; considérations générales à l'occasion de deux observations recueillies à l'hôpital militaire de Vincennes.

Cafezoglo, né à Athènes (Grèce); *Etudes sur les fistules vésico-vaginales.*

Frappier, né à Moutier-les-Maufaits (Vendée); *Influence mécanique de la respiration sur la circulation et sur certains organes.*

Bodereau; *Essai sur l'alimentation des blessés et des opérés.*

Lorsque l'on m'eut expliqué la cause de toutes ces craintes, je fis prier mon confrère de venir revoir la malade avec moi, et je n'eus pas de peine, après lui avoir exposé les motifs qui me faisaient rejeter toute idée de rhumatisme cérébral ou d'inflammation de l'encéphale, à lui faire partager mon opinion.

Voici sur quoi était basée ma conviction :

Ce n'était pas la première fois que je donnais des soins à cette personne ; une année auparavant, au moment où elle allait se marier, il survint quelques circonstances qui contrarièrent et retardèrent son mariage, qu'elle désirait vivement ; un jour même le mariage parut tout à fait rompu ; elle en eut un si violent chagrin qu'elle fut brusquement prise d'un accès d'hystérie très-intense, accompagné de mouvements cloniques très-forts, et qui ne laissaient que de rares moments de calme. Pendant tout le temps que dura cet état, elle ne cessa pas de délirer, tantôt riant aux éclats, un instant après pleurant à chaudes larmes, disant toutes sortes de folies et commettant les actes les plus déraisonnables ; au bout de trois jours tous ces phénomènes s'apaisèrent, et la malade revint peu à peu à son état normal.

Le mariage eut lieu ; dès ses premiers jours, le mari et la femme désirèrent vivement un enfant. Chaque jour de retard à l'époque des menstrues était pour eux une espérance que l'apparition du flux cataménial ne tardait pas à renverser. Enfin, après trois mois d'attente, une grossesse vint combler leurs vœux ; malheureusement, à trois mois, à la suite d'un exercice forcé, survint un avortement qui ne présenta rien de particulier, et dont les suites furent très simples. Seulement, à partir de ce jour, Mme H... devint triste, concentrée, elle ne sortit plus que fort rarement ; on la surprit souvent en contemplation devant son fœtus, qu'elle avait conservé dans de l'esprit-de-vin, et l'on sut qu'elle passait souvent des demi-journées entières dans cette occupation.

Ce fut dans ces conditions qu'elle fut atteinte du rhumatisme auquel succéda la maladie mentale. Ce sont ces circonstances anamnestiques qui fixèrent mon diagnostic, que la marche de la maladie ne tarda pas à justifier, car la manie se caractérisa de plus en plus. L'agitation diminua d'intensité ; il y eut même des jours de lucidité et de calme complet, pendant lesquels la malade répondait avec une grande justesse à toutes les questions. On aurait cru à la guérison si ses réponses n'avaient toujours été faites sur un ton de brusquerie qui n'était pas habituel à cette personne ; il y avait de plus une privation complète de sommeil.

Cet état dura pendant huit jours, après lesquels tous les symptômes reparurent avec une nouvelle intensité. Le délire redevint complet et sur toutes choses ; il y eut un état de fureur constant, pendant lequel elle poussait sans cesse des cris ; elle était en proie à des terreurs que rien ne pouvait calmer ; elle battait les personnes qui l'approchaient, et qui ne parvenaient qu'à grand'peine à la maîtriser.

A ces phénomènes déjà si fâcheux vint se surajouter une chorée générale, qui rendit affreux l'aspect de la malade ; tous les muscles de son corps furent affectés de spasmes, pas un qui restât un moment en repos ; sa figure faisait mille grimaces ; ses yeux roulaient dans leurs orbites ; sa langue, sans cesse agitée, ne lui permettait pas d'articuler une parole ; elle faisait entendre un bredouillement incessant. Il fallut l'attacher pour empêcher la formation de plaies sur tous les points en contact avec le lit ; ils avaient été déjà excoriés par le frottement.

La chorée ne garda ce haut degré d'intensité que pendant trois jours ; les mouvements s'affaiblirent ensuite peu à peu, mais ne cessèrent tout à fait qu'au bout de quinze jours.

La folie se maintint toujours au même degré ; ce ne fut qu'au huitième mois de la grossesse qu'elle disparut, laissant après elle une espèce de niaiserie enfantine, qui n'a pas persisté après l'accouchement.

Le traitement a consisté en bains prolongés, calomel à l'intérieur, en sirop d'iodure de fer, et en quelques vésicatoires aux jambes, qui furent appliqués au moment de la chorée.

Aujourd'hui la malade, après avoir accouché d'un enfant chétif qui n'a vécu que quelques jours, jouit de toutes ses facultés.

Y a-t-il eu dans cette maladie quelque chose de rhumatismal? Je ne le pense pas. Elle n'a différé en rien de celles que j'ai vues survenir plusieurs fois pendant la grossesse, et ce n'est que la coïncidence des deux affections qui pouvait faire songer à établir entre elles un lien de parenté. Mais si à cause de cela l'on pouvait au début croire à l'existence d'un rhumatisme cérébral, la marche de la manie n'a pas tardé à démontrer qu'il n'existait entre ces deux maladies que des relations de voisinage, car la plupart des cas de rhumatisme cérébral connus ont eu une issue promptement funeste.

Cette observation prouve qu'on ne saurait trop apporter de réserve dans ses jugements lorsqu'il s'agit d'établir la filiation des affections rhumatismales, comme, du reste, de toutes celles qui ne possèdent pas de ces traits caractéristiques qui donnent à leurs manifestations un air de famille toujours facile à reconnaître.

ACCIDENTS ÉPILEPTIFORMES

produits par la présence d'un chapelet, de croix, médailles, etc., dans les voies digestives,

Par M. le docteur de CLOSMADEUC.

Hier 9 juin 1859, à cinq heures du soir, je fus appelé en toute hâte dans un couvent, près d'une femme que l'on disait avoir été prise subitement d'attaques d'épilepsie.

Je trouvai la malade dans un état d'agitation extrême, la face vultueuse, les yeux fortement congestionnés, la respiration saccadée, accompagnée d'un râle trachéal considérable, écume bronchique sanguinolente, surtout par le nez et par la bouche ; le pouls petit, serré, intermittent ; l'asphyxie était imminente.

Il y avait une retraite à la communauté, et l'on n'y connaissait pas la malade. Sans autres renseignements, je pratiquai immédiatement une large saignée ; des cataplasmes sinapisés furent posés aux mollets. Sous l'influence de ces moyens, l'agitation diminua sensiblement ; la respiration fut moins anxieuse, moins bruyante. Le pouls se releva, et la malade put faire quelques gestes, tousser, cracher...

Pendant tout le cours de cette première période, je fis venir les personnes qui connaissaient la malade, et j'appris que pendant l'intervalle des exercices religieux, sous l'influence de scrupules exagérés, elle s'était infligé des pénitences : elle avait mangé de la terre ; d'autres l'avaient vue avaler des médailles.

Je fis des tentatives pour ouvrir la bouche : tout fut inutile. J'avais affaire à une aliénée qui résistait. C'est alors que je lui donnai du sirop d'ipéca avec du tartre stibié pour solliciter des vomissements.

Sirop d'ipéca.	30 gr.
Tartre stibié.	05 centigr.

A la première cuillerée, la malade fit des efforts, et l'on aperçut entre les dents l'extrémité d'une croix longue de 7 centimètres ; on s'en saisit ; puis l'on tira *un énorme rosaire ayant deux mètres vingt centimètres de longueur*, surchargé, de distance en distance, de trois croix, de sept médailles : le tout en cuivre. On éprouva de la résistance, en raison des obstacles apportés par la présence des croix et des médailles.

A partir de ce moment l'ordre fonctionnel se rétablit. Le lendemain, la malade put manger un potage sans trop de difficultés. Depuis, elle a été mise entre les mains de l'administration, et dirigée, m'a-t-on dit, dans un hospice départemental.

POTION DIURÉTIQUE.

Cette potion a été conseillée par Fouquier et M. Blache dans les cas de suffusion séreuse. En voici la formule :

Acétate de potasse.	4 grammes.
Azotate de potasse.	4 —
Eau distillée.	150 —
Sirop des cinq racines. . . .	50 —

F. S. A. (*Journ. de méd. et de chir. pratiq.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 9 juin 1859. — Présidence de M. DUHAMEL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Nouveau spéculum. — M. ELLEAUME lit une note sur une modification apportée au spéculum à trois valves à développement plein. (Voir *Gazette des Hôpitaux* du 18 juin 1859.)

Présentation d'un nouveau spéculum et d'une pince pour opérer la fistule à l'anus. — M. MATTEI. On m'a adressé de Bologne deux nouveaux instruments que je présente à la Société, et qui me paraissent être aussi utiles qu'ingénieux.

1° C'est un spéculum du professeur Fabri, quadrivalve, et qui offre tous les avantages des instruments de ce genre sans en avoir les inconvénients. Les valves latérales, au lieu d'être arrêtées par deux tenons intérieurs qui rétrécissent l'aire de l'instrument, sont fixées en dehors et offrent de plus l'avantage de pouvoir s'écarter au moyen d'une charnière et d'être nettoyées sans démonter l'instrument. Le manche est brisé de manière à rendre le spéculum plus portatif ; mais voici, à mon avis, le côté le plus utile de cet instrument : c'est qu'en le démontant, on peut avoir, avec deux petits ajutages, trois valves distinctes garnies chacune de son manche. Ces valves séparées, que M. Jobert (de Lamballe) emploie avec tant de succès pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, sont très-utiles dans tous les cas où l'on a besoin de manœuvrer au fond de la cavité vaginale.

2° L'autre instrument est destiné à l'opération de la fistule à l'anus, et nous rappelle l'entérotome de Dupuytren. C'est une pince dont les branches peuvent se séparer l'une de l'autre. Une de ces branches représente une sonde cannelée en acier que l'on introduit dans la fistule. L'autre branche, qui a la forme d'un gorgeret, est introduite dans la cavité rectale. Les deux branches une fois placées, on les arrête ensemble par une articulation extérieure, et au moyen d'une vis de pression on les rapproche fortement de manière à pincer entre les deux mors tous les tissus qui séparent l'intestin de la fistule. On glisse alors le bistouri dans une rainure qui est au fond du gorgeret et qui conduit directement à la cannelure de la sonde, de manière à diviser tous les tissus embrassés par la pince.

L'instrument est laissé en place pendant quelques heures, pour que les bords de la plaie encore pincés par l'instrument ne puissent pas donner d'hémorrhagie. L'inventeur de cet instrument, M. le docteur Puglioli, a déjà appliqué plusieurs fois cet instrument avec succès. Si après l'idée qui a présidé à la fabrication on s'arrête à la fabrication elle-même, on reconnaît que les frères Lollini (de Bologne), desquels ces instruments nous viennent, tendent à se faire les Charrière et les Mathieu de l'Italie.

M. BOYER. J'aurais quelques observations à faire sur la pince présentée par M. Mattei. D'abord, je ferai remarquer que la branche destinée à être introduite dans la fistule est rigide ; nous savons tous combien ces fistules sont parfois tortueuses, et dans ces cas l'introduction de cette branche sera impossible ou tout au moins fort douloureuse. Cette difficulté d'introduction sera encore augmentée par les stries qui existent sur une de ses faces. Mais le défaut le plus grave me paraît être le suivant : l'orifice externe de la fistule est plus ou moins éloigné de la marge de l'anus. Or, cette portion de tissu va donc se trouver dans l'angle de l'instrument, en sorte que l'extrémité opposée va se rapprocher très-incomplétement, et il pourra arriver dans ce cas que le bistouri mal dirigé dans la cannelure coupe les tissus que l'on aurait dû respecter.

M. MATTEI. J'ai déjà fait à l'auteur la plupart des objections que vient d'exposer M. Boyer, et voici ce qui m'a été répondu : On pourrait remédier à la rigidité de la sonde en introduisant préalablement dans la fistule un stylet flexible, qui servirait de conducteur à la sonde. Quant à la surface raboteuse, on la supprimerait. La dernière objection est la plus sérieuse. Or le professeur Puglioli, quand il a à saisir une épaisseur trop grande de tissus, commence d'abord par les diviser dans une grande partie de leur épaisseur. Du reste, on pourrait apporter à cet instrument la modification que Blandin a faite à l'entérotome de Dupuytren, c'est-à-dire écarter les deux branches de la pince, et les rapprocher au moyen d'une vis de rappel.

Délivrance difficile, contraction de l'utérus en gourde ; adhérences très-fortes du placenta ; accidents puerpéraux ; fièvre de lait tardive, par M. FOUCART. (Voir *Gazette des Hôpitaux* du 28 juin 1859).

M. MATTEI. Je crois que l'on a exagéré les cas dans lesquels l'utérus se contracte en besace et retient le placenta. Pour moi, je n'ai trouvé l'enchatonnement que dans deux cas : quand il y a des adhérences anormales du placenta, ou bien quand l'orifice interne de l'utérus se contracte, accident qui est pris pour une contraction du corps.

Quant à la fièvre de lait, je n'y crois plus, j'en ai donné ailleurs les raisons, et M. le professeur Dubois lui-même partage cette opinion. Dans le cas dont il est ici question, la fièvre s'est allumée sous l'influence d'une inflammation de la surface de l'utérus, inflammation qui, par sympathie, a retenti sur les seins.

M. FOUCART. Je crois avoir été mal compris. A l'état normal, c'est du 3e au 4e jour que les seins se gonflent. Dans le fait que je cite, il y a eu fièvre du 3e au 10e jour ; pendant tout ce temps le ventre a été souple et indolent ; il n'y avait aucun signe d'inflammation du côté de l'utérus. De même, les seins sont restés, comme ils étaient auparavant, flasques, indolents, et sans augmentation de volume. Ce n'est que lorsque le travail général, sans aucune réaction locale que je crois pouvoir attribuer à une résorption septique, a eu cessé, que les seins se sont tuméfiés et que se sont manifestés les phénomènes que l'on est convenu de désigner sous le nom de *fièvre de lait*, appellation à laquelle je dois dire que je ne tiens nullement, et à laquelle je n'attache aucune importance.

A mon avis, la circonstance curieuse de ce fait, c'est que l'évolution des phénomènes consécutifs normaux de l'accouchement a été modifiée et retardée par l'apparition de phénomènes insolites et morbides déterminés par une cause générale.

M. MATTEI. Pour moi, il y a eu là une fièvre puerpérale légère. Il y a longtemps déjà, j'avais remarqué que les nouvelles accouchées pouvaient avoir de la fièvre sans lait et du lait sans fièvre. Les accidents que l'on appelle improprement *fièvre de lait* sont le résultat de la réaction qui se fait dans l'utérus.

M. DUHAMEL. A propos de la contraction irrégulière du corps de la matrice, je répondrai à M. Mattei qu'il ne me paraît pas possible de confondre la cavité du corps et du col après un accouchement. Il m'est arrivé plusieurs fois de sentir le placenta retenu par un collet, et je ne puis avoir confondu avec une contraction du col utérin.

J'arrive à la question de la fièvre de lait. M. Mattei sait comme moi qu'au troisième jour il y a un accès de fièvre qui coïncide avec le gonflement des seins. Appelez cette fièvre fièvre traumatique, fièvre puerpérale, peu importe, il n'y a là qu'un changement de nom.

M. RAMON. Il y a trois ans, faisant un accouchement, la délivrance s'est trouvée arrêtée par des contractions du corps, contractions que j'ai surmontées avec beaucoup de peine.

Une autre fois, je fus appelé par une sage-femme, qui, en tirant sur le cordon pour délivrer une femme, avait produit un renversement de la matrice. Il y avait une contraction telle du col sur le corps que je fus obligé d'appeler un confrère, et que tous deux nous eûmes beaucoup de peine pour réduire l'utérus.

Uréthrotome nouveau. — M. le docteur MALLEZ, étranger à la Société, a demandé la permission de présenter un nouvel uréthrotome ; il est admis à faire cette présentation, qu'il accompagne de la lecture de la note suivante. (Voir la *Gazette* du 14 juillet.)

Le secrétaire adjoint, Dr ELLEAUME.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 7 de ce mois, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Longet, membre de l'Académie impériale de médecine, a été nommé professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris.

— La *Gazette d'Augsbourg*, dans son numéro du 10 juillet, prétend que la cause de l'armistice a été l'existence de maladies dangereuses dans l'armée française. Nous pouvons heureusement donner à cette assertion le démenti le plus formel. L'état sanitaire de l'armée française est excellent, et surpasse même les espérances que l'on pouvait avoir en présence des fatigues et des chaleurs qu'elle a eu à supporter.

— M. le docteur Joseph Ducasse, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, chevalier de la Légion d'honneur, est mort à Bayonne le 7 de ce mois, à l'âge de 84 ans. Notre honorable confrère, M. Pascal, a retracé sur sa tombe les services rendus aux armées comme dans la pratique civile, par ce digne vétéran de la profession médicale.

— Le sieur Vriès, connu sous le nom du *Docteur noir*, a fait avec un sieur Labbé Bocquet un traité, dont un reçu indique en ces termes la teneur : « Reçu de M. Labbé Bocquet la somme de 2,000 francs, à » compte sur celle de 4 000 fr., prix convenu pour la guérison du » cancer dont M. Labbé est atteint. L'autre somme de 2,000 fr. sera » payée après la cure complète que j'aurai opérée. Paris, 25 décem- » bre 1858. Signé : Vriès, rue de Rivoli, 180. »

Or, le sieur Labbé, que le *Docteur noir* s'était ainsi engagé à guérir, n'a pas tardé à succomber, et sa veuve a demandé à M. Vriès la restitution de la somme de 2 000 fr. ; elle s'est fondée sur ce que, n'ayant pas satisfait à la condition de guérison dont son reçu faisait preuve, il ne pouvait être fondé à retenir les avances qu'il avait touchées. Le sieur Vriès a refusé de rendre les 2,000 fr. reçus, déclarant seulement qu'il renonçait à se faire payer le surplus de ses honoraires.

Le tribunal civil de la Seine, saisi de la demande de Mme Ve Labbé, a condamné par corps le sieur Vriès à la restitution des 2,000 fr. par lui reçus à titre d'à compte, et aux dépens.

Le Soard.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 84. — MARDI 19 JUILLET 1859. (32e ANNÉE.) N° 84. — MARDI 19 JUILLET 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragemens aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 JUILLET 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Une jeune femme entrait à l'Hôtel-Dieu, le 11 décembre dernier, dans le service de la clinique chirurgicale de M. le professeur Jobert (de Lamballe), pour une blessure grave du cou ; elle avait reçu dans la région cervicale un coup de poignard, dont la pointe avait pénétré dans le canal vertébral. Le onzième jour, elle succombait aux suites de cette blessure. L'intérêt clinique de ce fait, auquel concouraient tout à la fois et le siége de la lésion et les symptômes correspondants, et les difficultés particulières qu'on eut à surmonter pour extraire le corps vulnérant et les manœuvres habiles que nécessita cette extraction, a été dominé encore par son intérêt physiologique ; à ce point que ce n'est que sous ce dernier rapport seulement que M. Jobert a cru devoir en faire l'objet d'une communication à l'Académie.

La circonstance saillante de ce fait, en effet, est l'issue par la plaie d'une grande quantité de liquide céphalo-rachidien, ce liquide dont la perte, d'après des expériences bien connues de Magendie, était considérée comme une cause de perturbation fonctionnelle de l'axe cérébro-spinal. Or cette issue d'une quantité considérable de liquide céphalo-rachidien, qui a eu lieu sans interruption depuis le moment de la blessure jusqu'à la mort, n'a été suivie, dans cette circonstance, d'aucun trouble fonctionnel spécial, ni du côté de l'intelligence, ni dans la locomotion, qui pût lui être attribué. Aussi M. Jobert a-t-il présenté ce fait comme un nouveau témoignage ou une expérience toute faite à ajouter aux expériences par lesquelles M. Longet a réfuté les idées de Magendie sur ce sujet.

La théorie de la glycogénie hépatique a reçu une nouvelle sanction par les expériences de M. C. Schmidt, de Dorpat, dont M. Cl. Bernard a fait part à l'Académie. Ces expériences ont pour objet de démontrer, comme celles de M. Bernard et de M. Lehmann, que chez un animal carnivore le sang qui entre dans le foie par la veine-porte est privé de sucre, tandis que le sang qui sort du même organe par les veines sus-hépatiques en contient de notables quantités. On trouvera dans le compte rendu de la séance l'énoncé des résultats constatés par M. Schmidt.

On y trouvera aussi l'analyse d'un opuscule de M. Hyrtl, de Vienne, sur la cavité péritonéale de Retzius ; ainsi qu'une courte note très-curieuse du savant professeur de géologie de Montpellier, M. Marcel de Serres, sur un point de pathologie paléontologique, sur l'altération des os chez les vertébrés de l'ancien monde.

Au commencement de la séance, M. le secrétaire perpétuel a fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire de l'un de ses membres, M. le baron Caignard de Latour, de la section de physique générale, l'un des vétérans de la science. — Dr Brochin.

DES RÈGLES A SUIVRE au début d'un traitement hydrothérapique.

Pour que l'hydrothérapie, dont personne aujourd'hui ne conteste l'utilité, rende à la pratique tous les services qu'on est en droit d'en attendre, il manque encore deux choses essentielles. La première, c'est que le public et les médecins eux-mêmes aient complétement dépouillé les préventions et les préjugés qui les retiennent encore en si grand nombre dans la crainte ou l'indécision, quand il s'agit d'entreprendre ou de conseiller une cure par l'eau froide. La seconde, c'est que la méthode soit formulée en un certain nombre de règles simples, précises, faciles à saisir pour tout le monde, et que toute idée de danger ait été soigneusement écartée par une étude attentive des indications et des contre-indications des divers procédés dont elle se compose. Il a été beaucoup fait déjà assurément dans cette double voie ; la littérature médicale s'est enrichie depuis un certain nombre d'années d'ouvrages importants où sont consignés les résultats acquis par l'expérience pratique la plus consommée dans l'usage de cette méthode. Mais malgré cela, ou peut être même à cause de l'importance et de l'étendue de ces ouvrages, que tous les praticiens n'ont pas toujours sous la main, les préceptes les plus simples et les plus élémentaires de la méthode n'ont pas reçu une suffisante vulgarisation ; et beaucoup de praticiens en sont encore à se demander quelles sont les règles à suivre au début d'un traitement hydrothérapique.

Il nous a paru que ce serait un service à rendre à un certain nombre de nos lecteurs, qui peuvent se trouver dans ce cas, de placer ici sous leurs yeux quelques indications pratiques utiles à ce point de vue, que nous trouvons dans une brochure récemment publiée par M. le docteur V. Boullay, sous ce titre : *Des règles à suivre au début d'un traitement hydrothérapique* (1).

Voici comment s'exprime M. Boullay :

Les débuts d'un traitement hydrothérapique doivent varier avec les malades, avec leur âge, leur constitution, leurs maladies, leurs habitudes, et aussi avec les saisons. Les précautions devront être plus grandes chez les personnes qui sont habituées à se servir d'eau chaude que chez celles qui font entrer dans leurs habitudes de toilette des lavages à l'eau froide. Enfin les diverses affections commandent des moyens divers ; il en est de même des diverses températures de l'atmosphère.

La première question à résoudre est celle du degré d'élévation de la température du corps avant l'application de l'eau froide. Depuis Priesnitz il est devenu vulgaire, et on le savait avant lui, que l'application de l'eau froide sur le corps produit, à température égale, un effet d'autant moins désagréable, que celui-ci a une température plus élevée.

Est-ce à dire qu'il faudra élever préalablement la température du corps de tous les malades qu'on soumettra à un traitement hydrothérapique ? Chez un grand nombre de malades l'état habituel de la chaleur est suffisant pour que l'opération froide soit bien supportée et pour que la réaction se fasse aisément. Il en est ainsi chez la plupart des malades robustes, atteints de ces affections, si variables de forme, que l'on désigne ordinairement sous le nom de névralgies, de douleurs rhumatoïdes, etc..., chez certains hypochondriaques, et généralement chez tous les malades à peau normalement colorée, dont les chairs sont fermes, et qui peuvent prendre de l'exercice. Il sera utile, au contraire, d'élever préalablement la température du corps des individus débiles, souffreteux, à chairs pâles, flasques, qui ont toujours froid malgré les innombrables et les plus chauds vêtements dont ils puissent se couvrir, et chez lesquels la marche est difficile ou impossible. Chez le plus grand nombre de ces malades, l'équilibre de température après l'application du froid se rétablit difficilement, tant est faible leur puissance de calorification ; aussi devient-il indispensable d'accumuler autour d'eux la plus grande quantité possible de chaleur.

Divers moyens sont mis en usage pour arriver à ce résultat : ceux qu'on doit préférer avant tous les autres, quand ils sont possibles, ce sont les exercices du corps, et en particulier la marche. Si les exercices actifs ne peuvent avoir lieu, ou s'ils ne sont pas suffisants pour obtenir la chaleur qu'on désire, on a alors recours aux exercices passifs, tels que des frictions sur la peau, soit avec un drap sec, soit avec des brosses de crin, de flanelle ou de caoutchouc vulcanisé. La friction avec le drap sec et gros, sans pourtant être rude, est de ces moyens celui auquel en général on donnera la préférence. Elle a l'avantage d'agir à la fois sur de plus grandes surfaces, et d'abriter contre l'air extérieur les parties du corps qui ne sont point frictionnées ; car même en employant deux aides pour ces frictions, elles ne peuvent porter à la fois sur toutes les parties du corps. Un autre avantage du drap sur les brosses, c'est de moins irriter la peau. Parmi les brosses, celle qui a le moins d'inconvénients sous ce rapport est la brosse en caoutchouc vulcanisé, dite brosse électrique. Le massage peut aussi être utilement employé dans ce cas.

Si l'on n'obtient pas ainsi le résultat désiré, on a recours à d'autres moyens qui ont pour objet d'accumuler artificiellement de la chaleur autour du corps ; ceux qu'on met le plus fréquemment en usage sont l'enveloppement dans les couvertures de laine et l'étuve sèche. L'enveloppement dans les couvertures de laine a pour but d'accumuler autour du malade sa chaleur rayonnante, de l'échauffer avec son propre calorique ; l'étuve sèche consiste à apporter autour du corps une chaleur étrangère, celle que dégage la combustion d'une lampe à esprit-de-vin. Ce sont deux actions essentiellement différentes, qui toutes deux ont leurs avantages, toutes deux leurs inconvénients. De ces deux moyens celui qui est préféré par la majorité des médecins qui s'occupent d'hydrothérapie, c'est l'enveloppement dans les couvertures de laine ; c'est celui que j'emploie presque exclusivement, et que je conseille de mettre en pratique comme étant le meilleur quoique le plus long, l'étuve sèche ne devant être employée que dans des cas exceptionnels et fort rares.

Quel que soit le moyen que l'on ait employé pour élever la température du corps, on devra faire l'application froide dès que le malade éprouvera cette chaleur incommode qui précède immédiatement la transpiration. On devra pourtant prolonger davantage la durée de l'enveloppement ou de l'étuve quand il y aura indication de faire transpirer les malades. Ainsi on aura recours à ce moyen chez les goutteux, chez les malades atteints de rhumatismes chroniques, dans les cas d'accidents syphilitiques tertiaires, dans un grand nombre d'engorgements des viscères abdominaux chez les scrofuleux et dans le plus grand nombre des cachexies. Dans tous les cas où la transpiration est indiquée, on devra la provoquer dès le début du traitement, avant les premières applications froides qu'elle rendra moins pénibles dans certains cas où la transpiration est utile ; on devra, pour la provoquer, remplacer l'enveloppement dans les couvertures de laine ou l'étuve sèche, par l'enveloppement dans le drap mouillé.

— Quelles sont les premières pratiques froides dont on doit faire usage au début d'un traitement hydrothérapique, que l'on ait jugé utile ou inopportune l'élévation préalable de la température du corps ?

La friction en drap mouillé est une des premières pratiques que l'on emploie le plus fréquemment dans les établissements hydrothérapiques de France et d'Allemagne.

Pour la pratiquer on prend un drap de moyenne grandeur (environ deux mètres vingt-cinq sur deux mètres) fait avec de la toile grosse, mais bien régulière et pas trop dure ; on le trempe dans de l'eau douce ou froide, suivant les indications ; et selon l'effet que l'on veut produire, on le tord plus ou moins complétement. Ainsi préparé, ce drap est brusquement appliqué sur le dos du malade placé debout, et qui en ramène les bords sur la partie antérieure du corps pour s'envelopper complétement dedans. Cette application est immédiatement suivie de frictions énergiques faites avec la main par-dessus le drap ou avec le drap.

Cette dernière manière de faire ne doit être employée que bien rarement, car elle a l'inconvénient de labourer cruellement la peau. Un ou deux aides frictionnent ainsi pendant une minute et demie à deux ou trois minutes, suivant les cas, toute la partie postérieure du corps, pendant que le malade, prenant à cette opération la part la plus active qu'il peut, se frictionne la partie antérieure. On enlève le drap mouillé, et on le remplace par un drap sec avec lequel on essuie en frictionnant de nouveau. Comme il a été à peu près impossible, le malade étant debout, de lui bien frictionner les jambes et les pieds surtout, on le fait asseoir enveloppé de son drap sec ; les aides fixent ses pieds entre leurs genoux, puis frictionnent les jambes et les pieds, d'abord avec le drap mouillé, puis avec le drap sec, pendant que le malade commence à se vêtir. En agissant de la sorte, jamais aucune partie du corps n'est exposée nue à l'air.

Que la friction ait été ou non précédée d'une élévation de température du corps, il est bon de la faire suivre de quelque exercice et surtout de la marche, ou, si cela n'est pas possible, du repos au lit pour favoriser la réaction. Le moment de la journée où cette opération est faite dans d'excellentes conditions est le matin au réveil du malade, qui, aussitôt qu'elle est terminée, peut se recoucher, et jouir, le plus ordinairement, pendant que la réaction s'opère, d'un sommeil paisible et réparateur.

L'effet ordinaire et immédiat de l'application du drap mouillé dans l'eau froide et peu tordu est un saisissement, une gêne de quelques secondes de la respiration ; tout cela est presque instantané, et disparaît d'habitude pour faire place à une sensation de chaleur agréable, à une respiration ample, et bientôt à un bien-être général et permanent. Parfois, au contraire, le saisissement et la gêne de la respiration sont plus prononcés, et déterminent

(1) *Des règles à suivre au début d'un traitement hydrothérapique*, par le docteur V. Boullay, directeur de l'établissement hydrothérapique d'Auteuil (Seine). Brochure in-8. Paris, 1859. Imprimerie de Moquet.

un malaise qui persiste jusqu'à ce que la friction avec le drap sec soit terminée, et que la réaction commence à se faire. D'autres fois, mais cela est heureusement très rare, il y a autour du crâne un sentiment de constriction, qui aurait lieu du reste avec toute autre application du froid; si ce phénomène se prolonge, il constitue un véritable accident. On remédie facilement à ces petits inconvénients en employant dès le début, au lieu du drap mouillé dans l'eau froide, soit le drap mouillé dans l'eau douce, soit, ce qui est en général préférable, le drap froid, mais très-tordu.

Les frictions en drap mouillé produisent, en même temps que leur action réfrigérante, une excitation de la peau; aussi les emploie-t-on chez tous les malades dont la peau fonctionne mal, chez les gens débiles, à peau décolorée, dans les cas où la calorification est lente. C'est dire que ce moyen trouvera son application dans le plus grand nombre des cas où le traitement hydrothérapique est indiqué; ainsi on l'emploiera utilement chez les chlorotiques, dans les affections chroniques des voies digestives, chez un grand nombre de paralytiques, etc. Mais on l'évitera avec grand soin dans tous les cas où il y aurait à craindre d'irriter la peau. C'est pour ce motif qu'on ne devra jamais y avoir recours chez les goutteux, car on courrait risque d'amener des accidents aigus. On ne devra pas non plus avoir recours à ce moyen dans les cas d'hyperesthésie de la peau.

Chez les femmes nerveuses, chez les malades qui suffoquent facilement, et en général chaque fois qu'il y aura plutôt à calmer qu'à exciter, ce ne sera point non plus cette pratique qu'on devra employer la première.

(*La fin au prochain numéro.*)

MAISON IMPÉRIALE DE CHARENTON. — M. CALMEIL.

De l'alcoolisme (1).

Symptômes physiques. — Les auteurs qui se sont occupés avec le plus de soin de l'alcoolisme chronique ont noté les désordres de la motilité des membres comme plus fréquents et plus caractéristiques que les troubles du mouvement des muscles de la face. Dans les observations, au contraire, que M. le docteur L. Thomeuf a recueillies à la Maison impériale de Charenton, dans le service de M. Calmeil, ceux-ci lui ont paru beaucoup plus sensibles. Ainsi, dans ses douze observations de lypémanie avec paralysie, notre jeune confrère a toujours constaté les tressaillements des muscles de la face, généralement plus apparents d'un côté, un mouvement ondulatoire de la lèvre supérieure et un tremblement très-marqué de la langue.

Ces symptômes, du côté des muscles animés par la septième paire et le grand hypoglosse, lui ont paru avoir, à cause de leur fréquence et de leur durée, la signification pathologique la plus importante. Quelques auteurs ont prétendu que ces signes disparaissaient généralement après la complète cessation des boissons, et cependant, au moment où M. Thomeuf a publié son excellente dissertation inaugurale, il y avait encore à Charenton deux malades chez lesquels le tressaillement des muscles de la face persistait depuis un an.

Lorsqu'on soumet l'homme ou les animaux à des inhalations de chloroforme, le phénomène le plus important, le seul même que l'on veuille obtenir, c'est l'insensibilité. Dans l'ivresse, cette insensibilité est des plus manifestes. Un ivrogne a eu récemment la mâchoire inférieure fracturée en deux endroits par un cheval; le maxillaire supérieur droit était complétement brisé, les lèvres étaient coupées dans toute leur hauteur, et cependant aucune douleur ne s'est produite. Cette anesthésie, loin d'être temporaire, persiste dans l'intoxication chronique, et chez un de ses malades, M. Thomeuf a remarqué une altération excessive de la sensibilité. C'est surtout aux extrémités des membres jusqu'au genou et au coude que l'insensibilité lui a paru le plus manifeste. Ainsi, il a pu enfoncer une aiguille sur trois de ses malades, sans déterminer la moindre douleur. Chez l'un d'eux, il y avait une analgésie très-remarquable: il a supporté, sans rien dire, l'application d'un énorme cautère au bras.

La sensation du contact proprement dit est aussi émoussée.

Du côté du tube digestif, dyspepsie avec renvois acides.

Cette maladie de l'estomac, consécutive à l'inflammation aiguë ou chronique de ce viscère produite par l'usage des boissons, expliquerait, d'après les théories de M. Beau, le délire lypémaniaque ou les conceptions délirantes hypochondriaques.

Le pouls est presque toujours à l'état normal. Dans les douze observations rapportées par M. Thomeuf, le chiffre des pulsations radiales a oscillé entre 60 et 84, excepté toutefois dans les exacerbations, dans lesquelles le pouls battait plus vite.

Quelques auteurs ont prétendu que les facultés génératrices diminuaient d'énergie, que l'érection était nulle. Cette assertion souffre de très-nombreuses exceptions, bien que les idées obscènes aient été souvent notées.

La maladie dont nous nous occupons arrive toujours chez de vieux ivrognes et débute quelquefois par un accès de *delirium tremens*.

On peut toujours à un moment donné en prévoir l'invasion au changement de caractère de l'individu; il devient pusillanime, défiant, vindicatif; souvent même le désordre psychique en reste là. Combien ne voit-on pas dans le monde d'individus adonnés avec excès aux liqueurs spiritueuses, qui sont en proie aux troubles dont il a été précédemment question? Seulement chez eux le délire que l'on prend pour un défaut de caractère, pour des mouvements de mauvaise humeur, existe en réalité, tout en étant compatible avec les habitudes journalières de la vie. Ces malades ont des rêves pénibles, mais n'ont pas d'hallucinations. Or cet état peut se prolonger longtemps; il précède généralement les accidents dont il a déjà été parlé et souvent ne va pas plus loin.

Les accidents du côté des mouvements commencent toujours par le tremblement des mains et des bras. Celui-ci, plus prononcé le matin, est souvent le seul symptôme; puis viennent les céphalalgies, les vertiges, les éblouissements, et, concomitamment, des troubles digestifs caractérisés par des renvois acides, pyrosis, pituites, surtout le matin. C'est la forme prodromique de Huss.

Les accidents peuvent, à la rigueur, s'en tenir là; mais comme les individus continuent généralement à boire, la forme réellement paralytique avec délire lypémaniaque ne tarde pas à se manifester.

La lypémanie paralytique produite par les boissons alcooliques dure fort peu de temps, à en croire les auteurs. D'après M. Thomeuf, presque tous les malades quittaient au bout d'une quinzaine de jours la Maison impériale de santé sinon guéris, du moins très-améliorés. Seulement la forme prodromique revenait toujours entièrement ou en partie; c'est-à-dire que les malades s'en allaient avec un léger tremblement des membres et surtout de la face, et avec les apparences de la raison.

On a très-souvent pu avoir des renseignements sur quelques malades qui étaient sortis guéris des plus graves accidents alcooliques: la plupart ne s'étaient point livrés à de nouveaux excès, à cause de la surveillance active exercée par leur famille; mais, en général, tous les vieux ivrognes sont dipsomanes. Ils arrivent tôt ou tard, et généralement très-vite, à la lypémanie alcoolique, ou bien ils tombent dans un état plus grave encore.

Tantôt c'est la stupidité, tantôt c'est la démence que l'on a décrite sous le nom d'*abrutissement des ivrognes;* parfois, enfin, c'est une paralysie générale qui succède à la lypémanie alcoolique. M. Thomeuf a observé trois malades qui avaient eu d'abord une lypémanie alcoolique avec de légers troubles du côté des mouvements, et qui plus tard présentèrent les signes d'une paralysie générale; mais l'auteur ne dit pas *paralysie générale des aliénés*, attendu que le délire, peu marqué du reste, se rapprochait beaucoup du délire de persécution. Il n'y avait nullement trace de conceptions ambitieuses, et les idées de persécution différaient complétement du délire hypochondriaque que certains aliénistes ont signalé comme arrivant quelquefois dans la paralysie générale.

M. Thomeuf a été conduit à admettre que la paralysie générale, considérée comme entité morbide, arrive souvent chez les individus qui ont fait des excès de boisson, excès qui sont, comme l'a démontré la statistique de Charenton des années 1857 et 1858, considérés comme cause déterminante de cette espèce de folie. Mais les trois paralysies générales qui ont succédé à la lypémanie alcoolique n'étaient réellement que les symptômes d'une lésion cérébrale différente de celle de la paralysie générale proprement dite, arrivée pendant la marche de la maladie.

La lypémanie avec accidents paralytiques, due à l'action lente et continue des boissons alcooliques, présente de grandes analogies avec la première période de la paralysie générale des aliénés. Aussi, MM. Lasègue et J. Falret ont-ils insisté fortement sur ces paralysies alcooliques dans leurs excellents travaux sur la folie paralytique. Il importe donc vivement d'éviter l'erreur. Pénétré de cette idée, M. Thomeuf s'est mis à la recherche des signes propres à chacune de ces affections, et voici comment il a tracé les différences qui les séparent:

LYPÉMANIE ALCOOLIQUE COMPLIQUÉE D'ACCIDENTS PARALYTIQUES.	PARALYSIE GÉNÉRALE.
Céphalalgie gravative.	Pas de céphalalgie généralement.
Hallucinations actives de tous les sens, troubles de la vue (illusions).	Affaiblissement de l'intelligence, rarement des hallucinations.
Conception délirante dépendant de ces hallucinations; idées de persécution, tendance au suicide, mauvais instincts, conscience de son infériorité.	Idées de grandeur et de contentement.
Embarras de la parole, tenant un peu à la peur, au tressaillement des muscles de la face, et surtout au tremblem. de la langue.	Embarras de la parole, tenant à la faiblesse des conceptions et à la paralysie des muscles de la face.
Faiblesse peu marquée des membres inférieurs, égale des deux côtés.	Faiblesse des membres inférieurs, plus marquée généralement d'un côté que de l'autre.
Tremblement des mains et des bras plus marqué le matin; fourmillements, crampes et soubresauts des tendons de l'avant-bras.	Rien d'appréciable aux membres supérieurs, quelquefois défaut de coordination.
Pupilles presque toujours dilatées.	Pupilles souvent inégales, souvent contractées.
Anesthésie aux extrémités des membres, s'étendant généralement pour les membres supérieurs jusqu'au coude, pour les membres inférieurs jusqu'au genou.	Sensibilité normale ou obtuse dans toute l'étendue de la peau.
Sommeil agité avec rêves, quelquefois insomnie.	Sommeil généralement normal.
Diminution de l'appétit, renvois acides, pituites le matin.	Appétit augmenté.
Diminution des fonctions génératrices, frigidité.	Facultés génératrices augmentées.
Guérison prompte au changement de forme de la maladie.	Marche de la maladie ordinairement rapide, toujours fatale.
Accidents du *delirium tremens.*	Tendance aux congestions, aux attaques épileptiformes.

La paralysie alcoolique peut-elle être confondue avec le *delirium tremens?* Il faudrait, pour établir un diagnostic précis, que tous les auteurs eussent une opinion exacte sur le *delirium tremens*. Or, les uns le considèrent comme une affection qu'ils décrivent sous le nom de *folie des ivrognes*, d'*œnomanie;* d'autres le regardent comme une variété de délire arrivant, soit chez les ivrognes de profession, soit à la suite d'un premier excès considérable de liqueurs spiritueuses.

Ainsi Barckhausen le définit: « Une maladie qui attaque les individus ayant fait un long abus des boissons spiritueuses. Elle se caractérise principalement par le trouble des fonctions cérébrales et nerveuses, notamment l'insomnie, le délire et des hallucinations d'espèce particulière; fréquemment aussi par le tremblement des membres, avec ou sans altération simultanée de la fonction du système vasculaire sanguin, avec ou sans fièvre; enfin, par une grande tendance au collapsus, et ne cède qu'à un sommeil critique. »

D'un autre côté, comme M. Marcel le fait parfaitement remarquer dans sa thèse, si l'on consulte les nombreuses observations rapportées au *delirium tremens*, on reconnaît bientôt qu'elles manquent de beaucoup de détails importants; qu'elles ont toutes rapport à des individus actuellement sous l'influence immédiate de l'alcool; que la maladie a une courte durée; que le seul caractère commun qu'on puisse y découvrir est une agitation constante. En définitive, on ne saurait voir là qu'une forme de l'empoisonnement aigu par les boissons spiritueuses; et ce qui lui donne une physionomie un peu distincte, c'est qu'il a lieu chez des individus modifiés depuis longtemps par l'abus des alcooliques, ou, si l'on veut, chroniquement empoisonnés; en un mot, chez des ivrognes.

Le pronostic est généralement très-grave. En effet, les hallucinations et les rêves persistent longtemps, et tout le monde sait combien il est difficile de les détruire. Cependant, chez trois des malades cités par M. Thomeuf, les hallucinations ont complétement cessé, et avec elles le délire des persécutions. Chez quatre autres, au contraire, les hallucinations sont restées aussi intenses que le premier jour; seulement elles arrivaient surtout la nuit, ce qui prouvait les fréquentes interruptions du sommeil. Il ne reste pourtant quelquefois qu'un changement dans le caractère, ce qui ne constitue pas, à proprement parler, un désordre inquiétant.

Comme complication possible, on remarque très-souvent, pendant le cours de la maladie, des périodes d'agitation qui disparaissent lorsqu'on parvient à rassurer le malade sur ses craintes imaginaires. Cette agitation n'est point accompagnée d'un mouvement fébrile, et elle n'est qu'une manifestation du délire. On conçoit, en effet, qu'un homme qui se croit continuellement menacé, et qui cherche à se débarrasser de cette persécution soit en se suicidant, soit en se vengeant sur les personnes qui l'entourent, ne se trouve pas dans un calme parfait.

La lypémanie alcoolique, compliquée ou non d'accidents paralytiques, présente aussi au début et dans sa marche de véritables accès de *delirium tremens*.

Huss a constaté de son côté les mêmes phénomènes, qui, selon lui, peuvent précéder même l'affection qui nous occupe.

M. J. Falret cite une paralysie alcoolique succédant à un *delirium tremens*. Chez deux des malades observés par M. Thomeuf, on a été porté à croire que c'était à la suite d'un ou de deux accès de *delirium tremens* que la maladie avait débuté; et ce qu'il y a de certain, c'est que dans beaucoup de cas l'accident aigu a été la cause unique qui a conduit les sujets à Charenton.

On ne peut généralement étudier à la Maison impériale de santé que le traitement des accidents aigus. Contre ceux-ci, les bains prolongés, quelques émissions sanguines, l'opium à faible dose et les purgatifs, ont paru rendre des services. Chez les malades qui ont présenté à un haut degré, au bout de quelque temps, des symptômes de lypémanie ou de stupeur, les affusions froides ont paru le meilleur mode de traitement.

Quand la lypémanie est simple, que les accidents paralytiques sont peu marqués, le séjour un peu prolongé dans un asile suffit pour amener une notable amélioration, surtout si l'on procure au malade des distractions ou des occupations qui peuvent le détourner de ses hallucinations et des idées de persécution qui le tourmentent. Le résultat jusqu'à un certain point satisfaisant que l'on a obtenu parfois dans des cas analogues prouve surabondamment ce qu'on peut retirer d'un traitement moral intelligemment combiné. S'il existe une véritable tendance à la paralysie générale, des révulsifs, des dérivatifs du côté du tube digestif, principalement les purgations aloétiques, constituent le meilleur mode de traitement prophylactique.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 juin.

NOTE SUR L'USAGE DES CANULES EN IVOIRE RAMOLLI dans le traitement des abcès sinueux ou profonds.

Par M. le docteur Girou de Buzareingues, député au Corps législatif.

La conclusion de la paix est loin de diminuer pour nos blessés les sympathies dont les témoignages se traduisent de plusieurs manières : c'est du linge, de la charpie, de l'argent, des maisons de campagne, que l'on met à leur disposition. Chacun cherche le meilleur moyen qui est en son pouvoir de venir en aide à ceux qui, sur les traces de leur Empereur, ont fait bon marché de leur existence.

Depuis la prière adressée à Dieu jusqu'aux plus humbles soins, aucune marque d'intérêt ne saurait leur faire défaut.

De son côté, le médecin qui n'a pas été admis comme chirurgien militaire à partager les dangers du champ de bataille, cherche dans ses souvenirs tout ce qui peut être utile à ses confrères de l'armée pour soulager nos pauvres mutilés.

Mû par ce sentiment, j'ai publié il y a quelques jours, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une note sur l'usage des moules en plâtre dans le traitement des membres inférieurs fracturés par les armes à feu ; qu'il me soit permis de dire aujourd'hui quelques mots sur le traitement des abcès profonds.

A la suite des contusions simples ou des plaies contuses, les déchirures des vaisseaux entraînent la formation de caillots sanguins plus ou moins volumineux. S'il n'y a pas plaie, ces caillots abandonnés à eux-mêmes sont le plus souvent résorbés lorsqu'ils ne sont pas trop volumineux, et surtout si on ne trouble pas la séparation du sérum et de la partie fibreuse, séparation qui tend à se faire naturellement ; la sérosité est d'abord résorbée, et puis la matière colorante du caillot est absorbée à son tour. La fibrine se resserre, se transforme en tissu cellulaire dense, moins consistant toutefois que le tissu fibreux des cicatrices dont il est l'analogue.

Si au lieu d'être tenu dans le repos et l'isolement, le caillot est mis en contact avec l'air extérieur, s'il est brisé, si les éléments qui le composent et qui tendaient à se séparer, sont brouillés, alors il s'opère une sorte de fermentation ; ce sang se décompose pour donner naissance à du putrilage, et c'est au plus vite qu'il doit être expulsé des parties qui le contiennent, si l'on ne veut le voir agir comme un corps irritant. De là deux indications : la première consiste à être sobre de toute manœuvre chirurgicale pouvant briser les caillots et les convertir en corps étrangers non assimilables, et la seconde consiste à faciliter l'expulsion de tous les caillots qui sont en contact avec l'air extérieur ou avec la suppuration, ou qui étant brisés, tendent à se changer en putrilage, si l'on ne veut pas voir leur absorption produire les accidents plus ou moins graves de la résorption purulente.

Ce que je viens de dire est jusqu'à un certain point applicable aux diverses modifications que subissent nos humeurs par suite des lésions extérieures. Tantôt une sorte de lymphe coagulable s'épanche entre les deux lèvres de la plaie, et, molle d'abord, se durcit ensuite pour former le tissu fibreux qui doit servir de lien intime à ces parties ; le repos et toutes les conditions qui peuvent écarter l'inflammation, rendent possible cette solution, qui est la plus heureuse. Le plus souvent la suppuration précède et accompagne ce travail et le ralentit.

Mon but étant de présenter quelques considérations purement pratiques, ce n'est pas ici le lieu de discuter comment se forme le pus, quel rapport ses globules peuvent avoir avec ceux du sang, et en quoi ils en diffèrent ; ce qu'il suffit de constater, c'est que ce liquide qui se sépare du sang par suite du travail inflammatoire, ne peut de nouveau lui être assimilé sans produire des désordres graves, et sans être pour l'économie tout entière la cause d'un véritable empoisonnement.

Il est pourtant à remarquer que les collections de cette nature dont le pus n'est pas altéré, et qui ne communiquent pas avec l'air extérieur, sont plus inoffensives et par conséquent mieux tolérées que celles qui sont dans des conditions contraires. Et en cela elles se comportent un peu comme les caillots sanguins; quelquefois même il est possible et il est bon de diminuer les collections purulentes par des suppurations extérieures, avant de leur donner issue au dehors ; par exemple, la suppuration produite par un vésicatoire appliqué sur la partie abcédée a pour effet de diminuer les sécrétions intérieures, et de s'opposer à la résorption purulente, comme l'a très-bien démontré M. le professeur Cloquet.

Mais enfin un des premiers soins du chirurgien est de chercher à débarrasser l'économie de toutes les matières purulentes qui viennent l'inonder ; souvent il suffit de pratiquer une ouverture pour que seule la contractilité des tissus expulse au dehors la liqueur morbide. Quelquefois aussi les tissus plus ou moins relâchés se laissent écarter par le liquide purulent, cèdent à la pression de son poids, lui livrent passage dans leurs interstices, et l'on a ce que l'on nomme des fusées purulentes, lesquelles peuvent glisser entre les muscles, leurs aponévroses, les gaînes des tendons, enfin dans toutes les parties où un tissu cellulaire dense n'offre pas une barrière infranchissable.

Il n'est pas un chirurgien qui ne connaisse ces vastes décollements que les compressions les plus méthodiques sont souvent impuissantes à empêcher et à faire cesser.

Le meilleur moyen de les prévenir est sans doute d'ouvrir les abcès dans leur partie la plus déclive, et, en général, de placer les plaies de telle sorte que le pus doive être entraîné au dehors par son propre poids.

Mais bien des difficultés viennent souvent dans la pratique mettre obstacle à l'application de cette règle, en apparence fort simple. C'est un organe important qu'il faut ménager, c'est un vaisseau volumineux qui doit être évité, c'est une grande épaisseur de tissus à traverser. Souvent aussi un trajet sinueux est le résultat de la lésion elle-même, et il est impossible de le redresser. Et puis ce sont des vaisseaux, des tendons, des aponévroses, des os, des ligaments qui viennent détruire dans le trajet de la plaie le parallélisme de ses parois, en changer la direction, et qui finissent par l'obstruer.

Je me trouvai en présence d'un cas semblable dans les premiers mois de 1839. Une jeune personne, âgée d'une douzaine d'années, Mlle C. G..., vit, à la suite d'une rougeole, plusieurs abcès se former dans un de ses membres inférieurs; l'un d'eux se développa autour de l'articulation du genou. Il semblait que le pus procédât du périoste qui recouvre les condyles du fémur. Plusieurs ouvertures furent pratiquées en dedans et en dehors de l'articulation; mais le pus, dévié par les diverses parties qui entourent cet organe, était toujours plus ou moins retenu, et tous les moyens usités en pareil cas pour faciliter son écoulement restaient impuissants. Une fièvre violente, le dévoiement colliquatif, une irritation des plus vives du côté de la vessie, une excitation cérébrale parvenue jusqu'au délire, indiquaient les ravages causés par la résorption purulente. MM. les professeurs Marjolin et Cloquet, consultés, émirent un prognostic grave, et me laissèrent peu d'espoir de sauver la malade. Cependant je ne me décourageai pas entièrement; je pensai qu'en faisant cesser la cause des accidents je pouvais les voir se calmer, et toute mon attention se porta sur les moyens d'obtenir un écoulement régulier du pus, à mesure qu'il se formait.

D'abord j'avais employé les mèches; mais, gonflées par le liquide purulent, elles obstruaient bientôt les conduits sinueux qui lui livraient passage; les bougies en cire et les fils cirés ou métalliques avaient laissé les ouvertures se resserrer, et le liquide avait été ainsi retenu. J'avais voulu favoriser l'écoulement par une sonde en gomme élastique; mais deux inconvénients m'y avaient promptement fait renoncer; d'abord la sonde s'obstruait, puis son tissu se boursouflait à sa surface et produisait de l'irritation par ses rugosités. J'avais pareillement renoncé aux canules d'argent, qui avaient aussi l'inconvénient de s'obstruer et de s'altérer, et aux canules en ivoire simple, qui devenaient au bout de peu de temps raboteuses à leur surface et produisaient une irritation semblable à celle qui est le résultat de la présence des esquilles.

Je pensai qu'en enlevant à l'os sa partie calcaire, je ferais disparaître la cause qui rendait irritantes les canules en ivoire, et que, de plus, devenues souples, elles pourraient plus facilement se modeler sur les trajets sinueux qui conduisaient à l'abcès, assez profond.

Je puis dire que leur application dépassa toutes mes espérances. Le pus se mit à couler avec une grande facilité par ces canules polies, en sortant goutte à goutte, à mesure qu'il était sécrété, la résorption purulente cessa, et avec elle les accidents qui l'accompagnaient.

Le mal, soit par le fait de sa nature, soit à cause de celle des tissus affectés, ou de la constitution lymphatique de la malade, affecta la marche chronique, et l'usage des canules en ivoire ramolli fut longtemps continué, sans que leur bon effet se démentît jamais jusqu'à la guérison.

Seulement l'os, réduit à sa partie cartilagineuse, tend à se dissoudre lorsqu'il est plongé dans l'épaisseur de nos tissus, et après s'être notablement amincies, ces canules ont besoin d'être renouvelées au bout d'une dizaine de jours. C'est le seul inconvénient qui s'attache à leur usage, mais il leur est commun avec beaucoup d'autres instruments fort usités en chirurgie.

A cette observation fort abrégée, dont je n'ai voulu donner que ce qui intéresse mon sujet, je pourrais en joindre plusieurs autres. Il me suffira de dire que, dans des cas semblables où le pus était profondément retenu, je me suis toujours bien trouvé de ce moyen, tant pour vider les abcès profonds que pour éviter des décollements.

Je ne crois pas qu'il soit possible de trouver une substance moins irritante pour nos tissus, et qui puisse donner plus facilement sortie aux matières séreuses ou purulentes qu'on désire expulser. Quoique ces canules figurent depuis longtemps au milieu des instruments de chirurgie de M. Charrière, je crains qu'elles ne soient pas assez répandues dans la pratique; c'est le motif qui m'a engagé à publier cette note.

A défaut de canules en ivoire ou en os ramolli par un acide, quelques essais me font penser qu'on pourrait aussi employer avec succès la trachée-artère des oiseaux comme instrument propre à faciliter l'expulsion des liquides contenus dans les plaies. La souplesse de cet organe et le conduit cylindrique qu'il forme le rendent propre à cet usage. Mais pour prévenir les accidents qui pourraient résulter de son altération ou de sa rupture dans nos tissus, il faudrait qu'il fût souvent renouvelé. Au moment où j'allais publier ces lignes, j'ai appris que M. Chassaignac venait de faire paraître un grand travail sur ce qu'il nomme le drainage chirurgical, et qu'il préconise pour cet usage les canules en caoutchouc vulcanisé. C'est à son œuvre qu'il faudra recourir pour avoir sur ces matières des données complètes et à coup sûr fort instructives. Je me suis borné à indiquer sommairement un moyen qui m'a réussi et dont l'application peut intéresser nos blessés. Ce serait encore avoir atteint un but utile, si cette note pouvait contribuer à fixer l'attention sur l'ouvrage de mon savant confrère.

EAUX MINÉRALES DE CHATELDON (PUY-DE-DOME)

Sources de la Montagne.

Par M. le docteur Grange.

Sous ce titre : *Études chimiques et médicales sur les eaux minérales de Chateldon*, MM. Henry père et fils et Gouod viennent de publier un travail fort intéressant et digne à plus d'un titre de fixer l'attention de nos confrères.

Les eaux de Chateldon sont connues depuis fort longtemps ; elles furent découvertes en 1774 par le docteur Desbrest, qui en fit l'analyse et publia en 1778 de nombreuses observations sur leurs propriétés chimiques et thérapeutiques. Après lui, l'examen de ces eaux fut entrepris par Sage, puis par Fourcy, sous les yeux de Raulin, alors inspecteur général des eaux du royaume.

Dans un traité sur les eaux de France et d'Allemagne, publié en 1777, Raulin a fait le parallèle entre les eaux de Spa et celles de Chateldon. « Les eaux de Spa et celles de Chateldon, disait » Raulin, sont imbues des mêmes principes minéraux ; celles-ci » en sont plus riches que les autres, elles en contiennent qui ne » sont pas dans les premières..... Les eaux de Spa contiennent » plus de substance ferrugineuse que celles de Chateldon, qui » sont également martiales; bien loin que ce soit un avantage » pour les premières, c'est, au contraire, une forte raison pour » établir la supériorité des vertus des eaux de Chateldon sur » celles de Spa. »

L'analyse nouvelle de MM. Henry prouve que les eaux de Chateldon n'ont pas subi de variations sensibles depuis près d'un siècle. Il serait difficile de trouver dans le cadre hydrologique une eau ayant une minéralisation plus heureuse, nous pourrions presque dire plus parfaite. En effet, parmi les eaux ferrugineuses les plus renommées, les unes ne contiennent que des quantités insignifiantes de sels alcalins ; les autres n'ont qu'une très-faible quantité d'acide carbonique libre; dans certaines eaux alcalines très-riches, on ne rencontre ni sels magnésiques ou calcaires, ni acide carbonique libre.

L'eau de la Montagne, au contraire, contient tout à la fois une quantité notable de sels sodiques, magnésiques et calcaires, et une proportion assez forte de fer, le tout tenu en dissolution par un excès d'acide carbonique.

Nous ferons remarquer que ces eaux ne contiennent qu'une quantité presque nulle de sulfates.

Pour arriver à une classification exacte, il faut donc ranger d'abord les eaux de Chateldon parmi les eaux bicarbonatées, sodiques et calcaires, et les placer ensuite au nombre des eaux ferro-gazeuses, à côté de Spa, Pyrmont et Bussang.

D'après la composition chimique des eaux de Chateldon, il est facile de prévoir le rôle si important que ces eaux sont appelées à jouer dans la thérapeutique.

« C'est principalement, disent MM. Henry, dans les affections » qui réclament une excitation lente et modérée, dans les dys- » pepsies, dans les cas d'anorexie, avec bouche amère, langue » saburrale, et tout ce cortége obligé d'accidents qui sont liés » aux digestions pénibles, que nous les croyons parfaitement » utiles. »

De nombreuses observations ont établi l'efficacité de ces eaux dans les gastrites chroniques, gastralgies, spasmes, vapeurs et dans les cas où le système nerveux est dans un état de surexcitation maladive. Cette vertu calmante et antispasmodique a été observée un grand nombre de fois.

Elles ont aussi une action très-marquée sur l'appareil urinaire ; elles activent la sécrétion des reins, augmentent la quantité de l'urine, et en modifient heureusement la qualité ; de même que les autres eaux diurétiques, elles pourront donc être utilement employées dans les cas suivants : concrétions pierreuses, calculs dans les reins ou la vessie, gravelle, néphrite, rétention d'urine.

Moins alcalines que celles de Vichy, on peut les employer plus longtemps sans craindre que les urines deviennent alcalines.

Il est de principe que les eaux ferrugineuses se décomposent facilement au contact de l'air ; mais il a été reconnu que celles qui contiennent un excès d'acide carbonique, conservent longtemps leurs qualités.

« Les eaux ferrugineuses, dit notre savant et infatigable hy- » drologiste, le docteur Herpin, de Metz, contenant un excès de » gaz carbonique, sont agréables à boire ; elles ont beaucoup de » ressemblance avec les eaux de Seltz gazeuses ; l'estomac les » supporte et les digère bien ; le fer y est parfaitement dissous ; » elles conservent longtemps leurs qualités lorsqu'elles sont ren- » fermées, avec les précautions convenables, dans des bouteilles » hermétiquement fermées. »

Il semble que ces lignes aient été écrites pour l'eau de Chateldon, qui a un goût aigrelet, piquant, une saveur fraîche et agréable.

Un avantage incontestable, et sur lequel nous insistons avec MM. Henry, c'est l'union intime qui existe entre les principes minéralisateurs de cette eau ; c'est cet état parfait de combinai-

son entre le fer et l'acide carbonique, qui les rend fort agréables à boire, et qui permet de les transporter au loin sans altération.

Dans tous les cas où les martiaux sont indiqués, l'eau de la montagne se présentera comme un mode agréable d'administrer le fer. Elle ne provoque jamais sur les poitrines délicates les accidents funestes que les martiaux déterminent souvent, et que M. Trousseau a signalés depuis longtemps.

Sans doute, avec des eaux ferrugineuses plus riches, on obtiendra des effets plus prompts; mais ces eaux ont non-seulement l'inconvénient que nous venons de citer, mais exercent souvent une action astringente trop forte sur l'estomac et les intestins, et donnent lieu parfois à des constipations opiniâtres.

Dans le traité publié en 1778, le docteur Desbrest cite de nombreuses observations attestant l'efficacité de ces eaux dans les fièvres intermittentes. MM. Henry ont eu à expliquer théoriquement les faits avancés par le docteur Desbrest. D'après les savants chimistes, on doit rapporter ces guérisons à l'influence de l'arsenic qui se rencontre dans les eaux de Chateldon soit à l'état de combinaison, soit à l'état d'arséniate de soude. Des expériences ont été tentées par quelques-uns de nos confrères dans les contrées marécageuses de l'Auvergne, où les fièvres d'accès règnent souvent à l'état d'épidémie. Avant de se prononcer sur ce sujet, il faut attendre les résultats de ces tentatives.

Enfin, au point de vue hygiénique, comme boisson de luxe, l'eau de la Montagne peut se placer fièrement à côté de Schwalheim, de Soultzmatt; sa saveur fraîche et agréable, cette acidité qu'elle communique au vin sans en altérer le goût ni la couleur, la feront préférer aux eaux artificielles, qui offrent des inconvénients qu'on ne saurait contester aujourd'hui.

Nous devons, en terminant, savoir gré à MM. Henry d'avoir remis en lumière une eau qui depuis longtemps jouit de l'estime d'un petit nombre de patriciens éclairés.

Si Chateldon n'a pas aujourd'hui la réputation de Spa, son heureuse rivale, cela tient à l'inaction et à la modestie exagérée de ceux qui ont tenu dans leurs mains les destinées de cette eau minérale!

OBSERVATION DE HERNIE ÉTRANGLÉE

réduite par le massage du ventre.

Par M. Albin Laforgue, médecin-major au 40e de ligne.

L'observation de hernie étranglée réduite par l'infusion de café, publiée par M. le docteur Chalut dans la *Gazette* du 17 mai, et l'intéressante discussion qu'elle a provoquée à la Société de médecine pratique, me rappellent un procédé que j'ai employé en 1843, à Blidah, et qui m'a parfaitement réussi.

Un pauvre colon, âgé d'environ trente ans, portait une hernie du côté gauche assez difficile à maintenir. Il eut l'imprudence de commettre un excès de boisson; son bandage fut déplacé, et sa hernie s'étrangla.

Ramené chez lui dans un état complet d'ivresse, il passa une partie de la nuit sans s'apercevoir de l'accident dont il était atteint. Les vapeurs alcooliques s'étant dissipées, la douleur l'avertit du danger qu'il courait. Il m'envoya chercher : malheureusement j'étais déjà à mon service, et dans l'impossibilité d'aller immédiatement à son secours.

A mon arrivée, vers les neuf heures du matin, je trouvai la tumeur très-volumineuse, très-dure et irréductible. Le malade avait beaucoup vomi, était très-agité et en proie à d'atroces douleurs.

L'état du pouls me permit de pratiquer une saignée de 500 gram., puis j'essayai du taxis; mais je ne tardai pas à me convaincre de l'impossibilité d'arriver à un résultat par ce seul moyen. Je plaçai le patient sur un plan incliné, presque vertical, le bassin très-haut, les membres dans le relâchement et la tête convenablement soutenue. J'appliquai ensuite des compresses froides sur la tumeur. Une demi-heure après je tentai de nouveau et sans plus de succès le taxis.

Alors j'eus l'idée d'employer le massage du ventre, et cette manœuvre amena très-rapidement la réduction.

La logique dit que l'étranglement offrirait peu de résistance, si l'opérateur pouvait saisir l'un des bouts de l'anse herniée et tirer à lui, dans le sens inverse de la force qui précipite les viscères au dehors. Lorsqu'on place, à l'exemple des anciens et de plusieurs chirurgiens du siècle dernier, le malade sur un plan très-incliné, le bassin au sommet, les intestins exercent par leur propre poids une traction de haut en bas de la tumeur à l'intérieur. Or, par un massage régulier et progressif, il est possible d'entraîner tout le paquet intestinal à l'ombilic, de refouler le diaphragme et les organes abdominaux vers la poitrine, de donner à cette force de traction une grande puissance et de faire rentrer les viscères échappés.

Cette manœuvre me paraît plus rationnelle et plus chirurgicale que le taxis, moyen médiocre, qui, outre l'inconvénient de s'exercer sur des tissus congestionnés et douloureux, est rarement efficace, fait perdre souvent un temps précieux, et peut augmenter l'obstacle en repoussant sur l'étranglement les parties incarcérées.

Les substances qui ont la propriété de déterminer un mouvement péristaltique énergique, ou de grands efforts de vomissement, agissent, à mon avis, d'une manière toute mécanique.

Elles provoquent cette traction intérieure, que j'ai obtenue par le massage.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 juillet 1859. — Présidence de M. de Sénarmont.

Plaie de la région cervicale avec lésion du canal vertébral et écoulement du liquide céphalo-rachidien. — M. Jobert (de Lamballe) fait sous ce titre la communication suivante :

L'Académie se rappelle les expériences de Magendie sur les usages du liquide céphalo-rachidien dont la quantité était évaluée par lui à 60 grammes.

Elle se souvient que ce savant, après avoir enlevé les muscles des gouttières vertébrales, avoir mis à découvert les membranes d'enveloppe de la moelle et y avoir fait une piqûre, a vu le liquide s'échapper par jet.

A la suite de sa sortie, il a observé un trouble dans les facultés locomotrices, si bien que les animaux chancelaient et s'affaissaient sur eux-mêmes.

M. Longet, qui a répété ces expériences, n'a pas adopté l'opinion de Magendie, parce que les résultats obtenus ne sont pas conformes aux siens.

M. Longet a remarqué que la section des muscles suffit pour amener un trouble profond dans les mouvements, et que l'évacuation du liquide, sans intéresser les muscles de la nuque, n'apporte dans la démarche des animaux aucune modification notable.

Un fait m'a paru résoudre la question, et je demande la permission de l'exposer en quelques mots à l'Académie.

Une personne d'une forte constitution, entrée à l'Hôtel-Dieu le 11 décembre 1858 et morte le 22 décembre, c'est-à-dire après onze jours de séjour à l'hôpital, reçut un coup de poignard de la main d'un homme qui depuis quelque temps lui faisait de fréquentes visites.

Le coup fut porté avec violence, l'instrument se brisa près du manche. La base correspondait aux téguments, et la pointe pénétrait dans le canal vertébral.

Les gros vaisseaux artériels et veineux ayant été respectés, l'écoulement de sang ne fut pas sérieux; mais il s'échappa par la plaie oblique des téguments, sans interruption, un liquide séreux, semblable au sérum du sang. Les alèzes, les draps de lit en furent inondés, tant la quantité perdue chaque jour était considérable.

En l'examinant, on constata que c'était du sérum dans lequel nageaient quelques globules sanguins.

Le troisième jour de l'entrée de la malade, le corps étranger put être extrait, et au moment où il fut retiré, il sortit un flot considérable du même liquide.

Pendant toute la durée de la perte du liquide céphalo-rachidien, la malade n'éprouva aucun affaiblissement musculaire, aucune déperdition de la force des contractions musculaires, et aucun changement ne se manifesta dans l'intelligence.

Cette malade ayant succombé à une méningite rachidienne, on trouva les corps des sixième et septième vertèbres cervicales labourés par l'instrument, le disque inter-vertébral intéressé et une piqûre aux feuillets pariétaux des membranes d'enveloppe de la moelle épinière.

Ce fait paraît donc prouver que le liquide céphalo-rachidien n'a pas les usages que Magendie lui avait attribués, et c'est ce que M. Longet par ses expériences avait déjà prouvé.

Présence du sucre dans le sang de la veine-porte et des veines sus-hépatiques. — M. Cl. Bernard communique la relation des expériences suivantes de M. C. Schmidt, de Dorpat, d'après une lettre de ce physiologiste :

« La fonction glycogénique du foie, c'est-à-dire la propriété que cet organe possède de produire du sucre dans l'état physiologique, peut être démontrée par des expériences très-variées. Mais il en est une qui consiste à montrer que chez un animal carnivore le sang qui entre dans le foie par la veine-porte est privé de sucre, tandis que le sang qui sort du même organe par les veines sus-hépatiques en contient de notables quantités; ce qui amène forcément à la conséquence que le sucre s'est formé dans le foie. Ce fait a déjà été vérifié par un très-grand nombre d'expérimentateurs et par une commission de cette Académie. Cependant j'ai cru utile de rapporter encore les expériences de M. Schmidt, de Dorpat, l'un des chimistes physiologistes les plus habiles qui se soient occupés de la question de la formation du sucre dans les animaux. Il me semble toujours avantageux, dans les questions expérimentales physiologiques, d'insister sur les expériences les plus simples, parce que leurs conclusions, ressortant plus directement du fait, sont moins sujettes à interprétations erronées.

» Voici le résultat des analyses de M. Schmidt sur le sang de la veine-porte et des veines hépatiques sur trois chiens, dont deux étaient en digestion de viande, et le troisième à jeun depuis deux jours. Il a trouvé que le sang de la veine-porte ne contenait pas de sucre, tandis que le sang pris dans les veines hépatiques en renfermait à peu près 1 pour 100 du résidu sec du sang chez les chiens en digestion, et environ 1/2 pour 100 chez l'animal à jeun.

» Les résultats numériques obtenus par M. Schmidt sont tout à fait concordants avec ceux obtenus par M. Lehmann, qui a calculé également le sucre en rapport avec le résidu sec du sang. »

M. Cl. Bernard présente à la suite de cette communication un exemplaire de son *Mémoire sur une nouvelle fonction du foie comme organe producteur de la matière sucrée chez l'homme et chez les animaux*, et un exemplaire de ses *Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine*, faites au collége de France dans le semestre d'hiver 1854-1855.

Cavité prépéritonéale. — M. le Secrétaire perpétuel signale parmi les pièces imprimées de la correspondance et fait connaître dans les termes suivants un opuscule de M. Hyrtl, de Vienne, sur la cavité prépéritonéale de Retzius, cavité située à la paroi antérieure de l'abdomen chez l'homme.

Les anatomistes savent que, lorsqu'on prépare les muscles transverses de l'abdomen avec leur aponévrose, on voit cette aponévrose devenir au-dessous de l'ombilic si mince qu'elle semble se terminer à deux arcs latéraux appelés les *lignes de Douglas* : la vraie destination de ces lignes a été jusqu'ici inconnue. Plusieurs anatomistes prétendent que l'aponévrose des muscles transverses se termine, en effet, dans ces lignes de Douglas; d'autres la font se continuer jusqu'à l'os pubis.

M. Retzius a montré qu'en ouvrant les gaînes des muscles droits, et mettant à nu l'aponévrose et les lignes de Douglas, la paroi située en arrière des muscles conduit à une cavité profonde qui pénètre dans le petit bassin. Si on pousse la main dans cette cavité, on trouve que l'aponévrose du transverse se confond avec la partie antérieure de l'aponévrose abdominale, et tapisse la cavité en question. Cette portion de l'aponévrose s'attache à la vessie et descend jusqu'au col.

La partie forte de l'aponévrose du transverse se continue par les lignes de Douglas, comme deux arcs, jusqu'aux branches horizontales du pubis, formant la paroi postérieure du canal inguinal, etc.

Le même arrangement se trouve aussi chez la plupart des mammifères.

C'est dans cette cavité que la vessie monte ou descend, suivant qu'elle est remplie ou vide, d'où il résulte que la cavité prépéritonéale est bien nécessaire pour les fonctions de la vessie.

Altération des os chez les vertébrés de l'ancien monde. — M. Marcel de Serres adresse sur ce sujet la note suivante :

Nous avons depuis longtemps fait voir que certains animaux invertébrés, particulièrement les mollusques et les annélides de l'ancien monde, présentent leur test singulièrement altéré, et prouvé que ces altérations avaient eu lieu pendant la vie, comme c'est le cas pour celles que les mêmes animaux offrent dans les temps actuels.

En voyant les altérations du test aussi fréquentes chez les invertébrés, nous nous sommes demandé si les animaux vertébrés n'en présenteraient pas de semblables, d'autant que leur charpente osseuse est tout à fait analogue à celle des espèces actuellement vivantes. Comme les os de ces espèces sont affectés par un grand nombre de maladies, dont les traces sont le plus souvent apparentes après la mort, nous les avons cherchées dans les os des mammifères des temps géologiques les plus récents. Nos prévisions ont été complétement confirmées par l'observation. Quoique nos recherches à cet égard soient encore bien incomplètes, elles nous ont appris que les os humatiles des chevaux ensevelis dans les terrains de transport anciens qui ont rempli en partie ou en totalité les cavernes à ossements, sont parfois altérés au point d'offrir des traces plus ou moins prononcées de la maladie connue sous le nom d'*exostose*. Cette maladie affecte, comme on le sait, les os des chevaux qui ont été soumis à des travaux pénibles ou à des courses longues et rapides. Nous n'avons pas été moins surpris d'observer des *périostoses* chez plusieurs vertèbres lombaires du grand lion des cavernes ossifères.

Les mêmes maladies qui affectent maintenant les os des espèces vivantes les ont donc atteintes lors des temps géologiques récents. Il nous reste cependant encore à nous assurer si les mêmes maux ont affligé les races des époques anciennes; c'est aussi sur ce point de fait que nous dirigeons nos recherches.

— M. Landouzy annonce l'envoi d'un mémoire sur les *lésions anatomiques du typhus épidémique*, et en adresse d'avance un court résumé.

Ce résumé sera réservé en attendant l'arrivée, qui semble devoir être prochaine, du travail complet de M. Landouzy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Martenot de Cordoux, médecin major de 1re classe, attaché à l'ambulance du quartier général du 1er corps.

Au grade de chevalier. — MM. Glaësel, médecin aide-major aux ambulances de la garde impériale; Bartbet et Contrejean, médecins aides-majors aux ambulances du 1er corps; Balech, médecin-major aux ambulances du 2e corps; Casses, médecin aide-major aux ambulances du 3e corps.

— Dans sa dernière séance, l'Académie royale de médecine de Belgique a procédé au renouvellement de son bureau pour la prochaine période triennale. M. Vleminckx a été proclamé président par 23 voix contre 7. En le renommant président à une aussi grande majorité, l'Académie a voulu rendre hommage au talent et au dévouement dont a toujours fait preuve M. Vleminckx, pendant qu'il a été à sa tête.

MM. Lebeau et Van Coetsem ont aussi été proclamés vice-présidents. M. Marinus a été conservé dans ses fonctions de secrétaire.

— Dans sa séance du 4 juillet, la Société impériale de médecine de Lyon a nommé membres titulaires MM. les docteurs Fonteret et Valette.

Dans les séances du 4 et du 11 juillet ont été nommés membres correspondants MM. les docteurs Mignot, de Chantelle (Allier), Vaulpré, (Ain de Bourg), Fonteyral, d'Eymet (Dordogne), De Méric (de Londres), et Dambre (de Courtrai).

— La séance annuelle de la Société anatomique aura lieu le jeudi 28 juillet, à 3 heures, dans la salle des thèses de la Faculté.

Le banquet aura lieu le même jour, à six heures et demie, aux *Frères Provençaux*. On souscrit jusqu'au 27 juillet chez MM. le Dr Vidal, rue Laffitte, 8; le Dr Blain des Cormiers, rue de l'Université, 7; Labbé (Léon), à l'Hôtel-Dieu; Siredey, à l'hôpital Saint-Antoine; Coulon, à Lariboisière; Fauvel, à la Charité; et Gellée, à l'hôpital des Enfants.

— Plusieurs journaux anglais s'occupent en ce moment de mistress Blackwell, doctoresse en médecine, qui a fait en Angleterre des leçons *sur les droits de la femme*. Mais il ne paraît pas qu'elle trouve de l'autre côté de la Manche le même succès qu'au delà de l'Atlantique.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 85. — JEUDI 21 JUILLET 1859. (32e ANNÉE.) N° 85. — JEUDI 21 JUILLET 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 JUILLET 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur le rapport de M. Blache, relatif à l'état mental dans la chorée, annoncée pour cette séance, a été ouverte en effet et close presque aussitôt. Elle s'est bornée à un échange de petites récriminations assez anodines d'ailleurs entre M. Trousseau et M. le rapporteur. M. Trousseau a reproché à M. Blache de s'être servi de l'expression générique de *chorée*, qui a pu laisser croire à une confusion qui n'existait en réalité ni dans l'esprit du rapporteur ni dans le rapport, au lieu de se servir de la dénomination de *danse de Saint-Guy*, qui, à ses yeux, a l'avantage de mieux exprimer, par son insignifiance même, l'affection spéciale à laquelle on est convenu de l'appliquer. Il ne s'agit que de s'entendre, car en fait de dénominations tout n'est que convention. M. Trousseau a mille fois raison. Il importe, quand on veut traiter un point quelconque de l'histoire ou du traitement de la chorée, de bien spécifier qu'il s'agit de la névrose spéciale, idiopathique, caractérisée par des mouvements convulsifs involontaires et désordonnés, et non point de ces divers états convulsifs, de ces désordres musculaires plus ou moins coordonnés, qui sont liés avec des états morbides connus, dont ils ne constituent qu'un des éléments symptomatiques. Mais cette distinction une fois admise et consacrée par l'assentiment de tous les pathologistes, que l'on appelle la névrose en question danse de Saint-Guy ou chorée, pourvu qu'il soit convenu que cette dernière dénomination, employée seule, sans aucun qualificatif, ne s'applique exclusivement qu'à cet état morbide essentiel, et non point aux accidents symptomatiques qui lui ressemblent plus ou moins, nous ne voyons pas qu'il y ait là un sujet de grave reproche. Et, bien que M. Trousseau en ait fait un péché capital, qu'il a mis peu charitablement sur la conscience de son collègue, nous maintenons que c'est à peine si cela peut passer pour peccadille; et encore serions-nous disposé, même sur ce léger grief, à plaider en faveur de M. Blache les circonstances atténuantes. Cela ne nous empêche pas de trouver que M. Trousseau n'ait parfaitement raison lorsqu'il dit d'une manière générale que, quand il s'agit de dénommer une entité morbide bien déterminée, les expressions les plus insignifiantes en elles-mêmes, les plus ridicules même, du moment où elles rappellent à l'esprit la maladie qu'on veut désigner, sont préférables aux dénominations scientifiques, qui sont, dans ce cas, d'autant plus défectueuses, qu'elles ont un sens plus générique et plus de prétention à l'exactitude.

Mais si nous faisons bon marché des peccadilles de nomenclature, il ne saurait en être de même des fautes de nosologie. Le reproche de confusion que M. Trousseau adressait à M. Blache, mais en l'appliquant au nom seulement, M. Blache l'avait déjà adressé lui-même à l'auteur du mémoire en l'appliquant à la chose même, et M. Trousseau le lui a lancé de nouveau par-dessus la tête du rapporteur, qui s'est ainsi trouvé dans l'impossibilité de couvrir son client.

Enfin le troisième grief, dans lequel M. Trousseau a également confondu et le rapporteur et l'auteur, consiste à avoir omis de rappeler que les troubles intellectuels décrits dans le mémoire comme une des complications de la chorée, ont été déjà signalés dans la thèse de M. Moynier, qui les aurait même trouvés beaucoup plus fréquents que M. Marcé.

M. Blache, qui n'a pas eu beaucoup de peine à se laver du premier reproche, a repoussé celui-ci en opposant aux assertions de MM. Trousseau et Moynier ses propres observations, qui tendent à lui faire considérer ces assertions comme entachées de quelque exagération. Une fois sur cette voie, comme l'exagération est une des peccadilles dont M. Trousseau ne sait pas toujours se défendre avec assez de fermeté, M. Blache ne s'est pas fait faute de lui en reprocher encore une ou deux. A cela s'est bornée à peu près la conversation engagée entre MM. Trousseau et Blache à l'occasion du rapport : mais des nombreuses et belles questions principales ou accessoires qui y sont soulevées, et qui auraient pu donner lieu à une ample discussion, il n'en a point été question. La chaleur tropicale qui nous accable semble avoir desséché la bouche et paralysé la langue de nos honorables académiciens.

L'Académie avait entendu avant cette petite discussion une lecture de M. le docteur E. Combes, sur une nouvelle méthode de traitement de certaines affections du col de l'utérus, instituée par cet honorable praticien. On en trouvera l'exposé dans le compte rendu de la séance.

Enfin, après le dépouillement de la correspondance, M. Depaul a présenté, au nom de M. A. Becquerel, un travail sur les phlegmasies chroniques de l'utérus. Ce travail renferme l'exposé des recherches cliniques que M. Becquerel a faites sur les causes des phlegmasies chroniques de l'utérus, sur la nature de l'état morbide général qui les accompagne et le traitement qui leur convient. Les phlegmasies chroniques de l'utérus, d'après l'auteur, seraient toujours primitivement locales, et dues également à des causes toutes locales. Ce n'est que consécutivement, et à mesure que ces affections se prolongent et se présentent avec une intensité croissante, qu'il se produit chez les femmes qui en sont atteintes une altération souvent assez profonde du sang, dont M. Becquerel a déterminé par l'analyse chimique les diverses modifications, et qui se résume dans une anémie très-prononcée et d'un caractère spécial. Comme conséquence naturelle, sanctionnée d'ailleurs par l'expérience clinique, le traitement de ces affections doit être exclusivement local et direct. Ce traitement est basé principalement sur la propriété que paraît avoir le tannin pur, ou en solution concentrée, de déterminer sur la muqueuse et sur le tissu utérin lui-même le développement d'un état morbide congestionnel tout spécial, sous l'influence duquel la phlegmasie chronique se dissipe.

Telles sont les principales propositions qui résument ce travail. Vu leur intérêt clinique et pratique, nous publierons prochainement l'analyse des faits qui leur servent de base.

Dr Brochin.

DES RÈGLES A SUIVRE au début d'un traitement hydrothérapique (1).

Souvent, au début du traitement, on emploie des lotions faites d'abord avec de l'eau douce, et dont la température est graduellement descendante soit pendant la première opération, soit aux opérations suivantes. Pour pratiquer la lotion, on remplit un vase d'eau à la température voulue, le malade prend une grosse éponge qu'il trempe dans l'eau, et avec laquelle il se lotionne la partie antérieure du corps, tandis que l'aide, avec une autre éponge, lotionne la partie postérieure. Cette opération doit être faite avec rapidité; on emploie ainsi un ou deux seaux d'eau, à une température uniforme de 22 ou 24°, ou bien la première moitié de l'opération se fait avec de l'eau à cette température, tandis que la seconde moitié se fait avec de l'eau ayant une température plus basse que la première de deux à quatre degrés, de façon que le malade s'aperçoit à peine de cette différence. Il est enveloppé d'un drap sec, bien essuyé et frictionné, si la friction est jugée nécessaire.

La réaction qui suit la lotion est moins vive que celle qui suit la friction; aussi l'emploiera-t-on dans tous les cas où l'on veut avoir peu d'excitation : chez les malades dont la peau est facilement irritable, chez ceux qui suffoquent aisément; chez les

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

FEUILLETON.

Les poissons électriques. — Quelques mots sur les quinquinas. — Un appareil enregistreur des phénomènes météorologiques.

Depuis que l'étude physiologique des phénomènes électriques est à l'ordre du jour, on voit les esprits les plus distingués descendre dans l'arène et apporter le tribut de leurs lumières à ces questions si controversées. Il y a quelque temps, M. Rayer venait lui-même nous dire ses recherches à ce sujet. Aujourd'hui, nous désirons faire connaître les travaux d'un savant Allemand, M. Schultze, qui s'est trouvé à même de disséquer torpilles, malaptérures et gymnotes, c'est-à-dire qui a eu entre les mains les plus riches moyens d'investigation.

On sait ce qui a déjà été fait sur les poissons électriques; les noms de Hunter, Rudolphi, Valentin, R. Wagner, Pacini, représentent une série de travaux justement appréciés, mais qui ne donnèrent jamais une théorie parfaitement applicable à tous les poissons électriques. Vint M. Bilharz, qui crut trouver dans le malaptérure électrique du Nil une lame de tissu particulier, faisant suite aux nerfs et placée dans chaque cellule des organes électriques. Le côté du nerf des lames était dirigé vers l'une des extrémités du poisson, la surface libre vers l'autre. Les recherches de Kolliker ne permirent pas de retrouver dans la torpille ces lames électriques qu'on désignait déjà comme la cause véritable des phénomènes électriques. M. Schultze s'est mis à son tour à l'œuvre, et nous allons reproduire les résultats qu'il a pu obtenir.

Dans les organes électriques des malaptérure, gymnote et torpille, on trouve des lames singulières, très-délicates, transparentes, d'une substance homogène, glutineuse, renfermant des cellules isolées, visibles au microscope. Ces *lames électriques* ne sont autres que celles de M. Bilharz. Leur direction dans la gymnote et le malaptérure est telle qu'une des surfaces des lames est tournée du côté de la tête, l'autre du côté de la queue; dans la torpille, l'une regarde le ventre et l'autre le dos.

Un côté de chaque lame électrique est uni aux nerfs des cellules de l'organe; l'autre, libre, est en contact avec le tissu muqueux. La surface en relation avec les nerfs est toujours tournée vers la partie du poisson qui est négative au moment de la décharge (vers la queue dans la gymnote, vers la tête dans le malaptérure, et dans la torpille vers le ventre). Les fibres élémentaires des nerfs, après avoir atteint les lames du côté positif, les traversent pour entrer dans la lame du côté négatif.

Les organes électriques ne sont pas des espaces remplis de liquide, mais bien un tissu muqueux traversé par des vaisseaux sanguins capillaires.

Mais voici un côté encore bien curieux de la question. On sait que les raies et les mormyres jouissent d'une propriété électrique qui les rapproche de la torpille, etc. On avait distingué, et c'est M. Robin lui-même, un tissu particulier, tissu électrique. Dans chaque cellule des appareils pseudo-électriques des raies, on retrouve la lame que nous venons d'étudier. Elle se continue encore immédiatement avec les nerfs, mais elle offre un caractère distinctif. Les véritables lames électriques sont homogènes, gélatineuses. La lame pseudo-électrique a l'apparence de fibres musculaires striées. Ce qui nous amène à cette conclusion bien remarquable qui couronne le travail de M. Schultze, à savoir, que les lames électriques sont de deux ordres :

1° Les striées (raies, mormyres).

2° Les unies (gymnote, malaptérure, torpille).

Ce qui établit entre les lames la différence qui existe entre les fibres musculaires striées (animales) et les fibres musculaires unies (végétatives).

— Il est peu de végétaux qui aient attiré à plus juste droit l'attention du savant et du médecin, que les diverses espèces de quinquinas. Divisés primitivement en deux classes par Endlicher, et désignés sous les noms de quinquina et de cascarilla, les cinchona des anciens auteurs ont vu cette première classification modifiée par les successeurs d'Endlicher. Ce grand botaniste avait basé sa distinction sur le mode d'ouverture de la capsule, les premières s'ouvrant de bas en haut, et les secondes de haut en bas. Vint M. Klotzsch, qui, réunissant les cascarilla aux buéna de Pohl, en fit le genre Ladenbergia. Mais voici le fait assez curieux qui ressort de cette division, c'est sa concordance avec la composition chimique. Les cinchona contiennent des bases organiques dans leur écorce, et c'est en vain que l'on interrogera celle des Ladenbergia : aucun ne fournit les bases en question.

M. Karsten, étudiant les quinquinas de la Nouvelle-Grenade, nous donne quelques détails sur leur habitat, sur leur composition, et relève quelques idées erronées qui courent sur ces précieuses écorces.

On peut jusqu'à un certain point, — et c'est une des applications de la géographie botanique, — apprécier la valeur des quinquinas d'après leur position. Si nous les trouvons dans la zone des brouillards, — nous sommes sur les Andes, — à une hauteur de 2 à 3,500 mètres, nous aurons les quinquinas riches en alcaloïdes, à feuilles suborbiculées

femmes nerveuses, impressionnables, dans les cas d'hyperesthésie cutanée, on en fera avantageusement usage. On n'y aura pas recours, au contraire, chez les goutteux ni chez les rhumatisants, chez tous les malades, en un mot, qui ont une grande susceptibilité à la plus légère impression de l'air ambiant.

Le demi-bain est un moyen dont, en Allemagne, on abuse singulièrement pendant la durée du traitement, et dont, au début, on fait un assez fréquent usage. Ce n'est en quelque sorte qu'une variété de la lotion; il s'emploie de la façon suivante; dans une baignoire en bois (de préférence), on met environ 20 centimètres d'eau, soit douce, soit froide, suivant l'effet que l'on veut produire; le malade s'assied dans la baignoire, et se frictionne soit avec une éponge, soit avec ses mains; l'aide le frictionne également, soit avec les mains, soit avec une autre éponge. Pendant ce temps, un autre aide verse de l'eau du bain sur les parties du corps non immergées. On voit que ce n'est qu'une variété de la lotion dans laquelle les sensations sont désagréables, dont les avantages et les inconvénients sont à peu près les mêmes, et qui peut être employée dans les mêmes cas.

Le grand bain pris dans une baignoire avec de l'eau d'abord à une température douce, 22 à 25°, et graduellement descendante, de 2° chaque jour, par exemple, est une opération que l'on met fréquemment en usage au début d'un traitement hydrothérapique. La durée de ce bain est d'une à trois minutes. Pendant ce temps le malade, s'il le peut faire, se frictionne le corps, se mouille la tête avec l'eau du bain, tandis que l'aide, plongeant ses mains et ses bras dans l'eau, le frictionne également, soit avec les mains nues, soit avec une grosse éponge.

Cette pratique est, de l'avis de M. Boullay, celle qui, après le drap mouillé, trouve au début du traitement les plus nombreuses applications. Le malade n'a point de sensation pénible en entrant dans un bain à 25 degrés; la température baisse chaque jour sans qu'il s'en aperçoive en quelque sorte. Tout le corps est à la fois abrité contre l'air extérieur. Cette pratique est suivie d'une réaction modérée, et ne donne pas en général de secousse à l'économie. C'est un moyen plutôt calmant qu'excitant qui convient à peu près dans tous les cas où la lotion est applicable, et de plus dans les affections goutteuses rhumatismales, dans les cas de grande surexcitation nerveuse, en un mot, toutes les fois qu'on veut éviter une réaction trop forte et pourtant l'avoir suffisante.

L'immersion dans la piscine, c'est-à-dire dans l'eau froide, n'est employée par personne au début d'un traitement hydrothérapique. A moins de cas très-rares et tout particuliers, qu'il est impossible d'indiquer, il y aurait grande imprudence à avoir recours à ce moyen.

— Doit-on commencer un traitement hydrothérapique par l'application d'emblée d'une douche soit en jet, soit en pluie à température douce? Ce n'est pas l'avis de M. Boullay. La température de la douche mitigée souvent n'est point uniforme, dit-il; il est plus difficile d'en graduer l'effet que pour les autres moyens préparatoires; le malade, souvent effrayé de l'appareil qui l'entoure, se prête de mauvaise grâce à la recevoir, et s'expose à des refroidissements qui peuvent être dangereux et qu'il faut par-dessus tout éviter. Lorsqu'il aura été amené graduellement et sans secousse à se familiariser avec l'eau froide, le malade prendra la douche froide sans hésitation et sans souffrance.

Ce serait une pratique dangereuse que de commencer un traitement hydrothérapique par l'administration de la douche.

Nous venons de passer en revue les moyens généraux auxquels on a recours dans un traitement hydrothérapique; nous avons indiqué ceux qui devaient être des pratiques de début, des pratiques d'acclimatement, et ceux qui, au contraire, ne devaient être employés que lorsque les malades étaient déjà habitués à l'action de l'eau froide. C'est dans cette dernière catégorie qu'il faut ranger les moyens locaux tels que bains de siége, bains de pieds, ceinture mouillée, etc. L'emploi de ces moyens est moins désagréable aux malades, et toujours ils sont exempts d'accidents quand tout le corps est habitué aux pratiques générales; ils peuvent, au contraire, pris dès le début du traitement, amener des sensations très-pénibles, des refroidissements qui ne sont pas toujours sans inconvénients.

— Pendant combien de temps doit-on faire usage de ces pratiques d'acclimatement? Relativement à cette question, rien ne peut être précisé ni même généralisé. Certains malades, par exemple, après deux ou trois frictions ou lotions, seront en état de bien supporter la douche, si elle doit faire partie de leur traitement; d'autres, au contraire, ne la prendront qu'après un plus grand nombre d'opérations préparatoires. Cela varie nécessairement avec les saisons, les âges, les constitutions, les tempéraments, les maladies et les complications qu'elles présentent. Il est des malades, et c'est le plus grand nombre, qui s'habituent avec une merveilleuse rapidité aux applications froides. D'autres, au contraire, ne le sont qu'après avoir surmonté de grandes répugnances et après un temps très-long. Certains même ont pour ce traitement une appréhension qu'ils ne peuvent surmonter, moins parce qu'ils souffrent réellement de l'application du froid, que par la crainte qu'ils en ont. Souvent ces malades ont beau vouloir vaincre leurs répugnances, ils ne peuvent y parvenir, et le mal que cette lutte contre eux-mêmes leur cause, les empêcherait d'éprouver aucun bien du traitement. Dans ces conditions, et si après quelques pratiques il n'y a point de diminution de ces craintes, il est prudent de renoncer au traitement. Ces cas sont, du reste, fort rares.

D'autres malades ne peuvent s'habituer au traitement à cause de la douleur qu'il produit, malgré toutes les précautions qu'on peut prendre.

Une pratique importante à suivre au début d'un traitement hydrothérapique, c'est de ne pas trop multiplier les opérations.

Ainsi, le plus souvent une, quelquefois deux applications préparatoires, seront employées chaque jour.

Les pratiques préparatoires conseillées plus haut sont les mêmes dans toutes les saisons; pourtant en hiver on devra y avoir recours pendant un temps un peu plus long; ainsi, au lieu de quatre ou cinq opérations préparatoires qui suffisent ordinairement en été, il en faudra six ou huit en hiver; le malade mettra donc un ou deux jours de plus à s'acclimater; mais une fois bien habitué, il supportera tout aussi bien son traitement l'hiver que l'été, et le fera dans des conditions tout aussi favorables.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Beau.

De la dyspepsie (1).

Symptômes secondaires. — Comme nous l'avons dit, ici s'arrête pour Cullen et les modernes qui ont adopté ses idées, l'histoire de la dyspepsie. Il n'en est pas de même pour le médecin de la Charité. Pour M. Beau, le phénomène le plus important de la dyspepsie est l'imperfection du produit digestif qui est altéré ou diminué. C'est en effet le plus important, puisqu'il entraîne forcément l'altération du sang, puis, en seconde ligne, les troubles organiques. C'est lui qui donne lieu à une foule de symptômes que nous appellerons *secondaires* ou *généraux*.

Ceux-ci ne sont plus limités au tube digestif, ils ont leur siége partout.

En effet, on ne mange que pour se faire du sang, dont le rôle est de réparer l'individu. Si la digestion est mauvaise, le sang sera également mauvais, et de là l'apparition de divers états morbides selon les éléments viciés du sang. Ces éléments sont nombreux, et on comprend qu'ils peuvent être variablement affectés: mais nous ne nous occuperons que de l'altération des globules, de la fibrine et de l'albumine.

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 juin.

Les globules. — Leur diminution est accompagnée de l'augmentation des éléments liquides. M. le docteur Beau donne à cet état du sang le nom d'anémie globulaire, d'hydrémie ou d'aglobulie, affection dont les symptômes graves constituent la chlorose; il y a en effet:

1° Pâleur générale;

2° Faiblesse;

3° Relâchement des tissus, laxum de tous les muscles, et en particulier du cœur, qui laisse entendre tous les bruits signalés par les auteurs;

4° Enfin, amaigrissement.

On comprend que ces symptômes soient plus ou moins prononcés selon le degré d'altération des globules.

La proportion de ceux-ci n'est jamais que relative; il y a des oscillations quotidiennes, des oscillations pour ainsi dire de tous les instants, dépendant surtout de chaque digestion.

L'anémie globulaire n'est pas toujours la conséquence de la dyspepsie. Elle peut aussi dépendre d'une abondante perte de sang, d'une forte saignée. C'est alors l'anémie *post-hémorrhagique*. Mais dans ce cas le sang devant se réparer promptement, l'anémie disparaît bientôt. Si elle persiste, elle est sous l'influence de la dyspepsie.

L'anémie globulaire présente différentes espèces:

1° L'anémie globulaire de la grossesse et de l'état puerpéral. Dans ces circonstances, l'utérus réagit sympathiquement sur l'estomac, lequel, frappé de dyspepsie, engendre la chlorose.

Il y a ici une double cause morbide, la mauvaise digestion, et la nécessité de fournir à la nourriture de l'enfant.

2° L'anémie globulaire des jeunes filles ou chlorose s'observe à l'occasion des difficultés de la première menstruation. On en a fixé le signe dans l'utérus. Pour M. Beau cette chlorose est sous la dépendance de la dyspepsie, laquelle est produite elle-même par les sympathies de l'utérus sur l'estomac, sympathies réveillées par le travail nouveau et souvent difficile qui se fait dans la matrice à l'époque de la puberté.

3° L'anémie globulaire produite par le plomb. Les préparations saturnines agissent d'abord sur l'estomac, et secondairement sur le sang.

4° L'anémie globulaire produite par les miasmes paludéens. Ils influencent aussi la digestion avant d'agir sur le sang.

5° L'anémie par causes morales. L'influence du cerveau sur l'estomac est incontestable, et a été reconnue de tout temps. Il agit sur cet organe à la manière de l'utérus.

Comme conséquence de l'anémie globulaire, nous observons aussi tous les troubles du système nerveux. N'a-t-on pas dit avec raison: *Sanguis moderator nervorum*. Ce principe est vrai. Le sang est le modérateur des nerfs. Si on veut contenir les nerfs, il ne faut pas saigner, car les pertes de sang diminuent les globules, et aussitôt la susceptibilité nerveuse s'exalte, car elle est en raison inverse de la quantité des globules. Cependant tous les dyspeptiques, c'est-à-dire les anémiques, ne sont pas affectés de névroses; il faut pour cela être doué d'une constitution nerveuse. Nous ne voulons pas dire non plus qu'il n'y ait que les dyspeptiques susceptibles d'accidents névrosiques. Nous reconnaissons qu'une cause morale peut d'emblée frapper les nerfs de tout individu. Mais si la névropathie, une fois déclarée, persiste, il survient une dyspepsie consécutive qui réagit alors comme cause seconde sur les symptômes nerveux, qu'elle exaspère au moyen de l'anémie qui en résulte. Nous avons donc eu raison de dire que la dyspepsie était produite directement par l'estomac, ou indirectement par l'utérus et le cerveau.

Passons en revue quelques-unes des maladies nerveuses (névropathies, anervies) que l'on rencontre souvent chez les dyspeptiques.

Paralysies. — On trouve une faiblesse tellement exagérée qu'elle peut rentrer dans les paralysies. Parfois elle va jusqu'à la

qui vivent pendant neuf mois de l'année sous des pluies que vient à peine percer un rayon de soleil, la température moyenne annuelle étant de 12 à 13 degrés centigrades. Leur centre est à Loxa; ils ne dépassent pas 11 degrés au sud ou au nord de ce point; tandis que les Ladenbergia et les quinquinas, pauvres en alcaloïdes, s'étendent dans toute la région intertropicale de l'Amérique du Sud, sans jamais s'élever plus haut que 2,000 mètres.

La proportion des alcaloïdes semble elle-même tenir à la composition du sol et à des conditions climatériques. Cependant on peut attribuer aux cinchonas une richesse moyenne de 2 et 1/2 p. 0/0 de quinine, et de 1 à 2 p. 0/0 de cinchonine.

M. Karsten termine son travail par la réfutation de quelques erreurs accréditées. D'abord il n'est pas exact que sur le même arbre l'écorce varie de couleur sur le tronc, les branches et les rameaux. Et la grande question de la disparition des quinquinas, question qui jette le trouble et l'inquiétude dans un si grand nombre d'esprits! Tranquillisons-nous, les quinquinas ne sont pas à la veille de s'épuiser. Ces arbres repoussent facilement sur leur souche, les éclaircies des forêts favorisent la reproduction par graines. Une seule conclusion nous semble devoir être adoptée: laisser au nouveau peuplement le temps de grandir, c'est une interruption momentanée dans la production et un simple changement dans le lieu d'exploitation. Avec ces précautions, nous ne verrons pas de longtemps les quinquinas manquer à nos besoins.

— Un savant physicien de Rome, le P. Secchi, dont le nom est bien connu dans nos assemblées scientifiques, vient d'inventer un instrument enregistreur des principaux phénomènes météorologiques. L'appareil vient à propos. La météorologie médicale relève la tête, et si l'on peut craindre que dans son réveil elle ne veuille étendre un peu loin son empire, il nous est cependant difficile de ne pas prendre en haute considération une science qu'illustrèrent et l'auteur de l'*Air, des eaux et des lieux*, et la partie la plus éclairée des médecins du seizième siècle. Aujourd'hui on prépare les voies, et l'appareil du P. Secchi ne peut passer inaperçu.

Mesurer non-seulement la vitesse mais la direction du vent, enregistrer la température et apprécier la quantité de pluie tombée, tels sont les divers problèmes que M. Secchi s'est proposé de résoudre de la manière suivante:

La vitesse du vent est mesurée par un moulinet de Robinson à demi-sphères creuses, qui, à l'aide de l'électricité, fait marcher un compteur entraînant un crayon sur la feuille de papier sur laquelle s'enregistre le baromètre du barométrographe de M. Secchi. Une ligne se trouve tracée, et présente une longueur de 5 millimètres pour 1,600 mètres de vitesse de vent. A la fin de chaque heure, un mécanisme d'horlogerie transporte le crayon à une ligne fixe dont il était parti au commencement de l'heure précédente. On obtient ainsi pour chaque heure une ligne, et celles-ci restent disposées comme les ordonnées d'une courbe dont la longueur est effectivement proportionnelle à la vitesse du vent. Les deux courbes du baromètre et de la vitesse du vent, tracées ainsi sur la même feuille, font connaître les relations entre les pressions atmosphériques et la force du vent.

Quatre électro-aimants, correspondant aux quatre rumbs principaux du vent, servent à enregistrer la direction du vent. Cette application a nécessité une modification dans la pile de Daniell.

Dans la pile de Daniell, la solution de sulfate de cuivre passe à travers le diaphragme poreux, et précipitant du cuivre sur le zinc, produit des actions locales avec consommation énorme de zinc et d'acide sulfurique. Si on empêche cette communication, on obtiendra une pile constante et économique. M. Secchi a recours à une légère modification. Il prend un siphon en verre, place une de ses branches dans le vase poreux contenant le sulfate de cuivre, et l'autre branche dans un verre à liqueur placé à 15 millimètres au-dessous de la surface acidulée où se trouve plongé le zinc. Ce siphon est un trop-plein qui maintient une différence de 15 millimètres entre les niveaux du sulfate de zinc et de l'acide sulfurique, et la solution de cuivre ne passe point au travers du diaphragme poreux. Pour empêcher le liquide qui tombe dans le petit verre de se répandre, il suffit de placer celui-ci dans un grand bocal où se trouve déversé l'excédant.

On a, de cette manière, une pile constante, et, de plus, économique. Pendant douze jours on n'a rien à faire au liquide; le 13e jour seulement, la solution acidulée est saturée par le sulfate de zinc. Il est donc bon d'ajouter, tous les deux ou trois jours, un peu de sulfate de cuivre soluté et un peu d'eau acidulée pour compenser l'eau qui s'évapore. L'économie consiste en une dépense d'un dixième en moins.

Un thermométrographe enregistre la température. La chute de la pluie est marquée par un crayon, ou par un petit appareil mécanique sur lequel la pluie recueillie agit par son propre poids; sa mesure s'obtient dans un réservoir à part.

Par cette rapide description, on peut voir tout le parti à tirer de cet ingénieux appareil, et combien de temps il épargnera aux observateurs.

Dr E. Renaud.

Par décret en date du 17 juin, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur:

MM. Beurdy, médecin aide-major au 3e régiment de grenadiers de la garde; Bouton, médecin-major au 44e régiment de ligne; Jourdeuil, médecin-major au 2e régiment étranger.

paralysie musculaire proprement dite. Tantôt c'est de l'analgésie, paralysie du sentiment, de la douleur, un symptôme très-fréquent de la dyspepsie, même la plus légère, ou de l'anesthésie.

On trouve aussi la paralysie des sens spéciaux, l'amaurose sous forme d'amblyopie, les paralysies du goût, de l'ouïe, des sens génitaux (anaphrodisie).

Névralgies. — Elles sont fréquentes et variées dans la dyspepsie; elles peuvent affecter tous les nerfs. Il n'est pas rare de rencontrer des sujets atteints de dysphagie ou de dysurie. J. J. Rousseau, qui était nosomane, présentait cette dernière affection, en même temps qu'il se plaignait de palpitations nerveuses, qu'il rapportait à un polype du cœur.

Névropallies (oscillations des nerfs pour M. Piorry). — Ce sont des sensations non douloureuses des nerfs, comme celles désignées sous le nom d'*aura*, de vapeurs, etc.

Convulsions. — Il est évident que toutes ne dépendent pas de la dyspepsie, mais il y en a beaucoup qui sont symptomatiques d'une altération des fonctions digestives, comme celles dues à la présence des vers, ou bien encore les convulsions des sectaires ou convulsionnaires, dont les fonctions digestives ont été gravement altérées par le jeûne et l'abstinence.

Symptômes cérébraux. — Dans ce groupe nous trouvons les vertiges, l'affaiblissement de la mémoire, l'exaltation de l'imagination; les perversions de caractère avec prédominance de tristesse, de crainte, qu'on désigne sous le nom d'*hypochondrie*, et que nous appelons plus volontiers, dit M. Beau, *nosomanie*, *nosophobie*. La mélancolie, le délire, l'aliénation mentale, sont souvent aussi des manifestations de la dyspepsie. Les pellagreux de la Lombardie sont tous dyspeptiques, et souvent ils tombent dans l'aliénation.

Tous ces symptômes de l'appareil nerveux peuvent se grouper sous trois chefs :

1° Hystérie;

2° Hypochondrie;

3° Aliénation mentale.

Hystérie. — Un dyspeptique est-il doué d'un tempérament nerveux? Que sous l'influence d'une cause, d'une excitation qui peut venir du cerveau, de l'estomac ou de l'utérus, son système nerveux s'exalte, il éprouve des sensations plus ou moins bizarres; l'*aura* gastro-glottique (boule hystérique) apparaît, et les convulsions éclatent. Parfois la crise s'arrête sans aller jusqu'à la convulsion. De là la division de l'hystérie en *sensitive* (hystéricisme, hystérie vapoureuse), caractérisée par des sensations (névralgies, névropallies), et en *convulsive*, caractérisée par des convulsions.

Hypochondrie. — On l'appelle aussi maladie imaginaire ou nosomanie. C'est un tort, c'est une dyspepsie à prédominance nerveuse. Ce n'est autre chose que l'hystérie sensitive. On n'hésite pas à l'appeler hystérie chez la femme, pourquoi l'appeler hypochondrie chez l'homme? La base de la maladie est la même. C'est toujours la dyspepsie. La tristesse, la crainte sur l'issue de la maladie dans l'hypochondrie, s'expliquent par une foule de sensations et de douleurs que le malade éprouve. Aussi devrait-on plutôt la désigner par les mots de *nosomanie* ou *nosophobie*.

Aliénation mentale. — L'aliénation n'est bien souvent qu'un symptôme secondaire de la dyspepsie. Au lieu d'une prédominance sensations, convulsions, il y a chez les aliénés une prédominance hallucinations, folie. Les fous sont hydrémiques, et les médecins aliénistes ont remarqué que, quand les aliénés engraissent sans amélioration, l'aliénation est incurable. C'est qu'alors la folie dépend d'une altération profonde du cerveau, et qu'au contraire, quand elle dépend de la dyspepsie, à mesure que les fonctions nutritives s'améliorent, l'aliénation diminue et disparaît. Les fous de cette seconde catégorie sont maigres.

Des trois éléments du sang (globules, albumine et fibrine), nous avons signalé les observations les plus remarquables concernant les globules influencés par la dyspepsie, il nous reste à dire un mot de l'albumine et de la fibrine.

Anémie albumineuse. — Elle est caractérisée par la diminution de l'albumine, du sérum du sang. C'est cette altération qui fait les hydropisies. Elle est toujours précédée de l'anémie globulaire. On peut s'expliquer d'une manière satisfaisante la formation des hydropisies.

Pour M. Mialhe, l'albumine que contiennent les urines est une *albumine mal préparée, mal élaborée*, et que l'économie expulse comme un véritable corps étranger. Par suite de l'absence de ce principe, le sérum du sang s'extravase, n'étant plus retenu par l'albumine. Ce chimiste, en effet, a constaté que l'albumine est réfractaire à l'endosmose. Ne pourrait-on pas admettre, ajoute M. Beau, que l'albumine a été mal préparée par l'estomac chargé de fournir au sang les matériaux qui la constituent?

Anémie fibrineuse. — L'anémie dans laquelle la fibrine du sang est diminuée ou moins coagulable, doit s'appeler anémie fibrineuse. Ici se trouve le scorbut ou extravasation du sang, toujours précédé d'anémie globulaire, comme on peut le constater dans les meilleurs auteurs. On peut produire le scorbut à volonté. A Clairvaux il existe en été et disparaît en hiver. Il est engendré par la privation des légumes frais et des acides, dont on éprouve davantage le besoin pendant l'été.

Avant de passer à la série des symptômes du troisième ordre, expliquons ce qu'entend M. Beau par l'expression d'*anémie vraie*.

L'*anémie vraie* est la diminution réelle et évidente de la masse du sang. Elle existe immédiatement après une perte considérable de sang. On la distingue de l'anémie globulaire aux caractères suivants :

1° *Anémie vraie.* — Pouls petit, quelquefois nul; pas de bruits d'artères; pâleur, faiblesse extrême; face grippée, hippocratique.

2° *Anémie globulaire.* — Pouls plein, bruits d'artères; pâleur, faiblesse moindre; face bouffie.

L'anémie vraie passe rapidement à l'état d'anémie globulaire, et le sang faisant des globules par la digestion revient à l'état normal. Quand la réparation ne peut pas se faire, le malade succombe dans un espace de douze à vingt-quatre heures. La connaissance de ce fait est fort importante, surtout au point de vue des opérations chirurgicales. Ce serait le cas de pratiquer la transfusion, que nous formulons ainsi : Si après une abondante perte de sang, un malade est trop faible pour réparer le sang perdu, s'il reste plusieurs heures avec le pouls filiforme et absence de bruits artériels, le chirurgien devra essayer de le ranimer en lui faisant passer dans les veines le sang d'un autre homme.

Dr NICOLAS.

ACTION MÉDICAMENTEUSE DU COLCHIQUE.

Par le M. le Dr GUNSBURG (de Breslau).

Le docteur Gunsburg a, depuis cinq ans, employé le colchique un grand nombre de fois. Il l'a essayé chez des malades âgés, qui souffraient depuis longtemps de la goutte, pendant les paroxysmes douloureux accompagnés du gonflement des articulations, à la dose de 1/60 de grain, répétée trois fois par jour. Le médicament eut une action constante; il produisit toujours une irritation vive sur l'intestin, suivie d'une sécrétion abondante, même chez les goutteux qui souffraient déjà de constipation. Après l'avoir pris trois ou quatre semaines, des malades chez qui l'accès se reproduisait déjà tous les deux ou trois mois restèrent pendant un an, et même davantage, sans rien ressentir. A l'aide de ce médicament, le docteur Gunsburg a soulagé de nombreux goutteux qui, auparavant, passaient leur saison d'hiver couchés dans leur lit ou étendus sur une chaise longue, et ressentaient alors des douleurs extrêmement vives. Il n'a point essayé de ce moyen chez les goutteux dont le gonflement articulaire s'accompagne d'inflammation de la peau.

Contre toute attente, l'emploi du colchique dans le rhumatisme articulaire a produit peu d'effet, et après des expériences souvent répétées, faites sur plusieurs malades qui présentaient des formes diverses de l'affection, le docteur Gunsburg a complétement renoncé à l'employer dans cette maladie. Enfin, il a employé le colchique combiné avec la digitaline, sans toutefois obtenir des résultats qui méritent d'être mentionnés.

(*Zeitschrift für klinische Medizin*, et *Journal de chimie médicale*).

POTION CALMANTE CONTRE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Teinture de lactucarium (1).	4 grammes.
Eau distillée.	30 —
Eau de laurier-cerise.	20 gouttes.
Sirop simple.	8 grammes.

Pour une potion à prendre matin et soir.

(*Journal de chimie médicale.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 juillet 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques pour le département de la Lozère en 1858.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur West (d'Alford) adresse de nouveaux documents relatifs à l'action de l'ergot de seigle.

— M. Ch. Robin présente au nom de l'auteur, M. Béraud, un mémoire imprimé sur l'orchite varioleuse.

— M. DEPAUL présente au nom de M. Al. Becquerel un mémoire intitulé *Recherches sur les causes des phlegmasies chroniques de l'utérus, la nature de l'état morbide général qui les accompagne et le traitement qui leur convient.* (Commissaires : MM. Moreau, Depaul et Cazeaux.)

LECTURE.

Méthode de traitement des affections du col de l'utérus. — M. le docteur E. COMBES lit la note qui suit :

La discussion qui a eu lieu récemment au sein de l'Académie impériale de médecine au sujet d'une affection particulière du col de la matrice, m'engage à lui faire part, en le soumettant à son appréciation, d'un mode de traitement que j'emploie depuis longtemps, et auquel j'ai dû de nombreux succès. Adonné depuis longues années au traitement des maladies des femmes, j'ai eu l'occasion d'employer toutes les méthodes et toutes les substances dont l'expérience a démontré l'efficacité. Qu'elles fussent caustiques, astringentes ou simplement émollientes, leur application offrait parfois des inconvénients, mais souvent des difficultés dont une des principales tient à la répugnance qu'ont la plupart des femmes à se livrer aux soins assidus d'un médecin, qui seul possède les connaissances indispensables pour un traitement aussi délicat. Placées dans l'alternative de se mettre entre les mains de l'homme de l'art, ou de s'exposer par leur négligence aux suites funestes d'une des plus cruelles affections qui affligent l'espèce humaine, les femmes préfèrent souvent courir ces terribles chances et fermer les yeux en mettant le pied dans le gouffre qui s'ouvre devant elles.

En présence d'aussi invincibles répugnances, j'ai voulu venir au secours de ces victimes d'un sentiment respectable, quoique mal entendu, et leur faciliter un traitement qui, en les mettant à l'abri des dangers futurs, pût aussi ménager leur susceptibilité.

Pour atteindre ce but, j'ai disposé toutes les substances ordinairement appliquées sur le col utérin, sous une forme telle qu'elle pût être facilement appliquée par la femme elle-même, à ses heures, sans le secours d'une main étrangère, et retirée avec la même facilité que l'on a eue pour son application. Le séjour du topique sera plus ou moins prolongé, mais sa durée devra toujours être fixée par le médecin qui en aura déterminé la nature.

C'est ainsi que j'ai pu combattre, avec autant de facilité que de succès, et sans tourmenter les femmes par des investigations réitérées, les engorgements, les érosions épithéliales, les pertes blanches, les ulcérations à divers degrés, les allongements morbides d'une ou des deux lèvres du col, les fongosités saignantes, les granulations agminées ou disséminées, etc., et enfin les abaissements ou déplacements utérins qui se traduisent par des symptômes si variés.

Les substances astringentes ou caustiques, le tannin, le ratanhia, le sulfate d'alumine et de potasse, les préparations d'iode, le sulfate de zinc, le nitrate d'argent, le perchlorure de fer à divers degrés, peuvent être appliqués au moyen d'un excipient qui, sans les altérer, leur donne une forme appropriée, d'un usage prolongé et par conséquent peu dispendieux. Un seul appareil suffit pour un long traitement.

Après le traitement des ulcérations du col utérin par les divers caustiques, lorsque la formation de l'épithélium nouveau ou du tissu qui le remplace sur toute la surface ulcérée, peut faire croire à une parfaite guérison, il reste toujours au-dessous de cette pellicule un tissu mollasse et comme fongueux, à transparence violacée. La faible consistance de ces tissus nouveaux rend leur déchirure imminente par l'action irritante des sécrétions locales ou par les frottements dont cette partie est fréquemment le siége, et doit bientôt amener la récidive, si commune dans ces sortes d'affections. L'application de l'appareil pendant quelques minutes tous les jours suffit pour affermir le tissu cicatriciel, et pour consolider une guérison qu'il procure à lui seul dans les cas ordinaires. Exactement moulé sur la forme anatomique du vagin, la face convexe de l'instrument normal se pose sur la concavité du rectum; son bord supéro-postérieur, assez mousse, embrasse le col utérin vers le cul-de-sac vaginal et reçoit le museau de tanche dans sa concavité, dont le godet lui offre le contact de la substance médicamenteuse.

Après une application plus ou moins prolongée, suivant les cas et suivant l'activité des topiques, on retire l'appareil au moyen d'un mince cordon de soie. Ce traitement, que l'on peut ainsi prolonger sans peine, sans dérangement et sans frais, aussi longtemps que le rendent nécessaire des affections ordinairement de longue durée, a pour effet de guérir les maladies utérines dans leurs premières périodes, de consolider la guérison de celles qui ont nécessité l'emploi des traitements les plus énergiques, et de prévenir ces récidives et ces dégénérescences funestes qui menacent tant de femmes d'un cruel avenir. (Commissaires, MM. Depaul et Huguier.)

— L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Blache sur la chorée.

Discussion sur l'état mental dans la chorée.

M. TROUSSEAU. L'excellent rapport dont M. Blache nous a donné lecture dans l'avant-dernière séance, est une de ces bonnes fortunes dont l'Académie de médecine peut s'applaudir à juste titre. Ce rapport, vous le savez, était relatif à un très-remarquable travail de M. le docteur Marcé, intitulé *De l'état mental dans la chorée.* Je m'empresse de proclamer, et je suis certain que je ne serai pas le seul de cet avis, le rare mérite du mémoire et du rapport. Cependant je viens adresser quelques petits reproches à M. Blache et à M. Marcé.

Je trouve que M. Blache n'a pas été assez ferme sur la dénomination de la maladie; et j'ai bien lieu d'en être surpris, car M. Blache est très-spécificiste (pardonnez-moi ce mot barbare); il croit surtout à la spécificité dans la danse de Saint-Guy. Pourquoi donc, au lieu de se servir de l'expression spécifique de *danse de Saint-Guy*, a-t-il employé le terme générique de *chorée?* Peut-être n'est-ce là, pour quelques personnes, qu'une peccadille, qu'un péché véniel; à mes yeux, c'est un péché capital. Chorée est un mauvais mot, parce qu'il est générique; danse de Saint-Guy est une expression parfaite, parce qu'elle est spécifique.

Ce que je dis là n'est pas sans importance. Vous ne sauriez croire, si vous n'y avez réfléchi quelquefois, à quels inconvénients expose l'emploi des dénominations génériques en pathologie. Quelques exemples le feront bien comprendre.

Que je parle à M. Gibert ou à M. Devergie d'un malade atteint d'*herpès*, ces messieurs pourront-ils bien m'entendre avant que je leur aie désigné l'espèce d'herpès dont il s'agira dans ce cas particulier? Mais si je leur dis de suite que c'est un *zona*, toute autre explication devient superflue; on s'entend à merveille.

Vous parlez simplement de bronchite, vous laissez ceux qui vous écoutent dans le vague, dans l'incertitude. Mais si vous dites, au contraire, diphthérite des bronches, coqueluche, grippe, asthme, etc., vous serez compris sur-le-champ.

Je le répète, les mots génériques sont très-mauvais parce qu'ils s'appliquent à des idées trop générales; les mots spécifiques, tout au contraire, sont excellents parce qu'ils rendent clairement les idées et donnent à la pensée une extraordinaire lucidité.

Pour en venir à la chorée, et pour faire, dans ce cas particulier, l'application de ce que je viens d'énoncer, de quelle espèce de chorée est-il question dans le travail de M. Marcé et dans le rapport de

---

(1) Voici la formule de la teinture de lactucarium :

Lactucarium en poudre fine. . .	60 grammes.
Alcool rectifié.	580 —

A préparer par digestion ou, mieux encore, par percolation.

M. Blache ? Est-ce de ces épidémies convulsives du moyen âge sur la nature desquelles on a si longtemps discuté ? Non. Est-ce de la chorée alcoolique, du *delirium tremens* ? Pas davantage. Est-ce de cette chorée saltatoire, étrange, caractérisée par des mouvements merveilleusement ordonnés, dans laquelle le malade exécute tout à coup des bonds et des sauts inattendus avec une prestesse, une agilité et une régularité irréprochables ? Non. Est-ce, enfin, de cette forme de chorée que MM. Bouillaud et Duchenne (de Boulogne) ont récemment décrite sous le nom d'*ataxie locomotrice progressive ?* Non.

De quelle espèce de chorée s'agit-il donc ? De celle qu'on a décrite et désignée depuis bien des siècles sous le nom de danse de Saint-Guy. C'est une dénomination ridicule, peut-être, tout aussi ridicule que celle de coqueluche ; je l'accorde ; mais ne voyez-vous pas qu'el'e a sur toutes les autres le privilége de représenter immédiatement à votre esprit la maladie dont nous voulons parler.

J'en dirai autant des mots *épilepsie*, *mal comitial*, par lesquels on désigne une maladie bien connue de tout le monde ; ainsi que des dénominations de *clavelée* et de *juvard* employées par les vétérinaires. Sans doute, toutes ces dénominations paraissent ridicules ; mais elles sont merveilleuses, parce qu'elles conviennent *uni et toti rei.*

Je le confesse, mieux vaudraient assurément des termes scientifiques. Cela viendra, je l'espère, mais non point de notre vivant. En attendant, continuons à nous servir des vieux mots, qui sont les meilleurs. Nous ne saurions nous le dissimuler, nous autres médecins nous ne sommes pas des savants, mais des *artistes*. Il est bien quelques affections brutalement chirurgicales, qui peuvent être regardées comme du domaine scientifique ; mais tout le reste, c'est-à-dire la presque totalité de la médecine et de la chirurgie, n'est rien que de l'art, quelquefois aidé, il est vrai, par la science. Nous sommes comme étaient les chimistes antérieurs à Lavoisier : ils faisaient de la chimie en artistes. Plus tard la chimie fut constituée en science ; et pourtant on eut le bon esprit de ne pas rejeter les vieilles expressions de *kermès*, *turbith*, *ethiops*, *vitriol*, etc. On se sert encore de ces mots aujourd'hui, et tout le monde s'entend à merveille en les employant.

Je pourrais appliquer le même raisonnement à la botanique. La botanique, depuis les immortels travaux des Jussieu et des Linné, est devenue une science complète, et pourtant on n'a pas banni du langage scientifique les termes anciens et vulgaires des plantes usuelles. Sans doute, notre collègue M. Moquin-Tandon pourrait imaginer un mot plus savant et plus conforme aux classifications modernes que le mot *chou* ; mais il n'en trouverait jamais un sur la signification duquel on tombât plus d'accord que celui-là.

Il s'en faut encore bien que la médecine atteigne le niveau scientifique de la chimie et de la botanique ; mais quand elle y sera parvenue, on aura raison d'imiter les chimistes et les botanistes, de ne pas dédaigner les vieux mots.

La moins absurde des nomenclatures, en médecine, est probablement celle qui l'est le plus.

J'arrive maintenant à M. Marcé.

M. Blache lui a très-justement reproché d'avoir confondu la danse de Saint-Guy avec différentes formes de chorée, ou avec d'autres maladies convulsives ayant quelque ressemblance avec la chorée.

C'est que, en effet, la danse de Saint-Guy est une maladie bien différente de la plupart des formes de la chorée : c'est une maladie propre, une maladie distincte, une entité morbide, si vous le voulez, un tout pathologique, constitué tantôt par un seul ou quelques-uns, tantôt par la totalité de ses éléments. Je m'explique : l'épilepsie, autre névrose, est incontestablement une entité morbide. Eh bien, est-elle toujours constituée par le grand mal, les grandes attaques ? Nullement ; vous savez tous, Messieurs, que le plus souvent le vertige forme toute la maladie : l'individu ne tombe pas à la renverse ; il n'a point de ces grands mouvements convulsifs que tout le monde connaît ; et pourtant, il n'en est pas moins atteint d'une épilepsie véritable.

Un enfant est pris de mal de gorge, puis d'anasarque ; ses urines deviennent sanglantes et albumineuses ; il présente en même temps les signes d'une réaction assez violente ; il n'a rien à la peau, pas de trace d'éruption ; est-il douteux, cependant, pour un observateur attentif, que cet enfant soit atteint de scarlatine ?

Vous le voyez, Messieurs, par ces exemples que je pourrais multiplier encore, une maladie, pour ne se manifester que par quelques-uns de ses éléments, n'en est pas moins une maladie véritable, une entité morbide réelle.

Eh bien, très-souvent la danse de Saint-Guy ne se montre que sous quelques-unes de ses faces et seulement avec certains de ses éléments. Il faut bien se garder alors de la méconnaître et de la confondre avec quelque affection voisine. Ainsi, un certain nombre de malades ne présentent qu'un peu d'hébétude, un peu d'amnésie et de faiblesse dans les membres, précédées généralement de quelques douleurs articulaires ou des signes de l'endocardite rhumatismale ; bien qu'ils n'aient pas ces mouvements désordonnés, convulsifs, qu'on est accoutumé à observer chez les choréiques, ils n'en sont pas moins atteints de danse de Saint-Guy.

Dans d'autres circonstances, ce n'est pas le mal *fruste*, s'il m'est permis de le dire ; c'est, au contraire, la danse de Saint-Guy compliquée d'une autre maladie convulsive, et, en particulier, de l'hystérie ou de l'épilepsie. Dans les cas de ce genre, les deux maladies convulsives concomitantes marchent pour ainsi dire de front, indépendantes l'une de l'autre, sans se gêner mutuellement. Il est bien important alors de distinguer ce qui appartient à la danse de Saint-Guy et ce qui appartient à l'affection nerveuse simultanée. Mais, je le répète, il faudrait se bien garder de croire qu'on a affaire à une maladie nouvelle, mélange de chorée et d'hystérie ou d'épilepsie : c'est la danse de Saint-Guy, compliquée d'une autre névrose de mouvement, tout simplement.

J'arrive à l'état mental. Si le grand Sydenham avait très-peu observé et peu signalé les troubles intellectuels dans la danse de Saint-Guy, déjà Bouteille les avait parfaitement indiqués depuis longtemps, et M. Moynier, dans son excellente thèse que je regrette de n'avoir vue citée ni par M. Marcé ni par M. Blache, a particulièrement insisté sur ces phénomènes. Sans doute, il ne l'a pas fait d'une manière aussi catégorique, et, si je puis le dire, aussi technique que M. Marcé, qui s'occupe spécialement de l'étude des maladies mentales ; mais M. Moynier n'en a pas moins le mérite d'avoir indiqué les désordres de l'esprit chez les choréiques avec plus d'insistance et de précision qu'on ne l'avait fait avant lui.

M. Blache a dit que dans la danse de Saint-Guy les troubles intellectuels étaient rares et n'occupaient, pour ainsi dire, que le second plan. Je crois que M. Blache a mal exprimé sa pensée ; il a voulu dire, sans doute, que les troubles intellectuels étaient quelquefois si légers, si fugaces, qu'ils échappaient aux observateurs peu attentifs et surtout aux personnes chargées du soin des malades. Si c'est là ce qu'il a voulu dire, nous sommes d'accord. En effet, très-souvent, le trouble mental d'un jeune sujet atteint de danse de Saint-Guy ne se traduit que par un peu d'irascibilité dans le caractère, une moindre aptitude à l'application de l'esprit, un certain degré d'affaiblissement de la mémoire, etc. Ces signes échappent facilement aux parents ; mais il est rare qu'ils échappent aux personnes chargées de l'instruction des enfants. Il y a dans les colléges et les pensionnats ce que je pourrais appeler l'étalon de la valeur intellectuelle des élèves ; c'est le tableau d'honneur. Consultez ce tableau, et vous verrez que les choréiques y suivent une marche manifestement descendante. Cette légère compromission intellectuelle, ce faible degré d'imbécillité, qui donne aux enfants une intelligence sénile et aux jeunes gens une intelligence infantile, peut bien, je le répète, passer inaperçue des parents, mais elle ne doit pas échapper à l'attention du médecin.

J'affirme donc que, dans la très-grande majorité des cas, l'intelligence est troublée à un degré quelconque dans la danse de Saint-Guy ; elle est aussi souvent affaiblie que la myotilité elle-même. Ce fait ressort bien clairement des observations recueillies par M. Moynier et citées dans sa thèse : on peut voir que presque tous les malades dont il rapporte l'histoire présentaient un certain degré de dérangement mental. Il est même remarquable que M. Moynier a trouvé ces troubles intellectuels dans une proportion bien plus forte que celle indiquée par M. Marcé.

M. Marcé a le mérite d'avoir signalé la fréquence des hallucinations chez les choréiques. Je ne conteste pas la réalité de ce fait, mais il faut prendre garde de se faire illusion sur sa valeur. N'est-il pas arrivé souvent à chacun de nous d'être obligé de lutter contre le sommeil, et de parler avec quelqu'un pendant cette pénible et fatigante lutte ? Or on sait combien sont incohérentes les idées pendant cet état intermédiaire à la veille et au sommeil ; on se surprend ordinairement à dire les choses les plus singulières, à exprimer les mots les plus décousus ; on est presque assoupi, on rêve à demi ; puis tout à coup on secoue cette torpeur intellectuelle, et on revient à la vie réelle ; mais quelle peine on éprouve à rassembler ses idées, à les coordonner et à reprendre le fil de la conversation !

N'est-ce pas là, Messieurs, ce qui doit arriver et ce qui arrive souvent aux choréiques, qui, vous le savez, sont si fréquemment privés de sommeil par la violence et l'importunité de leurs mouvements convulsifs ? En faisant abstraction de cet état de l'esprit, qu'on ne saurait à coup sûr regarder comme un véritable état hallucinatoire, je crois que l'hallucination franche, réelle, doit être plus rare dans la danse de Saint-Guy que ne l'a prétendu M. Marcé.

Je ferai les mêmes réserves pour le délire maniaque. Je crains que bien souvent aussi M. Marcé n'ait pas nettement distingué, d'une part, le délire fébrile du délire maniaque, et, d'autre part, la danse de Saint-Guy des autres formes de chorée. Le délire est très-rare dans la danse de Saint-Guy franche, mais on l'observe assez communément dans la chorée hystériforme ou dans la chorée compliquée d'épilepsie.

Je crois, Messieurs, avoir suffisamment établi : premièrement, que M. Blache avait eu tort de ne pas se servir assez expressément du mot spécifique *danse de Saint-Guy ;* secondement, que M. Marcé avait malheureusement et indûment confondu la danse de Saint-Guy avec les autres formes de chorée, et surtout avec la chorée hystériforme.

M. BLACHE. Je reprocherai, à mon tour, à M. Trousseau d'avoir porté jusqu'à l'exagération la fréquence des troubles intellectuels dans la danse de Saint-Guy. Il résulte de l'espèce d'enquête à laquelle je me suis livré, des questions que j'ai faites à ce sujet aux religieuses de l'hôpital des Enfants et à M. Lainé, professeur de gymnastique, que les petits malades atteints de danse de Saint-Guy ne présentent pas toujours de trouble mental ; qu'un certain nombre n'offrent qu'un peu d'irascibilité dans l'humeur, ou cette extrême timidité, ces embarras si communs chez les personnes nerveuses ; mais je ne pense pas qu'on doive considérer de semblables phénomènes comme un dérangement intellectuel.

Quant au moyen d'appréciation proposé par M. Trousseau pour les jeunes personnes, je lui ferai observer qu'en général on ne garde point les choréiques dans les pensionnats, et qu'on en observe, par exemple, très-peu à Saint-Denis et au Sacré-Cœur : on a l'habitude de les renvoyer chez leurs parents.

M. Trousseau a commis une autre exagération dans une de ses leçons cliniques, en affirmant que le tiers des scarlatineux présentaient des douleurs rhumatismales.

M. TROUSSEAU. J'en demande pardon à M. Blache, mais je ne crois pas avoir exagéré pour ce dernier fait. Les recherches que j'ai entreprises à cet égard depuis sept ans, ne permettent pas de douter de la vérité de ma proposition. Si d'autres observateurs pensent le contraire, c'est qu'ils n'ont pas suffisamment cherché. Mon tort unique a été de ne pas dire que cela s'appliquait non point aux enfants, mais aux adolescents et aux adultes. Cette proposition peut donc paraître exagérée pour les enfants, mais elle ne l'est point pour les adultes.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le docteur ANDRIEUX (de Brioude).

Monsieur et honoré confrère,

Permettez-moi quelques réflexions au sujet de l'article que vous avez publié dans la *Gazette des Hôpitaux* (n° du 30 juin), à propos d'une modification que j'ai apportée au spéculum à enroulement. Je n'ignorais nullement les nombreuses tentatives qui ont été faites pour remédier aux difficultés que l'on éprouve dans certains cas pour charger le col utérin ; je n'ignorais pas davantage l'existence de votre instrument, et si je ne l'ai pas cité dans la note que j'ai publiée, c'est qu'il m'aurait fallu parler d'une foule d'autres modifications du même genre, ce que je ne pouvais faire.

Comme vous le dites fort bien, Monsieur, ces tentatives ne sont pas nouvelles, et si je me suis étonné, c'est que l'on n'ait pas fait subir depuis longtemps au spéculum dit de Charrière, qui me paraît presque généralement adopté, une modification aussi simple que celle que je propose.

La difficulté pour charger certains cols est telle parfois, qu'il n'est pas de gynécologues qui n'en aient été frappés et qui n'aient songé à y remédier. Celui-là même que nous considérons comme l'inventeur du spéculum, Récamier, avait fait quelques tentatives.

Tout en reconnaissant, Monsieur, certain mérite à votre instrument, il a aussi quelques imperfections qui m'ont empêché de l'adopter. Il est un principe en chirurgie, c'est que les instruments les plus simples sont les meilleurs. Or l'allongement de la valve glissante rend souvent votre spéculum d'une manœuvre difficile ; les efforts pour faire glisser cette valve peuvent dévier l'instrument de la direction qui lui a été donnée, et causer quelques douleurs à la patiente.

D'un autre côté, lorsque l'on fait saillir cette valve, dont l'extrémité est carrée, à angles saillants, on peut labourer la muqueuse, et dans tous les cas causer à la malade une douleur plus ou moins vive, surtout s'il y a, ce qui n'est pas rare, un peu de névralgie du vagin et du col utérin. Enfin, cet allongement d'une valve rend l'instrument plus lourd et d'un port plus incommode encore.

Dans la modification que j'ai apportée au spéculum, j'ai eu soin d'éviter ces inconvénients, qui, en pratique, vous l'avouerez avec moi, Monsieur, ont quelque importance. Du reste, si mon instrument présente quelques imperfections que je n'ai pu encore constater, je serai très-heureux de les connaître, et je m'empresserai d'adopter les changements qui pourraient avoir une utilité réelle.

Agréez, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de ma considération distinguée,

Dr ELLEAUME.

Nous recevons la curieuse circulaire suivante : nous croyons être agréable à M. Fleury en lui donnant de la publicité.

Le Progrès est né le 1er janvier 1858.

Il a soutenu depuis dix-huit mois quatre procès : contre M. Cléret, pharmacien, M. le baron Heurteloup, Mme Renard, sage-femme, et M. Déclat. Il a subi deux condamnations.

Le Progrès est supprimé.

Son rédacteur en chef a la conscience de n'avoir jamais combattu que pour les intérêts de la science, la dignité et la moralité de la profession ; il remercie ses lecteurs de l'appui sympathique qu'ils lui ont donné, et il est non moins heureux que fier de pouvoir inscrire sur la tombe du journal une épitaphe dont pourrait se glorifier la plus haute des ambitions :

Paris, 12 mars 1859.

Les soussignés déclarent que leur honorable confrère, M. le docteur Louis Fleury, rédacteur en chef du journal *le Progrès*, a des droits à l'estime et à la reconnaissance de tous les honnêtes gens pour le courage, le désintéressement et l'abnégation personnelle avec lesquels il poursuit le charlatanisme médical au profit de la moralité et de la dignité de la profession.

ANDRAL, RAYER, JOBERT (de Lamballe), CLOQUET, BOUILLAUD, LONGET, DUMÉRIL, SERRES, GAVARRET, DENONVILLIERS, NÉLATON, MALGAIGNE, PIORRY, N. GUILLOT, GOSSELIN, JARJAVAY, BLACHE, RICORD, BARTH, CAZEAUX, MONNERET, CAZENAVE, MÉNIÈRE, TARDIEU, BECQUEREL, CHASSAIGNAC, P. BROCA, RICHET, J. BÉCLARD, SAPPEY.

« *Des grands maux*, a dit Guiraud, *naît toujours une grande espérance.* » — Que le corps médical avise.

Des mesures seront prises pour que les lecteurs du *Progrès* soient indemnisés de la moitié de leur abonnement annuel de 1859.

Louis FLEURY.

Bellevue, 16 juillet 1859.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Bouts, né à Luneroy (Seine-Inférieure) ; *Des divers modes d'allaitement.*

Péry, né à Bordeaux (Gironde) ; *Certains phénomènes que l'on observe après l'angine diphthéritique, et que l'on peut désigner sous le nom de paralysie diphthéritique.*

Rana, né à Bolivie (Amérique) ; *Des abcès aigus du poumon.*

Larauzal, né à Sales (Gironde) ; *De la fièvre intermittente chez les enfants à la mamelle.*

Vannaire, né à Riom (Puy-de-Dôme) ; *D'une des causes du choléra.*

Boutin, né à Nantes (Loire-Inférieure) ; *De la paralysie consécutive à la diphthérite.*

Rozier, né à Alzac (Gironde) ; *De la métrite chronique.*

Guyot, né à Beaune (Côte-d'Or) ; *Du rapport des symptômes avec les lésions dans la méningite.*

Le Guelinel de Lignerolles, né à Bayeux (Calvados) ; *De l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col de l'utérus.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Études théoriques et expérimentales sur le virus-vaccin d'enfant et de revacciné, par M. le docteur P. D. LALAGADE, directeur du service de la vaccine pour le département du Taro. Paris, 1858. In-8° de 40 pages. Prix : 1 fr. A Paris, chez J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal parait trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. De l'influence des anomalies dentaires sur la production des maladies des os maxillaires. — Faits démontrant l'antagonisme réciproque de l'opium et de la belladone. — Résultats du traitement de l'angine couenneuse épidémique de 1857-1858, dans une partie du département de Seine-et-Oise. — Société de chirurgie, séance du 6 juillet. — Nouvelles. — Feuilleton. Quelques réflexions sur les eaux minérales.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'influence des anomalies dentaires sur la production des maladies des os maxillaires.

Il y a plusieurs années, en 1855, M. le docteur Am. Forget communiqua à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie une observation extrêmement curieuse et rare de tumeur ostéo-dentaire développée dans l'épaisseur de l'os maxillaire inférieur, accompagnée d'inflammation ulcéreuse des parois du kyste et de fistules ossifluentes, pour laquelle il dut pratiquer la résection de la moitié gauche du corps de la mâchoire et d'une portion de sa branche. Cette observation est devenue depuis le point de départ de recherches cliniques très-intéressantes, auxquelles M. Am. Forget s'est livré pour étudier l'influence des anomalies dentaires sur la production des maladies des os maxillaires. Ces recherches, qui ont valu à leur auteur une honorable distinction de la part de l'Académie des sciences, ne nous étaient connues encore que par le rapport de la commission, et il ne nous a été possible d'en exposer que la conclusion générale à l'époque où nous avons rendu compte de la séance publique annuelle de cette Académie pour l'année 1858. Le mémoire de M. Forget vient d'être publié (1), et nous croyons être agréable à nos lecteurs en leur faisant connaître les principaux faits qu'il renferme et les conséquences pratiques qui s'en déduisent.

Avant d'exposer les résultats du travail de M. Forget, nous croyons devoir rappeler les principales circonstances du fait qui a conduit à l'entreprendre.

Il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans, fils d'un négociant de la Pointe-à-Pitre, M. L..., qui lui avait été amené pour subir une opération nécessitée par une maladie de l'os maxillaire inférieur, dont les premières atteintes remontaient à l'âge de cinq ans. A cette époque le jeune L... éprouva dans le côté gauche de la mâchoire des douleurs assez longtemps intermittentes, puis continues, et si aiguës, que parvenu à l'âge de sept ans, il dut subir l'extraction des deux petites molaires, bien qu'elles fussent saines, dans la pensée où l'on était qu'elles gênaient l'évolution des dents secondaires. Les douleurs intra-maxillaires cessèrent, en effet, à la suite de cette opération, mais bientôt après une petite tumeur arrondie, dure, du volume d'une noisette, se dessina sur la face externe de la mâchoire, en regard des alvéoles des dents arrachées. Longtemps circonscrite, indolore et stationnaire, cette tumeur ne fit de progrès sensibles qu'au bout de huit ans.

Au mois de novembre 1854, le gonflement avait pris des proportions considérables ; une inflammation très-vive envahit alors la base de la mâchoire, et il s'ensuivit un abcès dont l'ouverture resta fistuleuse. Bref, lorsque ce jeune malade fut présenté à M. Forget, il offrait une tuméfaction considérable de la joue gauche ; toute la moitié gauche du maxillaire inférieur avait la forme et le volume d'un gros œuf de dinde. La tumeur était uniforme, égale, sans bosselure, dure, résistante. Le bord alvéolaire, extrêmement élargi, ne présentait, à partir de la première dent bicuspide régulièrement placée dans son alvéole, aucune des autres dents molaires qui auraient dû s'y trouver. Le tissu des gencives, d'un rouge foncé, était épaissi et induré. Enfin, il existait à la base de la tumeur plusieurs trajets fistuleux ossifluents.

Les troubles fonctionnels dérivant de cet état pathologique local, légers dans l'origine, se prononçaient davantage chaque jour ; ainsi, la phonation était embarrassée, la mastication douloureuse et incomplète ; la déglutition ne s'opérait souvent qu'avec difficulté, et la respiration éprouvait une gêne notable toutes les fois qu'un mouvement inflammatoire venait de nouveau à s'emparer de la tumeur. Enfin, deux inconvénients graves pour le malade résultaient, l'un de la difformité très-marquée de son visage, l'autre de l'écoulement incessant d'un pus fétide provenant des fistules.

Quel était le diagnostic à porter sur ce fait ? L'analyse de cette observation mettait tout d'abord en relief une circonstance importante qui, suivant M. Forget, touchait à l'origine même du mal, c'était le rapport existant entre l'apparition des douleurs intra-maxillaires et l'époque de la vie où le travail de la seconde dentition s'effectuant, la mâchoire devient un centre de fluxion déterminée et entretenue par le mouvement nutritif en excès dont elle est alors le siége. Ainsi, c'était à l'âge de cinq ans que le jeune L... avait ressenti les premières atteintes douloureuses de sa maladie. Un peu plus tard, vers sept ans, précisément à l'époque où l'accroissement des bulbes dentaires se complète par leur éruption alvéolaire, les douleurs s'étaient reproduites avec plus d'intensité, au point de nécessiter l'extraction de deux dents saines, bientôt suivie d'une nouvelle manifestation morbide, c'est-à-dire de l'apparition de la petite tumeur qui devait acquérir plus tard un développement et une gravité que rien encore alors ne faisait présager.

Ce rapport devient plus évident encore, ainsi que le fait remarquer M. Forget, si, se reportant à quelques années plus tard, on constate l'absence des grosses molaires dont le développement n'a jamais eu lieu.

Mais s'il était facile de remonter à l'origine du mal, il l'était un peu moins d'en préciser la nature. Toutefois, les données fournies par l'observation devaient amener également la solution de ce second point du problème.

Ainsi, prenant en considération le mode de développement très-lentement progressif de la tumeur, la régulière uniformité de son aspect extérieur, l'exacte circonscription de ses limites très-nettement définies, la consistance et la fermeté des divers points de sa surface, bornée en tous sens par un plan osseux, M. Forget n'hésita pas à admettre l'existence d'un produit pathologique ayant pris naissance dans le centre même du corps de l'os maxillaire, dont le développement excentrique avait dû suivre l'accroissement de ce produit de manière à l'enserrer de toute part dans un véritable kyste.

Ce diagnostic ayant été adopté par plusieurs chirurgiens éminents appelés en consultation, et qui furent également d'avis qu'il y avait lieu de pratiquer la résection de la moitié du corps de la mâchoire, cette opération fut pratiquée. Nous ne reproduirons ici ni les particularités du procédé opératoire, ni les suites de l'opération, qui furent parfaitement heureuses. Mais ce qu'il était intéressant de constater après cette opération, c'était le résultat de l'examen anatomique de la tumeur, qui devait, en vérifiant le diagnostic, jeter un jour nouveau sur les faits analogues consignés dans les annales de la science, et contribuer ainsi à éclairer un point intéressant de pathogénie.

Or voici ce qu'a révélé cet examen. Toute la portion de la moitié gauche de la mâchoire inférieure comprise entre la branche de l'os et la première petite molaire demeurée dans son alvéole était transformée en une cavité qui contenait une masse dure, ovoïde, compacte, d'apparence saxiforme, ayant le volume d'un gros œuf, d'aspect grisâtre, à surface inégale, parsemée de petites saillies tuberculeuses, revêtues d'une couche d'émail reconnaissable à son brillant et à sa coloration, et solidement enclavée dans l'épaisseur de l'os. Une coupe de cette production mit en évidence la composition de la tumeur intra-maxillaire ; elle était formée d'un tissu homogène, compacte, lisse, poli, d'aspect et de consistance éburnés, de couleur gris-blanchâtre, et au sein duquel il était possible à l'œil nu de discerner une sorte de disposition régulière et symétrique des éléments qui la composaient. Entre la tumeur et les parois osseuses du kyste se trouvait une membrane épaisse, d'apparence fibro-cellulaire, libre du côté de la première, qu'elle revêtait dans toute sa portion intra-maxillaire, et connexe au second par des prolongements filamenteux d'aspect cellulo-vasculaire, allant se rendre aux nombreux pertuis qui existaient sur toute l'étendue de la surface du kyste. Par sa face externe, cette membrane était baignée d'un liquide muco-purulent d'une odeur fétide, rappelant celle de la carie dentaire.

A l'extrémité antérieure de la tumeur et à sa base, on remarquait une échancrure à laquelle s'adaptait la couronne d'une grosse dent molaire enclavée entre elle et l'os maxillaire. Une portion de la même dent formait un relief sur la face externe de la mâchoire. On voyait, en outre, la seconde petite molaire obliquement développée dans l'épaisseur du maxillaire, sous l'alvéole de la première dent de même nom demeurée en place. Ainsi se retrouvaient toutes les dents, à l'exception des deux dernières molaires, l'espace alvéolaire qui leur est destiné étant occupé par la tumeur.

Que sont devenus ces deux grosses dents molaires, se demande M. Forget ? Leurs bulbes, comprimés dès l'origine par la production pathologique, se sont-ils atrophiés et ont-ils disparu sans laisser aucun vestige de leur existence ? Cette explication lui paraît inacceptable en présence des observations nombreuses qui démontrent le développement simultané des dents et des produits anormaux au centre même de l'os maxillaire.

(1) *Des anomalies dentaires et de leur influence sur la production des maladies des os maxillaires*, par M. Am. Forget. (Mémoire couronné par l'Académie des sciences. Brochure in-4° avec figures. Paris, 1859. Chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

FEUILLETON.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'USAGE DES EAUX MINÉRALES.

La puissance médicatrice des eaux est aujourd'hui consacrée par les plus authentiques résultats, et les consciencieux travaux entrepris jusqu'à présent pour signaler leur importance, les succès éclatants qui ont suivi leur usage, prouvent assez que bien souvent elles deviennent l'unique remède, la seule ancre de salut contre ces états pathologiques qui tendent à reparaître à la moindre provocation ; à elles seules il appartient fréquemment d'étouffer la prédisposition, de faire taire la diathèse, ou d'amener cette immunité morbide qui doit être l'expression la plus désirable de toute vraie guérison. Voilà donc le privilége des eaux ; mais à côté de cette action bienfaisante, qui ne peut être obtenue que par leur emploi bien dirigé, vient se placer le danger inhérent à leur usage intempestif. Que de fois, en effet, les malades qui s'étaient hâtés d'aller le cœur plein d'espoir chercher à une source un oubli à leurs douleurs, n'ont-ils pas vu au bout de peu de jours de traitement cette douce confiance se changer en regrets ineffaçables ! Que de fois n'y ont-ils pas puisé au lieu du remède l'exagération de leur mal et peut-être une fin prématurée ! Ces espérances déçues, cette opposition évidente dans l'effet des eaux minérales, doivent trouver, il nous semble, leur raison dans les quelques motifs suivants :

Le premier de tous, et nos confrères apprécieront sans doute notre franchise, provient peut-être du trop d'abandon que met le médecin à se prononcer sur la préférence que son malade doit accorder à telle source plutôt qu'à telle autre. Un des auteurs modernes les plus compétents en hydrologie, M. Durand-Fardel, reconnaît, avec sa grande autorité et à la première page de son bel ouvrage, « que l'usage » que les praticiens font des eaux minérales est le plus souvent aban» donné aux hasards d'une notoriété de la valeur ou de la raison de » laquelle ils ne peuvent se rendre compte. » Pénible aveu sans doute, mais dont l'avenir, les progrès si pleins d'intérêt de l'hydrologie médicale, les renseignements précieux que nous fournissent ses adeptes, doivent tendre à atténuer la portée ; dès à présent le médecin imbu de la haute efficacité des eaux minérales doit consacrer à leur étude autant de zèle qu'à n'importe quelle partie de la matière médicale ou de la thérapeutique ; il faut qu'il sache la valeur réelle de chaque source, qu'il apprenne par toutes les enquêtes possibles à discerner en face des besoins de son malade la station la plus appropriée à ses conditions morbides, et c'est alors seulement que ses conseils seront à l'abri de l'imprudence des hasards de la notoriété, et que l'intervention sérieuse de son ministère, en lui épargnant des reproches souvent bien amers, lui laissera la satisfaction d'un succès prévu.

Mais ce n'est pas uniquement aux eaux généralement connues et recommandées que l'homme de la science doit borner son étude ; il serait à désirer, et nous en faisons le vœu bien sincère, qu'au milieu des nombreux trésors que la nature si prévoyante a répandus partout, chaque confrère recherchât par ses essais et ses observations personnelles la qualité réelle des sources minérales qui coulent dans les pays où il exerce ; peut-être arriverait-il à saisir au sein des fontaines les plus ignorées et les plus modestes, des avantages aussi précieux que ceux que rehaussent les charmes du séjour et les distractions luxueuses de la vie sociale. Si le bien être matériel influe puissamment dans le choix d'une station minérale pour celui qui préfère le plaisir à la santé, que le médecin du moins ne cède jamais dans ses décisions à une considération si secondaire, car pour le vrai malade il n'y a que l'eau qui puisse le soulager ou le guérir. A l'œuvre donc, chers confrères ; imitons l'exemple de ceux qui font tous leurs efforts pour arriver à saisir l'action thérapeutique des ressources hydrologiques de leur pays, et n'oublions pas qu'un praticien mérite autant d'éloges en découvrant les moyens les plus à la portée des exigences de sa clientèle, qu'il encourt de blâme en laissant par indifférence ces moyens méconnus.

Mais pour prétendre à un succès dans le choix d'une eau minérale, il ne suffit pas que le médecin ait approfondi quel est son degré de puissance ; il faut, avant tout, qu'il soit bien éclairé sur toutes les circonstances qui militent le plus en faveur de son usage. « Sans la source » des indications curatives, disait Alibert, les secours de la thérapeu-

D'un autre côté, les caractères anatomiques de la tumeur, son identité parfaite de composition avec le tissu dentaire constatée par l'étude micrographique, tout concourait, avec l'interprétation la plus naturelle des phénomènes qui s'étaient succédé, à faire admettre que « les sucs nutritifs qui, dirigés et répartis suivant l'ordre physiologique, eussent formé les deux grosses dents molaires en question, chacune dans son isolement respectif et avec son développement régulier, ont, par suite d'une hypersécrétion et d'une diffusion morbides, produit une agrégation informe des éléments dentaires et constitué ainsi une monstruosité anatomique. »

Telle est la conclusion, parfaitement légitime à notre avis, que M. Forget a tirée de l'analyse de ce fait. Il ne reste, en effet, pour achever la démonstration, qu'à remonter de l'étude des caractères matériels de la maladie à celle des influences originelles qui en ont préparé l'invasion et favorisé le développement, et l'on trouvera dans la présence de la membrane fibreuse qui formait une enveloppe à la tumeur, membrane qui n'est autre, suivant toute apparence, que le périoste alvéolo-dentaire, une indication qui permet d'en déterminer le point de départ et de comprendre le mécanisme de sa formation.

En résumé, tout porte à penser que les choses ont dû se passer ainsi :

1° Union originelle des follicules des deux dernières dents molaires ; puis, soit qu'un travail phlegmasique ou toute autre cause l'ait déterminée, fusion si intime entre eux qu'ils n'en ont plus fait qu'un seul ;

2° Excès de vitalité des divers éléments organiques de ces follicules produisant, sous la même influence morbide, l'hypersécrétion des substances éburnées et osseuses ;

3° Enfin diffusion et agrégation irrégulière de celles-ci constituant la production pathologique, laquelle, à son tour, par son développement et le volume qu'elle a acquis, a eu pour effet de produire au centre de la mâchoire l'excavation ou kyste qui a été décrit, en même temps qu'elle y entretenait une inflammation permanente dont on connait les résultats et qui a nécessité l'opération pratiquée.

Maintenant que cette observation, par la savante analyse dont elle a été le sujet, a reçu son interprétation la plus rationnelle, il nous resterait à voir quelles lumières elle peut recevoir des faits analogues déjà connus dans la science, et à tirer du rapprochement et de l'interprétation de ces faits les déductions pratiques qui en découlent. C'est ce qui sera fait dans la prochaine *Revue*.

Faits démontrant l'antagonisme réciproque de l'opium et de la belladone.

A propos de la nouvelle méthode des injections médicamenteuses sous-cutanées, dont nous avons entretenu nos lecteurs dans la *Revue* de samedi dernier, nous avons signalé, en passant, un fait sur lequel nous nous sommes promis de revenir. Sur six malades traités pour des affections névralgiques ou douloureuses de diverse nature par les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine, et qui avaient tous éprouvé à des degrés variables des symptômes d'empoisonnement, les phénomènes toxiques ont été promptement enrayés, avons-nous dit, par l'administration de l'opium sous forme d'extrait ou de sirop diacode. C'est sur la signification de ce fait que nous avons à donner aujourd'hui quelques détails.

Ce qui avait déterminé M. Béhier à agir ainsi, lui-même nous l'apprend, c'est un article publié récemment par M. Benjamin Bell, sur l'antagonisme dont jouissent l'un par rapport à l'autre les deux agents en question, l'opium et la belladone. On connaissait déjà, en principe, cet antagonisme, ainsi que le rappelle M. Béhier dans une note dont nous allons citer tout à l'heure quelques extraits ; il est formulé tout au long dans le *Traité philosophique et expérimental de matière médicale et de thérapeutique* de Giacomini, qui en rapporte même quelques exemples. Mais si l'on connaissait assez bien l'action de l'opium comme antidote de la belladone, on connaissait beaucoup moins l'antagonisme inverse, c'est-à-dire l'action de la belladone comme antidote de l'opium.

Cette action antagoniste ressort d'une manière manifeste des faits suivants, que nous empruntons à la note précitée de M. Béhier, publiée récemment dans l'*Union médicale*.

Un homme d'environ quarante ans s'était empoisonné volontairement avec du laudanum de Sydenham. Des vomissements spontanés avaient déjà eu lieu en assez grande abondance, lorsque M. Béhier fut appelé auprès de lui. Une partie du laudanum avait été absorbée néanmoins, car le malade restait dans un état de somnolence ; et dès qu'on l'en tirait, il était de nouveau repris de nausées, de vomissements et d'un sentiment de tournoiement des plus pénibles. M. Béhier eut alors l'idée, pour combattre ces contractions incessantes de l'estomac, d'avoir recours à la belladone. Il prescrivit des pilules de 0,01 d'extrait hydro-alcoolique de belladone, à prendre une toutes les demi-heures, jusqu'à concurrence de trois ou quatre. Après la première pilule, les nausées et les vomissements avaient cessé pour ne plus reparaitre ; le malade était dans un état de sommeil tranquille. Quand il fut réveillé, il accusa un mieux réel, n'éprouvant plus le tournoiement qui, avec les nausées, l'avait tant incommodé. Une seconde pilule de belladone fut administrée. Le lendemain les accidents avaient disparu.

Voici un second fait :

Une femme âgée de cinquante-quatre ans, sujette à des accès de colique hépatique, étant en proie à un de ces accès pendant une nuit du mois de février dernier, se fit faire un demi-lavement de décoction de pavot (deux têtes de pavot dans environ 350 gr. d'eau). Le demi-lavement fut gardé. La douleur diminua ; mais alors se manifestèrent des demi-syncopes, avec somnolence incessante, malaise profond, vomissements et nausées incessants, se reproduisant avec redoublement d'une céphalalgie pénible, et caractérisés surtout par un état de lourdeur douloureuse.

Appelé auprès de cette malade, M. Béhier la trouve dans l'état que nous venons de décrire : la face altérée, le pouls petit, dur, fréquent, la peau fraîche, les pupilles contractées, le regard vague et comme hébété. Un vomissement bilieux a lieu en sa présence et redouble la douleur de tête et le malaise, que la malade compare au tournoiement d'un vaisseau. La connaissance est complète.

Guidé par le souvenir de ce qui s'était passé dans le cas précédent, M. Béhier prescrivit trois pilules de 0,01 chacune à prendre de demi-heure en demi-heure, si le malaise dure, et qui devront être suspendues si le calme se rétablit. Deux heures et demie environ après M. Béhier revoit la malade ; elle n'avait pris qu'une seule pilule, le calme était complet, sans sommeil trop profond ; elle n'avait pas dormi plus de trois quarts d'heure. Les accidents étaient complétement dissipés.

Enfin, M. Béhier ajoute qu'il a été témoin, il y a peu de jours, du fait suivant :

Une jeune femme très-nerveuse, au milieu d'un état de maladie grave du côté des organes pulmonaires, fut prise de douleurs assez vives, d'un caractère spasmodique, dans la partie inférieure de l'abdomen. Il lui fut prescrit, entre autres moyens, l'usage de suppositoires contenant chacun 1 gramme d'assa fetida et 1 centigramme d'extrait de belladone, introduits dans le rectum le soir au moment de se coucher. Pendant quatre jours, il n'en résulta aucun effet fâcheux, les douleurs étaient même diminuées. Mais le sixième jour, après l'application du cinquième suppositoire, la malade s'éveille et sent des étourdissements répétés ; sa langue est sèche, ses idées un peu incertaines, et, ce qui l'inquiète par-dessus tout, sa vue est troublée. La face est congestionnée, surtout au niveau des paupières ; les yeux sont brillants et vagues tout à la fois, la conjonctive est injectée, la pupille dilatée. M. Béhier, reconnaissant à ces symptômes une intoxication atropique, prescrivit 30 grammes de sirop diacode à prendre en deux doses à demi-heure d'intervalle, si les phénomènes ne s'amendaient pas après la première dose. Le calme se manifesta au bout de 20 à 25 minutes ; la vue était revenue en partie. Deux tasses d'infusion de café furent administrées, et la seconde dose de sirop diacode fut renvoyée au soir.

On voit dans ces trois faits trois exemples d'antagonisme réciproque entre les substances en question.

Résultats du traitement de l'angine couenneuse épidémique de 1857-1858, dans une partie du département de Seine-et-Oise.

Nous avons fait connaître, dans les numéros du 2 et du 9 juillet, les résultats des observations faites par M. le docteur Bouillon-Lagrange pendant le cours de l'épidémie d'angine couenneuse de 1857-1858, sur l'étiologie, la marche, les caractères, les complications et l'issue la plus ordinaire de la maladie. Il nous reste à faire connaître les résultats des divers moyens de traitement qui ont été mis en usage, et l'appréciation qu'en a faite cet habile et judicieux observateur.

Les émissions sanguines, que presque tous les médecins aujourd'hui s'accordent à proscrire de la thérapeutique de l'angine couenneuse, ont paru utiles dans bon nombre de cas. « J'avais été tout d'abord porté à cette réaction, dit M. Bouillon-Lagrange, par la considération du règne du vent du nord et de la sécheresse, de la coïncidence de nombreuses phlegmasies, qui s'en accommodaient bien ; j'y fus encouragé plus tard par le grand nombre de gens robustes que l'épidémie atteignit. Chez l'adulte et l'adolescent, alors qu'il existait une grande réaction fébrile, un gonflement considérable des ganglions et souvent du tissu cellulaire ambiant, elles m'ont été d'un grand secours au début. Toutefois, même dans ces conditions, c'est un moyen dont il fallait se montrer sobre, et, en tout autre cas, s'abstenir, surtout chez les jeunes enfants, chez qui leur emploi m'a toujours paru défavorable, et pour les accidents actuels et pour la marche ultérieure de la maladie. »

M. Bouillon-Lagrange n'a vu employer qu'une seule fois la saignée générale ; son effet lui a paru mauvais, les accidents qui l'ont suivie se sont montrés formidables, l'infection diphthéritique a été complète, et le sujet, homme de vingt-cinq ans, très-vigoureux, n'a échappé à la mort que grâce à sa belle constitution, et après avoir traversé toutes les complications : hémorrhagies nasales, paralysie générale, trois mois de convalescence. La plaie de la saignée s'était d'ailleurs recouverte d'une pseudo-membrane qui a été fort longue à se détacher et a laissé une ulcération très-difficile à fermer. Toutefois, dans une autre circonstance, il a vu l'angine couenneuse se développer au bout de deux jours de fièvre inflammatoire chez un jeune homme robuste et sanguin, qui avait été saigné ; le cas n'a pas dépassé, malgré ce précédent peu favorable, les limites du degré moyen de la maladie. Il n'a jamais appliqué que des sangsues, et il n'a eu lieu d'y revenir qu'une seule fois. Sur 17 cas tous plus ou moins graves, où les émissions sanguines locales ont été mises en usage, il n'y a eu que six décès, dont quatre ont porté sur des enfants.

Le vomitif (tartre stibié) s'est toujours montré une médication excellente, surtout au début, à tous les âges, mais principalement chez les jeunes enfants ; c'est chez eux que, dans un petit nombre de cas, le mal a paru comme jugulé après le vomissement. Il devait être fréquemment répété dans les premiers jours.

Les agents locaux dont M. Bouillon-Lagrange a fait usage sont l'alun, le borax, l'acide chlorhydrique, le nitrate d'argent solide. Toutes les fois que le gargarisme a pu être mis en usage avec fruit chez les malades ayant l'âge de raison, il l'a fait, mettant de 4 à 5 grammes d'alun, de borax ou d'acide chlorhydrique, ce dernier dans les cas les plus graves, dans 125 grammes de liquide ; il l'a remplacé chez les enfants par le pinceau imbibé du médicament, porté d'heure en heure ou toutes les deux heures sur les parties affectées.

La cautérisation a été appliquée par lui avec l'acide chlorhydrique au quart, au tiers, à la moitié, mêlé au miel rosat, ou le nitrate d'argent solide, avec persévérance et vigueur, et cela sans en avoir observé de bons effets. A la fin de l'épidémie il y avait complétement renoncé, pour s'attacher de préférence à l'emploi de la glycérine, sur laquelle les expériences de M. Bouchut avaient appelé son attention. « Ces applications douces, qui, *seules* des topiques employés jusqu'ici, exercent une action dissolvante sur les fausses membranes, les détachent plus rapidement que tous les autres, et cicatrisent promptement la muqueuse mise à nu, et quelquefois érodée ou altérée. »

Les caustiques ont, aux yeux de notre confrère, les graves inconvénients d'épaissir les fausses membranes, d'agir douloureusement (l'acide chlorhydrique au moins) sur les parties non malades, et amènent moins vite la chute de la couenne. Leur vrai moment d'utilité, suivant lui, serait celui où la muqueuse débarrassée pourrait être ainsi modifiée dans sa sécrétion vicieuse.

« Qu'espère-t-on d'ailleurs, dit-il, de cette cautérisation multipliée sur les mêmes points, la partie accessible de la gorge ? Atteint-on ceux dont l'envahissement produit la mort, et ceux-ci ne sont-ils jamais affectés que par contiguité ?... On avait beau, comme je l'ai vu faire à plusieurs confrères, comme je l'ai fait longtemps moi-même, tourmenter les malheureux malades en leur infligeant le supplice de la cautérisation, le développement des pseudo-membranes dans les parties inaccessibles des voies respiratoires n'en était jamais moins prompt, moins fatal, et ce n'étaient pas les plus cautérisés qui y échappaient le mieux... »

» tique sont vains et impuissants, l'expérience elle-même n'est qu'il-
» lusion et mensonge. » Ce dogme, si essentiel d'une manière absolue, doit surtout être invoqué dans la médecine des eaux. En effet, les états morbides qu'elle a mission de combattre se caractérisent surtout par leur ancienneté, par la résistance qu'ils ont offerte à l'action des moyens ordinaires, enfin par l'empire qu'ils exercent sur l'économie tout entière qui subit leur fatale influence ; pour vaincre ces conditions, il devient donc indispensable de s'attacher à saisir la nature des accidents en étudiant l'histoire de leur développement, et ce n'est qu'après cette enquête consciencieuse sur toutes les données du problème que le médecin pourra se flatter de pouvoir le résoudre par l'hydrologie. Disons-le à regret, telle n'est pas la conduite tenue de nos jours. Quand on a à se décider sur l'opportunité d'une station thermo-minérale, au lieu de tenir compte des diverses phases étiologiques de la maladie, qui seules peuvent tracer les indications indispensables, on s'appuie principalement sur ce que l'on a appelé les *propriétés électives* de telle source contre tel organe ou telle fonction lésée, on invoque seulement un ensemble symptomatologique constituant un fait pathologique déterminé, pour lui adapter telle eau minérale soi-disant spécifique dans des cas analogues.

Que d'exemples ne pourrions-nous pas citer à l'appui de l'abus que nous signalons ! Que de maladies, par le seul motif qu'elles portent une dénomination convenue, ou affectent plus directement un système ou un organe, sont invariablement adressées à telle résidence thermo-minérale, à l'exclusion de toutes les autres ! Combien de fois s'est-on hâté de conclure du résultat obtenu à une source contre un fait pathologique, à un succès probable dans tous les cas de même nom ? Evitons de prendre pour guide les simples analogies ; n'oublions pas que la traduction symptomatologique de deux maladies, quoique identiquement la même, appartient souvent à deux états distincts par leur étiologie et leur nature ; remontons à la connaissance exacte de la genèse morbide, et disons-nous avec Barbier : « A quoi me servira-t-il
» de savoir que tel médicament a été utile à tel malade ; pourrais-je
» en conclure qu'il devra rendre les mêmes services aux autres ? »

L'histoire du développement d'une maladie chez celui qui en souffre, étant la base essentielle de toute bonne prescription hydrologique, il serait à désirer que le médecin, au moment d'envoyer son client à la station dont il a fait choix, lui remît une notice sommaire et motivée de son observation directe, que ce confrère devra transmettre au confrère chargé de la direction de la résidence thermo-minérale. A l'aide de ces renseignements précis, le médecin des eaux jugera mieux la marche et les précautions à suivre dans l'administration des ressources thérapeutiques qui lui sont confiées, il graduera le remède d'après toutes les conditions spéciales que lui a signalées le conseiller ordinaire du client, et, de cette relation, toujours plus complète que celle fournie par le malade, il en déduira des conséquences plus avantageuses pour ce dernier, qui lui permettront de partager le mérite de sa guérison ou de son soulagement.

L. Chevalier-Dufau.

« Pour moi, ajoute-t-il plus loin après une expérience assez longue, après avoir vu les gargarismes plus doux, et surtout celui à la glycérine, avoir antant de succès que les caustiques les plus énergiques, je crois qu'il faut chercher ailleurs que dans une médication purement locale, le moyen de modifier cette tendance à la formation pseudo-membraneuse, qui fait le danger des graves diphthérites, et qu'il faut trouver un modificateur général capable de détruire cette fâcheuse disposition de l'organisme. »

Le bicarbonate de soude, le chlorate de potasse, ont paru de nul effet; ce dernier seulement agissait favorablement après la chute des fausses membranes sur les ulcérations.

Les médicaments vantés comme altérants n'ont eu aucune action sur le principe même du mal, ni le calomel, ni le tartre stibié, ni le sulfate de cuivre; le kermès, qui a paru un instant utile, a du moins produit l'effet physiologique constant d'augmenter l'expectoration et de contribuer ainsi au détachement plus rapide des fausses membranes bronchiques. Le chlorate de potasse, le bicarbonate de soude, n'ont paru jouir d'aucune efficacité curative, pas plus comme agents internes que comme moyens locaux. M. Bouillon-Lagrange a eu à la fin de l'épidémie l'idée d'employer à l'intérieur la glycérine, dont l'effet topique lui avait paru excellent. Il ne l'a appliquée, il est vrai, qu'à des cas d'un degré moyen; mais parmi ces malades il y avait de jeunes enfants, un seul a succombé.

L'acétate d'ammoniaque à haute dose a paru utile en favorisant la transpiration, qui, dans les terminaisons heureuses, se montrait toujours.

Les révulsifs, vésicatoires au cou, pommade stibiée, huile de croton, employés un certain nombre de fois, n'ont fait qu'ajouter un malaise de plus à celui du mal même.

M. Bouillon-Lagrange a reconnu pendant cette épidémie qu'il était important de ne pas être sévère sur le régime, et que de bonne heure, au milieu même de l'état fébrile, il fallait nourrir les malades, surtout les enfants, vaincre leur dégoût en variant beaucoup les aliments; les toniques, surtout le quinquina et le fer, sont indiqués aussi à ses yeux à la fin de la maladie.

En résumé, dans les cas légers, sans fièvre, chez l'adulte et l'adolescent, M. Bouillon-Lagrange est d'avis que l'angine couenneuse pourrait être abandonnée à elle-même en se bornant à des soins hygiéniques. — Au degré le plus léger, la maladie doit être attentivement dirigée chez les enfants, et cela d'autant plus qu'ils sont plus jeunes, les tenir au lit, les faire vomir deux ou trois fois avec le tartre stibié à dose très-minime, leur donner à l'intérieur et à l'extérieur la glycérine, dont l'innocuité permet de la porter à toute dose, les nourrir un peu, si l'état fébrile est à peine exprimé. — Dans les cas moyens, dans la forme grave avec ganglions fortement engorgés, vif état fébrile, formation rapide et étendue de la couenne, il n'hésiterait pas à faire une application de sangsues pour peu que le sujet offrit de la résistance par son âge et sa constitution, comme il l'a fait avec fruit ou au moins soulagement dans tous les cas chez l'adulte et l'adolescent.

Le vomitif répété, les topiques sur la gorge et surtout la glycérine employée également à l'intérieur, plus tard les toniques, l'alimentation, formaient la base du traitement.

Quant au traitement des accidents de paralysie, il est si peu convaincu du bon effet de l'emploi énergique qu'il a fait des excitants, des révulsifs de tout genre, des préparations de noix vomique, même à haute dose, qu'il est disposé à abandonner ces accidents à des soins hygiéniques corroborés par l'usage des toniques et de l'hydrothérapie, c'est-à-dire à tous les moyens capables de hâter la réparation du sang.

Telle est, au point de vue de la thérapeutique, la conviction que notre confrère a puisée dans l'observation de cette épidémie.

Si nous n'acceptons pas comme ayant une valeur démonstrative absolue les résultats complétement négatifs qu'ont eu entre ses mains des méthodes vantées ailleurs avec trop d'engouement sans doute, il ne nous est du moins pas permis de récuser, dans l'espèce, le témoignage d'un médecin qui a vu, agi par lui-même, et qui a donné d'ailleurs dans la relation de cette épidémie la mesure d'un excellent esprit d'observation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 juillet 1859. — Présidence de M. Deguise fils.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Bulletin de la Société de médecine de Besançon pour l'année 1858.

— *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, 1859, t. II. Prague, 1859, in-8°.

— *Mémoires des concours et des savants étrangers, publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. III, 4e fascicule. Bruxelles, 1859, in-4°.

— M. le professeur Michel, de Strasbourg, récemment élu membre correspondant national, écrit à la Société pour remercier ses nouveaux collègues de lui avoir donné leurs suffrages.

— M. le docteur Richard, de Toulouse, adresse à la Société, par l'intermédiaire de M. Chassaignac, un travail intitulé : *De l'hystéroptose et de son traitement*. (Commissaires, MM. Huguier, Caseaux, Depaul.)

Végétations dans le larynx. Mort. — A propos du procès-verbal, M. Verneuil rapporte un fait analogue à celui communiqué dans la dernière séance par M. Huguier.

Un malade fut admis à l'Hôtel-Dieu pour un phlegmon diffus de la partie antérieure du cou; les internes qui le virent à la visite du soir n'osèrent pas l'inciser, la mort survint subitement dans la nuit même.

A l'autopsie, nous nous attendions à trouver un abcès s'étant ouvert dans la trachée; mais il n'en fut rien. Une dissection attentive nous démontra que le foyer s'arrêtait sur l'apouévrose cervicale profonde. Incisant alors le larynx, nous avons trouvé une quantité considérable de végétations, implantées sur la muqueuse; toute cette membrane en était couverte. Elles n'obstruaient pas complétement le tube laryngien, mais on conçoit qu'elles aient pu produire l'asphyxie.

Quant à la nature de ces végétations, nous n'avons pu la déterminer.

Fractures des mâchoires. Traitement par l'appareil de gutta-percha.

Plusieurs faits successivement communiqués à la Société de chirurgie.

Rapport par M. Morel-Lavallée.

Vous avez reçu de différents chirurgiens quatre observations de fracture des maxillaires. Toutes vous ont paru dignes d'attention, et, dans la pensée qu'elles gagneraient à être rapprochées dans un commun examen, vous avez bien voulu nous charger de vous en rendre compte. C'est cette tâche que nous venons essayer de remplir aujourd'hui.

Dans deux de ces cas, la solution de continuité portait sur le maxillaire inférieur seul; dans un troisième, c'était le maxillaire supérieur qui en était le siége unique; enfin, le quatrième offrait l'exemple rare d'une fracture simultanée des deux mâchoires.

Chacun de ces faits jette sa part de lumière sur la question du traitement, et sans négliger ce qu'ils ont d'ailleurs d'intéressant, nous les prendrons surtout du côté thérapeutique : c'est dans cet esprit qu'ils ont été présentés par leurs auteurs; et n'est-ce pas aussi le but final des efforts de l'art?

Le premier cas est de ceux qui peuvent — jusqu'à un certain point — se passer d'appareil. Il appartient à M. Lhonneur, aide-major à l'hôpital du Dey, à Alger, et ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il s'agit d'un mousse de treize ans, qui, en jouant dans la mâture, tomba d'une hauteur d'environ 10 mètres sur le pont. Il se cassa les deux mâchoires, toutes deux sur la ligne médiane. Pour M. Lhonneur, il y avait à la mâchoire supérieure quelque chose de moins ordinaire qu'une fracture, c'est-à-dire une disjonction des os maxillaires, mais le trait de la solution de continuité était placé un peu à droite du raphé muqueux. Toujours est-il qu'il y avait à la voûte palatine une fente large, — en avant de 3 à 4 millimètres, — et d'à peu près 1 centimètre en arrière. En outre, le maxillaire droit avait subi un enfoncement dont l'étendue était mesurée par toute la largeur de la couronne d'une petite molaire. L'os palatin était également reculé de 3 à 4 millimètres.

La mâchoire inférieure est fracturée verticalement entre les deux incisives médianes. La gencive, intacte en avant, est déchirée en arrière. Cet écartement des fragments de la mâchoire supérieure, plus marqué en arrière qu'en avant, l'intégrité du périoste en avant et sa rupture en arrière, sont, avec la lésion des parties molles du menton, une révélation du mécanisme de la fracture simultanée des deux mâchoires. Ces deux arcs osseux, en portant par le milieu de leur convexité sur le pont du navire, ont subi un violent effort de redressement, qui les a fait céder d'abord par leur concavité. L'auteur avait déjà donné cette théorie étiologique pour la fracture de la mâchoire inférieure; mais elle m'a paru s'appliquer tout aussi bien à la fracture de la mâchoire supérieure.

Cette fracture de la mâchoire supérieure était encore remarquable par une ecchymose sous-conjonctivale qui existait aux deux yeux, ecchymose due sans doute, à droite, à une fracture de l'apophyse montante, et à gauche, à la propagation de l'ébranlement, ou peut-être à l'extension de la fracture elle-même. La signification de ce symptôme a été encore très-bien saisie par l'observateur.

Il signale l'âge du blessé comme un fait nouveau dans l'histoire des fractures de la mâchoire inférieure. Le mousse avait, en effet, à peine treize ans, et c'est d'après nos meilleurs classiques, le *Compendium de chirurgie*, par exemple, la limite initiale de la période de la vie où cette lésion se rencontre. Cependant j'ai vu cette fracture chez une petite fille de dix ans, à la suite d'une chute d'un lieu élevé, et tout récemment chez un garçon de huit ans, qui avait été renversé sous les pieds d'un cheval.

M. Lhonneur fait également ressortir la rareté de la fracture verticale de la symphyse du maxillaire inférieur. Il a raison, mais moins peut-être qu'on ne pense. Sur une quinzaine de cas je l'ai observée deux fois. Elle est donc rare en réalité, si l'on compare en bloc la fracture de la symphyse à celles de tout le reste de l'os. Mais voici un autre point de vue : compare-t-on, au contraire, la fracture qui passe entre les deux incisives médianes à celles qui correspondent à chacun des trente autres interstices dentaires, le rapport change, et la fracture de la symphyse, plus rare que celle des interstices antérieurs, devient plus fréquente que celle des interstices postérieurs. C'est ainsi, ce me semble, que la question devait être posée.

Arrivons à celle du traitement. Nous avons dit que le cas de M. Lhonneur était de ceux où l'application d'un appareil paraît le moins nécessaire. A la mâchoire supérieure, irréductibilité et immobilité des fragments : il ne semble donc pas qu'il y eût là rien à contenir, puisque rien ne tendait à se déplacer.

A la mâchoire inférieure, le périoste, resté intact en avant, ne permettait qu'un déplacement à peine sensible, et formait en quelque sorte un appareil naturel, qui pouvait dispenser de tout autre. Aucun, en effet, n'a été appliqué, et la consolidation ne s'en est pas moins opérée.

Nous avons fait nos réserves à cet égard. Il serait dangereux de donner aux cas de ce genre une interprétation forcée, et de les ériger en doctrine. Si ces fractures sans déplacement et sans mobilité notables peuvent guérir en quelque sorte d'elles-mêmes, la consolidation ne sera-t-elle pas bien autrement sûre et bien autrement parfaite avec un appareil qui assujettit les fragments dans leurs rapports normaux? Cela est vrai surtout des fractures du maxillaire inférieur, le plus mobile des os du squelette. Par un mouvement de préhension des aliments, de mastication, de déglutition, pas même de la déglutition involontaire de la salive, pas une parole, pas un bâillement, pas un soupir qui ne retentisse à la fracture. Y a-t-il rien de plus défavorable à la consolidation, je ne dis pas à la consolidation régulière, que cette perpétuelle agitation des fragments? Aussi n'est-il pas rare de rencontrer de ces fractures sans déplacement et sans traitement, où la suppuration s'établit dans le foyer, et s'y éternise sans que la réunion fasse un pas.

Il vient encore de s'en présenter un cas à ma consultation de l'hôpital Saint-Antoine. La fracture date d'un mois; elle siége entre la seconde incisive inférieure et la canine du côté droit; elle est sans aucune trace de déplacement, et la mobilité ne s'y manifeste que sous un effort considérable qui tend à infléchir le maxillaire sur son bord inférieur; alors les deux dents voisines s'écartent l'une de l'autre d'environ deux millimètres au sommet de leur couronne, révélant ainsi à la fois et l'existence et la situation de la solution de continuité de l'os. En même temps quelques gouttes de pus s'échappent entre les deux dents et aussi par un petit pertuis placé un peu au-dessous de leur implantation. Il y a de plus, au bord inférieur de la mâchoire, au niveau de la fracture, un engorgement dur et assez étendu. Le moule en gutta-percha que j'ai appliqué aura bientôt fait disparaître, avec sa cause, toute cette inflammation, en procurant une rapide guérison.

Une faute a été commise par le chirurgien du bord : en donnant les premiers soins au blessé, il enleva des dents luxées, encore adhérentes aux gencives; or on sait que réduites et maintenues dans leurs alvéoles par le moule de gutta-percha, elles se seraient infailliblement consolidées.

Suivant l'auteur, il n'était pas permis de songer à la ligature des dents, parce qu'elles étaient trop serrées pour recevoir un fil dans leurs intervalles. Il est quelquefois impossible, en effet, de passer un fil entre les couronnes, mais au niveau du collet c'est toujours facile, au moins si j'en juge par mon expérience. M. Lhonneur a commis là une heureuse erreur, puisqu'elle l'a détourné d'un moyen infidèle et plein de péril.

J'aurais encore quelques remarques à faire; mais elles se présenteront d'elles-mêmes à l'esprit du lecteur, car l'observation sera certainement publiée, et il en est peu qui en soient plus dignes. Déjà intéressante par la simultanéité de la fracture des deux mâchoires, elle l'est encore par la netteté de l'exposition des symptômes et par la justesse de leur appréciation.

Voici ce fait :

Disjonction des os maxillaires supérieurs, avec enfoncement du maxillaire droit. — Fracture au niveau de la symphyse du maxillaire inférieur. — Fracture sus-condylienne du fémur droit.

Mohamed-ben-Ali, 13 ans, mousse à bord de la frégate-école *l'Allier*, entre à l'hôpital du Dey, salle 3, n° 40, le 7 octobre 1858, et sort guéri le 15 décembre.

Le 7 au matin, en jouant avec un de ses camarades sur la hune d'artimon, à une hauteur d'environ 30 pieds, il glisse et tombe. Dans sa chute, il heurte en travers (par la cuisse droite) la corne du grand mât (vergue située à 4m50 du pont), et va frapper, la face la première, le pont du navire. Il ne perd point connaissance. Le chirurgien du bord appelé constate, entre autres lésions, une fracture de la cuisse droite, des plaies à la face, une fracture du maxillaire inférieur, et un écrasement du bord alvéolo-dentaire du maxillaire supérieur, avec luxation de plusieurs dents. Il applique un appareil contentif sur le membre fracturé, enlève les dents incisives supérieures presque détachées avec les fragments d'alvéoles y adhérant, et envoie le blessé à l'hôpital. Un écoulement sanguin peu abondant avait lieu par les narines; cet écoulement s'arrête spontanément quelques heures après l'entrée du blessé à l'hôpital.

Le 8 octobre, à la visite, nous constatons l'état suivant :

Un gonflement considérable occupe la moitié inférieure de la cuisse droite et le genou; la rotule est fortement soulevée par l'épanchement qui remplit l'articulation. Le pied se renverse en dehors quand on l'abandonne à lui-même; ce mouvement, comme tous ceux qu'on imprime au membre, détermine de vives douleurs vers l'extrémité inférieure de la cuisse.

Le membre blessé, placé à côté de l'autre, est évidemment raccourci; le talon ne va qu'à la base de la malléole interne gauche.

Tous les mouvements actifs sont impossibles : quand on lui soulève la jambe ou qu'on cherche à lui faire exécuter des mouvements de rotation, on produit une crépitation manifeste, à 7 ou 8 centimètres au-dessus de la rotule; une mobilité latérale anormale existe à ce niveau. Il n'est point possible, à cause du gonflement du membre, de reconnaître la direction de cette fracture, du reste évidente.

La face est déformée par une dépression bien marquée de la pommette du côté droit; les deux yeux présentent une ecchymose et même un véritable épanchement sanguin sous-conjonctival qui s'étend à la paupière supérieure du côté droit. La vision est intacte.

Sur la partie antérieure du menton existe une petite plaie légèrement contuse, à bords écartés, de 2 centimètres de long, transversale, au fond de laquelle le rebord tranchant du maxillaire inférieur est à nu.

Deux petits lambeaux de 5 à 6 millimètres d'épaisseur et de 1 centimètre et demi de longueur, formés aux dépens du bord libre de la lèvre inférieure, et adhérents par leur extrémité externe, ont été réunis par leur extrémité interne au moyen d'un point de suture. Ils paraissent avoir été produits par la pression des dents.

Quand on soulève la lèvre supérieure, on constate l'absence des dents incisives et canines, et à leur place un sillon produit par l'écartement du bord alvéolaire. Les dents, agissant comme levier, ont fait écarter les alvéoles. Les fragments mobiles adhèrent par la muqueuse gengivale. On les laisse en place. Quelques-uns ont été enlevés avec les incisives par le chirurgien de marine, et avec les canines par le blessé lui-même.

L'arcade alvéolaire supérieure est élargie, les premières dents molaires tombent en dehors des molaires inférieures. A droite, la première petite molaire supérieure correspond avec la deuxième molaire inférieure. Le doigt introduit dans la bouche constate la raison de ce fait; l'os palatin du côté droit dépasse en arrière celui du côté gauche de 3 à 4 millimètres. Il y a eu évidemment un enfoncement du maxillaire droit. Mais de plus, en faisant ouvrir la bouche, on constate une disjonction des deux os maxillaires. Sur la ligne médiane de la voûte palatine, un peu à droite du raphé muqueux, on observe une fente de

3 à 4 millimètres de large en avant, et de près de 1 centimètre en arrière, faisant communiquer la bouche avec les narines ; cette fente s'étend du trou palatin antérieur au bord postérieur de l'os palatin. Elle est due à l'écartement du maxillaire supérieur droit de son congénère.

En effet, en saisissant le maxillaire supérieur droit entre le médius et l'index introduits dans la bouche, et le pouce appuyant sur la face externe, on constate une mobilité assez grande de cet os, mobilité surtout de haut en bas et d'arrière en avant. Une crépitation obscure se fait sentir vers la pommette droite. La pression sur l'os malaire droit détermine une légère dépression et de la crépitation. Il paraît manifeste que l'os maxillaire supérieur est détaché des os du nez, mais est resté adhérent à l'os malaire, qui a suivi sa propulsion en arrière, en se fracturant ou plutôt en se luxant dans ses articulations zygomato et orbito-malaire, incomplétement, car il n'y a point de déformation ni de saillie anormale apparente.

Le maxillaire gauche est fixe et adhérent dans toutes ses articulations. Les os du nez sont intacts.

En arrière de l'arcade alvéolaire du maxillaire inférieur, sur la ligne médiane, on observe une déchirure du tissu gengival ; cette déchirure correspond à une fracture de l'os entre les deux incisives médianes. Il existe une mobilité des fragments peu étendue, par le fait de la conservation de la muqueuse et du périoste à la partie antérieure. La dent incisive droite chevauche un peu sur la dent incisive gauche ; c'est plutôt un léger déplacement suivant l'épaisseur. Il n'y a point de déplacement suivant les bords. Les dents sont au même niveau ; elles ne sont nullement ébranlées.

L'écartement des maxillaires est difficile et peu étendu (1 à 2 centimètres).

Le timbre de la voix est fortement nasonné. Il n'existe chez le blessé aucune trace de réaction ; la peau est fraîche ; le pouls seul est un peu fréquent (96 pulsations), ce que l'on peut bien attribuer à l'émotion qu'il éprouve de se voir l'objet d'un examen attentif, et aussi à la crainte de ce qu'on va lui faire.

Quelques tentatives sont faites pour reporter le maxillaire supérieur droit en avant et le rapprocher du maxillaire gauche, mais sans succès.

On cherche à réduire la fracture de cuisse, mais il n'est point possible de rendre au membre sa longueur ; il est maintenu au degré d'extension obtenu à l'aide de l'appareil de Desault.

Des fomentations froides sur la face, des gargarismes émollients et une potion opiacée sont prescrits ; diète.

Le 9 octobre, peau chaude ; pulsations, 100. Le blessé a eu un peu d'agitation hier au soir (l'extension de la cuisse a été pénible) ; il a détaché le lacs contre-extenseur. D'ailleurs, il paraît peu souffrir de ses lésions de la face. Comme tous les Arabes, il est impatient d'être au lit ; il veut se lever.

Le 11, le point de suture qui réunissait les lambeaux de la lèvre inférieure est tombé ; la réunion ne s'est point opérée, à cause sans doute de la contusion des bords de la plaie ; suppuration ; état général excellent. Le malade réclame des aliments ; on lui accordera des potages. L'appareil de la cuisse est rétabli et serré chaque jour.

Le 14, l'arcade alvéolaire supérieure est en suppuration ; on constate un rapprochement considérable des maxillaires supérieurs ; la moitié antérieure de la fente est oblitérée.

Le gonflement de la cuisse a presque complétement disparu. On peut constater la direction de la fracture ; elle se dirige de haut en bas, de dedans en dehors et un peu d'arrière en avant. Il y a un chevauchement considérable que l'indocilité du blessé a empêché de faire disparaître ou au moins de diminuer. On ne constate point le renversement en arrière du fragment inférieur, comme l'a indiqué Boyer.

L'épanchement dans le genou est toujours considérable. Les fragments du maxillaire inférieur, quoique non maintenus, sont en voie de consolidation, c'est-à-dire sont moins mobiles. La plaie gengivale est presque cicatrisée.

Le 20 octobre, l'ouverture de la voûte palatine est complétement oblitérée. Pourtant on constate encore une mobilité marquée du maxillaire droit. L'élargissement de l'arcade alvéolaire supérieure est le même ; il paraît probable que l'obturation de la fente palatine ne s'est point faite complétement par le rapprochement des os, mais en partie par le tissu cicatriciel de la muqueuse. La voix a repris son timbre normal ; le bord alvéolaire antérieur suppure, mais se régularise. — On donne la soupe de pain au malade.

Le 27, l'appareil de la cuisse est enlevé, et on constate une consolidation assez avancée pour que le blessé soulève sa jambe. L'appareil est rétabli.

A la voûte palatine, on aperçoit une cicatrice de 2 millimètres de large, qui tend à se rétrécir chaque jour.

Les plaies de la face sont cicatrisées régulièrement. — Trois quarts de portion.

Le 8 novembre, l'appareil de Desault est définitivement enlevé. La consolidation est complète, avec un cal volumineux dans lequel on peut constater la direction des fragments telle que nous l'avons indiquée. Il existe un raccourcissement de 3 centimètres.

Le genou est toujours le siége d'un épanchement considérable. La fracture du maxillaire inférieur s'est consolidée sans appareil, et le léger chevauchement indiqué a disparu.

Toute mobilité a disparu du côté du maxillaire supérieur. L'élargissement observé de l'arcade alvéolaire a diminué, et les molaires supérieures dépassent à peine les inférieures du tiers de leur couronne. Mais la propulsion en arrière du maxillaire a persisté.

Le 1er décembre, le petit malade se lève et commence à marcher.

Le 15, il marche sans bâton et demande à sortir. La claudication est peu marquée.

L'épanchement articulaire a disparu ; il reste seulement un peu de roideur.

A la voûte palatine, on remarque à peine la cicatrice, qui se confond avec le raphé médian, à droite duquel elle est placée. Elle ne diffère, du reste, de la muqueuse de la voûte palatine que par sa pâleur plus grande.

Le bord alvéolaire antérieur est cicatrisé sans perte de substance ; toutes les esquilles se sont consolidées ; l'arcade est seulement un peu déprimée. Les dents supérieures et inférieures se correspondent presque régulièrement ; seulement, à droite, les dents supérieures sont toujours en arrière des dents inférieures correspondantes. La dépression observée du côté de la pommette existe toujours.

— Je n'ai point de remarques importantes à faire sur la fracture de la cuisse ; elle présentait la direction des fractures dites obliques des auteurs ; elle s'accompagnait d'un épanchement considérable de l'articulation, comme les fractures à ce niveau. C'était une fracture par cause directe, si on en croit les renseignements donnés par les matelots qui ont apporté ce blessé et le blessé lui-même. M. Malgaigne apprend que ces fractures par cause directe sont les plus fréquentes. La réduction de ces fractures, au dire de Boyer, est difficile. L'indocilité de notre petit malade a rendu pénibles les tentatives de réduction, et impossible le maintien de la réduction qu'on avait obtenue.

Les autres fractures m'ont semblé présenter plus d'intérêt.

Les fractures du maxillaire inférieur sont rares dans l'enfance ; avant treize ou quatorze ans, les auteurs n'en citent point d'exemples. (*Compendium de chirurgie.*) Notre malade avait treize ans à peine. C'est une fracture médiane fracture assez rare pour qu'il soit encore utile de signaler les cas qu'on peut observer. Elle était verticale, comme le sont habituellement les fractures de la symphyse. Il existait à peine un léger déplacement suivant l'épaisseur. L'intégrité de la muqueuse et du périoste en avant devait faire attendre ce résultat.

Peut-être est-il possible, par l'examen des lésions concomitantes, d'établir le mécanisme de cette fracture. L'écrasement de l'arcade alvéolaire supérieure, les plaies de la lèvre inférieure et du menton, établissent clairement où l'effort vulnérant a été appliqué : c'est sur la ligne médiane. La fracture a eu lieu au niveau même du coup, et par un effort qui a agi comme pour redresser les courbures de l'os, c'est-à-dire que la solution de continuité s'est produite de la face interne vers la face externe. La déchirure verticale de la muqueuse et du périoste de la face interne nous semble encore une nouvelle preuve du mode de production de la fracture.

Malgré cette plaie de la muqueuse et la communication, par conséquent, du foyer de la fracture avec l'air, les suites ont été très-simples ; la fracture s'est consolidée dans le temps ordinaire sans le secours de l'art. L'absence de déplacement sensible, le peu de mobilité des fragments, grâce à la conservation du périoste, ont engagé M. le médecin-major Prudhomme, alors chef de service, et plus tard M. Bertherand, à abandonner cette fracture aux seuls efforts de la nature. D'ailleurs, une fronde n'eût point été supportée par le malade indocile, et n'eût pu d'ailleurs être appliquée avec le degré de constriction nécessaire, à cause de la plaie du menton. Toutes les gouttières indiquées par les auteurs trouvaient là une indication, mais n'était-il pas à craindre de provoquer par leur application l'inflammation de la muqueuse déchirée, et par suite l'ostéite des fragments ? D'ailleurs, l'état de l'arcade alvéolaire supérieure éloignait l'application de tout appareil pouvant être, par sa présence, une cause d'irritation dans la bouche. On eût pu fixer les dents par la ligature, si, comme dans un cas de Bertrandi (Malgaigne), elles n'avaient pas été trop serrées pour en permettre l'application.

La lésion que nous avons observée à la mâchoire supérieure, tire son intérêt de la rareté des observations de ce genre. Il y avait séparation sur la ligne médiane, sans fracture de la voûte osseuse palatine, avec enfoncement du maxillaire supérieur droit dû à des luxations ou à des fractures multiples dans d'autres os de la face. Cette lésion est assez rare pour que les auteurs du *Compendium* rapportent sur un ton de doute l'observation de M. Simonin (de Nancy), citée par M. Malgaigne, et pour que M. Richet, en présentant un fait du même genre à la Société de chirurgie (séance du 18 février 1857), ait cru pouvoir dire qu'il n'en existe que deux ou trois autres dans la science. Je n'essayerai point d'établir les analogies et les différences qui existent entre ces deux faits de MM. Malgaigne et Richet, et celui que nous a présenté notre petit blessé ; la lecture des observations suffit pour cela. Dans ces trois cas, la chute avait eu lieu sur la face ; mais par quel mécanisme s'était produit l'écartement des os maxillaires ? Rien ne l'indique dans les observations. J'ai essayé de le reproduire sur le cadavre sans pouvoir y réussir.

J'ai regretté de ne point connaître le mécanisme indiqué par M. Cloquet, dans les observations qu'a citées M. le baron Larrey à la Société de chirurgie, à propos de la présentation de M. Richet. Quoi qu'il en soit, la propulsion en arrière du maxillaire supérieur chez notre malade ne nous paraît avoir eu lieu que par suite de la fracture de l'apophyse ptérygoïde. Si on attachait quelque importance à l'étendue plus considérable en arrière de l'écartement des os, on pourrait peut-être admettre pour cette disjonction le mécanisme suivant lequel s'est produite la fracture du maxillaire inférieur.

Dans ce cas, comme dans celui de M. Simonin et de M. Richet, la guérison s'est opérée vite et par les seuls efforts de la nature.

Dans le cas précédent, la guérison a été, on peut le dire, toute spontanée ; dans le suivant, peut-être eût-elle eu lieu de même, sans le secours d'aucun appareil, peut-être au moins l'eût-on obtenue à l'aide d'une simple fronde. Mais, outre que le résultat n'eût pas été aussi sûr, il eût été certainement moins parfait, et acheté au prix de l'immobilité si gênante de la mâchoire et du danger de l'inflammation du foyer. Ce second fait vous a été communiqué par M. Foucher, chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé à la Faculté. Il s'agit d'une fracture du maxillaire inférieur entre l'incisive latérale et la canine. Il n'y avait guère qu'un léger déplacement suivant la hauteur de l'os ; mais la dent canine était déjetée en avant et branlante.

M. Foucher appliqua le moule de gutta-percha. Une fronde fut ajoutée, mais le malade s'en débarrassa bientôt avec le consentement intelligent de son chirurgien, et put ainsi recouvrer la mobilité de la mâchoire pour la mastication et la parole. Au bout de trente-quatre jours, la consolidation était si complète et si régulière qu'il ne restait plus aucune trace de la fracture ; la dent compromise avait elle-même repris sa direction et sa fixité.

Sans s'exagérer la portée de ce succès, que la simplicité de la lésion rendait facile, M. Foucher a pensé qu'il n'en témoignait pas moins en faveur de l'opportunité d'un appareil, et que surtout il pouvait contribuer à établir la supériorité de celui qui a été mis en usage. Mais sous ce rapport les deux faits qui nous restent à examiner sont bien autrement significatifs. Jusqu'à ce que, après les plus vives perplexités, le chirurgien ait pu disposer d'un moyen convenable, la consolidation de la fracture et peut-être même la vie des malades ont été en danger.

L'un de ces derniers cas vous a été adressé par M. Beaupoil, d'Ingrandes ; c'est une fracture compliquée du maxillaire inférieur.

Un maçon est enseveli sous les décombres d'une vieille maison qu'il démolissait. Il s'en retira avec une fracture du péroné, et la tête couverte de blessures. Le sourcil gauche, détaché du tissu osseux, retombe au devant de l'œil et le cache entièrement ; le nez est aplati, ses os brisés, ses parties molles en lambeaux ; les joues et les lèvres horriblement déchirées, surtout du côté gauche. C'est aussi de ce côté que le squelette de la face a le plus souffert : toutes les incisives des deux mâchoires sont cassées, ainsi que les canines et les petites molaires gauches. Tout le bord alvéolaire gauche est vacillant, écarté du reste de l'os, surtout en avant, où la bouche communique sur plusieurs points avec la fosse nasale correspondante. Une plaie située à l'angle interne de l'œil, livre passage à l'air.

Des sutures et un pansement intelligent eurent assez facilement raison des lésions des parties molles et de la fracture du nez ; mais ni un appareil très-compliqué fait avec des bandes et du diachylon, et destiné à rapprocher les deux mâchoires à la manière de la fronde, ni plus tard un point de suture passé à travers le bourrelet gengival, ne réussirent à maintenir le fragment du maxillaire. Le huitième jour, la mobilité et le déplacement étaient même plus considérables qu'immédiatement après l'accident. Et cependant la suppuration, très-abondante, devenait infecte. Il était urgent d'aviser. Le chirurgien sortit d'embarras par un moyen que le hasard mit sous sa main. Il aplatit et façonna des lames de plomb dont les maçons se servent pour marquer leurs pierres. Il les replia sous le bord fracturé du maxillaire, les releva sous la lèvre supérieure, et leur fournit un point d'appui au dehors sous les circonvolutions du bandage. Au bout d'un mois, la guérison était complète.

Les fragments étaient très-mobiles, mais leur contention ne devait pas exiger une grande force ; ils auraient échappé à l'étreinte si faible des lames de plomb. Je ne veux pas par là diminuer le succès de M. Beaupoil ; il n'y a que plus de mérite à réussir par un mauvais moyen. Si le plomb lui a suffi, quel parti l'ingénieux chirurgien d'Ingrandes ne saura-t-il pas tirer de la gutta-percha ?

Mais voici l'art aux prises avec des difficultés plus sérieuses encore. Le déplacement est opiniâtre et s'accompagne d'accidents graves. Tous les moyens employés échouent l'un après l'autre, et le chirurgien était à bout de ressources, quand une dernière lui est apportée par le compte rendu de vos séances.

(*La fin au prochain numéro.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Débouchaud, né à Châteauneuf (Charente) ; *De la rougeole des enfants, ses variétés et ses complications.*

Levrat, né à Lyon (Rhône) ; *Quelques considérations sur un cas de glycosurie déterminée par une tumeur colloïde renfermée dans le quatrième ventricule.*

Randon du Landre, né à Saint-Jean-de-Bruel (Aveyron) ; *De la phlegmatia alba dolens.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les Sociétés de prévoyance et de secours mutuels des médecins de Châtillon-sur-Seine, de Besançon, de Châteauroux, de Tours, de Compiègne, de Senlis et de Versailles, sont agrégés à l'Association générale.

— Par arrêté de M. le préfet de Loir-et-Cher, en date du 2 juillet, M. le docteur Combes a été nommé médecin adjoint de l'asile public d'aliénés du département de Loir-et-Cher à Blois.

— Une *Société d'anthropologie* vient d'être fondée à Paris ; elle tient ses séances provisoirement à l'École pratique, dans le local de la Société de biologie, le premier et le troisième jeudi de chaque mois, à trois heures précises.

Le bureau annuel a été élu le 7 juillet. Il est ainsi composé : MM. Martin-Magron, président ; Béclard, vice-président ; Broca et Dareste, secrétaires ; Lemercier, archiviste ; Godart, trésorier.

— Plusieurs feuilles politiques annoncent qu'il est mort récemment à Darmstadt un docteur qui jouissait d'une réputation européenne. Ce docteur était une femme, Mme Charlotte Hildaureich, née de Stebol. Elle vouait particulièrement ses soins aux jeunes mères. En 1819, elle avait été appelée en Angleterre, lors de la naissance de la reine Victoria. Un grand nombre de cours ducales et princières d'Allemagne ont eu recours à son art.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Mémoires pratiques de médecine, de chirurgie et d'accouchements, avec planches ; par M. le docteur A. Bourdel, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier. — 2e édition ; 1 vol. in-8°. Montpellier.

Des règles à suivre au début d'un traitement hydrothérapique, par M. le docteur V. Boullay ; broch. in-8°. Prix : 1 fr. 25. Chez Leclerc, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 14.

Indicateur médical et topographique d'Aix-les-Bains (Savoie), par M. le docteur baron Despine. Broch. in-18°. A la librairie de Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

Conférences cliniques sur l'hydrothérapie, faites par M. le docteur Becquerel et recueillies par M. le docteur Violette. Broch. in-8°. Prix : 1 fr. 50. Chez L. Leclerc, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 14.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 87. — MARDI 26 JUILLET 1859. (32e ANNEE) N° 87. — MARDI 26 JUILLET 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 JUILLET 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Velpeau a présenté, au nom de MM. Demeaux, docteur en médecine, et Corne, vétérinaire, une note sur un agent désinfectant qui paraît susceptible de diverses applications utiles à la chirurgie, à l'hygiène et à la médecine légale. Il s'agit d'un mélange de deux substances très-répandues et d'une très-minime valeur vénale, le plâtre et le koaltar, résidu de la distillation des houilles, auquel les auteurs de la note ont reconnu la propriété de détruire immédiatement l'odeur qui s'exhale de la surface des plaies gangréneuses ou des ulcérations de mauvaise nature et des matières animales en putréfaction. On lira dans le compte rendu l'exposé succinct et clair que les auteurs ont fait eux-mêmes de leur découverte et des résultats de leurs expériences. Mais on nous saura gré sans doute de reproduire ici le sens, sinon le texte, de la communication de M. Velpeau. « Les résultats des expériences faites à la Charité, a-t-il dit après avoir exposé en peu de mots l'objet de la note, ont été très-favorables. Un vaste abcès de la cuisse, répandant une odeur affreuse, fut désinfecté en moins d'une minute; du sang putréfié, un paquet d'entrailles laissé plusieurs jours à l'amphithéâtre, un poumon, un foie, dont l'odeur était infecte, furent, par le même moyen, complétement désinfectés... Je sens, a-t-il ajouté, tout ce que cette présentation a de prématuré. De nombreuses expériences sont nécessaires, et il conviendrait qu'elles fussent répétées devant des chimistes ; mais en présence de l'utilité qu'une telle préparation, simple, peu coûteuse, point irritante, pourrait avoir pour les blessés des armées, j'ai pensé que l'Académie accueillerait favorablement l'appel que je fais en ce moment à des expériences immédiates, fussent-elles individuelles. »

Nous ajouterons que depuis la présentation de cette note à l'Académie, M. le docteur Demeaux a eu l'obligeance de nous rendre témoin de plusieurs expériences semblables à celles qu'il avait déjà faites devant M. Velpeau et les élèves de son service. Après nous avoir présenté des pièces de pansement retirées la veille d'une plaie cancéreuse, et qui exhalaient l'odeur caractéristique de cette sorte de produits morbides, il saupoudra du mélange désinfectant cet amalgame de compresses et de charpie sanieuse, et presque aussitôt l'odeur nauséabonde fut presque complétement dissipée ; on la sentait bien encore quelque peu, mais extrêmement affaiblie et dominée de beaucoup par l'odeur bitumineuse du mélange pulvérulent. L'épreuve faite en notre présence dans la salle des autopsies, nous a paru beaucoup plus décisive encore. Des portions de foie et de poumons, un estomac et un morceau de muscle, qui étaient en pleine décomposition et qui laissaient échapper une odeur suffocante, placés sur une table, furent saupoudrés et roulés dans le mélange désinfectant. Ils avaient perdu instantanément et presque complétement leur odeur. Enfin, M. Demeaux a pansé devant nous un jeune blessé entré la veille à l'hôpital, et qui avait eu sept ou huit jours auparavant un doigt écrasé par une machine. Ce doigt, presque entièrement dépouillé de ses parties molles, dont il ne restait que quelques débris adhérents aux os, exhalait une forte odeur gangréneuse. Il fut enveloppé par une sorte de cataplasme composé de la poudre en question réduite en pâte au moyen d'un peu d'huile. Ce pansement était fait samedi. Nous avons revu le malade ce matin, son doigt était comme momifié et n'avait pas la moindre odeur.

Nous exposerons prochainement quelques-uns des faits qui ont été recueillis par les internes de M. Velpeau, depuis le commencement de ces expériences, et nous tiendrons nos lecteurs au courant de celles qui pourront être faites ultérieurement. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Des phlégmasies chroniques de l'utérus.

Les inflammations chroniques de l'utérus constituent des maladies extrêmement fréquentes, et qui, depuis une trentaine d'années, ont été l'objet des travaux d'un grand nombre de médecins distingués. Cependant, que de points encore obscurs dans l'histoire de ces affections, et surtout quel vague règne encore dans leur étiologie ! Je viens aujourd'hui les aborder sous un point de vue particulier.

Les inflammations chroniques de l'utérus se traduisent, comme l'ont démontré les travaux les plus récents, par des lésions morbides identiques quant à leur nature, mais souvent complétement différentes par leur aspect. Telles sont en particulier :

1° Les inflammations du tissu du corps ou du tissu du col de l'utérus, inflammations accompagnées dans certains cas d'induration, dans d'autres de ramollissement, dans quelques-uns d'hypertrophie ;

2° Les inflammations catarrhales de la membrane muqueuse de la cavité du corps de l'utérus, et celles de la surface interne et de la surface externe du col ;

3° Les granulations ;

4° Les excoriations ;

5° Les ulcérations ;

6° Enfin, cette altération toute spéciale et de nature phlegmasique, qui siége sur la membrane muqueuse de l'intérieur de l'utérus, et à laquelle on a donné le nom de fongosités utérines.

Une observation faite déjà depuis longtemps a conduit à démontrer que toutes ces formes de phlegmasies étaient accompagnées, chez les femmes qui en étaient atteintes, d'une altération générale de la santé, altération portée quelquefois à un haut degré, paraissant alors dominer toute la scène et absorbant toute l'attention du malade comme celle du médecin.

Si on met de côté l'anémie qui peut être produite par les hémorrhagies utérines qui sont quelquefois le symptôme de ces affections, on ne saurait méconnaître que cet état morbide général a quelque chose de tout spécial et de tout caractéristique. Aussi a-t-il été généralement assez bien décrit par tous les médecins qui se sont occupés des maladies de l'utérus. Mais quel est le rôle et quelle est l'importance de cet état général ? Quelle est sa nature ? Caractérise-t-il un état morbide, une altération générale de la santé qui produit la phlegmasie utérine ? ou bien est-il au contraire la conséquence de cette dernière, et lui est-il entièrement subordonné ?

Ces questions sont encore tellement loin d'être résolues que les médecins sont partagés à peu près également entre ces deux opinions. Les uns considèrent la lésion locale comme toute la maladie, et ne s'occupent que d'elle, tandis que les autres, convaincus de l'importance et de l'influence étiologique de l'état général, ne se préoccupent que de lui et ne traitent que lui ; ils laissent complétement de côté l'état local.

Or, on conçoit que ces deux questions ne peuvent être toutes les deux vraies, puisqu'elles sont diamétralement opposées. Il est incontestable que de l'un des deux côtés il y a une erreur complète. Pour décider cette double question, il est indispensable de se livrer aux recherches suivantes :

1° Etudier avec soin l'état morbide général qui accompagne les phlegmasies chroniques de l'utérus ; en déterminer l'origine, les caractères, la nature et l'évolution.

2° Rechercher l'étiologie hygiénique ou morbide de cet état général, s'il est vrai qu'il précède le développement de ces phlegmasies utérines.

3° Déterminer avec soin les causes de ces mêmes phlegmasies, si l'étude précédente démontre que l'état général est entièrement subordonné à l'affection utérine qui l'a produite.

Cette étude, on ne saurait se le dissimuler, constitue une question autant étiologique que clinique ; mais elle comporte surtout la discussion approfondie de la nature des influences hygiéniques qui peuvent produire directement soit l'état général dont il s'agit, soit la lésion locale.

C'est ce qui m'a décidé à m'en occuper en m'appuyant surtout sur les données que pouvait me fournir d'une part l'analyse chimique, de l'autre l'étude étiologique et clinique.

Ce travail est le résultat de l'analyse étiologique et clinique de 50 malades admises dans mon service, et dont j'ai pu analyser le sang à l'instant de leur entrée. J'y joindrai le résultat de plusieurs autres séries de malades affectées de phlegmasies chroniques de l'utérus et dont le sang n'a pas été analysé.

Phlegmasies chroniques existant chez les 50 femmes qui ont servi à nos observations.

Les 50 femmes dont il s'agit étaient atteintes des lésions phlegmasiques suivantes, qui toutes étaient développées et intenses :

1° Métrite chronique avec granulations et catarrhe utérin intense.	12
2° Inflammation hypertrophique du col sans granulations ni ulcérations.	7
3° Inflammation chronique du col avec induration sans granulations	13
4° Même inflammation chronique avec déviation considérable.	4
5° Métrite chronique du corps sans lésion bien caractéristique du col	4
6° Métrite chronique du corps avec ramollissement.	1
7° Métrite chronique du corps et du col avec ramollissement.	3
8° Inflammation avec granulations et ulcérations, suite de vaginite.	3
9° Granulations très-nombreuses sur le col.	1
10° Inflammation catarrhale avec chancre sur le col. . . .	1
11° Métrite chronique avec phlegmon péri-utérin.	1
Total. . .	50

Toutes ces lésions étaient nettes, parfaitement développées, presque toujours assez intenses. Leur existence remontait à une époque assez éloignée. Elles se traduisaient par des phénomènes morbides locaux plus ou moins caractérisés : douleurs de diverse nature, écoulements plus ou moins abondants, aménorrhée ; tous ces symptômes étaient caractéristiques. Nous avons éliminé de ces 50 cas toutes les femmes atteintes de lésions phlegmasiques accompagnées d'hémorrhagies utérines. Toutes enfin étaient entrées à l'hôpital pour s'y faire traiter de l'affection utérine dont elles étaient atteintes et qui était assez caractérisée pour les avoir obligées de cesser leurs occupations habituelles.

Ces cinquante malades ne présentaient pas seulement ces accidents locaux. Il y avait chez toutes un état général plus ou moins caractérisé, plus ou moins tranché, et dont voici les traits principaux : les femmes présentent un certain degré de faiblesse ; elles ne sont plus capables de supporter les fatigues qu'elles toléraient parfaitement avant. Il survient un certain degré d'amaigrissement. La face particulièrement est amaigrie, tirée, fatiguée, plus pâle ; il en est de même de la peau du reste du corps. Les yeux présentent un léger cercle noir ; l'appétit est en général bizarre, plutôt diminué qu'augmenté. La langue, normale, se trouve rarement couverte d'un enduit blanc et saburral, que cependant on rencontre quelquefois au réveil. Il existe dans un grand nombre de cas des douleurs d'estomac, variant d'intensité, consistant quelquefois dans une simple pesanteur ; d'autres fois, dans des tiraillements qui aboutissent, dans l'un et l'autre cas, à une véritable gastralgie. L'existence de cette gastralgie est en pareil cas un fait à peu près constant. Elle s'y présente avec toutes les variétés de forme, d'aspect, de nature, de degré et d'intensité qui lui sont propres. Ces gastralgies sont cependant, en général, moins accentuées et moins intenses que dans la véritable chlorose.

Les digestions sont souvent irrégulières et incomplètes ; on observe quelquefois des entéralgies, moins fréquentes cependant que les gastralgies. Il y a quelquefois un développement anormal de gaz et du ballonnement ; il existe presque toujours en même temps une constipation opiniâtre, qui tient aussi bien à cet état général qu'à la lésion locale elle-même.

Les femmes présentaient souvent des palpitations qu'on voit se développer surtout sous l'influence des exercices fatigants, des mouvements violents, des émotions diverses.

L'auscultation permet de constater à la base du cœur, au premier temps, un bruit de souffle en général doux, qui se propage le long de la crosse de l'aorte et dans les deux carotides. Ce bruit de souffle carotidien est en général intermittent. Le bruit de souffle continu dans les vaisseaux du cou s'observe rarement en pareil cas ; l'anémie n'est pas assez intense pour qu'il se produise.

Le pouls est en général à l'état normal, et il ne se développe guère de fièvre que lorsque la maladie repasse momentanément à l'état aigu, ou bien lorsqu'il survient quelque complication.

Signalons enfin chez beaucoup de femmes atteintes d'inflammation chronique de l'utérus une impressionnabilité plus vive au

froid et le besoin de se couvrir davantage. Les sécrétions sont peu modifiées; les altérations qu'on observe du côté des urines sont la conséquence de l'action directe de la lésion locale, et il ne saurait en être question ici.

Il existe souvent des troubles nombreux et variés du système nerveux. C'est ainsi qu'on trouve fréquemment des céphalalgies, persistantes et rebelles, des migraines proprement dites; chez d'autres, ce sont des vertiges et des tintements d'oreilles. Les névroses de tous genres et les névralgies dans diverses parties du corps sont encore l'apanage des femmes atteintes de phlegmasies chroniques de l'utérus. Ces phénomènes nerveux augmentent en général d'intensité à l'approche et pendant la durée des règles. Quelquefois des phénomènes hystériques se manifestent spécialement à cette dernière époque.

Chacun des symptômes que nous venons de passer en revue acquiert quelquefois une intensité remarquable et une prédominance insolite.

Voici une statistique qui démontrera quelles ont été dans nos 50 cas ces prédominances :

La décoloration de la peau a été très-nette, très-tranchée et quelquefois intense dans 33 cas sur 50; dans 5, les joues présentaient cette couleur que l'on attribue avec raison à un appauvrissement spécial du sang, et que M. Andral a démontré n'être qu'une variété de la coloration de la face chez certaines chlorotiques. Dans 12 cas enfin les femmes ne présentaient qu'une légère pâleur ou s'éloignaient peu de l'état normal.

L'appétit était bon et parfaitement conservé chez 20 malades, diminué d'une manière notable chez 28, et augmenté chez 2 sur 50.

La soif a été augmentée d'une manière sensible, et pendant toute la maladie, dans 34 cas; elle est restée normale dans 16.

Une gastralgie bien caractérisée et souvent intense a existé dans 38 cas; dans les 12 autres, elle était peu caractérisée, ou consistait seulement en de simples tiraillements d'estomac.

Sur ces 50 femmes, 34 présentaient une constipation souvent très-forte, 13 des selles à peu près normales, 3 de la diarrhée qui revenait à plusieurs reprises et alternait avec de la constipation.

Le ballonnement du ventre n'a été bien notable que dans 5 cas.

Dans 23 cas sur 50, les palpitations étaient fréquentes et caractéristiques; dans les autres cas, elles étaient faibles, nulles, où ne se montraient que pendant la marche ou au moment de l'ascension des escaliers.

43 fois sur 50 il existait un bruit de souffle au premier temps du cœur, lequel souffle se prolongeait le long de la crosse de l'aorte et dans les carotides. Dans les 7 autres cas, les bruits du cœur étaient sonores et éclatants. Dans aucun cas, il n'y eut de souffle continu dans les vaisseaux du cou.

Chez 16 malades il existait une dyspnée assez notable, sans qu'il y eût cependant aucune lésion pulmonaire quelconque. Chez trois malades, il existait des signes de phthisie au premier degré.

Sur ces 50 cas, 33 fois les femmes accusaient une céphalalgie continuelle ou intermittente plus ou moins intense; 27 fois elles accusaient des vertiges ou des bourdonnements d'oreilles.

Les douleurs névralgiques se produisant sous forme de migraines se montrèrent dans 5 cas. Enfin, chez 2 malades, il y eut plutôt des phénomènes hystériques qu'une hystérie véritable.

Une analyse exacte de ces 50 observations nous permet, en outre, d'admettre les propositions suivantes comme parfaitement démontrées :

1° Cet ensemble de phénomènes morbides, d'après le récit des malades, a toujours suivi et n'a jamais précédé la lésion utérine locale. C'est toujours de cette dernière qu'elles se sont d'abord aperçues : c'est elle qui les a fatiguées, qui les a fait souffrir ; c'est à elle enfin qu'elles ont adressé leurs premiers soins. Ce n'est que plus tard qu'elles se sont aperçues de l'évolution des autres accidents et qu'ils ont commencé à les fatiguer. Sauf chez les trois femmes tuberculeuses au premier degré, il en a toujours été ainsi, c'est-à-dire que l'état morbide général était un fait consécutif à la lésion phlegmasique et ne l'ayant jamais précédée.

2° L'état morbide général était d'autant plus net et d'autant plus caractérisé que la lésion phlegmasique remontait à une époque plus éloignée.

3° Les symptômes généraux étaient d'autant plus caractérisés et d'autant plus nets que la lésion phlegmasique était elle-même plus intense et plus étendue.

Tels sont les caractères de cet état morbide général si net, si tranché, si analogue dans presque tous les cas, et qui, pour un médecin qui l'a étudié, ne permet pas en quelque sorte de méconnaître la cause pathologique qui l'a produit. Pour le caractériser davantage, mieux préciser sa nature et le définir, il fallait aller plus loin et analyser le sang de toutes les malades. C'est ce que j'ai pu faire dans ces 50 cas en ne leur tirant jamais que peu de sang, 100 grammes à peine ; quelquefois même on ne m'en procurait qu'à l'aide de quelques ventouses scarifiées, appliquées sur la région lombaire ou à la partie interne des cuisses. Voici le résultat de ces analyses.

(La suite au prochain numéro.)

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'EXTRACTION DES DENTS, les inconvénients de la clef de Garengeot, et la supériorité des nouveaux daviers anglais;

Par M. BYGRAVE, médecin dentiste à Paris (1).

L'art dentaire est une des branches de la pratique médico-chirurgicale qui, généralement, est le plus négligée par les hommes instruits et sérieux ; elle est si peu considérée que la législation actuellement en vigueur n'exige de celui qui veut exercer la profession de dentiste aucune garantie de capacité, aucune preuve d'études spéciales anatomiques, physiologiques ou chirurgicales ; rien, en un mot, qui témoigne de la connaissance même la plus élémentaire, soit de la structure et du développement des parties sur lesquelles il doit agir, soit des maladies qui peuvent les atteindre, soit enfin des moyens thérapeutiques qu'il faut leur appliquer.

De toutes les opérations que l'on pratique dans la bouche, l'extraction des dents est certainement celle qui se présente le plus souvent. Le plus ordinairement, elle n'exige qu'un peu d'adresse manuelle et une certaine habitude ; aussi les gens les plus ignorants ne craignent-ils pas de l'exécuter avec une merveilleuse assurance ; et, dans les hôpitaux, cette *besogne*, comme on l'appelle, n'est-elle confiée qu'à des élèves à peine commençants, ou même à des garçons d'amphithéâtre. Suivant nous, on a tort. Si simple et si facile dans la grande majorité des cas, l'extraction des dents est parfois suivie d'accidents plus ou moins graves. Dans des cas qui ne sont pas excessivement rares, elle présente des difficultés telles que le chirurgien le plus habile est contraint d'y renoncer plutôt que de courir le risque d'occasionner des désordres trop étendus.

Ces difficultés et ces accidents, les causes en sont presque exclusivement, dans l'immense majorité des cas, l'imperfection et l'insuffisance des instruments dont on fait usage encore aujourd'hui. Nous avons été surtout à même de le reconnaître et de le démontrer à un grand nombre de médecins dans une circonstance toute récente. Appelé il y a quelques mois à peine par un honorable chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, le docteur Morel-Lavallée, pour essayer un nouvel agent anesthésique local, l'électro-galvanisme, je me suis exclusivement servi, pour l'extraction des dents, des nouveaux daviers dits *daviers anglais*, et toutes les personnes présentes à ces expériences ont été frappées de la facilité et de la promptitude avec lesquelles cette opération était pratiquée. Ce qui nous a étonné, nous, ç'a été de voir que les instruments dont nous nous servions étaient presque inconnus de la plupart des praticiens. Tel est le motif qui nous a engagé à exposer ici en quelques mots les résultats de notre pratique et de notre expérience, non pas seulement aux dentistes, mais encore à bien des médecins qui, obligés par leur position dans les campagnes ou dans de petites localités de pratiquer l'extraction des dents, n'ont pu, en raison de leurs nombreuses occupations, se tenir au courant des progrès de l'odontotechnie et des perfectionnements apportés à cet art.

Peut-être aussi ces considérations ne seront-elles pas tout à fait inutiles aux commençants, aux élèves en médecine, dont l'éducation pratique est complétement nulle en ce qui touche l'art dentaire, et qui ne reçoivent pas de personnes habiles le moindre conseil pour tout ce qui se rapporte aux opérations si fréquentes dont la bouche doit être le siége.

Les daviers anglais sont les seuls instruments desquels, dans l'état actuel de la science, il semblerait qu'il fût permis de se servir pour l'extraction des dents, tant ils sont parfaits et tant ils rendent facile cette opération. Nous y reviendrons plus bas, et nous n'aurons pas de peine à établir, par un simple rapprochement, leur supériorité sur les anciens daviers, et surtout sur la clef de Garengeot. Mais, auparavant, qu'il nous soit permis de faire ressortir en quelques mots les inconvénients qui sont inhérents à l'emploi de ces deux espèces d'instruments. Cet exposé fera mieux comprendre les raisons qui nous déterminent, nous et presque tous les dentistes de l'Angleterre et de l'Amérique, à accorder la préférence à ces daviers.

Les mors des anciens daviers n'offrent qu'un seul type ; droits ou courbes, ils ne peuvent s'appliquer qu'à une seule espèce de dents, et ne conviennent qu'à l'extraction des dents temporaires. S'agit-il d'une dent de la seconde dentition tant soit peu cariée, quelle habitude le chirurgien ne doit-il pas avoir ? que d'adresse ne doit-il pas déployer ? Et que de précautions à prendre, de chacune desquelles l'excès est également nuisible ! Que l'on ne serre pas la dent, elle échappe à l'opérateur ; qu'on la serre, elle se brise. Par leur forme même, ces vieux instruments ne s'adaptent que très-imparfaitement à la couronne de la dent qu'ils sont destinés à extraire.

Il arrive souvent qu'une couronne trop renflée ne permet pas un rapprochement assez complet ; d'autre part, les côtes des cannelures n'exercent une pression suffisante que sur un point par trop limité ; en d'autres termes, la force nécessaire pour l'extraction, au lieu d'être uniformément répartie sur toute la surface à envelopper, se trouve concentrée sur un seul point. Ces quelques réflexions sont suffisantes pour faire comprendre que ces daviers sont d'un usage très-restreint ; rarement l'opérateur ose s'en servir pour l'extraction des petites molaires. Jamais il ne tentera d'en faire usage pour celle des grosses molaires, tant seraient grandes les chances d'insuccès.

Pour la clef de Garengeot, c'est certainement de tous les instruments odontotechniques celui qui a joui longtemps et qui jouit peut-être encore, surtout en France, de la plus grande popularité. A une puissance énorme, elle joint une simplicité qui, sans aucun doute, constitue son principal mérite. C'est en raison de cette simplicité, en raison de la facilité d'application à presque tous les cas qui en est la conséquence, que la clef de Garengeot a dû être pendant longtemps, pour la plupart des praticiens, le seul instrument auquel ils eussent recours.

Disons ici, tout d'abord, que nous blâmons cette préférence exclusive non-seulement pour la clef de Garengeot, qui ne la mérite en aucune façon, comme j'espère le démontrer, mais encore pour tout autre instrument qui n'offrirait que cet avantage tout au moins douteux d'une application générale. En effet, dans une opération soumise à des lois mécaniques, où tout doit être réglé par les circonstances diverses qui en réclament l'exécution, et où il faut, avant tout, avoir égard à la forme et à la position de la dent que l'on se propose d'extraire, nous ne saurions admettre qu'il puisse être indifférent d'employer tel ou tel instrument, et que le meilleur soit toujours celui dont on a la plus grande habitude, avec lequel on est le plus familier. Il est plus d'un cas où le chirurgien chercherait vainement à lutter contre une disposition anatomo-mécanique insolite; ici toute l'habileté possible serait impuissante à corriger les inconvénients d'un instrument mal approprié, et à lui donner les avantages dont il serait privé.

Nous avons dit que la clef de Garengeot joignait à une extrême simplicité une puissance très-considérable, puissance due au levier qu'elle représente. C'est de la réunion de ces deux précieuses qualités que dérive son danger le plus grand. Elle ne respecte rien, brise tous les obstacles, déchire tout ce qui se trouve exposé à sa pression brutale et inintelligente. Est-il besoin de rappeler les douleurs déterminées par la compression des gencives, la contusion subie par les parties molles au niveau du point d'appui, les abcès plus ou moins étendus qui en sont la conséquence ? Faut-il dire quel est le praticien qui n'ait été témoin de ces désordres? faut-il dire les fractures du bord alvéolaire qu'elle produit, et qui sont suivies quelquefois des plus déplorables déformations de la mâchoire, lorsque les dents voisines de la brèche osseuse, agrandie encore par l'absorption, se déchaussent et s'ébranlent, privées de leur point d'appui ? Faut-il enfin mentionner un accident plus rare, mais qui n'est pas sans exemple, la fracture du maxillaire inférieur après des efforts énormes de la part de l'opérateur ?

Si nous ajoutons que la clef de Garengeot est, dans un grand nombre de cas, d'une insuffisance reconnue, que bien souvent, après avoir luxé la dent, l'opérateur doit encore, malgré la douleur et l'effroi du malade, terminer l'opération avec une pince quelconque, nous nous demanderons comment il peut se faire qu'un instrument de ce genre ait joui d'une si grande vogue pendant aussi longtemps, et nous ne trouverons la cause de son succès que dans l'imperfection des anciens daviers, et dans la difficulté de leur maniement.

L'introduction dans la pratique de l'instrument que l'on a désigné sous le nom de *davier anglais* a produit en odontotechnie une véritable révolution. Il offre sur les anciens des avantages immenses et incontestables, et n'expose les patients à aucune des nombreuses chances d'insuccès et d'accidents qu'ils avaient si fréquemment à courir, et la raison en est bien simple. Le davier anglais ne prend son point d'appui ni sur les dents voisines de celle qui doit être extraite, ni sur les parties molles environnantes, ni enfin sur les parties dures, c'est-à-dire sur l'os maxillaire. En conséquence, les gencives et les bords alvéolaires sont toujours respectés et intacts. C'est sur la dent elle-même, et sur elle seule, qu'agissent les pinces de ce davier ; elles la saisissent par une grande surface, et cette disposition, en empêchant le déplacement de l'instrument dans la manœuvre opératoire, donne au praticien plus de précision dans l'application et plus de force dans l'action. Nous allons, en indiquant son mode d'action, essayer de décrire le davier anglais d'une manière aussi nette et aussi exacte que possible.

Disons d'abord que chaque catégorie de dents exige un instrument particulier. Le même ne saurait être employé pour les deux mâchoires, et il arrive même souvent qu'il existe des différences nécessaires entre celui du côté droit et celui du côté gauche.

Tous les daviers anglais sont construits sur un type uniforme analogue; ils ne présentent entre eux que des différences de détail bornées à la terminaison des mors, et nécessitées par les formes diverses des dents sur lesquelles ces mors doivent se mouler en quelque sorte, et se moulent en effet avec une précision remarquable. Ces différences, sur lesquelles nous allons revenir plus bas, quoique très-importantes, ne suffisent pas pour altérer la forme typique générale de l'instrument dont nous allons d'abord faire la description.

Comme le davier ancien, le davier anglais se compose de deux branches en acier, de 17 ou 18 centimètres de longueur, articu-

(1) Bien qu'au premier abord le sujet traité dans cet article paraisse s'écarter un peu des travaux ordinaires que publie la *Gazette des Hôpitaux*, nous rappellerons que des chirurgiens éminents n'ont pas dédaigné de s'occuper des opérations qui se pratiquent sur les dents, et qu'un chapitre entier de la *Médecine opératoire* de Lisfranc leur est consacré.

(Note de la Rédaction.)

lées entre elles près de l'une de leurs extrémités, et terminées de ce côté par des *mâchoires* ou *mors*, dont la longueur ne dépasse pas 3 ou 4 centimètres. La forme de ces branches présente de légères courbures, qui varient suivant les besoins de la pratique; enfin, elles sont plus ou moins fortes suivant le volume des dents auxquelles elles sont destinées. — Pour les mors, fortement creusés en gouttières, dépourvus des cannelures transversales que présentaient les anciens daviers, ils s'appliquent exactement sur la dent à extraire; comme les mors des deux branches opposées ne peuvent jamais se trouver en contact immédiat, ils laissent toujours entre eux un intervalle déterminé, dont la circonférence s'adapte aux contours irréguliers de l'ostéide, dans le point de réunion du collet et de la couronne.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 juillet 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Sur la désinfection et le pansement des plaies. — M. VELPEAU présente, au nom de MM. Demeaux, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, et Corne (Edmond), médecin vétérinaire de l'école d'Alfort, la note suivante :

Nous avons l'honneur de soumettre à l'Académie des sciences les résultats des expériences nombreuses et variées, faites en commun, d'abord dans la pratique privée de M. le docteur Demeaux, répétées ensuite également en commun à l'hôpital de la Charité dans les salles de M. le professeur Velpeau.

Nous nous bornerons à formuler en propositions les faits, qui, pour la plupart d'ailleurs, ont été constatés par l'illustre professeur de la Charité et par les nombreux élèves et médecins qui suivent habituellement ses leçons.

1° Une plaie gangréneuse fournissant une suppuration abondante et fétide, soumise à ce mode de pansement, est à l'instant même débarrassée de toute odeur désagréable ;

2° Après un laps de temps de vingt-quatre et même de trente-six heures, les pièces d'appareil d'une plaie de mauvaise nature n'exhalent pas plus d'odeur qu'un appareil de fracture simple ;

3° Un cancer ulcéré, produisant une suppuration ichoreuse, avec cette fétidité qui lui est propre, soumis à ce mode de pansement, est à l'instant même et pendant tout le temps que l'appareil reste en place, dépourvu d'odeur;

4° Les ulcères des jambes, soumis à ce pansement, sont également dépourvus d'odeur;

5° Des pièces d'appareil de pansement, des linges imbibés de pus fétide, des cataplasmes imprégnés de suppuration, mis en contact avec la substance désinfectante, perdent immédiatement toute odeur désagréable;

6° Des liquides infects, des produits de gangrène, des caillots de sang décomposé, des tissus sphacélés, des débris de cadavres dans un état de putréfaction très-avancée, traités par ce mode, sont à l'instant même désinfectés.

L'action de la substance désinfectante semble arrêter le travail de décomposition ; elle éloigne les insectes, et prévient sûrement la production des vers.

Nous devons ajouter que ce procédé peut recevoir un grand nombre d'autres applications, que nous ne mentionnons pas ici.

Ces résultats vraiment merveilleux sont obtenus à l'aide de moyens simples, d'un emploi facile, et avec des substances qu'on trouve partout et à bas prix.

La matière désinfectante, toute préparée, coûterait, à Paris, un franc environ les 50 kilogrammes ; c'est une poudre de couleur grisâtre, plus ou moins foncée suivant la pureté des matières premières, et aussi suivant les proportions de l'une d'elles, exhalant une légère odeur bitumineuse ; elle est composée comme suit :

Plâtre du commerce en poudre.	100 kilogr.
Koaltar (produit de distillation de la houille).	1 à 3 kilogr.

Le mélange de ces deux substances s'opère avec une grande facilité, soit à l'aide d'une matière, soit par tout moyen mécanique approprié à ce but.

L'application de cette substance au pansement des plaies nécessite une préparation particulière que nous devons signaler.

En délayant avec de l'huile d'olive une certaine quantité de poudre préparée d'après la formule ci-dessus, on obtient un produit dont la consistance, qui est celle d'une pâte, d'une pommade, d'un onguent, reste la même presque indéfiniment tant qu'elle est déposée dans un vase ; ce mélange a une couleur brune, foncée, et une odeur un peu bitumineuse.

L'huile lie la poudre sans la dissoudre, de telle sorte que le nouveau produit, par l'élimination graduelle de l'huile, n'en conserve pas moins la propriété d'absorber le pus, dès qu'il se trouve mis en contact avec une plaie qui suppure.

La consistance qu'acquièrent soit la poudre employée en nature, soit la pommade ci-dessus, n'est jamais telle qu'elle puisse causer au malade la moindre gêne, à la plaie le moindre accident.

L'application peut être médiate ou immédiate, suivant les cas, suivant le but qu'on veut atteindre. L'application immédiate sur les plaies ne produit aucune douleur, elle a même une action détersive, une influence favorable à la cicatrisation.

Ce mode de pansement a la double propriété de désinfecter le pus et les autres produits morbides, et de les absorber ; cette dernière circonstance est d'une importance majeure, car elle dispense de charpie.

Nous avons la ferme conviction que cette application à la chirurgie d'une découverte déjà faite depuis plusieurs mois est destinée à rendre de grands services à l'humanité, et que non seulement la thérapeutique chirurgicale, mais encore l'hygiène publique et privée, l'anatomie normale et pathologique, la médecine légale, en retireront d'immenses avantages.

Enfin, dans les circonstances présentes, les malheureux blessés de notre vaillante armée d'Italie seraient préservés de l'influence funeste de la température et de l'encombrement, par l'emploi immédiat des moyens ci-dessus énoncés. (Commissaires : MM. Velpeau, Chevreul et J. Cloquet.)

Rhinocéphale humain. — M. H. LAFORGUE (de Toulouse), adresse une note sur un rhinocéphale humain, né dans cette ville. Le rhinocéphale qui fait le sujet de cette observation est né avant terme, en août 1858, à Toulouse, de parents bien conformés. Il est du sexe féminin et n'a donné aucun signe de vie.

Sur le milieu de la face, dépourvue de nez, existe un œil largement ouvert ; au-dessous de cet œil est une large surface cutanée qui sépare la bouche de l'œil. Le crâne a une forme conique, resserrée sur les tempes et dans les régions temporo-maxillaires ; le sommet est recouvert de cheveux épais et noirs. L'œil unique est ovalaire : il est recouvert par deux paupières dont la conformation montre qu'elles sont formées par la fusion de deux paupières supérieures et de deux paupières inférieures réunies à angle obtus à la partie moyenne, ce qui donne à l'ouverture palpébrale la forme d'un losange à angle obtus. L'orbite renferme les rudiments de deux yeux contenus dans une seule conjonctive. Les parties constituantes des globes oculaires ne peuvent être distinguées : elles sont confondues entre elles et ressemblent à un double corps gélatineux où la membrane choroïde seule est reconnaissable. Les sourcils n'existent pas au-dessus de l'œil unique. Sur les côtés de l'orbite, à droite et à gauche, la peau offre une teinte brunâtre qui correspond aux régions sourcilières.

La trompe est un appendice rond, mobile, adhérent à la partie moyenne et supérieure de l'orbite, plus gros à l'extrémité libre qu'à l'extrémité adhérente. Elle a 25 millimètres de longueur. Cet appendice est recouvert par la peau. Au centre de son extrémité libre existe une ouverture conduisant dans un canal creusé dans l'intérieur de la trompe. Ce canal, très-étroit, est fermé par une muqueuse. On trouve dans le bord libre un cercle cartilagineux : un petit cartilage existe aussi à l'extrémité adhérente. Ces divers tissus sont évidemment les rudiments du nez atrophié et séparé des fosses nasales qui manquent. A l'extérieur, la partie qui devrait être occupée par les fosses nasales et le nez est plane et recouverte par la peau de la face. L'absence du nez autant que l'existence d'un œil médian donnent à la conformation de la face cet aspect extraordinaire et étrange que présentent les monstres cyclocéphaliens.

Je crois devoir noter encore les particularités anatomiques suivantes :

1° La forme du crâne, aplati d'avant en arrière. Le frontal et l'occipital droits et dirigés presque verticalement ; le frontal ne présentant plus de trace de la suture médiane dans sa moitié inférieure.

2° La forme et la situation de l'orbite unique. Cette large cavité ovalaire occupe la moitié de la face ; sa circonférence est formée supérieurement par le frontal unique; latéralement par les os malaires très-écartés l'un de l'autre, et inférieurement par les apophyses orbitaires des os maxillaires qui se réunissent sur la partie moyenne. Le sphénoïde forme la paroi postérieure de l'orbite ; il présente les deux trous orbitaires. L'ethmoïde et les os unguis n'existent pas.

3° L'absence complète des parties osseuses qui forment les fosses nasales, telles que vomer, cornets, apophyses maxillaires....

4° La disposition de la mâchoire supérieure, rétrécie et dont les deux maxillaires sont soudés intimement.

5° Enfin la saillie formée par le maxillaire inférieur qui proémine fortement au-devant de la mâchoire supérieure. (Commissaire, M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 6 juillet 1859. — Présidence de M. DEGUISE fils.

Fin du rapport de M. Morel-Lavallée.

(Traitement des fractures des mâchoires par l'appareil en gutta-percha.)

Un cuirassier reçoit dans le dos une ruade qui l'envoie tomber la face contre un mur. La mâchoire inférieure est fracturée verticalement entre l'incisive droite et la canine. La cassure est simple, sans déplacement, sans plaie, sans contusion extérieures. L'aide-major, M. Corne, qui vous a soumis cette observation, fait la ligature des dents avec un fil ciré, et applique une mentonnière. Deux jours après, ce fil est remplacé par un fil métallique, et la mentonnière par une fronde.

Le soir il y a des frissons et un gonflement douloureux à la région maxillaire.

Le lendemain, le fil métallique se rompt et un déplacement considérable se produit suivant la hauteur et l'épaisseur de l'os.

M. Corne fait alors fabriquer une machine qui se compose :

» 1° D'une gouttière métallique, buccale, de forme parabolique, » destinée à s'appliquer sur les dents voisines de la fracture;

» 2° D'une plaque métallique mentonnière, concave et parabolique ;

» 3° De deux tiges en fer soudées à la gouttière buccale, contournées » pour loger la lèvre inférieure, et descendant ensuite verticalement » pour être reçues dans deux pitons qui font corps avec la plaque inférieure ; deux écrous adaptés à ces tiges au-dessous des pitons, per» mettent de rapprocher ou d'éloigner à volonté les deux plaques, » dont l'action est identique avec celle des doigts pendant la réduction. »

Au bout de deux jours, cette machine se déplace dans une quinte de toux, en luxant deux incisives. Les rapports vicieux des fragments n'ont pas changé, et le phlegmon sous-maxillaire a augmenté. Le lendemain on supprime la machine, et on ouvre l'abcès. Une autre collection purulente, qui s'est formée au niveau de l'os hyoïde, est également ouverte le jour suivant.

Le quatorzième jour de l'accident, la suppuration était tarie, mais le déplacement persistait. Vous pourrez juger de l'embarras du chirurgien par les lignes suivantes, que nous transcrivons :

» Après l'impuissance des moyens consécutivement employés, après » la luxation de deux dents et l'ébranlement des autres, après la com» plication d'un vaste abcès sous-maxillaire, j'étais bien décidé à tem» poriser, lorsque la *Gazette des Hôpitaux* m'apporta l'histoire d'un cas » analogue présenté par M. Morel-Lavallée à la Société de chirurgie, » et guéri avec l'appareil de gutta-percha. Je me mets immédiate» ment à l'œuvre, et je suis assez heureux pour réussir au delà de » mon espoir. »

Pendant l'application et la réfrigération de la gutta-percha, les fragments furent maintenus à l'aide d'un petit levier qui prenait son point d'appui sur l'arcade dentaire supérieure. Le moule fut ensuite assujetti avec l'appareil métallique, qui avait été d'abord employé seul et avec un si fâcheux résultat. Aussitôt le malade mange et parle facilement. En quinze jours, la réunion est presque complétement effectuée et d'une parfaite régularité, et les dents sont consolidées ; ce n'est que par excès de précaution qu'on garde encore quinze jours le malade à l'hôpital, dont il sort sans conserver aucun vestige de sa fracture.

Ainsi voilà une fracture primitivement simple et bientôt très-gravement compliquée, qui résiste à toute une série d'appareils. Peut-être même plusieurs de ces moyens, comme le fil et la gouttière métalliques, devraient-ils être accusés d'avoir contribué au développement des accidents. Et cette fracture si rebelle cède en quelque sorte d'elle-même au moule de gutta-percha.

Cette observation est trop instructive pour que la Société ne désire pas l'entendre dans tous ses détails.

Fracture verticale de la mâchoire inférieure ; abcès phlegmoneux consécutif ; déplacement opiniâtre. Emploi de la gutta-percha le treizième jour. Guérison rapide.

S... est un cuirassier du 10e régiment, d'une bonne constitution, né dans les montagnes de la Drôme. Le 30 juin, il est surpris derrière le dos par un coup de pied de cheval, qui le renverse la tête au pied d'un mur. Perte de connaissance pendant quelques instants ; hébétude et crachements sanguinolents.

Transporté de suite à l'hôpital, il présente un peu de lenteur et de dépression du pouls, quelques traces de contusions en avant de la poitrine, et rien dans la région dorsale, où le jarret du cheval a plutôt agi que le sabot. Crachements sanguins et vermeils, obtusion des sens, douleur suite d'une contusion violente à l'angle gauche de la mâchoire et sous l'apophyse mastoïde. Il n'existe pas de déformation de la face, et l'examen de l'intérieur de la poitrine ne révèle qu'un peu de râle muqueux.

L'intérieur de la bouche est exploré avec soin, et je reconnais une petite déchirure des gencives, entre les canines droites et les incisives ; je me trouve alors sur la voie d'une fracture dont le trait passe en haut entre les canines et les incisives, et s'étend verticalement en bas. Pas de contusion aux téguments, pas de déplacement ; simple motilité avec crépitation. L'hémorrhagie est fournie par l'artère dentaire et n'offre pas de gravité.

J'attache les dents voisines avec un fort fil ciré, et je place une mentonnière en prescrivant des fomentations froides renouvelées. Le soir, un peu de céphalalgie, le pouls s'est relevé. — Saignée de 400 grammes, fomentations froides.

Le 1er juillet, l'hébétude a un peu diminué, le pouls est bon, pas de déplacement, crachats sanguinolents. Cet état si simple va être de courte durée, grâce à l'inintelligence et à l'indocilité du malade, qui ne supporte ni fomentations ni bandages, et qui est de plus porteur d'un catarrhe bronchique ; il parle, tousse et crache sans la moindre précaution.

Le 2, le fil de lin est remplacé par un fil métallique, et la mentonnière par une fronde ouatée et gommée. — Diète, infusion pectorale, potion opiacée.

Le 3. Hier soir, le malade a éprouvé un frisson ; même tuméfaction à l'angle gauche de la mâchoire avec douleur aiguë, crachats sanguinolents ; un peu d'œdème de la face et d'empâtement sous-maxillaire. — Lait, infusion pectorale, potion opiacée.

Le 4, déplacement vertical, rupture du fil métallique, céphalalgie, chaleur fébrile. — Frictions mercurielles et cataplasme émollient sous la mâchoire.

Le 5, insomnie, déplacement vertical antéro-postérieur considérable. Le fragment droit est porté en haut et en dehors par l'action des muscles temporal, masséter et ptérygoïdien ; le fragment gauche est porté en bas par le peaucier, l'omo-hyoïdien et les génio-hyoïdiens. Après réduction, j'applique avec succès l'appareil suivant, et les fragments restent parfaitement en rapport.

Il se compose :

1° D'une gouttière métallique buccale de forme parabolique, qui s'applique sur les dents voisines de la fracture ;

2° D'une plaque métallique mentonnière, concave et parabolique ;

3° De deux tiges en fer soudées à la gouttière buccale, contournées pour loger la lèvre inférieure, et descendant ensuite verticalement pour être reçues dans deux pitons qui font corps avec la plaque inférieure. Deux écrous à vis, adaptés à ces tiges au-dessous des pitons, permettent de rapprocher ou d'éloigner à volonté les deux plaques, dont l'action est identique à celle des doigts de l'opérateur pendant la réduction.

Le 6, crachats sanieux, gêne pour parler et pour boire ; douleur et tuméfaction sous-maxillaire. La tuméfaction et la douleur de l'angle gauche de la mâchoire ont disparu, l'œdème de la face persiste. — Lait, infusion pectorale, potion opiacée, lavement laxatif.

Le 7, en toussant avec fracas, le malade a déplacé l'appareil dans la nuit, et deux incisives sont luxées. Céphalalgie, crachats sanieux ; le gonflement sous-maxillaire a augmenté, et le déplacement est considérable. — Diète, infusion pectorale, cataplasmes et onctions mercurielles, potion opiacée.

Le 8, ponctions au niveau de la glande sous-maxillaire et écoulement d'environ 48 grammes de pus louable. — Même pansement, suppression d'appareil.

Le 9, fluctuation entre l'os hyoïde et le menton ; évacuation d'environ 30 grammes de pus par une seconde ponction ; crachats sanieux et purulents ; même déplacement. — Pansement simple.

Le 10, physionomie bonne ; l'œdème de la face a disparu ; le phlegmon sous-maxillaire s'affaisse et ne fournit que peu de pus. — On alimente le malade avec du lait, du bouillon et des panades.

Le 11, état général satisfaisant; la suppuration est tarie, mais le déplacement reste le même. — Pansement simple ; lait et panade ; infusion pectorale ; potion opiacée.

Le 12, sommeil bon ; pouls normal, et appétit.

Devant l'impuissance des moyens constitutifs employés, après la luxation de deux dents, conservées en place, et le peu de solidité des

autres; après la complication d'un vaste abcès sous-maxillaire, j'étais bien décidé à temporiser jusqu'à une amélioration plus complète, me réservant d'agir assez à temps sur le cal provisoire, pour obtenir l'affrontement des fragments.

Le 13, pendant ce temps la *Gazette des Hôpitaux* du 10 juillet, rendant compte d'une séance de la Société de chirurgie, publiait un cas analogue de fracture de la mâchoire inférieure, que M. Morel-Lavallée avait contenue et guérie en employant la gutta-percha. Je me mets à l'œuvre et je suis assez heureux pour réussir au delà de mon espoir.

Je ne reviendrai pas sur le déplacement qui a eu lieu suivant la hauteur verticalement, et suivant l'épaisseur d'avant en arrière. La réduction est possible; elle s'exécute très-facilement.

Le fragment gauche est immobilisé par l'interposition d'un morceau de liége entre les grosses molaires de ce côté. Un bâtonnet, long de 30 centimètres, épais de 3, est introduit, en écartant la commissure labiale droite, entre les grosses molaires de ce côté. Avec ce levier, dont le point d'appui est à l'extrémité qui porte sur les molaires supérieures, et la puissance à l'autre bout, dans la main de l'opérateur, on obtient par un simple mouvement d'abaissement de la main et de rotation en dedans, le rapprochement de la résistance, à savoir, le fragment droit, qui vient au-devant du fragment du côté gauche.

Un aide répète le mouvement et est chargé de la coaptation. J'applique alors sur l'arcade dentaire, au siége de la fracture, une bandelette de gutta-percha, de forme parabolique, longue de 5 centimètres, épaisse de 12 millimètres. Préalablement ramollie dans l'eau chaude, il m'est facile de la mouler sur les dents avec les doigts, tandis que les pouces font opposition sous le bord inférieur de la mâchoire. Des injections d'eau froide consolident suffisamment ce moule pour qu'il me soit facile de le retirer sans déformation. Six dents s'y trouvent nettement incrustées, dans un rapport parfait avec l'arcade alvéolaire.

Je taille et je façonne ce petit appareil avant de le remettre en place; alors je l'assujettis avec mon premier appareil métallique. Rien de plus harmonieux : exactitude de la contention, solidité, liberté des fonctions, tout y est réuni. La figure a repris ses traits et sa physionomie normale : le malade mange le même jour du pain et des aliments féculents.

Le 14, bon sommeil; je m'assure que tout est en place. Par précaution, j'applique en mentonnière une bande que je croise sur le front, et dont les tours sont gommés avec soin. — Demi-portion de pain et de légumes, vin pour boisson.

Le 15, le bandage est solidifié avec la gomme. L'appareil en gutta-percha est resté en place, le malade mange et parle librement.

Du 16 au 31, la physionomie du malade et son état général restent satisfaisants, et il s'alimente facilement; deux ou trois fois seulement il s'est plaint pendant la nuit de quelques douleurs au siége de la fracture. L'empâtement sous-maxillaire diminue chaque jour; on a soin de resserrer un peu les écrous.

Le 1er août, levée de l'appareil; le moule en gutta-percha est intact, sans odeur ni déformation. Les dents sont de niveau; pas de déplacement suivant l'épaisseur; légère tumeur verticale sur le siége de la fracture, formée par le cal provisoire. Les dents luxées ont repris leurs rapports et leur solidité : par l'action opposée des doigts sur les fragments, on constate un peu de mobilité par suite de la mollesse du cal. L'appareil est nettoyé et replacé.

Le 10 août, après une période de dix jours passés sans gêne ni souffrance, l'appareil est de nouveau enlevé. Le cal a pris de la solidité, et la tumeur qu'il formait en avant est aplatie; l'affrontement des fragments est parfait. On substitue à l'appareil une mentonnière gommée que le malade conserve par prudence jusqu'au 17 août, jour de sa sortie de l'hôpital.

Les réflexions se pressent en foule devant ce cas; énumérons les principales:

L'absence de lésion sur le siége de la fracture, la violente contusion qui a agi à l'angle gauche de la mâchoire inférieure, portent naturellement à croire que cette fracture a eu lieu par contre-coup, sans doute par excès de courbure imprimée à l'os.

L'état simple au début est bientôt suivi de complications redoutables : déplacement opiniâtre, abcès phlegmoneux sous-maxillaire dans lequel baignent les fragments, gêne de la déglutition et de la parole; tous accidents qui s'expliquent par l'indocilité du malade, par la direction verticale de la fracture, par les tiraillements opposés que des muscles vigoureux impriment aux fragments, enfin par une incessante mobilité de ceux-ci qui relève du besoin de respirer, de boire et de cracher.

Rien de surprenant de voir échouer la patience et les soins du chirurgien; aussi je me félicite, après avoir traversé de telles complications, à l'instant sans doute où d'autres se prépareraient, d'en avoir triomphé, et je cède volontiers au désir d'exposer le procédé qui m'a réussi, afin d'éviter à quelque confrère les angoisses que j'ai subies.

Rien de plus simple que la réduction et la coaptation en se servant d'un bâtonnet pour levier tandis qu'on prend l'empreinte en gutta-percha : le moule dentaire s'obtient sans effort, et avec une exactitude que mesure la coaptation.

La construction des plaques et de l'appareil métallique qui doit compléter le pansement, lui donner fixité et solidité, offre bien d'autres difficultés. On peut en juger par les moyens qui sont restés dans les livres, appareils de Rudenich, de Bush, de Housetot, etc., tous bien imparfaits et dont l'efficacité est bien conjecturale.

Celui que j'ai employé réclame sans doute un ouvrier intelligent, mais il est aussi simple de conception que précis et commode dans son application..

Après vingt-huit jours de son application, la solidité du cal permettait de le supprimer, et l'harmonie des fragments ne laissait rien à désirer : les deux incisives luxées avaient repris leur place et leur solidité englobées dans le cal.

Aucun phénomène nerveux ne s'est manifesté ni directement dans le filet dentaire du trijumeau, ni sympathiquement dans ses branches principales; aussi sensibilité générale de la face et spéciale des sens, tout est resté à l'état normal.

— Le mémoire sur l'appareil en gutta-percha étant entre les mains d'une commission académique, ce nouveau moyen de traitement n'a pu recevoir encore une publicité suffisante. De là, pour les chirurgiens qui veulent bien l'employer, quelques tâtonnements, et même parfois l'omission des règles fondamentales de son application. Si la Société veut bien me le permettre, je vais rappeler brièvement ces règles.

1° La réduction faite, elle doit être *maintenue momentanément*, en quelque sorte prolongée pendant les dix minutes qu'exige la solidification de l'appareil.

Il fallait trouver, pour cette contention momentanée, un artifice qui laissât libre et à découvert l'extrémité des fragments qui allaient recevoir la gutta-percha. Les doigts ne peuvent agir sur les fragments qu'en y prenant la place du moule, et ils en rendraient la pose impossible. Force est donc de renoncer à ces pinces intelligentes, que trop souvent ailleurs rien ne peut suppléer. Ici — cela ressemble presque à un paradoxe — il y a au moins deux moyens plus commodes et plus sûrs que les doigts. Le déplacement le plus opiniâtre, le plus important, est celui qui se fait d'avant en arrière, selon l'épaisseur. Pour m'en rendre maître, j'ai d'abord jeté une anse de fil très-fort autour de la dent ou des dents implantées dans l'extrémité du fragment, qui, après la réduction, conserve de la tendance à se reporter en arrière. Les deux bonts de l'anse, ramenés au dehors, sont réunis et enroulés sur le milieu d'un bâtonnet. Ce bâtonnet est confié à un aide chargé, par des tractions autant que possible uniformes, de retenir et d'immobiliser le fragment. Ce fragment se porte-t-il en même temps en haut, les tractions exercées sur l'anse de fil, au lieu d'être horizontales, seront obliques en bas, etc.

C'est un moyen qui non-seulement assure la coaptation, mais qui sert encore quelquefois à compléter la réduction, quand les doigts seuls y échoueraient.

Malgré la difficulté d'obtenir, même pour un temps très-court, une traction uniforme, ce procédé réussit; mais le suivant est bien préférable. Il consiste en une anse de fil de fer recuit jetée autour des mêmes dents, et dont on réunit en avant les extrémités en les tordant ensemble avec une pince. Les fragments sont ainsi serrés l'un contre l'autre, et maintenus avec une parfaite exactitude. Quelquefois, afin d'avoir une coaptation et une contention régulières, j'ai dû passer le fil entre plusieurs dents successives, comme dans une sorte de treillage, — pour toujours en réunir par torsion les extrémités en avant.

2° Maintenant on procède tout à son aise à la *confection* et à la *pose du moule*. Une tranche de gutta-percha, d'environ 5 centimètres de long et de 2 centimètres de côté, est jetée dans de l'eau à 80°. Elle est bientôt amenée à la consistance du mastic de vitrier; par une compression rapide, on donne la forme d'un cône à ses deux extrémités, afin qu'elles puissent s'engager plus facilement entre les arcades dentaires. On arque légèrement la tranche, et on la pose sur l'os fracturé. Tandis qu'avec les deux pouces on soutient le menton, avec les autres doigts, les deux index surtout, on presse de haut en bas sur la tranche — également, régulièrement, — jusqu'à ce qu'ils sentent la couronne des dents et n'en soient plus séparés que par une couche mince. On rapproche les deux mâchoires, et l'on fait sur le moule des injections d'eau frappée, ou bien, si le blessé est intelligent, il aspire l'eau à l'aide d'un tube et en dirige le courant sur l'appareil. Dans les deux cas, quelques morceaux de glace introduits dans la bouche hâtent la réfrigération.

En quelques minutes, la gutta-percha a repris toute sa solidité. Alors le moule est enlevé, l'anse de fil coupée et retirée. On façonne le moule avec un couteau, en ne lui laissant que le volume nécessaire à sa résistance.

Enfin, la fracture est de nouveau réduite avec les doigts, ou, s'il le faut, à l'aide de l'anse de fil de chanvre dont les bouts sont enroulés sur un bâtonnet, et on replace le moule, — toujours avec facilité. On appuie dessus avec une certaine force; les dents s'engagent et sont serrées dans ses alvéoles. Il tient ainsi, en général, et maintient la fracture de manière à permettre la parole et la mastication sans se déranger, et cela souvent dès le premier jour.

3° Lorsque le déplacement *en haut* est opiniâtre, il se peut, mais c'est extrêmement rare, qu'on ait besoin d'ajouter un ressort au moule. Ce ressort consiste en une mince lame d'acier, dont l'extrémité buccale s'adapte à la face supérieure du moule, où il s'implante par de petites pointes très-courtes, se recourbe sur la lèvre correspondante, et va, par une pelote concave et rembourrée, s'appuyer sous le menton pour la fracture de la mâchoire inférieure, à l'occiput pour celle de la mâchoire supérieure.

Depuis longtemps, dans les cas les plus difficiles, le moule a pu se passer de cet auxiliaire. Du reste, s'il ôte à l'appareil un peu de sa simplicité, il ne gêne ni la parole ni la mastication.

Peut-être se rencontrera-t-il des cas où, bien qu'indiqué, ce ressort serait inapplicable : par exemple des fractures du maxillaire inférieur compliquées d'une lésion très douloureuse des parties molles du menton, contusion, plaie, inflammation; il est évident qu'alors la pelote sous-mentale ne saurait être même posée.

Pour ces cas, s'il s'en présente, je tiens en réserve un autre moyen. Si je ne me trompe, la ligature des dents n'est dangereuse que parce qu'elle porte non pas sur les dents, mais sur les gencives et sur l'os. Il faut donc l'empêcher de glisser sur le collet de la dent. Coiffer la couronne de la dent ou des dents qui de chaque côté confinent à la fracture avec un capuchon métallique assez mince pour s'engager dans les interstices dentaires, et auquel serait attaché en avant un fil métallique recuit; la réduction faite, tordre ensemble les fils des deux capuchons, qui serreraient ainsi les fragments l'un contre l'autre et les maintiendraient : tel est le procédé que j'essayerais.

Le fil pourrait être remplacé par deux ressorts à boudin, l'un en avant, l'autre en arrière. Deux fils métalliques placés de même et munis de petites vis de rappel seraient sans doute encore préférables; c'est ce que l'expérience seule peut décider. Il y aurait encore une certaine ligature en clissage, faite de façon à empêcher le fil de toucher la gencive; j'y reviendrai plus tard.

Je ne sais si je dois avoir l'occasion d'employer ces appareils, le moule seul comptant autant de succès que d'applications.

En résumé :

1° Au point de vue de la question thérapeutique, il me paraît établi par les faits mêmes qui viennent de vous être soumis que les fractures les plus simples, comme les plus graves, des maxillaires, réclament également l'appareil de gutta-percha;

2° En ce qui concerne le mérite des travaux qui font l'objet de ce rapport, vous avez pu vous convaincre que tous sont dignes d'éloges.

En conséquence, nous vous proposons :

1° D'adresser aux auteurs les remercîments de la Société (adopté);

2° De pubier leurs observations dans votre *Bulletin*; celles de MM. Lhonneur et Corne en entier, celles de MM. Foucher et Beaupoil en extrait. (Adopté).

La Société décide ensuite que le rapport de M. Morel-Lavallée sera inséré dans les *Bulletins*.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

Fistule de la parotide. — **M. CHASSAIGNAC** montre un malade affecté d'une fistule de la parotide, s'ouvrant à gauche, près de l'angle de la mâchoire inférieure.

M. Chassaignac se propose de traiter cette fistule par l'autoplastie.

ÉLECTION.

La Société procède à l'élection de douze membres correspondants étrangers.

Nombre de votants, 22.

Sont nommés :

MM. Vanzetti, Ciniselli, Regnoli. — 22 voix.

MM. Blasius, Fabbri, Friedberg, Largbi, Soupart. — 21 voix.

M. Thompson. — 20 voix.

M. Back. — 19 voix.

M. Crédé. — 18 voix.

M. Ried. — 14 voix.

Les candidats qui ont réuni le plus de suffrages après cette liste, sont MM. Jones, 13 voix, et Cornaz, 5 voix.

COMITÉ SECRET. — RAPPORT SUR LE PRIX DUVAL.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre le rapport sur le prix Duval. La commission était composée de MM. Bouvier, Depaul et Follin, rapporteur.

M. FOLLIN communique le résultat de l'examen de neuf thèses envoyées pour ce concours.

Les conclusions du rapport sont les suivantes :

Votre commission, Messieurs, propose de décerner à M. Auguste Millard, pour sa thèse intitulée *De la trachéotomie dans les cas de croup*, la récompense que nous devons à la munificence d'une famille chère à plus d'un titre à la Société. Elle vous propose en outre d'accorder une mention honorable à M. Voisin, pour sa thèse sur l'*hématocèle rétro-utérine;*

Et à M. Binet, pour sa thèse intitulée *Essai sur les varices et les plaies des lymphatiques superficielles*.

Après quelques observations de M. Chassaignac, la Société adopte les conclusions de la commission.

Le secrétaire, LABORIE.

Séance annuelle du 13 juillet 1859.

M. LE PRÉSIDENT proclame les noms des nouveaux membres associés nationaux et étrangers élus dans les dernières séances, ainsi que le résultat du rapport de la commission pour le prix Duval.

M. BROCA lit ensuite l'*Eloge de Bonnet (de Lyon)*.

M. GUÉRIN lit l'*Eloge de Vidal (de Cassis)*.

M. VERNEUIL lit un travail intitulé *Des petits prophètes de la chirurgie*.

Le secrétaire, LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On lit dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, 14 juillet :

Depuis plusieurs jours Bordeaux est sous l'influence d'une température excessivement élevée, et la population s'en trouve éprouvée d'une manière fatale. Des cas nombreux de mort subite se sont montrés pendant ces derniers jours. Dix personnes au moins ont été portées mourantes à l'hôpital Saint-André, et les soins qu'on leur a donnés n'ont pu empêcher la catastrophe. Les ouvertures de la veine n'ont pas donné de sang.

Quelques autopsies ont montré de fortes congestions cérébrales.

L'influence de cette chaleur insolite s'est fait aussi sentir, mais d'une manière moins grave sur un grand nombre d'individus, par des troubles sur les organes digestifs, des vomissements, des évacuations diarrhéiques. Ce sont surtout les enfants qui en ont été les plus fatigués, et plusieurs ont succombé au *choléra infantilis*.

— M. le docteur Le Barillier, médecin de l'hospice des Enfants-Trouvés de Bordeaux, a eu dans son service un cas de choléra suivi de mort. On observe presque tous les ans, dans cette saison, ajoute ce journal, quelques cas de choléra sporadique; mais ils ont rarement une terminaison fatale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Nos armées en campagne, par M. Ferdinand Cuignet, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Givet. Deuxième édition; 1re partie. Un volume in-18. Paris, Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11. Prix : 1 fr. 25. — La 2e partie paraîtra très-prochainement.

Leçons élémentaires d'anatomie et de physiologie humaine et comparée, au point de vue de l'hygiène et de la production agricole, par M. le docteur Auzoux. 2e édition. Un volume in-8o. Paris, 1856. Chez Labé, place de l'École-de-Médecine, et J. Dumaine, rue et passage Dauphine, 30.

Le Gérant, ...

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 88. — JEUDI 28 JUILLET 1859. (32e ANNÉE.) N° 88. — JEUDI 28 JUILLET 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 JUILLET 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un rapport de M. Gibert et un discours de M. Piorry, bien que sans aucune relation directe l'un avec l'autre, — le rapport ayant pour sujet un travail de M. Renouard sur les doctrines médicales, et le discours portant sur la question de la chorée, actuellement en discussion, — ont si bien animé la séance par le contraste tranché des opinions et l'allure si originale et si nettement distincte des idées, qu'on aurait pu croire plutôt à une entente, à une sorte de conspiration de ces deux hardis champions, qu'à un simple effet des hasards de l'ordre du jour. M. Piorry, qui a des théories toujours prêtes pour tous les faits, et des faits pour toutes ses théories, devait d'autant moins manquer cette occasion de prendre la parole qu'il avait à exposer tout un ordre d'idées à lui sur ce sujet, et qu'il lui suffisait d'ouvrir un livre où tout se trouve (le *Traité de médecine pratique et de pathologie iatrique*), pour montrer qu'il connaissait depuis longtemps le fait qui faisait l'objet principal de la discussion, l'existence des troubles intellectuels dans la chorée. Mais en exposant ses idées, et en manifestant surtout son opposition à celles de son collègue M. Trousseau, il semblait aussi avoir prévu les objections indirectes que devait formuler contre son système l'orateur qui venait de le précéder à la tribune. Si bien que tout en répondant, dans ce que son argumentation avait de spécial, à l'argumentation de M. Trousseau, il se trouvait répondre en partie aussi, par le côté le plus général de son discours, au rapport de M. Gibert, qui, il faut bien le dire, avait passablement l'air, en le lisant, d'avoir tout présent à l'esprit le dernier manifeste de M. Piorry en faveur de la thérapeutique rationnelle.

Il est résulté de cette singulière situation une sorte d'*imbroglio*, d'enchevêtrement entre la discussion sur le rapport de M. Blache et celle qui doit prochainement s'engager, d'après la demande de M. Bouillaud, sur celui de M. Gibert. Le discours de M. Piorry, qui, suivant toute apparence, clôt la première, peut passer à la rigueur pour un premier engagement de la seconde ; il servira tout au moins de transition.

Après la petite altercation qui a suivi ce discours, M. Verneuil a lu un intéressant travail sur un point de médecine opératoire. Il s'agit d'un procédé de ligature de l'artère poplitée, proposé il y a déjà longtemps par notre ancien collaborateur M. le docteur Marchal (de Calvi), et que M. Verneuil a fait passer de l'état spéculatif où il était resté jusqu'à présent, à l'état de fait pratique. Nous reviendrons probablement sur l'observation qui a fait le sujet de cette communication. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Des phlegmasies chroniques de l'utérus (1).

Analyses du sang chez 50 femmes atteintes de phlegmasies chroniques de l'utérus.

1° *Densité du sang.* — La densité du sang s'est constamment trouvée très-inférieure à ce qu'elle est à l'état normal. Le chiffre moyen de cette densité a été représenté par 1048,7, au lieu de 1060, chiffre moyen de l'état de santé. Le maximum a été 1055; le minimum, 1043.

La densité moyenne du sérum a été représentée par le chiffre 1026,4; maximum, 1030; minimum, 1021. Cette moyenne est légèrement inférieure à celle de l'état normal, qui est de 1028.

2° *Eléments solides du sang.* — Le chiffre moyen des parties solides du sang a été représenté par 184,39; maximum, 207,6; minimum, 157,7. Ce chiffre 184,39 est très-inférieur au chiffre 215 à 220, qui est celui de l'état normal. La quantité d'eau s'est trouvée par contre beaucoup plus considérable que dans l'état normal. Ainsi on a eu pour moyenne 815,61, pour maximum 842,3 et pour minimum 792,4. Tous ces chiffres indiquent une quantité d'eau du sang trop considérable.

3° *Globules du sang.* — Les globules du sang sont surtout l'élément constitutif du sang, qui s'est trouvé diminué d'une manière constante chez les 50 femmes dont nous avons étudié le sang. Dans aucun cas même le sang n'a été trouvé à l'état normal.

La moyenne du nombre des globules dans les 50 cas a été de 104,08, ce qui est très-inférieur à la moyenne normale 127. Le maximum a été 117,5 et le minimum 75,2. On voit d'après ces résultats combien la diminution des globules est considérable chez les femmes atteintes de phlegmasies chroniques de l'utérus. Voici du reste quelques chiffres plus détaillés : sur les 50 cas, il y eut au-dessous du chiffre 80, 1 cas; de 80 à 90, 6 cas; de 90 à 100, 10 cas; de 100 à 105, 10 cas; de 105 à 110, 13 cas; de 110 à 120, 10 cas.

4° *Parties solides du sérum.*— Elles ont subi peu de variations chez nos 50 malades. Cet élément du sang est resté dans un bon nombre de cas à un chiffre tout à fait normal. C'est déjà ce que pouvait nous faire pressentir l'étude de la densité de ce liquide.

Le chiffre moyen est de 77,02, chiffre inférieur à 85, qui est là moyenne physiologique chez la femme. Le maximum a été 91, le minimum 63. Voici quelques chiffres détaillés : de 60 à 70 millièmes dans 3 cas; de 70 à 75 dans 15 cas; de 75 à 80 dans 13 cas; de 80 à 85 dans 6 cas; de 85 à 90 dans 12 cas; au-dessus de 90 dans 1 cas. En somme, dans la moitié des cas il y a eu conservation des chiffres normaux de l'état sain, et dans la moitié une diminution très-sensible. On doit tenir compte de ce dernier fait, qu'on est loin de rencontrer dans la chlorose ordinaire.

5° *Fibrine.*— Le chiffre de la fibrine s'est montré dans beaucoup de cas supérieur à celui de l'état normal. Il faut attribuer sans doute ce résultat à l'élément phlegmasique, qui joue un si grand rôle dans ces affections, ce qui ne peut pas ne pas exercer d'influence sur le chiffre de la fibrine. La moyenne de la fibrine a été de 3,4; le maximum, 5,5; le minimum, 1,6. Voici les chiffres détaillés : quantité de fibrine au-dessous de 2 millièmes dans 2 cas; de 2 à 3 millièmes dans 18 cas; de 3 à 4 millièmes dans 12 cas; de 4 à 5 millièmes dans 14 cas; au-dessus de 5 millièmes dans 4 cas.

Si nous cherchons à résumer ce qui ressort de ces 50 analyses, voici les conséquences auxquelles nous arrivons :

a. La composition du sang chez les femmes atteintes de phlegmasies chroniques de l'utérus présente les altérations suivantes : diminution de la densité du sang, diminution de la masse des éléments solides; augmentation de la proportion d'eau; diminution très-notable des globules; conservation du chiffre normal du sérum dans la moitié des cas; diminution peu considérable des éléments solides dans l'autre moitié; conservation du chiffre de fibrine dans la moitié des cas; augmentation sensible et notable dans l'autre moitié.

b. Les altérations du sang ont été d'autant plus caractérisées que les phlegmasies chroniques étaient et plus anciennes et plus intenses.

L'ancienneté de la maladie a surtout exercé une influence sur la diminution des globules, sur celle de l'albumine et sur l'augmentation de l'eau. L'intensité de l'élément phlegmasique a surtout exercé une influence sur le chiffre de la fibrine.

c. Moins la maladie était ancienne, et plus elle était légère, moins les altérations du sang étaient caractéristiques.

Ces résultats ne permettent donc pas de méconnaître que les altérations du sang sont subordonnées à la nature, à l'ancienneté et à l'intensité de la phlegmasie chronique de l'utérus. L'observation attentive des phénomènes morbides généraux montre également qu'ils sont tout à fait subordonnés à l'altération du sang. Ils sont, en un mot, l'expression de l'anémie.

Ces résultats sont incontestables et nous permettent d'admettre comme parfaitement démontré que les phlegmasies chroniques de l'utérus constituent primitivement une maladie tout à fait locale, et que l'influence qu'elle détermine consécutivement sur le sang a pour résultat le développement d'une anémie plus ou moins prononcée, anémie qui se traduit par ses symptômes habituels.

Nous pouvons dès maintenant aborder la seconde partie de notre travail.

Quelles sont les causes qui peuvent déterminer les phlegmasies chroniques de l'utérus, et pour quelles raisons sont-elles si communes? C'est à une statistique faite avec soin que nous allons le demander.

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

FEUILLETON.

L'intérêt si vif et si palpitant que nous prenions avec toute la France aux grands faits de guerre qui se sont accomplis en Italie pendant ces deux derniers mois, ne nous a pas fait perdre un instant de vue nos dignes confrères de l'armée, dont les services, plus utiles qu'éclatants, ne méritaient pas moins toutes nos sympathies. Les trop rares et trop courtes communications que nous avons reçues de la part de quelques-uns d'entre eux, pendant la durée de la campagne, ne nous ont pas permis jusqu'à présent d'en entretenir nos lecteurs. Nous sommes heureux aujourd'hui de pouvoir mettre sous leurs yeux quelques fragments d'une lettre que nous venons de recevoir de notre savant ami et collaborateur M. le docteur Champouillon. On y trouvera d'intéressants détails sur le rôle du médecin militaire en campagne. Nous espérons que M. Champouillon ne s'en tiendra pas là, et qu'il voudra bien continuer de nous raconter, avec sa verve fine et originale, les diverses péripéties de la glorieuse campagne dans laquelle nos confrères de l'armée ont rendu de si éminents services. B...

LES MÉDECINS MILITAIRES EN CAMPAGNE.

Depuis deux mois que je suis en Italie, j'y ai été témoin d'événements à jamais mémorables ; j'y ai recueilli des observations de toute nature. La chaleur, la fatigue, le besoin de sommeil, m'ont empêché de publier au fur et à mesure toutes les impressions ; d'ailleurs, il fallait laisser à l'horloge le temps de faire paisiblement son chemin. Maintenant que la guerre est finie, le moment me semble venu de tirer ma plume de son étui.

Grâce aux correspondants des journaux politiques, on connaît aujourd'hui en France jusqu'aux moindres incidents, vrais ou faux, de nos combats. C'est qu'en général les écrivains de la presse sont gens d'imagination, s'alimentant d'un rien, faisant toute une perruque avec un seul cheveu. Je m'étonne, sans le regretter toutefois, que nous ayons été oubliés dans ces bulletins de la fantaisie et de l'anecdote (1). Nous ne faisons ni bruit ni fumée ; voilà sans doute pourquoi notre rôle en campagne est si peu connu. Parmi les gens du monde, il en est qui croient le médecin militaire environné de toutes les garanties désirables de sécurité ; pour d'autres, nous sommes liés au soldat par la communauté des mêmes périls. Cela n'est ni absolument vrai ni absolument faux : tout dépend de la position que nous occupons dans les lignes de bataille. Voici comment les choses se passent habituellement :

Toutes les fois qu'une rencontre avec l'ennemi est concertée ou prévue, le commandant de l'armée réunit tous les chefs de service, et sans livrer plus qu'il ne convient le secret de ses vues, il prend avec eux les dispositions nécessaires pour assurer, dans toutes ses parties, le succès de l'entreprise. Pour ce qui le concerne, le médecin en chef des ambulances procède immédiatement à la recherche et au choix des locaux les plus propres à recevoir et à abriter les blessés. On affecte de préférence à cette destination les couvents, les usines, les églises, les fermes, les châteaux, que l'on découvre au voisinage du lieu où le combat sera livré. Un drapeau rouge, placé sur le point le plus élevé de ces habitations, y signale la présence d'un personnel d'ambulance. Cette recherche se fait souvent au moment même de l'action ; à mesure que l'ennemi recule, on s'installe dans les retranchements, les maisons, les forts, etc., qu'il occupait, de manière qu'aucun blessé ne reste sans secours immédiat.

Il est prudent, néanmoins, pour la sécurité du médecin et pour celle des malades, de ne pas suivre de trop près les mouvements des combattants, parce qu'un retour offensif et une surprise de la part de l'ennemi sont toujours à craindre. C'est ainsi qu'à Marignan j'ai failli payer de la vie ou de la liberté l'oubli de cette recommandation. Voyant les Autrichiens refoulés vers le haut du village, je m'étais avancé à leur suite, mêlé aux zouaves, jusqu'au milieu de la rue où l'on venait de se battre et où le feu avait cessé, afin d'y établir l'une des ambulances qui me suivaient à distance. A peine avais-je fait trois cents pas en avant et franchi le seuil d'un vaste bâtiment, que l'ennemi, caché dans les maisons, fit tout à coup par les fenêtres une effroyable décharge de mousqueterie sur nos colonnes massées dans la rue. Au même instant, je fus jeté dans les rangs de nos hommes par les bonds incoercibles de mon cheval, que je croyais grièvement touché, mais qui eut là

(1) Je me trompais ; je viens de lire dans les *Débats* du 7 juillet dernier, la plus absurde des inventions en ce qui me concerne.

Des causes des phlegmasies chroniques de l'utérus.

La proposition la plus générale qu'on puisse établir ici et avant l'étude que nous allons faire des influences capables de produire ces affections, c'est que dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous, ces causes sont locales. Il me sera facile de le démontrer.

1° *Age.* — L'influence de l'âge est incontestable dans le développement des phlegmasies chroniques de l'utérus. On doit à M. Bennet d'avoir démontré que ces affections pouvaient se développer d'une manière aussi positive avant la défloration qu'après. Ce fait, bien que réel, a été singulièrement exagéré par d'autres médecins, qui ont même regardé cette maladie comme fréquente dans cette condition.

J'ai eu occasion de rencontrer 6 fois chez des jeunes filles vierges des inflammations chroniques du corps ou du col de l'utérus, et voici les conditions dans lesquelles elles se trouvaient : ces jeunes filles étaient âgées 1 de 16 ans, 1 de 17 ans, 3 de 18 ans et 1 de 19 ans. Toutes étaient robustes, bien constituées; leur tempérament était plutôt fort que faible, et présentait, en général, les attributs du tempérament sanguin. De ces 6 jeunes filles, 5 ont été observées en ville, 1 seule à l'hôpital. Toutes les 6 étaient atteintes d'aménorrhée; le retour des règles éprouvait souvent des retards; elles étaient très-peu abondantes, et leur quantité était évidemment inférieure à ce qu'elle aurait dû être chez des jeunes filles aussi robustes et aussi bien constituées. Leurs règles étaient, en un mot, insuffisantes. Il m'a semblé évident que la cause de la phlegmasie utérine, chez ces jeunes filles, était certainement le résultat de congestions utérines qui se répétaient sans cesse par suite de l'insuffisance des règles. Le traitement employé, et qui fut suivi de succès, justifia la cause toute locale que je leur avais assignée.

Age chez les 50 malades dont on a analysé le sang. — Voici l'âge des jeunes filles déflorées ou des femmes atteintes de phlegmasies utérines : de 18 à 20 ans, 10 cas ; de 20 à 25 ans, 16 cas; de 25 à 30 ans, 9 cas; de 30 à 35 ans, 6 cas ; de 35 à 40 ans, 7 cas; de 40 à 50 ans, 2 cas.

Sur ces 50 femmes, 36 étaient filles, et 14 seulement étaient mariées.

Voici le nombre d'accouchements et d'enfants qu'eurent ces 50 femmes : sur les 14 femmes mariées, 2 n'eurent jamais d'enfants; 1 n'avait eu que des fausses couches; 5 avaient eu un seul enfant: 2 avaient eu 2 enfants; 1 avait eu 5 enfants; 2 avaient eu 6 enfants; 1 enfin avait eu 7 enfants.

Sur les 36 filles, 18 n'avaient eu ni enfant ni fausse couche. Sur les 18 autres, 2 n'avaient eu qu'une fausse couche; 14 n'avaient eu qu'un seul enfant; 2 avaient eu 2 enfants.

Sur les 29 femmes qui avaient eu des enfants, 4 avaient été accouchées de leur dernier enfant au moyen du forceps; 1 femme mariée et 3 filles. Sur ce même nombre, 1 femme mariée et 5 filles avaient eu leur dernier accouchement très-long et très-pénible.

2° *Professions.* — Les professions exercées par nos 50 malades étaient les suivantes : 13 couturières, 5 lingères, 1 ouvrière en cheveux, 12 domestiques, 3 passementières, 1 piqueuse de bottines, 2 blanchisseuses, 2 femmes de ménage, 3 journalières, 1 femme de chambre, 1 cuisinière, 2 giletières, 1 dévideuse, 1 ouvrière en jarretières, 1 cordonnière, 1 chaussonnière.

Les professions sont donc extrêmement variables, et ne semblent avoir aucune influence sur la production de la maladie.

3° *Régime alimentaire.* — Sur nos 50 malades, 34 avaient toujours eu une nourriture convenable et n'avaient jamais éprouvé aucune souffrance à cet égard ; elles mangeaient de la viande, buvaient habituellement un peu de vin, ne manquaient enfin de rien. 4 avaient eu un régime variable selon leur position, quelquefois bon, quelquefois mauvais, quelquefois suffisant, quelquefois insuffisant. 12 annoncèrent l'avoir eu en général assez mauvais, ne faisant usage que rarement de viande et de vin.

4° *Habitation.* — Sur nos 50 malades, 20 femmes habitaient des logements convenables, sans humidité ni obscurité, et suffisamment aérés pour qu'on y respire librement ; 4 habitaient des logements humides et obscurs, mais assez vastes ; 3 habitaient de petites chambres obscures, mais sans humidité ; 3 de petites chambres éclairées et non humides ; 8 habitaient des logements humides, mais sans obscurité et d'une capacité assez grande ; 12 enfin habitaient dans des logements noirs, mal aérés et donnant sur des cours très-étroites.

5° *Etat social.* — Sous le rapport du gain, voici quels sont les résultats du dépouillement de cette statistique : 30 femmes avaient toujours bien gagné leur vie et n'avaient jamais subi de privations; 8 avaient toujours subi des privations et avaient presque toujours été dans la misère ; 5 ont mené une vie très-inégale, très-irrégulière, tantôt heureuses, tantôt malheureuses ; 7 enfin n'ont pu vivre qu'au moyen d'un travail très-pénible, mais qui cependant s'est toujours maintenu.

En résumé, on peut déduire de cette étude statistique des causes les résultats suivants: de 18 à 40 ans, les phlegmasies chroniques de l'utérus se montrent à peu près avec le même degré de fréquence ; au-dessus de 40 ans, elles deviennent rares, et on n'en rencontre plus en général après 50 ans.

Le genre d'alimentation a été très-variable, et on a observé ces maladies avec tous les genres d'alimentation bons ou mauvais.

La salubrité des habitations exerce peu d'influence ; cependant nous trouvons une assez forte proportion de logements humides, obscurs et mal aérés.

On a observé aussi bien ces maladies chez des ouvrières, des domestiques aisées et dans de bonnes conditions hygiéniques, que chez des ouvrières gagnant péniblement leur vie.

Sous le rapport des états généraux diathésiques, voici ce que nous avons observé : Dans 8 cas, il existait un tempérament d'apparence lymphatique ; dans 11 cas, un tempérament sanguin bien prononcé ; dans 31 cas, un tempérament qu'on peut appeler indifférent, mais qui était accompagné d'une débilité de constitution plus ou moins notable ; dans aucun cas, il n'y avait de scrofules. Une seule malade annonça des accidents syphilitiques antérieurs, mais ils existaient encore, et nous avons pu en constater l'existence à l'époque de notre examen. Dans aucun des 50 cas, il n'y avait de traces d'une affection dartreuse ; chez 2 seulement il existait à la partie interne des cuisses un eczéma dû à l'action irritante des liquides pathologiques; ils guérirent à mesure que la maladie utérine s'améliora. Signalons enfin que 3 de nos 50 malades présentaient des traces de tubercules au premier degré et encore peu avancés.

J'insiste sur tous ces résultats négatifs, parce qu'ils démontrent combien est faible la part d'influence du tempérament lymphatique, des scrofules, de la diathèse syphilitique, de l'affection dartreuse dans la production des phlegmasies chroniques de l'utérus. Quel est le rôle des trois cas de tubercules au premier degré? Je les regarde ici comme n'ayant exercé aucune influence sur la production de ces affections. C'est une maladie concomitante, et l'examen attentif des malades ne m'a pas démontré que ces deux affections eussent exercé quelque influence l'une sur l'autre.

Voici quelles ont été, d'après le résultat d'un examen approfondi des 50 malades, les causes qui ont produit les phlegmasies chroniques de l'utérus.

3 fois la maladie s'est manifestement développée à la suite d'un avortement.

16 fois on a pu faire remonter le développement de la maladie aux accouchements simples ou compliqués que les femmes avaient pu présenter. Elles ne s'étaient jamais remises de leurs couches.

8 fois la maladie s'était évidemment développée à la suite d'excès de coït, excès avoués par les malades. Dans la plupart de ces cas, l'utérus avait subi un certain degré d'abaissement et le col n'était pas très-éloigné de la vulve.

6 fois l'inflammation du col était manifestement le résultat de l'extension d'une vaginite aiguë ou chronique.

10 fois la maladie fut le résultat de congestions utérines répétées, dues elles-mêmes à une insuffisance habituelle de la menstruation ou à l'aménorrhée.

7 fois enfin nous n'avons pu remonter à aucune cause appréciable, et les réponses des malades furent tout à fait insuffisantes pour nous éclairer à ce sujet.

Traitement. — Les détails nombreux dans lesquels nous sommes entrés, démontrent d'une manière positive que c'est à des causes locales, agissant directement sur l'utérus, que les phlegmasies chroniques si fréquentes de cet organe doivent leur origine. Bien que l'action de ces causes soit manifeste et incontestable, nous n'avons en aucune manière la prétention de nier l'influence que les dispositions générales des femmes qui en sont atteintes, les états morbides généraux qu'elles peuvent présenter et les diathèses dont elles peuvent être atteintes, sont capables d'exercer sur le développement, l'intensité et la forme de ces affections. Loin de là, nous pensons qu'il faut largement tenir compte de ces indications dans le traitement.

Une conclusion seule doit cependant résulter du fait général que je crois avoir établi d'une manière positive, c'est que c'est vers les accidents locaux tout d'abord qu'il faut diriger le plus spécialement et le plus directement la médication la plus convenable ; puis ensuite, accessoirement, on aura recours à la médication générale, si toutefois elle est nécessaire. Si je me suis attaché surtout à élucider cette question du traitement local, qui, à mon avis, est le point le plus important et le plus intéressant de ce travail, c'est que j'étais frappé depuis longtemps des inconvénients nombreux attachés aux cautérisations. Les souffrances qu'elles font souvent éprouver aux femmes, les inconvénients qui y sont fréquemment attachés, la nécessité de les renouveler fréquemment, les récidives fréquentes que présentent les femmes ainsi traitées, m'ont engagé depuis huit années à m'occuper de cette question. Je viens présenter ici le résumé des travaux dont il a déjà été question, du reste, dans mes leçons publiées à plusieurs reprises dans la *Gazette des Hôpitaux*, dans mes conférences cliniques et dans mon *Traité des maladies de l'utérus*.

Pour mieux exposer mes idées, résumons d'abord brièvement l'analyse pathologique des diverses phlegmasies chroniques de l'utérus.

L'inflammation chronique de l'utérus se traduit par des lésions anatomiques qui diffèrent souvent d'une manière assez notable les unes des autres, et qui doivent ces différences à trois ordres de causes qui sont :

1° La nature même de la lésion ;

2° Son ancienneté ;

3° Son siége.

1° *La nature de la lésion.* — Tantôt, en effet, c'est une lésion phlegmasique au premier degré, la congestion chronique qui peut se perpétuer pendant un temps plus ou moins long. D'autres fois, c'est une exsudation fibrineuse avec congestion ou l'induration inflammatoire. Dans d'autres cas, c'est une exsudation séro-sanguinolente ou ramollissement fongueux. Ce sont d'autres fois l'hypertrophie inflammatoire des glandes muqueuses ou les granulations, ou bien des ulcérations plus ou moins profondes. Enfin ce peut être une hypertrophie inflammatoire, altération dans laquelle de nouvelles fibres musculaires et de nouveaux vaisseaux ont été créés de toutes pièces.

2° *L'ancienneté de la lésion.* — Au début, ce sont des congestions chroniques; plus tard, des granulations ou des ulcérations. A une époque ultérieure, des indurations ou des ramollissements inflammatoires. Enfin, lorsque la maladie a duré très-longtemps, ce sont des états hypertrophiques.

3° *Le siége de la lésion.* — Sur la membrane muqueuse, ce sont les ramollissements, les granulations, les ulcérations. Dans le tissu du col et celui du corps, ce sont les indurations, les ramollissements et consécutivement l'hypertrophie. Sur la membrane muqueuse du corps, ce sont les petites saillies auxquelles on donne le nom de fongosités, et qui ne sont autre chose que l'hypertrophie inflammatoire avec ramollissement des follicules muqueux de cette membrane. Ces altérations si nombreuses et si diverses ont toutes cependant un grand lien commun. Elles sont toutes le résultat de l'état phlegmasique, dont les modes d'expression ont varié en raison des trois grandes conditions que je viens de résumer.

Le traitement de ces états divers a beaucoup varié, suivant les époques et suivant le point de vue où se plaçaient les médecins. On peut dire cependant d'une manière générale qu'au milieu de ces dissidences toutes ces variétés de lésions phlegmasiques étaient le plus souvent traitées par la même médication, en se plaçant au point de vue du système que l'on adoptait.

Ainsi on a beaucoup employé et on emploie encore maintenant la médication antiphlogistique à doses modérées mais répétées contre toutes ces formes phlegmasiques.

Pour d'autres médecins ce sont les émollients, les bains, les douches, les injections émollientes.

Pour quelques-uns les astringents sous toutes les formes, quelquefois en applications locales, plus souvent en injections variées.

Les cautérisations constituent peut-être la méthode la plus généralement adoptée pour combattre les diverses formes de la phlegmasie chronique du corps et du col de l'utérus, et on doit avouer que c'est la méthode qui compte le plus de succès. Les cautérisations ont pour but de modifier la lésion morbide des tissus malades, quelquefois de détruire ces tissus altérés ou ne ten-

---

plus de peur que de mal. Par suite d'un mouvement de retraite momentané de notre colonne d'attaque, je fus entraîné loin du combat et de ses inconvénients. Je rapporte ce fait uniquement pour montrer ce qui peut résulter en pareil cas ou de trop de confiance ou de trop de témérité.

Dernièrement encore, c'est-à-dire la veille de l'armistice, comme il s'agissait pour le 1er corps de commencer le siége de Peschiera, nous avions, MM. Martenot de Cordoux, Fleury et moi, poussé une reconnaissance jusqu'au village de Cavalenselle, espérant y trouver un emplacement propre à une ambulance. Tout à coup, au détour d'une rue, nous nous trouvâmes à quelques centaines de mètres du premier fort autrichien : c'est peut-être à notre intention qu'ont été lancés les derniers boulets de l'ennemi, intrigué de nous voir si près de lui. Ici, il n'y avait nulle imprudence de notre part, car nous avions été trompés par les renseignements que nous avaient donnés les avant-postes piémontais.

A mesure que les hommes sont frappés dans les rangs, ils se rendent d'eux-mêmes aux ambulances volantes, quand ils ne sont que légèrement atteints, et dans le cas contraire, ils y sont transportés au moyen de brancards ou de *cacolets*, espèce de fauteuils fixés de chaque côté du bât d'un mulet. On appelle ambulances volantes celles qui suivent d'aussi près que possible les colonnes engagées dans un combat. Chaque régiment a la sienne, laquelle fonctionne soit séparément, soit conjointement avec celle qui fait partie du quartier général de chaque corps d'armée. Les unes et les autres, ouvertes plus particulièrement aux blessés qui ont besoin de secours immédiats, sont établies à proximité du champ de bataille, sous un abri quelconque, souvent même derrière un simple repli de terrain. C'est là que se font les opérations et les pansements urgents, tels que ligatures, amputations, etc.

Les hommes en état de marcher, ceux qui ont été pansés ou opérés, sont évacués sur les ambulances de seconde ligne, c'est-à-dire plus en arrière de l'armée, et ordinairement établies dans une ville ou un village en un lieu sûr. Là, les blessés sont soumis à un nouvel examen; là se complètent les opérations improvisées au milieu du tumulte des arrivages; là enfin, après une bataille sanglante, il se fait plus de chirurgie en un jour qu'à Paris dans un an. Comme il est de la plus grande importance d'éviter l'encombrement et de pouvoir toujours donner asile à de nouveaux blessés, des évacuations journalières refoulent les malades disponibles jusque vers les hôpitaux sédentaires, où s'achève leur guérison, confiée aux soins des médecins spécialement désignés pour ce service.

Tels sont, sauf les modifications subordonnées aux événements, les rôles attribués aux officiers de santé en campagne. Ainsi leur cadre se compose :

1° D'un personnel mobile, *militant*;

2° D'un personnel hospitalier, sédentaire.

A ceux-ci la chance des épidémies, à ceux-là le risque des projectiles ou de la captivité. Tous ont montré, durant la guerre si courte et si glorieuse que nous venons de soutenir, que leur dévouement a besoin plutôt d'un frein que d'un éperon. CHAMPOUILLON.

dant pas à se cicatriser, et enfin de modifier les altérations des tissus sous-jacents par le travail phlegmasique spécial et la suppuration momentanée produite par la chute des eschares. La nature des caustiques varie nécessairement suivant le siége, la nature et l'intensité des lésions qu'il s'agit de guérir.

Enfin parlerons-nous de l'hydrothérapie qui rend de si grands services dans le traitement de la métrite chronique, et qui seule, ou réunie aux cautérisations, constitue encore la meilleure médication qu'on puisse employer contre cette affection?

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Tumeur dans la région ombilicale. Abcès. Plaie fistuleuse. Sortie spontanée de calculs biliaires. Ictère très-intense. Amaigrissement considérable. Mort.

Par M. le docteur DROUINEAU, chirurgien en chef de l'hospice civil de la Rochelle.

Mlle E..., ancienne domestique, femme de confiance, âgée de 65 ans, était entrée à l'hospice civil de la Rochelle comme pensionnaire, atteinte depuis longtemps d'une gastrite chronique due à l'excès des boissons spiritueuses.

En 1857, elle se plaignit de douleurs abdominales, et dans mon examen je constatai la présence d'une tumeur assez volumineuse qui, partant de l'ombilic, se dirigeait obliquement en dehors et en haut vers l'hypochondre droit. Elle me parut de la grosseur du poing, dure, sans bosselure; la pression occasionnait de la douleur.

Je conseillai des bains, des cataplasmes émollients, puis des frictions avec une pommade iodo-mercurielle. Cet état resta stationnaire pendant assez longtemps; enfin la tumeur se ramollit, surtout dans un point voisin de l'ombilic; il se forma un abcès assez considérable pour exiger son ouverture, que je fis avec une lancette; il en sortit une quantité assez considérable de pus blanchâtre de bonne nature. Je plaçai dans la plaie une petite mèche, et continuai l'application de cataplasmes. Malgré la suppression de la mèche, la plaie resta fistuleuse pendant longtemps, avec des alternatives de cicatrisation complète et de réouverture.

Enfin, au mois de mars 1858, il apparut à l'orifice de la plaie fistuleuse un corps noirâtre qui, sorti spontanément, me fut présenté le lendemain, et que je reconnus facilement, par la couleur et la forme, pour être un calcul biliaire provenant de la vésicule biliaire; pendant plus de six mois, il sortit un assez grand nombre de ces petits calculs composés de cholestérine.

Après la sortie spontanée de chaque petit calcul, la plaie laissait suinter un liquide séro-purulent, se cicatrisant presque entièrement; puis un mois après l'orifice s'enflammait de nouveau, se dilatait, puis le corps étranger apparaissait et sortait spontanément, sans aucune trace de matières bilieuses.

Cette femme, dont la digestion était difficile, s'amaigrit, et bientôt il survint un ictère général d'une teinte jaune-foncé, pour laquelle furent employés les moyens ordinaires sans aucun amendement; elle succomba.

A l'autopsie, faite à la recommandation de la malade, je sondai d'abord la plaie fistuleuse, qui était presque cicatrisée, et j'arrivai dans un cul-de-sac à 3 centimètres de profondeur environ; j'ouvris l'abdomen par sa partie inférieure; je découvris le foie, qui remplissait plus de la moitié supérieure de la cavité abdominale. Sa surface était de couleur verdâtre; son tissu était mollasse, sans induration, et comme imprégné de matières bilieuses d'un vert foncé très-abondantes; la moindre incision en faisait sortir une grande quantité. Je ne trouvai pas d'abord la vésicule du fiel, que je pus croire complétement détruite; enfin, je découvris à sa place ordinaire une petite tumeur très-dure, de forme ronde et de la grosseur d'une noisette, que je lavai, et examinai avec soin, et que je reconnus pour la vésicule du fiel en partie détruite, et formant une petite cavité contenant, très-exactement serré, un calcul. Une incision permit d'extraire ce corps étranger; la poche ne renfermait aucune trace de bile ni d'autre liquide.

La muqueuse gastrique présente le ramollissement ordinaire dû à l'altération chronique de l'estomac; les intestins, de petite dimension, n'offrent rien de remarquable.

Il y a quelques années, j'ai présenté un fait assez rare d'absorption urinaire par suite de l'obstruction de l'uretère par un gravier, chez un individu qui n'avait qu'un seul rein, qui avait causé rapidement la mort.

Aujourd'hui, le cas que je présente a quelque analogie avec le précédent.

C'est la vésicule du fiel contenant des calculs qui s'est enflammée, perforée, expulsant au travers les parois abdominales devenues le siége d'une tumeur qui s'abcéda, pour faciliter la sortie spontanée de ces corps étrangers par la force éliminatrice des tissus.

C'est ce réservoir de la bile, en grande partie détruit, entièrement obstrué par un petit calcul, qui, s'opposant au cours de ce liquide, en a causé la rétention complète. Dès lors, le foie a pris des dimensions énormes, par suite de l'accumulation de la bile dans son tissu, dont l'absorption a causé rapidement un ictère et la mort.

EMPOISONNEMENT PAR L'EMPLOI DE LA BELLADONE à l'extérieur.

Par M. MORISSE, pharmacien à Langoiran (Gironde).

Mme S..., âgée de quarante-deux à quarante-quatre ans, d'une bonne constitution, d'une complexion plutôt maigre que grasse, en général bien portante, éprouvait depuis quelque temps, dans la région hypogastrique, une douleur qui, d'abord légère et supportable, devenait de jour en jour plus vive et plus intense. Des cataplasmes émollients et des embrocations avec l'huile camphrée lui furent ordonnés. Cette médication ne l'ayant pas soulagée, le liniment suivant lui fut prescrit :

Huile de jusquiame camphrée	30 grammes.
Extrait de belladone	4 —

Deux frictions par jour devaient être pratiquées sur la partie douloureuse.

Quarante-huit heures après l'usage de ce médicament, les symptômes de l'empoisonnement par la belladone se déclarèrent : délire, pupille dilatée, anxiété, mouvements désordonnés, lipothymie, rougeur de la face, regard fixe et ardent.

Des sinapismes furent immédiatement appliqués aux extrémités inférieures, et des boissons acidulées administrées à des intervalles très-rapprochés. Une saignée allait être pratiquée dans le but de faire cesser la congestion cérébrale, lorsque survint, bien que Mme S... ne fût pas à son époque (dix ou douze jours auparavant elle avait eu ses règles), lorsque survint, dis-je, un écoulement abondant de sang menstruel.

Cédant aux moyens employés pour les combattre, ces symptômes d'empoisonnement se calmèrent et finirent par se dissiper, ne laissant à la malade d'autre trace de leur passage qu'un peu de lassitude et de malaise qui ne tardèrent pas à disparaître. Trois ou quatre jours après cet accident, Mme S... était tout à fait rétablie.

Ce fait d'empoisonnement par l'extrait de belladone est remarquable non-seulement parce qu'il est rare (les observations d'intoxication produite par l'usage externe de cette préparation ne sont pas très-nombreuses), mais encore par cet écoulement inattendu des menstrues, survenu dix ou douze jours après l'écoulement périodique.

Doit-on regarder ce phénomène comme un des effets physiologiques de la belladone? Je ne le pense pas, des propriétés emménagogues n'ayant pas été reconnues à cette solanée, pas plus qu'à l'extrait de cette plante.

M. Orfila, dans son Traité de Toxicologie (dernière édition), ne rapporte aucun empoisonnement de ce genre par la belladone; mais il établit des degrés divers dans l'activité de l'extrait de cette plante, suivant qu'il est vieux ou récent, qu'il a été préparé avec les feuilles vertes ou sèches, etc. Il eût donc été intéressant de savoir comment avait été préparé celui qui a causé l'accident qu'on vient de lire; l'observation y aurait gagné beaucoup en importance. (*Journal de médecine de Toulouse*).

MIXTURE ODONTALGIQUE AU TANNIN.

Par M. VELLEMSENS.

On débarrasse la racine des dents malades d'une petite couche de matière granuleuse assez dure que la suppuration y a déposée; une mince curette suffit pour cette opération. On prescrit ensuite pendant quelques jours des collutoires émollients pour combattre l'irritation, et lorsque celle-ci a disparu, on ordonne la mixture au tannin :

Tannin pur	8 grammes.
Alcool à 86°	120 —
Teinture de benjoin	8 —
Essence de menthe	2 —

Dissolvez et filtrez. On mélange quelques gouttes de ce liquide avec de l'eau dont on se sert pour laver la bouche deux ou trois fois par jour.

L'usage de ce médicament devra être continué, même quelque temps après la guérison, pour la consolider. Sous l'influence de cet astringent énergique les dents se raffermiront, peu à peu la suppuration disparaîtra, et les gencives reprendront leur état normal. (*Répert. de pharm.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 juillet 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un mémoire de M. le docteur Hullin (de Mortagne), sur une épidémie de croup qui a régné dans cette ville en 1858 (commission des épidémies);

2° Un rapport de M. le docteur Sales-Girons, médecin inspecteur des eaux minérales de Pierrefonds (Oise), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1858 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Germain (de Salins), qui sollicite le titre de membre correspondant;

2° Un rapport de M. le docteur Texier (de Villefagnan), sur les vaccinations qu'il a pratiquées en 1858 (commission de vaccine);

3° Un mémoire sur les revaccinations et les dangers reprochés à la vaccine, par M. le docteur Ricard (d'Angoulême) (même commission);

4° Une note sur l'emploi médical du *chelidonium majus*, par M. Valtier (commissaire, M. Bouchardat);

5° Un travail intitulé *Application de la métallothérapie appliquée au traitement de la danse de Saint-Guy*, par M. le docteur Burq (commissaires, MM. Grisolle, Trousseau et Blache).

6° Un pli cacheté renfermant les indications des modifications apportées par M. le docteur Dupré au bandage herniaire dont il est l'inventeur. (Le paquet est accepté.)

7° Sur la demande de M. le docteur Batailhé, M. le président ouvre un pli cacheté déposé par ce médecin dans la séance du 14 juin dernier. Ce pli contient un mémoire sur l'emploi des agents irritants en chirurgie. (Commissaire : M. Gimelle.)

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit trois rapports :

1° Sur deux sources d'eaux minérales sises à Labestz-Biscaye (Basses-Pyrénées). L'une de ces sources est sulfureuse, l'autre ferrugineuse, toutes les deux sont froides.

2° Sur une source nouvelle découverte dans la commune de Camoëns (Bouches-du-Rhône). Cette eau, qui est froide à la source, appartient à l'espèce des eaux sulfurées calciques de formation secondaire. Par sa richesse sulfureuse, elle tient le milieu entre l'eau d'Enghien et celle de Pierrefonds.

3° Sur une nouvelle source découverte à Scey (Haute-Saône). Cette eau est légèrement acidule, bicarbonatée sodique; elle renferme, en outre, des chlorures, peu de sulfates et quelques traces d'iodure de fer.

La commission propose de répondre à M. le ministre en concluant favorablement sur ces trois demandes.

Fabrication d'eaux minérales artificielles. — M. BOUDET, au nom de la même commission, lit un rapport sur une demande faite par le sieur D..., à Josselin (Morbihan), tendant à obtenir l'autorisation de fabriquer des eaux minérales artificielles et des limonades gazeuses. Le rapport conclut par le rejet de la demande. (Adopté.)

Doctrines médicales. — M. GIBERT lit, en son nom et au nom de M. Jolly, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Renouard, ayant pour sujet et pour titre : *Les doctrines médicales*.

Il faut au praticien une foi médicale, dit M. le rapporteur : le doute permanent n'est pas supportable pour l'homme consciencieux obligé de prendre à chaque instant des décisions d'une extrême gravité. On a beau vouloir écarter les discussions de principes, elles renaissent à tout propos... Ne vaut-il pas mieux les aborder une fois de front, que de les effleurer continuellement sans rien résoudre? Or, ajoute-t-il, s'il existe un principe de thérapeutique tellement évident que personne ne lui refuse son adhésion, tellement simple qu'il soit à la portée des intelligences les moins cultivées, tellement fondamental qu'il embrasse toutes les opérations de la médecine pratique... n'est-ce pas sur ce principe que l'on doit s'accorder à faire reposer tout l'édifice de l'art de guérir? Eh bien, l'auteur du mémoire croit être arrivé à la découverte d'un principe qui réunit en effet tous ces caractères.

Le principe adopté par M. Renouard comme seule règle de thérapeutique est celui-ci : *A juvantibus et lædentibus sit indicatio*.

Le dogme de la nature médicatrice, fondement de l'hippocratisme, érigé en principe de thérapeutique, dit l'auteur, serait la négation de l'art, si on voulait l'interpréter rigoureusement. Avec la restriction et les interprétations de la plupart des vitalistes modernes, ce n'est plus qu'une vérité spéculative, dont la considération est uniquement propre à rendre le praticien circonspect dans l'emploi des ressources de son art et modeste dans l'appréciation de ses succès.

D'autre part, vouloir, comme les organiciens, établir la thérapeutique sur un fondement aussi variable et aussi incertain que les systèmes pathologiques, et se glorifier ainsi d'avoir adopté une médecine prétendue rationnelle, c'est-à-dire déduite de la lésion, principe que l'on regarde comme constituant la nature des maladies..., c'est se condamner à subir toutes les erreurs auxquelles ont entraîné tout récemment encore, un si grand nombre de praticiens, les théories de Brown et de Broussais... La première chose à faire, au contraire, pour tout praticien consciencieux et éclairé, une fois au lit du malade, c'est le sacrifice de tout préjugé physio-pathologique pour s'en tenir aux données de la stricte observation.

Quand on y réfléchit mûrement, ajoute-t-il, et sans prévention, on reconnaît bientôt qu'une idée pathologique, c'est-à-dire la représentation mentale d'une maladie, si complète qu'elle soit, ne saurait jamais contenir l'idée ou l'indication du remède propre à la guérir, avant qu'on ait tenté quelque essai pour s'éclairer à ce sujet. L'épreuve clinique seule nous fournit des renseignements positifs sur la valeur des moyens thérapeutiques. Avant qu'un agent thérapeutique quelconque ait subi cette épreuve, on ne peut former sur son efficacité que des conjectures plus ou moins probables.

Aussi M. Renouard érige-t-il en principe qu'il faut choisir pour traiter chaque maladie (indépendamment de toute considération anatomique, physiologique ou pathologique) la méthode qui aura donné les résultats les plus avantageux, et proclame-t-il la méthode spécifique comme la plus parfaite, parce qu'elle atteint mieux qu'aucune autre le but de la médecine (guérir sûrement et promptement), comme la plus naturelle, parce que c'est elle qu'on a employée ou prétendu employer dès les premiers temps; enfin, comme très-rationnelle en même temps, puisqu'elle est fondée sur le *criterium* suprême de l'art de guérir, l'épreuve clinique.

En somme, l'auteur croit avoir rendu un véritable service à la science en insistant plus qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui sur le principe tout expérimental sur lequel repose la thérapeutique, principe qui exclut toute dispute scolastique.

L'empirisme donné comme règle fondamentale de la thérapeutique n'est pas d'ailleurs l'empirisme ignorant; c'est l'empirisme rationnel, l'empirisme méthodique, ainsi que le désigne M. Renouard.

M. le rapporteur, après cet exposé, qui, de son aveu, ne peut donner qu'une idée très-incomplète des données philosophiques sur lesquelles s'appuie toute l'économie du mémoire de M. Renouard, propose de renvoyer ce mémoire au comité de publication, comme tout à fait digne par la forme et par le fond de figurer parmi les *Mémoires de l'Académie*. M. Renouard, dit-il, a été amené par ses recherches historiques et critiques à dégager de toutes les obscurités et de toutes les contradictions qu'il a subies, le principe fondamental de l'art de guérir qui vient d'être formulé, et qui mérite d'être pris en sérieuse considération par ces esprits orgueilleux qui se flattent de substituer une base dogmatique (prétendue rationnelle) au fondement expérimental sur lequel le père de la médecine l'avait édifiée. Pour nous, nous le déclarons sans hésitation, nous croyons avec Hippocrate et avec M. Renouard, que ce n'est pas dans les théories tirées de l'analyse

plus ou moins moléculaire de l'organisme humain que l'on trouvera jamais la clef de la thérapeutique, mais purement et simplement dans l'observation et l'expérience, qui nous apprennent, indépendamment de toute notion anatomique, physiologique ou pathologique, que tel ou tel remède doit être employé dans telle ou telle maladie, parce qu'il a pour lui la sanction du temps et de l'expérience commune...

Les conclusions du rapport sont :

1° D'adresser une lettre de remercîments à l'auteur ;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

M. BOUILLAUD pense qu'il y aurait lieu d'ouvrir une discussion sur le rapport de M. Gibert. Il propose, en conséquence, d'ajourner le vote des conclusions et de renvoyer la discussion à l'une des prochaines séances. (L'Académie adopte.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Blache.

La parole est à M. Piorry.

Suite de la discussion sur l'état mental dans la chorée.

M. PIORRY. On désigne sous le nom de chorée une affection névro-musculaire dans laquelle le malade exécute des mouvements en partie volontaires, en partie convulsifs, et qui dépassent toujours le degré de contraction que l'on veut produire.

Tous les auteurs ont confondu sous une dénomination unique les variantes de cette affection : scelotyrbe, danse de Saint-Witt ou de Saint-Guy, tout aussi bien que chorée, représentent pour eux une unité morbide.

M. Trousseau n'est pas du même avis, et, faisant de l'analyse et par conséquent de la nosologie et de la nomenclature, il distingue de la chorée la danse de Saint-Witt ou Saint-Guy.

Rien de mieux sans doute que de chercher à débrouiller le chaos de la pathologie des états ainsi nommés, et dans lesquels on a réuni les affections épidémiques qui ont régné aux quatorzième et quinzième siècles ; les phénomènes convulsifs qui ont lieu sporadiquement chez de jeunes filles ou chez de jeunes garçons ; les mouvements déréglés des muscles, à la suite de certaines lésions du névraxe, et les accidents du même genre compliqués d'épilepsie, d'hystérie et d'aliénation mentale.

Certes, il doit exister là des états pathologiques complexes et différents les uns des autres ; mais pour établir une distinction, il aurait d'abord fallu exposer nettement les causes, les symptômes et la marche, etc., propres à chacun d'eux, et faire de la science pathologique. Or M. Trousseau nous l'a dit, il croit que les médecins ne sont pas des savants mais des artistes ; et il raisonne à la façon non pas des artistes, comme Michel-Ange et le Poussin, qui faisaient de la science anatomique et de la perspective, mais comme les peintres chinois, qui tiennent surtout à reproduire et à outrer la vivacité des couleurs.

M. Trousseau dit que la danse de Saint-Guy est spécifique, tandis que la chorée ne l'est pas ; mais qu'il nous dise donc positivement en quoi l'une diffère de l'autre ! Veut-il parler des épidémies observées au moyen âge, et si mal décrites qu'elles ont plus d'analogie avec le mal des convulsionnaires de Saint-Médard, qui cessèrent par arrêt du parlement de se livrer à leurs ébats, qu'avec la chorée telle que nous la voyons ? Nous ne savons pas ce qu'étaient ces épidémies, et nous connaissons encore moins le virus spécifique qui aurait pu les produire ; on ne dit pas qu'il y ait eu des remèdes particuliers pour les combattre.

M. Trousseau ne rangera certainement pas parmi les affections spécifiques les mouvements dits choréiques qui ont lieu à la suite des lésions organiques affectant les centres nerveux ; il en sera de même des mouvements déréglés des muscles qui ont lieu chez les hystériques et les épileptiques. Restera donc la chorée des jeunes filles hypémiques, et qui se manifeste assez rarement chez l'adulte ; or il serait scientifiquement et artistiquement très-utile que M. Trousseau nous traçât dans cette affection convulsive les cas que nous devons rapporter à la danse de Saint-Guy telle qu'il la conçoit, et ceux qui méritent pour lui le nom de chorée. La distinction qu'il veut établir entre ces états morbides est si difficile, si impossible même, qu'un homme du mérite de M. Trousseau n'a pas pu la faire. Est-ce à dire pour cela que la danse de Saint-Guy, que la chorée, soient une unité morbide caractérisée par des symptômes pareils, et dont les causes, la marche, le siége, le pronostic, la durée, la terminaison et surtout le traitement, soient toujours identiques ? Non sans doute.

D'abord on ne peut lui assigner que des causes générales variables, que certaines conditions d'organisation telles que le peu de développement de l'organisation (hyporganisme), une disposition névropathique primitive, un état d'hypémie et d'hydrémie suivi d'irrégularité dans la menstruation, etc... ; or ces causes éloignées sont différentes les unes des autres, et quant à une cause positive et actuelle, on n'en connaît pas plus de spécifique que de sporadique.

L'invasion, la marche du mal, sont variables comme sa durée, qui s'étend de quelques jours à quelques semaines, à quelques mois et davantage. Ce n'est pas là une affection comme la variole ou l'iléospilosie, qui semblent avoir des périodes plus ou moins fixes.

Parmi les symptômes de la chorée, il en est un seul qui soit toujours le même, c'est cette sorte de trouble et d'hésitation dans les mouvements, qui ne sont plus retenus ni réglés par la volonté, et qui dépassent presque toujours le but que le malade veut atteindre ; et encore faut-il distinguer les cas dans lesquels, sans que le vouloir y soit pour quelque chose, il se manifeste des contractions spasmodiques, brusques et momentanées, et ceux où la volonté a besoin d'intervenir pour qu'une contraction choréique succède.

Le siége de cette affection varie : tantôt les quatre membres en sont atteints isolément ou avec les muscles du tronc, de la langue, du larynx ; ailleurs il n'y a que la moitié latérale ou la partie inférieure du corps qui en soit frappée. Chez la plupart des choréiques l'intelligence est troublée. Dès 1850, à trois reprises (Traité de médecine pratique, n°s 12,220, 12,224, 12,235), j'ai fait remarquer que la plupart des choréiques ont une intelligence très-faible, une susceptibilité extrême, et qu'ils présentent même de la démence et de l'imbécillité ; dans les faits remarquables vus par M. Marcé, il y avait souvent des hallucinations et même une folie confirmée.

On ignore absolument quelle est la pathogénie de la chorée, et, quant à la thérapeutique, elle est loin d'être identique dans tous les cas.

On a essayé et vanté outre mesure des moyens spéciaux plutôt que spécifiques pour remédier à la chorée : les affusions froides, les bains par surprises, le valérianate, la strychnine, le tartre stibié, etc.

Là encore il faut étudier l'organisation, rechercher si, comme dans l'hystérie et l'épilepsie, il ne s'agit pas de quelque point de départ organique sur lequel on pourrait heureusement agir.

C'est ainsi que dans six ou huit cas il m'est arrivé de faire dissiper brusquement des chorées avec redoublement le soir par du sulfate de quinine en solution dans 30 grammes d'eau, et cela est surtout arrivé alors que j'avais constaté une augmentation marquée dans le volume de la rate. J'ai publié des observations sur ce sujet, qui sont du même genre que celles qui ont trait à la guérison de l'aliénation mentale présentant de la périodicité et se manifestant chez des gens atteints de splénomégalie (*Clinique européenne*, 1859). MM. les docteurs Baillarger et Marcé ont soigné avec moi le malade qui a fait le sujet de l'une de ces cures heureuses de la folie.

Ce sont là des faits analogues à ceux dans lesquels la fièvre dite cérébrale des enfants, l'hystérie, l'épilepsie présentant quelque périodicité et se manifestant chez des malades dont la rate était volumineuse, cédaient à l'emploi des sels de quinquina.

Voici quelles sont les conclusions de ce qui précède :

1° La chorée des auteurs ne diffère pas de la danse de Saint-Weit ;

2° Elle ne constitue pas une unité morbide ;

3° Presque toujours elle n'est qu'un symptôme ;

4° Elle n'est en rien une affection spécifique due à un agent spécial, et que l'on puisse combattre par un médicament spécifique.

Ceci posé, revenons sur le mémoire de M. le docteur Marcé et sur le rapport de notre honorable confrère M. Blache.

D'abord il convient de remercier M. Marcé d'avoir plus que les autres auteurs insisté sur le délire et les hallucinations des choréiques.

Déjà M. Bouillaud avait comparé à la folie les mouvements désordonnés de ces malades, mais il n'avait pas noté aussi bien que M. Marcé le trouble mental de ces malheureux. Du reste, il n'y a là rien d'étrange. Dans la névropathie dite chorée, nous voyons survenir la folie, comme nous la retrouvons dans l'hystérie et l'épilepsie.

Toutes ces analogies portent à croire que ces affections sont de même nature, qu'il s'agit toujours d'un état particulier des nerfs, consistant dans une oscillation ou vibration progressive, à laquelle j'ai donné le nom de *névropallie*. En raison du nerf ou de la portion du névraxe affectée, tel ou tel phénomène se manifeste. Quand les nerfs de l'ovaire et ceux qui correspondent avec cet organe sont affectés, l'ovaralgie se prononce, ainsi que les névralgies intercostales, sous-occipitales, la boule hystérique.

Quand la rétine et le nerf optique sont atteints, il y a une attaque complète d'épilepsie, etc. Quand c'est la partie de l'encéphale où MM. Bouillaud et Flourens placent la coordination des mouvements, ou voit alors se déclarer le tremblement choréique, etc.

Dans celui-ci, l'affection névropallique s'étend aux rameaux musculaires et constitue une névromyopallie particulière...

En somme, j'approuve et j'adopte pleinement les conclusions du rapporteur M. Blache, et je suis heureux d'ajouter que M. le docteur Marcé est à mes yeux un homme de progrès et un médecin travailleur et consciencieux.

M. GIBERT demande à M. Piorry s'il a vu les vibrations nerveuses dont il parle.

M. PIORRY répond qu'il ne les a que trop vues, et il entre à ce sujet dans des développements sur le fait d'irisalgie dont il a été longtemps victime, et qui a été le point de départ de ses observations et de sa théorie des névropallies.

M. GIBERT remercie M. Piorry de ses explications.

LECTURE.

De la ligature des artères après l'amputation de la jambe. — M. VERNEUIL lit un travail ayant pour titre : *Des difficultés qu'on éprouve à lier les artères de la jambe après l'amputation de ce membre au lieu d'élection ; de la ligature de l'artère poplitée à sa partie inférieure comme moyen d'y remédier.* Il s'agit, dans ce travail, d'une amputation de la jambe dans laquelle l'auteur s'est trouvé en face d'incidents imprévus et de difficultés presque insurmontables. Les artères étaient d'une friabilité telle, qu'après de nombreuses et inefficaces tentatives de ligature immédiate et médiate qui ont entraîné la perte de plus d'une heure et failli amener la mort du malade à l'amphithéâtre même, M. Verneuil n'est parvenu à arrêter le sang inondant la surface du moignon qu'en employant un procédé de ligature imaginé à l'amphithéâtre, mais qui n'avait pas encore été utilisé sur le vivant, le procédé de M. Marchal (de Calvi) pour la ligature de l'artère poplitée.

Après avoir rapporté et commenté le fait dont il s'agit, M. Verneuil termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Après l'amputation de la jambe au lieu d'élection, la ligature des extrémités artérielles à la surface de la plaie est rendue parfois difficile ou impossible par diverses causes.

2° Ces causes sont la rétraction des artères qui les rend invisibles ; leur rapport avec les parties voisines qui les rend insaisissables, ou l'altération de leurs parois, et surtout de la tunique externe, qui les rend trop faibles pour soutenir sans se rompre la constriction immédiate du fil.

3° En raison du volume des vaisseaux divisés, la ligature est cependant la seule méthode hémostatique vraiment sûre. Les autres moyens sont infidèles ou susceptibles d'aggraver le pronostic en provoquant dans la plaie une inflammation menaçante.

4° On triomphe assez aisément de la rétraction et des rapports vicieux des artères par des débridements convenables et par la ligature immédiate. La sécabilité artérielle, beaucoup plus sérieuse, exige une opération plus radicale, c'est-à-dire la ligature par la méthode d'Anel, qui convient d'ailleurs et en dernier ressort à tous les cas d'hémostase difficile, quelle qu'en soit la cause.

5° Cette méthode a sur la ligature terminale ordinaire l'avantage de ne laisser dans la plaie ni fils nombreux ni corps étrangers volumineux. Elle n'étreint ni nerfs, ni muscles, ni veines, comme la ligature médiate ; elle ne gêne en rien la réunion primitive, partielle ou totale, si on juge utile d'y avoir recours.

6° La méthode d'Anel, appliquée à ces cas, ne prédispose guère à la gangrène, comme on l'a craint. Les plaies d'amputation sous-jacentes n'offrent même qu'une inflammation modérée, et la cicatrisation y marche avec régularité et simplicité.

7° Après l'amputation de la jambe, la ligature à distance peut être placée sur la fémorale, à l'anneau du troisième adducteur, sur la poplitée au tiers supérieur, à la partie moyenne, au tiers inférieur. Ces quatre procédés seraient également efficaces, mais les trois premiers sont d'une exécution assez laborieuse ; ils entraînent avec eux une gravité intrinsèque notable ; ils intéressent les espaces intercelluleux de la cuisse.

8° La ligature par le procédé de M. Marchal (de Calvi) est à la fois simple et facile à pratiquer. Théoriquement elle prédispose moins que toute autre à la gangrène. La plaie nécessitée pour atteindre le vaisseau ne cause aucun dégât sérieux ; elle se confond d'ailleurs avec celle de l'amputation elle-même.

9° Elle sera particulièrement facile à pratiquer si l'on a employé la méthode à deux lambeaux, qui, sous tous les rapports, est préférable dans l'amputation de la jambe, car un simple débridement vertical de la peau sera suffisant pour arriver jusqu'au vaisseau. Si on avait pratiqué la méthode circulaire, il faudrait, plutôt que de faire l'incision qui convient lorsque le membre est entier, inciser sans hésiter la manchette en dedans, parallèlement à l'axe du membre à une hauteur convenable.

10° Cette incision cutanée supplémentaire sera réunie par quelques points de suture. Le fil qui étreint la poplitée sera fixé au dehors et dégagé vers l'angle supérieur de la plaie de débridement, c'est-à-dire par le chemin le plus court.

11° Si l'on soupçonne ou reconnaît une altération des parois artérielles à ce niveau, on se servira d'un fil un peu large, on ne dénudera pas trop exactement l'artère, on se contentera de la séparer de la veine, et on comprendra dans l'anneau constricteur une partie de la gaîne celluleuse.

12° Enfin, et conclusion ultime, toutes les fois qu'après l'amputation de la jambe au lieu d'élection on éprouvera beaucoup de difficultés à lier les artères dans la plaie, il faudra, sans tergiverser, lier la poplitée à son tiers inférieur par le procédé de M. Marchal (de Calvi).

Le travail de M. Verneuil est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Huguier et Robert.

— La séance est levée avant cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Ossian Henry fils vient d'être nommé médecin du Bureau de bienfaisance du 9e arrondissement.

— L'École de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand vient d'être installée dans un nouveau local plus digne d'elle. A l'occasion de cette cérémonie, M. Théry, recteur de l'Académie, et MM. les docteurs Bertrand et Imbert-Gourbeyre ont prononcé des discours qui ont provoqué d'unanimes applaudissements.

— La Société de médecine de Strasbourg et l'Association des médecins du Bas-Rhin réunies, ont célébré leur fête annuelle le 7 juillet dernier. La séance a été ouverte par M. le professeur Ehrmann, président de l'Association, qui a rendu compte des délibérations de la commission permanente relatives à l'annexion de l'Association du Bas-Rhin à l'Association générale de France, et a fait connaître à l'assemblée le résultat de ces délibérations, qui consiste à proposer l'ajournement de l'annexion.

A l'issue de la séance, les assistants, parmi lesquels beaucoup de médecins étrangers à la ville et même au département, se sont réunis dans un banquet.

La cordialité confraternelle qui règne parmi les membres du corps médical de l'Alsace a animé ce banquet. On a applaudi chaleureusement les toasts suivants : Par M. Ehrmann, président de l'Association des médecins du Bas-Rhin : « A l'union de l'Association et de la Société de médecine de Strasbourg » ; par M. Michel, président de la Société de médecine : « Aux médecins militaires de l'armée d'Italie ! » Par M. d'Eggs : « A l'armée d'Italie ! » Par M. Tourdes : « Aux médecins étrangers à la ville de Strasbourg, et qui ont bien voulu venir assister à cette fête ! A la mémoire du docteur Stackler, de Mulhouse ! » Par M. Chrétien, de Thann : « Aux médecins du Bas-Rhin ! »

(*Gazette médicale de Strasbourg.*)

— Voici le mouvement du personnel médical du département du Bas-Rhin, d'après les tableaux officiels publiés depuis le commencement du siècle :

	1806	1812	1824	1835	1849	1858
Docteurs en médecine.	89	98	108	143	157	165
Officiers de santé. . .	253	263	141	126	67	51
Pharmaciens. . . .	40	56	48	69	67	73
Sages-femmes. . .	409	529	457	587	537	505

Dans ce tableau on a considéré comme docteurs les maîtres en chirurgie qui avaient le droit d'exercer dans toute la France, et on a classé parmi les officiers de santé les maîtres en chirurgie reçus par des corporations et qui étaient limités dans leur pratique. Ces deux sortes de praticiens ne figurent plus dans les deux derniers recensements.

Ce qui frappera surtout, c'est le mouvement ascendant du chiffre des docteurs, et la diminution progressive de celui des officiers de santé. En 1806, il y avait trois officiers de santé pour un docteur ; en 1859, la proportion est renversée : trois docteurs pour un officier de santé.

— On se souvient que l'un des lauréats de la prime d'honneur accordée à l'agriculture a été un médecin, M. le docteur Gourrier. Un autre médecin, M. le docteur Mazier, de l'Aigle (Orne), a obtenu le premier prix des machines françaises à moissonner au concours général qui vient d'avoir lieu sur le domaine impérial de Fouilleuse.

Nous sommes heureux d'enregistrer ces résultats, qui prouvent les succès que peuvent espérer nos confrères, quand ils veulent appliquer à l'agriculture les connaissances qu'ils ont acquises pour l'exercice de leur art.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 89. — SAMEDI 30 JUILLET 1859. (32e ANNEE.) N° 89. — SAMEDI 30 JUILLET 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De la constitution médicale actuelle, et des affections de l'été en général. — De quelques névralgies traitées par l'injection du sulfate d'atropine dans le tissu cellulaire sous-cutané. — Des anomalies dentaires et de leur influence sur la production des maladies des os maxillaires. — De l'inflammation chronique de la membrane du tympan. — Phthisie pulmonaire au deuxième degré, suivie de guérison. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 20 juillet. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la constitution médicale actuelle, et des affections de l'été en général.

Les chaleurs intenses et persistantes qui durent depuis bientôt deux mois, et qui devront faire inscrire cette saison au nombre des plus chaudes de notre climat (voir aux *Nouvelles* le relevé des étés les plus chauds), ne pouvaient manquer de produire leurs effets ordinaires, c'est-à-dire un accroissement sensible du nombre des malades et des affections d'une physionomie particulière.

Depuis une quinzaine de jours, en effet, l'état sanitaire de Paris et de la France en général, qui avait été jusqu'alors des plus satisfaisants, s'est graduellement et sensiblement altéré. Nous regrettons de ne pouvoir placer ici sous les yeux de nos lecteurs, parallèlement au tableau pathologique, les tableaux météorologiques de ces deux derniers mois ; malheureusement, les comptes rendus de l'Académie des sciences, qui reproduisaient autrefois exactement tous les mois les observations météorologiques du mois précédent, ont cessé depuis quelque temps cette utile publication. Nous pouvons toutefois nous en passer pour l'objet qui nous occupe, car ce qui importe par-dessus tout ici, c'est la température, qui, constamment élevée depuis le milieu de juin, a atteint pendant plusieurs jours jusqu'à 35 et 36° à l'ombre et au nord, à Paris et dans la zone moyenne de la France, et de 40 à 41° dans le midi.

Or c'est principalement dans l'action continue de cette température tropicale, qui, en détendant tous les ressorts de l'organisme, le rend plus facilement apte à subir l'influence des causes morbides, et dans les perturbations qu'elle entraîne surtout dans le régime et les habitudes hygiéniques, qu'il faut chercher la cause et l'explication naturelle de cette altération dans la santé générale.

Avant de dire quelles sont les manifestations morbides qui traduisent en ce moment cette double influence, rappelons en quelques mots quels sont les effets ordinaires d'une température élevée sur l'économie, et à quels caractères se reconnaissent, en général, les maladies de l'été.

Voici, d'après l'un des médecins qui ont le plus approfondi de nos jours l'étude de la climatologie médicale et des constitutions saisonnières, M. le professeur Fuster, de Montpellier, quels sont les traits habituels des affections de l'été.

Les maladies de l'été se localisent de préférence sur l'appareil digestif, sur l'estomac et sur le système hépatique : de là des gastrites, des gastro-entérites, des diarrhées et des dysenteries, ou plus ordinairement un état morbide général dont M. Fuster résume en ces termes les caractères, qu'il divise en trois périodes.

« Dans la première, dit-il, on rencontre tous les signes de ce qu'on appelle surcharge gastrique : céphalalgie sus-orbitaire, vertiges, insomnie ou somnolence, face pâle, jaune ou verdâtre au pourtour des lèvres et vers les ailes du nez; haleine forte, bouche amère, langue épaisse, chargée d'un enduit jaune ; inappétence, envies de vomir, dégoût pour les viandes et pour les boissons chaudes ; épigastre soulevé et douloureux, borborygmes, urine jaune, constipation rebelle ou diarrhée spontanée, douleurs dans les grandes articulations, abattement extrême.

» L'invasion de la fièvre marque le début de la seconde période. Cette fièvre éclate brusquement, dans l'après-midi, par quelques frissons décidés, suivis immédiatement d'une chaleur intense. Elle se relâche tous les jours vers la matinée, pour redoubler régulièrement sans frisson préalable toutes les après-midi. Pendant sa durée, la plupart des symptômes précédents s'exaspèrent ; quelques-uns se modifient ; des symptômes nouveaux se déclarent. La céphalalgie devient violente, les yeux étincelants, la face vultueuse, la soif inextinguible. La langue se sèche à son centre, où elle perd son enduit saburral, elle se fendille et prend un aspect brunâtre.

» Des pétéchies violacées se répandent sur le cou, à la face antérieure de la poitrine, sur le ventre et à la partie interne des membres. Le pouls est plein et fréquent, la peau aride et la chaleur âcre et mordicante. L'épigastre et les hypochondres (le droit surtout) sont durs, tendus, douloureux ; le ventre est soulevé par des gaz, traversé par des coliques ; l'urine jaune, safranée et jumenteuse ; l'insomnie continuelle. Au plus haut degré de cet état, la face se décompose, l'anxiété augmente ; il survient un délire bruyant ou furieux et quelques épistaxis.

» Dans la troisième période, tous les symptômes baissent. Les symptômes encéphaliques cèdent les premiers ; les exacerbations se modèrent par degré ; la fièvre elle-même s'évanouit ensuite, laissant les malades dans un abattement marqué. Cette amélioration graduelle succède toujours à des évacuations alvines abondantes, verdâtres et fétides ; un flux d'urine à sédiment jaunâtre, et des sueurs générales modérées concourent ordinairement à cette solution critique. » (*Maladies de la France*, chap. II, 1re sect., art. 2e.)

Si dans ce tableau, emprunté aux observations recueillies surtout dans le midi de la France et aux principales histoires des constitutions médicales estivales des auteurs, on trouve çà et là quelques traits qui paraissent appartenir à un ordre de pyrexies indépendantes de l'influence des saisons, ou qui n'en reçoivent du moins que des influences modificatrices secondaires dans leurs formes, on reconnaîtra dans son ensemble les traits généraux et la physionomie des affections bilieuses des pays chauds ou des étés de nos climats tempérés, qui, par leur prédominance exceptionnelle, réalisent momentanément les mêmes conditions pathogéniques. Tel est, en effet, le cas de la saison actuelle.

Or, en relisant ce tableau, nous avons tout d'abord été frappé d'une chose, c'est de la ressemblance que présentent les affections qu'on observe le plus communément en ce moment avec les symptômes de la première période de l'état morbide décrit dans ce passage. Anorexie, langue blanche, saburrale, nausées, céphalalgie sus-orbitaire plus ou moins intense, douleur vague à l'épigastre, sentiment de tension et comme de plénitude des hypochondres, coliques, diarrhée, insomnie la nuit, somnolence dans la journée et sentiment profond de lassitude, tels sont les symptômes qu'accusent la plupart des malades qui viennent se présenter aux consultations, car ce n'est guère qu'aux consultations publiques et dans la clientèle qu'on peut juger de ces états morbides, l'affection prenant rarement assez d'intensité pour nécessiter l'admission des malades à l'hôpital. Jusqu'à présent, en effet, nous n'avons pas appris, si ce n'est très-exceptionnellement, que la maladie ait atteint le degré fébrile et qu'elle ait présenté les évolutions successives de la deuxième et de la troisième période.

A côté de cette série de phénomènes morbides s'en présente une autre qui, bien qu'ayant une physionomie un peu différente, se rattache manifestement à la même influence, nous voulons parler des cholérines, des diarrhées séreuses riziformes, avec crampes et dépression des forces, et même de quelques cas d'affection cholériforme, allant jusqu'à la suppression des urines, à la cyanose et à l'algidité, dont on nous a signalé l'existence dans plusieurs services d'hôpitaux.

Faut-il aussi placer sous la même influence quelques cas de pneumonie, de rhumatismes aigus, de fièvres éruptives de diverse sorte, dont quelques exemples se sont offerts çà et là à notre observation ? Il ne faudrait pas aller trop loin dans cette voie d'interprétation étiologique, et nous ne devons pas oublier cette proposition du premier de tous les épidémiologistes, Hippocrate, savoir : que toutes les maladies peuvent avoir place dans toutes les saisons, et que l'action de l'air n'attaque pas tous les individus indistinctement. Bornons-nous donc à constater les rapports évidents ; abstenons-nous pour ceux qui le sont moins, ou qui ne le sont pas du tout.

Maintenant, la saison chaude poursuivant son cours, quoique avec une tendance manifeste au décroissement, serait-on fondé, d'après ces premiers symptômes de l'influence de la chaleur, à craindre de voir l'état sanitaire s'aggraver; de voir, par exemple, les simples symptômes de surcharge gastrique que nous observons en si grand nombre à présent, dégénérer en fièvre bilieuse, les cholérines et les affections cholériformes en choléra véritable ?

L'histoire du passé pourrait à cet égard nous fournir d'utiles indications pronostiques. Il serait intéressant de comparer à ce point de vue, avec la constitution médicale actuelle, la marche qu'ont suivie les constitutions analogues pendant les étés les plus chauds de ces quinze ou vingt dernières années. C'est ce que nous essayerons de faire dans un prochain numéro. Nous dirons aussi, à cette occasion, un mot du traitement que pourraient réclamer ces affections si elles venaient à prendre plus d'intensité ; il se résume jusqu'à présent assez généralement dans les simples prescriptions de l'hygiène.

De quelques névralgies traitées par l'injection du sulfate d'atropine dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans les nos des 14 et 16 juillet nous avons exposé la nouvelle méthode de traitement par les injections médicamenteuses sous-cutanées, instituée par M. Alexandre Wood, et les résultats des applications que M. Béhier a faites de cette méthode. En même temps que M. Béhier faisait ces essais à l'hôpital Beaujon, MM. Trousseau à l'Hôtel-Dieu, Becquerel à la Pitié, répétaient ces mêmes expériences. Bien que nous ayons été témoins de quelques-unes de celles qui ont été faites à l'Hôtel-Dieu, nous nous abstiendrons d'en parler ici, ces expériences devant servir au rapport dont M. Trousseau a été chargé par l'Académie. Mais nous n'avons pas les mêmes motifs de garder le silence sur celles de M. Becquerel. Or voici, d'après la relation qu'a bien voulu nous transmettre M. Leven, interne du service, quels sont les résultats que ce médecin a obtenus.

La nommée Ch..., âgée de vingt-deux ans, entre à l'hôpital le 30 mai. Elle avait été prise quatre jours avant d'une névralgie intercostale des plus intenses qui l'obligea de suspendre son travail et de garder le lit ; la respiration était devenue très-pénible, le sommeil et l'appétit étaient complétement perdus.

A la visite la malade paraît très-abattue ; la face est anxieuse, la peau chaude, le pouls marque 110 pulsations ; le moindre mouvement éveille des douleurs excessives ; la respiration est très-gênée, le murmure respiratoire diminué ; la langue est couverte d'un épais enduit saburral.

On constate trois foyers de douleur distincts au niveau de la douzième côte ; la douleur sur tout le trajet du nerf existait, mais sourde et s'exaspérant par la pression.

Une première injection est faite, qui produit un état d'ivresse, vertiges, étourdissements, sécheresse de la gorge et gêne de la déglutition, quelques nausées, la dilatation des pupilles, les phénomènes de l'intoxication par l'atropine.

Ces phénomènes durent huit heures environ ; le même jour, les douleurs avaient sensiblement diminué, et, dès la première nuit, le sommeil revient et l'amélioration se maintient un jour ; mais dans la nuit suivante les douleurs reparaissent, moins violentes toutefois. On fait une deuxième injection ; la même intoxication se reproduit durant vingt-quatre heures, mais elle est suivie d'une guérison complète, et le vendredi 3 juin, la malade mange deux portions. Elle quitte l'hôpital le mardi 7 juin.

T..., âgé de trente-six ans, était malade depuis cinq jours, quand il a été admis dans le service. Il est affecté d'une névralgie intercostale qui siége à droite au niveau de la dixième côte ; la douleur se fait sentir sur tout le trajet du nerf ; elle est lancinante en deux points, surtout vers le tiers antérieur de la côte et à la partie externe. La respiration est difficile ; le sommeil et l'appétit sont notablement diminués depuis le début.

On fit trois injections sur chacun des points douloureux. Les deux premières n'amenèrent aucune amélioration ; mais, à la suite de chacune des dernières, le malade se sentit soulagé. Les symptômes d'intoxication durèrent douze heures environ chaque fois, et le soulagement ne se faisait sentir que deux ou trois heures après l'injection. Dix jours après son entrée, la guérison était complète ; la douleur avait disparu, l'appétit et le sommeil étaient redevenus ce qu'ils étaient à l'état normal, et le malade respirait très-facilement.

Cinq jours après, le malade fut envoyé à l'Asile de Vincennes.

— Nous venons de rapporter deux cas de névralgie intercostale guéris par les injections de sulfate d'atropine dans le voisinage du point douloureux. Voici deux cas de névralgie sciatique guéris avec presque autant de rapidité par le même moyen.

Une femme, âgée de trente-trois ans, entre le 31 mai. Elle est pâle, amaigrie, sujette à des migraines qui reviennent à chaque époque menstruelle, durant une huitaine de jours ; elle dit avoir contracté la névralgie dans une boutique très-humide qu'elle a habitée un an.

Elle éprouve des douleurs sourdes dans tout le trajet du sciatique et de ses divisions ; douleurs lancinantes au niveau du trochanter et à la partie moyenne de la cuisse ; fourmillement dans la plante des pieds. Elle a été traitée pendant trois mois par des bains sulfureux, des frictions, liniments opiacés, vésicatoires, iodure de potassium. Après deux mois d'amélioration,

les mêmes douleurs ayant reparu, ce traitement fut employé de nouveau, mais sans succès durable.

Le 2 juin, on fait une première injection au niveau du grand trochanter; elle subit pendant vingt-quatre heures les phénomènes de l'intoxication : le point douloureux a disparu comme par enchantement; le sommeil reparaît.

Le 5 juin au soir, quelques douleurs se font sentir au niveau de la jambe.

Le 7, nouvelle injection, laquelle est suivie de la guérison.

Le 16, la malade dit ne plus ressentir aucune espèce de douleur.

K...., cinquante-deux ans, tailleur, d'une bonne santé habituelle, est atteint depuis neuf jours d'une névralgie lombaire et sciatique qui l'empêche de rester assis pour vaquer à son travail : il est privé de sommeil, d'appétit depuis le début, et il ne peut se mouvoir dans son lit sans éprouver des douleurs extrêmes. Avant son entrée à l'hôpital, il avait pris, sur l'avis d'un médecin, cinq bains de vapeurs sans aucune espèce d'amélioration.

On a constaté plusieurs points douloureux au niveau d'un des nerfs lombaires, et sur le trajet du sciatique; la première injection est sans résultat; dès la deuxième injection, vers le grand trochanter, le malade annonce un soulagement sensible; l'appétit et le sommeil sont recouvrés.

M. Becquerel a fait successivement cinq injections accompagnées chacune d'accidents d'intoxication durant douze heures à peu près; et après la cinquième injection, toutes traces de douleurs avaient disparu; au bout du huitième jour, le malade peut marcher; il quitte le service et est envoyé à Vincennes.

Voilà donc quatre cas de névralgies dont deux au moins appartiennent à une espèce habituellement rebelle aux médications les plus usitées, telles que vésicatoires répétés, morphinés ou non, électricité, électro-puncture, cautérisations superficielles, etc., et qui ont été guéries par l'injection de 1 centigr. de sulfate d'atropine, que l'on a répétée au maximum six fois.

On remarquera que dans ces observations l'action thérapeutique n'a pas commencé immédiatement, mais une ou deux heures environ après l'injection, c'est-à-dire alors que le médicament avait passé dans le torrent circulatoire.

Nous ajouterons aux quelques renseignements historiques que nous avons déjà donnés sur cette méthode, dont nous avons fait remonter l'origine et l'idée première aux expériences d'inoculation de M. le docteur Lafargue (de Saint-Émilion), que M. Leven rappelle dans la note qu'il a bien voulu nous communiquer une thèse soutenue en 1850 par M. le docteur Hayem, intitulée : *Considérations sur l'inoculation appliquée à la thérapeutique, et principalement sur l'inoculation des sels de morphine.* Cette thèse est un résumé d'observations de névralgies guéries par l'inoculation de l'hydrochlorate de morphine.

Des anomalies dentaires et de leur influence sur la production des maladies des os maxillaires (1).

On a vu dans l'observation rapportée dans la *Revue clinique* dernière, un exemple remarquable des désordres que peut produire une simple anomalie primitive dans l'évolution de quelques follicules dentaires, finissant par constituer une tumeur qui compromet assez gravement la santé générale pour nécessiter l'ablation. Nous avons dit, après avoir fait ressortir toute la justesse de l'interprétation que M. A. Forget avait donnée de ce fait, qu'il nous restait à voir quelles lumières il avait su faire jaillir pour le diagnostic de certaines tumeurs des mâchoires, prises jusqu'alors pour des ostéosarcomes, du rapprochement de cette observation avec quelques autres faits analogues inédits ou consignés dans les annales de la science.

Si l'observation de M. Forget, que nous avons qualifiée des épithètes de curieuse et rare, pouvait être considérée, à l'époque où elle a été recueillie, comme à peu près unique, ou du moins sans précédents connus, aux points de vue pathologique et chirurgical, il n'en est pas de même au point de vue anatomique. Elle a sous ce rapport, ainsi que l'a fait très-justement remarquer notre confrère, plus d'une analogie dans l'histoire tératologique. Ainsi, Geoffroy Saint-Hilaire a donné dans son *Appendice au système dentaire des mammifères et des oiseaux*, le dessin d'une anomalie qui présente une grande ressemblance avec celle qu'a décrite M. Forget. M. Oudet a communiqué en 1809, à la Société de la Faculté de médecine, étant alors interne à l'Hôtel-Dieu, l'observation d'un sujet qui portait à l'intérieur de la bouche une tumeur qui, prise d'abord pour un amas de tartre, fut reconnue, après l'ablation, être formée par l'agrégation d'éléments dentaires multiples appartenant aux petites molaires.

Beaucoup plus près de nous, M. Maisonneuve a observé chez un homme de quarante-cinq ans, venu à Paris pour s'en faire débarrasser, une tumeur osseuse intra-maxillaire soudée à une dent molaire voisine. Le chirurgien de la Pitié fit du même coup l'avulsion de la dent et de la tumeur. M. le docteur Gery père a communiqué à M. Forget une observation d'anomalie de nutrition des dents incisives secondaires chez un enfant de trois ans, qui a amené la nécrose et l'élimination d'une notable portion d'un des os intermaxillaires.

(1) Voir le numéro de samedi dernier, 23 juillet.

La médecine vétérinaire a aussi fourni ses exemples. M. Goubaux a rencontré une production tout à fait analogue, une tumeur osseuse enkystée de la mâchoire supérieure chez un cheval. M. Leblanc en a communiqué un exemple tout pareil à l'auteur, et dont le dessin figure dans l'atlas qui accompagne son mémoire. Une communication semblable lui a été faite également par M. H. Bouley, professeur à l'École d'Alfort; il s'agit d'un cas rare d'hypertrophie dentaire chez un cheval, laquelle avait produit une inflammation très-étendue du tissu osseux du maxillaire, caractérisée par la raréfaction de ce tissu et l'ampliation de ses spongioles.

Jusqu'ici nous n'avons vu que des exemples de désordres plus ou moins apparents produits par des anomalies de nutrition et de développement des dents; en voici qui montrent les conséquences pathologiques d'une simple anomalie de position de ces ostéides. Dans ceux-ci, tantôt la dent déviée de sa situation naturelle se retrouve dans la continuité même de l'arc alvéolaire; d'autres fois, au contraire, elle existe sur un point de la mâchoire plus ou moins distant de cet arc. Le plus souvent ces anomalies ne se révèlent par aucun trouble pathologique, et ne sont découvertes qu'après la mort; mais il est des cas où elles donnent lieu au contraire à des désordres très-notables : tel est le cas rapporté par M. le docteur A. Désirabode d'une névralgie dentaire suraiguë qui conduisit le malheureux patient au suicide, et dont la cause était une anomalie de position d'une dent de sagesse. Tels sont encore ceux-ci : anomalie de position de deux dents molaires ayant donné lieu à une tumeur de la voûte palatine, prise pour un cancer de l'os maxillaire; — anomalie de position et de développement d'une dent de sagesse, pénétration d'une de ses racines dans le canal dentaire; ostéite médullaire de la branche de l'os maxillaire; — kyste osseux du corps de la mâchoire; anomalie de développement de la dent de sagesse révélée par l'examen anatomique; — kyste de la branche de l'os maxillaire inférieur coïncidant avec la présence d'une dent molaire dans sa cavité, etc.

En résumant au point de vue symptomatique les observations que M. Forget a réunies dans ce travail, on trouve, pour préciser l'origine même de la maladie, un fait primordial et constant, l'absence d'une ou de plusieurs dents, qui à aucune époque n'ont pris rang dans l'arc alvéolaire. Cette circonstance capitale, qui s'accompagne ordinairement de névralgies très-opiniâtres dues au déplacement et à l'élongation des nerfs dentaires déviés de leur direction, a pour effet plus ou moins immédiat la formation d'un kyste intra-maxillaire qui tôt ou tard arrive à se dessiner à l'extérieur, sous la forme plus ou moins accentuée d'une tumeur osseuse.

Lors donc, dit M. Forget, que celle-ci se manifeste avec de semblables antécédents, le chirurgien est d'autant plus autorisé à agir contre elle, qu'en attaquant ainsi le mal à son origine, son intervention aura pour effet de prévenir ses conséquences ultérieures, qui, variables en étendue et en gravité, ont toutes néanmoins pour caractère commun le développement de l'os qui en est le siége. L'hyperostose ainsi produite peut être unilatérale, c'est-à-dire bornée à l'une des faces de l'os : juxta-alvéolaire ou circonscrite à une seule alvéole; enfin circonférentielle : elle occupe alors le corps osseux en totalité.

L'ostéite qui en est la cause directe, est condensante ou raréfiante.

Dans le premier cas, elle est caractérisée par l'accumulation périphérique des éléments osseux en excès. Dans le second cas, elle donne lieu à une vascularisation très-riche du tissu osseux, dont la vitalité s'accroît sensiblement. L'excès de mouvement nutritif qui en résulte est marqué par la disgrégation des éléments calcaires et l'hypertrophie de la substance organique qui va, dans quelques cas, jusqu'à former un véritable myéloplasme interlamellaire, disposition qui fait perdre à la mâchoire sa consistance et la rend très-fragile.

Ces deux états pathologiques, ajoute M. Forget, peuvent se terminer par suppuration et donner lieu à la formation d'abcès multiples enkystés; ce sont eux qu'il a vus coexister surtout avec les anomalies de position des dents.

La troisième forme morbide qui s'est rencontrée plus spécialement avec les anomalies de nutrition, c'est-à-dire celles où l'ostéide dentaire constitue une tumeur volumineuse, se traduit par une sorte de déduction partielle ou générale des deux tables de l'os qui, par la résorption lente de ses éléments organisés, finit par être transformé en une cavité dont les parois sont constituées par une couche souvent très-mince de tissu compacte.

Enfin, M. Forget fait remarquer que, dans toutes les observations, la maladie s'est développée avec beaucoup de lenteur; longtemps stationnaire, elle reste très-nettement circonscrite à la mâchoire, et à aucune phase de son évolution elle n'exerce sur la constitution du sujet cette influence délétère qui appartient aux productions accidentelles de nature maligne. L'examen anatomique le plus minutieux, ajoute-t-il, n'a, dans aucun cas, révélé la présence d'éléments hétéromorphes de la nature de ceux qui caractérisent l'affection cancéreuse.

Cette dernière circonstance, extrêmement rassurante pour le pronostic, n'est pas moins importante à prendre en considération dans le traitement, car, ainsi que le dit M. Forget, si en présence d'une production cancéreuse, l'intervention du chirurgien ne saurait être trop radicale, elle est tenue, au contraire, à plus de modération et de réserve lorsqu'il s'agit d'une lésion essentiellement locale et de nature bénigne, qui permet de restreindre l'acte opératoire aux limites précises qui la circonscrivent. Telle est la conséquence pratique importante qui ressort de ces utiles et intéressantes recherches.

DE L'INFLAMMATION CHRONIQUE DE LA MEMBRANE DU TYMPAN,

Par M. KRAMER.

Cette maladie est, parmi toutes celles qui affectent l'organe de l'ouïe, une des plus fréquentes; M. Kramer n'en a pas vu moins de 1,565 cas sur un total de 7,000 maladies de l'oreille. Elle débute par un écoulement souvent fétide, parfois très-irritant. En examinant le conduit auditif externe à l'aide d'un spéculum, après l'avoir nettoyé par une injection, on trouve le tympan opaque, aplati, dépoli, quelquefois boursouflé, plus ou moins rouge ou jaunâtre, épaissi et insensible; la courte apophyse et le manche du marteau ne sont le plus souvent pas visibles.

Souvent le tympan est perforé (719 fois) dans une étendue variable, les osselets perdus, et la muqueuse de la caisse est injectée, boursouflée, et présente un aspect grenu. L'inflammation de la caisse ne précède d'ailleurs jamais la perforation. Des polypes sessiles ou pédiculés recouvrent souvent la membrane du tympan (219 fois), et ces derniers s'accompagnent fréquemment de céphalalgie, de malaise de vertiges, quand les malades se tiennent debout; il est très-rare qu'ils soient implantés sur la muqueuse de la caisse.

L'ouïe est le plus souvent très-affaiblie; parfois les malades éprouvent des bourdonnements.

Il est rare que cette affection guérisse spontanément, et elle peut se compliquer d'accidents extrêmement graves. Lorsque le tympan est perforé, et que l'inflammation gagne le périoste de la caisse et le rocher, elle s'accompagne souvent de paralysie faciale; puis le rocher peut se carier, la dure-mère être décollée par une collection purulente, et finalement le malade succomber à une encéphalite ou à une méningite. Il est plus rare d'observer une inflammation des cellules mastoïdiennes.

L'emploi du spéculum est indispensable pour reconnaître la maladie et pour suivre les effets du traitement. On la distinguera toujours facilement de l'irritation dont la membrane du tympan peut être le siége à la suite d'une accumulation de cérumen; il suffit pour cela de remarquer que, dans cette dernière affection, le diaphragme reste toujours concave, et laisse voir par transparence le manche du marteau.

Dans le traitement de cette inflammation, M. Kramer attache beaucoup plus d'importance aux moyens locaux qu'aux médications générales. Il fait nettoyer tous les jours les parties à l'aide d'injections simples, et il voudrait que le médecin se chargeât toujours lui-même de cette opération. Il instille ensuite des solutions de sulfate de zinc, d'acétate de plomb (0,05 à 0,50 cent. pour 30 gr. d'eau), de nitrate d'argent ou de sublimé corrosif (0,01 à 0,05 cent. sur 30 gr.). Lorsque le tympan est perforé, il n'emploie ces solutions qu'après avoir émoussé la sensibilité de la muqueuse de la caisse par une solution tiède de sulfate de potasse (0,05 à 0,15 cent. sur 30 gr.).

Lorsque les malades sont doués d'un tempérament sanguin, et que l'écoulement est abondant, il applique des révulsifs à l'apophyse mastoïde. L'emploi des instillations doit être suspendu ou remplacé par un traitement énergique lorsque survient une irritation du conduit auditif, ou quand on observe les symptômes qui annoncent une irritation des méninges, etc.

Les polypes peuvent être enlevés ou détruits sur place par un grand nombre de procédés. Quant aux perforations, on peut, quand elles ne sont pas très-étendues, en obtenir la cicatrisation; on l'active en touchant tous les jours les bords de la solution de continuité avec un pinceau trempé dans une poudre de sulfate de zinc.

Tout ce traitement est lent à agir, et demande beaucoup de patience et de soins minutieux; mais il est absolument nécessaire, et en le négligeant on expose les malades aux complications les plus graves. C'est là une raison suffisante pour rejeter la pratique de MM. Yearslegel Ehrard, qui se bornent à boucher les perforations à l'aide d'une petite boule de coton, et celles de M. Toynbee, qui emploie à cet effet une petite lame de caoutchouc vulcanisé, décorée du titre de tympan artificiel.

La dureté de l'ouïe, qui persiste après la guérison de l'inflammation, est à peu près incurable; elle tient à l'épaississement du tympan; et la perforation de cette membrane est, d'une part, insuffisante pour la guérir, et d'un autre côté c'est une opération souvent inexécutable dans ces circonstances.

(*Deutsche Klinik*, 1858, nos 44 et 45; et *Gazette hebdomadaire*.)

PHTHISIE PULMONAIRE AU DEUXIÈME DEGRÉ, suivie de guérison.

Par M. BOUTET, docteur en médecine, à Toulouse.

De tout temps les médecins se sont fortement préoccupés de trouver un remède contre la phthisie; on s'explique aisément les patientes investigations qu'on a faites à cet égard, quand on jette un coup d'œil sur les statistiques dressées dans divers pays sur la nature des décès, car on voit alors combien est grande la proportion de ceux qu'emporte ce terrible fléau.

Les résultats négatifs qu'ont produits les expériences cliniques ont fait regarder la phthisie comme incurable par beaucoup de personnes, et notamment par Bayle. Cependant, depuis les travaux anatomo-pathologiques de MM. Guillot et Dautezon, on est revenu un peu de cette idée. En effet, ces médecins ont prouvé, par de nombreuses autopsies, que les cavernes se cicatrisent souvent, et que souvent aussi les tubercules subissent la transformation crétacée.

Ce n'est pas ici le lieu d'énumérer et d'apprécier les divers moyens qu'on a vantés pour la cure de la phthisie; si vaste que fût ma pratique, il me serait impossible de parler de la valeur de chacun d'eux à cet égard. L'hygiène comme la thérapeutique ont apporté leur contingent. Ainsi les voyages sur mer, le séjour dans certaines contrées, la promenade à cheval ont tour à tour été essayés; mais ces moyens ont produit peu ou point d'effet. On a également prôné mille remèdes divers : dans ces derniers temps on a surtout cherché des spécifiques, et pour parler des principaux, M. Dupasquier a préconisé le proto-iodure de fer, M. Amédée Latour le chlorure de sodium; M. Williams a prétendu avoir d'excellents résultats de l'huile de foie de morue; les inhalations iodiques et sulfureuses ont été également proposées avec pompe et vigoureusement combattues tout récemment par M. Champouillon.

Avec une thérapeutique si riche en apparence et si pauvre en réalité, il semble qu'un médecin ne devrait jamais se trouver au dépourvu en présence d'un malade en proie à la diathèse tuberculeuse; et pourtant personne n'ignore que les phthisiques sont presque tous voués à la mort. Je vais néanmoins citer un fait qui prouve que certains agents ont le pouvoir d'arrêter et de guérir quelquefois la maladie dont nous nous occupons.

Le 26 avril 1857, je fus appelé pour donner mes soins à un employé dans la culture des tabacs. M. A... est âgé de vingt-cinq ans; il est d'un tempérament lymphatique et issu de parents actuellement bien portants. Depuis six mois, il souffrait de la poitrine, il avait des palpitations, et pendant ce laps de temps il avait eu quelques hémoptysies légères. Depuis cette époque il toussait, et ses forces ainsi que son embonpoint diminuaient de jour en jour; il était essoufflé par la plus petite course, et son sommeil était presque totalement perdu; il habitait alors le nord de la France.

Fatigué de souffrir, il consulta, quoique avec répugnance, un médecin, qui lui prescrivit les pilules d'iodure de fer de Blancard, des pilules opiacées, et des pâtes et boissons pectorales. Ce traitement fut fait peu de temps, et le malade ne put pas en apprécier les avantages. Il consulta un autre médecin, qui, après l'avoir ausculté, lui conseilla l'application d'un cautère sous la clavicule droite; ce conseil ne fut pas suivi, et le malade, en proie à l'ennui et à la douleur, demanda un congé pour rentrer dans sa famille.

M. A... me raconta qu'il attribuait sa maladie à des veilles prolongées, et au peu de ménagement qu'il avait eu pour lui-même dans ses relations avec les femmes; du reste, il n'avait pas eu de maladie vénérienne.

En jetant un coup d'œil sur l'habitude extérieure de mon malade, je le trouvai très-amaigri; la face était peu colorée, les pommettes légèrement saillantes; une vive inquiétude se peignait dans ses paroles et sur sa physionomie. J'essayai d'abord de le rassurer, et puis j'examinai avec attention l'organe où tout d'abord je supposais le mal; la poitrine était assez bien conformée. Par la percussion, je trouvai un bruit de pot fêlé dans une étendue de huit centimètres environ sous la clavicule droite; l'auscultation me révéla sur ce point un râle sous-crépitant bien distinct; partout ailleurs pas de bruit sensiblement morbide. La voix était rauque, et une toux sèche, accompagnée de quelques crachats purulents et striés de sang, fatiguait le malade, surtout lorsqu'il parlait. Le pouls était fréquent et petit, la peau chaude, l'appétit assez bon; la digestion paraissait également bien se faire, malgré une diarrhée qui revenait souvent, et qui, ajoutée aux sueurs nocturnes et au manque de sommeil, était pour M. A. une cause de plus de dépérissement. Evidemment mon malade était phthisique.

Avant de terminer cette observation, j'ai eu occasion de parler ces jours derniers du malade dont je raconte l'histoire à M. le directeur et à deux employés supérieurs de la manufacture des tabacs de Toulouse. Ces messieurs connaissaient parfaitement M. A..., et tous le croyaient phthisique. Un d'eux ajouta même que trois ou quatre ans avant qu'il devînt malade, il lui avait vu jeter des gorgées de sang, ce qui pour M. A... était un objet de parade devant ses collègues.

Après l'avoir rassuré de mon mieux, et lui avoir dit que son état ne consistait que dans un épuisement des forces, je lui fis espérer, sans le croire moi-même, qu'une médication calmante et tonique viendrait à bout de sa maladie. Je lui prescrivis alors une alimentation substantielle, une petite promenade matin et soir, et le repos de l'esprit et du corps tout le reste du temps. Je lui fis prendre une pilule de Blancard matin et soir, une à deux verrées d'eau de goudron par jour et 3 centigrammes d'extrait gommeux d'opium pour la nuit. En même temps, je conseillai des frictions avec la pommade stibiée sous la clavicule du côté droit. Pendant une semaine, je ne changeai rien au traitement, si ce n'est que je suspendis les frictions dès qu'il se fut montré un assez grand nombre de boutons.

Le 4 mai, l'état du malade n'avait guère changé; les nuits étaient néanmoins meilleures sous le rapport de la toux et du sommeil; les pilules de fer étant tolérées avec facilité, j'augmentai de deux.

Le 15, mon malade paraissait prendre un peu d'embonpoint; même traitement, et nouvelles frictions avec la pommade stibiée sur le sommet du poumon droit.

A partir de cette époque jusqu'au 10 juin, je vis mon malade de temps en temps, et toujours je reconnus un mieux sensible. Ainsi, à cette époque, la toux avait considérablement diminué, ainsi que la diarrhée, et les forces avaient augmenté à un tel point que M. A... sortait une partie de la journée sans éprouver la moindre fatigue.

Le 23 juin, l'amélioration continuait, mais mon malade commençait à se fatiguer des remèdes. Je supprimai l'eau de goudron qu'il prenait avec répugnance, ainsi que les pilules d'opium, et les nuits furent aussi bonnes qu'avant. Les palpitations ne cessant point, je prescrivis deux granules de digitaline par jour, et je laissai les choses dans cet état jusqu'au 20 juillet. A cette époque la toux n'existait presque plus, et les sueurs de la nuit n'avaient plus lieu malgré la température de la saison; l'embonpoint continuait à augmenter. Pour me conformer au désir du malade, je supprimai les pilules d'iodure de fer, que je remplaçai par deux cuillerées d'huile de foie de morue. A partir de ce moment la maladie marcha rapidement vers sa fin, et le 17 août les palpitations n'existaient plus; je supprimai les granules de digitaline.

Le 1er septembre, M. A... n'éprouvant plus de mal et fatigué des remèdes, vint me trouver pour me demander l'autorisation de cesser tout traitement. Quelque temps après, M. A... quitta Toulouse pour reprendre son service; depuis lors, j'ai eu souvent des nouvelles de mon malade, et j'ai appris qu'il jouissait d'une bonne santé.

Cette observation me paraît assez concluante pour se passer de commentaires; elle montre assez clairement, je crois, l'action favorable de la médication que j'ai employée dans cette circonstance; je dirai seulement que si l'air du pays, le régime et les soins de la famille peuvent revendiquer en leur faveur une partie de l'honneur de la cure de cette affection, je crois fermement que l'iodure de fer et l'huile de foie de morue ont contribué plus que tout le reste à ce résultat. (*Journ. de méd. de Toulouse.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 juillet 1859. — Présidence de M. DEGUISE fils.

Après la lecture et l'adoption des procès-verbaux des deux dernières séances, M. Deguise, président sortant, adresse à la Société l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Lorsque vous m'avez fait l'honneur de m'élever à la présidence, mes premières paroles ont été des remercîments pour la haute distinction dont vous m'aviez revêtu. Aujourd'hui, en quittant ce fauteuil, je vous remercierai encore pour le bienveillant concours que vous n'avez cessé de me prêter pendant toute la durée de mes fonctions.

Cependant, Messieurs, je croirais manquer à mes devoirs, en ne vous signalant pas quelques *desiderata* qui me sont inspirés par un sentiment que vous partagez tous, l'amour de notre Société.

La question des rapports, par exemple, est assez importante pour appeler votre attention d'une manière toute spéciale, de façon que, à l'avenir, nous ne nous trouvions plus dans l'obligation assez singulière de livrer au comité de publication des travaux inconnus à la plupart d'entre nous, et renvoyés depuis nombre d'années à des commissions pour être l'objet de rapports qui n'ont jamais été faits.

Il faut, Messieurs, que nous prenions l'engagement d'oublier ce précédent fâcheux, et, pour atteindre convenablement ce but, le bon vouloir et l'activité des rapporteurs sont sans doute indispensables; mais il serait également à souhaiter que l'assistance tînt compte aux rapporteurs du zèle qu'ils ont déployé, en prêtant à la lecture de leurs rapports un peu plus d'attention qu'elle ne le fait d'habitude.

J'exprime encore le vœu que la signature de la seconde feuille de présence soit reculée jusqu'à cinq heures. En effet, la lecture du procès-verbal, les rectifications auxquelles il peut donner lieu, et surtout les communications fréquentes qui surgissent à son occasion; enfin, le dépouillement de la correspondance absorbent le plus ordinairement trois quarts d'heure. Il en résulte trop souvent que la lecture des travaux originaux ou celle des rapports est-elle à peine commencée, la salle va se dégarnir et se trouver à peu près déserte, lorsque l'auteur établit ses conclusions. Vous avouerez, Messieurs, qu'il n'y a là rien de bien encourageant pour le lecteur, et que, d'un autre côté, nos discussions grandiraient d'importance si les auditeurs eussent été plus nombreux.

Malgré la pureté de mes intentions, je craindrais, Messieurs, de vous fatiguer en prolongeant cet examen, et j'ai hâte d'aborder un autre sujet.

La Société de chirurgie a eu la douleur de perdre cette année deux membres honoraires, MM. Bérard et Bégin, et trois membres correspondants, MM. Bonnet et Gensoul, de Lyon, M. Chapel, de Saint-Malo.

M. Bérard, malgré son éloignement de nos séances, n'en suivait pas moins toutes les discussions avec un vif intérêt, et je puis vous assurer, pour avoir eu l'honneur de vivre dans son intimité, combien il avait été flatté du titre que vous lui aviez décerné.

M. Bégin nous eût souvent apporté l'appoint de sa vaste expérience; mais à peine nous avait-il quitté pour goûter un peu de repos, que la mort est venue le frapper.

MM. Gensoul, de Lyon, et Chapel, de Saint-Malo, avaient l'un et l'autre à cœur de se rappeler qu'ils étaient nos correspondants, et nous adressaient de temps à autre des travaux importants.

Quant à M. Bonnet, notre savant correspondant de Lyon, vous êtes encore trop sous l'impression du solide et brillant discours prononcé dans la dernière séance par notre secrétaire général, pour que je ne dise quoi que ce soit à cet éloge impartial et vrai que vous avez tous applaudi.

Si la mort est venue visiter nos rangs, d'un autre côté nous nous sommes enrichis par l'adjonction de deux nouveaux membres titulaires, de huit correspondants nationaux, de trois associés étrangers et de douze correspondants étrangers.

Par l'assiduité régulière de ses séances, par le nombre et surtout par le mérite reconnu de la plupart de ses membres, la Société de chirurgie a conquis dans l'opinion publique une position trop élevée pour être désormais inquiète de son avenir. La persévérance dans le travail, quand elle proclame la vérité dans la science et la moralité dans l'art, est assurée d'avoir sa récompense.

Après ce discours, M. Deguise installe le nouveau bureau.

M. MARJOLIN, en prenant le fauteuil de la présidence, remercie la Société de l'honneur qui lui a été fait. Voici son discours :

Messieurs et chers collègues,

Il y a dix-sept ans, lorsque plusieurs de mes maîtres voulurent bien m'associer à l'heureuse idée de la fondation de la Société de chirurgie, j'acceptai avec joie et reconnaissance et comme une bonne fortune un titre qui, me permettant de siéger au milieu d'eux, devait être pour moi la source d'une précieuse instruction, et dès lors je n'eus qu'une seule pensée, celle de faire tous mes efforts pour me rendre digne de ce témoignage de leur bonne amitié.

Appelé aujourd'hui par vos suffrages à présider cette même Société déjà si haut placée par ses travaux, ne vous étonnez pas si c'est avec une émotion bien vive que je me soumets à votre volonté. Une voix intérieure ne me dit-elle pas que c'est grâce à un nom aimé de vous tous que je suis redevable d'un honneur aussi grand? Permettez-moi donc de vous en remercier, et d'espérer que votre bienveillance habituelle ne me fera pas défaut dans ces nouvelles fonctions.

Confiant dans votre zèle infatigable et dans votre esprit d'union, je ne doute pas que l'année qui s'ouvre ne contribue autant que ses devancières à augmenter la juste considération dont vous jouissez dans le monde savant. Seulement n'oublions pas ce que mes deux honorables prédécesseurs, MM. Bouvier et Deguise, vous ont dit en quittant la présidence : c'est que l'affluence des communications est souvent telle que le zèle et l'activité des commissions peuvent à peine y suffire et qu'il y a eu des rapports en retard. Pour combler cette lacune, pour alléger le plus promptement possible la dette des rapports arriérés, redoublons tous d'efforts; c'est une prière que je vous adresse, bien certain qu'elle sera entendue de vous tous : non-seulement c'est dans l'intérêt de la Société, mais il y a plus, c'est une obligation, un devoir à remplir envers ceux de nos confrères qui veulent bien nous faire part de leurs recherches. Il est encore une autre demande que je ne crains pas de vous faire, persuadé qu'elle sera également bien accueillie, c'est de ne jamais donner d'observations incomplètes. Vos mémoires, vos bulletins, ont une valeur justement méritée; or, s'écarter ou se relâcher quelque peu de ce principe, ce serait compromettre leur avenir. Rappelons-nous qu'il n'y a pas pour la science d'acquisition plus durable que les faits bien observés.

Ceci bien convenu, afin de ne pas retarder plus longtemps le cours de vos travaux, j'aurai l'honneur de vous proposer de voter des remercîments aux membres sortants du bureau.

Cette proposition est acceptée et votée par acclamation.

CORRESPONDANCE.

L'ordre du jour appelle le dépouillement de la correspondance; elle comprend :

— MM. Scrive et Valette (de Lyon), écrivent à la Société pour la remercier de les avoir élus membres correspondants nationaux.

— MM. Ricord et Nélaton, membres honoraires, envoient leur offrande à la Société en faveur des blessés de l'armée d'Italie.

— M. Legouest, chirurgien en chef du cinquième corps de l'armée d'Italie, nommé secrétaire de la Société pendant son absence, écrit à ses collègues pour les remercier de leur choix.

M. DEGUISE demande la parole à propos de la correspondance. Il communique une lettre qui lui a été adressée par notre collègue M. Larrey, qui remercie la Société de sa souscription pour les blessés de l'armée d'Italie.

M. LE PRÉSIDENT tire au sort les membres qui doivent faire partie de la commission chargée de l'examen des comptes et de la commission chargée des archives et de la bibliothèque.

Sont désignés pour la première :

MM. Maisonneuve, Forget, Danyau, Morel-Lavallée et Monod.

Pour la seconde :

MM. Chassaignac, Boinet et Laborie.

M. le président rappelle que diverses nominations ont été faites récemment au sein de la Société, et que les travaux de plusieurs de ces nouveaux collègues n'ont été l'objet d'aucun rapport. Il exprime le vœu que ces pièces soient réintégrées dans les archives dans un bref délai.

La parole est ensuite à M. Gubler, qui montre une tumeur sous-cutanée de la région deltoïdienne qui lui paraît offrir des éléments histologiques mal appréciés jusqu'ici par les anatomo-pathologistes.

Il s'agit d'un kyste du volume d'une petite noix, enlevé le 16 juillet courant, par M. Huguier, à une jeune fille placée dans les salles de médecine de l'hôpital Beaujon.

Voici comment M. Gubler décrit cette tumeur :

Le kyste, mince, sensible, transparent, facile à déchirer, est chargé à l'extérieur de quelques lobules du tissu adipeux sous-cutané; intérieurement il est taché de noir dans la partie qui correspondait à la profondeur du membre, et reçoit en ce point quelques vaisseaux sanguins de petit calibre qui s'irradient dans sa paroi. Des tractus du kyste pénètrent dans l'épaisseur de la masse solide incluse. Celle-ci, arrondie du côté de sa partie profonde, où elle est recouverte d'un enduit noir semblable à celui qui tapisse le fond de la cavité cystique, est irrégulièrement mamelonnée du côté sous-jacent à la peau, et présente en outre sur un point de son contour deux lobules surajoutés en forme d'appendice.

La substance qui compose cette masse s'éloigne par ses caractères de toutes les productions décrites; elle est d'un blanc jaunâtre, d'une structure sèche, cassante, fibroïde, qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celle du vieux bois ou de l'agaric blanc des officines (*polyporus laricis*). Les parcelles qu'on en détache ressemblent à de la sciure de bois; mais avec quelque précaution, on peut en emporter de plus longues, comme des fibres ou des colonnettes. Çà et là de petits trajets d'un rouge-clair nous indiquent des prolongements de la membrane vasculaire du kyste.

Par la dessiccation, cette matière, d'apparence ligneuse, prend une couleur d'un blanc de céruse assez pur, en gardant la friabilité du bois pourri; elle est élastique, se laisse difficilement écraser, et sa légèreté spécifique contraste avec son apparence calcaire. Traitée par l'acide acétique concentré, elle laisse dégager d'abord un très-petit nombre de bulles, qui ne sont peut-être autre chose que de l'air emprisonné dans ses interstices. En tous cas, si elle renferme des carbonates terreux, la proportion en est assurément très-faible.

Soumise à l'ébullition pendant cinq à dix minutes dans l'acide acé-

tique cristallisable, elle n'est pas sensiblement attaquée, mais elle se ramollit promptement, et prend la consistance gélatineuse dans l'acide sulfurique bouillant, qu'elle colore en noir rougeâtre. Elle disparaît tout entière dans une solution concentrée et bouillante de potasse caustique. Enfin l'iode la colore en brun foncé.

L'examen microscopique y révèle des particularités curieuses. Au premier abord, on ne voit nager dans l'eau ajoutée à la préparation que des débris sombres et informes; mais, si l'on attend que la macération ait séparé davantage les éléments, et si l'on favorise cette désagrégation par diverses manœuvres, on ne tarde pas à distinguer des cellules de formes variées, souvent bizarres, qui toutes ont ceci de commun qu'elles offrent un aspect sombre et des contours fortement accusés par suite d'une grande réfringence, intermédiaire, par exemple, entre celle des matières albuminoïdes et celle des corps gras. Il est facile d'en distinguer deux espèces entièrement différentes; quelques-unes sont arrondies, ovoïdes, ou obscurément polyédriques, et chargées d'une multitude de granulations noires qui en occupent la cavité.

Un point clair, placé au milieu de chaque cellule, indique la position du noyau.

Ce sont là des cellules pigmentaires dont il paraît n'exister que de rares échantillons dans l'épaisseur de la masse, mais qui en revanche constituent à elles seules le tissu noir signalé sur la face interne du kyste et la partie contiguë de la masse incluse.

D'autres cellules, toujours aplaties, comprimées, au moins dans un sens, et munies de prolongements acérés, sont d'ailleurs très-irrégulières. Tantôt ellipsoïdes, fusiformes, fibroïdes; tantôt, au contraire, larges, arrondies ou difformes. Ces cellules sont moins foncées que les précédentes, moins granuleuses; leur noyau est effacé ou manque complétement; leur paroi, souvent striée et même plissée longitudinalement, les fait paraître ratatinées et flétries.

La plupart sont munies d'appendices longs et aigus, rayonnant en différents sens dans celles qui sont arrondies, un peu divergents; parallèles ou fastigiés et prolongeant les deux extrémités dans celles qui sont fusiformes ou quasi linéaires. Ces appendices, au nombre de deux, trois et jusqu'à cinq ou six à chaque extrémité, sont fermes, rigides même, et ne se laissent jamais ployer par les courants liquides, comme le font les filaments mous des éléments fibro-plastiques. Ils donnent, suivant leur nombre et leur disposition, aux cellules qui les portent, la forme d'un pinceau grossier, d'un œuf de raie, d'un peigne à double rangée de dents, etc. Lorsqu'ils sont très-nombreux, ils pourraient inspirer l'idée qu'on a affaire à deux ou plusieurs cellules agglutinées.

La présence simultanée de plusieurs noyaux pourrait établir une présomption en faveur de cette hypothèse, mais le défaut de transparence des parois, l'état indécis ou l'absence complète de noyaux, nous privent de ce moyen de vérification, et, si l'on ne tient compte que de l'impossibilité d'arriver soit mécaniquement, soit par des agents chimiques, à dissocier en plusieurs cellules ces éléments à extrémités multifides, on sera conduit à penser qu'un seul élément histologique peut ainsi se diviser en cinq ou six laciniures terminales.

Outre ces éléments isolés, le champ du microscope est rempli par des débris de tissu morbide, des sortes de fascines d'un aspect noir, fortement striées, terminées par les extrémités acérées de cellules fibroïdes. On y trouve aussi un certain nombre de cristaux de cholestérine en lames rhomboïdales, brisées ou entières, des globules huileux et de petits amas de corpuscules moins régulièrement sphériques, mais reconnaissables pour de la matière grasse à leur grande réfrigence, et d'une consistance demi-solide; on dirait d'une substance intermédiaire entre la graisse liquide des globules et les cristaux de cholestérine. Enfin, une multitude de granules moléculaires nagent dans le liquide.

Il reste maintenant à déterminer :

1° La nature de ces éléments histologiques spéciaux.

2° L'espèce d'organe composé que leur agrégat représente.

3° L'appareil dans lequel ils se sont produits.

D'abord il est difficile de reconnaître dans les cellules laciniées ou fimbriées de l'épithélium durci et déformé par corrugation; leur résistance à action prolongée de l'acide acétique concentré et bouillant, les assimile au contraire aux éléments des cornes ou bien à ceux des poils. Le siége du kyste au voisinage de la peau s'accorde également avec l'une et avec l'autre de ces interprétations; mais l'existence d'une couche de cellules pigmentaires au fond de la tumeur doit faire conclure en faveur des éléments pileux.

Toutefois, la réunion de ces cellules ne saurait représenter un bulbe pileux hypertrophié, car elles ne sont pas intimement unies et ne constituent pas un ensemble organique. Il n'en est pas moins vraisemblable que ces éléments ont pris naissance dans un des nombreux follicules pileux cutanés.

En conséquence, cette tumeur appartiendrait à la classe des kystes préexistants de M. Cruveilhier, si largement accrue dans ces derniers temps par plusieurs membres de la Société de chirurgie, entre autres par MM. Huguier, Giraldès et Verneuil. Et si l'on désignait les éléments des poils sous le nom de *pilicelles* (*pilus*, poil, et *cella*, cellule), on pourrait appeler les tumeurs de ce genre *kystes pilicellaires*.

M. VERNEUIL. La pièce présentée par M. Gubler m'en rappelle une qui m'a été remise par M. Richet, et qui existait sur le milieu de la paupière supérieure. Pendant l'opération, la tumeur se vida en grande partie; la matière qui s'échappa ne saurait être mieux comparée qu'à de la sciure de bois mêlée à une autre substance et renfermant quelques parties solides.

Cette substance, examinée au microscope, se présentait sous la forme de masses que je ne saurais mieux comparer qu'à des fagots épineux. En dissociant ces masses rameuses, on remarquait des cellules avec de nombreuses granulations, ce qui leur donnait un aspect noir apparent surtout à la limite des parties molles et dures.

Je crois donner une juste interprétation de ces faits en les considérant comme de simples hypertrophies, des glandes sudoripares dans lesquelles les cellules condensées et aplaties sont, pour ainsi dire, nécrosées. Je ne voudrais pas être trop affirmatif, mais je crois cette manière de voir très-admissible.

J'ai déjà rencontré une tumeur de même nature sur la partie antérieure de la poitrine.

M. RICHET. La pièce de M. Gubler m'a déjà été présentée hier, et après un premier examen, j'ai déclaré qu'elle avait la plus grande analogie avec celle dont vient de parler M. Verneuil. Je n'ai rien à ajouter aux détails microscopiques qui ont été donnés par notre collègue, mais je fournirai quelques renseignements qui me paraissent intéressants au point de vue clinique.

Avant d'être soumis à mon examen, le malade avait été opéré une première fois par incision et cautérisation; mais la maladie n'avait pas tardé à se reproduire. Quand j'examinai, je crus à l'existence d'un corps étranger, et je fis l'opération avec cette conviction.

Une seconde récidive a eu lieu, et j'ai dû faire une nouvelle opération.

Je ferai remarquer que, contrairement à ce qui avait lieu dans le cas de M. Gubler, la tumeur existait sur une région absolument dépourvue de poils.

M. FOLLIN est très-disposé à ne voir dans la tumeur de M. Gubler qu'une accumulation dans un kyste de cellules épidermiques. Le dépôt d'une certaine quantité de matière calcaire en fait de véritables cornes qui, en détruisant le kyste, auraient pu faire saillie à l'extérieur.

Laurence, et plus récemment M. Lebert, ont déjà décrit les tumeurs dont viennent de parler MM. Verneuil et Richet : c'est aux angles externes et internes des paupières qu'on les rencontre surtout. Si on se contente de les ouvrir et de les cautériser, il y a récidive. Elles contiennent une espèce de mastic, et ont des parois très-épaisses. Elles ont pour origine un follicule pileux avec hypertrophie des nombreuses glaudes séhacées qui existent de chaque côté du poil. Ces glandes sécrètent une matière qu'on ne peut mieux comparer qu'à une sorte de mastic.

En résumé, dit M. Follin, la tumeur de M. Gubler n'est pas dermoïde comme celle dont a parlé M. Verneuil.

M. CHASSAIGNAC voudrait savoir si la première impression de M. Gubler n'a pas été que la matière contenue dans la tumeur était formée par de la cholestérine. Il a récemment enlevé de la jambe d'une jeune fille une tumeur que de prime abord il avait cru formée par cette substance; mais M. Robin n'a pas tardé à le détromper à ce sujet.

M. JARJAVAY, ayant recueilli six observations de la nature de celles dont il vient d'être parlé, demande à la Société de vouloir bien lui réserver la parole pour la prochaine séance, se proposant d'en faire l'objet d'une communication spéciale.

M. VERNEUIL a eu occasion d'examiner une pièce présentée par M. Denonvilliers; elle était surtout constituée par des colonnettes juxtaposées, qui ne ressemblent en rien à la pâte que renferme la tumeur présentée par M. Gubler.

Quant aux kystes des paupières dont on a parlé, ils sont constitués par un état anatomique d'un autre ordre. La tumeur de M. Richet n'a aucune analogie avec ces kystes.

Il y a aussi deux espèces de tumeurs, les séhacées et les pileuses. Les cornes et le magma homogène ne sont pas semblables à la tumeur de M. Gubler.

M. RICHET fait observer que le siége de la tumeur a une grande importance pour le diagnostic. Celles qui occupent le milieu de la paupière ont une grande mobilité; celles dont a parlé M. Follin existent, au contraire, vers l'angle externe ou interne des paupières, et elles sont très-adhérentes par leur base. Ce sont là des caractères cliniques importants.

M. GUBLER. Trois opinions se sont produites quant à l'élément anatomique qui a été le point de départ de la tumeur que je mets sous les yeux de la Société. On a parlé des follicules pileux, des follicules sébacés et des glandes sudoripares.

Je répondrai d'abord à un argument qui a été présenté, en rappelant qu'il peut y avoir des tumeurs pileuses dans une région où il n'y a pas normalement des poils. Les caractères des éléments histologiques ont pour moi beaucoup de valeur, et ceux qui appartiennent aux poils sont des plus tranchés. L'acide acétique, par exemple, est sans action, et c'est ce qui avait lieu dans mon observation. J'insiste aussi sur la couche de matière pigmentaire qui existait particulièrement sur la partie profonde du kyste.

La suite de cette discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— M. DEPAUL met sous les yeux de la Société une pièce d'anatomie pathologique relative à une oblitération congénitale de la fin de l'intestin grêle.

Une femme primipare, âgée de vingt-deux ans, accoucha le 6 de ce mois, un peu avant terme, d'un enfant qui ne pesait que 2,600 gram., mais qui ne présentait à l'extérieur aucun vice de conformation. Il refusa de prendre le sein. Deux cuillerées à café de sirop de chicorée furent données et vomies peu de temps après avec des matières jaunâtres. Ce ne fut que trente-six heures après sa naissance qu'il commença à teter; mais quelques minutes après il vomit le lait et des matières verdâtres.

Un lavement d'eau de guimauve ne pénétra qu'en très-petite quantité. Une sonde fut introduite dans le rectum, et ne put remonter qu'à 8 ou 10 centimètres.

Pendant quelques jours encore, cet enfant teta de temps en temps, quoique avec répugnance et en petite quantité, et toujours il vomit peu d'instants après tout ce qu'il avait ingéré, et de plus des matières jaunâtres ou verdâtres. Puis il ne voulut plus rien prendre; il s'affaiblit petit à petit, maigrit d'une manière sensible, et enfin il succomba dix jours après sa naissance.

Malgré les nombreux lavements qui furent administrés, il ne sortit par l'anus que quelques petits fragments de mucus transparent et d'un jaune grisâtre.

A l'autopsie, on constata une oblitération complète des trois derniers centimètres de l'intestin grêle, qui se termine par un cul-de-sac volumineux rempli de gaz et d'une matière liquide de couleur jaune. L'intestin grêle est d'ailleurs beaucoup plus volumineux que d'habitude dans toute son étendue. La partie oblitérée se présente sous la forme d'un petit cordon comme fibreux, allant du cœcum à l'ampoule terminale de l'intestin grêle. Le gros intestin occupe sa place habituelle, ne contient absolument rien et offre à peine le calibre d'une petite plume de corbeau. Le cœcum se distingue par un petit renflement et par son appendice vermiculaire.

Ce fait, ajoute M. Depaul, m'a paru digne de fixer l'attention de la Société. Il confirme une opinion que j'ai cherché à faire prévaloir dans une autre circonstance devant elle; à savoir, que dans un très-grand nombre de cas, la méthode de Littré est préférable à celle de Callisen, en ce sens qu'avec elle on est toujours sûr d'atteindre une des portions de l'intestin qui se trouvent au-dessus du rétrécissement, tandis que par la méthode de Callisen, on s'expose, dans un certain nombre de cas, à faire une opération inutile.

Les oblitérations de la fin de l'intestin grêle ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire. Pour mon compte, c'est le quatrième exemple que je rencontre depuis trois ou quatre ans; et dans trois de ces cas, j'ai eu recours à la méthode de Littré, qui m'a toujours permis de trouver avec facilité et d'ouvrir l'ampoule terminale de l'intestin grêle.

M. HOUEL pense que ce genre d'oblitération doit être rare; car il a fait de nombreuses recherches dans les auteurs, et c'est à peine s'il a pu en réunir huit exemples, en y comprenant les trois cas déjà publiés par M. Depaul.

M. BROCA demande comment, après l'incision des parois abdominales, on se guide pour reconnaître l'extrémité inférieure de l'intestin grêle.

M. DEPAUL répond que cette partie vient pour ainsi dire se présenter d'elle-même à l'ouverture qui a été pratiquée; et dans les cas où cela n'aurait pas lieu, il suffirait, en déroulant les anses intestinales qu'on a sous les yeux, de suivre celle dont le volume va progressivement en augmentant, pour arriver à l'ampoule indiquée.

— M. CHASSAIGNAC présente un malade qui a un épanchement assez considérable dans l'articulation du genou. De plus, sous la peau qui recouvre la partie antérieure et inférieure du fémur du même côté, on sent un corps dur et très-mobile, long d'environ 2 centimètres et demi, et qui a la consistance du tissu osseux. La pression qu'on exerce sur lui est très-douloureuse.

M. Chassaignac ne doute pas que ce corps dur ne soit un fragment osseux arraché il y a deux mois et demi á l'occasion d'une entorse de ce genou.

En effet, ce jeune homme, ayant le pied pris entre deux établis, fit un violent effort pour se dégager, et le genou, qui ne reçut aucune contusion directe, fut soumis à un tiraillement des plus violents.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 16 juillet 1859, M. le docteur Beaugrand, second sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, est nommé premier sous-bibliothécaire, en remplacement de M. Bell, décédé;

M. le docteur Axenfeld, agrégé stagiaire à la même Faculté, est nommé second sous-bibliothécaire en remplacement de M. Beaugrand.

— Par arrêté du 22 juillet, sont nommés professeurs suppléants à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, pour être spécialement attachés :

1° Aux chaires de chirurgie, M. le docteur Decès fils;

2° Aux chaires de médecine, M. le docteur Doyen;

3° Aux chaires d'anatomie et de physiologie, M. le docteur Luton.

— Par décret du 17 juillet, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur, pour leur belle conduite pendant l'expédition française sur les côtes de la Cochinchine, MM. Julien, chirurgien de la marine de 1re classe; Benoist de la Grandière et Vidal, chirurgiens de la marine de 2e classe.

— M. le ministre de l'instruction publique, à la suite de la présentation du programme de la chaire de pharmacie par la Faculté de médecine, vient de nommer pour l'examiner une commission composée de MM. Dumas, *président*; Rayer, Lélut, Trousseau, Bussy, Denonvilliers, Conneau, Michel Lévy et Lesieur. — Une première réunion de cette commission a eu lieu avant-hier jeudi; et après une discussion assez vive, elle s'est ajournée à quinzaine.

— Voici un relevé des étés les plus chauds depuis le septième siècle, que nous empruntons au *Pays* :

En 658, toutes les sources sont taries. — En 879, près de Worms, les ouvriers tombent morts dans les champs. — En 993, les blés et les fruits sont grillés. — En 1000, les rivières et les sources de France se dessèchent, les poissons se putréfient et causent la peste. — En 1022, les hommes et les bestiaux meurent de l'extrême chaleur. En 1132, la terre se fend, les rivières et les sources ont disparu, et le Rhin, dans l'Alsace, est à sec. — En 1159, tout est rôti en Italie. — En 1171, grandes chaleurs en Allemagne. — En 1260, à la bataille de Béla, les soldats tombent morts sous les rayons brûlants du soleil. — En 1276 et 1277, pas de fourrages à cause des chaleurs. — En 1293 et 1294, grandes chaleurs encore. — En 1303 et 1304, la Loire, le Rhin, la Seine et le Danube sont à sec. — En 1393 et 1474, la terre est comme brûlée; le Danube est à sec en Hongrie. — En 1538, 1539, 1540 et 1541, chaleurs insupportables. — En 1556, les sources sont taries. — En 1615 et 1616, sécheresse par toute l'Europe. — En 1646, chaleur extrême. — En 1652, sécheresse la plus grande dont on se souvienne en Ecosse. — En 1698, chaleurs remarquables. — Les trois premières années du dix-huitième siècle eurent des étés brûlants. — En 1718, les théâtres furent fermés à Paris par mesure d'hygiène. Pendant cinq mois, il ne tomba pas une goutte de pluie; le thermomètre marqua à Paris 36 degrés; l'herbe et les prés furent presque rôtis, les arbres fruitiers fleurirent plusieurs fois. — En 1723, chaleur et sécheresse. — En 1743, 1744, 1745 et 1746, étés très-chauds. — En 1748, 1754, 1760, 1767, 1778, 1779 et 1788, excessives chaleurs. — En 1751 et 1753, le thermomètre marquait 37 et 38 degrés centigrades. — En 1802, il y eut à Paris la plus grande chaleur qui ait jamais été observée depuis la découverte du thermomètre. — En 1811, été très-chaud. — En 1818, chaleurs excessives. On se souvient encore de la chaleur qu'il faisait à Paris les 27, 28 et 29 juillet 1830. En 1835, été très-chaud. Enfin, en 1846, on a eu, à Paris, 36 degrés de chaleur à l'ombre et près de 50 au soleil et à l'abri du vent, par exemple, dans la cour du Louvre.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er AOUT 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Velpeau a fait une nouvelle communication à l'Académie sur les effets obtenus, dans le traitement des plaies et des ulcères, par l'emploi du mélange désinfectant de MM. Corne et Demeaux. Cette communication a eu principalement pour objet d'exposer devant l'Académie les résultats des expériences qui ont été faites dans les salles de la Charité depuis la présentation du mémoire.

On trouvera dans ce court exposé quelques-uns des faits dont nous avons rendu compte nous-même à nos lecteurs, il y a aujourd'hui huit jours, et dont MM. Corne et Demeaux avaient eu l'obligeance de nous rendre témoin. On y trouvera en outre la relation des expériences qui ont été faites à Alfort dans le service de la clinique sous les yeux de M. H. Bouley. Les résultats constatés par ce savant professeur viennent de tous points à l'appui des faits observés à la Charité. « On peut donc dès à présent, comme l'a dit M. Velpeau, affirmer que cette matière est de nature à rendre quelques services dans le pansement de certaines plaies. »

Cette communication a été suivie d'une très-intéressante dissertation de M. Chevreul (membre de la commission), sur la neutralité des saveurs et des odeurs, et sur la neutralité chimique en général, et d'une courte et instructive discussion sur les moyens désinfectants, à laquelle MM. Bussy, Dumas, Payen, Élie de Beaumont et Velpeau ont successivement pris part.

L'Académie a reçu dans cette même séance une note de M. le professeur Sédillot (de Strasbourg), sur le traitement des cancers épithéliaux ou cancroïdaux par l'application du cautère actuel; un mémoire de MM. Poiseuille et Gobley, intitulé : *Recherches physiologiques sur l'urée*; et un opuscule de M. Benoît, sur des observations faites en France concernant le dragonneau (filaire de Médine), au sujet desquelles M. Moquin-Tandon a cité les observations qu'il a eu l'occasion de faire sur ce même ver. L'étendue des communications de MM. Velpeau et Chevreul ne nous permettant pas de donner place aujourd'hui dans notre compte rendu à ces divers travaux, nous en renvoyons l'analyse à un autre numéro.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Des phlegmasies chroniques de l'utérus (1).

Si j'ai cherché à substituer une méthode nouvelle à ces diverses indications, c'est qu'à côté des avantages que chacune d'elles offre dans certains cas, et des bons résultats qu'on obtient chez la plupart des malades de la combinaison des cautérisations et de l'hydrothérapie, on ne peut se dissimuler que l'emploi des caustiques ne soit souvent inutile, et ne présente assez fréquemment des inconvénients sérieux. Ainsi il faut quelquefois un très-grand nombre de cautérisations; dans d'autres cas, et quelque nombreuses qu'elles aient été faites, elles restent sans succès et tout à fait inefficaces. L'emploi des cautérisations n'empêche pas des récidives faciles et fréquentes. Leur application est souvent très-douloureuse et fatigue beaucoup les femmes. Enfin, elles n'ont pas toujours été sans inconvénient et même sans danger.

La médication nouvelle que je viens proposer n'est pas absolument nouvelle par la nature de l'agent que je propose, puisqu'il s'agit du tannin, déjà employé depuis longtemps en injections; mais elle est complétement neuve, j'ose le croire, du moins, en raison du mode nouveau d'application que je propose, et aussi de l'étude que j'ai faite de son action immédiate et de ses effets consécutifs.

Avant d'exposer la manière dont je pense qu'on doit employer le tannin, il est indispensable de faire connaître les effets de cet agent employé à l'état de pureté ou au moins de concentration très-grande sur la membrane muqueuse et le tissu de l'utérus.

Les modes de préparation du tannin pur dont j'ai fait usage, sont les suivants :

1° Le tannin pur en poudre.

2° Le tannin combiné avec une très-petite quantité de gomme adragante, et transformé en une espèce de cylindre arrondi de la grosseur d'un crayon de nitrate d'argent et d'une longueur de 3 à 4 centimètres.

3° Deux solutions de tannin de 100 grammes d'eau distillée pour 50 gr. de tannin, et de 100 gr. d'eau distillée pour 25 gr. de tannin.

4° Une pommade de tannin contenant pour 100 gr. d'axonge 25 gr. de tannin.

Dans tous ces cas, les effets produits ont été les mêmes, et ce sont eux que nous allons maintenant étudier.

Ces diverses préparations, appliquées pendant un temps déterminé, douze heures au moins, à la membrane muqueuse de la surface libre du col de l'utérus, ou bien dans l'intérieur de la cavité du col, produisent les effets suivants, qu'on peut diviser en locaux et généraux.

Effets locaux. — Au bout de douze heures d'application, on trouve la surface du col ou la membrane muqueuse de sa cavité couverte d'une pellicule blanchâtre ou blanc-grisâtre, bien formée, solide, résistante, et pouvant presque toujours s'enlever en masses et d'un seul morceau. Cette production adhère d'une manière très-notable, et par des tractus filamenteux de même nature, à la membrane muqueuse sous-jacente. Il faut quelques efforts pour l'enlever; quelquefois cependant on ne peut le faire sans la rompre et la déchirer. Dans d'autres cas, la séparation de cette fausse membrane du tissu qui l'a produite, ne peut s'opérer qu'avec le déchirement d'un certain nombre de vaisseaux et l'écoulement d'un peu de sang.

Il faut examiner ce qu'est devenu ce tissu, et ce que c'est que cette fausse membrane.

Tissu sous-jacent. — Ce tissu est tuméfié, gonflé, rouge; il est plus vasculaire qu'avant, et il est évidemment un peu plus friable, et sous l'influence d'un instrument pouvant saigner avec facilité. Il est évidemment le siége d'une turgescence due à une congestion sanguine notable et parfois assez intense. Jamais je ne l'ai vu produire d'hémorrhagie. Si on enlève cette fausse membrane avec soin, si on lave la surface, et si on fait un deuxième examen quarante-huit heures après, on retrouve de nouveau une production membraneuse blanchâtre, mais elle est moins dense, moins épaisse, moins résistante, moins bien formée. Elle adhère encore très-légèrement au tissu, mais on peut l'en séparer facilement. Le tissu sous-jacent est moins tuméfié, moins rouge, moins vasculaire. La congestion sanguine est ordinairement notablement diminuée, mais elle existe encore. Si on enlève cette deuxième production blanchâtre, qu'on lave avec soin le tissu, et qu'on l'examine le lendemain, c'est-à-dire le troisième jour, la production blanchâtre ne se reforme pas, ou bien elle est remplacée par de petits fragments blanchâtres et isolés les uns des autres. A cet instant, le tissu est à peine rouge et la vascularisation notablement diminuée; la tuméfaction est beaucoup moindre. Si on examine enfin ces parties le quatrième jour, il n'y a plus de fragments pseudo-membraneux, le tissu sous-jacent est à peine rouge et à peine tuméfié.

Le cinquième jour ou le sixième au plus tard, tout a disparu; l'état local est redevenu ce qu'il était auparavant, mais modifié dans un sens favorable, qui est le suivant : s'il s'agit de la membrane muqueuse, elle est moins rouge, moins vasculaire, moins ramollie, et s'il y avait des granulations, elles sont plus petites et moins rouges. Dans ces deux cas, je les ai vu disparaître le sixième jour d'une manière complète. S'il existait des ulcérations, leurs bords sont moins saillants, moins détachés, et le fond est presque toujours moins tuméfié qu'il ne l'était avant.

Si, au lieu de faire l'examen, comme il a été dit précédemment, on examine chaque jour ce que deviennent ces productions blanchâtres qu'on n'enlève pas, on arrive aux résultats suivants :

1° Les productions blanchâtres restent adhérentes un certain temps; celle qui est contenue dans la cavité du col ne se détache pas immédiatement. C'est du troisième au cinquième jour qu'elle se détache spontanément. Je l'ai retrouvée une fois le septième jour, mais elle n'adhérait pas au tissu, et j'ai pu l'enlever assez facilement.

2° Le tissu subit les mêmes transformations que celles qui ont été étudiées précédemment. En général, le sixième jour, toute trace de congestion et de tuméfaction a disparu.

Lorsque toute trace de ce travail spécial a disparu, si on vient à recommencer l'opération, et si on replace de nouveau un crayon de tannin, on voit la même série de phénomènes recommencer : c'est une tuméfaction du tissu utérin ou de la membrane muqueuse due à une congestion sanguine toute spéciale; c'est également une production membraneuse blanchâtre, plus ou moins bien formée. Seulement, les phénomènes sont moins nets et moins accentués que lors de la première application; la tuméfaction et la rougeur des tissus sont moins caractérisées et durent moins longtemps. Les productions membraneuses sont moins épaisses, moins résistantes et tombent un peu plus tôt.

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 et 28 juillet.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'EXTRACTION DES DENTS,

les inconvénients de la clef de Garengeot, et la supériorité des nouveaux daviers anglais ;

Par M. BYGRAVE, médecin dentiste à Paris (1).

Au moment de l'application de l'instrument, les mors sont portés aussi profondément que possible du côté de la racine, et viennent prendre leur point d'appui perpendiculairement sur le bord alvéolaire. Dans cet état de choses, et par le seul fait de la pression qui s'exerce surtout vers la partie la plus extrême, la face interne des mors glisse sur le plan incliné que présente la dent, depuis la partie la plus renflée de la couronne et depuis le collet, les racines tendent à s'éloigner peu à peu du fond de l'alvéole, et de légères manœuvres de latéralité achèvent bientôt l'extraction.

Qu'on nous permette, pour mieux nous faire comprendre, une comparaison un peu vulgaire. Le mécanisme des mors du davier est exactement le même que celui en vertu duquel un corps légèrement conique ou arrondi et lisse, un noyau de cerise par exemple, saisi entre le pouce et l'index, est projeté à une certaine distance par la pression de la pulpe des doigts, exercée d'arrière en avant. Dans le cas actuel, l'extrémité des mors fait l'office de la pulpe des doigts sur le noyau; plus on presse sur les branches, plus la dent tend à sortir de l'alvéole; le déplacement en ce sens est peu marqué en raison des adhérences dont le corps saisi est entouré, mais il ne se fait pas moins, et contribue puissamment à l'extraction de la dent. Mais cette extrémité des mors étant rigide et ne pouvant se mouler extemporanément sur le cône que représente la dent, on comprend facilement la nécessité d'une forme particulière des mors pour chaque espèce de dents, constituant une adaptation préalable, qu'enseigne à celui qui fabrique le davier l'étude anatomique du corps à extraire (2).

Quatorze daviers peuvent à la rigueur suffire au chirurgien; huit sont destinés à la mâchoire supérieure, six à la mâchoire inférieure. Nous allons, en indiquant les cas auxquels ils conviennent, les décrire d'une manière succincte, et nous renverrons, pour faciliter l'intelligence de notre description, aux figures ci-jointes, qui en feront saisir tous les détails.

D'après leur forme, on distingue les dents en incisives, canines, petites molaires et grosses molaires; parmi ces dernières figurent les dents de sagesse, dont nous aurons à nous occuper d'une manière spéciale.

Les incisives sont au nombre de quatre à chaque mâchoire, deux grandes et deux petites; immédiatement après viennent les canines; la forme des unes et des autres est conoïde.

Le davier destiné à l'extraction de celles de la mâchoire supérieure présente des mors droits, mousses à leur partie terminale, présentant exactement la forme typique (fig. n° 1) dont nous venons de faire la description.

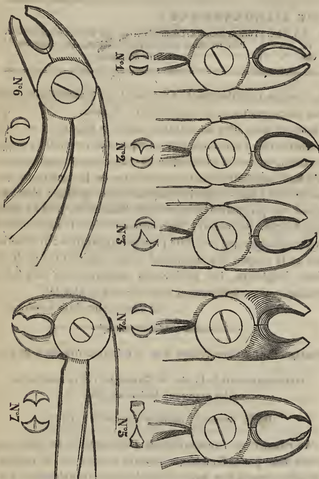
Pour les incisives et les canines du maxillaire inférieur, on peut également se contenter d'un seul instrument, mais dont la forme diffère un peu de celle du précédent. Ses branches, auprès de leur point d'articulation, s'infléchissent fortement dans le sens de leur longueur, suivant une courbe assez allongée et d'un assez grand rayon (fig. n° 6), et se continuent insensiblement avec les mors, au lieu de se couder à angle droit comme l'ancien *bec de perroquet*. Ce davier se termine par deux extrémités mousses, amincies, présentant entre elles une distance peu considérable

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 juillet.

(2) Les artistes qui fabriquent ces daviers sont MM. Ash et fils, de Londres; un dépôt de leurs instruments existe à Paris, chez M. Stern, 10, rue des Billettes.

lorsque l'on serre les branches; ces extrémités sont concaves, pour embrasser bien exactement le cône saillant de la dent. (Fig. n° 6.)

Faisons ici une remarque générale qui s'applique aussi bien aux incisives et aux canines, lorsqu'elles sont découronnées, qu'à toutes les autres dents ayant subi la même altération; il faudra faire usage de l'instrument approprié à la forme de chacune d'elles, avec cette seule modification que les mors soient plus étroitement creusés en gouttière, plus affilés et plus acérés à leur extrémité.



Les petites molaires de la mâchoire supérieure réclament l'emploi d'un davier du même genre que celui destiné aux incisives et aux canines de la même région, et dont nous avons déjà parlé, avec cette différence que les parties internes des mors sont plus largement creusées en gouttière.

Pour les petites molaires de la mâchoire inférieure, on fera usage du même instrument que pour les incisives et pour les canines; le davier sera le même, quant à la forme et à la disposition des branches; la seule différence est dans les mors, qui seront creusés d'une gouttière étroite pour les incisives, un peu plus large pour les canines, plus large encore pour les petites molaires. La disposition des branches à grande courbure, toujours utile dans l'extraction des incisives et des canines, en ce sens qu'elle rend impossible toute rencontre de l'instrument avec les dents de la mâchoire supérieure, est surtout essentielle lorsqu'il s'agit des petites molaires. Elle permet, en effet, à l'opérateur de placer sa main sur les côtés de la bouche du patient, tout en évitant l'arcade dentaire supérieure, et d'agir dans cette situation.

Pour l'extraction des petites molaires découronnées, on fera usage d'un davier analogue à celui que nous venons de décrire, mais à mors un peu plus effilés et acérés; quelquefois pourtant il est insuffisant, et il faut alors avoir recours à un autre dont les branches coudées à angle droit se continuent avec les mors légèrement acérés; ceux-ci, terminés par une extrémité mousse, sont dans un rapport de contact presque immédiat. (Bec à corbin.)

Grosses molaires supérieures. — Les grosses molaires de la mâchoire supérieure présentent, on le sait, chacune trois racines, deux externes et une interne. En raison de cette forme anatomique, elles nécessitent l'emploi de deux daviers, un pour le côté droit et un pour le côté gauche. Le mors interne, mousse, concave, s'adapte à la racine interne, tandis que le mors externe présente, au lieu d'une surface concave, une saillie ou griffe qui s'adapte avec la plus grande facilité à la bifurcation des racines correspondantes. (Fig. n° 2.)

Grosses molaires inférieures. — Les grosses molaires du maxillaire inférieur, au lieu d'avoir trois racines, n'en présentent que deux situées l'une au-devant de l'autre, suivant l'axe de la mâchoire. Un seul davier suffit pour leur extraction, quel que soit le côté auquel on ait affaire. Ce davier a quelque analogie avec le bec à corbin. Ses branches, superposées, présentent des mors coudés à angle droit. Cette disposition permet à l'opérateur, l'instrument formant un angle droit avec le maxillaire, de placer la main sur les côtés de la bouche du malade, et de déployer ainsi une force considérable, que l'on ne pourrait obtenir s'il était construit suivant un autre principe, c'est-à-dire si, comme dans l'ancien davier, les branches de l'instrument en action étaient dirigées dans le sens de la longueur de l'os. Cette force, habilement dirigée, est d'autant plus nécessaire que le tissu osseux de la mâchoire inférieure étant beaucoup plus dense que celui de la supérieure, et les bords alvéolaires infiniment plus serrés, la force de résistance à vaincre est beaucoup plus considérable.

Les deux mors de ce davier sont munis d'une arête ou griffe centrale, avec crête peu saillante, du côté de la face concave, griffe qui vient s'insinuer dans l'interstice correspondant des deux racines. Lorsque l'on opère, les efforts de traction doivent se combiner avec des mouvements de latéralité. Faisons remarquer ici en passant, nous y reviendrons plus bas, que, pour toute extraction de dents à l'aide des daviers dont nous parlons, le mouvement de traction doit être modéré, continu et sans aucune secousse. (Fig. n° 7.)

Nous avons entendu reprocher aux daviers anglais d'être impuissants lorsqu'il s'agit de grosses molaires découronnées. Evidemment les personnes qui parlaient ainsi ne connaissaient qu'imparfaitement nos instruments. Ceux dont nous allons dire quelques mots nous semblent, au contraire, à nous et à tous ceux qui les ont vus agir, merveilleusement appropriés à ce genre de difficulté.

Le davier dont nous nous servons dans cette circonstance diffère de celui dont nous nous servons dans les cas ordinaires pour les molaires de la même région, par son mors externe, dont la griffe présente une longueur en quelque sorte exagérée, et qui dépasse de 2 millimètres environ le niveau du mors interne. La face concave du mors est munie d'une crête médiane très-saillante, de telle sorte que l'extrémité de la griffe puisse pénétrer très-loin en suivant l'interstice des deux racines externes entre lesquelles vient se loger la crête médiane. La disposition des racines des grosses molaires fait que le même instrument ne peut servir pour les deux côtés. Inutile de répéter que l'avulsion se fait par des tractions combinées avec des mouvements de latéralité. (Fig. n° 3.)

Le davier employé pour les grosses molaires inférieures découronnées est le même que celui dont on se sert pour ces mêmes dents entières, sauf une modification, qui, toute légère qu'elle paraisse, n'en est pas moins d'une haute importance. Les griffes terminales et la crête médiane de la face interne du mors sont beaucoup plus prononcées que dans l'instrument ordinaire. Cette saillie leur permet de pénétrer plus profondément dans l'interstice qui sépare les deux racines et de mieux saisir la dent. Une fois bien fait ce premier temps de l'opération, le reste s'exécute avec la plus grande facilité. (Fig. n° 5.)

C'est surtout pour les dents de sagesse tant supérieures qu'inférieures que l'action du davier anglais est certaine, et que son emploi est indispensable; les accidents auxquels ces dents donnent lieu si fréquemment sont aussi nombreux que variés, et leur extraction est d'autant plus difficile qu'à la mâchoire inférieure elles sont presque toujours inaccessibles à la clef de Garengeot. L'impossibilité où est cet instrument de les atteindre est due, d'une part, au peu de saillie qu'offre ordinairement leur couronne, et, d'autre part, à l'espèce d'enclavement qu'elle présente dans la base de l'apophyse coronoïde, apophyse qui à son tour s'oppose à l'application exacte du panneton de la clef.

Avec le davier anglais, la manœuvre de l'extraction est des plus faciles. Pour les dents de sagesse de la mâchoire supérieure, la disposition des mors est semblable à ceux de la forme typique; les branches, légèrement recourbées, présentent une concavité inférieure, qui permet, dans l'application, d'éviter les dents de la mâchoire inférieure. (Fig. n° 4.)

L'instrument destiné aux mêmes dents de la mâchoire inférieure est presque semblable au précédent, mais les branches en sont droites et les mors recourbés. La forme de ces dents représentant un cône à base assez large, la pression latérale exercée sur les branches de l'instrument force les mors à glisser sur la partie déclive de la racine, manœuvre en vertu de laquelle la dent est contrainte à sortir de son alvéole presque sans tiraillement, par un mécanisme semblable à celui de l'énucléation.

Il est évident que l'emploi de ces nouveaux instruments, nous disons nouveaux principalement pour la France, où ils sont encore presque inconnus, exige une manœuvre particulière qui nécessite une éducation spéciale et l'observance de certaines précautions indispensables. Un travail de la nature de celui-ci ne peut renfermer l'exposé complet et détaillé du manuel opératoire. Cependant il est quelques préceptes qui ne seront pas déplacés dans cet écrit, et sur lesquels, avant de terminer, nous appellerons en deux mots l'attention.

Et d'abord, la position respective du chirurgien et du patient pendant l'opération.

Le siége sur lequel est assis le malade doit être peu élevé.

S'agit-il d'une dent de la mâchoire inférieure, le patient sera simplement assis, le corps placé verticalement, la tête légèrement inclinée en avant. Le chirurgien, placé sur le côté, fixera la mâchoire inférieure avec la main gauche, s'il s'agit d'une dent du côté droit, *et vice versa*, l'avant-bras passé en arrière et autour du cou, le pouce appuyé sur le bord libre des dents, et les quatre autres doigts appliqués autour de la région mentonnière.

S'agit-il d'une dent supérieure, le patient sera également assis, mais le corps fortement renversé en arrière, l'occiput reposant sur le dossier du fauteuil, tandis que les quatre doigts et la paume de la main de l'opérateur seront appuyés sur le front et que le pouce sera appliqué sur le bord libre des dents supérieures.

Voilà pour la position.

Sans être très-difficile, la manœuvre du davier doit être faite avec dextérité, avec force, et suivant certaines règles dont la négligence compromettrait le succès de l'opération.

Et d'abord, la dent à enlever étant reconnue, on choisit le davier approprié (voir plus haut) et on en applique avec le plus grand soin les mors, de manière à bien la saisir au-dessous du collet, sur la base de la racine même, enfin l'on serre les branches de façon que l'instrument et la dent, pour ainsi dire, ne fassent plus qu'un tout.

Ceci fait, l'opérateur imprime aux branches de l'instrument, qui les communiquent à la dent, des mouvements de latéralité, alternativement à droite et à gauche, mouvements nécessaires pour rompre la membrane périostale et les adhérences qui unissent la dent aux parties voisines; ces mouvements se trouvent secondés par le mécanisme suivant lequel agissent les mors du davier, qui sont tellement disposés que, plus ils pressent sur le cône formé par la racine, plus l'ostéide tend à s'échapper de l'alvéole par une sorte d'énucléation.

Ces mouvements de latéralité, opérés avec force, mais sans secousse, doivent se combiner avec celui d'une traction continue, modérée et sans aucune brusquerie.

Ceci fait, et les adhérences de la dent étant tout à fait détruites, il ne reste plus qu'à opérer le dégagement des racines, ordinairement assez facile, qui se fait en continuant le mouvement de traction; il va sans dire que, en raison de la disposition anatomique connue des racines, ce mouvement de traction devra quelque peu varier dans les détails de son exécution, détails que la pratique apprendra.

Comme on l'a déjà compris en parcourant les lignes qui précèdent, le travail actuel peut se résumer en deux conclusions principales, essentielles, que nous maintenons parfaitement justes, bien qu'au premier abord elles puissent paraître quelque peu paradoxales à beaucoup de nos lecteurs français.

1° La clef de Garengeot, si longtemps employée pour l'extraction des dents, est un instrument brutal, barbare, inintelligent et insuffisant, qui détermine souvent des accidents graves, et dont les dentistes doivent abandonner l'usage.

2° Les daviers dits daviers *anglais* ou *américains*, et que l'on pourrait à juste titre nommer *odonto-plastiques*, en raison de la construction de leurs mors calculée d'après la forme des dents, présentent sur cette clef et sur les anciens daviers d'immenses avantages. Ils n'exposent pas à broyer les dents, et sont complétement inoffensifs pour les parties environnantes. Ne fût-ce que par humanité, tout praticien consciencieux devra donc leur accorder la préférence sur les anciens instruments.

Que si l'on nous demande dans quel but nous avons entrepris ce travail, il est facile à comprendre.

Un grand nombre des jeunes gens qui se livrent à l'étude des sciences médicales se destinent à exercer leur art dans des petites localités, dans la campagne, où ils seront obligés de faire également la médecine et la chirurgie, et de plus la petite chirurgie, les saignées, l'extraction des dents, etc. Or, pour cette dernière opération, jamais, pendant tout le cours de leurs études, personne ne leur a donné la moindre instruction, le moindre conseil. Un jour, à l'amphithéâtre d'anatomie, ils ont vu un garçon de salle enlever les dents des cadavres avec la clef de Garengeot, sans s'inquiéter s'il brisait ou non les alvéoles ou la mâchoire elle-même; ils ont fait de même, et voilà leur éducation terminée!

Arrivés dans l'endroit où ils doivent exercer, ils procéderont sur leurs clients avec la même inhabileté; où auraient-ils acquis leur expérience? A toutes les difficultés ils n'auront qu'un seul instrument à opposer, détestable instrument qui ne remplit, et fort mal, qu'un petit nombre d'indications, et n'en remplit aucune d'une manière satisfaisante. Imbus de ce funeste préjugé que l'extraction des dents est toujours la chose la plus facile, ils feront comme leurs devanciers, jusqu'au jour où, en face d'un cas difficile, ils seront obligés d'avouer leur impuissance, ou produiront un accident dont les conséquences funestes porteront un coup terrible à leur réputation.

Eh bien, ce que nous voulons, c'est apprendre à ces jeunes médecins, si instruits du reste, combien il leur est facile, sortant de l'ornière de la routine, d'obtenir constamment des résultats satisfaisants, avec une bien moindre douleur pour les patients, en substituant à la clef de Garengeot les nouveaux daviers anglais dont nous venons de parler, et avec lesquels il n'y a plus d'accident possible.

A celui qui nous objecterait le nombre des instruments que semble exiger la pratique que nous conseillons, nous répondrons en disant que dix ou douze daviers suffisent pour ceux qui sont appelés à faire le plus communément l'extraction des dents, et que ce nombre comprend les instruments propres à toutes les indications.

Depuis plusieurs mois, j'ai eu souvent occasion dans les hôpitaux, à Beaujon (1) entre autres, et à Saint-Antoine, de faire la démonstration de mes instruments et d'appliquer immédiatement sur les malades, devant des élèves et des médecins, les principes de ma méthode. Jusqu'à présent, tous ceux qui ont vu ont été convaincus, et plusieurs ont déjà pu répéter bien des fois avec succès les opérations qu'ils m'ont vu faire.

La description d'un instrument, si claire soit-elle, laissant toujours quelque chose à désirer, je termine en prenant l'enga-

(1) Qu'il me soit permis ici de remercier publiquement l'honorable M. Davenne, directeur général de l'Assistance publique, qui m'a généreusement accordé l'autorisation de faire, à l'hôpital Beaujon, la démonstration et l'application publiques des daviers anglais, et de témoigner ma reconnaissance à M. le professeur Malgaigne, qui a bien voulu donner sa haute approbation aux expériences que j'ai faites devant lui.

gement de démontrer à tout médecin et à tout élève en médecine qui en témoignera le désir, la construction des daviers anglais, leur mécanisme et les principes de leur application.

Je serais heureux d'avoir, sur un point de la pratique que l'on regarde à tort comme si peu important et qui ne laisse pas que d'avoir une valeur réelle, puisque son exercice constitue pour bien des hommes instruits une occupation constante et lucrative, je serais heureux, dis-je, d'avoir contribué pour ma part à redresser de vieilles erreurs et à faire marcher l'odontotechnie dans la voie du progrès, au grand avantage, simultanément, du patient et de l'opérateur.

APPLICATION DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE au traitement de la danse de Saint-Guy,

Par M. le Dr V. BURQ.

(Conclusion d'un mémoire adressé sous ce titre à l'Académie de médecine, séance du 25 juillet 1859.)

La danse de Saint-Guy ne paraît être dans la très-grande majorité des cas qu'une simple névrose, souvent caractérisée, ainsi que beaucoup de névroses, par un affaiblissement plus ou moins marqué de la sensibilité et de la contractilité générale ou spéciale. Une différence très-remarquable, qui nous a paru exister cependant entre cette affection et les névroses dont elle semble parfois la plus voisine, c'est que, par suite de besoins que nous dirons plus loin, tandis que la dyspepsie est, dans l'hystérie par exemple, un phénomène habituel, dans la danse de Saint-Guy il peut arriver d'observer tout le contraire, c'est-à-dire la cooservation de l'appétit et quelquefois même une certaine voracité.

Le tempérament nerveux, un certain relâchement de la fibre, et tout ce qui constitue l'état chloro-anémique des auteurs, prédispose singulièrement à cette affection, et probablement en est-il de même de la diathèse rhumatismale.

Dans les causes efficientes de la danse de Saint-Guy, il en est deux qui sont surtout à noter :

1° Une sorte de *vis a tergo*, résultant presque toujours de l'accumulation dans les centres de production de la force nerveuse, qui n'est plus dépensée au même degré par les organes frappés d'anesthésie, d'amyosténie, de paralysie ou de tout autre phénomène *anervique*, tel que l'aménorrhée.

2° Une influence morale quelconque, mais à effet rapide, la peur, le plus souvent, qui, venant tout à coup surprendre l'organisme désarmé, rompt brusquement, et pour un temps plus ou moins long, qu'on nous passe le mot, les *détentes nerveuses*, et laisse désormais se consumer en pure perte et dépenser au hasard la force nerveuse, qui cesse d'être contenue : c'est cette dépense incessante, et quelquefois outrée, qui amène chez certains choréiques des besoins inusités de réparation.

Parfois cependant, la première de ces causes surtout ne se retrouve pas, et peut-être alors son absence, indiquée surtout par le manque d'anesthésie et d'amyosthénie, ou de tous autres signes négatifs du même ordre, marque-t-elle précisément le cas où le rhumatisme a été cité comme jouant le principal rôle dans cette maladie.

L'anesthésie, l'amyosthénie et tous les phénomènes anerviques ou négatifs qu'on peut y rencontrer, sont si bien en ce cas le fonds commun de la danse de Saint-Guy, aussi bien que du plus grand nombre des névroses, que les moyens, tant internes qu'externes, qui sont particulièrement efficaces pour les guérir, n'ont et ne peuvent avoir d'autre effet, comme nous l'avons dit ailleurs si souvent, que d'agir sur la sensibilité et sur la contractilité, et de ramener ces deux grandes fonctions à des conditions normales. Exemple : A l'extérieur, les bains sulfureux, l'hydrothérapie sous toutes ses formes, et la gymnastique ; à l'intérieur, les toniques, la strychnine surtout, et certains agents dynamiques, tels que le fer, le zinc, etc., dont il est toujours facile de suivre les effets à l'aide de l'esthésimètre et du dynamomètre.

Aux agents externes les plus actifs, la métallothérapie en a déjà depuis longtemps ajouté de nouveaux. Ces moyens consistent simplement dans l'application, un peu au-dessus de chaque grande articulation malade, de certains métaux, le *cuivre*, le *laiton*, *l'acier*, *l'argent*, *l'or*, etc, sous forme d'anneaux ou bracelets de 5 à 6 centimètres de largeur.

Le laiton étant un des métaux qui agit le plus souvent, on a grande chance de guérison en s'adressant à lui tout d'abord ; mais c'est là une pratique vicieuse, car son succès dépend tout du hasard.

Pour ne point s'exposer à perdre du temps, ou faire de traitement inutile, il faut que *l'exploration métallique* préalable vienne dire entre ces métaux quel est celui qui doit avoir la préférence.

Cette exploration se fait de la manière suivante :

Après avoir constaté l'état d'insensibilité d'une région quelconque de la peau, mais sur un des membres supérieurs de préférence, par la facilité que cela donne à l'opérateur, on y applique successivement, en commençant par le cuivre, le laiton et la tôle d'acier, une petite plaque ou un objet vulgaire de ces métaux jusqu'à ce qu'on trouve le métal qui ramène promptement et franchement (cinq, dix ou quinze minutes au plus suffisent) la sensibilité d'abord sur le lieu même de son application et de là au voisinage.

Ce métal trouvé, il en sera fait des applications permanentes le premier et le deuxième jour, et les jours suivants des applications de huit à dix heures seulement, en une ou plusieurs fois, puis la guérison ne tardera pas à suivre, à moins que, ce qui se voit quelquefois, l'action métallique ne vienne promptement à s'épuiser.

Si l'anesthésie fait défaut, on interrogera avec le dynamomètre la force musculaire, et si la pression de l'une ou de l'autre main, par exemple, indique une certaine faiblesse (amyosthénie), l'application sur l'avant-bras correspondant d'un large anneau ou bracelet de métal approprié, s'il en existe pour le cas particulier, ramènera en un temps également très-court la force vers l'état normal.

Enfin, s'il n'y avait ni anesthésie ni amyosthénie, l'exploration devrait s'adresser aux désordres choréiques eux-mêmes ; mais alors le tâtonnement que demande cette opération serait naturellement un peu plus long, sans cesser d'être tout aussi facile.

Ainsi, une application partielle d'un ou deux bracelets de laiton, de tôle d'acier, d'argent, d'or, etc., sur celui des membres supérieurs qui est le plus affecté, dira parfaitement au bout d'un jour ou deux au plus si l'on peut compter ou non sur ce moyen pour la guérison.

En général, pour hâter le dénoûment, on se trouvera parfaitement, à l'imitation des prescriptions ordinaires de la métallothérapie, d'administrer intérieurement, sous une forme et à doses convenables, le même métal dont on aura constaté l'action à l'extérieur.

M. le docteur Bouchut, dans les remarquables observations qu'il a publiées récemment sur ce sujet, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, cite précisément un exemple où le cuivre lui a été aussi utile à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Lorsque l'exploration n'a eu aucun succès, ou que même les applications métalliques ont paru exaspérer les accidents, comme M. Bouchut et moi l'avons observé plusieurs fois, il ne faut point encore renoncer à ce précieux moyen.

On essayera d'abord des applications humides de laiton, qui nous ont rendu tant de services pour le traitement des crampes des cholériques en 1849, alors que sèches elles avaient échoué, et que nous faisions simplement par l'interposition entre le métal et la peau d'un linge en plusieurs doubles trempé dans l'eau salée ; et si ce moyen ne réussit pas encore, il restera une dernière et bien précieuse ressource dans ce que nous avons appelé les *applications électro-métalliques* (forme d'application des métaux encore entièrement inédite, bien que ses succès datent déjà de dix années).

Les applications électro-métalliques qui nous ont le mieux réussi étaient faites également avec des bracelets de laiton, mais des bracelets transformés en éléments de pile, par l'addition d'une plaque de zinc de même dimension disposée tantôt en dedans et tantôt en dehors du laiton, de façon que les bracelets puissent se présenter à la peau alternativement du côté du pôle zinc et du côté du pôle cuivre. Ces deux plaques étaient simplement cousues ensemble, sur deux épaisseurs d'un tissu épais et très-perméable, tel que du molleton ou une vieille couverture en coton, dont l'une intérieure à destination de la peau, et l'autre serrée entre les deux feuilles de métal. Les bracelets ainsi faits étaient trempés dans de l'eau acidulée au moment même de les employer, et lorsque l'application devait durer plus d'une heure ou deux, on les retrempait dans le même liquide pour les maintenir tout le temps, à ce que nous supposions du moins, en *un état électrique*.

Les applications métalliques humides, et à plus forte raison celles dites électro-métalliques, bien qu'à vrai dire elles diffèrent peut-être très-peu des précédentes, nous semblent avoir des indications toutes spéciales, et nous ont paru surtout s'adresser aux cas de chorée, où il n'existe point d'autres désordres de sensibilité et de myotilité que ceux inhérents à la maladie elle même. Les applications électro-métalliques constituent une pratique un peu difficile parce qu'elle est assujettissante, et qu'elle a souvent l'inconvénient d'irriter la peau, à cause de l'acide dont il est nécessaire d'imprégner les armatures en quantité assez notable, mais auquel la suite apprendra sans doute qu'il est tout aussi avantageux de substituer une solution concentrée de sel marin.

Pour ces motifs, c'est ici surtout que la métallothérapie, qui s'efforce de ne jamais rien livrer au hasard, recommande de bien s'assurer à l'avance des effets des nouveaux agents par une exploration préalable sur les désordres choréiques d'un membre, à l'aide de deux de ces bracelets ou anneaux électro-métalliques, ayant l'un le pôle zinc et l'autre le pôle cuivre dirigé vers la peau.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 juillet 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Traitement des plaies et ulcères par l'emploi du mélange désinfectant du plâtre et coaltar. — M. VELPEAU s'exprime en ces termes :

Sans être en mesure de faire un rapport circonstancié sur l'emploi de la poudre désinfectante proposée par MM. Corne et Demeaux, je crois cependant devoir entretenir un moment l'Académie des expériences tentées sous mes yeux depuis lundi à l'hôpital de la Charité.

Une large plaie ulcéreuse du sein avec mortification de la peau a été pansée avec ce topique, soit en poudre, soit en pommade. La suppuration s'est amoindrie et a perdu son odeur, en même temps que les surfaces malades se sont détergées, et sans qu'il en soit résulté de douleur, le moindre accident particulier.

Il en a été de même chez une autre jeune femme atteinte d'un large abcès de la mamelle avec eschare des téguments.

Chez une autre femme rongée par un vaste cancer ulcéré qui occupe tout le côté gauche de la poitrine et l'aisselle, l'odeur du pus a disparu de la même façon à l'aide de deux pansements par jour.

Chez un quatrième malade, un jeune homme qui a eu la main écrasée par une chaudière, il est survenu une mortification presque complète de l'un des doigts. Samedi matin, ce doigt était en putréfaction complète et répandait une odeur infecte. On l'a pansé matin et soir avec la poudre plâtrée. Ce matin le doigt est comme momifié, il n'y a plus d'odeur, et le travail morbifique n'a plus fait de progrès.

Ainsi, sur les plaies comme pour les matières animales séparées du corps, la poudre Corne désinfecte sur-le-champ, et ne laisse à la place de l'odeur détruite qu'une légère odeur de bitume qui n'a rien de désagréable.

J'ajoute que ce mode de pansement ne cause pas de douleur, d'irritation, de gonflement, d'inflammation notables, qu'il semble plutôt favoriser que troubler le travail de détersion et de cicatrisation ; qu'il n'y a par conséquent aucun inconvénient à l'appliquer aux divers ulcères, plaies ou blessures qui peuvent avoir besoin d'être désinfectés.

Les mêmes expériences faites par d'autres personnes ont d'ailleurs donné les mêmes résultats. M. Bouley, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort, m'a fait passer une note qui le prouve sans réplique. La voici :

« Depuis lundi dernier, le topique de MM. Corne et Demeaux a été expérimenté à la clinique de l'école d'Alfort sur un grand nombre de plaies et de matières putrides, et les résultats obtenus ont été en tous points conformes à ceux que M. Velpeau a fait connaître à l'Académie des sciences. Les plaies les plus infectes, telles que celles du garrot et de la région parotidienne, par exemple, sont devenues inodores sous l'influence de l'application de ce topique, qui me paraît, en outre, exercer une influence très-favorable à leur cicatrisation.

» Alfort, 24 juillet 1859. H. BOULEY. »

On peut donc dès à présent affirmer que cette matière est de nature à rendre quelques services dans le pansement de certaines plaies, et que peut-être il serait bon de la signaler aux médecins et chirurgiens qui prodiguent actuellement leurs soins aux trop nombreux blessés de l'armée d'Italie.

Sur la neutralité des saveurs et des odeurs, et sur la neutralité chimique en général. — **M. CHEVREUL** demande la parole après M. Velpeau, et s'exprime en ces termes :

Je souscris de confiance à l'opinion de M. Velpeau ; car sur la question soumise à la commission, je ne puis avoir d'autre opinion que la sienne.

Mais en acceptant de faire partie de la commission chargée d'examiner la préparation de MM. Demeaux et Corne, j'ai pensé mettre cette occasion à profit pour augmenter le nombre de mes observations sur les propriétés organoleptiques en général, et en particulier sur les odeurs.

Ici M. Chevreul entre dans des considérations étendues sur les odeurs rapportées aux espèces chimiques auxquelles elles appartiennent, et sur la manière dont il envisage leur *neutralité*. Nous nous bornerons à reproduire la partie de cette discussion qui a directement trait à la désinfection des matières organiques, et particulièrement des produits pathologiques par le mélange soumis à l'examen de l'Académie.

L'exposé des considérations précédentes expliquent l'empressement que j'ai mis à m'occuper de la poudre de MM. Demeaux et Corne, et le point de vue sous lequel j'ai dû l'envisager, dit M. Chevreul, je vais parler des observations dont elle a été l'objet relativement à trois liquides odorants que ces messieurs ont eu la complaisance de me remettre.

Liquide cancéreux altéré extrait d'un cadavre vingt-quatre heures après la mort et examiné quarante-huit heures après l'autopsie (n° 1). — L'odeur en était excessivement désagréable, nauséabonde et fade, plutôt que forte. J'y saisissais en outre l'odeur ammoniacale et l'odeur sulfurée (1). La réaction de l'atmosphère du vaisseau sur les papiers de tournesol et de plomb justifiait l'existence de la matière de ces odeurs.

a. 5 centimètres cubes du liquide mêlés avec 5 centimètres cubes de poudre ont sans aucun doute, je le reconnais, perdu de leur odeur, mais leur odeur, non.

Ce mélange exhalait, avec l'odeur du coaltar, une odeur nauséabonde si sensible, que j'en ai conservé l'impression plus de six heures après l'avoir observée.

b. 5 centimètres cubes de liquide mêlés avec 5 centimètres cubes de plâtre pur avaient une odeur plus forte que *a*, et certes l'odeur du coaltar est pour quelque chose dans l'affaiblissement de celle du mélange *a*.

c. 5 centimètres cubes de liquide mêlés avec 5 centimètres cubes de chaux hydratée ont exhalé une forte odeur ammoniacale, avec une odeur nauséabonde.

d. 5 centimètres cubes de liquide mêlés à 5 centimètres cubes d'une solution d'acétate de plomb (représentant 10 grammes par volume de 100 centimètres cubes) n'ont pas perdu leur odeur nauséabonde. Et en ajoutant à plusieurs reprises 5 centimètres cubes d'acétate chaque fois, voici ce qu'on a remarqué.

5 centimètres cubes ont produit une odeur aigrelette désagréable à cause de l'acide acétique.

5 centimètres cubes nouveaux ont affaibli l'odeur.

5 centimètres cubes nouveaux l'ont affaiblie encore, et je ne puis mieux comparer celle que j'ai sentie qu'à celle que j'ai signalée plus haut sous la dénomination d'*odeur fade nauséabonde*.

e. 5 centimètres cubes de liquide, mêlés successivement avec 20 centimètres cubes d'une solution de chlorure de zinc, n'ont point été privés de leur odeur.

f. 5 centimètres cubes de liquide mêlés à 5 centimètres cubes d'hypochlorite de chaux n'ont pas été complétement désinfectés, mais toute odeur nauséabonde a disparu par l'addition de 5 autres centimètres cubes d'hypochlorite. Alors restait une odeur particulière à l'hypochlorite.

Matrice cancéreuse en putréfaction complète (n° 2). — L'atmosphère du flacon où elle était renfermée agissait lentement sur le papier rouge de tournesol, et plus lentement encore sur le papier de plomb.

Le liquide, délayé dans un peu d'eau, violetait le papier bleu de tournesol, et plus légèrement le papier rouge. Je connais beaucoup de faits analogues, lors même qu'il ne s'agit que de sels inorganiques, comme des phosphates à base de potasse et de soude. Ces faits s'expliquent très-bien par la manière dont j'envisage la neutralité.

a. 5 centimètres cubes de cette matière, 5 centimètres cubes de poudre, sont encore très-odorants ; 5 centimètres cubes de poudre ajoutés ne font pas disparaître toute l'odeur de putréfaction.

b. 5 centimètres cubes de matière n° 2 et 10 centimètres cubes de plâtre ont plus d'odeur que *a*.

c. 5 centimètres cubes de matière n° 2 et 10 centimètres cubes de chaux dégagent de l'ammoniaque sans que l'odeur spéciale soit neutralisée.

d et *e.* L'acétate de plomb et le chlorure de zinc employés en volume double de celui de la matière n° 2 n'enlèvent pas l'odeur.

f. L'hypochlorite de chaux à volume égal a désinfecté la matière n° 1, mais il reste une odeur chlorée.

Je ne dirai rien des matières examinées quarante-huit heures après le mélange, sinon que le mélange de chaux exhalait une très-légère odeur de fosse d'aisances récemment vidée.

Matière en putréfaction provenant d'une opération chirurgicale (n° 3). — Cette matière a présenté des résultats analogues aux précédents ; je n'en fais mention que pour faire remarquer que j'ai opéré sur trois matières différentes.

(1) Dans les considérations générales qui précèdent, M. Chevreul admet les odeurs principales suivantes, dans les matières animales complexes en putréfaction : 1° odeur sulfurée ; 2° ammoniacale ; 3° butyrique acide et 4° odeur de poisson ; 5° odeur fade, nauséabonde.

Après quarante huit heures, le mélange du n° 3 avec la chaux exbalait l'odeur de fosse d'aisances récemment vidée.

En définitive, je reconnais que la poudre de MM. Demeaux et Corne atténue l'odeur des matières en putréfaction, et que cet effet est en partie dû à l'intervention du coaltar agissant comme corps odorant.

C. *Des corps susceptibles de conserver les matières organiques.* — Je n'ai parlé jusqu'ici de la poudre de MM. Demeaux et Corne que comme *désinfectant.* Maintenant je vais examiner si elle ne pourrait pas agir en prévenant l'altération des matières qui exsudent des plaies, car, entre les propriétés de *désinfecter* et de prévenir la *putréfaction*, il peut exister une extrême différence. Je dis *peut exister*, et non il *existe toujours*, une extrême différence, par la raison qu'il peut y avoir un agent capable de transformer en produits inodores une matière susceptible de se putréfier, aussi bien que les produits odorants provenant de cette putréfaction. Un tel agent aurait donc la double propriété de prévenir la putréfaction et d'en détruire les produits une fois qu'elle aurait eu lieu; mais je ne veux parler que des cas où la putréfaction est prévenue par des corps non altérants.

Les corps appelés tannins, et l'acide tannique en particulier, préviennent la putréfaction des corps qu'ils tannent, parce qu'ils s'y combinent en formant des composés qui, quoique organiques, ne s'altèrent plus dans les circonstances où ils s'altéraient auparavant. Ainsi la peau unie à l'acide tannique ne peut plus se putréfier, une fois qu'elle est devenue par cette combinaison insoluble dans l'eau.

Mais les produits odorants de la putréfaction de la peau n'étant pas susceptibles de former des composés inodores avec l'acide tannique, celui-ci ne peut désinfecter la peau en putréfaction.

La plupart des sels métalliques, le chlorure de zinc, etc., se conduisent d'une manière analogue; ils peuvent former des composés qui ne se putréfient plus, mais ils sont insuffisants pour désinfecter, ainsi que j'en ai rapporté des exemples.

Maintenant supposons que des liquides exsudent d'une plaie, et qu'ils en sortent inodores, comme cela arrive fréquemment; s'ils se trouvent en contact avec la poudre de MM. Demeaux et Corne, ils pourront être absorbés par elle. Sans parler de l'action chimique qui pourra se passer, je conçois très-bien que le liquide absorbé ne sera plus dans les conditions où il se serait trouvé s'il eût été absorbé par un linge; je conçois donc qu'il pourra ne pas s'altérer et que, sous ce rapport, la poudre de MM. Demeaux et Corne sera avantageuse dans le pansement des plaies.

M. BUSSY présente ensuite les remarques suivantes :

Sans élever aucun doute sur les propriétés du mélange expérimenté par M. Velpeau, je pense qu'il eût été juste et utile de rappeler dans le rapport verbal qu'il vient de faire à l'Académie, que beaucoup de produits très-anciennement connus jouissent de propriétés analogues et ont été employés avec plus ou moins de succès dans le même but.

Ainsi le charbon en poudre, les chlorures de chaux, de soude et de potasse, la créosote, le goudron, les produits de la distillation du bois, les sels de plomb, etc., sont journellement employés soit pour prévenir la putréfaction, soit pour opérer la désinfection des matières animales putréfiées.

Ces mêmes produits sont également utilisés dans le traitement des plaies de mauvaise nature dont elles absorbent l'odeur fétide. Il appartenait à notre savant confrère, qui connaît mieux que personne les avantages et les inconvénients des moyens dont il s'agit, de les rappeler afin de faire à chaque procédé la part qui lui appartient, mais surtout afin d'éviter que les chirurgiens qui jugeraient convenable de recourir aux agents antiseptiques dans les circonstances indiquées, ne soient entraînés à délaisser comme inutiles des moyens éprouvés qui ont certainement leur valeur, en vue d'un moyen préférable peut-être, mais qu'ils pourraient n'avoir pas sous la main comme ceux que nous venons d'énumérer.

M. DUMAS prend ensuite la parole et s'exprime en ces termes :

Chacun comprendra qu'il y a ici deux choses à considérer : d'une part l'importante et heureuse application qui vient d'être faite du plâtre humecté de coaltar à la désinfection des matières putrescentes, de l'autre les principes scientifiques qui en donneront l'explication : le service rendu mérite évidemment une reconnaissance bien indépendante de sa théorie. Il est juste de dire, peut-être, qu'au point de vue purement pratique le goudron, l'huile de goudron ont été conseillés, il semble, comme désinfectants, pour la première fois par un homme utile et modeste, M. Siret, pharmacien à Meaux, dont l'Académie a couronné le travail. Après avoir montré tout le parti qu'on pouvait tirer de l'emploi des sels métalliques pour la désinfection des vidanges, il ajoutait que celle-ci était bien plus parfaite si on faisait intervenir le goudron. Notre confrère M. Boussingault fit voir à la commission des arts insalubres que les expériences de M. Siret étaient tout à fait exactes, et M. Payen, dont j'invoquerai les souvenirs en l'absence de M. Boussingault, peut également l'attester.

Depuis lors, il est à ma connaissance qu'on a fait usage du goudron de houille en Angleterre dans les exploitations rurales pour désinfecter les animaux morts, et que l'emploi en a même été conseillé comme moyen d'assainissement des cadavres sur les champs de bataille.

Ces circonstances avaient souvent attiré mon attention sur le phénomène dont l'Académie s'occupe et m'avaient conduit à en chercher l'explication. J'avoue que dans les données de la science rien ne me semblait propre à la fournir, tant que M. Schoenbein n'avait pas publié ses curieuses expériences sur la formation abondante de l'ozone dans l'air mêlé de vapeur d'essence de térébenthine. Il me sembla alors que la vapeur d'huile de goudron pourrait bien ozoniser l'air également.

S'il m'était permis de le faire, j'oserais indiquer à la commission, et surtout à notre illustre confrère M. Chevreul, cette vue dont la constatation demande une main exercée et sûre comme la sienne. On comprend que si les vapeurs de coaltar ozonisaient l'air, il ne faudrait pas chercher ailleurs que dans la combustion prompte des miasmes odorants produits par cet oxygène ozonisé la cause de la destruction de l'odeur putride des matières animales en décomposition.

Bien entendu que l'emploi de plâtre imprégné de coaltar peut produire trois effets bien distincts :

1° La destruction des gaz ou vapeurs infects déjà dégagés dans l'air par leur combustion au moyen de l'ozone qui serait engendré par les vapeurs du coaltar;

2° L'empêchement apporté au dégagement de nouveaux fluides élastiques infects par l'action solidifiante du plâtre sur des liquides propres à les engendrer;

3° Le temps d'arrêt mis au développement de la putréfaction par quelques uns des produits que renferme le coaltar, et en particulier l'acide phénique dont les moindres traces, sous forme de phénate de soude, suffisent pour assurer la conservation des matières animales à l'air libre et même celle du poisson.

M. PAYEN demande à l'Académie la permission de répondre à l'appel fait à ses souvenirs, qu'en effet il a eu connaissance des applications réalisées en Angleterre dans la conservation des viandes à l'aide du goudron; que les procédés de désinfection proposés par M. Sirey et répétés avec succès par M. Boussingault en employant des mélanges du charbon, de goudron et de sels métalliques, avaient également frappé son attention.

Au point de vue théorique, il avait été conduit à penser que divers agents réducteurs pouvaient avoir dans ces occasions une efficacité réelle pour prévenir ou pour arrêter la fermentation putride, soit en s'opposant à la formation des ferments spéciaux, soit en paralysant l'action de ces ferments développés.

Plusieurs expériences entreprises d'après ces vues lui ont donné de bons résultats. Ainsi l'addition d'une faible dose d'essence de térébenthine dissoute dans l'eau a suffi pour prévenir la putréfaction de l'urine pendant plusieurs jours, et tandis qu'une partie de ce liquide abandonné à lui-même éprouvait une fermentation ammoniacale très-avancée; or on sait, d'après les expériences en grand de M. Jacquemart, combien la présence des dépôts contenant le ferment spécial des urines hâte les progrès de la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque.

Guidé par les mêmes vues et se rappelant quelques faits antérieurement constatés, M. Payen a employé avec succès l'acide *pyroligneux* (contenant, outre l'acide acétique, les divers produits goudronneux du bois distillé à haute température) pour conserver la chaire musculaire et plusieurs substances animales très-altérables, comme pour prévenir les altérations spontanées et même le développement des végétations cryptogamiques dans l'encre ordinaire en contact avec l'air atmosphérique.

De tous ces faits, M. Payen serait porté à croire qu'il pourrait être utile au point de vue théorique d'examiner si le goudron de houille ou coaltar contenu dans le nouvel et remarquable agent signalé par M. Velpeau, aurait, suivant les cas, une efficacité réelle, soit en empêchant la formation des ferments de putréfaction, soit en arrêtant ou ralentissant les progrès de la fermentation putride, si tant est que dans ces circonstances il y ait fermentation. C'est ce que pourront démontrer les observations ultérieures de M. Chevreul.

M. ÉLIE DE BEAUMONT dit que, dans cette discussion si instructive et si pleine d'intérêt, un point surtout lui paraît prédominer : c'est que la composition nouvellement découverte, dont on ne saurait révoquer en doute la vertu désinfectante, peut, d'après l'autorité si compétente en ces matières de M. Velpeau, être appliquée sur les plaies sans nuire à leur guérison.

M. VELPEAU, prenant une seconde fois la parole sur la question, s'exprime en ces termes :

Que le mélange de plâtre et de coaltar agisse sur les matières putrides ou infectes en *neutralisant* ou de toute autre façon, c'est à M. Chevreul, membre de la commission, ou aux chimistes en général de le dire; ce qu'il y a de certain, c'est qu'il détruit ou fait disparaître l'odeur autrement que par une simple substitution; car l'odeur de bitume donnée ensuite par le produit n'est point du tout en proportion du phénomène disparu.

Il est généralement vrai, comme le pense M. Chevreul, que le pus, que les différentes sortes de pus sont inodores au moment de leur exsudation, et que l'odeur ne leur vient que par le contact de l'atmosphère; mais il est vrai aussi qu'une fois excrété, le pus est susceptible de changements non moins nombreux que variés : qu'à l'état homogène, crémeux, les plaies le supportent sans peine, en ont en quelque sorte besoin pour parcourir leurs différentes phases sans encombre; que séreux, ou roussâtre, ou floconneux, etc., il est souvent, au contraire, assez âcre pour irriter, creuser, ulcérer, éroder les plaies et en dénaturer la cicatrisation; qu'une fois en stagnation à l'air sur des tissus chauds, vivants, malades, il peut devenir l'objet de réactions chimiques importantes, de transformations telles, que de doux il deviendra âcre, que des corps nouveaux s'y développeront, que de l'ammoniaque, de l'acide sulfhydrique, etc., pourront y être reconnus et devenir une source de dangers pour l'organisme.

A ce point de vue, le topique Corne serait précieux. Absorbant le pus au fur et à mesure de sa formation, il empêcherait ce produit de se décomposer, et en débarrasserait les plaies avant l'établissement des odeurs nuisibles ou des nouvelles combinaisons dont il est susceptible.

Il est évident, d'un autre côté, que la poudre désinfectante ne se borne point à empêcher le développement de l'odeur; elle la détruit aussi, et sur le-champ, à quelque degré qu'elle se soit établie : c'est même là sa qualité la plus manifeste, la plus importante.

Au sujet des expériences comparatives, je répondrai à M. Bussy que je n'en ai point fait depuis lundi, mais qu'elles ont été faites antérieurement avec les chlorures de soude, de chaux, de zinc, d'étain, etc.; avec le nitrate de plomb, avec l'hyposulfite de soude, avec le charbon, la chaux, la créosote, etc., et que le moyen nouveau l'emporte certainement sur les anciens par son bas prix, son innocuité et la facilité de son emploi. D'ailleurs il s'agit là d'un sujet tout nouveau qui devra être étudié sous toutes ses faces, et dont je n'ai nullement la prétention de faire connaître dès aujourd'hui ni la valeur définitive ni les inconvénients réels.

Que des essais du même genre aient déjà eu lieu, comme semble le supposer M. Dumas, je ne puis ni l'affirmer ni le nier, n'ayant point eu à rechercher la justesse ni la nature des prétentions de M. Corne sous ce rapport.

La question des odeurs en général soulevée par M. Chevreul, la théorie de la désinfection, tout ce qui concerne la conservation des matières animales que M. Dumas vient de toucher, sont assurément très-dignes d'occuper l'Académie; mais ce sont des questions trop vastes par elles-mêmes pour que notre commission puisse les discuter, et qui en définitive incomberaient à M. Chevreul seul.

En somme, je n'ai pu et voulu donner, quant à présent, qu'un simple aperçu des faits dont j'ai été témoin, et qui me permettent de conclure que :

1° Le mélange de plâtre et de coaltar employé par MM. Corne et Demeaux désinfecte sur-le-champ les matières animales en putréfaction;

2° Ce mélange absorbe les liquides en même temps qu'il empêche l'odeur infecte à la surface des plaies, des ulcères, des tissus mortifiés ou gangrenés;

3° Favorable plutôt que nuisible aux plaies elles-mêmes, il peut être essayé sans crainte partout et par tout le monde en chirurgie;

4° Que par conséquent il y a lieu d'espérer que ce moyen pourra être de quelque service près de nos pauvres blessés de l'armée d'Italie.

Des faits plus variés et l'avenir apprendront le reste.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 15 juillet, MM. Verga, Colta, Guerini, Griffini et Conti, médecins dans l'armée piémontaise, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— On assure qu'à la suite de la dernière assemblée de la Faculté qui a eu lieu vendredi dernier, M. le professeur Trousseau a donné sa démission de membre de la commission chargée par M. le ministre de l'instruction publique d'examiner le programme de la chaire de pharmacie près ladite Faculté.

— On lit dans le *Bulletin de médecine et de pharmacie militaires* : « D'après des bruits qui paraissent fondés, le ministre de la guerre aurait désigné les membres qui doivent composer la commission appelée « à préciser » nettement les devoirs et les prérogatives du corps de santé militaire, » conformément au 6e alinéa du rapport à l'Empereur annexé au décret du 23 avril dernier. Présidée par un maréchal de France, la commission serait complétée par deux officiers généraux, deux intendants et deux inspecteurs du service de santé. Elle s'assemblerait très-prochainement, et sa décision ne tarderait pas à être connue. »

— Une correspondance de l'armée d'Italie signale comme ayant été blessés à la bataille de Solferino : M. Besnard, médecin major au 76e de ligne, blessé à la jambe. Dans le temps même où il était frappé du projectile, le mulet de sa cantine d'ambulance était tué à ses côtés par un biscaïen. — M. Ouradou, médecin-major au 6e batallion de chasseurs à pied, qui a reçu une forte contusion à la cuisse gauche, par un éclat d'obus, pendant qu'il pansait les blessés entre les lignes. — Enfin, M. Verdier a également été blessé.

— Une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux sera mise au concours, et les épreuves commenceront le 12 décembre prochain.

Pendant la durée de ses fonctions, le chirurgien adjoint remplacera, en cas d'absence, le chirurgien titulaire auquel il sera attaché, et fera, aux époques qui lui seront assignées, le service mensuel des admissions et des consultations à l'hôpital Saint-André.

Les fonctions d'adjoint sont gratuites; sauf dans le cas de remplacement du titulaire pendant un ou plusieurs mois et le service des admissions. Le chirurgien adjoint deviendra titulaire par délibération de la commission, successivement : 1° Dans les hospices des Enfants-Trouvés, des Vieillards et des Incurables; 2° à l'hôpital Saint-André. La durée de ses fonctions dans cet hôpital sera de cinq ans.

— Depuis un mois, M. le docteur Chaumet (dont nous avons annoncé récemment la nomination comme chevalier de la Légion d'honneur) est en proie aux plus graves accidents d'une piqûre anatomique. Si les symptômes généraux permettent à ses amis, à ses confrères, et nous pouvons ajouter à la population entière de Bordeaux, d'avoir quelque confiance dans l'avenir, les symptômes locaux ne permettent pas d'annoncer encore au public médical la convalescence du chirurgien habile dont la maladie ne cesse d'exciter de si nombreuses sympathies. (*Union méd. de la Gironde.*)

— Le comité balnéologique de la Société impériale des médecins de Vienne remet au concours la question suivante : « Déterminer, par » des observations originales, l'utilité des eaux thermales naturelles, » alcalines et sulfureuses, au point de vue du diagnostic et du traite- » ment des maladies syphilitiques. »

Le prix consistera en une médaille d'or. Les mémoires destinés au concours devront être adressés, dans les formes reçues, à M. Flechner, secrétaire du comité balnéologique, à la Société impériale des médecins de Vienne, avant le 31 décembre 1860.

— La maison du médecin qui vers 1630 a inventé le journalisme (*Gazette de France*), les Monts-de-Piété et les bureaux de placement et de renseignement, — Théophraste Renaudot, — va disparaître dans les démolitions exécutées en face du Palais de justice pour la continuation du boulevard de Sébastopol. Notre spirituel confrère M. F. Roubaud a publié, il y a quelques années, sur Théophraste Renaudot, un livre que nous recommandons à nos lecteurs.

— M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, fera, durant les vacances, le résumé de la pathologie cutanée spéciale (dartres, teignes, syphilides). La première leçon aura lieu le mardi 9 août, à huit heures et demie. La visite des salles Saint-Charles et Saint-Jean à huit heures.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 AOUT 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

La question de la désinfection des plaies et des matières organiques en putréfaction, mise à l'ordre du jour par la communication récente et les expériences de MM. Corne et Demeaux, prend décidément de l'importance. Elle avait occupé une grande partie de la dernière séance de l'Académie des sciences, ainsi qu'on a pu en juger par le dernier compte rendu, elle a occupé hier la séance tout entière de l'Académie de médecine. La question a été introduite dans l'enceinte de la rue des Saints-Pères par M. Renault (d'Alfort). M. Renault nous a appris que pendant que le mélange de plâtre et de coaltar était expérimenté à la Charité, dans les salles de M. Velpeau, il en faisait aussi l'essai de son côté dans l'amphithéâtre d'Alfort. Après avoir expérimenté ce mélange sur des débris d'animaux parvenus à différents degrés de putréfaction, il a essayé, comparativement avec le coaltar, l'essence de térébenthine, la créosote et le goudron ; il les a essayés tantôt isolément, tantôt mélangés avec du plâtre, suivant la méthode de M. Corne. De ces diverses expériences il est résulte pour lui : que toutes ces substances ont des propriétés désinfectantes, mais à des degrés divers ; que ces propriétés sont moins développées lorsque la substance pyrogénée ou balsamique est employée seule, que lorsqu'elle est mélangée avec le plâtre ; enfin le mélange de plâtre et de goudron lui a paru désinfecter peut-être un peu mieux que celui de plâtre et de coaltar. Du moins lui a-t-il semblé que l'odeur goudronneuse du premier mélange était moins désagréable à sentir que l'odeur bitumineuse du second.

Après M. Renault, son collègue M. Bouley a aussi exposé les résultats qu'il a constatés. On les connait déjà en partie par la citation qu'en a faite M. Velpeau à l'Académie des sciences ; mais il est intéressant de les rapprocher ici de ceux de M. Renault, parce qu'ils se complètent mutuellement. M. Renault a fait ses expériences sur des matières animales en putréfaction, M. Bouley a fait les siennes sur des surfaces traumatiques et des plaies de mauvaise nature. Il a choisi principalement celles qui exhalent habituelllement les odeurs les plus fétides et les plus pénétrantes, c'est-à-dire les plaies de la glande parotide, du garrot, celles de la veine jugulaire, etc. Les émanations repoussantes qu'exhalaient ces plaies ont cessé à l'instant pour faire place à une odeur bitumineuse très-supportable. « En un mot, a dit M. Bouley, l'application de la substance désinfectante a eu pour résultat immédiat de rendre très-abordables des animaux qui, surtout dans les conditions actuelles de la température, étaient quelques moments auparavant littéralement repoussantes. »

Toutes ces expériences, comme on le voit, et ainsi que l'a fait remarquer M. Velpeau, arrivent au même résultat ; elles consacrent les propriétés désinfectantes du mélange de plâtre et de coaltar. A peine y a-t-il lieu de s'arrêter sur une très-légère dissidence relative à la préférence qu'on pourrait donner au goudron sur le coaltar sous le rapport de l'odeur principalement. Outre que ce n'est là en quelque sorte qu'une affaire de goût, en supposant d'ailleurs égale l'action désinfectante de ces deux agents, il y aurait une raison qui devrait faire donner la préférence au coaltar. Cette raison, M. Gibert l'a dite, c'est la valeur vénale tout à fait insignifiante du coaltar abandonné le plus souvent sans emploi sur la voie publique, comparativement au goudron, dont le prix est assez élevé. Cette considération, qui pourrait être de minime importance, s'il ne s'agissait que de l'usage chirurgical de la poudre désinfectante, deviendrait d'une importance de premier ordre, si, comme le propose M. Gibert, on appliquait ce procédé à l'assainissement de certaines professions insalubres, à la désinfection des fosses d'aisances, et autres grandes mesures d'hygiène publique. Mais il y avait une autre réponse encore à faire, et M. Velpeau l'a faite, c'est que MM. Corne et Demeaux ne sont arrivés au mélange qu'ils proposent qu'après maints essais et tâtonnements, qui leur ont démontré qu'il était le mieux approprié au but qu'ils se proposaient.

D'ailleurs la voie est largement ouverte aux essais; la pharmacie centrale des hôpitaux est en mesure de satisfaire aux demandes des chirurgiens, et déjà dans plusieurs services des expériences directes et des expériences comparatives sont en voie d'exécution. Hier matin, chez cette même malade de la Charité affectée d'un vaste cancer du sein, dont il a été déjà question dans ces colonnes, et qui est soumise depuis plusieurs jours aux applications de la poudre de MM. Corne et Demeaux, nous avons vu appliquer une nouvelle poudre désinfectante, qu'un inventeur de Marseille a fait parvenir à M. Velpeau pour en faire l'essai comparatif. Comme l'a dit le professeur de la Charité, et ainsi que nous l'avons constaté nous-même, cette femme n'a pas pu supporter ce pansement.

Mais d'autres objections attendaient l'exposé des faits, pourtant si clairs et si concordants sur le point principal de MM. Velpeau, Bouley et Renault. Vous avez vu ces faits, a-t-on dit, nous ne les nions pas, mais défiez-vous-en. Quant à celui qui ne s'explique pas scientifiquement, il faut se garder de l'accepter sans y bien regarder. Le précepte est sage assurément, mais où en serions-nous en médecine, si nous devions le suivre à la lettre! Que de faits empiriques bien et dûment constatés et d'une utilité pratique journalière, qui ont devancé la théorie et qui attendent et attendront longtemps encore peut-être leur explication scientifique ! Avant que M. Robinet opposât cette difficulté aux faits exhibés à la tribune de la rue des Saints-Pères, M. Chevreul avait très-longuement et surtout très-savamment discuté au palais Mazarin sur la théorie de la neutralisation des odeurs, mais il n'avait point fait de cette théorie une objection au fait. — Le fait est-il? Voilà toute la question. — Que chacun cherche à s'édifier personnellement à cet égard. Quand on aura constaté s'il est ou s'il n'est pas, on sera à temps encore et plus à l'aise pour disserter sur sa signification scientifique. M. Bouley, que cette objection avait mis en verve, a brisé toutes les digues du respect et de la pudeur académiques, que personne d'ailleurs n'a songé à défendre, et il a opposé au doute philosophique du sceptique rapporteur des remèdes secrets, « habitué à tirer à canons rayés contre les inventeurs, » un argument de fait... qui lui a fermé la bouche.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Des phlegmasies chroniques de l'utérus (1).

Une troisième application, faite toujours immédiatement après la chute de la production blanchâtre et la cessation de la tuméfaction congestionnelle, produit encore une série de phénomènes analogues; ils sont encore un peu moins accentués que la deuxième fois. De même pour la quatrième, la cinquième et la sixième fois. Cependant jusqu'à la fin les phénomènes sont caractéristiques : c'est toujours une tuméfaction avec rougeur et des productions membraneuses blanchâtres ; seulement elles sont moins consistantes, moins solides et plus fragmentées. De plus, elles disparaissent bien plus rapidement ; mais enfin elles se produisent toujours.

Dans cette série d'applications, nous avons supposé qu'il n'y avait aucun intervalle entre la chute des productions membraneuses, la cessation de la tuméfaction avec rougeur et le placement d'un nouveau crayon de tannin. Si, en effet, on laissait quelques jours se passer entre la cessation des phénomènes et les nouveaux crayons, il n'y avait plus cette décroissance dans leur intensité, et tout se passait alors comme si on appliquait un crayon de tannin pour la première fois.

Ces modifications, ou plutôt ces lésions du tissu accompagnées d'une production membraneuse toute spéciale se produisent avec toute l'intensité que nous venons de décrire quand on emploie du tannin pur projeté en poudre sur le col et maintenu dans cette position par un tampon de ouate graissée, ou bien quand on emploie des crayons contenant 3 parties de tannin pour 1 de gomme adragante que l'on introduit dans la cavité du col, et que l'on y maintient quelques heures à l'aide d'un tampon de ouate.

Mais si on emploie des préparations moins concentrées et qu'on n'ait plus recours au tannin pur, les effets sont analogues, mais moins prononcés. Ainsi, avec une solution de 100 grammes d'eau et 50 gr. de tannin, ou bien une pommade contenant 100 grammes d'axonge et 30 gr. de tannin, il se développe également dans le tissu du col ou sur la membrane muqueuse des modifications tout à fait analogues aux précédentes. Elles sont toutefois moins fortes et moins caractérisées ; les productions membraneuses sont bien moins formées, moins consistantes et se laissent détacher plus facilement. Bien que moins intense, une telle modification n'est jamais dissipée avant le cinquième jour. En faisant usage d'une solution de 100 grammes d'eau pour 25 gr. de tannin, ou d'une pommade ayant une composition analogue, les effets sont moins prononcés encore, mais ils n'en sont pas moins caractéristiques. Leur intensité est moindre ; la tuméfaction et la vascularisation du tissu sont bien sensibles, sans être très-fortes. Les productions membraneuses sont molles, peu consistantes, blanchâtres et légèrement adhérentes; elles ne se renouvellent pas toujours quand on les a enlevées au bout de vingt-quatre heures.

Les modifications produites sous l'influence de ces solutions au quart de tannin cessent en général au quatrième jour de l'application, quelquefois même le troisième. A leur cessation, on trouve la membrane muqueuse moins vasculaire qu'avant, plus résistante ; les granulations, s'il y en avait, moins volumineuses, moins rouges ; les ulcérations plus affaissées, plus lisses, enfin ayant fait un pas vers la cicatrisation.

Nature des modifications produites par le tannin.

Avant d'aller plus loin, il y a deux questions importantes que nous devons successivement discuter.

La première est relative à la détermination de la nature de la modification physique survenue sous l'influence de l'application du tannin dans le tissu utérin ou la membrane muqueuse.

La deuxième concerne la nature de la production membraneuse produite sous cette influence.

Au milieu de ces modifications produites ainsi par le tannin, que devient le mucus normal ou pathologique sécrété par la membrane muqueuse de l'intérieur et de la surface du col utérin? Voici ce qui arrive :

Dans le commencement, le premier ou le deuxième jour de l'application, il n'y a aucune sécrétion ; on ne trouve que la production membraneuse, et nulle trace de mucus. Le troisième jour, le mucus commence à reparaître ; il empreint, il infiltre, il sépare les fragments membraneux, et c'est certainement à son influence que l'on doit la destruction finale de ces fragments et leur chute. Les quatrième, cinquième et sixième jours, ce mucus reprend les caractères qu'il avait avant l'application ; transparent, ou mucoso-purulent, s'il l'était; opalin, s'il avait ce caractère.

On observera toutefois qu'à mesure qu'on fera ces applications, le muco-pus, s'il existait, perd peu à peu ce caractère ; il devient moins épais, moins visqueux, moins verdâtre, moins jaune ; enfin, au bout de quatre ou cinq applications, il redevient complétement transparent, et même cesse complétement de se montrer.

Nature de la modification survenue dans le tissu utérin ou la membrane muqueuse.

La modification qui se produit avec une grande rapidité sous l'influence immédiate de l'application du tannin pur ou en dissolution concentrée dans l'eau, est-elle une simple congestion sanguine, un état phlegmasique ou bien une lésion toute spéciale? Ce sont ces trois hypothèses qu'il faut examiner.

Est-ce une simple congestion? Il y a quelques raisons pour l'admettre. Ainsi, on observe la tuméfaction, la rougeur, l'augmentation de la vascularité, la friabilité plus grande; de plus, il n'y a pas de sensibilité anormale, jamais de suppuration; et enfin cette modification de tissu cesse rapidement, et il est rare que le cinquième ou le sixième jour on en retrouve des traces.

A cette opinion que j'avais de la tendance à adopter, on peut ajouter que sans être très-douloureuses, la plupart des congestions

(1) Fin. — Voir les numéros des 26, 28 juillet et 2 août.

utérines le sont un peu, qu'elles s'accompagnent de chaleur, de tension ; que loin de supprimer les écoulements pathologiques, elles les augmentent; qu'elles ne déterminent pas la formation d'une production membraneuse semblable à celle que nous avons décrite; enfin, qu'elles ne cessent pas aussi vite et spontanément.

Est-ce une inflammation? Ici il y a peu de raisons pour l'admettre. La rougeur, la tuméfaction, la friabilité, voilà les seuls caractères positifs; mais à côté, combien de négatifs! La partie tuméfiée est rouge, n'est jamais douloureuse ni chaude. Les écoulements pathologiques, au lieu d'être augmentés et modifiés comme ils le sont toujours dans les phlegmasies utérines, sont supprimés et remplacés par une production d'une tout autre nature, d'une nature tout spéciale et présentant des caractères qui n'ont jamais été ceux d'un produit fourni par un tissu enflammé. Jamais on ne le voit amener la sécrétion de muco-pus et de pus, et la production membraneuse que nous allons décrire a de tout autres caractères que les fausses membranes du muguet ou de la diphthérite. Enfin, les inflammations du tissu ou de la muqueuse de l'utérus ne sont jamais aussi bénignes et ne se terminent jamais aussi rapidement.

Est-ce enfin une lésion spéciale déterminée par l'application du tannin? C'est mon avis. Ce n'est ni une congestion proprement dite, ni une phlegmasie, mais une modification toute spéciale qui tient un peu de l'une et de l'autre par la tuméfaction, la vascularisation plus grande et la friabilité plus prononcée, et qui est spécialement caractérisée par la formation d'une production membraneuse toute spéciale que nous allons maintenant examiner.

Nature de la production membraneuse.

Ces productions membraneuses peuvent se présenter à trois degrés bien différents. Les unes sont solides, bien formées, d'une consistance assez notable et adhérentes à la surface qui les a produites. Il faut quelques tiraillements pour l'en séparer, et quelquefois même il se produit de légères déchirures.

A un degré moins avancé, les membranes sont moins bien organisées, moins épaisses et plus molles; elles se laissent facilement déchirer; on les sépare beaucoup plus facilement. Enfin, ces membranes peuvent être fragmentées, molles et peu consistantes. C'est à ce degré qu'elles sont déjà mélangées d'un peu de mucus, ce qui indique qu'elles ne tarderont pas à cesser de se former.

M. le docteur Luys, dont on connaît le talent en micrographie, a bien voulu se charger de les étudier avec soin et de les dessiner. Voici le résumé de son étude.

Dans ces trois degrés, ces espèces de pseudo-membranes ont pour substance fondamentale un plasma albumino-fibrineux coagulé, d'aspect blanc-jaunâtre, présentant des variations suivant qu'on l'examine dans les différentes espèces de ces membranes.

Premier examen de fausses membranes bien formées (2e et 3e degré).

Dans les points où les dépôts semblent plus récents ou plutôt moins bien organisés, cette substance offre l'apparence de la fibrine récemment coagulée. Dans d'autres points mieux organisés, plus consistants, cette apparence striée fait place à un aspect finement granuleux, jaunâtre, commençant déjà à faire prendre au dépôt une certaine diffluence. C'est surtout dans la deuxième espèce qu'on rencontre ces modifications. La consistance fondamentale de la substance était, en général, légèrement altérée.

Dans les points où la production est ferme, striée et bien organisée, on rencontre une prodigieuse abondance de cellules variées de forme, et contenant toutes deux 3 ou 4 noyaux jaunâtres inclus.

Leur forme variait depuis celle d'un bâtonnet jusqu'à celle d'une petite sphère.

Dans les points où le blastème était granuleux, les cellules, au lieu de prendre un aspect turgide et épanoui, semblaient au contraire ratatinées et revenues sur elles-mêmes; elles paraissaient subir dans ces points les diverses phases d'involution rétrograde.

Comme nature de cellules, M. Luys pense que ce sont là des cellules de nouvelle formation qui peuvent bien être rapportées à des cellules épithéliales embryonnaires; çà et là on retrouve quelques cellules d'épithélium pavimenteux.

Deuxième examen des fausses membranes fragmentées, molles, peu consistantes (3e espèce).

Dans cette espèce, qui survient en général le dernier jour de la production des membranes, on ne trouve plus l'apparence fibrillaire de la fibrine coagulée. Toute strie coagulée, toute granulation a disparu; on ne trouve qu'une agglomération ou membrane de cellules épithéliales pavimenteuses.

Tantôt elles sont isolées, tantôt elles sont agglutinées entre elles et forment alors comme des flocons membraneux. Elles sont toutes très-larges, transparentes, pâles et pourvues d'un noyau contenant lui-même quelques granulations.

En résumé, d'après cette étude microscopique, faite avec le plus grand soin, la modification de tissu produite par le tannin a pour résultat de faire sécréter par la membrane muqueuse ou le tissu sous-jacent, s'il est à nu, une certaine quantité de fibrine d'abord amorphe dans les premiers instants, puis qui s'infiltre de granules, et enfin qui finit par se transformer en cellules parfaitement organisées et tout à fait analogues aux diverses variétés de cellules épithéliales.

A mesure que cette modification de tissu diminue d'intensité et approche de sa fin, l'exsudation fibrineuse cesse, et on n'observe plus qu'une production excessivement abondante des cellules épithéliales agglutinées ou membraneuses.

De l'influence de l'état primitif du tissu et de la membrane muqueuse utérine sur la production des phénomènes qui viennent d'être étudiés.

Sur un utérus parfaitement sain, et dont le tissu ni la membrane muqueuse ne présentent aucune modification quelconque, les phénomènes produits par l'application du tannin pur ou par une solution concentrée, sont absolument tels que nous venons de les exposer; leur intensité n'est pas très-grande; les femmes s'aperçoivent à peine du travail pseudo-membraneux qui s'effectue sur cet organe. J'ai pu deux fois étudier ces phénomènes en pareille circonstance, et une fois le cinquième ou le sixième jour arrivé, tout revint à l'état naturel.

Mais quand le tissu utérin ou la membrane muqueuse sont le siége d'une lésion phlegmasique quelconque, il en est tout autrement; le travail pseudo-membraneux produit par le tannin est plus vif, plus accentué, plus intense; la production membraneuse est plus abondante, plus forte et mieux organisée. La femme aussi, sans beaucoup souffrir, parle d'un sentiment de pesanteur, d'un peu de gêne, d'un sentiment de serrement, mais voilà tout; jamais il n'y a de douleurs véritables.

On peut établir que plus les lésions phlegmasiques du tissu sont intenses et étendues, plus les modifications produites par les applications de tannin seront nettes, accentuées et intenses. Leur durée ne sera pas plus longue, et l'action du tannin est en général épuisée le cinquième ou le sixième jour; mais ici il y a une autre série de phénomènes à considérer; ce sont les changements que ces lésions phlegmasiques ont subis. C'est là ce que nous allons rechercher, car la méthode curative nouvelle que nous proposons est toute basée sur ces modifications.

Etablissons d'abord d'une manière générale que la plupart de ces lésions phlegmasiques sont destinées à disparaître après un nombre déterminé et variable de la répétition de ces modifications produites par le tannin. Je ne fais que deux exceptions, et encore peut-être ne les fera-t-on pas plus tard, et si je les maintiens, c'est uniquement faute d'avoir expérimenté d'une manière suffisante dans cette voie.

La première de ces exceptions concerne la métrite chronique générale avec hypertrophie du tissu; la deuxième comprend les inflammations chroniques du col avec ramollissement (états fongueux).

A part ces deux cas, voici ce qui résulte des deux modes d'application du tannin.

Taches rouges indiquant un épaississement phlegmasique par places de la muqueuse de la surface du col utérin. — Deux ou trois applications d'une solution au quart ou au tiers de tannin suffisent pour les faire disparaître.

Granulations de la surface du col utérin : — Quatre ou cinq applications d'une solution de 100 gr. d'eau pour 50 gr. de tannin, faites à cinq jours d'intervalle, les font disparaître.

Excoriations et ulcérations de la muqueuse extérieure du col. — Cinq applications d'une solution de tannin au quart les font, en général, cicatriser.

Inflammation catarrhale de la membrane muqueuse de la cavité du col. — Quatre ou cinq applications de crayon de tannin, faites à cinq jours de distance les unes des autres, peuvent la faire disparaître.

Fongosités utérines (inflammation chronique avec ramollissement des follicules de la muqueuse du corps de l'utérus. — L'application de 5 à 7 crayons de tannin, faite à cinq jours d'intervalle, a fait disparaître cette altération.

Congestion chronique du tissu du col. — Elle disparaît sous l'influence de l'application de 4 à 5 crayons de tannin faite à l'intérieur de la cavité du col, maintenue en place par un tampon de ouate imbibée d'une solution de tannin au quart (25 pour 100 d'eau).

S'il ne s'agit que d'une inflammation chronique sans ramollissement du tissu du col utérin, on peut assez souvent réussir en introduisant dans cette cavité, à six ou sept reprises, à cinq jours d'intervalle, des crayons de tannin, en même temps que l'on applique à la surface de cet organe une solution de tannin de 50 pour 100 d'eau.

Ainsi, en résumé, à mesure qu'on développe et qu'on reproduit ces modifications de tissu avec production membraneuse, on voit, sous l'influence de cette véritable médication substitutive, les divers éléments phlegmasiques se cicatriser ou disparaître complétement, si bien qu'après un certain temps variable pour chaque maladie, la répétition de ces modifications, finit par faire disparaître ces lésions. Il en résulte que les applications de tannin constituent un excellent moyen curatif de ces affections si graves, si difficiles à traiter et surtout si longues à combattre.

Il est bien entendu que nous rejetons toutes les affections aiguës du col et du corps de l'utérus de ce mode de traitement. Ceci bien établi, voyons les médications qu'elles ont permis d'établir.

1° Inflammation catarrhale de la membrane muqueuse de la cavité et de la surface du col utérin. — Cette inflammation, caractérisée par l'épaississement rouge de la membrane muqueuse, par des granulations ou par des ulcérations, se traite de la manière suivante : On introduit un crayon de tannin dans la cavité du col utérin; en même temps on applique sur le col un morceau de ouate imbibée d'une solution au quart de tannin. Ces applications sont renouvelées tous les cinq jours; il en faut de 3 à 6 en moyenne.

2° Inflammation catarrhale des mêmes parties, accompagnée d'un certain degré de tuméfaction ou d'hypertrophie du tissu du col. — Même mode d'application, même durée de traitement.

3° Inflammation isolée de la membrane muqueuse de la surface du col. — On peut se borner à une application des solutions concentrées, telle que 50 pour 100 d'eau.

4° Fongosités utérines. — Cette maladie, que je considère comme le résultat d'une inflammation avec ramollissement des follicules muqueux de la membrane interne de l'utérus, se traduit, comme on le sait, par des hémorrhagies fréquentes et abondantes. Or cette affection est une de celles contre lesquelles la médication tannique agit le mieux. Il faut seulement faire parvenir les crayons de tannin dans la cavité utérine elle-même. On en applique successivement de 5 à 7 à cinq jours d'intervalle l'un de l'autre. Je n'ai pas vu échouer cette médication dans 6 ou 7 cas où je l'ai employée.

Dans un dernier article, nous exposerons un résumé statistique de l'histoire du traitement par le tannin de 40 femmes chez lesquelles j'ai employé cette médication.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Kystes terreux rendus par le canal de l'urèthre;

Par M. le Dr Seux (de Marseille).

Mme X..., âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, a été atteinte, de vingt à vingt-cinq ans, d'une gastralgie accompagnée de dysménorrhée. Mariée à vingt-cinq ans, elle ne tarda pas à être enceinte, et accoucha à terme d'une manière très-heureuse, le 13 août 1856; elle ne put nourrir son enfant. Un mois après l'accouchement, elle fut atteinte d'une inflammation aiguë de l'ovaire droit. Un traitement antiphlogistique énergique amena la résolution de cette phlegmasie; cependant la malade ayant été peu docile durant sa convalescence, conserva dans la région de l'ovaire une douleur qui était à peu près insignifiante habituellement, mais qui devenait assez vive au moment des règles. Celles-ci furent toujours peu abondantes, bien que la nature du sang ne laissât rien à désirer.

Le 25 octobre 1858, Mme X..., après avoir passé dix jours auprès d'une de ses amies gravement malade, fut prise d'une violente douleur dans le flanc droit. Le mal devenant insupportable, Mme X... me fit appeler. Je la trouvai dans l'état suivant : forte réaction fébrile, douleur très-vive dans l'hypogastre à droite au-dessus de l'aine; cette douleur, qui augmentait à la moindre pression, s'irradiait dans le membre abdominal correspondant et vers la région du rein du même côté; point de tuméfaction au ventre; soif vive, vomissements fréquents de matières poracées, constipation, aucun écoulement par le vagin. Le toucher vaginal et rectal me fit constater une légère rétroversion de l'utérus, rien de plus. L'émission des urines se faisait avec facilité. Rien d'appréciable dans les autres organes.

Ces symptômes persistèrent avec plus ou moins d'intensité jusqu'au 15 novembre. Généralement la fièvre était peu vive le matin; les souffrances dans ce moment de la journée étaient tolérables.

Mais vers les cinq heures du soir la douleur augmentait, et la malade se trouvait dans l'état que j'ai décrit précédemment. Plusieurs fois alors je constatai que la région du rein droit était douloureuse à la pression. Pendant tout le cours de la maladie, les urines coulèrent avec facilité et ne présentèrent jamais le moindre sédiment; à plusieurs reprises, je les fis passer à travers un linge.

Sous l'influence de trois applications de sangsues au-dessus de l'aine droite, de cataplasmes, de bains prolongés, de deux laxatifs et de quelques légères doses d'opium, les douleurs disparurent, la fièvre cessa, l'appétit se manifesta, et Mme X... entra réellement en convalescence. Elle avait été alitée pendant vingt et un jours.

Mme X..., sauf l'état de faiblesse, était complétement rétablie, lorsque, vers la fin du mois de novembre, elle fut prise assez brusquement d'un besoin pressant d'uriner qu'elle ne put satisfaire; puis, après deux heures de douleurs et d'efforts, elle sentit tout à coup qu'elle venait de rendre quelque chose d'étrange; l'urine put alors s'écouler, et la malade trouva dans le vase un corps dont je vais essayer de donner la description; cinq jours après, elle en rendit cinq autres. Depuis cette époque à peu près, tous les huit jours, Mme X... a été prise des mêmes symptômes, et a rendu au bout de deux ou trois heures de souffrance un ou deux de ces produits. Dans l'intervalle, Mme X... est bien; elle a de l'appétit, elle dort, fait de l'exercice, et sa menstruation s'exécute; elle a eu ses règles ces jours derniers pour la seconde fois depuis sa maladie (1).

M. le docteur Ch. Robin, dont la grande expérience et l'habileté en micrographie sont connues de tout le monde, voulut bien examiner au microscope les corps rendus par Mme X..., et voici la note qu'avec son obligeance habituelle il a eu la bonté de m'envoyer :

« Le produit intéressant que vous m'avez fait remettre se compose : 1° d'une enveloppe formée d'une substance homogène, finement granuleuse, sans fibres, disposée par places à sa surface en filaments cylindriques courts, ou en mamelons arrondis au sommet, continus avec le reste de la substance, formés de la même matière amorphe granuleuse; quelques-uns sont isolés. Çà et là se trouvent de nombreuses granulations moléculaires jaunâtres, réfractant fortement la lumière, comme des granules

(1) Cette observation a été communiquée à la Société impériale de médecine de Marseille.

graisseux, mais se dissolvant dans l'acide chlorhydrique, comme le ferait du phosphate de chaux, et sans dégagement de gaz ; on y trouve de plus çà et là de très-petits cristaux d'oxalate de chaux et de rares cellules épithéliales pavimenteuses irrégulières ; 2° le contenu est surtout formé de cristaux à angles émoussés, isolés ou groupés, offrant tous les caractères les plus incontestables de l'acide urique. Ce corps est accompagné accessoirement de la même matière amorphe qui forme l'enveloppe et des granulations jaunâtres ci-dessus, offrant les caractères de solubilité et de coloration qu'on trouve associés dans le phosphate de chaux. Pas d'urate de soude ni d'ammoniaque en quantité notable, si tant est qu'il y en ait.

» *Remarques et conclusions de M. Robin.* — Il n'est pas rare de trouver dans les mucus concrets ou demi-solides les caractères offerts par l'enveloppe décrite plus haut sous le rapport de sa structure ; l'action de l'alcool surtout a dû donner à ce mucus l'état finement grenu, noté plus haut, plus marqué qu'à l'état frais, et lui enlever l'état finement strié qu'il présente quelquefois. L'origine de l'oxalate de chaux, de l'épithélium et du phosphate de chaux, s'explique facilement. Ces kystes sont donc des dépôts urinaires enkystés par enroulement dans du mucus concret, ayant pris un aspect membraneux, qu'il prend fréquemment dans l'intestin autour de certaines concrétions. »

Du sable contenu dans un grand nombre de petites poches, de kystes, constitue une circonstance tout à fait exceptionnelle. Au premier abord, en examinant ce produit à sa surface, il me fut impossible de me prononcer sur sa nature ; ce ne fut qu'après un examen approfondi que je pus me faire une opinion à ce sujet. C'est que depuis vingt-six ans que j'observe des malades, jamais pareille altération n'avait passé sous mes yeux, et je ne me rappelle pas d'avoir rien lu qui se rapproche du fait actuel. Depuis, j'ai parcouru les principaux ouvrages d'anatomie pathologique, le grand travail de M. Rayer sur les maladies des reins, et je n'ai rien trouvé d'analogue. Dans le *Traité d'anatomie pathologique* de M. Cruveilhier, j'ai vu que dans la sixième livraison il était question de kystes du rein dans lesquels se trouvait une matière terreuse. Il y a là quelque ressemblance avec les produits dont je viens de parler ; mais cependant de grandes différences les séparent. M. Cruveilhier décrit des kystes formés dans l'épaisseur des reins, constitués par l'organe lui-même, tandis qu'ici il s'agit de corps mobiles expulsés par l'urèthre. Les faits de cette nature sont donc au moins très-rares.

Indépendamment de l'intérêt que présente ce produit morbide au point de vue histologique, la marche de la maladie soulève différentes questions qui méritent d'être examinées : à quelle époque ces dépôts urinaires se sont-ils formés ? Les douleurs qui se reproduisaient chaque mois tenaient-elles à la formation ou à l'expulsion de ces produits ? Dans quel point des voies urinaires et par quel mécanisme ont-ils pris naissance ? La dernière maladie a-t-elle été le résultat du passage de ces corps à travers les voies urinaires ?

Il est impossible de savoir au juste l'époque de la formation de ces corps, dont rien n'annonçait la présence, car on ne peut considérer comme des signes de leur existence ces douleurs plus ou moins violentes qui se manifestaient depuis plus de deux ans à chaque époque menstruelle ; ces douleurs avaient en effet leur siége autour de l'ovaire droit, et se liaient évidemment au trouble résultant du retour du flux périodique.

Il est probable que, sous l'influence d'une diathèse graveleuse, un certain nombre de cristaux d'acide urique s'est formé dans le rein, que là ces cristaux se sont trouvés emprisonnés par du mucus, et qu'en cheminant dans les voies urinaires leur enveloppe a pris plus de consistance aux dépens des mucosités qui les tapissent.

On pourrait être surpris que la malade n'ait jamais rendu de sable à l'état de liberté ; mais, si on réfléchit au mode de formation des corps expulsés, on pourra s'expliquer que, par des dispositions spéciales du mucus, les cristaux d'acide urique en aient été enveloppés peu de temps après leur précipitation, et que par conséquent ils n'aient jamais pu être rendus à l'état libre. Il est évident que les kystes se sont primitivement formés dans le rein, car leur passage à travers l'uretère peut seul expliquer les violentes douleurs accompagnées de vomissements qui revenaient chaque jour pendant la maladie du mois de novembre dernier.

Les symptômes observés durant cette dernière maladie se lient parfaitement au premier travail d'expulsion de ces corps graveleux ; ces symptômes, en effet, avalent la plus grande analogie avec ceux qui annoncent une néphrite calculeuse, et l'expulsion d'un produit terreux quelques jours après la cessation des douleurs constitue la preuve la plus certaine de la nature des accidents observés. La marche de la maladie est donc parfaitement en rapport avec les produits expulsés, et il est impossible de douter un instant que les symptômes observés en dernier lieu n'aient été le résultat du passage de ces kystes terreux du rein dans la vessie.

Conclusions pratiques. — 1° La maladie dont Mme X... a été atteinte au mois de novembre dernier est une néphrite calculeuse ;

2° Les kystes expulsés ne sont autre chose que du sable enroulé dans du mucus concret, qui peu à peu a pris l'aspect d'une membrane ;

3° Le traitement préventif le plus convenable est l'usage des alcalis, tant pour empêcher la formation des cristaux d'acide urique, que pour dissoudre les mucosités qui pourraient de nouveau leur servir d'enveloppe.

POUDRE POUR INSUFFLATION CONTRE L'ANGINE COUENNEUSE.

Par M. le docteur BONTEMPS.

Noir animal.	5 grammes.
Calomel	50 centigr.

M. Bontemps a vu chaque fois les fausses membranes disparaître le lendemain et la place devenir nette ; mais lorsque la maladie avait envahi le larynx, il échouait comme les autres. En résumé, il croit le moyen efficace contre l'angine couenneuse et non contre la laryngite pseudo-membraneuse.

(*Répertoire de pharmacie.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 août 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique adresse à M. le président de l'Académie une lettre d'invitation pour la distribution des prix du concours général, qui aura lieu le lundi 8 août, à midi précis, à la Sorbonne.

— M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1858, dans les départements de Saône-et-Loire, des Hautes-Pyrénées et d'Ille-et-Vilaine ;

2° Un rapport de M. le docteur Collas, médecin des épidémies à Dion (Allier), sur une épidémie de croup qui a régné dans cette commune et aux environs, en 1858 et 1859 ;

3° Un rapport de M. Lapeyre, médecin des épidémies du canton de Lodève (Hérault), sur une épidémie de rougeole qui a régné dans ce canton en 1859 ;

4° Un rapport de M. Guillemant, médecin des épidémies à Louhans (Saône-et-Loire), sur les maladies épidémiques qui ont régné dans ce canton pendant l'année 1858. (Ces différents rapports sont renvoyés à la commission des épidémies.)

5° Un rapport de M. le docteur Gay, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Alban (Loire), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1857 ;

6° Un rapport de M. le docteur Foucart, médecin inspecteur des eaux minérales de Bilazais (Deux-Sèvres), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1857. (Ces deux rapports sont renvoyés à la commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un travail de M. le docteur Rizet, médecin dans la garde impériale, sur l'action de l'iode considéré comme emménagogue (Commissaires, MM. Hervez de Chégoin et Cazeaux) ;

2° Deux mémoires de MM. de Morineau et Malaperl, professeurs à l'École de médecine de Poitiers ; l'un, relatif à une modification du procédé de Mitscherlich, pour la recherche du phosphore dans les cas d'empoisonnement ; l'autre ayant pour titre : *Recherches du phosphore absorbé dans les cas d'empoisonnement.* (Commissaires, MM. Devergie, Caventou et Boudet) (1).

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture d'une lettre de M. le docteur Lecoq, chirurgien de marine, relative à des accidents graves survenus à la suite de l'inoculation de la vaccine prise sur un sujet suspect, et attribués à la syphilis secondaire.

Cette lettre est renvoyée, avec les deux observations qui l'accompagnent, à l'examen de MM. Gibert et Depaul.

COMITÉ SECRET.

Après le dépouillement de la correspondance, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Michel Lévy sur les candidatures pour une place de membre correspondant, et discuter le classement des candidats.

— A quatre heures la séance publique est reprise.

M. LE PRÉSIDENT accorde la parole à M. Renault pour une communication relative à l'emploi du *plâtre* et du *coaltar* comme agents de désinfection.

Propriétés désinfectantes d'un mélange de plâtre et de coaltar. — M. RENAULT (d'Alfort). Le mélange du plâtre et du coaltar a été conseillé récemment par M. Corne pour la destruction des miasmes putrides d'origine animale. Un médecin distingué, M. le docteur Demeaux (de Puy-Lévêque), a reconnu le parti qu'on pourrait tirer de l'invention de M. Corne pour la désinfection des plaies et des surfaces traumatiques de mauvaise nature.

Pendant que le coaltar et le plâtre étaient expérimentés à la Charité dans les salles de M. le professeur Velpeau, je faisais aussi de mon côté, dans l'amphithéâtre d'Alfort, des essais de ce mélange.

J'ai expérimenté sur des débris d'animaux parvenus à différents degrés de putréfaction ; j'ai pris à dessein des fragments de divers organes, du foie, du pancréas, de l'intestin, du poumon, etc.

J'ai essayé comparativement avec le coaltar l'essence de térébenthine, la créosote et le goudron ; je les ai essayés tantôt isolément, tantôt mélangés avec du plâtre, suivant la méthode de M. Corne.

Il résulte de mes expériences :

1° Que toutes ces substances ont des propriétés désinfectantes, mais à des degrés divers ;

2° Que ces propriétés sont moins développées lorsque la substance pyrogénée ou balsamique est employée seule, que lorsqu'elle est mélangée avec le plâtre ;

3° Que le mélange de plâtre et de goudron désinfecte peut-être un peu mieux que celui de plâtre et de coaltar. Du moins il m'a semblé que l'odeur goudronneuse du premier mélange était moins désagréable à sentir que l'odeur bitumineuse du second.

M. GIBERT. Messieurs, jusqu'à présent on a fait ressortir bien plus les avantages du mélange désinfectant de MM. Corne et Demeaux au point de vue de l'emploi chirurgical, que sous le rapport hygiénique et social. Eh bien, je crois que c'est un tort. Il serait très-utile, ce me semble, de voir quel parti on pourrait tirer de cette invention pour certains arts insalubres, et surtout pour la désinfection des fosses d'aisance. Si l'on parvient à démontrer l'efficacité du nouveau procédé dans les cas qui sont du ressort de l'hygiène publique, il n'est pas douteux qu'il faudra préférer, malgré l'avis de M. Renault, le coaltar, substance d'un vil prix, au goudron, qui est encore d'un prix assez élevé.

Dans les questions qui s'adressent aux grands intérêts publics, il n'est pas permis de négliger le côté économique. J'ai dit.

M. VELPEAU. M. Bouley, qui a fait aussi des expériences sur le coaltar et le plâtre, ferait bien d'en faire connaître le résultat à l'Académie.

M. BOULEY. MM. Corne et Demeaux ont attribué au mélange du plâtre et du coaltar une grande puissance de désinfection. Des expériences nombreuses et variées ont été entreprises à Alfort pour vérifier la valeur de cette opinion. M. Renault vient de vous faire connaître le résultat de celles qu'il a exécutées ; il vous a dit qu'il les avait faites sur des détritus d'animaux en putréfaction. Je vais exposer sommairement le résultat de mes recherches, qui ont été faites sur des surfaces traumatiques, sur des plaies de mauvaise apparence.

J'ai essayé le topique de MM. Corne et Demeaux sur des plaies de la glande parotide, sur des plaies du garrot, sur des plaies de la veine jugulaire, c'est-à-dire sur les blessures qui exhalent chez les animaux l'odeur la plus infecte : ces émanations repoussantes ont cessé à l'instant et ont fait place à une odeur bitumineuse très-supportable. En un mot, l'application de la substance désinfectante a eu pour résultat immédiat de rendre très-abordable un animal qui, surtout dans les conditions de température où nous nous trouvons, était, quelques moments auparavant, littéralement repoussant.

Je ne crois pas que ce mélange agisse, comme certaines personnes l'ont avancé, par une simple substitution d'odeur. Il s'opère assurément là un travail, une modification chimique spéciale, qui explique comment l'odeur disparaît promptement, non-seulement autour de l'animal malade, mais encore dans le vaste local où il est renfermé.

Je déclare donc que le moyen conseillé par MM. Corne et Demeaux jouit de propriétés désinfectantes parfaites ; j'ajoute que, loin d'être nuisible à la cicatrisation des plaies, il m'a paru favoriser sensiblement le travail de réparation organique.

Y aurait-il avantage de substituer le goudron au coaltar, comme le voudrait M. Renault ? — Au point de vue de la sensation olfactive, c'est possible ; mais au point de vue chirurgical, je ne le pense pas ; sous le rapport économique, M. Gibert vous a dit avec raison qu'il y aurait désavantage.

Jusqu'à nouvel ordre, je donne la préférence au mélange proposé par MM. Corne et Demeaux.

M. VELPEAU. Les expériences de MM. Renault et Bouley arrivent au même résultat ; elles consacrent les propriétés désinfectantes du mélange de plâtre et de coaltar. Ce résultat est en tout conforme à ceux que j'ai moi-même obtenus à la Charité.

Les essais comparatifs dont M. Renault vient de nous parler avaient été faits aussi par MM. Corne et Demeaux. Ce n'est pas d'emblée que ces messieurs ont adopté le procédé qu'ils préconisent aujourd'hui ; ce n'est qu'après bien des tâtonnements qu'ils se sont arrêtés au plâtre et au coaltar, et qu'ils ont fixé les proportions dans lesquelles devait s'opérer le mélange.

Je ne doute pas que cette invention ne puisse, comme l'a dit M. Gibert, rendre les plus grands services à l'hygiène et à la salubrité publiques. Je n'ai aucune expérience personnelle à ce sujet ; mais, je le répète, les expériences que je poursuis depuis trois semaines à la Charité me permettent d'affirmer que le topique de MM. Corne et Demeaux est appelé à jouer un rôle important en chirurgie. Jusqu'à présent, je ne connais pas de meilleur mode de pansement pour les plaies de mauvaise nature. Le plâtre absorbe les liquides putrides à mesure qu'ils sont exhalés par la surface traumatique, en même temps que le coaltar détruit l'odeur infecte qui en émane.

Le mélange proposé par MM. Corne et Demeaux a donc fait déjà ses preuves. Avant d'en changer, il faut bien y réfléchir.

Il y a quelques jours, j'ai reçu d'un certain M. Roissard (de Marseille), une lettre dans laquelle il réclamait la priorité de l'invention ; ou plutôt il me disait que depuis deux ans il avait inventé un produit identique, pour lequel il avait même pris un brevet en janvier 1858. M. Roissard m'a expédié en même temps un échantillon de son mélange désinfectant, qui est composé de coaltar aussi et de chaux hydraulique. J'en ai appliqué hier une couche sur un cancer ulcéré du sein. Il a fait tellement souffrir la malade, que je n'ai pas été tenté de recommencer. La même malade supporte très-bien le mélange de coaltar et de plâtre.

Quant à la substitution du goudron au coaltar proposée par M. Renault, je n'y trouve réellement aucun avantage bien sérieux. C'est une question de sensation olfactive, comme l'a dit M. Bouley. Si M. Renault préfère l'odeur du goudron à celle du bitume, j'avoue que j'aime autant l'une que l'autre.

Quoi qu'il en soit, les expériences de notre savant collègue prouvent qu'on pourrait tirer un parti très-avantageux du mélange de plâtre et de coaltar pour la désinfection des amphithéâtres et des salles de dissection.

J'ai insisté tout à l'heure sur les services que ce mélange rendait dans le pansement des plaies ; toutefois, je ne puis admettre avec M. Demeaux que son emploi doive dispenser de l'usage de la charpie

(1) Dans le compte rendu de la séance du 26 juillet, nous avons annoncé que, sur la demande de M. le docteur Batailhé, M. le président avait ouvert un pli cacheté contenant un mémoire de ce médecin sur l'emploi des agents irritants en chirurgie. Nous avons omis d'ajouter que dans la même séance MM. Batailhé et Guillet ont déposé deux autres notes, une sur les résultats des expériences qu'ils ont faites en commun sur ce même sujet, et la seconde sur un point d'obstétrique.

et qu'il puisse en tenir lieu dans aucun cas. J'ai dit aussi que ce mélange ne déterminait, en général, aucune douleur sur les surfaces traumatiques, et qu'il était bien supporté par les malades. Je dois faire une exception pour un jeune homme arrivé hier matin dans mon service, avec une brûlure de la jambe au second degré, et qui m'a assuré que le topique désinfectant l'avait fait souffrir *indignement*. C'est la première fois qu'un malade se plaint de ce topique, depuis le temps que je l'essaye dans mes salles.

M. RENAULT. M. Velpeau n'a pas bien saisi le sens de mes paroles. Je ne me suis nullement posé en adversaire du coaltar; j'ai fait, au contraire, le plus grand cas de l'invention de MM. Corne et Demeaux; seulement j'ai dit qu'il me semblait que le goudron valait mieux encore, ce qu'il fallait établir par des expériences comparatives ultérieures.

M. ROBINET. Les personnes qui sont familières avec les sciences positives n'admettent pas trop facilement les faits nouveaux qu'on leur présente; elles les examinent, les discutent, voient s'ils sont compatibles avec les données de la science, et elles se défient de ceux dont l'explication ne saurait trop se comprendre.

MM. Velpeau et Bouley qualifient de désinfectant le mélange de plâtre et de coaltar. Mais je déclare qu'il est impossible que ce mélange produise la désinfection telle que l'entend la chimie. Une substance est dite désinfectante lorsqu'elle détruit le principe des odeurs, lorsqu'elle anéantit les miasmes putrides. Or, je le demande, le plâtre et le coaltar, isolés ou mélangés, sont-ils capables d'opérer cette destruction? Assurément non! Tout ce qu'ils peuvent faire, c'est d'absorber les liquides et les gaz putrides, c'est d'empêcher mécaniquement l'odeur de se dégager. A ce compte, ce seront, si vous le voulez, des désinfectants pour votre organe olfactif; mais, je le répète, ils ne sauraient être considérés comme tels au point de vue chimique.

Je ne prétends pas que l'idée de MM. Corne et Demeaux ne soit très-bonne. Seulement, je crois qu'on va de suite trop loin, qu'on exagère l'importance de la découverte et les services qu'elle est capable de rendre. Voilà déjà qu'on en propose l'application en grand, comme si on avait entre les mains un agent certain de désinfection générale. Souvenez-vous, Messieurs, que mille autres substances ont été proposées et vantées dans le même but, qu'elles ont été tour à tour adoptées et délaissées.

Je crois que beaucoup d'autres poudres que le plâtre et bien d'autres mélanges que le plâtre et le coaltar peuvent rendre des services analogues. Que ne demandait-on aux chimistes des poudres ou des mélanges désinfectants, il y a longtemps qu'ils en auraient pu donner autant qu'on en aurait voulu!

Je me résume en disant que le mélange de plâtre et de coaltar ne présente rien d'extraordinaire, et que, avant de le préconiser avec tant d'ardeur, il est sage de faire des réserves jusqu'à ce que le temps et l'expérience aient suffisamment démontré la supériorité de ce mélange sur les autres substances réputées désinfectantes.

M. GUÉRARD. La distinction établie par M. Robinet est très-juste; mais je crois néanmoins que certaines substances pyrogénées, comme le bitume, ont la propriété d'arrêter le mouvement de décomposition des matières putrides. On sait que Bayard a pu conserver longtemps de l'urine à laquelle il avait ajouté une certaine proportion de goudron. Dans ce cas, je ne puis admettre, comme M. Robinet, qu'il y ait une simple absorption des produits putrides par la matière pyrogénée; il y a véritablement désinfection. Nous ne savons pas, il est vrai, comment cela arrive; mais le fait n'en est pas moins constant.

M. BOULEY. Notre collègue M. Robinet n'admet, dit-il, que ce qu'il comprend et ce qu'il peut bien expliquer. Je lui demanderai s'il comprend parfaitement et s'il peut bien expliquer comment il arrive que de l'électricité se développe dans le contact du cuivre et du zinc plongés dans une solution acide. Et, cependant, refuse-t-il d'admettre avec tous les physiciens et les chimistes qu'il s'opère, dans ces conditions, un dégagement d'électricité?

M. Robinet distingue deux sortes de désinfection: la désinfection chimique et la désinfection que j'appellerai olfactive. La première est pour lui la seule véritable, l'autre n'est à ses yeux que factice; il condamne le mélange de plâtre et de coaltar parce qu'il ne produit que la désinfection olfactive. Mais n'est-ce donc rien que de pouvoir ainsi neutraliser, masquer une odeur repoussante? Qu'importe le mécanisme suivant lequel s'accomplit le phénomène! Un malade est atteint d'une plaie infecte, qui répand autour de son lit une odeur si repoussante, qu'il faut être animé de la charité la plus chrétienne pour s'en approcher. On applique sur cette plaie le topique au coaltar: la mauvaise odeur disparaît entièrement. M. Robinet prétendra-t-il qu'une pareille désinfection ne vaut pas ce qu'il appelle la désinfection chimique?

Puis M. Robinet se fâche parce qu'on n'a pas demandé plus tôt aux chimistes quelque nouveau moyen désinfectant. Mais nous voulons bien que M. Robinet nous en indique un autre que celui que nous préconisons. Qu'il en trouve un meilleur que le mélange de plâtre et de coaltar, et nous nous empresserons de l'adopter et de le préconiser.

M. VELPEAU. M. Robinet objecte que les faits que nous avançons ne peuvent pas s'expliquer chimiquement. Pour le moment, c'est très-vrai; mais comme ces faits sont très-positifs, je ne doute pas qu'on ne parvienne bientôt à leur trouver une interprétation satisfaisante.

La distinction établie par M. Robinet entre la désinfection chimique et la désinfection organoleptique a pour nous très-peu d'importance. Comme vient de le dire M. Bouley, à nos yeux une substance est désinfectante lorsque, par un mécanisme quelconque, elle fait cesser une mauvaise odeur. Tout ce que je puis dire, c'est que le mélange de plâtre et de coaltar détruit l'odeur autrement que par une simple substitution, car l'odeur de bitume donnée ensuite par le produit n'est point du tout en proportion du phénomène disparu.

M. Robinet prétend qu'il existe beaucoup d'autres désinfectants qui valent bien le mélange de plâtre et de coaltar. Pour moi, je n'en connais pas. Seraient-ce les composés du chlore? On sait que jusqu'à présent ce sont les substances les plus employées dans ce but. Mais elles ont deux inconvénients immenses: c'est de produire sur les plaies une irritation douloureuse, qui les rend insupportables aux malades; c'est, en second lieu, de donner naissance à une odeur de chlore presque aussi désagréable que celle qu'on cherche à neutraliser.

M. Robinet, enfin, ne croit pas qu'on puisse avec le mélange du plâtre et du coaltar désinfecter les fosses d'aisance. Je lui dirai que des expériences ont déjà été faites à ce sujet par une commission spéciale, et que leur résultat a été très-satisfaisant.

M. LONDE. Je me demande si le mélange dont il est question n'agirait pas plutôt en masquant simplement l'odeur qu'en la détruisant réellement?

M. ROBINET. On me fait dire beaucoup plus que je n'ai dit. Je n'ai pas condamné la découverte de MM. Corne et Demeaux; j'ai dit que ce pouvait être une excellente idée, mais qu'il ne fallait pas trop se presser de l'exalter. J'ai déclaré qu'il était prudent de faire des réserves sur des faits dont on ne pouvait pas encore donner la raison scientifique. Cette recommandation de prudence n'est-elle pas juste, lorsqu'on songe au sort de la plupart des choses qui ont été vantées d'abord, puis abandonnées en médecine? Combien de remèdes, vous le savez, ont opéré des merveilles pendant un mois, deux mois, trois mois, et qui n'ont plus guéri personne dans la suite!

On me demande des poudres désinfectantes....

M. VELPEAU. Pour éviter à M. Robinet une trop longue énumération, je lui dirai qu'on a successivement essayé les chlorures, les sels de plomb, le goudron, la créosote, le charbon, la chaux, etc., et qu'on y a renoncé depuis longtemps.

M. ROBINET. Pour la désinfection des vidanges et d'autres professions insalubres, on a essayé toutes les variétés de charbon, les terres de différente nature, la tourbe, les silicates, les sels de fer, et en particulier les carbonates, les cendres de toute sorte, etc., etc. Je me borne à ces citations, qui prouveront à MM. Velpeau et Bouley que les poudres désinfectantes ne manquaient pas avant la découverte de M. Corne.

Ces messieurs ne comprennent pas bien la distinction que je fais entre un désinfectant et un absorbant. Elle est pourtant bien simple. Le chlore et ses composés ont la propriété très-certaine de détruire, d'anéantir les miasmes organiques, qui sont la source de certaines odeurs; ce sont des désinfectants. Le coton cardé ou la charpie, placés sur une plaie, emprisonnent, retiennent momentanément les produits de la décomposition putride; ils opposent un obstacle passager à la diffusion des émanations nauséabondes; ce sont des absorbants: ainsi agit le plâtre. En outre, il y a des substances qui ont la propriété d'arrêter le travail de fermentation putride, ainsi agissent les matières pyrogénées; mais ce ne sont pas non plus des désinfectants.

M. BOULEY. M. Robinet veut-il que je lui cite un fait qui établit victorieusement les propriétés désinfectantes du plâtre et du coaltar? Il y a six mois, j'ai mélangé ces deux substances avec des matières fécales humaines, et après avoir agité pendant cinq minutes, j'ai obtenu une matière terreuse assez consistante. Je l'ai enveloppée dans du papier et mise dans ma poche. J'ai voyagé ainsi en omnibus sans incommoder mes voisins; je suis arrivé chez M. Gobley, qui était sur le point de dîner; j'ai déposé le mélange mystérieux sur sa table; il l'a pris dans ses mains, il l'a flairé; il lui a trouvé une odeur sensiblement bitumineuse; il m'a promis d'étudier ce produit, et il s'est mis à dîner sans scrupules. Cette fois, la désinfection n'était-elle pas complète, pour qu'un chimiste aussi exercé que M. Gobley n'ait perçu que l'odeur du bitume?

Je crains, en vérité, que M. Robinet ne se ressente un peu trop, dans cette discussion, de l'habitude qu'il a de tirer à canon rayé sur les inventeurs de remèdes.

M. VELPEAU. Sans doute M. Robinet a raison de faire main basse sur la plupart des inventeurs de recettes médicinales; mais il ne saurait montrer la même rigueur à l'égard d'une découverte dont l'importance et l'utilité sont déjà établies par des faits nombreux et constants.

M. MICHEL LÉVY demande à M. Velpeau dans quelle proportion se fait le mélange de plâtre et de coaltar, comment et dans quel cas doit s'appliquer spécialement ce topique.

M. VELPEAU. On mélange intimement avec 100 parties de plâtre une quantité de coaltar qui varie, suivant les indications, entre 1, 2, 3 parties et plus.

Ce mélange s'étale à la surface des plaies, soit en poudre, soit en pommade, incorporé alors à de l'huile ou à de l'axonge.

Son emploi est surtout indiqué dans les cas de plaies de mauvaise apparence, fournissant une suppuration abondante et exhalant une odeur fétide et gangréneuse.

M. MICHEL LÉVY demande si ce mode de pansement peut convenir aux plaies d'amputation.

M. VELPEAU répond qu'il ne faudrait y recourir que si la surface traumatique revêtait les caractères précédemment décrits.

Mais il pense que ce mode de pansement pourrait être fort précieux pour les blessés de l'armée d'Italie; car les plaies reçues sur les champs de bataille sont généralement contuses, accompagnées de lambeaux, de délabrements, de trajets fistuleux, de clapiers purulents, toutes circonstances qui réclament impérieusement le bénéfice d'une prompte et sûre désinfection.

M. MICHEL LÉVY. Ce procédé n'a-t-il pas l'inconvénient d'exiger des pansements fréquemment renouvelés?

M. VELPEAU. Ce n'est pas le fait du procédé, mais celui de la nature de la plaie. Quel que soit le mode de pansement, il doit être souvent répété pour les plaies gangréneuses.

M. RENAULT. Je dois réparer une omission. J'ai oublié de faire observer que, contrairement à ce qui a été avancé, l'emploi du topique de plâtre et de coaltar ne s'oppose pas au développement des asticots et ne prévient point l'éclosion des mouches carnassières.

M. DEVERGIE ne saurait admettre que la poudre de plâtre et de coaltar puisse produire, comme le prétend M. Velpeau, une absorption continue. L'absorption des produits putrides doit être momentanée et très-limitée, car elle n'est plus possible sitôt que le plâtre de la première couche est solidifié.

M. BOULEY. M. Devergie a-t-il suivi les expériences de la Charité?

M. DEVERGIE déclare qu'il ne nie aucun des faits avancés par M. Velpeau et par M. Bouley; il conteste seulement l'explication qu'on en donne.

M. MOREAU affirme qu'il a pu s'assurer par lui-même que les plaies pansées avec la poudre de M. Corne ne répandaient plus aucune odeur fétide.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Un des membres les plus distingués du corps médical de France, M. le docteur Emangard, de l'Aigle (Orne), vient de succomber presque subitement.

Ce savant octogénaire avait débuté dans la carrière médicale à l'époque où notre patrie, à peine remise de ses convulsions révolutionnaires, luttait avec énergie contre l'Europe entière. Dévoué aux intérêts de la nation, ce furent les compagnons de gloire de Napoléon le Grand qui les premiers se ressentirent de ses profondes études. Il marcha avec eux sur les champs de bataille, partagea leurs fatigues et brava la mitraille pour les arracher, couverts de blessures, des mains sanguinaires de la mort; alors, comme Ambroise Paré, son illustre devancier, *il pansait et Dieu les guérissait.*

Rentré dans la vie civile, il dédaigna les honneurs, la gloire et même la fortune que sa science lui eussent acquis dans une grande cité. L'Aigle, sa ville natale, fut celle qu'il choisit pour se consacrer au soulagement de l'humanité. Là, il prodigua à ses concitoyens, avec sa sollicitude, le fruit de ses veilles et de ses méditations. Ce fut pour eux qu'il écrivit son *Traité du croup* (1), maladie cruelle qui semblait avoir fixé dans la vieille Neustrie sa principale résidence.

Il méditait d'autres travaux non moins importants, lorsque retentirent dans l'Europe les cris de détresse des Egyptiens en proie à la peste. N'écoutant que son dévouement, il quitta aussitôt sa patrie, franchit les mers, et alla dans la brûlante Egypte étudier les causes du fléau, afin de soulager ceux qui en étaient frappés. De retour en France, il publia un Mémoire (2) sur cette épidémie, qui lui valut les éloges de ses collègues.

Les soins intelligents qu'il avait prodigués aux Egyptiens ayant attiré les regards du pacha Méhémet-Ali, celui-ci voulut l'attacher à son école de médecine. Pressé par ses vives sollicitations, le docteur Emangard quitta une seconde fois sa patrie, et alla remplir de l'éclat de sa science les chaires de pathologie interne et de clinique médicale du Caire. Ce fut sur cette terre des Pharaons qu'il composa son savant *Cours de nosologie clinique* (3), que Méhémet-Ali fit traduire en langue arabe pour l'instruction des aspirants médecins.

Après plusieurs années de professorat, le docteur Emangard fit ses adieux aux géants de Memphis et de Cécrops, ces muets témoins de la première gloire de Bonaparte; alors il revint, et pour toujours, dans sa ville natale, goûter les délices de la retraite et de l'étude, qu'il chérit et cultiva jusqu'à son dernier soupir.

Armand PARROT, d'Angers.

— M. J. B. Baillière, qui, par ses importantes publications et ses relations si utiles avec les médecins, peut, à juste titre, être considéré comme appartenant à la grande famille médicale, vient d'être frappé dans ses plus vives affections. Mme J. B. Baillière vient de succomber aux suites d'une longue et cruelle maladie, à l'âge de cinquante et un ans. Ses obsèques auront lieu aujourd'hui jeudi à midi *précis*.

— Quatre jeunes gens, poursuivis judiciairement à Londres pour s'être baignés dans une rivière, viennent d'être renvoyés de l'instance. « Le bain, a dit le magistrat, est une admirable et salutaire pratique, et la natation un avantageux exercice qu'il faut encourager en toute occasion. On manifeste ordinairement en ce cas une pruderie qui a quelque chose d'excessif. Si le public est choqué du spectacle des baigneurs, il n'a qu'à choisir pour la promenade une autre heure et un autre lieu. »

Ces paroles ne sont point inutiles à rappeler dans la saison actuelle. Un peu plus de liberté pourrait et devrait certainement être accordée aux baigneurs. Peut-on mettre en parallèle le bien réel qui résulterait de cette pratique pour l'immense majorité des habitants des grandes villes, avec les prétendus scandales dont ne se plaignent guère que ceux qui veulent bien être scandalisés? Contraignez sévèrement les baigneurs à une scrupuleuse décence, mais ne sacrifiez pas une nécessité hygiénique aux réclamations de ceux que rien n'empêche, comme l'a si bien exprimé le magistrat anglais, d'user de leur droit de se promener ailleurs.

— Un nouveau journal vient de paraître à Madrid; il est consacré spécialement aux maladies de la peau, à celles des yeux et à la syphilis. Son rédacteur en chef est M. le docteur Léon Checa.

— M. le docteur Ed. Vandencorput, secrétaire de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, vient de recevoir du schah de Perse la décoration de chevalier de l'ordre du Lion et du Soleil.

(Presse méd. belge.)

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

M. de Lassime, de Cadillac.	10 fr.
M. le docteur Félix Busquet.	5
Total.	15 fr.
Total des listes précédentes. .	1188 fr. 50 c.
Total général jusqu'à ce jour. .	1203 fr. 50 c.

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 1, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 10.

(1) *Traité pratique du croup, et examen critique de quelques opinions sur cette maladie.* 1 vol. in-8°, 1827.

(2) *Mémoire sur la peste observée en Egypte.* 1 vol. in-8°, 1837.

(3) *Cours de nosologie clinique.* 1 vol. in-8°, 1843.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 92. — SAMEDI 6 AOUT 1859. (32e ANNEE.) N° 92. — SAMEDI 6 AOUT 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandals de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur la constitution médicale actuelle.

Rien n'est changé dans la constitution médicale depuis que nous avons essayé d'en esquisser les principaux traits dans notre dernière *Revue* (1). Ce sont toujours à peu près les mêmes affections qui dominent, c'est-à-dire des embarras gastriques et intestinaux, des diarrhées prenant dans quelques cas le caractère cholériforme, dans d'autres l'apparence plutôt dyssentérique, accompagnées généralement d'un cortége de symptômes nerveux tels que céphalalgie, vertiges, courbature, crampes ou inquiétudes musculaires, etc. ; et, tranchant sur cet ensemble de phénomènes généralement peu graves, quelques cas rares d'affections cholériques dont un très-petit nombre se terminent par la mort.

Nous avons dit que pour la plupart des cas l'affection régnante était si bénigne qu'il y avait à peine lieu de s'en occuper, et que la simple observation des règles les plus élémentaires de la diététique et de l'hygiène suffisait le plus souvent pour y mettre un terme. Cependant, dans quelques cas, on a dû recourir à des moyens un peu plus actifs. A cet égard, la plus grande latitude existe dans le choix des moyens ; c'est, à notre avis, dans les vomi-purgatifs qu'il faut choisir de préférence les agents principaux de la médication. L'ipécacuanha surtout est indiqué au début de l'affection, et dans les formes qui se rapprochent le plus de l'embarras gastrique ordinaire. Dans tous les cas, il est utile autant au moins par la secousse favorable qu'il imprime à toute l'économie que par les évacuations qu'il détermine et par la stimulation directe qu'il provoque dans l'estomac. Les purgatifs salins peuvent être employés avec avantage après l'ipéca. Chez les malades dont l'embarras intestinal, les coliques avec ou sans diarrhée sont le symptôme dominant, on peut recourir d'emblée aux purgatifs. Les narcotiques, dont on a préconisé aussi l'usage dans cette circonstance, et qui sont effectivement indiqués surtout par les coliques quelquefois assez violentes, nous paraissent devoir être employés avec une grande réserve à cause des dispositions aux congestions encéphaliques qu'ils ne feraient que favoriser. Les eaux minérales gazeuses acidules et quelques légers toniques amers contribuent efficacement à hâter et à assurer un complet rétablissement.

Rien d'ailleurs jusqu'à présent ne semble indiquer que ces affections soient devenues ni plus fréquentes ni plus graves qu'il y a huit jours. Ce fait seul serait déjà presque une réponse suffisante à la question posée dans notre dernière *Revue*, savoir : si, la température continuant à se maintenir élevée, il y aurait lieu de craindre que les affections qu'elle engendre, ou dont elle occasionne tout au moins le développement, ne prissent ultérieurement un caractère plus grave, et qu'elles ne finissent par dégénérer en une véritable épidémie soit de fièvres bilieuses, de dyssenteries ou de choléra, suivant que ces affections inclinent plus ou moins vers l'une ou l'autre de ces grandes manifestations morbides. Nous avons laissé entrevoir que dans notre pensée rien de semblable n'était à craindre. C'est ce qu'il s'agit de justifier.

Nous avons, pour fonder ce pronostic favorable, deux sortes de motifs ou de considérations. Le premier, c'est le souvenir de ce qui s'est passé déjà dans des conditions atmosphériques et météorologiques tout à fait semblables, et parfaitement comparables à celles où nous nous trouvons en ce moment. Le second, c'est la juste appréciation des effets pathogéniques habituels des saisons.

Pour trouver un été aussi chaud que celui de cette année, il faut remonter jusqu'en 1846. Cette année-là, en effet, qui figure la dernière dans la liste des étés chauds que nous avons publiée il y a huit jours, le thermomètre s'éleva et se maintint, comme cette année, pendant plusieurs jours, à 36° à l'ombre, et jusqu'à 50° au soleil et dans les points abrités du vent. Chaleur accablante, absence presque totale de pluie, tension électrique presque constante, tels étaient, alors comme à présent, les traits les plus saillants de la saison. Or, si nous consultons les relations des maladies régnantes à cette époque, que trouvons-nous ? Comme à présent aussi, des affections gastro-intestinales d'un degré généralement bénin, et s'élevant par exception, chez quelques sujets, jusqu'au choléra sporadique. Mais quelque persistante qu'ait été cette influence, elle n'a en aucun moment dépassé ces limites dans ses effets. Nous pourrions, en remontant plus haut, retrouver dans les conditions analogues les mêmes rapports et les mêmes témoignages d'une influence incontestable de la saison sur la santé publique, mais d'une influence toujours limitée et qui ne s'élève jamais jusqu'à l'épidémie proprement dite. C'est que, pour constituer un épidémie, il faut autre chose qu'une simple intempérie, quelque prolongée et intense qu'on la suppose.

Les saisons, ainsi que l'a dit avec raison M. Fuster, n'engendrent pas des maladies de toutes pièces ; par la nécessité de leur nature, par l'action seule et directe de leurs divers éléments, elles prédisposent seulement l'économie par les perturbations qu'elles y introduisent, à subir plus facilement l'influence des causes morbides communes, et à céder plus particulièrement à celles de ces causes qui sont le plus en rapport avec leurs qualités même. Mais là où il n'y a point les germes, quels qu'ils soient, d'une épidémie, les chaleurs seules ne sauraient suffire à les faire naître.

Rien donc, ni dans la constitution atmosphérique actuelle ni dans l'état de la santé publique, n'autorise à penser que cet état puisse s'aggraver, et que les symptômes que l'on observe en ce moment doivent être considérés comme les prodromes d'une épidémie imminente. Tout porte à croire, au contraire, que ces effets pourront bien se prolonger peut-être encore en raison de cette aptitude bien connue de notre économie à conserver, longtemps après la cessation des influences atmosphériques, l'espèce d'empreinte morbide qu'elle a contractée sous leur action, mais qu'ils ne dépasseront ni par leurs caractères, ni par leur degré d'intensité, les limites dans lesquelles ils se sont maintenus jusqu'à présent.

(1) Voir le numéro de samedi dernier.

Du traitement des cancers épithéliaux, ou cancroïdes, par l'application du cautère actuel.

La règle la plus généralement adoptée aujourd'hui pour la cure des cancers épithéliaux, ou cancroïdes, est de les enlever en totalité, au delà de leurs limites, afin d'en prévenir plus sûrement la récidive. Qu'on ait recours à l'instrument tranchant, ou aux caustiques potentiels, pâte arsenicale, de Vienne ou de Canquoin, etc., l'indication reste la même, et plus on a sacrifié de tissus périphériques sains, moins on redoute la réapparition de la maladie.

La pratique chirurgicale présente cependant des cas nombreux où l'application de cette doctrine offre de graves difficultés. Frappé de ces difficultés, M. le professeur Sédillot, de Strasbourg, s'est attaché à en étudier les diverses conditions et à rechercher les moyens de les vaincre ou de les éluder. Si le cancer épithélial, dit il dans une communication récente à l'Académie des sciences, que nous avons mentionnée dans le numéro du 2, menace d'envahir les bords libres des paupières, ou d'atteindre toute l'épaisseur des ailes du nez, lorsque ses progrès le rapprochent de la commissure des lèvres ou de l'orifice du conduit auriculaire, on peut être très-embarrassé de les arrêter, et l'on se trouve entre deux dangers : abandonner le malade à une mort inévitable, ou s'exposer à produire des désordres et des difformités excessivement graves, qui ne sont même pas contre-balancés par la certitude de la guérison.

Les chirurgiens ont constaté depuis longtemps la résistance des tissus fibreux à l'envahissement des cancers épithéliaux, et Lisfranc avait tiré de cette remarque un procédé ingénieux de dissection et de conservation des corps caverneux, que l'on sacrifiait souvent avant lui.

L'art possède les moyens de produire du tissu fibreux accidentel, dense, rétractile, peu vasculaire et réfractaire aux modifications morbides. Ne pouvait-on pas profiter de ce fait, s'est demandé M. Sédillot, pour créer de toutes pièces des barrières à l'extension des cancroïdes et même les détruire sur place en retardant ou en prévenant le danger de les voir récidiver ? C'est une expérience qu'il a faite et qui lui a réussi.

Voici en quels termes il expose les faits qui l'y ont conduit. Nous le laissons parler lui-même :

Nous étions fortifié dans l'espoir de tirer un heureux parti de ces essais, par cette considération que les suppurations prolongées sont favorables à l'élimination des éléments du cancer. Lorsque j'eus l'honneur de débuter dans l'externat à la Charité, sous la direction d'un vénéré maître, le professeur Boyer, j'avais été frappé de sa persistance à faire suppurer les plaies résultant de l'ablation des cancers. C'était l'époque où la réunion immédiate, cette source de tant d'accidents, était appliquée presque sans exception, et

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des dermatoses ou maladies de la peau, classées d'après la méthode naturelle, comprenant l'exposition des meilleures méthodes de traitement, suivi d'un formulaire spécial, par M. le docteur DUCHESNE-DUPARC (1).

M. Duchesne-Duparc est un des anciens internes et élèves particuliers d'Alibert, cet habile médecin dont le nom, malgré les immenses progrès faits depuis vingt-cinq ans par la science dermatologique, restera longtemps encore glorieusement attaché à l'histoire des maladies de la peau. On lui rendra toujours cette justice que, l'un des premiers, il sut mettre un peu d'ordre dans le chaos, qu'il s'efforça d'établir une classification à peu près rationnelle de ces affections ; enfin que, par un enseignement dont la réputation devint européenne, il sut donner un véritable attrait à des études qui jusqu'à lui avaient paru dignes de peu d'intérêt et étaient assez généralement négligées.

Depuis les travaux d'Alibert, d'autres efforts ont été faits dans des directions bien différentes; de nouvelles voies ont été tentées; des principes nouveaux ont dirigé les travailleurs, et ont conduit à des classifications opposées à celles du maître.

Les uns ont pris pour point de départ l'étude des divers éléments de la peau, mieux connus depuis l'application usuelle et journalière des appareils grossissants à l'analyse des tissus organiques ; les autres ont préféré rechercher s'il était possible de déterminer la nature intime de chacune des lésions qui peuvent affecter l'enveloppe tégumentaire, et ont basé sur la distinction de ces caractères puisés dans la connaissance vraie ou présumée telle de l'essence intime des maladies, une distribution qui, elle aussi, a rendu de grands services à la thérapeutique.

Dans ces deux dernières méthodes, surtout dans la dernière, peut-être a-t-on eu quelquefois le tort, à force de vouloir localiser, d'oublier un peu le rôle que jouent dans la production de plusieurs affections cutanées certaines diathèses, certains principes généraux répandus dans l'économie et qui dominent, dans plus d'une circonstance, les manifestations pathologiques. C'est au moins un reproche qu'on leur a adressé, et nous ne saurions soutenir qu'en cela on ait eu constamment et complétement tort.

Depuis quelques années, par une réaction en sens inverse qui est un des caractères les plus connus de l'esprit humain, beaucoup semblent revenir à des principes qui, s'ils ne sont pas identiquement semblables aux anciens, présentent du moins avec eux des analogies frappantes. *Multa renascentur quæ jam cecidère...* a dit le poëte latin, et ce qui était vrai au siècle d'Auguste, l'est plus que jamais au temps où nous vivons, surtout lorsqu'il s'agit de médecine.

Depuis l'époque où, fervent adepte d'Alibert, il recueillait religieusement les préceptes de son maître, M. Duchesne-Duparc, fidèle à ce qu'il croyait être les saines doctrines, n'a pas varié un instant. Nous ne voulons pas dire par là que, retardataire obstiné, il soit resté sourd à la voix du progrès, étranger aux conquêtes scientifiques modernes, qu'il ait fermé les yeux aux lumières nouvelles pour s'absorber tout entier dans la contemplation du passé. Ce serait là le fait d'un esprit étroit et inintelligent, ou tout au moins d'un de ces paresseux desquels l'humanité n'a jamais rien à attendre. M. Duchesne-Duparc a étudié avec soin toutes ces découvertes, il a contrôlé par lui-même ce qu'elles avaient de réel et d'incontestable, il en a fait les applications qui lui ont semblé logiques ; mais il n'y a pas trouvé de raisons suffisantes pour changer la classification établie d'après la méthode naturelle par l'ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis.

C'est en onze classes que M. Duchesne-Duparc a divisé les dermatoses.

1° *Dermites*, répondant au groupe des dermatoses eczémateuses d'Alibert et comprenant les dermites simples, *érythème*, *érysipèle*, *ecthyma*, etc. ; la dermite phlegmoneuse, *furoncle ;* les dermites gangréneuses, *pustule maligne* et *charbon*.

2° *Exanthèmes*, renfermant les *fièvres éruptives*, la *vaccine* et la *miliaire*.

(1) Un vol. in-18 de LXVI-491 pages. — J. B. Baillière et fils.

cependant Boyer continuait à la repousser et se fondait sur la plus grande rareté des récidives après la suppuration.

« J'ai eu l'occasion de vérifier la justesse de cette opinion par l'emploi du microscope; des portions de tissus infiltrés d'éléments cancéreux au moment de l'opération n'en présentaient plus après quelques semaines de suppuration. »

M. Sédillot avait, comme on le voit, des motifs puissants de tenter l'application du cautère actuel à la cure des cancroïdes, et voici les principales observations qu'il a recueillies.

Un des malades de la Clinique, âgé de 55 ans, avait eu la totalité du pavillon de l'oreille détruite en moins de trois semaines par un cancroïde à marche aiguë. Le conduit auditif allait être envahi; on appliqua le feu à plusieurs reprises sur l'ulcération et on obtint une cicatrice solide et persistante. Le malade, malgré les instances du chef de service, quitta l'hôpital et on ne l'a pas revu, mais aucun autre procédé n'eût pu donner un résultat aussi prompt et aussi heureux.

Un second malade était affecté d'un cancroïde occupant une partie de la joue et s'étendant vers la paupière inférieure, dont il touchait presque la commissure. Le feu arrêta les progrès du mal, et la guérison fut obtenue.

Un homme âgé portant un cancer épithélial de la totalité de la partie supérieure de la lèvre inférieure, fut traité par le même procédé à la Clinique, il y a près de deux ans, et, à la troisième application du cautère, sa plaie se cicatrisa sans notable difformité.

M. Sédillot a eu sous les yeux, pendant deux années, un vieillard atteint de cancroïde à la joue. La lèvre supérieure, toute la paroi latérale du nez, la paupière inférieure et l'angle naso-palpébral étaient envahis.

Le cautère actuel a permis de substituer à l'ulcération une cicatrice ferme, épaisse, unie, très-profonde, puisqu'une portion des os du nez fut exfoliée. Plusieurs fois, un commencement de récidive se fit sur les bords du tissu cicatriciel, mais l'emploi du fer rouge en triompha.

Cette année, ajoute M. Sédillot, j'ai reçu à la Clinique la femme L... (Adèle), âgée de 70 ans, portant sur le milieu de la lèvre inférieure une tumeur épithéliale datant de sept mois, et offrant 4 centim. de largeur sur 3 de hauteur et autant de projection.

La muqueuse était à peine ulcérée, et cependant il eût fallu sacrifier les deux tiers de la lèvre pour en pratiquer l'ablation par le procédé ordinaire d'excision en V.

J'appliquai le feu le 17 mai sur la base de la tumeur, dont j'avais séparé avec des ciseaux courbes la partie la plus saillante.

Deux nouveaux cautères furent éteints quatre jours plus tard sur la plaie, que je soutenais avec l'indicateur gauche en arrière, afin de ne laisser sans la détruire aucune partie indurée. Les limites du mal ne furent pas sensiblement dépassées. La guérison fut complète au bout de quinze jours.

La partie moyenne de la lèvre est rétablie de la manière la plus régulière. La cicatrice est unie, souple, sans bosselures; toute la hauteur et la largeur de l'organe sont conservées.

Le procédé de la guérison a été très-simple, sans perte notable de substance, sans complications possibles, et nous croyons les résultats plus sûrs qu'à la suite de l'excision.

Dans le cas où une petite dureté ou bosselure apparaîtrait dans l'épaisseur de la cicatrice, et indiquerait une imminence de récidive, nous n'hésiterions pas à y poser immédiatement une pointe de feu, et nous détruirions de nouveau sur place, et avec une parfaite facilité, toute tendance à la réapparition de la maladie.

L'emploi du chloroforme est devenu si complétement innocent entre des mains exercées, et inspire une telle confiance aux opérés, que ces cautérisations sont acceptées sans répugnance et sans crainte, et la chirurgie se trouve ainsi armée d'une nouvelle et puissante ressource contre des altérations qui pouvaient auparavant sembler désespérées.

Traitement des névralgies par les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine.

La méthode des injections médicamenteuses sous-cutanées, qui a le privilége de provoquer l'attention des praticiens depuis la communication de M. Béhier sur ce sujet à l'Académie de médecine, a été expérimentée par M. le docteur Hérard, à l'hôpital Lariboisière. Les résultats que ce médecin en a obtenus viennent confirmer ceux de ses collègues de l'hôpital Beaujon, ainsi que l'avaient déjà fait les faits constatés par M. Becquerel, et que nous avons rapportés dans la dernière *Revue*.

Voici, d'après une note communiquée à l'*Union médicale* par M. Amédée Coulon, interne du service, quels sont ces résultats :

M. Hérard s'est servi, pour ces injections, de la seringue Pravaz, comme l'avait fait M. Béhier. Il a constamment employé une solution de sulfate d'atropine dans la proportion de 0,30 centigr. pour 30 gramm. d'eau distillée. La quantité de liquide injectée chaque fois était de 5 à 10 gouttes, contenant, par conséquent, de 3 à 5 milligr. de sulfate d'atropine. Il a fait vingt-cinq injections sans qu'il soit jamais survenu d'accident local autour de la piqûre.

Quelques minutes après l'injection, les phénomènes généraux se sont montrés : sécheresse de la bouche et de la gorge; céphalalgie; étourdissements; vertiges comparés par le malade même à l'ivresse. Il y a eu aussi quelques troubles de la vision, des nausées et des vomissements. Les pupilles étaient extrêmement dilatées.

Ces phénomènes toxiques ont toujours disparu, même sans traitement spécial, après quarante huit heures au plus tard, et souvent même après trois ou quatre heures.

Dix malades du service de M. Hérard ont été soumis à ce mode de traitement. Voici quelle était la nature de leur maladie :

Névralgie sciatique	3
Douleurs musculaires rhumatoïdes	3
Douleurs muscul. chez des hémiplégiques	2
Contusion	1
Névralgie faciale	1

Chez tous ces malades, excepté chez celui qui était atteint de contusion, les injections de sulfate d'atropine ont amené la guérison ou un soulagement très-notable. Chez un de ces malades, une seule injection a suffi; chez les autres, au contraire, on a été obligé de faire plusieurs injections à un ou plusieurs jours d'intervalle.

Les trois cas qui, d'après M. Coulon, démontrent le mieux l'efficacité de ce mode de traitement, sont les trois cas de névralgie sciatique, parce que les malades étaient atteints d'une névralgie intense durant depuis longtemps, et qu'ils avaient été soumis à un grand nombre de traitements sans pouvoir obtenir de guérison.

Voici l'histoire abrégée de ces trois malades :

I. *Névralgie sciatique datant de dix huit mois.* — Une jeune femme de vingt-cinq ans, domestique, entre le 7 juin dernier à l'hôpital Lariboisière, éprouvant depuis dix-huit mois une douleur assez vive à la fesse du côté gauche, et qui depuis six mois se fait sentir dans toute l'étendue de la partie postérieure de la cuisse et de la jambe. C'est le matin, en se levant, que la malade souffre le plus.

La douleur occupant tout le trajet du nerf sciatique est beaucoup plus vive en trois points : à la fesse, à peu près à égale distance du grand trochanter et de la tubérosité de l'ischion; au mollet et au niveau de la malléole externe. La malade marche en boitant; elle ne peut étendre complétement la jambe. Il lui arrive souvent de passer des nuits entières sans dormir.

Le 9 juin, à dix heures du matin, M. Hérard injecte dans le tissu cellulaire, au niveau du point douloureux de la fesse, sept gouttes d'une solution de sulfate d'atropine (0,30 centigr. pour 30 gram. d'eau distillée). Quelques minutes après cette injection, il survient de la sécheresse de la bouche et de la gorge, puis des étourdissements, des nausées et même des vomissements. Le même jour, à midi, on fait prendre à la malade trois pilules d'opium de 0,01 centigr. chacune; les vomissements s'arrêtent. La douleur de la fesse était alors plus forte qu'avant l'injection; mais à trois heures de l'après-midi elle était notablement diminuée. La nuit, la malade put dormir, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps.

Le 10 au matin, la malade ne souffrait plus de la fesse, même en marchant; mais la marche provoque des nausées et des vomissements.

Les 11 et 12, elle souffre du mollet. Le 13, on injecte au niveau du point douloureux du mollet six gouttes de la solution. Un quart d'heure après, sécheresse de la bouche et de la gorge; un peu de congestion cérébrale; rougeur de la face, trouble de la vision, nausées et vomissements. — 4 centigr. d'opium.

Le 14 juin, il n'y a plus de congestion cérébrale, mais les nausées et les vomissements persistent; la douleur du mollet a disparu.

Le 16, la malade marche parfaitement bien; elle n'a plus de roideur dans le membre; elle dort la nuit.

Le 17, elle sort de l'hôpital guérie.

II. *Névralgie sciatique datant de quatre mois.* — Une femme de quarante-deux ans, infirmière à l'hôpital, éprouve depuis le mois de février des douleurs dans la fesse du côté droit, douleurs qui n'ont pas tardé à se propager dans tout le membre correspondant. (Cette femme avait déjà eu à diverses époques une névralgie faciale qui avait duré quarante-deux jours, des douleurs dans les membres et dans les régions lombaires et de fréquentes migraines.)

Le 2 mai, la malade souffrait du membre abdominal droit; la douleur était beaucoup plus vive en trois points : à la partie postérieure de la fesse, entre le grand trochanter et la tubérosité de l'ischion; au mollet; au niveau de la malléole externe. On a appliqué successivement sur la fesse plusieurs vésicatoires volants, des ventouses scarifiées; on a fait à deux reprises différentes huit raies de feu. Sous l'influence de ce traitement local, la douleur a diminué, mais elle n'a pas complétement disparu. Dans les premiers jours de juin, elle était revenue, mais un peu moins forte qu'aux premiers jours de mai; toutefois la malade ne pouvait dormir la nuit, et le jour elle ne pouvait marcher sans boiter.

Le 4 juin, la douleur étant plus vive dans le mollet que dans tout autre point, M. Hérard pratique dans cette région une injection de 8 gouttes de solution de sulfate d'atropine (0,30 centigrammes pour 30 grammes); dix minutes après, la malade a la bouche sèche; elle sent la chaleur lui monter au visage, elle éprouve quelques nausées. Au bout de deux heures, tous ces accidents ont disparu.

Le 5 juin, il n'y a plus de douleur au mollet; mais la douleur à la fesse est très-forte.

Le 8, M. Hérard injecte au niveau du point douloureux huit gouttes de la même solution. Les mêmes phénomènes se manifestent quelques instants après; le soir, la douleur avait disparu.

Depuis ce moment, cette femme n'a cessé de travailler sans éprouver la moindre douleur dans aucun des points autrefois malades; elle étend parfaitement bien la jambe sur la cuisse, ce qu'elle ne pouvait pas faire avant d'avoir été traitée par les injections.

III. *Névralgie sciatique datant de sept mois.* — Un jeune homme de dix-neuf ans, entré à l'hôpital le 18 juillet, avait contracté, au mois de décembre dernier, une douleur vive le long de la partie postérieure de la cuisse et de la jambe gauches, pour laquelle il a subi plusieurs moyens de traitement, entre autres des applications de ventouses scarifiées, des frictions avec le baume Oppodeldoch, le baume tranquille, etc., mais tout en continuant de souffrir.

Le 21 juillet, on fait au niveau du point le plus douloureux de la fesse une injection de 8 gouttes de la solution de sulfate d'atropine : dilatation des pupilles, sécheresse de la bouche, étourdissements, un peu de trouble de la vision; mais pas de nausées ni de vomissements. Ces symptômes se dissipent au

---

3° *Gourmes* (dermatoses teigneuses d'Alibert), divisées en simple, *achore*, et parasites, *porrigine*, *favus*.

4° *Dartres*, qui se composent de l'*herpès*, de l'*eczéma*, de l'*acné*, de l'*impetigo* et du *prurigo*; ce dernier a paru à l'auteur devoir se rattacher à cette classe, parce qu'il se comporte en tous points comme une maladie dartreuse.

5° *Dégénérescences*, auxquelles se rattachent comme sous-divisions les deux groupes de dermatoses cancéreuses et lépreuses d'Alibert.

6° *Scrofules*, auxquelles il joint l'*esthiomène*, détaché par lui des dermatoses dartreuses.

7° *Scabies*.

8° *Hémorrhagies cutanées* (dermatoses hémateuses d'Alibert).

9° *Lésions pigmentaires* (d. dyschromateuses d'A.).

10° Sous le titre d'*hypertrophies cutanées*, M. Duchesne-Duparc a établi une classe qui lui est propre, et qui lui paraît être une des plus naturelles de son cadre nosologique. Elle contient l'*hypertrophie simple* de la peau, les *tumeurs vasculaires*, les hypertrophies *folliculaires*, *tuberculeuses* et *accidentelles* (verrues et cors).

11° La onzième enfin comprend les *syphilides*.

On voit qu'à bien peu de chose près la classification de M. Duchesne-Duparc n'est autre chose que celle d'Alibert, sauf quelques légères modifications de détail rendues nécessaires par la marche de la science. Voici en deux mots le plan du livre.

L'auteur décrit d'abord la peau humaine sous le triple rapport de ses fonctions, de son organisation et des maladies qui peuvent l'affecter; puis, après avoir donné de chaque produit éruptif ou élément anatomique une définition succincte, et présenté quelques considérations générales sur l'étiologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement des dermatoses, il aborde l'histoire de chacun des genres morbides cutanés dont nous venons de dresser la liste.

Dans la description, c'est à la clarté et à la concision beaucoup plus qu'à l'érudition que s'est attaché l'auteur, bien qu'il n'ait laissé de côté aucun symptôme utile à connaître. Pour la nomenclature, il a choisi, autant que possible, les noms généralement admis, mais en ayant le soin d'indiquer en tête de chaque article la synonymie la plus complète. Le diagnostic différentiel devait être et a été l'objet d'un soin tout particulier, en raison de l'importance de la distinction des maladies entre elles. Enfin, toutes les fois que l'occasion s'en est rencontrée, les notions destinées à tenir le lecteur au courant de la science et même à l'initier aux questions encore en litige, ont été succinctement exposées, chacun, d'ailleurs, restant responsable de ses opinions et de ses découvertes.

Déjà plusieurs fois, en faisant dans ce journal le compte rendu de livres de la nature de celui-ci, et tout en rendant justice aux recherches des auteurs, à leur travail, nous avons exprimé cette pensée, qu'en résumé c'était toujours au traitement qu'il fallait s'attacher, car le but final de la médecine, c'est la guérison des maladies. En dehors de ce résultat, nous admirons bien des découvertes nouvelles, surtout lorsqu'il nous est permis d'espérer qu'elles contribueront pour leur part, dans un avenir plus ou moins éloigné, aux progrès de la thérapeutique; mais nous voulons toujours que leurs auteurs aient en vue le but utile, véritablement pratique.

Sous ce rapport, nous ne pouvons qu'approuver notre confrère. On voit, à chaque page, que c'est cette idée de faire avancer la thérapeutique qui le domine, qui est sa préoccupation constante. « Convaincu, dit-il, par les faits de chaque jour, que toutes les maladies de la peau peuvent être complétement guéries ou du moins améliorées et rendues supportables, j'ai voulu que l'attention de mes confrères fût principalement arrêtée sur les ressources variées que l'art et l'expérience empruntent aux différents règnes de la nature pour les appliquer à la guérison ou au soulagement de nos maladies, et, parmi les méthodes de traitement, j'ai signalé celles qu'une pratique consciencieuse et des faits nombreux recueillis à ma clinique et dans ma clientèle m'ont démontré mériter la préférence pour la sûreté de leur application et la fidélité de leurs résultats. »

Si nous ajoutons enfin qu'un formulaire spécial, placé à la fin du volume, contient toutes les formules médicamenteuses applicables au traitement des maladies de la peau, accompagnées de réflexions judicieuses propres à guider le praticien dans les cas simples comme dans les cas difficiles, nous aurons donné du livre de M. Duchesne-Duparc une idée suffisante pour le recommander à l'attention de tout véritable praticien.

Dr A. FOUCART.

bout de quatre ou cinq heures, et le malade ne sent plus sa douleur; il peut exécuter quelques mouvements de la cuisse sans souffrir.

Le 25 juillet, la douleur persiste au mollet seulement. Nouvelle injection de 8 gouttes. Au bout de quelques minutes, apparition des mêmes phénomènes, qui disparaissent dans la soirée, ainsi que la douleur.

Le 3 août, guérison complète.

Chez ces trois malades, ainsi qu'on vient de le voir, il a suffi d'une seule injection, au niveau de chaque point douloureux, pour amener la disparition de la douleur. Mais il n'en a pas été tout à fait de même, au rapport de M. A. Coulon, pour les autres malades. Chez la plupart, au contraire, on a été obligé de faire plusieurs injections au niveau du même point douloureux pour obtenir la guérison. Mais, dans tous les cas, le médicament a été absorbé avec une grande rapidité, ainsi qu'on a pu en juger par le développement constant des symptômes de l'intoxication atropique. C'est même là un fait que les expérimentateurs et les praticiens ne devront jamais perdre de vue dans ce mode d'administration des sels atropiques ou de tout autre agent actif du même ordre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 juillet 1859. — Présidence de M. Marjolin.

La parole est donnée à M. Maurice Perrin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, qui met sous les yeux de la Société un militaire atteint d'après lui d'une luxation de l'articulation coxo-fémorale, luxation que le malade produirait et réduirait à volonté. Voici les détails de cette intéressante observation :

Luxation traumatique suivie de luxation volontaire du fémur droit. — Remarques au sujet des luxations volontaires du fémur. — C... (Jean-Louis), âgé de 22 ans, d'une bonne constitution, est entré le 28 mai 1859 au Val-de-Grâce, dans le service de mon collègue et ami M. Ludger-Lallemand, en apparence pour s'y faire traiter d'une affection fébrile légère. Après un traitement de quelques jours, le malade appela pour la première fois l'attention sur une infirmité qu'il avait depuis longtemps, et que M. Lallemand reconnut pour être une luxation du fémur produite à volonté par la contraction musculaire.

M. Ludger-Lallemand, sur le désir que je lui exprimai de recueillir ce fait insolite, voulut bien me confier ce malade, et voici ce que m'ont appris plusieurs examens minutieux.

C..., jusqu'à l'âge de dix ans, a joui d'une santé parfaite. Fort grand pour son âge, il n'a jamais ressenti aucune douleur, aucune faiblesse dans le membre abdominal droit, et particulièrement au niveau de l'articulation coxo-fémorale.

A dix ans, ce jeune garçon fit une chute de cheval dans des conditions telles que sa jambe droite, engagée entre les flancs du cheval et une pièce du harnais, fut maintenue pendant la chute dans une adduction forcée. Commotion cérébrale avec perte de connaissance. Luxation du fémur diagnostiquée par le médecin du village et réduite le lendemain de l'accident. Trois aides furent indispensables pour pratiquer l'extension et la contre-extension. Ces détails sont restés si précis dans la mémoire de ce jeune homme, qu'il n'est guère possible de les révoquer en doute. A la suite de cet accident l'enfant garda le lit pendant un mois ou six semaines, la cuisse étant parfaitement et sans grand effort maintenue en place. On permit ensuite l'usage modéré du membre, quelques petites promenades, pendant lesquelles la marche fut encore mal assurée, l'articulation coxo-fémorale un peu douloureuse, mais pendant lesquelles la tête du fémur se maintint dans la cavité cotyloïde. Bref, tout annonçait la guérison, lorsqu'un mois après environ, à l'occasion d'un faux pas, sa luxation se reproduisit. La réduction fut faite par le médecin tout seul et sans effort; mais malgré tous les moyens de contention, un repos au lit, la tête fémorale quittait la cavité de réception sitôt que le membre était abandonné à lui-même et à l'occasion du moindre mouvement. A cette époque, la luxation se reproduisait avec le bruit caractéristique que l'on perçoit aujourd'hui, mais elle ne se réduisait pas d'elle-même; il fallait une certaine pression, un *refoulement* de la région trochantérienne en dedans et en avant.

Avec l'indifférence traditionnelle des habitants de la campagne; on se lassa bien vite de tout traitement, et l'enfant abandonné à lui-même grandit en supportant vaille que vaille une infirmité qui rendit la marche douloureuse pendant les premiers mois, fatigante et mal assurée en tout temps; et que nous retrouvons aujourd'hui aggravée plutôt qu'améliorée.

Voici ce que l'on observe à l'examen du malade :

Sujet debout, vu de face antérieurement. — Le développement physique s'est fait d'une manière régulière; les deux cuisses ont le même volume. Le tronc est incliné latéralement, de façon à rapprocher le centre de gravité de l'axe du membre abdominal gauche. Dans l'attitude habituelle, la cuisse droite présente, au niveau de la région trochantérienne, une saillie exagérée, et de plus elle est portée dans une adduction telle que le condyle interne du fémur vient faire effort contre la partie supérieure du condyle interne du côté opposé. Si on corrige cette attitude vicieuse, toute déviation disparaît, mais seulement pendant la durée de l'effort que le malade est obligé de faire. A la mensuration, les deux membres abdominaux ont la même longueur.

Si on examine de face et en arrière, on remarque une double courbure dans la région lombaire de la colonne vertébrale. L'une, latérale, à peine sensible, et accusée par une légère convexité à droite; l'autre, antéro-postérieure, plus prononcée et révélant une inclinaison du bassin en avant. La flèche de l'arc, formé par cette courbure mesure 0,037. Rien de particulier dans la saillie des fesses, sinon que la gouttière post-trochantérienne est plus accusée du côté droit.

La marche présente un phénomène bien digne de remarque. A chaque pas, et au moment où le centre de gravité se porte vers l'articulation coxo-fémorale droite, le fémur semble glisser de bas en haut et se rapprocher de la crête iliaque, et le trochanter forme un relief considérable.

La cuisse gauche, au contraire, se place dans une position demi-fléchie pour recevoir à son tour le poids du corps et compléter le pas. Mais en observant avec attention, et surtout en portant la main sur la région trochantérienne, on reconnaît bien vite que l'élévation apparente du fémur est le résultat d'un mouvement de bascule du bassin sur la tête fémorale droite, comme cela arrive dans la claudication provoquée par l'inégalité des membres abdominaux. On conçoit alors pourquoi la cuisse gauche, qui est aussi longue que la droite, se place dans la flexion pour s'accommoder à l'inclinaison du bassin. Ce mécanisme singulier de la marche s'accentue encore davantage par une inclinaison latérale en sens inverse de la colonne vertébrale. Ajoutons que la marche ne cause aucune douleur.

Si on prie le malade de produire la luxation, il pourra s'y prendre de deux manières, mais qui toutes deux concourent au même but; placer le membre dans une adduction prononcée: ou bien la cuisse droite prend un point d'appui sur le sol, reste immobile, et alors le bassin s'incline suivant le mécanisme indiqué plus haut; ou bien le corps repose sur la jambe gauche, et la cuisse droite est portée directement dans l'adduction forcée; dans l'un comme dans l'autre cas, cette première disposition étant prise, survienne un effort approprié, et la tête sort, en faisant entendre, même à distance, le bruit si caractérisé et si connu qui accompagne la réduction d'une luxation. On peut alors constater la plupart des signes qui appartiennent à la luxation du fémur en arrière : la cuisse est maintenue dans une adduction forcée, attitude produite non point par un déplacement du membre qui est immobilisé, mais par une forte inclinaison latérale du bassin. A la mensuration pratiquée, le sujet étant debout, seule position dans laquelle la déformation se maintienne pendant un temps suffisant, on trouve un raccourcissement de 0m,035, qui ne saurait être attribué, au moins en notable partie, à l'abaissement du bassin, car le tronc reste dans la verticale. La saillie du trochanter est exagérée et portée en arrière. Toutefois, si la luxation se produit la cuisse étant libre, c'est-à-dire suivant le deuxième mécanisme que j'ai indiqué plus haut, il ne se produit aucun mouvement de rotation apparente. Enfin, chose plus singulière; l'examen du malade doit être rapide, car, à mesure que l'effort musculaire qui a produit la luxation s'épuise, les signes de la déformation s'effacent, et bientôt la tête rentre sans bruit et sans secousse. L'absence apparente de rotation du membre me paraît résulter de ce que, dans le cas actuel, c'est moins la cuisse qui se luxe sur le bassin que le bassin sur la cuisse; et cela est si vrai que, dans le décubitus dorsal, quand le bassin est à peu près immobile, la luxation se produit difficilement et se réduit instantanément, malgré les efforts du malade. Ce mode de production exceptionnel, et dans lequel c'est principalement le bassin qui se dévie, doit singulièrement rendre obscurs, on le conçoit, les signes habituels de la luxation du fémur.

Mais la circonstance qui m'a préoccupé le plus dans l'étude de ce fait bizarre, dont tous les détails sont d'une analyse si difficile, c'est la fugacité des signes de la luxation : la tête du fémur sort de la cavité cotyloïde par un effort musculaire, mais elle rentre d'elle-même et à l'insu du malade. Je chercherai à rendre compte de cette particularité dans les quelques remarques dont je ferai suivre cette observation.

J'ajoute enfin que rien dans ces troubles fonctionnels n'autorise à admettre l'existence, à une époque antérieure ou actuelle, d'une affection organique quelconque des parties constitutives de l'articulation coxo-fémorale.

Remarques. — La rareté et l'intérêt du fait qui se présente feront accueillir favorablement, je pense, les minutieux détails dans lesquels je suis entré. La science ne possède encore, du moins à ma connaissance, aucune observation relative à une affection semblable survenue à la suite d'une luxation traumatique de la hanche. On rencontre bien quelques faits isolés de luxation du fémur par effort musculaire, mais la plupart se trouvent à l'état de simple mention, manquant de détails scientifiques qui permettent de les étudier et de les contrôler : il sera bien facile de s'en convaincre, du reste, par l'analyse rapide de ceux que j'ai pu recueillir.

Portal dit qu'étant étudiant il vit à Montpellier un abbé de Saint-Benoît qui se luxait le fémur à volonté (1). Pas de détails.

On trouve dans une note de l'ouvrage de Humbert (2) l'exhibition, sous une forme peu sérieuse, de deux faits qui paraissent se rattacher aux luxations volontaires du fémur.

« Un chirurgien des environs de Troyes jouit depuis son enfance de la faculté de se luxer la cuisse en haut et en dehors. Il la réduit avec la même facilité, et la rentrée de l'os s'accompagne d'un bruit.... » Cette infirmité « ne nuit en rien à la solidité de la jointure. »

Vient ensuite une anecdote assez plaisamment racontée, mais dans laquelle tout se résume en cette courte notion ; Homme adulte, ayant la faculté de se luxer le fémur en haut et en dehors; raccourcissement du membre d'un pouce et demi pendant la luxation. Cet homme faisait rentrer son fémur avec un *cloc* des plus distincts et le luxait à volonté.

On trouve dans le même ouvrage, mais cette fois dans le texte, l'observation d'une petite fille ayant un relâchement de l'appareil ligamenteux tel qu'à huit ans elle avait une luxation double de la hanche en haut, luxation qui se réduisait d'elle-même, et avec le bruit caractéristique, quand on suspendait l'enfant par les bras.

Dans une des séances de la Société des chirurgiens de Londres (1), M. Stanley, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy, mentionne sans détails suffisants six exemples de luxation par effort musculaire, et attribués par l'auteur soit à un relâchement ligamenteux, soit au vice rhumatismal.

Un seul présente quelque intérêt (obs. IV). Il s'agit d'une luxation de ce genre survenue six semaines après une chute, et dont l'examen nécroscopique put être fait. Il révéla que tout était intact, mais que la capsule était assez relâchée pour permettre à la tête du fémur de sortir complétement.

(1) *Cours d'anatomie*, t. I, p. 471.
(2) *Essai et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées de la cuisse*, p. 35.
(3) Trad. dans la *Gazette des Hôpitaux*, année 1841, p. 104.
(4) Ibidem, *Gaz. des Hôp.*

A la suite de la communication de M. Stanley, M. Coulson (2) cita l'exemple d'un homme bien portant qu'il a connu, et qui pouvait se luxer les deux cuisses à volonté et les remettre sans difficulté. Il explique le fait par l'allongement des ligaments, et il s'est assuré (il eût été intéressant de savoir comment) que le ligament rond était susceptible d'un grand allongement.

M. Jolly (1) dit aussi avoir vu un homme qui pouvait se luxer les deux fémurs et les réduire aussitôt.

M. Stanley (2) ajoute aussi avoir connu lui-même un homme qui se luxait le fémur à volonté.

Astley Cooper dit avoir reçu (3) du docteur Brindley l'histoire d'une luxation du fémur que le malade, âgé de cinquante ans, pouvait produire à volonté et réduire de même.

Enfin, M. Chassaignac présenta à la Société de chirurgie (4) un saltimbanque chez lequel existait à un très-haut degré un affaiblissement congénital, et acquis par des manœuvres immodérées du système ligamenteux. Dans cet exemple remarquable à plusieurs autres points de vue parfaitement mis en lumière par M. Chassaignac, il existait une double luxation du fémur en haut et en dehors, et la faculté de convertir les luxations iliaques en luxations ischiatiques.

Voilà en tout quinze cas dans lesquels le fait strict de luxation volontaire du fémur s'est présenté, mais il faut bien avouer qu'ils ne sont guères propres à jeter de la lumière sur le fait qui nous occupe.

Les uns se résument à une simple assertion, et n'ont d'autre valeur que l'affirmation d'un fait sans contrôle; les autres sont des affections congénitales existant aux deux cuisses, rattachées comme manifestations secondaires à un développement organique incomplet; quelques-unes seulement paraissent indiquer, plutôt que démontrer, qu'en dehors de la coxalgie, certaines affections de l'appareil ligamenteux, de la synoviale, d'origine spontanée ou traumatique, peuvent être suivies, bien que rarement, de luxations volontaires.

L'observation qui précède présente sous un jour nouveau la question encore si obscure, si peu étudiée des luxations volontaires du fémur. Elle démontre qu'en dehors de toute disposition congénitale, de toute affection organique antérieure de la jointure, une luxation traumatique, même quand il s'agit d'une articulation aussi profonde que la hanche, peut amener à sa suite une tendance au déplacement des surfaces articulaires telle qu'il en résulte une véritable luxation à volonté.

Voici, du reste, comment il est possible de se rendre compte des choses : Au moment de l'accident, la capsule fémorale, bien qu'assez étendue normalement, est inévitablement déchirée du côté où se produit la luxation, c'est-à-dire, pour le cas présent, du côté externe. A moins de violence extrême, la partie de la capsule opposée à la rupture reste intacte et dans un certain état de tension.

La luxation une fois réduite, la capsule tend à se cicatriser aux dépens des tissus environnants; mais ce travail de restauration exige un temps déterminé. Si un mouvement intempestif vient présenter trop tôt la tête de l'os au niveau de la brèche, cette sorte de capsule adventive, trop faible pour résister dans un moment où déjà toute irritation locale a disparu, où l'activité réparatrice qui en est la conséquence est épuisée, se laissera déprimer, refouler, de façon à donner comme résultat définitif, surtout par la reproduction fréquente des mêmes mouvements, une cavité hétérogène, irrégulière, constituée du côté du squelette par la cavité cotyloïde et une portion de la fosse iliaque, du côté des parties molles par les débris de l'ancienne et vraie capsule et les tissus de nouvelle formation qui la complètent.

Cette interprétation, empruntée à la physiologie pathologique des fractures non consolidées à la suite des mouvements prématurés, conduit à admettre un certain allongement irrégulier et permanent de la capsule, assez étendu obliquement pour permettre à la tête fémorale de se porter de la cavité cotyloïde vers la fosse iliaque. Les choses étant ainsi disposées, que doit-il se passer? La tête du fémur, qui n'est plus maintenue, s'échappe d'abord de temps à autre de sa cavité, à l'occasion d'un effort approprié un peu violent; elle vient arc-bouter contre la face externe du sourcil cotyloïdien qui fait obstacle à la réduction, tandis que la partie restée saine de la capsule tend à la produire. C'est ce qui explique si bien pourquoi, dans les premiers temps, notre jeune homme était obligé de refouler le trochanter en avant et en dedans pour obtenir la réduction. Mais par la reproduction de plus en plus fréquente du même accident, il est arrivé ce qui arrive toujours en pareille circonstance : usure mécanique des os et accommodation de leurs surfaces réciproques : d'où on le comprend facilement, tendance très-grande au déplacement, facilité plus grande encore de la réduction : d'où aussi modification profonde apportée aux signes qui caractérisent habituellement les luxations. Enfin, si on se rappelle que le déplacement ne peut se produire sans que les parties ligamenteuses restées intactes soient dans un état de tension considérable, on aura l'explication de ce phénomène insolite, contradictoire presque, quand il s'agit de luxation; je veux parler de la réduction spontanée immédiatement après la cessation de tout effort.

La facilité avec laquelle s'est reproduit l'accident pouvait faire croire à une ancienne luxation compliquée de fracture du sourcil cotyloïdien. Mais dans les exemples assez rares de luxation compliquée de fracture, la luxation très-facile à réduire se maintient très-difficilement réduite. Rien de semblable n'a eu lieu. La luxation, assez difficilement réduite d'abord, puisqu'il a fallu le concours de trois aides, a été très-facilement contenue jusqu'à ce qu'une cause productrice nouvelle soit venue changer ses conditions d'existence.

Avec une telle disposition organique, il paraît évident que l'articulation coxo-fémorale ne puisse pas supporter tout le poids du tronc à un moment donné; aussi, dans la marche, ainsi que nous l'avons dit, le bassin s'incline-t-il fortement à gauche chaque fois que le centre de gravité se porte du côté droit.

Quelle que soit, du reste, la valeur accordée à cette interprétation, l'enseignement qui résulte du fait en lui-même peut être formulé dans les trois propositions suivantes :

(1) Ibidem, *Gaz. des Hôp.*
(2) Ibidem, *Gaz. des Hôp.*
(3) *Traité des luxations*, trad. de MM. Chassaignac et Richelot, p. 3.
(4) Séance du 28 janvier 1853.

1° La luxation du fémur volontaire ou par contraction musculaire doit être inscrite désormais au nombre des accidents consécutifs aux luxations coxo-fémorales.

2° S'il est permis de tirer quelque déduction d'un fait isolé, cet accident, contrairement à l'avis de M. Malgaigne, exprimé du reste d'une façon dubitative, constitue une infirmité grave qui rend la marche fatigante, difficile même.

3° Il est indispensable de condamner pendant longtemps au repos les articulations qui ont été le siége d'une luxation, surtout quand il s'agit des membres inférieurs.

Une discussion s'engage sur la communication de M. Perrin.

M. MOREL-LAVALLÉE demande si après la production de la luxation on sent quelque part la tête fémorale sortie de sa cavité. Il voudrait savoir également si, pendant ce temps, il y a allongement du membre et s'il change d'attitude.

M. PERRIN répond qu'il a constaté un raccourcissement de 35 millimètres, et que la tête du fémur est très-manifestement reconnue en haut et en arrière. Au reste, tous ces détails sont consignés dans son observation.

M. CHASSAIGNAC a été frappé d'un fait qui lui paraît très-surprenant, à savoir que la pointe du pied ne subit aucune déviation lorsque le déplacement est produit.

M. PERRIN remarque que c'est en effet le seul signe de luxation iliaque qui manque ; il en a été frappé comme M. Chassaignac, mais il lui serait impossible d'en donner l'explication.

M. CHASSAIGNAC suppose qu'on pourrait en induire une disposition particulière du bord de la cavité cotyloïde ou de la capsule fibreuse articulaire.

M. PERRIN dit qu'il avait de son côté songé à un état particulier du rebord de la cavité, mais il n'a pu s'arrêter à l'idée d'un effacement complet. La secousse est si brusque et si forte, qu'elle entraîne nécessairement l'idée d'une cavité assez profonde existant encore.

M. MOREL, après s'être livré à un examen attentif du malade, déclare qu'il a inutilement cherché la tête du fémur. Il croit que le mouvement et le bruit qui se produisent sont dus à l'action d'un muscle qui glisse et tressaille sur le grand trochanter.

M. PERRIN. Mais comment expliquer de cette manière le raccourcissement qui existe, et que chacun peut constater ? Le choc qui se produit est si fort et si caractéristique, qu'on ne saurait comment l'expliquer autrement que par une luxation. Et d'ailleurs quel muscle existe au-devant du grand trochanter, qui puisse légitimer la supposition de M. Morel ?

M. MARJOLIN. On observe chez les petits enfants une forme de coxalgie à marche chronique, qui a pour conséquence une déformation particulière de la cavité cotyloïde. Il me semble qu'on peut établir une certaine analogie entre ces faits et celui de M. Perrin.

M. PERRIN fait remarquer que le rapprochement est impossible. Dans son observation, le point de départ a été une luxation traumatique sur un sujet bien portant jusque-là.

M. MOREL, qui, de concert avec quelques autres membres de la Société, s'est livré à un nouvel examen de ce militaire, déclare qu'il n'a pu constater un raccourcissement aussi considérable que celui indiqué par M. Perrin. C'est à peine si on trouve un centimètre. Il ne lui répugnerait pas d'admettre que la cavité cotyloïde a notablement perdu de sa profondeur. Mais il persiste dans sa première explication.

M. BOUVIER, après l'examen auquel il s'est livré, examen qui n'est peut-être pas aussi complet qu'on pourrait le désirer, ne croit pas à l'existence d'une luxation. Le raccourcissement constaté atteint à peine un centimètre, et il a vainement cherché à saisir la tête du fémur. Il ne nie pas qu'elle ne subisse un certain degré de déplacement, mais pas assez cependant pour qu'il se produise une véritable luxation. Il ne serait pas éloigné d'admettre qu'il y a dans ce cas une laxité anormale d'une portion seulement de la capsule fibreuse.

M. PERRIN, au milieu d'assertions aussi diverses, exprime le vœu que M. le président nomme une commission qui, séance tenante, sera chargée surtout de vérifier ce qui est relatif à l'allongement du membre.

MM. Bouvier, Chassaignac, Morel Lavallée et Jarjavay sont désignés pour faire cet examen de concert avec M. Perrin.

— L'ordre du jour appelle la lecture du procès-verbal de la dernière séance. Il est adopté après une rectification demandée par M. Richet.

— La parole est ensuite à M. Jarjavay, qui, à l'occasion de la tumeur présentée par M. Gubler, fait la communication suivante :

M. JARJAVAY. Parmi les tumeurs que j'ai observées et qui se rapportent plus ou moins à celle qui nous a été présentée dans la dernière séance, il en est une qui était située sur la partie postérieure et supérieure du bras droit d'une jeune femme de dix-neuf ans, entrée en 1850 à l'hôpital des Cliniques. Cette tumeur, arrondie, à base large, avait 6 centimètres et demi de diamètre, et faisait une saillie de 5 centimètres. De son sommet pendait un petit mamelon d'une consistance molle et pâteuse, sans aucun changement de coloration sur la peau ; mais sur le reste de la périphérie de cette tumeur on voyait des taches d'un rouge-brunâtre ou rosées, au nombre de six. Elle était d'ailleurs dure au toucher. La malade s'était aperçue de sa présence dès l'âge de neuf ans ; la tumeur était alors grosse comme une noisette. Au voisinage, la peau présentait tous les caractères de l'état normal. Cette tumeur ayant été enlevée, les bords de la plaie furent rapprochés en haut et en bas, au moyen de bandelettes de diachylon, et de la charpie fut placée dans le milieu de la solution de continuité. La marche de la suppuration et de la cicatrisation n'offrit rien de particulier, et la malade sortit guérie trois semaines après l'opération.

La tumeur fut coupée sur son diamètre transversal, immédiatement après l'opération. Le dessin que j'ai l'honneur de vous présenter, exécuté d'une manière remarquable par M. Lackerbauer, vous donnera une idée parfaite de la surface de la coupe.

Au-dessous de la peau est une infiltration séro-sanguinolente. En dedans du tissu cellulaire infiltré, la circonférence d'un kyste qui repose par les points qui ne sont pas du côté de la peau, sur une couche cellulo-graisseuse. A l'intérieur du kyste, on remarque, immédiatement appliquées sur sa face interne, des stalactites jaunâtres en forme de bâtonnets juxtaposés et longs de 4 millimètres. Le reste du contenu est formé de petites masses également jaunâtres, d'une forme irrégulière, et hérissées de pointes anguleuses. Du sang est épanché dans quatre endroits différents, au milieu d'intervalles étroits qui correspondent à des espèces de cassures de la masse générale. Ce contenu ; examiné par M. Lebert et moi, renfermait de la cholestérine et des cellules épithéliales.

Un hémisphère de la tumeur ayant été brisé, la surface des solutions de continuité présenta l'aspect d'une cassure d'ardoise.

En 1855, j'ai enlevé sur un femme de trente et un ans, infirmière à l'hospice des Enfants-Trouvés, une tumeur qui avait son siége sur la paupière inférieure gauche, au niveau du bord adhérent de cette paupière et dans sa moitié externe. C'était une tumeur dure, blanchâtre, et qui ne causait point de douleurs. La peau incisée, j'extirpai un kyste au moyen de la pince et du bistouri, kyste qui contenait près de sa paroi des cellules épithéliales et de la cholestérine, et au centre une concrétion ovoïde, un peu chagrinée à sa surface et dure comme une pierre. Cette concrétion, que voici, a 10 millimètres dans son plus plus grand diamètre, et 5 dans son diamètre transverse. Son aspect est d'un blanc jaunâtre, comme la matière contenue dans le kyste précédent. La densité de cette dernière établit seule la différence.

Trois malades s'étaient présentés en 1850 à l'hôpital des Cliniques, ayant une tumeur sous la queue d'un sourcil. Une incision fut pratiquée au-dessus de ce dernier sur la peau, puis je procédai à l'extirpation du kyste qui formait la tumeur. Sur l'un d'eux, j'ai pu enlever le kyste sans le rompre ; je ne réussis pas sur les deux autres. Mais après avoir débarrassé les deux derniers kystes de leur contenu, je séparai la poche des parties voisines avec le bistouri. Chez les trois malades, la paroi était très-adhérente aux parties voisines, principalement au frontal. Sur un malade, ce dernier os était déprimé de manière à présenter une fossette où était logée une petite partie de la tumeur. Le volume de ces tumeurs était celui d'une petite noix ; il avait grossi peu à peu, et les malades ne se rappelaient pas l'époque de l'apparition. Le contenu de chaque kyste renfermait des cellules épithéliales ; la masse était formée d'une substance blanchâtre, analogue, pour l'aspect et la consistance, à du mortier de plâtre.

Sur chacun de ces trois malades la suppuration s'établit sans l'extension de l'inflammation au cuir chevelu, et la cicatrisation fut obtenue par seconde intention.

Enfin une jeune personne de 18 ans avait déjà été opérée deux fois par l'incision et la cautérisation d'un kyste qu'elle portait sur la paupière supérieure près de la queue du sourcil gauche. Une récidive avait eu lieu après la seconde opération. Quand elle vint me trouver (c'était au mois de mai de l'année 1853), elle portait une tumeur du volume d'une grosse noix au-dessous de l'arcade sourcilière ; l'œil était déprimé et saillant. On voyait sur la peau la cicatrice qui avait succédé aux incisions qui avaient été faites. Nul doute que cette tumeur s'enfonçait dans l'orbite. Il était impossible de songer à aller chercher profondément dans cette cavité les parois du kyste. Je me décidai, en conséquence, à faire une incision sur la paupière et dans la direction du sourcil. Un liquide séro-sanguinolent sortit après l'incision, et bientôt après des grumeaux d'un blanc-jaunâtre et comme caséeux. Une tente de charpie fut introduite dans la plaie pour empêcher l'adhésion des lèvres. Pendant huit jours il sortit à chaque pansement des grumeaux de la même nature, et j'en extrayais avec une curette. Ils étaient formés par des cellules épithéliales. Du 5e au 7e jour après l'opération, le liquide séro-purulent qui entraînait ces grumeaux était fétide. Ce ne fut que le 9e jour qu'il sortit du pus parfaitement pur. La cavité, mesurée au moyen de l'introduction d'une sonde, avait 2 centimètres de profondeur.

J'eus recours à des mèches pour déterminer une inflammation adhésive des parois. L'emploi de ce moyen dura trois mois, au bout desquels la malade me parut parfaitement guérie. Je l'ai revue en 1855, et rien n'annonçait une récidive. Cependant une de ses parentes m'a dit l'année dernière qu'une tumeur commençait à reparaître au-dessus de la cicatrice. Ce cas se rapporte à ceux dont ont parlé MM. Richet et Follin.

J'ai voulu vous rapporter ces observations à cause de leur intérêt pratique.

M. VERNEUIL revient sur l'importance qu'il y a à bien déterminer le véritable point de départ des tumeurs cutanées.

L'aspect peut être le même, et l'origine première fort différente. A ce point de vue on pourrait les diviser en kystes pileux, sudoripares, sébacés, etc.

L'origine de ceux qui existent à l'angle interne de la paupière est expliquée par M. Verneuil de la manière suivante :

A l'époque de la vie embryonnaire, où l'extrémité du renflement céphalique vient se réunir à l'extrémité des deux arcs branchiaux supérieurs, il peut se faire qu'une certaine portion du tégument soit enfermée dans le sillon profond qui se trouve entre ces deux parties.

Si la peau est simplement pincée, la tumeur n'aura plus tard que des adhérences solides aux os. Mais si le tégument s'enfonce plus profondément, il en résultera une tumeur à deux bosselures, l'une saillante à l'extérieur et l'autre dans l'intérieur du crâne. La structure de la tumeur, on le comprend, sera toujours la même.

— Après le dépouillement de la correspondance, M. BOUVIER, au nom de la commission désignée sur la demande de M. Perrin, rend compte du nouvel examen qui vient d'être fait.

Il déclare d'abord que sur la question d'allongement du membre il y a eu erreur de part et d'autre, ce qui s'explique par l'attitude qu'on fait prendre au malade au moment de pratiquer la mensuration.

Dans la station verticale, on trouve en effet un raccourcissement de près de 3 centimètres ; mais la commission est unanime à penser que ce raccourcissement n'est qu'apparent et dû surtout à une inclinaison du bassin.

Dans la situation horizontale le membre ne perd qu'un centimètre de longueur.

On le voit, ajoute M. Bouvier, nous sommes bien près de la négation absolue de toute luxation, et, en effet, aucun des quatre membres de la commission ne croit à son existence.

Qu'existe-t-il alors ? Sous ce rapport les opinions sont un peu différentes. On vous a déjà parlé du glissement d'un muscle sur le grand trochanter. Quant à moi, je suis très-disposé à admettre la formation d'une loge accessoire à côté de la cavité cotyloïde ; il me serait difficile de comprendre la secousse brusque, avec bruit, sans un certain déplacement de la tête fémorale.

M. Morel se demande si le grand trochanter change réellement de place ? Il ne le pense pas. D'un autre côté, la pointe du pied conserve sa direction. Le bruit entendu est produit par le glissement brusque au-devant du grand trochanter d'un tissu musculaire.

M. CHASSAIGNAC. C'est moi qui le premier ai expliqué le phénomène par un déplacement musculaire ; et c'est au muscle *fascia lata* qu'il faut le rapporter. J'ai déjà eu occasion de faire des expériences sur le cadavre, qui, à mon sens, confirment entièrement cette manière de voir. Je me propose de les répéter d'ici à la prochaine séance.

M. MOREL réclame pour lui la priorité de cette explication, que M. Chassaignac lui concède très-volontiers.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un arrêt de la cour de cassation, en date du 23 juin dernier, a réformé la jurisprudence de la cour de Paris sur la question des pharmaciens gérants. Par une série de considérations très-fortement motivées, la cour établit que le fait de préposer à la gestion d'une pharmacie un individu muni du diplôme ne dispense pas le titulaire de se conformer lui-même aux prescriptions de la loi de germinal an XI.

— Les épreuves du concours pour la place de chef des travaux chimiques de la Faculté de Montpellier ne sont pas encore terminées. Les candidats sont MM. les docteurs Albert Moitessier, agrégé stagiaire, et Camille Saintpierre.

— M. Chabrier, interne de l'Hôtel-Dieu-Saint-Eloi de Montpellier, vient d'être nommé, à la suite d'un concours, chef interne des hôpitaux d'Aix.

— Le *Medical Times* vient de publier un nouveau cas de mort par le chloroforme. Il est relatif à un homme âgé de 45 ans, à qui l'on pratiquait des incisions sur le pénis et le rectum, pour des infiltrations d'urine.

— Il vient de paraître à Londres une seconde traduction, par le docteur Robert Hulme, de l'ouvrage de M. Brierre de Boismont *Sur les hallucinations.*

— Le projet d'érection des statues de Lapeyronie et de Barthez, à Montpellier, retardé par des formalités administratives, subit une évolution lente, mais sûre. Le conseil municipal de cette ville a voté, dans une de ses dernières séances, une somme de 6,000 fr. pour cette œuvre de justice envers deux grandes illustrations médicales. Le journal *Montpellier médical* continue à enregistrer les adhésions et les offrandes adressées à la commission provisoire.

— Un nouveau journal a paru hier sous le titre de *Journal du progrès des sciences médicales et de l'hydrothérapie rationnelle.*

Il a pour rédacteur M. Louis Fleury, et annonce qu'il est publié avec le concours de plusieurs professeurs de la Faculté.

Par son rédacteur, ses bureaux et son format, ce journal paraît être la continuation du *Progrès*. Souhaitons à ce nouveau venu plus longue vie qu'à son aîné ; souhaitons-lui surtout moins de désagréments judiciaires.

— M. J. P. Gay, professeur-adjoint à l'École de pharmacie de Montpellier, est mort récemment à Montpellier, à l'âge de 80 ans. La science lui était redevable de nombreuses publications. Les principales sont : la *Pharmacopée de Montpellier* et le *Formulaire des médicaments agréables*. Il avait dirigé pendant quinze ans le *Journal de pharmacie du Midi.*

— La Société de médecine de Marseille a décidé qu'elle décernerait une médaille d'or de la valeur de 300 francs au meilleur travail inédit qui lui serait adressé sur la question suivante :

« Etudier l'action des anesthésiques comme agents produisant la mort ; » déterminer, lors de l'emploi de ces agents, les conditions qui peuvent » favoriser ou empêcher les accidents mortels ; rechercher les moyens » thérapeutiques à l'aide desquels on peut les combattre. »

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être rendus avant le 31 juillet 1860.

Les concurrents ne devront point se faire connaître, et enverront leur mémoire dans les conditions académiques admises pour les concours ; ils les adresseront à M. Roux fils, secrétaire général, allées des Capucines, 13, à Marseille.

— L'Académie de Cadix donne pour sujet de prix la question suivante :

« Exposer les mesures d'hygiène publique qui doivent être conseillées à l'autorité pour empêcher la propagation du vice syphilitique. »

Le prix consistera en une médaille d'or et le titre de membre correspondant. L'*accessit* donnera le même titre sans médaille. Les mémoires doivent être envoyés au secrétaire de l'Académie avant le 31 octobre 1859.

— Les commissaires des fonds-Fiske (analogues à nos fonds-Montyon) ont institué pour sujets de deux prix de 400 dollars (500 fr.) chaque, à délivrer en 1860, les questions suivantes : « 1° La diphthérite : sa » nature et son traitement, avec un exposé relatif à son histoire et à » sa prédominance dans différentes actions ; 2° effet morbide de la ré» tention des éléments du sang dans la sécrétion urinaire. »

Les travaux doivent être envoyés avant le 1er mai 1860 à M. Auguste Avaold, secrétaire du comité, à la Providence (Etats-Unis).

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 93. — MARDI 9 AOUT 1859. (32e ANNÉE.) N° 93. — MARDI 9 AOUT 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 8 août 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Le mélange désinfectant de MM. Corne et Demeaux a encore occupé une partie de cette séance, et à cette occasion plusieurs procédés plus ou moins analogues ont été rappelés et comparés avec celui qui occupe si vivement en ce moment l'attention du corps médical. M. Renault, dont nous avons déjà fait connaître l'opinion sur ce sujet dans le compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 3 août, est entré, dans sa communication à l'Académie des sciences, dans des détails plus précis et sur les expériences comparatives qu'il a faites à Alfort, et sur les motifs qui lui faisaient attacher un intérêt particulier à ces expériences. On sait en effet que dans un mémoire remarquable publié en 1840 sur la gangrène, le savant directeur de l'école d'Alfort a particulièrement insisté sur l'étude des accidents septiques généraux produits par l'altération putride des caillots sanguins ou des matières purulentes qui séjournent à la surface des plaies ou dans certains abcès profonds, et sur la nécessité de prévenir ces accidents, presque toujours mortels, par l'emploi de moyens propres à arrêter ou à prévenir la décomposition putride de ces produits pathologiques. Personne mieux que lui n'était donc à même d'apprécier l'importance d'une pareille découverte. Aussi lira-t-on avec intérêt les résultats des expériences comparatives qu'il a faites avec la poudre de MM. Corne et Demeaux, et quelques autres substances plus ou moins analogues à celles qui entrent dans ce mélange.

On trouvera aussi dans le compte rendu de la séance des remarques intéressantes de M. Paulet sur le mélange désinfectant, et une nouvelle note de M. Chevreul sur l'usage du goudron en thérapeutique, et sur la manière d'agir des désinfectants. A ce sujet, nous ne laisserons pas échapper la spirituelle leçon que M. Milne-Edwards a donnée à ses collègues sur la dénomination de l'une des substances qui entrent dans le mélange désinfectant. « Pourquoi, a-t-il dit avec un à-propos et un bon goût qui n'auront dû échapper à personne, pourquoi employer des dénominations empruntées à une autre langue, quand la nôtre en fournit de tout aussi bonnes, et qui n'exigent pas une définition pour être comprises? Pourquoi appeler du nom de *coaltar* ce que tous les Français entendraient beaucoup mieux par le nom de *goudron de houille*, qui n'en est que la traduction ? » Pour nous, nous profiterons désormais de la leçon.

M. le docteur Ollier, dont nos lecteurs connaissent les belles recherches expérimentales sur les greffes osseuses et la production artificielle des os au moyen de la transplantation du périoste, a communiqué à l'Académie, dans cette même séance, un nouveau mémoire sur la transplantation de la dure-mère, comme moyen de déterminer si cette membrane remplit le rôle d'un périoste à l'égard des os du crâne.

Dans ses précédentes recherches, M. Ollier a démontré, comme on le sait, par des expériences très ingénieuses confirmatives et complémentaires de celles de Duhamel et de M. Flourens, que la production de l'os continue à la face profonde du périoste transplanté, et que partout où on peut greffer cette membrane, on obtient des os nouveaux adhérents à l'os auquel le périoste a été emprunté, ou indépendants, selon que le lambeau périostal a été laissé continu au reste du périoste par une de ses extrémités, ou qu'il a été complètement détaché. Dans sa nouvelle communication à l'Académie, il s'est proposé par des expériences semblables de résoudre cette question controversée, et non moins intéressante au point de vue physiologique qu'au point de vue chirurgical, savoir si la dure-mère remplit ou non le rôle d'un périoste à l'égard des os du crâne. On verra par l'énoncé du résultat de ces expériences que M. Ollier a été autorisé à conclure que la dure-mère ne sert pas seulement d'enveloppe protectrice au cerveau, mais qu'elle contribue directement à l'ossification du crâne, et qu'elle doit être regardée en conséquence comme un véritable périoste.

On trouvera enfin dans le compte rendu l'exposé des indications d'une méthode générale de traitement de l'hypertrophie prostatique simple, et des flexions utérines par l'électrisation localisée, par M. A. Tripier; et la simple indication d'un mémoire de MM. Malapert et de Morineau, sur la recherche du phosphore dans le cas d'empoisonnement.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Becquerel.

Des phlegmasies chroniques de l'utérus (1).

1° Inflammation superficielle de la surface du col seule, caractérisée par rougeur, granulations, quelquefois excoriations, sécrétion mucoso-purulente.

Six cas de ce genre ont été traités par des tampons de ouate de coton, imbibés d'une solution de 25 gr. de tannin dans 100 gr. d'eau.

Une fois il y eut 4 applications; 1 fois 5; 3 fois 6; 1 fois 8. — La durée du traitement fut de 15, 18, 21 (trois fois), et de 27 jours. Toutes guérirent.

2° Inflammation chronique de la membrane muqueuse, de la surface externe et interne du col de l'utérus; sécrétion mucoso-purulente; granulations; excoriations.

Onze femmes se sont présentées dans cette condition. Elles furent traitées par la double médication, les crayons de tannin et les applications de la solution concentrée de tannin.

Le nombre des crayons employés fut : 2 fois 3; 5 fois 4, et 4 fois 5. — Les applications de solution furent un peu plus nombreuses; il y en eut de 3, nombre minimum, à 8; moyenne, 5.

Sur ces 11 femmes, 10 guérirent, et 1 ne resta pas jusqu'à la fin du traitement; elle sortit très-améliorée.

La durée du traitement fut de 15 à 37 jours; moyenne, 26 jours.

3° Inflammation de la membrane muqueuse interne et externe du col, accompagnée de celle du tissu du col lui-même.

Quinze femmes se trouvèrent dans ce cas; on les traita par le crayon de tannin introduit dans la courbure du col utérin et aidé de la solution concentrée de tannin, avec laquelle on pansera souvent après la cessation des crayons.

Le nombre des crayons employés fut : 3 fois 3; 2 fois 4; 4 fois 5; 6 fois 6; moyenne, 5 crayons. — Le nombre des tampons fut de 3 à 11; moyenne, 7 applications. — La durée du traitement fut de 28 à 45 jours; moyenne, 30 jours; 13 malades guérirent complétement, 2 quittèrent l'hôpital avant la guérison complète, mais elles étaient très-améliorées.

4° Métrite catarrhale interne et fongosités utérines.

Six femmes atteintes de ces affections ont été traitées par l'emploi des crayons de tannin; on a presque toujours fait usage en même temps de la solution concentrée.

On a appliqué de 3 à 6 crayons; moyenne, 5. Il y a eu de 5 à 11 applications de la solution; moyenne, 7.

Une de ces femmes est sortie avant que le traitement fût achevé; elle était très améliorée. La durée moyenne du traitement des cinq autres a été de 35 jours; minimum, 24; maximum, 48.

5° Inflammation hypertrophique du col sans lésion de la muqueuse.

Deux cas de ce genre se sont présentés à nous; on leur a fait à chacune cinq applications de crayons, accompagnées de la solution astringente; l'une guérie en 23 jours, l'autre en 26.

Dans tous ces cas, l'application du tannin a-t-elle présenté quelques inconvénients, ou même a-t-elle été suivie de quelques accidents? C'est une question à laquelle je suis heureux de pouvoir répondre.

Dans la grande majorité des cas, ces applications passent inaperçues tout à fait; on engage les femmes que l'on soumet à cette petite opération à rester tranquilles et sans marcher les cinq ou six heures qui suivent l'application, et ensuite on les engage à retirer le tampon, imbibé de la solution, à l'aide du cordon dont on a laissé un bout suffisamment long au dehors.

Chez quelques femmes on voit se développer un léger sentiment de gêne, ou plutôt de pesanteur, de tiraillement, qui dure de deux à trois heures, quelquefois un peu plus. Mais c'est là tout; au bout de plusieurs heures, il n'en reste aucune trace.

Enfin, chez les femmes affectées de fongosités utérines et chez lesquelles on est obligé de faire pénétrer un crayon plus long et plus loin pour qu'il arrive dans la cavité utérine, on a pu observer quelquefois un peu de douleur, accompagnée d'un léger sentiment de gêne et de tiraillements. Mais c'est là tout, et je n'ai jamais vu le moindre accident se développer.

Toutes les malades soumises à l'emploi du tannin prennent en même temps des injections d'eau fraîche matin et soir. Je recommande beaucoup ces injections, qui doivent être de 2 à 3 litres au moins et faites avec de l'eau à 10 ou 12° centigrades. Si les inflammations chroniques de l'utérus sont combinées avec un abaissement notable, une version ou une flexion, je recommande spécialement de remplacer les simples injections données par des douches de Charrière ou le grand irrigateur Eguisier. La combinaison de ces douches et des préparations de tannin a pour effet de diminuer et souvent de faire disparaître complétement l'abaissement, la version ou la flexion.

Traitement général. — Je n'ai pas l'intention de tracer ici l'histoire du traitement général qui doit être employé dans quelques cas d'inflammation chronique du col de l'utérus. Je suis profondément convaincu que dans la grande majorité des cas, une fois que cette phlegmasie a été maîtrisée, l'anémie symptomatique disparaît spontanément. Il faut un peu de temps et de patience, mais enfin on voit peu à peu les phénomènes caractéristiques de cet état morbide disparaître.

Cependant il est quelques cas dans lesquels les malades sont en proie à une anémie très-caractérisée, présentant une débilitation générale, des gastralgies intenses, parfois des accidents hystériques. Eh bien, en pareil cas, je conseille le traitement hydrothérapique, dans lequel je mets en usage successivement ou simultanément les douches froides ordinaires, les bains de cercles, soit généraux, soit du bassin seulement; enfin les simples bains de siége d'immersion froide de courte durée. Est-il enfin utile d'ajouter que les diverses préparations de fer et de quinquina peuvent trouver ici d'utiles applications.

En terminant l'exposé de mes recherches, je crois pouvoir les résumer dans les conclusions suivantes :

Conclusions. — 1° Les phlegmasies chroniques de l'utérus avec les diverses formes sous lesquelles elles peuvent se manifester constituent une maladie commune chez les femmes, et exercent une influence puissante sur leur santé générale.

2° Ces phlegmasies chroniques sont toujours primitivement locales. A mesure qu'elles se prolongent et qu'elles se présentent avec une intensité plus grande, elles déterminent une altération souvent assez profonde du sang.

3° Les modifications du sang sont en rapport direct avec l'ancienneté et le degré de la phlegmasie chronique : elles consistent dans les changements suivants :

a. Augmentation de la proportion d'eau ;

b. Diminution notable de la somme des principes solides ;

c. Diminution très-notable des globules ;

d. Conservation du chiffre normal de l'albumine dans la moitié des cas, et légère diminution dans l'autre ;

e. Conservation du chiffre normal de la fibrine dans la moitié des cas; augmentation d'une manière notable dans l'autre moitié et en rapport avec l'élément phlegmasique.

4° Ces lésions diverses du sang constituent les caractères d'une anémie très-caractérisée. Cette anémie se traduit par un ensemble de phénomènes généraux, par un état morbide général tout spécial, qui est propre aux femmes atteintes de cette affection. Elles sont leur conséquence et non leur cause.

5° L'étude des influences hygiéniques auxquelles ont été soumises les femmes atteintes des maladies dont nous nous occupons, démontre que ces influences ont été complétement nulles, et qu'elles n'ont même pas pu exercer d'action comme cause prédisposante.

6° Les diathèses, les états morbides généraux, semblent sans influence sur la production de ces maladies.

7° Les causes des phlegmasies chroniques de l'utérus sont primitivement toutes locales. Une analyse exacte des faits démontre que ce sont spécialement les suivantes :

(1) Fin. — Voir les numéros des 26, 28 juillet, 2 et 4 août.

Les avortements ;

Les accouchements, et spécialement quand ils sont longs, difficiles, et qu'ils ont nécessité l'emploi du forceps ou de manœuvres diverses ;

Les excès de coït, surtout quand l'utérus est naturellement dans une position assez basse ;

La propagation au col d'une vaginite aiguë ou chronique ;

Les congestions sanguines répétées, dues à une insuffisance de la menstruation et à une aménorrhée habituelle.

8° Le caractère primitivement tout local des phlegmasies utérines doit faire conclure qu'il faut diriger exclusivement contre elles un traitement local et direct.

9° Le traitement des phlegmasies chroniques de l'utérus est basé sur les propriétés spéciales dont paraît jouir le tannin pur ou en solution concentrée, à l'égard de la membrane muqueuse et du tissu utérin.

10° Le tannin pur ou en solution concentrée appliqué sur un point quelconque de la membrane muqueuse de l'extérieur ou de l'intérieur de l'utérus, a pour effet de déterminer le développement d'un état morbide congestionnel tout spécial accompagné d'une exsudation particulière et toujours la même.

11° L'exsudation qui se produit ainsi est d'abord une exsudation fibrineuse et amorphe, au sein de laquelle se développe un nombre énorme de cellules épithéliales qui s'organisent et se développent peu à peu, et dont le nombre finit par être si considérable, que l'exsudation fibrineuse disparaît tout entière.

12° Sous l'influence de ce travail congestionnel spécial et de cette exsudation particulière que l'on répète de 3 à 8 fois en la reproduisant chaque fois qu'elle cesse, on voit guérir parfaitement les lésions phlegmasiques suivantes :

a. L'inflammation chronique de la membrane muqueuse de la surface extérieure ou de la face interne du col de l'utérus, ainsi que les granulations et les excoriations dont elle peut s'accompagner.

b. L'inflammation chronique de ces mêmes parties, accompagnée de celle du tissu utérin sous-jacent.

c. L'inflammation chronique de la membrane interne de la cavité utérine, et la lésion anatomique à laquelle on donne le nom de fongosités utérines.

d. L'inflammation hypertrophique du col de l'utérus, lorsqu'elle n'est pas trop avancée.

13° Sous l'influence de ce même travail congestionnel et de cette exsudation particulière, on voit les sécrétions pathologiques diminuer d'abord et ensuite cesser rapidement.

14° L'usage des injections d'eau fraîche est un accompagnement à peu près indispensable de cette médication.

15° Lorsque les inflammations chroniques de l'utérus sont combinées avec un abaissement, une version ou une flexion, les simples injections doivent être remplacées par des douches froides modérées faites avec de petits appareils portatifs, et la combinaison de ces douches et des applications de tannin parvient toujours, en même temps qu'elle guérit la phlegmasie chronique, à modifier heureusement et quelquefois à guérir complétement l'abaissement, la version et la flexion concomitante.

16° Une fois la lésion utérine guérie, il est rare que l'état anémique qui l'accompagne ne disparaisse pas spontanément. Dans le cas où il serait trop intense ou bien s'accompagnerait de symptômes nerveux d'une certaine intensité, il serait utile d'avoir recours au traitement hydrothérapique simple, se résumant dans les trois moyens suivants : douches froides générales ; bains de cercles généraux et locaux ; bains de siége d'immersion froide, ainsi qu'à l'emploi des préparations de quinquina et de fer.

SUR LES KYSTES

qui se développent sur les parois du vagin,

Par M. Ladreit de la Charrière, interne des hôpitaux de Paris.

Ces kystes, sur lesquels le docteur Heming a d'abord appelé l'attention en 1831, et que M. Huguier a décrits en 1847, sont ou superficiels ou profonds. Les premiers, situés au voisinage de la vulve, généralement peu volumineux, n'apportent aucun obstacle aux actes de la génération. Les kystes profonds, toujours situés à un pouce au-dessus de l'hymen, ont le plus souvent pour origine les follicules du vagin, mais ils peuvent également se développer dans le tissu cellulaire qui unit le vagin à la vessie, à l'urèthre et au rectum, ou résulter de l'accumulation d'un liquide dans une bourse muqueuse accidentelle. C'est ce qui arriva dans un cas remarquable d'antéversion de l'utérus, observé par M. Verneuil. La pression du col utérin, les rapports sexuels et les phénomènes de l'accouchement paraissent contribuer à leur développement.

Siégeant le plus souvent sur la paroi antérieure du vagin, ils peuvent atteindre le volume d'un œuf de poule ; ils sont opaques, ordinairement arrondis et recouverts par la muqueuse vaginale, qui paraît plus pâle. Quelquefois ils se pédiculisent et peuvent alors venir se présenter à l'ouverture de la vulve.

Quand ils sont peu volumineux, ils n'occasionnent souvent aucune gêne ; mais lorsque leurs dimensions sont considérables, on peut observer les symptômes suivants : pesanteur, tiraillements dans les reins, leucorrhée, cuisson à la vulve, gêne dans la miction et dans les rapports sexuels, qui deviennent douloureux. On les a vus, quand ils étaient très-développés, mettre obstacle à la parturition.

Le diagnostic de ces tumeurs est facile, quoiqu'on s'y soit trompé quelquefois. Ainsi, on les a confondues avec un prolapsus utérin ou une hernie de la vessie. Nous avons connaissance d'un fait observé à la clinique obstétricale de Strasbourg, où un médecin avait pris un kyste de la paroi vaginale antérieure pour un polype de l'utérus. Ce sont là des erreurs faciles à éviter.

Les kystes des annexes utérines se distinguent de ceux du vagin par leur point de départ, leur mobilité, souvent par leur volume considérable et par la possibilité de sentir la fluctuation en pratiquant en même temps le toucher vaginal et la palpation hypogastrique.

La ponction, qui donne le plus souvent issue à un liquide citrin analogue à l'urine, suffit rarement pour obtenir la guérison de ces kystes. On a eu recours à l'excision, qui donne un succès assuré. L'injection iodée est du reste parfaitement indiquée ; nous pouvons ajouter qu'elle a très-bien réussi chez la malade de la clinique de Strasbourg. (*Arch. génér. de méd.*)

DIPLOPIE DU COTÉ DROIT CHEZ UN JEUNE ENFANT.

Paralysie commençante des membres du même côté. — Traitement par l'iodure de potassium. — Guérison.

Par M. le Dr Gouriet (de Niort).

Le 20 septembre 1858, des cultivateurs de Saint Florent près Niort m'amènent leur jeune enfant, Léon E..., âgé de huit ans et demi. Il est bien développé pour son âge, d'une constitution robuste et vigoureuse, mais ses cheveux blonds, sa face large et à traits épais, révèlent un tempérament lymphatique prononcé. Plusieurs fois il a eu des ganglions cervicaux engorgés ; à cela près, il n'a jamais été malade. Les conditions hygiéniques dans lesquelles il vit sont assez satisfaisantes. Ses parents se sont toujours bien portés.

Il a l'air ébloui par la lumière ; même diffuse, il baisse la tête en grimaçant et en clignant l'œil droit ; il se met souvent un bras devant le front comme pour s'abriter. Je lui présente divers objets : des deux yeux il les voit doubles ; de l'œil droit, il les voit aussi doubles ; de l'œil gauche, il les voit simples. Je lui montre des dessins sur une tapisserie, et lui dis de mettre le doigt dessus : avec l'œil gauche, il ne se trompe jamais ; avec l'œil droit ou avec les deux yeux, il se trompe presque à tout coup, prenant la fausse image pour la vraie.

Quand il se dirige vers un point, il passe souvent à droite ; pour arriver à son but, il est obligé de fermer l'œil droit.

L'aspect de cet œil ne révèle rien, ni tache, ni strabisme, ni dilatation de la pupille.

En même temps que la vision présente de tels symptômes, il en existe de non moins curieux vers les membres. Le malade fléchit sur la jambe droite et la traîne en marchant. Je l'engage à sauter en se tenant sur le pied droit ; il ne peut y parvenir, tandis que de l'autre côté il le fait sans peine. La même difficulté existe pour lancer un coup de pied. Il se sert très-peu du bras correspondant. Je lui dis de me frapper fort dans la main : il le fait aisément de la main gauche, mais il peut à peine me donner la droite, et encore est-il obligé de se tenir le coude. La sensibilité n'est modifiée en rien.

Il existe des douleurs cérébrales obtuses.

Ces symptômes ont commencé à se manifester dans les premiers jours du mois d'août ; depuis lors ils n'ont fait que s'aggraver.

Des troubles survenus d'un côté de la face, avec paralysie commençante d'un côté du corps, ne pouvaient guère s'expliquer que par une lésion de l'encéphale ; l'état lymphatique du sujet et les engorgements ganglionnaires antérieurs me firent croire à une collection séreuse. Dans cette vue il s'agissait de faire résoudre la masse liquide et en même temps de donner des forces au malade, l'atonie devant être la cause de ce défaut de résorption.

Je fis mettre un vésicatoire volant à la nuque et je prescrivis une cuillerée à bouche matin et soir de la solution suivante :

Iodure de potassium.	25 grammes.
Eau distillée	1 litre.

Au bout de douze jours de ce traitement favorisé par un régime tonique, la diplopie avait entièrement disparu, et au bout d'un mois il n'existait aucun symptôme du côté des membres.

En février 1859, je vois revenir le jeune E... pour une affection scrofuleuse de l'œil droit : je prescris encore un vésicatoire derrière le cou, et l'usage longtemps continué de l'iodure de potassium. Ce nouvel accident disparaît à son tour.

Revenons maintenant à la diplopie.

Pour expliquer la vision simple avec les deux yeux, on a supposé que, dans les deux rétines, les points se correspondent chacun à chacun, de telle sorte que les *impressions* produites en deux points conjugués quelconques déterminent au cerveau une *sensation* unique. Il fallut que deux physiciens célèbres, Wollaston et Arago, fussent atteints d'hémiopie pour que cette hypothèse prit naissance. De là est née à son tour la semi-décussation des nerfs optiques : un fait pathologique donnait la clef de la structure anatomique avant que l'anatomie elle-même eût parlé.

Comme conséquence de ce qui précède, toutes les fois que les images se font en des points des deux rétines qui ne se correspondent pas, chaque impression devra produire une sensation particulière. C'est pour cela que la diplopie s'observe souvent chez les louches, et qu'on la détermine à volonté en se pressant un œil, c'est-à-dire en faisant varier la position relative des deux axes visuels.

Voilà pour la diplopie avec les deux yeux ouverts.

Mais comment expliquer la diplopie d'un seul côté ? C'est là qu'on peut invoquer une double réfraction à travers les milieux de l'œil, laquelle aurait pour effet de produire deux images. L'ophthalmoscope rendrait de grands services en faisant découvrir la lésion, si par hasard elle se trouvait sur le trajet des rayons lumineux.

Et dans le cas présent, comment se fait-il que la vision double avec un œil, et simple avec l'autre œil, ne soit point triple avec les deux yeux ? C'est probablement qu'à l'œil qui voit simple, l'image se fait en un point congénère d'un de ceux où se font les images dans l'œil qui voit double.

En raisonnant toujours d'après la théorie de M. Pravaz, on peut établir d'une manière générale qu'un objet sera vu autant de fois qu'il existe d'images en des points non conjugués.

J'ai diagnostiqué tout à l'heure un épanchement séreux ; quel pouvait être son siége ? Pour agir sur un œil, il fallait que cet épanchement fût en un point de la masse affectée à la vision depuis le nerf optique jusqu'aux tubercules quadrijumeaux ; pour agir sur les nerfs moteurs qui se distribuent à une moitié du corps, il fallait qu'il se trouvât sur le prolongement des faisceaux antérieurs ou pyramidaux de la moelle épinière ; pour agir de ces deux manières à la fois, il fallait que la lésion se trouvât *à cheval* sur ces deux sortes de fibres ; or où sont-elles voisines ? En admettant un épanchement dans l'espace sous-arachnoïdien antérieur, il est facile de comprendre qu'un des nerfs optiques et qu'un des pédoncules cérébraux pouvaient fort bien être comprimés. Mais quel nerf optique et quel pédoncule cérébral ? Autrement dit, de quel côté siégeait la lésion ? C'est ce qu'il est impossible de dire, vu l'entre-croisement partiel ou semi-décussation des nerfs optiques ; vu aussi la semi-décussation des pyramides antérieures de la moelle, mise hors de doute par les recherches de M. Longet et celles de M. Hirschfeld.

On conçoit avec quelle réserve nous nous prononçons sur le siége de la maladie. Une lésion, à son tour, est déterminée par une cause locale ou générale ; ici la cause est générale, et j'ai dirigé la thérapeutique d'après sa nature révélée par les symptômes concomitants.

Ce qui précède confirme un fait déjà connu : pas plus que l'amaurose, la diplopie n'est une maladie ; c'est le symptôme d'une maladie dont le traitement variera selon les cas.

INFUSOIRES INTESTINAUX CHEZ L'HOMME.

Par M. le professeur Malmsten (de Stockholm).

Obs. I. — Un marinier, âgé de trente-huit ans, entra, le 22 mars 1856, à l'hôpital de Séraphim pour une affection lientérique. Il avait eu deux ans auparavant le choléra, qui avait été suivi de troubles variés de la digestion, de constipation alternant avec la diarrhée, etc. Le plus souvent les repas étaient immédiatement suivis de selles diarrhéiques abondantes, peu colorées et renfermant beaucoup de débris alimentaires non digérés. Un ténesme douloureux, accompagné de l'expulsion de petites quantités d'un liquide sanguinolent, survenait quand tous les aliments ingérés avaient passé dans les selles. Alors, pour se soulager, le malade était obligé de se remplir l'estomac, ce qui reproduisait la même série d'accidents. Affaibli par des exacerbations fréquentes de son affection, il avait finalement été obligé de s'aliter. Il avait du reste toujours conservé un appétit remarquable.

Les mêmes symptômes persistèrent jusqu'au 5 avril, malgré l'emploi de diverses médications. La peau était sèche, mais il n'y avait pas de fièvre, et l'abdomen n'était pas sensible à la pression.

En explorant le rectum, on y trouva près de l'anus un ulcère à fond solide, à bords boursouflés, recouvert d'une sanie puriforme. L'examen microscopique de ce liquide y fit reconnaître un grand nombre d'animalcules, dont on trouvera plus loin la description. La cautérisation avec la pierre infernale et des injections d'huile de foie de morue amenèrent au bout de quelques semaines la cicatrisation de l'ulcère.

Le malade prit en même temps du sulfate de quinine à l'intérieur. Il reprit des forces, mais l'état des fonctions digestives ne changea guère.

En examinant alors au microscope les selles immédiatement après leur évacuation, on y reconnut la présence, en nombre incroyable, des infusoires que l'on avait d'abord trouvés dans le pus qui recouvrait l'ulcération du rectum. On les retrouva également dans le mucus extrait de l'intestin à l'aide du spéculum, et dans un grand nombre d'explorations on arriva invariablement au même résultat.

M. Malmsten prescrivit des lavements à l'acide chlorhydrique, qui amenèrent une amélioration notable. Le nombre des selles se limita à deux par jour, et quand le malade quitta l'hôpital, le 28 août, les selles ne renfermaient plus qu'un petit nombre d'animalcules. Ils étaient encore plus rares quand M. Malmsten revit son malade, en mars 1857.

Les animalcules, examinés avec soin par le professeur Lowen, mesuraient environ 1 millimètre en long et avaient une forme ovalaire, qui s'arrondissait quand ils avaient ingéré beaucoup d'aliments. Ils étaient garnis de cils très-prononcés autour de l'orifice buccal, auquel succédait un œsophage continué parfois par une ligne sombre indiquant la présence de matières alimentaires. L'anus, situé à l'extrémité postérieure du ventre, était tantôt rétracté, tantôt saillant.

Dans l'intérieur du corps, on voyait deux vésicules contractiles, un noyau elliptique, parfois étranglé, et des matières alimentaires, telles que des grains d'amidon ou des gouttes graisseuses.

Ces animalcules exécutaient des mouvements très-actifs ; ils mouraient d'ailleurs quelques heures après avoir quitté l'intestin.

Par l'ensemble de leurs caractères, ils se rapprochent des paramécies ; M. Malmsten propose, en conséquence, de les nommer provisoirement *Paramœcium coli*.

Obs. II. — Il s'agit ici d'une femme âgée de trente-cinq ans, qui pré-

senta les mêmes symptômes que le sujet de l'observation Ire; les selles avaient été parfois mélangées de beaucoup de sang, et l'abdomen était très-sensible sur le trajet du côlon descendant. Les infusoires étaient très-abondants dans les selles. Cette malade mourut dans le marasme.

A l'autopsie, on trouva des ulcérations gangréneuses dans le gros intestin. Le pus sanieux qui les recouvrait contenait des infusoires; mais ils étaient beaucoup plus abondants dans le mucus qui recouvrait les points non atteints de la muqueuse, et surtout dans le cœcum et l'appendice vermiforme, qui n'étaient pas malades. On n'en retrouva pas un seul au-dessus de la valvule iléo-cœcale.

M. Malmsten suppose que les symptômes lientériques observés chez ces malades étaient dus à une exagération des mouvements péristaltiques de l'intestin et de ses sécrétions, conséquence naturelle de l'irritation produite par les innombrables petits parasites disséminés sur la muqueuse du côlon. Les deux observations s'accordent d'ailleurs pour démontrer que la présence de ces petits êtres n'est pas nécessairement liée à un état maladif (ulcération) de l'intestin.

Est-ce là une affection rare ou tout à fait exceptionnelle? M. Malmsten ne le pense pas. Si elle a échappé jusqu'à ce jour aux observateurs, c'est sans doute parce que les infusoires meurent et disparaissent très-rapidement après leur expulsion. Il faudra donc, pour les retrouver, examiner les matières fécales le plus tôt possible.

M. Malmsten fait encore remarquer que le siége exclusif de ces parasites dans le gros intestin permet d'agir directement sur eux à l'aide de lavements, et il appelle l'attention sur les effets avantageux obtenus dans le premier cas à l'aide des injections à l'acide chlorhydrique étendu. (*Archiv für pathologische Anatomie* et *Gaz. hebd.*)

CAS D'ENTOZOAIRE DU CERVEAU (CYSTICERQUE).

Par M. F. BRITTAN, M. D., médecin de l'Infirmerie royale de Bristol.

Une femme âgée de vingt-neuf ans, qui avait toujours été bien portante, forte et active, commença, un an et demi avant d'être examinée par M. Brittan, à souffrir d'irritations de l'estomac et de vomissements fréquents, ayant lieu principalement le matin, et continuant pendant plusieurs heures. Ces accidents survenaient par accès, s'accompagnaient de céphalalgie, et étaient suivis d'une grande prostration. Le diagnostic étant tout à fait douteux, le médecin avait dirigé surtout son attention sur l'irritation gastrique. Les divers sédatifs, les antispasmodiques et plusieurs autres médications indirectes furent employés, mais sans grand avantage. Le changement d'air fut plus efficace, et pour quelque temps l'état général fut amélioré, les vomissements s'apaisèrent; mais ils reparurent ensuite avec leur violence accoutumée. Les ferrugineux n'eurent aussi qu'un effet de peu de durée.

La mère de la malade eut une maladie de la tête, et son frère mourut d'affection cérébrale après avoir eu une paralysie partielle et avoir perdu connaissance pendant une semaine avant sa mort. L'examen complet de cette femme conduisit M. Brittan à supposer que l'irritation gastrique dépendait d'une ulcération probable. Régime sévère, sangsues à l'épigastre et au voisinage de la tête. Au bout de deux mois, elle sortit très soulagée.

Elle revint plus tard à l'infirmerie dans un état plus grave en apparence que la première fois. Elle ne pouvait plus soulever sa tête de l'oreiller; elle en était empêchée par la douleur, qui siégeait non-seulement dans la tête, mais aussi dans le cou. Saignée, soulagement de peu de durée. On vit alors qu'elle ne pouvait pas ouvrir les yeux. La santé générale étant conservée, on conclut à l'existence d'une affection hystérique. Elle voulut sortir de l'infirmerie.

Peu de temps après, on la trouva morte dans son lit. La personne qui se trouvait dans sa chambre avait cru qu'elle venait de s'endormir: un instant auparavant elle avait causé avec son père pendant quelques minutes.

L'examen nécroscopique, fait trente-six heures après la mort, ne fit découvrir aucune lésion dans les divers organes des cavités thoracique et abdominale; l'estomac lui-même était tout à fait sain. Dans le cerveau, après une recherche minutieuse, on trouva dans le quatrième ventricule un kyste ayant environ un pouce de diamètre; le plancher de cette cavité était ramolli. On reconnut que ce kyste contenait un cysticerque.

L'auteur fait remarquer les principales circonstances qui donnent de l'intérêt à son observation:

1° La persistance de l'irritation gastrique et des vomissements, qui furent même mêlés de sang, sans aucune lésion appréciable de la membrane muqueuse stomacale;

2° La persistance non moins prononcée de la céphalalgie, qui, de même que les vomissements, ne pouvait être attribuée à aucune cause autre que l'existence du kyste dans le quatrième ventricule;

3° La relation presque certaine qu'il y avait entre l'irritation des racines des nerfs pneumogastriques par le kyste et les symptômes d'affection gastrique.

(*British medical Journal*, 2 avril 1859, et *Gaz. hebdomad.*)

POTION AMMONIACALE OPIACÉE.

Le docteur Marrotte, médecin de la Pitié de Paris, a employé avec succès cette potion dans deux cas de phthisie laryngée, accompagnée de symptômes d'asphyxie et de suffocation.

Potion gommeuse	125 grammes.
Ammoniaque liquide à 25° . . .	30 gouttes.
Laudanum de Sydenham	30 —

A prendre par cuillerées toutes les dix minutes.

(*Bulletin général de Thérapeutique.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er août 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Emploi, dans le traitement des plaies et ulcères, de diverses substances ayant pour effet d'atténuer, de détruire ou de masquer la puanteur. — **M. RENAULT** fait sous ce titre la communication suivante:

Outre l'intérêt qu'elle peut présenter au point de vue de l'industrie, la communication qu'a faite M. Velpeau dans la séance du 18 juillet a fait une certaine sensation dans le monde médical, et ce n'est pas sans quelque raison.

Pour ma part, j'ai été d'autant plus frappé de l'importance de cette communication, que, il y a longtemps déjà, je m'étais particulièrement occupé du danger du séjour, sur les plaies ou dans leur profondeur, de sang ou de pus putréfiés, en tant que causes fréquentes de gangrène septique; et que, après avoir démontré par l'observation clinique et par l'expérimentation la vérité de cette étiologie, j'en avais inféré la nécessité de prévenir ces accidents, presque toujours mortels, par l'emploi de moyens propres à arrêter et surtout à empêcher la décomposition putride du sang et du pus amassés sur les plaies.

Celui des moyens désinfectants qui m'a paru avoir le plus d'efficacité est l'hypochlorite de chaux en poudre ou en solution. Toutefois, il résulte de son application en certaine quantité sur les plaies de quelque étendue un dégagement d'odeur de chlore qui, s'il n'est pas un bien grave inconvénient dans nos infirmeries vétérinaires, peut fatiguer la poitrine, irriter les voies respiratoires des malades dans les hôpitaux affectés aux hommes, ou, tout du moins, y être plus ou moins désagréable à respirer.

Ce n'est donc, au point de vue de la thérapeutique ou de la prophylaxie, ni une indication nouvelle ni le premier moyen de la réaliser, qu'ont proposé MM. Corne et Demeaux. Mais, comme l'a fait remarquer avec une grande raison le savant chirurgien de la Charité, la préparation de ces messieurs, en opérant cette désinfection, sans laisser après elle une odeur aussi désagréable que celle du chlore, peut constituer un véritable progrès et présente dès lors un grand intérêt pratique.

J'ai cru devoir chercher, de mon côté, à en expérimenter l'efficacité absolue et à en déterminer la valeur comparative. A cet effet, je me suis livré à un grand nombre d'expériences qui ont consisté à faire agir sur diverses matières animales, les unes prises sur des cadavres en pleine putréfaction, les autres recueillies sur des plaies ou des abcès, siége d'affections gangréneuses:

D'abord le mélange de plâtre et de coaltar proposé par MM. Corne et Demeaux; ensuite, et successivement, le plâtre seul, le coaltar seul, l'huile de schiste, le charbon végétal, le charbon animal, l'essence de térébenthine seule, puis incorporée à du plâtre en diverses proportions, puis enfin le goudron végétal seul, et ce même goudron mélangé à du plâtre dans des proportions égales à celles dans lesquelles entre le coaltar dans la préparation de MM. Corne et Demeaux. Or voici sommairement résumés les résultats de ces diverses expériences:

1° Le mélange de plâtre et de coaltar dans les proportions de 3 à 6 pour 100, projeté sur des matières animales liquides ou en bouillie en quantité suffisante pour former une pâte de consistance ordinaire, agite avec ces matières et bien mêlé avec elles, leur enlève en très-peu d'instants leur odeur putride ou gangréneuse, si infecte qu'elle soit; et la pâte qui en résulte n'a plus que l'odeur bitumineuse particulière, assez forte et un peu âcre, mais très-supportable, qui est propre au coaltar.

2° Le mélange, avec ces mêmes matières putrides, du plâtre seul en même quantité que la poudre Corne et Demeaux donne une pâte dont l'odeur, bien qu'elle soit atténuée peut-être, est toujours celle de ces matières.

3° Une petite quantité de coaltar seul, versée sur ces matières et agitée avec elles, leur donne la teinte noire qui lui est propre, et la bouillie qui en résulte n'a plus qu'une odeur forte et très-prononcée de coaltar.

D'où il suit que le coaltar est l'élément véritablement désinfectant dans la poudre de MM. Corne et Demeaux, et que le plâtre n'y aurait d'autre action que celle de diviser le produit bitumineux, d'en faciliter l'application, et d'absorber les liquides putrides ou gangréneux.

4° L'huile de schiste, également versée sur ces matières en très-petite quantité, leur enlève leur odeur aussi instantanément que le coaltar; mais à cette odeur elle substitue la sienne propre, qui est forte, âcre, pénétrante, et très désagréable à respirer.

5° L'essence de térébenthine, soit seule, soit associée au plâtre, affaiblit sensiblement, mais n'enlève pas complétement leur odeur infecte aux matières dont il vient d'être question; et puis, ce qui n'arrive pas pour le coaltar ou l'huile de schiste, l'odeur putride se reproduit assez fortement lorsque l'essence, s'étant volatilisée, cesse de se faire sentir dans le mélange.

6° Les charbons (animal ou végétal) pulvérisés donnent les mêmes résultats que le plâtre seul; ils n'ont aucune action désinfectante.

7° Enfin le goudron végétal, dont les propriétés pour arrêter ou prévenir la putréfaction ont été déjà indiquées à d'autres époques, m'a paru avoir et a en effet, soit seul, soit mélangé au plâtre dans les mêmes proportions que le coaltar, une action aussi prompte et aussi complétement désinfectante que le mélange de MM. Corne et Demeaux. Il m'a semblé pourtant, comme à ceux de mes collègues et aux nombreux élèves d'Alfort qui ont assisté à mes expériences, que l'odeur du goudron végétal qui se substituait dans la plaie traitée par cette substance à l'odeur putride ou gangréneuse, était sensiblement plus douce et moins désagréable que celle du coaltar. Je crois donc, tout en reconnaissant et proclamant hautement le mérite du mélange de MM. Corne et Demeaux, que, si l'impression que j'ai éprouvée dans mes expériences est partagée par ceux qui pourront les répéter, la substitution du goudron végétal, qui est aussi très-répandu et fort peu coûteux, serait une amélioration, un perfectionnement, si léger soit-il, du moyen désinfectant proposé par ces messieurs, en tant du moins que s'appliquant au traitement des maladies chirurgicales de l'homme.

M. MILNE-EDWARDS remarque, à l'occasion de ce nom de *coaltar*, qui a été si souvent prononcé devant l'Académie depuis la communication de MM. Corne et Demeaux, qu'il y aurait en général de l'avantage à ne pas employer des dénominations empruntées à une autre langue, quand la nôtre en fournit de tout aussi bonnes, et qui n'exigent pas une définition pour être comprises. La traduction littérale du nom anglais (*goudron de houille*) donnerait à un Français, dès qu'il entendrait cette expression, l'idée de la nature et de la provenance du produit, comme *coaltar* la donne à un Anglais.

Sur l'usage du goudron en thérapeutique et sur la manière d'agir des désinfectants. — **M. CHEVREUL** prend de nouveau la parole au sujet de la communication de M. Renault; il n'a rien à ajouter, dit-il, à la note qu'il a lue dans la dernière séance, seulement il profite de la communication de M. Renault pour indiquer quelques faits relatifs à l'histoire de l'emploi du goudron en thérapeutique.

C'est surtout le docteur George Berkeley, évêque de Cloyne, qui appela l'attention sur l'*eau de goudron* dans un livre publié en 1744. Il fut conduit à s'occuper de cette préparation par l'usage qu'on en faisait dans des colonies anglaises pour combattre la petite vérole; l'auteur avait conçu une idée si favorable de son usage en thérapeutique, que si la pratique l'eût confirmée, l'eau de goudron eût été une véritable panacée. Il la prescrivait particulièrement contre les virus, les ulcères et le scorbut, il la considérait comme antiputride. Presque au moment de la publication du livre de Berkeley, l'usage de l'eau de goudron donna lieu à une controverse.

Quoi qu'il en soit, on en négligea l'usage, et l'auteur de l'article *Goudron* de la première Encyclopédie en parle pour dire qu'on a peut-être eu tort de l'abandonner sitôt.

Dans les ouvrages de thérapeutique publiés depuis cette époque, on se tait sur le goudron, on en parle à peine.

Je crois utile de résumer ici l'action que ces corps peuvent exercer, lorsque mêlés à une matière odorante ils en font disparaître l'odeur.

1° Les corps étant eux-mêmes odorants, ils rendent insensible l'odeur de la matière odorante, ainsi qu'une très-vive lumière empêche une faible lumière d'être vue.

2° Les corps étant eux-mêmes odorants, ils agissent à l'instar d'un acide neutralisant une base.

3° Les corps sont solides, ils agissent par l'affinité capillaire, ainsi que le fait un corps poreux, le charbon, par exemple, sur un gaz odorant qu'il absorbe.

4° Les corps altèrent la composition de la matière odorante, en produisant des composés inodores ou très-faiblement odorants. C'est le cas du chlore humide, de l'eau oxygénée, etc., agissant sur plusieurs composés odorants.

5° Enfin ils peuvent agir de deux manières à la fois comme le chlore sur l'ammoniaque; il en décompose une portion et neutralise l'autre sans la décomposer.

— **M. FLOURENS** présente, de la part de M. Moride, une boîte contenant du sang désinfecté par le coke boghead (selon la méthode Moride). Ce produit, qui est à l'état pulvérulent et parfaitement sec, n'a aucune odeur sensible. (Renvoi à l'examen de la commission nommée pour la communication de MM. Corne et Demeaux, commission qui se compose de MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

Mélange désinfectant composé de plâtre et de goudron de houille. — **M. M. PALLET** communique sur ce sujet la note suivante:

Plâtre. — Les plaies, comme les matières organiques qui commencent à entrer en décomposition, laissent échapper parfois du carbonate d'ammoniaque. L'hydrogène sulfuré ou le sulfhydrate d'ammoniaque ne se développe que dans une période plus avancée de décomposition. Sans action sur l'hydrogène sulfuré, le plâtre intervient donc utilement ici en fixant le carbonate d'ammoniaque par l'effet d'une double décomposition.

Goudron. — L'action du goudron, préconisée il y a quinze ans déjà par M. Siret et par M. le docteur Henry Bayard, semble avoir surtout pour effet de masquer l'odeur animale qui persiste après la désinfection. — S'il y a une action spéciale due à l'un des nombreux produits que recèle ce corps complexe, on ne l'a pas encore nettement définie.

L'emploi de ces deux composants est peut-être nouveau dans le domaine de la thérapeutique; mais dans le domaine des applications industrielles, il est depuis très-longtemps connu. M. le docteur Herpin, de Metz, proposait, il y a plus de douze ans, un mélange désinfectant composé de *plâtre* et de *charbon*; ce dernier corps ne serait-il pas préférable au goudron pour le pansement des plaies? L'*huile* à laquelle on a recours maintenant vient paralyser à la fois deux actions importantes: elle retarde la dissolution, si lente déjà, du sulfate de chaux qui doit fixer le composé ammoniacal; elle rend presque illusoire l'absorption des liquides morbides par le sulfate de chaux. En s'interposant comme un écran, l'huile empêche la dissolution du sulfate de chaux, dont on trouve des traces à peine sensibles au chlorure de barium dans l'eau qui devrait en opérer la dissolution. D'un autre côté, la solidification du plâtre, et par conséquent la preuve de l'absorption qu'il opère du liquide morbide, devient nulle sous l'influence de la même cause.

On a aussi l'espoir d'appliquer la même méthode à la désinfection et à l'assainissement permanent des fosses d'aisances et de toutes matières en décomposition. Depuis vingt-cinq ans, il y a plus de cinquante auteurs de procédés de désinfection qui ont cru annoncer *pour la première fois* l'emploi du plâtre comme moyen de désinfection. Mais cet agent est incomplet, puisqu'il ne fixe que l'ammoniaque et ne détruit point l'hydrogène sulfuré, bien au contraire; ce qui a fait renoncer à son emploi, c'est qu'il développe en abondance ce gaz vénéneux.

Les belles découvertes de la chimie organique ont prouvé que, pour se putréfier, la matière organique quaternaire emprunte l'oxygène même au plâtre qui se trouve véritablement réduit à ses deux éléments simples, le *sulfure de calcium*. Chacun sait que, ce corps étant produit, il suffit de la présence de l'acide carbonique de l'atmosphère pour provoquer le dégagement de l'hydrogène sulfuré, ce *plomb* des ouvriers vidangeurs.

Telle est la cause qui a empêché l'emploi du plâtre dans la désinfection des latrines. Tous les chimistes qui se sont occupés de cette étude savent très-bien que les vidangeurs redoutent les fosses récemment plâtrées ou réparées, parce que le plâtre en se décomposant a provoqué la formation d'une abondante quantité de *plomb* toxique.

Je sais bien que, si le plâtre est mis en quantité surabondante et qu'il dessèche aussitôt la matière organique, celle-ci perd de la sorte l'un des éléments nécessaires à toute fermentation, l'*humidité*, et que dès lors elle ne peut plus réagir sur le plâtre, qui conserve toutes ses propriétés. Mais ces quantités sont trop considérables pour que l'application ait jamais pu devenir générale. (Commissaires : MM. Velpeau, Chevreul, J. Cloquet.)

De la transplantation de la dure-mère comme moyen de déterminer si cette membrane remplit le rôle d'un périoste à l'égard des os du crâne. — M. OLLIER adresse sous ce titre une note ainsi conçue :

Si quelques résultats expérimentaux ont porté un certain nombre de physiologistes à regarder la dure-mère comme un périoste, les observations cliniques n'ont pas inspiré aux chirurgiens une grande confiance en cette membrane pour la réparation des parties osseuses enlevées soit accidentellement, soit par l'opération du trépan. En présence de ces faits et de ces opinions contradictoires, nous avons entrepris de nouvelles expériences pour résoudre cette question si intéressante tant au point de vue physiologique qu'au point de vue chirurgical.

Les résections des os du crâne que nous avons d'abord pratiquées nous ont conduit à penser, avec plusieurs expérimentateurs, qu'il y avait trois sources de réparation pour la substance osseuse : la dure-mère, le diploé et le péricrâne.

Mais, par suite des difficultés de tout genre qu'entraînent la conformation de la région et la proximité des organes encéphaliques, cette manière de procéder ne nous avait pas fourni des résultats assez nets ni assez rigoureux pour arriver à une solution claire et définitive. Nous avons alors songé à employer pour la dure-mère le mode d'expérimentation qui nous avait déjà fourni une preuve nouvelle et péremptoire en faveur de la théorie de la formation de l'os par le périoste, c'est-à-dire la transplantation de la dure-mère elle-même dans diverses régions du corps d'un animal de même espèce.

Nous avons déjà démontré dans nos précédentes communications qu'il était possible de faire développer des os dans toutes les régions où l'on réussissait à greffer du périoste provenant du même animal ou d'un animal d'espèce différente. Ce résultat avait été obtenu par le périoste seul, à l'exclusion des autres membranes fibreuses; nous l'avons depuis lors également produit avec la dure-mère. Des lambeaux de cette membrane greffés sous la peau de diverses régions ont donné naissance à de petits os parfaitement constitués et ayant tous les caractères anatomiques de la substance osseuse normale.

En vertu de ce fait, nous nous croyons autorisé à conclure que la dure-mère ne sert pas seulement d'enveloppe protectrice au cerveau, mais qu'elle contribue directement à l'ossification du crâne, qu'elle produit de l'os par elle-même, et qu'elle doit donc être regardée comme un véritable périoste par le physiologiste et le chirurgien.

Voici l'expérience la plus propre à démontrer le fait :

On choisit un jeune lapin d'un mois à six semaines, et, après lui avoir ouvert le crâne, on en retire un lambeau de dure-mère de 10 à 20 millimètres carrés, et on le transplante sous la peau de l'aine ou de l'aisselle d'un autre lapin. Si l'animal est dans de bonnes conditions hygiéniques, le greffe réussit parfaitement, et au bout de trente-cinq à quarante jours on trouve à la place de la dure-mère un petit os de 3, 4, 5 ou même 8 millimètres, si l'on a donné de plus grandes dimensions au lambeau.

Cet os, comme nous l'avons déjà dit, est constitué par les corpuscules caractéristiques du tissu osseux normal.

Cette propriété de la dure-mère ne persiste pas au même degré dans tous les âges. Elle diminue rapidement à mesure que l'accroissement s'accomplit. Très-marquée au début de la vie, elle est beaucoup moins sensible au moment où le squelette arrive à son complet développement, et devient plus obscure encore dans l'âge adulte. En transplantant des fragments de dure-mère pris sur des lapins adultes, on n'obtient guère que des granulations osseuses multiples et indépendantes sur la surface du lambeau. C'est cette influence de l'âge qui nous explique pourquoi les faits observés sur l'homme paraissent si souvent contradictoires, et pourquoi les chirurgiens n'ont généralement remarqué qu'une réparation incomplète après la trépanation.

Toutes les portions de la dure-mère ne possèdent pas cette propriété à un égal degré. Ce n'est du reste que la surface externe qui peut participer à l'ossification ; sa disposition et sa structure nous l'expliquent.

Les replis fibreux qui ne sont pas en contact avec l'os ne sont point susceptibles de s'ossifier par la transplantation.

La plus grande proportion de ces tissus fibreux à la base du crâne, jointe à la difficulté d'en détacher la dure-mère sans déchirures, nous explique pourquoi l'on obtient généralement une ossification plus abondante avec des lambeaux pris à la convexité qu'avec des fragments de même dimension détachés au niveau des fosses cérébrales et cérébelleuses. (Commissaires, MM. Flourens, Velpeau, Rayer.)

— **M. MALAPERT**, qui avait précédemment soumis au jugement de l'Académie un mémoire sur une modification du procédé de M. Mitscherlich pour la recherche du phosphore dans le cas d'empoisonnement, adresse aujourd'hui un travail qui lui est commun avec M. Morineau, et qui a pour objet la recherche de ce poison dans les organes où il ne pénètre que par voie d'absorption. (Renvoi à l'examen des commissaires nommés dans la séance du 9 mai : MM. Chevreul, Dumas, Pelouze, Balard.)

Méthode générale de traitement de l'hypertrophie prostatique simple et des flexions utérines par l'électrisation localisée. — M. A. TRIPIER adresse sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

L'électrisation localisée n'a été appliquée jusqu'ici que d'une façon tout à fait empirique au traitement des affections du système musculaire à fibres lisses de la vie organique. Aussi n'a-t-on pas songé à utiliser ce moyen curatif contre certaines affections dans lesquelles il est appelé à rendre des services d'autant plus importants, qu'on n'a à leur opposer aujourd'hui que des moyens reconnus à peu près complètement inefficaces par tous les chirurgiens. La médication électrique nous paraît notamment devoir constituer le moyen de traitement principal des altérations atrophiques du système musculaire à fibres lisses avec hyperplasie conjonctivo-adipeuse. L'excitation électrique atteint ici le double but de rendre à l'élément musculaire le libre exercice de ses propriétés, en même temps qu'elle arrête la production anormale du tissu conjonctif. Les hypertrophies simples de la prostate étant caractérisées anatomiquement par l'altération de texture indiquée plus haut, altération qui se rencontre également, quoique dans des conditions un peu différentes, dans les flexions utérines, nous avons songé à leur opposer la faradisation locale.

Les recherches de M. Kolliker, postérieures aux travaux publiés en France sur les maladies de la prostate, ont établi que le tiers au moins du parenchyme de cet organe est constitué par du tissu musculaire : de là ressort très-nettement l'indication de combattre son hypertrophie simple par la gymnastique électrique.

Dans les flexions utérines, l'électrisation est destinée non-seulement à rendre aux tissus leur texture normale, mais encore à tirer parti de leur contractilité pour en opérer le déplacement et faire cesser des rapports anormaux.

— **M. BALLY**, qui dans de précédentes nominations de correspondants pour la section de médecine et de chirurgie, avait été compris dans le nombre des candidats, annonce que pour la place aujourd'hui vacante il retire sa candidature en présence de celle de M. Lordat : cette candidature ne lui était pas encore connue lorsqu'il a de nouveau exprimé le désir de voir son nom inscrit sur la liste que doit présenter la section.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 27 juillet 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Fracture intra-utérine. — M. Adam Hammer, membre correspondant de la Société à Saint-Louis (Missouri), adresse une observation dont **M. BROCA** donne le résumé suivant :

Vers le mois d'août 1857, on vint consulter M. Hammer pour un petit garçon qui était venu au monde avec une grave difformité de la jambe droite. L'enfant était âgé de dix-huit mois. Il était né d'une mère primipare, qui n'avait éprouvé aucun accident pendant sa grossesse, et qui, ainsi que son mari et le reste de sa famille, était parfaitement conformée. La jambe droite, dit M. Hammer, est d'un pouce et demi à un pouce trois quarts plus courte que la jambe gauche. Un peu au-dessus du point d'union du tiers inférieur du tibia avec son tiers moyen, l'os est courbé à angle obtus, de telle sorte que son extrémité inférieure se dirige en dedans et en arrière. Le point où se fait la courbure est notablement épaissi, comme s'il y avait un cal. La peau présente à ce niveau une cicatrice de couleur foncée, linéaire, longue d'environ un pouce, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, déprimée, enfoncée, et adhérente à l'os par sa partie moyenne, qui correspond exactement au point culminant de la courbure du tibia. L'articulation tibio-tarsienne joue librement, mais il y a une tendance évidente au valgus, et le pied repose sur le sol par son bord interne. Les deux orteils externes manquent complétement; les trois autres ont leur forme et leur dimension normales.

Les parents racontent que l'état des choses n'a pas sensiblement changé depuis le moment de la naissance, si ce n'est que la cicatrice s'est raccourcie de quelques lignes. La mère, interrogée avec soin, affirme que pendant sa grossesse elle n'a reçu aucun coup, éprouvé aucun accident; qu'elle n'a eu ni spasmes ni convulsions. L'accouchement s'est fait avec facilité, sans instruments et sans tractions.

M. Hammer, après avoir examiné l'enfant avec soin, jugea qu'il serait possible de redresser la partie inférieure de la jambe au moyen d'une opération d'ostéotomie semblable à celles que le docteur Meyer, de Würzbourg, pratiqua fréquemment dans les cas de fractures vicieusement consolidés. Les parents n'acceptèrent pas cette opération ; on se borna donc à appliquer un soulier muni d'une semelle d'un pouce trois quarts. Au moyen de cet appareil, l'enfant put apprendre à marcher, et il commençait déjà à se promener au mois de décembre 1857, lorsque M. Hammer le vit pour la deuxième fois. Il était alors âgé de vingt-deux mois.

Le fait fut communiqué à la Société médicale de Saint-Louis comme un cas de fracture compliquée intra-utérine. Des doutes s'élevèrent sur l'exactitude de ce diagnostic. On émit la pensée que la fracture du tibia et la plaie du tégument s'étaient produites sans doute au moment de l'accouchement. Mais lorsque l'enfant eut été mis sous les yeux de la Société, lorsque les parents et la sage-femme eurent été de nouveau interrogés, il fallut bien admettre que la difformité était réellement congéniale.

M. Broca, après avoir donné l'analyse de l'observation de M. Hammer, rappelle que des cas du même genre ont déjà été présentés à la Société par MM. Danyau, Houel et par lui-même, et qu'il s'est déjà élevé contre l'opinion de ceux qui veulent voir dans ces faits des exemples de fractures intra-utérines.

Ici aucune violence ne peut être invoquée : la mère n'avait fait aucune chute, elle n'avait reçu aucun coup sur le ventre. Comme toujours, dans les cas de cette espèce, il manquait des orteils (des deux externes). Notre collègue a toujours vu une absence d'orteils accompagnant l'absence, soit d'une portion, soit de la totalité d'un os de la jambe, ou bien il y avait une solution de continuité des os. Ces solutions de continuité sont souvent bilatérales, et siégent vers la partie inférieure de la jambe. Pour lui ce n'est pas un traumatisme qui peut déterminer de pareilles lésions, trop régulières par leur siége et leurs dispositions pour être l'effet du hasard. Elles dépendent bien plus probablement d'un développement vicieux du squelette.

M. DEGUISE fils. Après l'affirmation si positive de M. Broca, j'hésite à émettre une opinion contraire à la sienne, et cependant j'ai présenté à la Société, il y a déjà plusieurs années, un enfant que je crois avoir été atteint de fracture intra-utérine. Chez lui il ne manquait aucun orteil. La fracture existait à la partie supérieure de la jambe.

M. BROCA prie M. Deguise de s'assurer si le péroné existe du côté où avait lieu la solution de continuité.

M. HOUEL a toujours vu qu'il y avait absence du péroné, ou solution de continuité de cet os quand le petit orteil manquait, et que la même chose avait lieu pour le tibia quand il y avait absence du gros orteil. Il a noté la même corrélation au membre supérieur, entre le pouce et le radius, entre le petit doigt et le cubitus.

M. DEPAUL. M. Broca s'est déjà appuyé sur de bons arguments pour démontrer que dans les cas dont il a été parlé, on avait affaire à autre chose qu'à des fractures intra-utérines. L'absence à peu près constante d'un ou de plusieurs orteils est un fait très-important. M'étant occupé de cette question, il y a déjà un assez grand nombre d'années, j'ai pu constater d'autres détails qui doivent être pris aussi en sérieuse considération. Ainsi, dans un grand nombre de ces faits, les fractures étaient multiples, et quelquefois même en nombre considérable. Malgré la mobilité extrême qui existait, les deux fragments n'étaient pas entièrement isolés. Un lien membraneux allait de l'un à l'autre et les rendait solidaires.

Je persiste donc dans ma première manière de voir ; le mécanisme de ces solutions de continuité n'est pas celui d'une simple fracture. C'est dans une irrégularité ou un défaut d'ossification qu'il faut en chercher la véritable explication. Au reste, il est bien entendu que je ne prétends pas nier l'existence des fractures congénitales ; seulement je les crois fort rares, et je suis convaincu que la plupart des observations qui ont été publiées sous ce titre doivent être rapportées à un état pathologique très-différent.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN demande si dans le cas de M. Hammer on a mesuré la longueur des deux membres inférieurs, et s'il y en avait un plus long que l'autre. Il pense que la constatation de ce fait pourrait servir à juger la question d'origine qui est actuellement en litige.

M. BROCA répond que dans l'observation qu'il vient de communiquer, le membre déformé était plus court que l'autre.

M. CAZEAUX, chargé de faire un rapport sur un pessaire de M. Richard (de Toulouse), auquel l'inventeur a cru devoir donner son nom, déclare que, n'ayant pas trouvé dans la communication de ce confrère les éléments d'une discussion scientifique, il se borne à proposer le dépôt aux archives.

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Pendant le mois de juillet, à Toulouse, le thermomètre s'est presque constamment maintenu pendant la journée à 36°, 37°, 38°, à l'ombre ; il a atteint 56°, 57°, 58° au soleil. Avec ces conditions extrêmes de la température, il fallait nécessairement s'attendre à voir se produire les accidents dus à l'insolation, surtout à une époque où les travaux de la moisson sont en pleine activité dans les campagnes. En effet, des congestions cérébrales rapidement mortelles ou plus ou moins graves ont été constatées dans nos contrées comme ailleurs chez les ouvriers des champs.

La constitution médicale a présenté des caractères analogues dans la ville et dans ses faubourgs. Parmi les maladies régnantes, il faut surtout mentionner les congestions encéphaliques, moins graves que dans la campagne; les accidents gastro-intestinaux, dont plusieurs ont offert la physionomie du choléra indigène; les diarrhées chez les enfants.

Cependant, un fait assez remarquable, c'est qu'avec de semblables conditions atmosphériques la mortalité ne se montre pas notablement plus élevée que dans les années précédentes, à pareille époque.

— Dans sa séance du 21 juillet dernier, la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, a admis M. le docteur Giscaro au nombre de ses membres résidants.

Dans cette même séance, la Société a déclaré une place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

— M. T. Deville, de Londres et de l'Ecole pratique de Paris, vient d'être nommé professeur d'anatomie à Lind University Chicago (Illinois) Etats-Unis.

— La Faculté de médecine de San-Francisco vient de signaler son existence par l'émission d'un prospectus en langue anglaise, dont voici les passages principaux :

Cette institution nouvelle compte six chaires. Les sciences qui y sont professées sont :

1° La pathologie ; 2° la chimie; 3° la physiologie, l'obstétrique, les maladies des femmes et des enfants ; 4° l'anatomie et la chirurgie; 5° la matière médicale ; 6° la jurisprudence médicale. (Le prospectus explique assez naïvement la nécessité de ce dernier cours par la fréquence des occasions qui, dans ce pays, appellent le médecin à jouer le rôle d'expert en justice, pour blessures, meurtres, empoisonnements, etc.)

La clinique n'est pas négligée : outre les visites d'hôpital, nous avons remarqué qu'on promet aux étudiants de leur faire visiter et soigner, mais sous la surveillance de professeurs, un certain nombre de malades au dehors.

Mais l'étude de l'anatomie est surtout annoncée sous des couleurs engageantes. « La matière à dissection, dit le programme, est abondante et peu chère » ; et les brises salubres propres à ce climat, non-seulement conservent le cadavre pendant un temps indéfini, mais préservent aussi la santé des élèves.

Une dernière invitation est tenue en réserve pour décider les plus récalcitrants. Le candidat jugé indigne est simplement ajourné ; il peut même retirer sa thèse, ainsi que le prix de l'épreuve, et « ne pas être considéré comme refusé ! »

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 . Un an. . . 30 .

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 AOUT 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Les inventions, méthodes et procédés nouveaux ont tenu une assez grande place dans cette séance. C'est d'abord un nouvel appareil de faradisation pour les usages médicaux, recommandé par M. Gavarret, l'un des juges les plus compétents assurément en pareille matière ; c'est ensuite un nouveau procédé de trachéotomie proposé par M. Malgaigne, en vue de prévenir l'hémorrhagie qui complique souvent d'une manière si grave cette opération ; puis les nouveaux procédés de désinfection, qui ont été l'objet d'un échange d'explications, de renseignements, de critiques ou de propositions nouvelles entre MM. Renault, Chevallier, Chatin, Desportes et Ferrus ; puis enfin un nouveau stéthoscope, ou plutôt une modification au stéthoscope le plus généralement en usage, et dont le but est de faciliter et de généraliser l'application de cet instrument. Ce nouveau stéthoscope, dû à un médecin brésilien, M. le docteur Pitta, nous a valu un rapport très-bien fait de M. de Kergaradec. M. le rapporteur a beaucoup insisté à cette occasion sur l'utilité du stéthoscope en général et sur les avantages que présente, dans un grand nombre de circonstances, l'auscultation médiate sur l'auscultation immédiate ; et il a particulièrement fait ressortir les avantages du nouveau stéthoscope de M. Pitta, qui, par la forme de son pavillon ainsi que par l'exiguïté de ses dimensions, permet d'explorer facilement les parties les plus inégales et les plus anfractueuses de la poitrine. Peut-être pourrait-on trouver que l'honorable académicien a un peu enflé l'importance du petit perfectionnement dont il s'agit, ainsi que les avantages du stéthoscope sur l'oreille nue. Mais quand on s'appelle M. de Kergaradec, c'est-à-dire quand on est attaché par les liens du sang à l'inventeur de l'auscultation, et qu'on a contribué soi-même à sa propagation et à de nouvelles applications utiles de ce précieux procédé d'exploration, il est bien permis de se complaire jusque dans les plus petits détails à tout ce qui se rattache à cette belle invention.

La philosophie médicale est montée à la tribune avec M. Bouillaud, pour ne la quitter qu'à cinq heures. M. Bouillaud a pris la défense du rationalisme médical contre l'empirisme thérapeutique, érigé en doctrine par M. Renouard, sous sa responsabilité personnelle et un peu aussi sous la responsabilité de son rapporteur, M. Gibert. C'est, comme on le voit, sous un autre prétexte et avec des formes d'argumentation un peu différentes, le pendant de la lutte engagée récemment, mais si tôt étouffée, entre la thérapeutique rationnelle ou physiologique et le spécificisme. M. Gibert répondra sans doute mardi prochain en son nom comme au nom de son commettant. Nous suivrons les phases de cette discussion et en ferons notre profit et celui de nos lecteurs, s'il y a lieu.

Entre le rapport de M. de Kergaradec et le discours de M. Bouillaud, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre associé national, choisi sur une liste de trois correspondants également recommandables. Le choix de l'Académie s'est porté sur M. Denis, de Commercy, dont on connaît les intéressants travaux d'hématologie. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Des maladies de l'encéphale en particulier.

(Leçons cliniques recueillies et rédigées par MM. F. GARRIGOU et DELEAU, élèves).

Dans cette série de leçons, le professeur se propose de faire l'histoire particulière de deux des plus importantes et des plus fréquentes parmi les affections cérébrales, l'hémorrhagie et les ramollissements.

I. *Hémorrhagie cérébrale.* — L'hémorrhagie cérébrale était rangée par Pinel, sous le nom d'apoplexie, avec d'autres affections de l'encéphale, dans la classe des névroses. Il n'est certes pas besoin d'insister beaucoup pour montrer qu'elle en doit être distraite. Certaines apoplexies auxquelles l'analogie des symptômes et l'absence de lésion avaient fait donner le nom d'apoplexies nerveuses, méritent seules d'y demeurer.

L'hémorrhagie cérébrale, comme son nom l'indique, est constituée par l'épanchement hors des vaisseaux et l'accumulation au milieu de la substance nerveuse d'une quantité de sang plus ou moins considérable : c'est là l'hémorrhagie cérébrale proprement dite. Quant aux hémorrhagies méningées, leur histoire doit être traitée à part.

Le siége le plus habituel des hémorrhagies cérébrales est dans les corps striés, dans les couches optiques et dans les circonvolutions adjacentes. Des foyers se forment aussi parfois dans les lobes cérébraux, s'étendant très-souvent à la fois dans deux des lobes d'un même côté, ou même, quoique rarement, les envahissant tous trois. Déchirant le tissu cérébral et franchissant la paroi ventriculaire, le sang peut aussi s'épancher en plus ou moins grande abondance dans les ventricules, et c'est en particulier dans cette forme de l'hémorrhagie qu'on voit survenir les apoplexies foudroyantes.

Ces foyers hémorrhagiques ne peuvent, on le conçoit, se former qu'à la condition d'une dissociation, d'une rupture des fibres nerveuses, d'où résulte une cavité ou caverne remplie par le liquide sanguin. De cette déchirure résulte la désorganisation du tissu nerveux qui constitue les parois de la caverne, lesquelles sont bientôt envahies par l'une ou l'autre des formes connues du ramollissement. On n'a jamais cherché à déterminer avec exactitude quelle quantité de sang s'accumule ainsi suivant que l'apoplexie est plus ou moins grave. Tout ce qu'on en peut dire approximativement, c'est que plus de 50 à 60 gr. de sang épanchés dans un des hémisphères, constituent habituellement une apoplexie forte, et qu'un foyer contenant moins de 20 grammes ne peut être considéré que comme une hémorrhagie faible.

Lorsque le sang réuni en foyer se coagule, il forme d'abord un caillot noirâtre, mou, sur lequel on n'aperçoit qu'exceptionnellement quelques traces de couenne, et infiltré d'une petite quantité de sérosité ; puis peu à peu la consistance de ce caillot augmente en même temps qu'il diminue de volume, jusqu'à ce qu'il n'en reste plus qu'un noyau fibrineux et une cicatrice. Dans d'autres cas, la fibrine du caillot ou de l'exsudation qui s'opère consécutivement autour de lui s'organise en membrane et en kyste ; en sorte que ces kystes mêmes doivent être considérés comme un mode de cicatrisation, puisqu'ils sont composés des mêmes éléments que les cicatrices linéaires qui dans certains cas marquent la trace des anciens foyers hémorrhagiques.

Le plus habituellement, quand on explore attentivement le système vasculaire intra-crânien chez les individus qui ont succombé à une hémorrhagie cérébrale, on trouve le tronc basilaire et ses ramifications criblés de plaques calcaires ou athéromateuses. Depuis 1828 que l'attention de M. Bouillaud fut pour la première fois fixée sur la coïncidence habituelle de ces altérations vasculaires avec l'hémorrhagie cérébrale, il l'a rencontrée avec une telle constance, qu'il n'hésite plus maintenant à la considérer comme la règle et à voir dans l'ossification artérielle la cause des hémorrhagies, car l'absence d'ossification dans un cerveau où se rencontre une hémorrhagie non traumatique est une véritable exception.

Si l'affaiblissement des parois artérielles altérées a ici pour conséquence si habituelle l'hémorrhagie et si rarement les anévrysmes, qui en sont ailleurs le résultat le plus fréquent, cela tient sans doute à ce que dans le système intra-crânien les artères sont dépourvues de ces couches celluleuses qui partout ailleurs les doublent, et, augmentant leur force de résistance, contribuent à constituer les sacs anévrysmaux.

N'est-ce pas d'ailleurs quelque chose d'analogue à ce qu'on observe pour l'aorte à son origine et dans sa portion intra-péricardique où le revêtement celluleux fait défaut ? Là, en effet, les anévrysmes, à la façon dont les entendait Scarpa, sont infiniment rares. Ceux qu'on y observe ne sont guère que de simples

FEUILLETON.

LÉGERS INCONVÉNIENTS.

J'étudie ce qu'il me faut faire et ce qu'il me faut suivre. (*Essais*, MONTAIGNE, liv. III, ch. 13.)

La plus petite incommodité, si elle dure, devient une gêne notable ; si cette gêne est continuelle, c'est une douleur : imaginez la prolongation indéfinie de cet état, et vous aurez l'image de l'éternel supplice.

En France, six mois durant, nous sommes exposés aux injures des *mouches* ; examinons si cela vaut la peine que les hommes sérieux s'y arrêtent et y consacrent leurs réflexions ?

Toutes les choses naturelles sont dignes d'attention (*omnia quæ secundum naturam sunt, estimatione digna sunt*). Cicer., *De fin.*, liv. III, ch. 6.

La *mouche* commune est un insecte diptère ; elle commence à se montrer au mois de mai, et ne disparaît entièrement qu'en octobre ; elle est très-féconde, et dépose ses larves dans les matières organiques ; les vers détériorent pendant tout l'été une très-notable partie des aliments condimentaires de l'ouvrier et du pauvre ; ils rendent impossible la fabrication du fromage si utile dans nos pays ; ils le fouillent, l'émiettent et le détruisent ; il en est à peu près de même de toutes les substances animales que l'on cherche à conserver durant la belle saison.

Quant à l'insecte parfait, la *mouche*, elle abonde en campagne ; il est ordinaire d'en trouver de vrais essaims dans les fermes et chez les paysans.

Elles s'introduisent partout, se posent sur les aliments, les souillent par la bave de leur trompe et leurs matières fécales ; elles tombent sur tout, bourdonnent jour et nuit, courent sur les mains et sur le visage des hommes et tourmentent tant et tant les animaux à l'étable et aux champs, qu'elles donnent lieu à un dépérissement notable des troupeaux et des attelages.

Quand l'atmosphère est chaude, chargée d'électricité et le temps orageux, elles rentrent en foule : alors elles sont d'une incommodité extrême ; parfois même leur suçoir, appliqué avec force sur la peau, fait éprouver la sensation aiguë d'une piqûre.

Il y a lieu de croire que les mouches ont besoin de paître dans les champs, puisqu'elles sont bien plus abondantes à la campagne que dans les grandes villes, où il y en a cependant assez pour salir toutes choses.

Sous le rapport de l'hygiène de l'homme et des animaux, la mouche est donc un fléau.

Considérée au point de vue médical, elle est une source des inconvénients les plus variés.

Les larves des mouches naissent souvent sur les plaies, et surtout dans les cavités malades ; elles s'y développent, y donnent lieu à du prurit, et quelquefois aux plus vives douleurs. Dans tous les cas, elles y entretiennent un état des plus fâcheux, et sont une complication considérable.

Les mouches sont pour les malades une cause de tourment qui va jusqu'au supplice ; elles les attaquent avec furie, et j'ai souvent vu les symptômes des maladies singulièrement aggravés par leur présence.

De plus, elles assiégent les vases destinés à ceux qui souffrent, et toutes les préparations pharmaceutiques ou alimentaires ne tardent pas, si on n'y met tous ses soins, à être contaminées et souillées par ces insectes.

Je pourrais en dire plus sur les mouches ; mais cet acte d'accusation, joint à l'opinion que nous en avons tous, me paraît suffisant pour les faire condamner.

Voyons donc maintenant leur défense ; il est équitable à la justice d'entendre les prévenus, quels qu'ils soient.

La mouche est-elle utile à quelque chose ?

On a dit qu'elle servait à manger les matières animales, et qu'en les ramassant partout où elles traînaient pour s'en nourrir, elles en empêchaient la putréfaction. Ceci me paraît au moins douteux, puisque les mouches habitent plus la campagne que les grandes villes, où les matières organiques en décomposition abondent.

L'excitation causée à la peau des animaux par les mouches leur est-elle salutaire ? Pas plus. Certains ont vanté la présence des poux chez les enfants : on les a détruits ; la puce et la punaise ont disparu : les gens propres s'en portent-ils plus mal ? Je suis loin de le penser.

Est-il avantageux à l'homme de s'accoutumer aux morsures des insectes, pour ne pas les redouter au besoin ?

Le sage doit rechercher avec le plus grand soin les secrets de la nature. (*Sapiens divitiarum naturalium quæsitor acerrimus.* SENECA, epist. CXIX.)

Il est évident que la vermine a été créée pour quelque chose, voyons.

La nature a pourvu les animaux des organes les plus délicats et les plus merveilleux ; nos appareils sont si parfaits dans leur construction, si sûrs dans leurs fonctions, qu'il n'a pas fallu à l'homme moins que tout son orgueil et toute son injustice, pour ne pas reconnaître la distance qui sépare ses propres ouvrages des œuvres de Dieu.

La jouissance de ces instruments nous a imposé des devoirs : non-

dilatations. Et quand les tuniques moyennes de l'artère viennent à céder, le résultat en est à peu près constamment une hémorrhagie mortelle.

Le mécanisme de l'hémorrhagie cérébrale explique sans doute aussi pourquoi son siége le plus habituel se trouve dans les couches optiques et les corps striés. Car c'est par là que le plus grand nombre d'artérioles pénètrent dans la substance nerveuse, les circonvolutions ne recevant guère les vaisseaux qu'à l'état de capillaires fournis par les méninges.

Symptômes des hémorrhagies cérébrales en général. — Les symptômes immédiats des hémorrhagies cérébrales ont pour causes la déchirure ou la compression du tissu nerveux de l'encéphale, et consistent dans la suspension subite, plus ou moins complète et plus ou moins étendue, des diverses fonctions de cet organe, à savoir : du mouvement, de la sensibilité et de l'intelligence.

La paralysie du mouvement est le plus constant et le plus marqué de ces symptômes. Elle est toujours croisée, c'est-à-dire qu'elle se manifeste dans le côté du corps opposé à l'hémisphère malade. Elle peut frapper isolément ou simultanément les membres et la face. L'hémiplégie est dite *complète* quand elle envahit toute une moitié du corps, ce qui est rare. Elle est dite *alterne* quand elle frappe les membres d'un côté et la face du côté opposé, ce qui se rencontre, comme l'a montré le récent et remarquable travail de M. Gubler, dans certaines hémorrhagies de la protubérance. Enfin, elle est dite *croisée* quand le bras d'un côté et la jambe de l'autre sont à la fois paralysés, ce qui nécessite une lésion dans chacun des deux hémisphères.

La paralysie du sentiment manque souvent. Elle est toujours moins marquée que celle du mouvement. Il est extrêmement rare de la trouver complète sur toute une moitié du corps, et sans exemple qu'elle se soit jamais montrée seule et sans paralysie du mouvement.

Le trouble des facultés intellectuelles n'est pas non plus constant. Dans bien des cas il se borne à un peu de torpeur, d'embarras des idées, qui précèdent l'hémorrhagie et passent souvent inaperçus. Cette intégrité de facultés qui font cependant partie des fonctions de l'organe malade, s'explique sans doute par la duplicité de cet organe, l'hémisphère sain suppléant à l'action insuffisante de l'autre. Quand l'hémorrhagie se fait à la fois dans les deux hémisphères, ou quand elle est dans l'un des deux assez abondante pour déterminer la compression de l'autre, un trouble profond des facultés intellectuelles en est la conséquence inévitable.

Lorsque le sang épanché pénètre dans les ventricules, et qu'arrivant au quatrième il vient comprimer la face postérieure du bulbe, on voit survenir, avec le coma, la gêne et l'inégalité des mouvements respiratoires. La respiration devient stertoreuse; enfin la mort, dans le plus grand nombre des cas, ne tarde pas à survenir, parfois même rapide, foudroyante.

Des rapports du siége de la paralysie avec celui de la lésion. — On vient de voir que le siége de la paralysie est extrêmement variable, et que le membre inférieur ou le supérieur, la face, les muscles de l'œil, peuvent être isolément frappés. En outre, la faculté de parler, souvent conservée, est parfois perdue, malgré l'intégrité de l'intelligence. Cela conduirait déjà naturellement à penser que des différences dans le siége de la lésion devraient correspondre à ces variétés dans les manifestations symptomatiques. Cependant, malgré les observations assez exactes rapportées par Morgagni, Valsalva, Albertini, rien de précis ne pouvait être établi à cet égard, lorsque, vers 1815 ou 1816, MM. Foville et Pinel Grandchamp, ainsi que d'autres médecins et élèves de Bicêtre, entreprirent des recherches suivies sur ce sujet important. Ils crurent remarquer que les lésions du corps strié entraînaient la paralysie du membre inférieur, et les lésions de la couche optique celle du membre supérieur. Mais ni leurs travaux ni les recherches ultérieures de Lallemand et de M. Rostan ne purent établir cette proposition d'une façon positive. Quant à la relation qu'ils essayèrent d'établir entre le trouble des mouvements de la langue et les lésions du pied d'hippocampe, elle ne put guère se vérifier, vu l'extrême rareté des lésions de cette partie de l'encéphale, dont on pourrait à peine réunir une douzaine d'exemples.

Les choses en étaient là lorsque M. Bouillaud, ayant observé à l'hôpital Cochin un malade atteint de perte complète de la parole sans paralysie, trouva à l'autopsie une lésion isolée d'un des lobes antérieurs du cerveau. Ce premier fait lui parut être une preuve à l'appui de la localisation de la parole, déjà indiquée par Gall. Mais depuis lors, ayant compulsé et étudié à ce point de vue près de 800 observations, les unes recueillies par lui-même, les autres communiquées ou publiées dans divers recueils, il est arrivé à établir d'une façon incontestable qu'une lésion des lobules antérieurs du cerveau, suffisante pour entraver les fonctions de l'organe, entraînait constamment un trouble plus ou moins marqué de la parole. Poussant plus loin que ne l'avait fait Gall l'analyse de cet acte merveilleux, il montra que non-seulement le souvenir des mots pouvait être aboli, alors que les idées que ces mots devaient représenter persistaient, mais que dans certains cas le souvenir des mots persistant, la faculté de les articuler était seule perdue, encore bien que les organes nécessaires pour l'articulation des sons ne fussent nullement paralysés.

Ainsi se montraient localisées dans les lobules antérieurs deux fonctions distinctes, mais concourant à un but commun : 1° la faculté de créer les mots et d'en garder le souvenir; 2° celle de coordonner les mouvements très-complexes nécessaires pour l'articulation de la parole.

Les faits sur lesquels cette assertion s'appuie ont été réunis par M. Bouillaud dans trois mémoires lus à l'Académie, le premier en 1825, le second en 1839, et le dernier en 1849. Lors de la lecture du dernier mémoire, ces faits étaient au nombre de 87, et ceux que le professeur a acquis depuis portent à une centaine les observations positives et suffisamment détaillées qui témoignent en sa faveur. Elles forment un faisceau de preuves tellement imposant, qu'il n'y a guère de vérité en médecine plus solidement assise, et qu'on ne conçoit guère comment celle-ci a pu être contestée par des hommes d'un haut mérite, sans autre motif qu'un très-petit nombre de faits contradictoires, ou douteux, ou incomplets. Les objections fondées sur quelques exceptions apparentes ont été complétement réfutées par le professeur, et ne peuvent plus être considérées comme susceptibles de faire mettre en doute la règle tout à l'heure énoncée.

Quant à la valeur des faits positifs qui en démontrent la vérité, on va pouvoir en juger par quelques exemples, car on ne saurait songer à les trouver tous ici même en résumé.

Obs. II. — *Abolition de la parole par la compression de la partie antérieure du cerveau.* (Obs. recueillie par M. Cullerier.)

En 1829, lorsque j'étais interne à l'hôpital Saint-Louis, dit M. Cullerier, on apporta la nuit un homme de quarante à cinquante ans, qui venait de se tirer un coup de pistolet à bout portant dans la tête.

Le coronal et une partie de l'un des pariétaux avaient été enlevés et laissaient voir les lobes antérieurs du cerveau dépouillés de la durémère d'un côté, recouverts encore de cette membrane en partie de l'autre.

Cet homme ne répondait pas aux questions que nous lui adressions, mais il parlait beaucoup, et nous distinguions très-bien les mots *cœur, trèfle, carreau, atout*, qu'il prononçait sans cesse. Nous apprîmes qu'il sortait d'une maison de jeu, où il avait beaucoup perdu.

Curieux de savoir quelle influence aurait sur la parole la compression du cerveau, nous la fîmes avec une large spatule de haut en bas et un peu d'avant en arrière, sur la partie qui était à découvert.

En comprimant modérément, la parole semblait mourir sur les lèvres; mais en comprimant brusquement et fort, non-seulement la parole manquait, mais les mots mêmes étaient coupés subitement. Nous répétâmes plusieurs fois l'expérience, et toujours avec le même résultat.

Obs. III. — *Ramollissement à la face inférieure du lobe antérieur et du lobe moyen gauches entre ces deux lobes, c'est-à-dire au niveau de la scissure de Sylvius. Perte de la parole avec conservation de l'intelligence des questions.* (Obs. recueillie par M. Hortеloup.)

Un jeune homme de vingt et un ans, affecté d'une grave maladie de poitrine pour laquelle il était entré à l'Hôtel-Dieu le 27 mars 1826, perd tout à coup connaissance le 4 avril suivant, et lorsqu'il revient à lui, il se trouve paralysé du côté droit du corps (la joue et les lèvres de ce côté participent à la paralysie). Le malade ne *répond que par signes* aux questions qu'on lui fait à diverses reprises.

La parole ne revient pas les jours suivants.

Le 14 avril, la mort arrive. Le malade avait continué jusque-là à donner des preuves du retour complet de son intelligence, et la parole n'était point revenue. Quand il voulait boire, il montrait de la main non paralysée son pot de tisane, et quand on lui demandait comment il allait, il portait la même main au côté paralysé, soulevant le bras de ce côté comme pour indiquer qu'il y avait toujours immobilité.

Autopsie cadavérique. — A la face inférieure du lobe antérieur et du lobe moyen gauche, entre ces deux lobes, c'est-à-dire au niveau de la scissure de Sylvius, existe un ramollissement en partie incolore, en partie coloré, ayant environ un grand pouce de diamètre dans tous les sens, et de 4 à 5 lignes de profondeur. La substance nerveuse semblait avoir été dissoute et avoir disparu. Les couches optiques et le corps strié étaient sains, ainsi que le cervelet et la protubérance annulaire.

Obs. VIII. — *Coup de feu traversant la partie antérieure des lobes du cerveau. — Perte instantanée de la parole.* (Obs. recueillie par M. Bonnefont.)

M..., soldat au 3ᵉ chasseurs d'Afrique, reçut en juin 1838 un coup de feu à la tête; la balle, entrée à la partie antérieure de la tempe gauche, sortit au même point du côté opposé, après avoir traversé les lobes antérieurs du cerveau; la substance du cerveau s'échappait par les deux ouvertures du crâne.

M..., qui, pendant les premières minutes qui suivirent le coup de feu avait perdu connaissance, reprit l'usage de ses facultés, hormis celles de l'olfaction et de l'*articulation* des mots. Il reconnaissait ses camarades et entendait tout ce qu'ils disaient. Son capitaine, sur l'invitation de M. Bonnefont, lui parlant des faits antérieurs à l'accident, M... y répondit en secouant la tête et en agitant les bras, *après avoir fait de vains efforts pour parler.*

M... conserva sa connaissance durant cinq heures environ, puis il tomba dans un coma profond, et mourut dix-huit heures après sa blessure.

Obs. XX. — *Foyer hémorrhagique dans le lobe antérieur droit du cerveau, hésitation, embarras considérable de la parole avec conservation de l'intelligence des questions.* (Obs. recueillie par M. Chevallier).

Un cocher, âgé de quarante-sept ans, fut admis à l'hôpital Necker (service de M. Hervez de Chégoin), le 17 novembre 1846. Deux mois avant son entrée, il avait éprouvé un étourdissement subit, qui l'obligea de rentrer chez lui, de suspendre ses occupations, et d'entrer une première fois à l'hôpital.

Au moment de l'entrée à l'hôpital Cochin, M. Chevallier observa les symptômes suivants : Lorsqu'on faisait parler le malade, on s'apercevait qu'il s'arrêtait parfois comme pour chercher un mot, se fâchant contre lui-même quand il ne le trouvait pas, et employant alors une périphrase, s'il pouvait en trouver une convenable, ce qui lui était assez difficile; il avait oublié une partie des mots substantifs. Demandant un jour à M. Chevallier comment il fallait panser un séton qu'il portait, il ne put jamais trouver le mot propre. Cependant le malade conservait toute son intelligence. Les traits du visage n'étaient nullement dérangés, les mouvements de la langue étaient parfaitement libres. Aucune partie du corps n'offrait de paralysie soit du sentiment, soit du mouvement, soit de la sensibilité.

L'état du malade était resté sensiblement le même, lorsque, le huitième jour après son entrée, il fut pris d'un léger délire et mourut dans la journée.

---

seulement la nature nous enjoint de protéger, sous peine de douleur, les organes qu'elle nous a confiés, mais elle nous inflige par force le devoir de les entretenir sous peine de tourments.

Qu'arrive-t-il à l'individu insouciant, sale, ou trop misérable pour se donner les soins de propreté? Les poux de tête, les poux de corps, le *pediculus ferox pubis*, pour le stimuler le jour;

Les puces et les punaises, pour le torturer la nuit.

Ces bêtes semblent lui rappeler que l'homme est de sa nature un animal propre. (*Natura homo mundum et elegans animal est.* Senec. epist. xcii.)

L'habitude émousse le sentiment, et il se trouve des gueux assez endurcis pour avoir substitué à la sensibilité de la peau humaine l'insensibilité du cuir d'un chien; au revers de cette triste médaille sont les organisations sensitives, dont l'habitude corporelle est surexcitée par un stimulus insignifiant ou quelquefois imaginaire.

Rien ne ressemble si peu à l'homme que l'homme lui-même. Tirez un coup de pistolet aux oreilles de l'individu devenu insensible, il retournera à peine la tête pour s'informer d'où vient ce léger bruit.

Le sujet nerveux, au contraire, se dressera comme un ressort et en proie à une agitation extrême; il demandera d'où vient ce coup de foudre, ou pour le moins qui a tiré le canon.

Je ne m'adresse ici ni à ceux qui sont paralysés par l'habitude ou surexcités par la maladie.

Je parle aux hommes de cette constitution physiologique également éloignée de tous les tempéraments, doués de cette complexion heureuse, suite d'un développement physique parfait, par conséquent aux gens de bonne humeur, prenant tout à bien, trop forts pour se tourmenter, trop vertueux pour se scandaliser, faisant pour le mieux en toutes circonstances, considérant que tous les biens couverts par le ciel et contenus dans la terre en toutes ses dimensions, hauteur, profondeur, largeur et longueur, sont indignes d'émouvoir nos affections, de troubler nos sens et nos esprits.

Je pense que c'est à ces êtres d'élite, s'ils ont reçu d'ailleurs une bonne éducation, que sont dévolus les priviléges de sentir juste, de voir droit, en un mot, *le bon sens.* Je cherche à prendre le ton propre à leurs oreilles, et je leur demande : *Pourquoi passons-nous la moitié de notre vie sous la puissance tyrannique des mouches?* Le châtiment injuste est d'autant plus douloureux (*quæ venit indigne pœna dolenda venit.* Ovid., epist. vi.)

Je consens à roidir ma volonté pour endurer ce que je dois inévitablement souffrir, mais je déclare ne pas prendre pour moi, en tout cas, la leçon que les Mexicains faisaient à leurs enfants à l'heure de leur naissance : « Tu es venu au monde pour endurer, endure : souffre et » tais-toi. » Je laisse aux gens du temps passé à rechercher les maux pour tenir leur vertu en haleine, la mienne n'a pas besoin d'un pareil aiguillon, j'aime mieux l'avoir moins robuste que de l'acheter à ce prix.

Le sage doit être parfait; autant expert à éviter la douleur, à jouir des voluptés, qu'à tout autre devoir de la vie.

Cependant il ne me paraît pas impossible de nous débarrasser des mouches, du moins dans les habitations, les hôpitaux et les étables; tous les moyens employés jusqu'à ce jour sont insuffisants.

Je ne viens pas, à l'exemple de Xerxès gorgé de tous les dons de la fortune, proposer un prix pour celui qui me procurera une jouissance de plus. (*Refectus omnibus præmiis donisque fortunæ præmium proposuit qui invenisset novam voluptatem.* Cic., *Tusc. quæst*, lib. V, cap. vii.)

Il me paraît donc utile et raisonnable que les académies instituent un prix d'*une grande valeur* pour celui qui aura trouvé un moyen réellement efficace et pratique de détruire sûrement, instantanément, avec économie et sans danger pour la vie et la santé des hommes et des animaux, toutes les mouches qui auront pénétré dans les appartements, les hôpitaux et les étables.

Ces désirs sont conformes à ma condition et à mon humble savoir. Je ne vise pas à opérer des révolutions dans la science et dans l'art, ces entreprises transcendantes m'effrayent comme des lieux inaccessibles; content de mon sort, j'abandonne ces nobles exploits, sans envie, aux natures belles et fortes que Dieu, dans sa bienveillance, a pétries d'un limon plus pur.

> .... Queis arte benigna
> Et meliore luto, finxit præcordia Titan.
> (Juv., sat. xiv, v. 34 et 35.)

Amédée Joux.

Les médecins de Turin ont saisi l'occasion du passage d'un grand nombre de militaires français par notre ville, pour donner au corps sanitaire de l'armée française un témoignage de leur sympathie. Un banquet lui a été offert à l'hôtel de la Dogana Vecchia (ancienne Douane). Il a été de 140 couverts. Des toasts ont été portés à l'empereur Napoléon, au roi Victor-Emmanuel, aux armées alliées, à la France et à l'Italie. L'Académie royale médico-chirurgicale de Turin s'est assemblée ce soir; elle a invité à sa séance le corps sanitaire français. (*Opinione.*)

Autopsie cadavérique. — On remarque à la partie postérieure supérieure externe du lobe antérieur droit du cerveau un aplatissement assez prononcé des circonvolutions. Le lobe antérieur, incisé, offre un foyer rempli à sa partie antérieure de sang coagulé, et tapissé à sa partie postérieure, qui correspondait à l'aplatissement des circonvolutions, d'une membrane mince, grisâtre, tomenteuse. Le foyer se dirigeait obliquement en avant et en bas, et occupait presque toute la substance blanche du lobe indiqué (il s'arrêtait à un centimètre environ de l'extrémité antérieure de ce lobe). La substance grise n'était altérée que dans le point correspondant à l'aplatissement des circonvolutions. Aucune trace de ramollissement sur les parois. On remarquait un léger piqueté un peu en arrière et en bas. Nulle lésion des corps striés ni des couches optiques, non plus que d'aucune autre partie.

Ces quelques observations, qu'il faut se borner à citer pour ne pas prolonger indéfiniment ces leçons, ne semblent-elles pas avoir la précision d'expériences physiologiques ? Mais ce n'est pas tout, et à côté de ces preuves positives se dresse une masse bien autrement considérable de faits qui démontrent que « les altérations affectent les lobes moyen et postérieur du cerveau; les lobules antérieurs, restant parfaitement sains, n'entraînent aucune lésion de la parole. » Pourrait-on en exiger davantage pour admettre que les lobules antérieurs président au langage articulé ?

HERNIE TRAUMATIQUE DE L'ÉPIPLOON.

guérie sans opération.

Par M. le docteur L. Du Temps, de Fontenay-le-Comte (Vendée).

Le 3 mai, à six heures du soir, je fus appelé auprès du nommé B..., âgé de huit ans, domicilié à Pissotte, canton de Fontenay, qui venait de recevoir dans la région abdominale un coup de pistolet dit coup de poing, chargé à poudre.

Cet enfant était spectateur de décharges d'armes à feu qu'on tirait en l'honneur d'une mariée, comme il est d'usage dans nos campagnes de la Vendée, lorsqu'il fut atteint à environ deux mètres de distance.

Deux heures se sont écoulées depuis l'accident. Le blessé est étendu sur un lit et couché sur le dos; il conserve toute sa connaissance. Les traits du visage ne dénotent aucune défaillance. Il n'y a pas eu de syncope. Le pouls est à 95, régulier et assez résistant. La chemise est teinte de sang à sa partie antérieure; au milieu de cette tache, qui a la dimension des deux mains réunies, est une ouverture oblongue, du diamètre d'une pièce de 5 francs, qui correspond à la partie gauche de l'épigastre; les bords en sont déchiquetés et comme mâchés.

Le gilet est lui-même perforé à sa partie antérieure et inférieure du côté gauche, mais ne présente, ainsi que la chemise, aucune trace de poudre ou de brûlure.

Immédiatement au-dessous de la dernière fausse côte gauche, en dehors de l'épigastre, existe une blessure de forme circulaire et du diamètre environ d'une pièce de 10 centimes; elle intéresse les parois abdominales dans toute leur épaisseur : on la dirait faite à l'aide d'un emporte-pièce. Les lèvres sont sanglantes et d'un brun rougeâtre. Peu de sang s'écoule par la plaie. Une sonde de femme, introduite avec beaucoup de ménagement, ne rencontre dans l'abdomen aucun corps étranger, tels que projectile ou débris de vêtements.

L'épiploon fait hernie au dehors de 6 ou 7 centimètres; il est déjà gonflé et a perdu en partie cet aspect cotonneux que signalent les auteurs; toutes les tentatives de réduction demeurent infructueuses. Le malade se plaint vivement, s'agite, et me supplie de cesser mes manœuvres. Ayant gardé le souvenir que dans des cas semblables Boyer et les chirurgiens modernes donnent le conseil de ne point persister, dans la crainte de repousser dans l'abdomen un organe froissé et disposé à l'inflammation, je n'insistai pas davantage, l'expectation me paraissant rationnelle.

Le soir il y eut un vomissement. Le petit malade rendit quelques matières alimentaires à moitié digérées, mais sans caractère fâcheux. Ainsi que je l'espérais, l'estomac n'avait pas été lésé.

Je fis appliquer sur la plaie un linge huilé et des compresses imbibées d'eau froide, avec ordre de les renouveler de quart d'heure en quart d'heure.

Le 4 mai, mon malade est tout à fait rassuré; il a dormi une partie de la nuit sans éprouver de frisson ni de froid aux extrémités. Une selle naturelle, sans lavement. Il me demande à grands cris des aliments. L'expression du visage est excellente. Le pouls à 100, modéré; aucune sensibilité ne se manifeste à la pression dans la région abdominale. Le ventre est souple comme la veille; il n'y a donc jusqu'ici, malgré la vaste solution de continuité dans laquelle la membrane séreuse est comprise, pas la moindre trace de péritonite.

L'épiploon a augmenté de volume, il a pris la forme d'une figue de 8 ou 9 centimètres de longueur, et de 12 centimètres au moins de diamètre dans sa grosse portion. En soulevant cette masse herniée, on constate qu'il n'y a point d'étranglement; le pédicule est libre dans la plaie. Cette disposition me fait penser que la gangrène ne viendra point à mon secours pour débarrasser le malade de sa hernie; tout le monde sait qu'en pareil cas c'est une terminaison quelquefois heureuse, qui n'offre pas les dangers d'une opération; on continue les compresses d'eau froide.

Le 5 mai, le malade va bien; sommeil calme, pouls à 105, peau moite; toutes les fonctions s'exécutent normalement. Le ventre est insensible à la pression. L'épiploon n'a pas augmenté. Les compresses d'eau froide, appliquées sans intelligence, ont enrhumé le petit malade. Il y a des symptômes de bronchite. Des aliments solides ont été pris malgré ma défense; ils ont été bien supportés, et n'ont amené aucun résultat fâcheux.

Le 7, pouls à 100; aucune trace d'inflammation. La suppuration est commencée. Je fais appliquer sur la tumeur un linge cératé recouvert d'un gâteau de charpie sèche. Pansement matin et soir.

Le 10, il y a déjà un commencement d'adhésion cicatricielle au pourtour du pédicule; j'attends qu'elle soit complète, afin de tenter avec chance de succès une opération qui délivre le malade de cette portion saillante de l'épiploon. Quels moyens emploierai-je ? Boyer penche pour l'excision, d'autres chirurgiens pour la ligature, qu'on varie à l'infini; mais que d'accidents peuvent survenir! Ici l'hémorrhagie; là, la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité de lier les artères dans un tissu aussi friable, et l'obligation de cautériser avec le fer rougi à blanc, comme l'a pratiqué le docteur Michel, de Gonnord, dans un cas à peu près semblable; l'écoulement du sang dans l'abdomen s'il n'y a pas adhérence complète de l'épiploon aux lèvres de la plaie, et la mort; là les vomissements, les coliques, et tout le cortége des symptômes d'une hernie étranglée, et l'inflammation qui souvent se propage au péritoine et tue le malade, comme l'a démontré M. Jobert (de Lamballe) par ses expériences sur les animaux. J'eus l'idée de laisser passer quelques jours avant d'opérer. Le fait rapporté par la *Gazette des Hôpitaux* dans son numéro du 11 juillet 1857, quoiqu'il fût différent de celui qui fait le sujet de cette observation, suffisait pour m'encourager à attendre les efforts de la nature dans l'intérêt de mon malade, bien décidé à employer un moyen quelconque, peut-être le chlorure de zinc, si l'expectation ne me réussissait pas.

Le 12, la suppuration est très-abondante; pouls à 95, petit, misérable; il y a de l'amaigrissement; aussi je nourris le malade afin de relever ses forces. L'appétit se soutient, ce qui me rassure pour l'avenir.

Le 13, pouls à 92; toux fréquente, expectoration muqueuse. Pas de coliques ni de douleurs en toussant. La cicatrice est complète dans tout le pourtour de la plaie. L'épiploon hernié semble avoir diminué de volume.

Le 15, pas de fièvre, pouls à 84; la bronchite a cessé; l'état général est bon; la suppuration toujours abondante. — Alun calciné en poudre sur la tumeur; linge cératé ordinaire; pansement matin et soir; aliments solides.

Le 17, le malade garde toujours le lit. La hernie est moins volumineuse; elle a diminué de 2 centimètres au moins en longueur et en diamètre.

Le 19, l'amélioration continue. Le malade se lève sur un fauteuil. Je mesure avec un compas la saillie de l'épiploon; je constate tous les deux jours, jusqu'à la fin de mai, une rétraction de près d'un centimètre.

Le 2 juin, le malade se promène. Je fais soutenir les parois abdominales avec une ceinture de corps modérément serrée. — Même pansement. — La rétraction des tissus est de plus en plus évidente, et j'ai la certitude aujourd'hui que l'opération sera inutile.

Le 5, l'amélioration a fait des progrès remarquables; il n'existe plus qu'une saillie de 2 centimètres environ.

Le 10, dans la nuit, le reste de l'épiploon hernié disparaît complétement. Je revois de nouveau mon malade quelques jours après : la cicatrice paraît solide, la guérison est parfaite. Il n'éprouve aucune douleur, aucun tiraillement, lorsqu'il se renverse le corps en arrière, de même que pendant la digestion. L'assertion des auteurs sur ce point manque donc quelquefois d'exactitude.

Cette observation est digne de remarque; elle montre une fois de plus que les vastes solutions de continuité du péritoine sont loin d'être toujours mortelles, et que les malades se rétablissent souvent même sans éprouver la moindre inflammation. D'un autre côté, lorsqu'on suit les changements que le temps a amenés dans l'état du malade, en laissant à la nature le soin de faire à peu près seule les frais, on est surpris de trouver dans les livres tant de moyens opératoires, qui tous mettent plus ou moins en danger la vie du blessé. Que, dans l'avenir, on ait donc la patience d'attendre dans des cas semblables, et je suis persuadé que l'expectation, ce remède à tant de maux, produira sur l'organe hernié une rétraction salutaire qui amènera la guérison.

De quelle façon s'est opéré ce changement? La question est difficile à résoudre; pourtant, il me semble que les fibres épiploïques se sont atrophiées sous l'influence d'une force vitale qu'on comprend, et à laquelle venait s'ajouter l'action astringente de l'alun. Le travail n'était pas seulement superficiel, mais intérieur; car à dater du jour où j'ai employé la poudre astringente, la suppuration a été diminuée, et, dans la suite, la surface de la tumeur à peine humide. Les tissus sont devenus plus durs, plus résistants; l'alun, je le répète, semblait les exciter à se rétracter plutôt qu'il n'opérait la cautérisation.

Sous le rapport médico-légal, cette observation est encore un exemple, qui vient s'ajouter à tant d'autres, des ravages que la bourre seule d'une arme à feu peut produire même à distance.

NOTE SUR LA CLAUDICATION INTERMITTENTE

observée dans un cas d'oblitération complète de l'une des artères iliaques primitives,

Par M. Charcot.

Le nommé L..., âgé de cinquante-quatre ans, entré le 5 août 1851 dans le service de M. Rayer, avait reçu en 1830, dans le flanc droit, une balle qui n'avait pu être extraite. En décembre 1850, il fut pris tout à coup d'un vomissement de sang rutilant, puis il rendit par l'anus une grande quantité de sang noir et poisseux et tomba en syncope; il s'ensuivit une grande prostration qui se passa au bout de quelques jours.

A partir de cette époque, le malade observa les phénomènes suivants :

Lorsqu'il a *marché pendant un quart d'heure*, il éprouve, dans toute l'étendue du membre inférieur droit, un sentiment de faiblesse accompagné d'engourdissement. S'il continue à marcher, des douleurs sourdes accompagnées de fourmillements ne tardent pas à apparaître, se manifestant d'abord dans la verge, puis dans la cuisse, la jambe et le pied du côté droit; puis surviennent des crampes accompagnées de roideur générale du membre, qui refuse enfin tout service. Le malade se voit alors obligé de s'asseoir pour prendre quelques minutes de repos. *Pendant ce temps, les symptômes se sont dissipés* rapidement, et bientôt la marche est redevenue possible; mais au bout d'une vingtaine de minutes ils se reproduisent derechef, et un nouveau temps d'arrêt est devenu nécessaire. Ces sortes d'accès *de paralysie douloureuse* se montrent souvent jusqu'à cinq ou six fois pendant une course d'une heure de durée, mais *jamais ils ne surviennent spontanément*, c'est-à-dire lorsque le malade est en repos, couché, assis, ou même dans la station verticale; la marche seule les provoque, et encore faut-il, ainsi qu'on l'a vu, qu'elle soit prolongée pendant un certain temps. *Dans leur intervalle, le membre inférieur droit fonctionne tout aussi bien que le gauche*, et, en particulier, il n'est le siége d'aucune sensation anormale.

Dans les derniers temps, à la suite d'hématémèses et d'entérorrhagies répétées, le malade, extrêmement affaibli, avait des palpitations de cœur au moindre mouvement. Des battements très-violents, et souvent très-pénibles, se faisaient sentir dans l'abdomen, au voisinage de l'ombilic. Le membre inférieur droit était devenu d'une manière permanente plus faible que le gauche; les douleurs dont il était le siége lorsque le malade avait marché pendant quelque temps étaient plus pénibles que par le passé, et semblaient avoir pris le caractère névralgique. C'est dans cet état que le malade entra à l'hôpital, où l'on constata à plusieurs reprises que la peau de l'extrémité inférieure droite n'était pas anesthésiée, et que la température n'y était pas sensiblement abaissée.

Le 20 août, après une syncope, hématémèse abondante, suivie de nouvelles syncopes. Mort le lendemain.

Autopsie. — L'artère iliaque primitive droite était le siége d'un anévrysme dont le sac, tapissé d'une couche épaisse de caillots actifs, s'ouvrait par un orifice de 4 à 5 centimètres dans le jéjunum, sur les limites du duodénum. Le tiers inférieur de l'artère était remplacé par un cordon ligamenteux, et ses deux branches de bifurcation paraissaient très-manifestement rétrécies, lorsqu'on les comparait aux artères correspondantes du côté opposé.

Au voisinage de l'articulation sacro-iliaque droite, on rencontra une balle de fusil de fort calibre, enveloppée par une couche épaisse de tissu cellulaire dense.

Le duodénum et le jéjunum étaient distendus par un caillot fibrineux, décoloré, consistant, formé de couches concentriques, qui se continuait par une sorte d'appendice avec les couches fibrineuses de l'anévrysme à travers sa perforation.

Le cerveau, la moelle épinière, les cordons nerveux des plexus lombaires et sacrés ont été examinés, ils n'ont pas présenté de lésion appréciable. On a vu particulièrement que les nerfs des plexus lombaires et sacrés n'étaient nullement comprimés par la tumeur anévrysmale.

M. Charcot rapproche ce fait des cas de *claudication intermittente par oblitération artérielle*, bien connus en pathologie hippique, et sur lesquels MM. Goubaux et Ed. Bouley ont publié d'importants travaux. Une oblitération plus ou moins complète des troncs artériels principaux du membre affecté existe constamment chez les chevaux atteints de cette maladie, caractérisée par des accès de paralysie douloureuse analogues à ceux que présentait le malade de l'observation qui précède. Tant que le cheval est au pas, sa démarche est normale; mais à peine a-t-il trotté pendant quelques minutes que la claudication apparaît tout à coup. Avec le temps, les accès deviennent plus faciles à provoquer par les mouvements que nécessite le travail ou la course. Enfin la paralysie tend à devenir permanente, et certaines paraplégies plus ou moins complètes ont été précédées, chez le cheval, par les phénomènes de la claudication intermittente.

Dans ce cas, dit M. Charcot, la quantité de sang qui parvient aux muscles, suffisante tout au plus pour y entretenir la vie lorsqu'ils sont au repos ou qu'ils fonctionnent peu énergiquement, ne suffit plus lorsqu'il s'agit de contractions énergiques et prolongées, comme le sont celles que nécessite la marche ou la course. Les muscles subissent alors, très-vraisemblablement, des modifications analogues à celles qui surviennent chez les animaux auxquels on a pratiqué la ligature de l'aorte abdominale; ils perdent, au bout d'un certain temps, une grande partie de leur irritabilité. Le repos, chez les sujets atteints de claudication, de même que l'ablation de la ligature chez les animaux mis en expérience, en rétablissant les conditions normales, suffisent pour que les tissus puissent récupérer, au bout de quelques minutes, leurs propriétés physiologiques.

M. Charcot n'a pu trouver qu'un seul fait d'oblitération artérielle chez l'homme où l'on ait observé des symptômes analogues à ceux qu'a présentés le malade cité plus haut : c'est le cas d'oblitération complète de l'aorte, dont M. Barth a fait l'objet d'un travail important. Le malade, au début de l'affection, qui devait aboutir à une paraplégie complète, n'éprouva pendant plusieurs mois dans les membres inférieurs que des fourmillements accompagnés d'un sentiment de froid, qui se faisaient sentir exclusivement pendant la marche, et qui ne se manifestaient jamais pendant le repos au lit. (*Gazette médicale de Paris.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 août 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le secrétaire donne lecture de l'ampliation d'un décret rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, le 28 juillet dernier, et par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Tardieu dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

Sur l'invitation de M. le président, M. Tardieu prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Palanchon, médecin à Cuizery (Saône-et-Loire), sur les épidémies qui ont régné dans ce canton dans le premier semestre de cette année ;

2° Un rapport de M. le docteur Yvaren, sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement d'Avignon en 1858 ;

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Vaucluse dans la même année. (Commission des épidémies) ;

4° Les rapports de MM. les docteurs Charmasson Puylaval, Gényais, Chapelain et Nivet, sur le service médical des eaux minérales de Saint-Sauveur (H.-P.), d'Amélie-les-Bains (P.-O.), de Luxeuil (H.-S.) et de Royat (P.-de-D.) pendant l'année 1857. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. P. Guersant fait hommage à l'Académie, conformément aux dernières volontés de feue Mme Ve Guersant, du buste de L. B. Guersant, son père, ancien membre de la Compagnie.

Une lettre de remercîment sera adressée à M. P. Guersant.

— M. Loiseau, de Montmartre, adresse une note sur l'emploi du tannin comme désinfectant dans le croup et l'angine couenneuse. (Commissaire, M. Trousseau.)

— M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie une modification faite, d'après les idées de M. Béhier, à la petite seringue de Pravaz, employée aujourd'hui pour les injections sous-cutanées.

Cette modification consiste en deux petites tringles A et A, qui relient les deux extrémités de la petite pompe en cristal, de manière à en empêcher la fracture et à rendre infiniment plus solide l'ajustage de l'instrument.

M. Mathieu, d'après les idées de M. Béhier, a rendu très-capillaires les deux trocarts qui servent à la ponction, et la petite canule interne D qui conduit le liquide en passant par la canule du trocart.

— M. GAVARRET présente au nom de l'inventeur, M. Rumkoff, un nouvel appareil à faradisation, offrant les avantages d'être très-portatif, de ne point exiger l'emploi des acides, de ne dégager aucun gaz d'une odeur désagréable, et d'être d'un prix très-modéré (40 fr.)

— M. MALGAIGNE propose une modification au procédé habituel de la trachéotomie, destinée surtout à remédier aux hémorrhagies. Elle consiste, après avoir disséqué avec soin, couche par couche, tous les tissus superposés à la trachée, et compris dans la dissection la gaîne celluleuse dans laquelle la trachée joue comme les artères dans leur gaîne propre, à porter de chaque côté de la trachée, ainsi mise à nu, les crochets mousses, qui, comprimant les vaisseaux entre cette gaîne et la peau, arrêtent immédiatement l'hémorrhagie.

Discussion sur les désinfectants.

M. RENAULT rend compte des nouvelles expériences qu'il a faites depuis la dernière séance sur les substances désinfectantes. Il a essayé de désinfecter les matières fécales avec un mélange de coaltar et d'argile. Les bons résultats qu'il a obtenus l'engagent à proposer de substituer cette dernière substance au plâtre dans la poudre de MM. Corne et Demeaux. L'argile a sur le plâtre le double avantage de se trouver partout et de se vendre à vil prix.

M. CHEVALLIER craint qu'en employant l'argile on n'obtienne pas d'engrais aussi convenables qu'avec le plâtre.

M. DESPORTES expose quelques raisons pour démontrer qu'il y aurait, au contraire, un avantage immense à préférer l'argile au plâtre.

M. CHATIN pense que l'argile jouit de propriétés absorbantes plus actives que le plâtre; d'une manière absolue, la première substance serait donc préférable à la seconde; mais, au point de vue de l'agriculture, il n'est pas indifférent de se servir de l'une ou de l'autre matière. Les matières fécales désinfectées avec le plâtre conviendront comme engrais aux terres argileuses, tandis que les engrais où entre l'argile devront être employés pour les terres calcaires.

M. FERRUS. Je me suis beaucoup occupé de la question des désinfectants dans les prisons et les maisons de santé que j'étais chargé d'inspecter. Après avoir vu employer et échouer successivement tous les procédés, je m'en suis tenu au moins défectueux, qui consiste à recevoir les matières fécales dans des tinettes ou fosses mobiles, qu'on enlève chaque soir, et qu'on va vider le plus loin possible de l'établissement.

A une certaine époque, on a fait grand bruit des aqueducs, qui, en traversant à grand courant les réservoirs des matières fécales, devaient les balayer et les emporter d'une manière continuelle. J'ai assisté à des expériences de ce genre; j'ai vu des moyens semblables parfaitement installés, particulièrement dans la Maison centrale de Lyon; toujours je les ai vus échouer : les matières fécales s'arrêtent en chemin, forment des dépôts qui se durcissent, qui incrustent, qui engorgent les tuyaux, et le courant d'eau passe par-dessus sans rien emporter.

M. CHEVALLIER croit que la question pendante intéresse à un si haut point la salubrité publique, que la section d'hygiène devrait en être solennellement saisie.

RAPPORT.

Modifications apportées au stéthoscope ordinaire. — M. DE KERGARADEC lit, en son nom et au nom de M. Depaul, un rapport sur une communication de M. le docteur Pitta, médecin de Madère, ayant pour objet des modifications apportées par ce médecin aux stéthoscopes dont on se sert le plus ordinairement.

Après des considérations étendues sur l'auscultation en général, et sur les avantages de l'auscultation médiate sur l'auscultation immédiate, dans un grand nombre de circonstances, M. le rapporteur apprécie en ces termes les modifications introduites dans le stéthoscope par M. Pitta, modifications qui consistent principalement en ce que l'extrémité thoracique de l'instrument est elliptique au lieu d'être circulaire, de manière à pouvoir s'adapter facilement à toutes les inégalités de la poitrine, et à pénétrer facilement dans les intervalles des côtes.

Pour former notre jugement à cet égard, dit-il, nous avons appliqué le nouvel instrument sur des sujets sains et sur des sujets malades; nous avons en outre prié plusieurs de nos honorables collègues de l'essayer et de le faire essayer à leur clinique.

Au point de vue de l'acoustique, nous sommes restés convaincus personnellement de la réalité des qualités que lui attribue son auteur; il nous a paru transmettre les sons et les bruits pectoraux avec autant de facilité que les anciens stéthoscopes. Nous croyons que l'appréciation de nos confrères, ne diffère pas de la nôtre.

Au point de vue clinique, la forme elliptique et les faibles dimensions de son extrémité thoracique permettent de l'adapter exactement aux parties les plus inégales des parois de la poitrine, principalement dans les fosses sus et sous-claviculaires et sus épineuses. Or ces régions sont en général, chacun le sait, les points où se manifeste d'abord l'éruption tuberculeuse; il est donc d'un grand intérêt pour le médecin de pouvoir faire des recherches stéthoscopiques sur le résultat desquelles il ait lieu de compter.

D'un autre côté, en raison même de l'exiguïté de son pavillon, l'instrument, promené successivement sur divers points de la surface correspondant à la région malade, fera souvent connaître à l'observateur le siége principal et la nature de l'affection, ses limites, ses progrès ou sa décadence.

A tous égards donc, les modifications apportées au stéthoscope par le docteur Pitta nous paraissent mériter l'approbation de l'Académie, et nous faisons des vœux pour que l'emploi du nouvel instrument se répande parmi les praticiens.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer :

1° De déposer le stéthoscope modifié dans les collections de l'Académie;

2° D'adresser des remercîments à l'auteur;

Et 3° De renvoyer le mémoire à la commission chargée de présenter des candidats aux places de correspondants étrangers.

M. BOUILLAUD, qui a expérimenté cet instrument, confirme les éloges donnés par M. le rapporteur à son inventeur.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un associé national.

La liste de présentation porte dans l'ordre suivant les noms de MM. :

1° Denis, de Commercy,

2° Landouzy, de Reims,

3° Gendron, de Château-du-Loir.

Sur 64 votants, M. Denis a obtenu. . . .	37 suffrages.	
M. Landouzy.	26	—
M. Gendron.	1	—

En conséquence, M. Denis a été déclaré élu.

Discussion sur le rapport de M. Gibert.

M. BOUILLAUD. Messieurs, si j'aborde la tribune pour discuter le dernier et remarquable rapport de notre collègue M. Gibert, c'est que j'ai vu avec surprise que l'Académie était sur le point de voter les conclusions sans la moindre opposition, et pourtant il y avait deux raisons suffisantes pour qu'il n'en fût pas ainsi : la première, c'était l'importance même du rapport et de la question qui en faisait l'objet; la seconde, c'est que l'Académie, qui avait approuvé sans discussion mon dernier rapport, allait, par une incroyable contradiction, voter celles du rapport de M. Gibert, qui soutient des doctrines diamétralement opposées. Il m'a donc paru qu'il était de mon devoir d'empêcher l'Académie de se mettre ainsi en contradiction avec elle-même à quelques semaines de distance. Une autre raison enfin, c'est que quelques-unes de mes opinions ont été directement attaquées dans le travail de M. Renouard, sur lequel M. Gibert a fait son excellent rapport.

Dans le rapport que j'ai lu, il y a quelque temps, à cette tribune, relativement à un nouveau mode de traitement du rhumatisme, je cherchais à faire prévaloir ce principe, que je considère comme fondamental en thérapeutique; c'est que les indications du traitement doivent ressortir de la nature même de la maladie, et que les médications doivent consister, autant que possible, dans l'emploi de moyens contraires au mal.

Pour établir ces principes, j'ai commenté les deux adages : *Naturam morborum ostendunt curationes*, et *contraria contrariis curantur*. J'ai longuement insisté sur la nécessité de bien étudier et de déterminer soigneusement le rapport du remède ou de la méthode de traitement avec la nature même du mal qu'il s'agit de guérir. J'ai démontré enfin que ces principes n'étaient pas nés d'hier, mais représentaient en quelque sorte la doctrine même de la médecine séculaire.

M. Renouard, au contraire, soutient qu'il n'y a et qu'il ne peut y avoir aucune relation intime entre la nature connue des maladies et leur traitement; il déclare suranné l'aphorisme *contraria contrariis*, et son application impossible.

M. Renouard y substitue le principe suivant : « Choisir, pour traiter chaque maladie, la méthode qui aura donné les résultats les plus avantageux. » Et, au nom de ce principe, M. Renouard déclare que toute confusion doit disparaître en médecine, que toute incertitude doit cesser, et que l'art de guérir va être désormais affranchi de toutes les vicissitudes que lui ont fait éprouver les systèmes pathologiques. En d'autres termes, ce principe fondamental ouvre une ère nouvelle à la médecine et une série de triomphes à la thérapeutique. Ce sont de belles et de superbes promesses; mais je doute que le principe « important et lumineux » de M. Renouard ait le pouvoir de les réaliser.

M. Renouard ajoute qu'il faut, en médecine, une foi et des principes. Mais c'est très-clair; qui a jamais osé soutenir le contraire? Seulement, il faut que cette foi soit éclairée et que ces principes soient bons. Il faut aussi, quand on pose quelque principe, que ce principe soit nouveau. Or je n'ai rien trouvé de nouveau dans les principes exposés et développés par M. Renouard.

Notre distingué confrère a bien compris qu'il fallait, avant tout, examiner les doctrines et les systèmes en médecine. Après les avoir tous passés en revue, il les réduit à deux : l'*hippocratisme* ou *vitalisme*, et l'*organicisme*.

M. Renouard expose les doctrines hippocratiques et les théories de l'école de Montpellier; après les avoir discutées à fond, il cherche à prouver que le bon d'une thérapeutique rationnelle ne se trouve ni dans l'hippocratisme pur, l'hippocratisme ancien, ni dans l'hippocratisme réformé, l'hippocratisme moderne, le néo-vitalisme de Barthez et de M. Lordat. J'ai été quelque peu surpris qu'un vitaliste de la force de M. Gibert ait laissé passer si patiemment une attaque aussi rude.

L'organicisme n'a pas été plus épargné; M. Renouard a prétendu qu'il ne saurait fournir non plus les bases fondamentales d'une thérapeutique saine.

Notre confrère a pris à partie *l'Essai sur la philosophie médicale*, et il s'est donné la facile satisfaction de discuter quelques-uns des principes exposés dans ce livre et d'en faire ressortir la prétendue fausseté. Il est toujours aisé d'avoir raison contre un adversaire, quand on lui prête des opinions qu'il n'a point et des idées qu'il n'a jamais soutenues. N'en déplaise à M. Renouard, c'est ce qu'il a fait à mon égard. (M. Bouillaud cite à l'appui de son assertion un long passage de son livre, et démontre ainsi que ses principes sont un peu différents de ceux que lui a prêtés gratuitement M. Renouard.)

M. Renouard, ajoute l'orateur, reconnaissant avec Bichat combien les doctrines pathologiques avaient reflué sur la thérapeutique, voudrait qu'on fermât les écoles et qu'on brûlât les livres, qui ne sont que des fauteurs de mauvaises doctrines.

Je ne saurais partager un avis aussi barbare. De ce qu'il y a quelques erreurs dans la science, s'ensuit-il qu'il faut détruire la science et faire un auto-da-fé des travaux de nos devanciers? Assurément non! Ce qu'il faut faire, c'est prendre le bon et laisser le mauvais; c'est réformer, s'il y a lieu, mais jamais anéantir.

M. Renouard ne veut donc ni du vitalisme ni de l'organicisme. Que veut il donc? Un système qu'il appelle *empiri-méthodisme*, c'est-à-dire l'empirisme éclairé par toutes les études préliminaires propres à établir les différences et les analogies, et qui mettent sur la voie pour arriver à appliquer à propos les méthodes thérapeutiques. M. Renouard prétend qu'on ne peut constituer la science par des raisonnements *à priori*, mais seulement par l'observation et l'expérience.

Et moi, Messieurs, je prétends qu'il faut quelque chose de plus que l'expérience!

Sans doute, l'expérience et l'observation doivent jouer un rôle immense en médecine; mais elles ne peuvent pas suffire, et c'est une grande et déplorable erreur de croire qu'au delà il n'y ait plus rien. Il y a et il faut autre chose : cette autre chose, qui est antérieure et supérieure à l'expérience, c'est un principe, c'est l'intervention de l'entendement de l'intelligence. L'expérience ne doit venir qu'après, à titre de *criterium*; elle nous fournit encore les instruments matériels que notre intelligence doit diriger.

Je ne veux parler ici que de l'expérience et de l'observation appliquée à la thérapeutique.

Eh bien, je répète et je soutiens qu'avant de faire une application expérimentale, il faut que notre esprit ait trouvé le principe à appliquer. Ceci me conduit à rappeler le fameux problème de Pitcairn : « Une maladie étant donnée, trouver le remède qui lui convient. » Comment trouver ce remède? M. Renouard déclare que c'est en recourant à l'expérience, à l'empirisme. Mais, en vérité, si l'empirisme était cette fameuse pierre philosophale que notre confrère promet à la médecine, il y a longtemps que tout le monde serait d'accord et que la science serait en possession du principe fondamental qu'on cherche à lui donner. Car depuis bien des siècles on a recours à l'empirisme, et l'empirisme est en honneur.

Je crois donc que l'empirisme pur est incapable de fournir une base fondamentale à la thérapeutique, et de donner les éléments de la solution du problème de Pitcairn. Pour trouver un remède convenable approprié à la maladie, il faut d'abord partir de certains principes (*contraria contrariis, naturam morborum...*), il faut bien étudier et bien connaître les caractères et la marche de la maladie, en pénétrer la nature, saisir ensuite les rapports du mal avec le traitement, afin de chercher un remède contraire à la nature de la maladie. Le remède trouvé par cette série d'opérations intellectuelles, on l'expérimente, on le soumet au contrôle de l'expérience, qui juge et décide en dernier ressort. Ainsi, d'après moi, avant d'essayer une médication, il faut l'avoir trouvée; avant l'expérience et l'observation, il faut invoquer le sens d'invention, il faut faire intervenir le raisonnement.

Assurément je reconnais que ce n'est pas toujours possible et que quelquefois l'empirisme peut donner d'excellents remèdes : mais dans ce cas même, le raisonnement intervient et ne doit pas abdiquer. Ainsi nous ne connaissons pas la nature de la fièvre intermittente, et nous possédons pour la guérir un excellent remède. Croyez-vous que nous le devions à l'empirisme pur? Nullement. On n'a établi et formulé la médication quinique qu'après avoir trouvé le rapport qui existe entre le remède et le mal. J'en dirai autant de la vaccine. Assurément le cowpox préservait de la variole avant que Jenner l'eût découvert; mais à cet illustre médecin revient l'éternelle gloire d'avoir déterminé les rapports de l'inoculation vaccinale et de la préservation variolique.

Il faut donc, pour qu'une médication soit rationnelle, qu'elle soit toujours fondée sur la connaissance de la nature de la maladie et des rapports du mal avec le remède. Il faut, enfin, trouver un remède *contraire* au mal; de sorte qu'à mes yeux l'aphorisme *contraria contrariis...* a toute la valeur d'un axiome.

M. Bouillaud termine en démontrant que le principe qu'il vient de formuler est conforme aux règles de la saine et véritable philosophie, de la philosophie qui fait à l'expérience et au raisonnement la juste part qui leur convient, de la philosophie de Descartes et de Bacon, qui ne sont pas aussi diamétralement opposées qu'on le pense généralement; car Descartes, aussi bien que Bacon, a invoqué l'observation comme moyen de contrôle des opérations de l'esprit.

— La séance est levée à cinq heures.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête du 15 août, le Journal ne paraîtra pas mardi prochain.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La constitution médicale actuelle comparée à celle des années 1831 et 1854.

Nous recevons de M. le Dr Thirion, médecin des salines de Gouhenans (H.-Saône), le parallèle suivant entre la constitution médicale actuelle dans la contrée qu'habite notre confrère et celle des années 1831 et 1854, pendant lesquelles le choléra a sévi, comme on le sait, dans une grande partie de l'Europe. On y trouvera de nouvelles considérations à l'appui de celles que nous avons déjà fait valoir pour montrer qu'il n'y avait aucun motif de craindre l'invasion prochaine d'une épidémie.

« La température des mois de juin et juillet derniers, dit notre confrère, a sans doute été loin des limites où elle devient nuisible et même mortelle, où l'accomplissement des actes de la vie finit par s'enrayer. Dans les établissements de Gouhenans, à 350 mètres au-dessus du niveau de la mer, et à 24 kilomètres environ des hautes montagnes des Vosges, le maximum de la température, à l'ombre et au nord, a été de + 32° centigr. en juin, et + 32°,50 en juillet. La moyenne du mois de juin s'est traduite par + 19°,11, et celle du mois de juillet par 24°,85.

» Cette température offre déjà un certain excédant relatif; mais ce qui la rend intolérable et nuisible, c'est plutôt son action continue, persistante. Or c'est à cette action prolongée de la chaleur sur l'organisme qu'il faut attribuer ces manifestations morbides que l'on signale dans tant de localités. Embarras gastro-intestinal accompagné de lassitude dans les membres, de diarrhée, quelquefois de vomissements (déjections n'ayant, par leur couleur et leur nature, aucun rapport avec les matières rendues par le choléra). Quelques hépatites, des angines tonsillaires, des insolations, des congestions vers le cerveau, telles sont, dans notre localité, les maladies qui forment la constitution médicale actuelle, qui, du reste, est à peu de chose près celle des mêmes mois de l'année dernière. Quant à la température à cette époque, la moyenne, dans le mois de juin, a été de + 22°,07, et celle du mois de juillet, de + 18°,82. Si alors la chaleur a été plus tolérable, c'est qu'elle n'a pas été aussi persistante et qu'elle a été assez souvent adoucie par des vents frais et des pluies d'orage.

» Actuellement, jetons un coup d'œil rétrospectif sur les années où le choléra a régné ou qui l'ont précédé, afin de voir si les constitutions médicales de ces années ont de l'analogie avec la constitution actuelle, en prévision d'une dégénérescence cholérique.

» L'été de 1831, qui a précédé le choléra, a été humide. En juin, il y a eu des alternatives de pluie et de beau temps. En outre, plusieurs orages avec tonnerre se sont manifestés. Une partie de juillet a été pluvieuse, féconde en orages. Sur la fin du même mois, la chaleur s'est fait sentir avec une certaine intensité. Le beau temps a régné pendant une partie du mois d'août, mais l'autre partie a été marquée par des pluies et des orages. Enfin, une température constamment humide a caractérisé la dernière phase de cette année.

» Les maladies observées par mon père et par moi pendant le règne de ces fâcheuses conditions atmosphériques ont été notamment des irritations gastro-intestinales accompagnées de vomissements, de diarrhée; quelques cas de choléra sporadique, des dyssenteries, des affections rhumatismales, des fièvres intermittentes et des maladies catarrhales.

» En 1854, au printemps, le thermomètre a éprouvé des variations brusques et continuelles, surtout en avril, où le mercure est monté à + 20° centigr., ensuite est descendu en peu de jours à — 4°. La pluie est arrivée dans le commencement de mai et a continué pendant presque tout le mois de juin avec le vent du sud-ouest. Les affections gastro-intestinales ont été fréquentes dans ce moment, et n'ont pas tardé à être accompagnées de symptômes insolites et caractéristiques de la première période du choléra. Depuis, ces cas se sont multipliés, sont devenus plus graves à mesure que la température s'élevait, que l'atmosphère était plus électrique ou qu'un orage éclatait. Je transcris ici mes principales observations météorologiques de cette époque.

» En juillet, le thermomètre a varié depuis + 16° jusqu'à + 32°. Le maximum de la température a été de + 33°. Il y a eu plusieurs orages accompagnés de tonnerre; les pluies ont été fréquentes. Le 30 et le 31 juillet, orages très-forts avec tonnerre, surtout dans la nuit du 31. C'est pendant ces deux derniers jours que le choléra a éclaté au chef-lieu de notre canton.

» De ce court examen comparatif, il résulte, pour nous, que le choléra est pour le moins extrêmement favorisé par une constitution atmosphérique chaude, humide et électrique, constitution qui n'existe pas dans ce moment. »

Tout en acceptant la conclusion de notre confrère en ce qui concerne notamment la constitution actuelle et le pronostic favorable qu'on en peut tirer pour l'état sanitaire général ultérieur, nous éprouvons le besoin cependant de faire quelques réserves sur l'importance du rôle que cette conclusion semble assigner à la constitution atmosphérique sur la production ou le développement des épidémies cholériques. Nous reconnaissons avec lui que certaines intempéries ou vicissitudes atmosphériques peuvent favoriser le développement et l'extension de l'épidémie là où elle existe déjà en germe ou en foyer, et lui imprimer une activité nouvelle, ainsi que nous l'avons plusieurs fois constaté pendant les épidémies de 1849 et 1854; mais nous n'accordons pas à la constitution atmosphérique le pouvoir de créer de toutes pièces l'épidémie cholérique. Ces réserves, loin d'infirmer la valeur des conclusions de M. Thirion, ne font d'ailleurs que les confirmer davantage; car si elles sont vraies avec sa manière de voir, elles le sont à *fortiori* avec la nôtre.

Existence de lésions secondaires des centres nerveux dans le cours des ramollissements inflammatoires.

« Il faut distinguer dans les affections du système nerveux deux catégories de lésions : les unes primordiales, les autres secondaires ou consécutives. Les altérations consécutives sont tantôt localisées autour des lésions primitives, tantôt transmises à distance et envahissantes. Ces dernières peuvent être de deux sortes : actives ou passives. » A l'appui de ces propositions, et comme exemple d'une de ces lésions secondaires de l'ordre passif, M. Gubler a communiqué récemment à la Société de biologie une observation remarquable de ramollissement cérébral atrophique, consécutif à d'autres affections encéphaliques.

Voici en quelques mots le fait. Nous signalerons ensuite les savantes déductions cliniques qu'en a tirées notre confrère.

Une femme de 62 ans entre à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Marthe, le 16 mars dernier, avec une hémiplégie unilatérale commençante du côté droit. Cette paralysie se complète en peu de jours, s'accompagnant de contracture. La marche progressive de l'hémiplégie et la rétraction musculaire font diagnostiquer un ramollissement cérébral de l'hémisphère gauche.

La malade succombe le 5 juin.

A l'autopsie, on découvre, dans l'hémisphère gauche, une masse jaune-clair, molle, caséeuse, du volume d'un œuf de dinde, dans laquelle le microscope démontre l'existence de nombreux débris de tissus nerveux, des agglomérations de globules gras, des corps granuleux de Gluge, des éléments fusiformes, et enfin de jeunes cellules, comme on en rencontre dans les exsudations plastiques ou purulentes. Cette masse jaune était environnée d'une zone de tissu cérébral très-friable, vasculaire, rouge, non infiltrée de plasma et paraissant le siége d'une inflammation éliminatrice. Entre l'hémisphère ainsi altéré et l'isthme de l'encéphale existent des trajets ramollis difficiles à suivre dans les masses centrales, mais très-visibles, dans le pédoncule cérébral correspondant où le ramollissement de l'étage inférieur va presque jusqu'à la diffluence. Dans cette région, il n'existe ni vascularisation exagérée, ni rougeur, ni trace d'infiltration plastique : en un mot, on n'observe à l'œil nu ni au microscope aucun caractère inflammatoire. L'instrument grossissant montre seulement les fibres nerveuses indistinctes, granuleuses et séparées par places par des séries de globules gras plus ou moins denses, qui en indiquent la direction.

Il existait donc dans ce cas deux ordres d'altérations anatomiques : les unes indiquant un travail actif de nature phlegmasique; les autres purement passives, analogues à ce que l'on connaît sous le nom de transformations rétrogrades.

En mettant cette double lésion en regard avec les symptômes, on ne peut manquer de reconnaître, en effet, ainsi que le fait remarquer M. Gubler, que le travail inflammatoire a été le point de départ des accidents, et que le ramollissement passif est venu

BIBLIOGRAPHIE.

Eléments de pathologie chirurgicale, par A. NÉLATON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine, etc.; publié sous sa direction par M. le docteur A. JAMAIN, chirurgien des hôpitaux de Paris (1).

Il y a quelques mois à peine que nous analysions la première partie du tome V de ces *Éléments de pathologie*; aujourd'hui nous venons rendre compte de la fin de l'ouvrage. Il renferme les chapitres les plus intéressants de la chirurgie, tels que fistules urinaires chez la femme, affections des organes génitaux chez l'homme et chez la femme, affections des membres supérieurs et inférieurs. Nous ne nous arrêterons point à chaque page de ce livre, qui nous fournirait toujours des remarques intéressantes; nous nous contenterons d'appeler l'attention du lecteur sur quelques points spéciaux.

Les fistules urinaires chez la femme sont divisées de la manière suivante : 1° fistules vésico-utérines; 2° fistules vésico-utéro-vaginales; 3° fistules vésico-vaginales; 4° fistules urétro-vaginales. Le cas de fistule urétro-utérine observé par A. Bérard est rattaché à la première de ces espèces.

(1) Paris, J. B. Baillière et fils.

Nous devons signaler une observation sur laquelle M. le professeur Nélaton insiste beaucoup dans ses leçons cliniques; c'est qu'il est très-difficile quelquefois de constater la guérison de ces fistules, et qu'il n'est pas très-rare d'en observer la guérison spontanée. Ce dernier fait est important, parce qu'il nous apprend à apprécier la valeur des méthodes de traitement, et à n'intervenir chirurgicalement que s'il est bien démontré que la nature est impuissante.

Le chapitre XXVIII, qui traite des affections des organes génitaux de l'homme, nous a paru très-complet; il renferme tout ce qui a été publié dans ces derniers temps par de nombreux observateurs. Nos auteurs ont utilisé les travaux récents de M. le professeur Gosselin, de Curling, de M. Follin, de M. Godard et les nôtres. Parmi les nombreux paragraphes qui composent ce chapitre, nous remarquons un bon article sur l'orchite, et plus particulièrement sur l'orchite chronique. Cette affection est assez rare et peu étudiée, aussi les travaux modernes laissent sur elle beaucoup de doutes; Curling lui-même l'a confondue avec l'affection tuberculeuse des testicules; M. le professeur Nélaton et M. Jamain croient à l'existence de cette orchite chronique, ils en citent une observation fort remarquable; un grand nombre de praticiens ont pu voir ce malade dans le service du professeur de la Clinique.

Le testicule syphilitique est de la part de nos auteurs l'objet d'une attention toute spéciale; nous en recommandons la lecture, car cette affection est fréquente : il importe de bien la connaître, si l'on ne veut pas s'exposer à pratiquer des opérations intempestives.

Les affections du cordon spermatique sont traitées plus complétement que dans les autres ouvrages; celles des enveloppes du testicule embrassent les hématocèles, les hydrocèles du scrotum et de la tunique vaginale; cette dernière, très-commune, a été traitée avec l'importance qu'elle mérite. Et pourquoi ne le dirions-nous pas? c'est avec la plus grande satisfaction que nous avons vu que nos auteurs avaient sur ce sujet, comme pour l'hématocèle, tenu compte de nos recherches. Tous les traitements récemment préconisés contre cette maladie y sont examinés et discutés avec la plus grande sagacité. Les effets de l'injection iodée y sont étudiés cliniquement, et c'est avec juste raison que M. Nélaton a insisté sur ce point; il fallait en effet prévenir les chirurgiens contre toute tentative d'une seconde injection, car si la première a été innocente, la seconde pourrait bien offrir des dangers sérieux.

Ce chapitre est terminé par les affections du pénis.

Le chapitre XXIX comprend les affections des organes génitaux de la femme. Parmi ces affections, il en est quelques-unes qui rentrent dans le domaine de la chirurgie, d'autres qui intéressent plus spécialement le médecin et l'accoucheur, et qui néanmoins exigent l'intervention du chirurgien. Se conformant au plan qu'ils ont adopté, nos auteurs ne décrivent d'une manière complète que les premières; quant aux secondes, ils insistent surtout sur la part qui revient plus spécialement à la chirurgie; ils ne négligent cependant aucune des parties indispensables à l'intelligence des points qu'ils auront à traiter, et passent rapidement surtout sur les sujets qui ont été développés par Requin dans ses *Eléments de pathologie médicale.*

consécutivement à la suppression des fonctions de l'hémisphère cérébral.

Mais M. Gubler n'a pas voulu s'en tenir uniquement à cette induction, très-rationnelle d'ailleurs, du rapport des lésions constatées à l'autopsie avec les symptômes observés pendant la vie; il a invoqué aussi à l'appui la physiologie expérimentale. Cette interprétation est appuyée en effet par les expériences de Waller (de Londres), que M. Gubler a exposées devant la Société, et qui démontrent qu'à la suite de la section d'une racine motrice, c'est le bout périphérique qui subit des altérations anatomiques. Or le pédoncule cérébral est périphérique par rapport à l'hémisphère correspondant.

On devra donc à l'avenir, ainsi que le propose M. Gubler, rechercher ces sortes de lésions secondaires, soit centrifuges, soit centripètes, dans tous les cas de maladies prolongées de l'encéphale.

On a vu plus haut, dans l'énoncé des propositions placées en tête de cet article, que les lésions consécutives pouvaient être tantôt passives, tantôt actives, centrifuges ou centripètes. Il est permis d'admettre, en effet, que certaines de ces lésions secondaires ont un caractère actif. L'un des exemples les plus remarquables, sans contredit, de lésion consécutive de ce genre, est le fait rapporté par Lallemand dans sa deuxième lettre, obs. III. (*Lettres sur l'encéphale.*)

Il est question dans cette observation d'un soldat atteint d'un anévrysme traumatique de l'artère axillaire droite. On lui pratiqua la ligature du vaisseau; mais par malheur le plexus brachial droit fut pris dans le lien; il en résulta sur-le-champ une douleur atroce dans le cou, laquelle reparut à plusieurs reprises les jours suivants. Plus tard il s'y joignit des phénomènes cérébraux, des convulsions et de l'affaissement. La mort survint, et l'on trouva à l'autopsie l'extrémité postérieure de l'hémisphère gauche ramollie, verdâtre, jusqu'au ventricule latéral correspondant. Dans le centre du ramollissement, qui allait jusqu'à la diffluence, existait la valeur d'une cuillerée d'un liquide verdâtre, épais, que M. Lallemand considéra comme du pus, bien que ce soit là encore une interprétation contestable. Ce serait donc là à la fois un exemple de lésion secondaire active et centripète, résultat soit d'une propagation du travail inflammatoire primitif, si l'on admet l'appréciation de Lallemand, soit d'une transmission d'irritation à distance, ou plutôt, comme M. Gubler paraît incliner davantage à l'admettre, l'effet d'une suppression brusque de fonctions.

De quelque manière qu'on envisage ce dernier fait, toujours est-il que l'on ne saurait dénier à l'observation de M. Gubler le caractère qu'il lui a donné, celui d'une lésion secondaire passive, résultat, suivant toute apparence, d'une nutrition sinon abolie, du moins affaiblie, d'une atrophie en un mot. Et comme ces lésions secondaires se caractérisent par une diminution de cohésion de la substance nerveuse, pouvant aller jusqu'à la diffluence, c'est avec raison que M. Gubler propose de leur appliquer la dénomination de *ramollissement atrophique*.

La pathologie et la physiologie se réunissent ici pour légitimer encore cette conclusion de M. Gubler, savoir : qu'une lésion encéphalique primitive étant donnée, il y aura ramollissement passif secondaire dans deux directions : d'une part, entre la lésion primitive et les parties centrales pour les faisceaux dévolus au sentiment; d'autre part, entre cette même lésion et la périphérie pour les conducteurs du mouvement. — Le cas que nous venons de relater est un exemple de cette dernière espèce.

Il reste à étudier cliniquement les symptômes particuliers des ramollissements atrophiques secondaires. C'est une tâche nouvelle que nous proposons aux observateurs.

De l'opium pour arrêter les hémorrhagies.

Dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M. Béhier a appelé l'attention de ses collègues sur un fait de thérapeutique d'un assez grand intérêt, sur l'utilité de doses élevées d'opium pour arrêter les hémorrhagies. Deux tuberculeux, a-t il dit, une femme et un jeune homme, avaient été traités inutilement d'une hémoptysie par la ratanhia, puis par le perchlorure de fer à l'intérieur, lorsqu'il eut l'idée d'employer l'opium, en commençant par 25 et même 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures. L'hémorrhagie s'arrêta promptement, et de plus il survint une amélioration générale marquée dans la maladie. M. Béhier a signalé notamment à l'attention de ses collègues ce double effet de l'opium, qui, dans ces deux cas particuliers, ne produisit ni narcotisme ni contraction de la pupille, quoique la dose de ce médicament ait été portée jusqu'à 50 centigrammes.

On a rappelé à cette occasion que Dumas, de Montpellier, le célèbre auteur du *Traité des maladies chroniques*, avait recommandé l'opium contre l'hémoptysie; mais, a fait remarquer M. Grisolle en citant cette autorité, Dumas s'appuyait sur deux observations seulement, et ces deux observations étaient des exemples d'affections si mobiles et si irrégulières, que l'amélioration survenue pouvait être due à l'existence de ces conditions particulières de la maladie. Il n'en aurait pas été de même, à ce qu'il paraît, des deux faits observés par M. Béhier, puisque, interpellé à ce sujet par son collègue, pour savoir si ses malades n'éprouvaient pas de douleur vive, ou s'ils ne présentaient pas quelques-uns de ces phénomènes nerveux mobiles dont il vient d'être question, il a déclaré que, connaissant les résultats obtenus par Dumas, il n'avait parlé des faits qu'il venait d'observer qu'en raison de l'absence même des particularités que présentaient celles de l'ancien professeur de Montpellier, et qu'aucun de ses malades n'avait éprouvé non plus de douleur vive.

Enfin, M. Moutard Martin a invoqué, à l'appui des faits rapportés par M. Béhier, le souvenir de ce qu'il avait vu faire à M. Chomel, qui avait employé aussi l'opium dans un cas analogue, dans lequel il y avait hémoptysie avec douleur très-vive et anxiété considérable. La dose d'opium avait été portée par le professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu jusqu'à 30 centigrammes, et l'hémorrhagie s'arrêta très-rapidement. Mais le malade de Chomel avait, on vient de le voir, avec l'hémoptysie, une douleur très-vive et une anxiété considérable, double circonstance qui différencie un peu ce fait d'avec ceux de M. Béhier, et qui le rapprocherait plutôt de ceux de Dumas.

Du reste, il s'en faut, et de beaucoup, que ce soit là une question de thérapeutique nouvelle, et loin que la science soit dépourvue de préceptes et de faits sur ce point de médecine pratique, comme on serait tenté de le penser d'après le petit nombre d'exemples cités par nos confrères de la Société médicale des hôpitaux, elle abonde au contraire en faits de ce genre. Stoll a écrit tout un chapitre dans ses *Prælect. in divers. morb. chronic.*, pour déterminer les cas d'hémoptysie où l'opium est utile. Boerrhaave et Van Swieten ont constaté les bons effets de l'opium dans les métrorrhagies; Murray, Dubois (de Rochefort), et tous les auteurs de thérapeutique et de matière médicale après eux, ont préconisé l'opium dans les hémorrhagies. Les seuls remèdes vraiment efficaces lorsqu'il s'agit de détruire un mouvement fluxionnaire hémorrhagique dépendant d'un état d'irritation et de douleur de l'organe affecté, dit M. Lordat dans son *Traité des hémorrhagies*, ce sont les narcotiques et les révulsifs. Dumas, dans un autre fait que ceux qui ont été cités, et qui se rapportait à ce mode d'hémorrhagies rebelles dont parle M. Lordat, qui prennent naissance de la commotion excitée par des passions violentes et qui ne cèdent qu'à l'opium, a eu également recours avec succès à cette médication. Il s'agissait d'une dame chez qui des chagrins profonds avaient causé une perte utérine contre laquelle on avait inutilement employé bien des remèdes, et qui fut arrêtée par ce narcotique.

Nous pourrions multiplier beaucoup ces exemples si nous voulions compulser les faits nombreux du même genre qui sont consignés dans plusieurs mémoires sur ce point intéressant de thérapeutique, dont quelques-uns sont déjà anciens et peu connus de nos jours: notamment le mémoire de S. Rogery sur l'usage de l'opium dans les hémorrhagies actives, et celui du professeur Caizergues, ayant pour titre cette question : *Déterminer dans quelles espèces d'hémorrhagies chroniques l'opium doit être préféré aux astringents et les astringents à l'opium* (JOURNAL GÉNÉRAL DE MÉDECINE, t. XIII et XVIII); et, beaucoup plus près de nous, les mémoires de M. Max. Simon sur l'hémorrhagie utérine dans ses rapports avec la mobilité nerveuse, et les bons effets des opiacés lorsque cette affection morbide se lie à cette condition physiologique spéciale, et de M. le professeur Forget (de Strasbourg) sur l'opium dans le traitement de l'hémoptysie (*Bulletin général de thérapeutique*, années 1843 et 1844).

Dans ces divers travaux, nous trouvons à peu près constamment le même fait exprimé sous des formules diverses, savoir : que l'opium convient particulièrement dans les hémorrhagies qui sont liées à un état de surexcitation nerveuse générale ou locale; et dans tous des observations qui ont généralement ce caractère commun.

Voici en quels termes, pour nous borner à un seul exemple et à l'une des autorités contemporaines les moins contestées en clinique, M. le professeur Forget résume dans le mémoire précité les indications de l'opium dans l'hémoptysie :

L'opium convient, dit-il, chez les sujets nerveux et de constitution peu pléthorique, alors que la congestion et la réaction sont nulles ou modérées; — dans les cas où l'hémoptysie paraît se produire sous l'influence d'une vive irritabilité générale ou locale, sans prédominance de l'élément inflammatoire; — même chez les sujets robustes et dans les cas de phlegmasie, alors que la réaction est peu prononcée, et que le flux sanguin paraît sinon provoqué, du moins entretenu par la toux, la douleur, l'agitation, l'insomnie, etc.

Ces citations doivent suffire, ce nous semble, pour montrer que les indications de l'opium dans le traitement des hémorrhagies en général et de l'hémoptysie en particulier ont été depuis longtemps l'objet d'une étude sérieuse et d'une préoccupation particulière de la part des praticiens. D'autres préoccupations sans doute les avaient fait un peu oublier. Nous n'avons pas voulu laisser échapper l'occasion de les rappeler.

Nous aurons à revenir probablement sur ce médicament, l'opium, dont les médecins anglais savent tirer un si utile parti dans la pratique, et qui est, à notre avis, beaucoup trop négligé ou trop timidement employé en France.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 août 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Avant la lecture du procès-verbal la parole est donnée à M. Chassaignac, qui fait la communication suivante :

Une jeune femme de vingt et quelques années, d'une bonne constitution, et qui, à l'âge de seize ans, avait déjà eu un enfant, est entrée dans mon service, ne se plaignant que d'éprouver des douleurs assez vives dans les rapprochements sexuels, et demandant une opération quelconque pour remédier à cet état.

En explorant les organes génitaux, on constate à l'entrée du vagin une bride qui a ceci de particulier, qu'elle paraît verticalement dirigée dans sa partie supérieure, tandis qu'elle semble transversale dans sa partie inférieure ou vulvaire.

Quoi qu'il en soit, elle donne lieu à deux ouvertures vaginales bien circonscrites, d'égale grandeur à peu près, et par lesquelles le doigt peut indistinctement s'engager et atteindre le col utérin. Mais avant d'arriver à ce dernier organe, l'extrémité du doigt, en se recourbant, rencontre comme un nid de pigeon et passe dans la cavité voisine.

M. Chassaignac demande comment on peut expliquer un pareil vice de conformation?

Pour débarrasser complètement cette femme et ne pas laisser des languettes saillantes, qui deviendraient gênantes, il se propose de recourir à une double section, une à la partie supérieure et l'autre à la partie inférieure.

M. DEPAUL fait remarquer que la description de M. Chassaignac laisse quelque chose à désirer, et ne permet pas de bien apprécier l'étendue verticale de cette bride; il serait important de savoir si le

Les kystes et l'hématocèle rétro-utérine ne sont étudiés avec détail, surtout l'hématocèle rétro-utérine. Est-il nécessaire de rappeler que M. Nélaton a été un des premiers à fixer l'attention des praticiens sur cette affection?

Pour lui, l'hématocèle rétro-utérine présente deux périodes : une période aiguë offrant les symptômes d'une inflammation intense, puis une période chronique caractérisée par les symptômes d'une tumeur plus ou moins volumineuse dans le petit bassin. Dans la première période, il conseille un traitement antiphlogistique. Mais une fois ces accidents conjurés et le malade entré dans la période chronique, que faire? Faudra-t-il attendre ou recourir à quelque opération chirurgicale? M. Nélaton adopte la première opinion dans la plus grande partie des cas.

Quand nous avons eu la patience d'attendre, nous avons vu, dit il, la tumeur disparaître spontanément et avec elle tous les troubles que causait sa présence.

Mais si la tumeur restait douloureuse et prenait un accroissement continu, si elle présentait une tension considérable, si les phénomènes généraux ne s'amendaient point, s'il y avait danger pour la vie, le chirurgien devra agir. Il faut alors se borner à une simple ponction, en ayant bien soin d'éviter l'entrée de l'air dans le foyer. Si malgré des ponctions répétées, les accidents persistaient ou s'aggravaient; si l'un des trajets du trocart restait fistuleux, et si son ouverture donnait issue à du sang altéré, mêlé de gaz fetides, il faudrait sans tarder recourir à une opération plus décisive, mais plus grave, c'est-à-dire inciser largement la portion saillante de la tumeur, afin d'ouvrir une voie facile à l'issue des matières putrides.

Parmi les affections des ligaments larges, le phlegmon péri-utérin devait appeler l'attention. Cette affection n'est connue que depuis peu, et malgré des travaux importants, elle est encore entourée de beaucoup d'obscurité.

Les affections de l'utérus sont décrites avec le plus grand soin; citons surtout les fongosités utérines. Pour M. Nelaton, les fongosités utérines ne peuvent disparaître que par un traitement consistant dans l'abrasion de la face interne de l'uterus. A ce propos nous devons faire une remarque. Y a-t-il réellement des fongosités utérines dans le corps même de l'utérus? Ces productions morbides ne seraient-elles pas exclusivement développées sur la cavité du col? Cette question est discutée avec le plus grand soin.

MM. Nélaton et Jamain insistent beaucoup sur le diagnostic non-seulement de l'affection en elle-même, mais encore des complications, telles que ovarite, phlegmons et péritonite.

A l'égard des kystes du vagin, nous ferons une remarque qui nous est suggérée par nos études sur l'anatomie de ce canal. Peut-il y avoir des kystes *folliculaires* ou mieux *glandulaires* dans le vagin proprement dit? Pour qu'une glande se transforme en un kyste, il faut nécessairement que cette glande existe. Or, si nous en croyons le résultat actuel de nos recherches, nous sommes autorisé à nier l'existence de glandes dans les parois du vagin, c'est-à-dire dans cette partie du conduit vulvo-vaginal qui s'étend de la vulve jusqu'au museau de tanche. L'acide acétique, l'acide nitrique, l'acide tartrique, qui nous ont permis de dévoiler l'existence de glandes dans un grand nombre de points, ont été impuissants ici à nous les montrer. De sorte que nous nierions volontiers l'existence des kystes *glandulaires* du vagin. C'est, d'ailleurs, avec satisfaction que nous voyons notre manière de voir étayée par l'anatomie pathologique. En effet, je remarque que tous ces kystes qu'on nous place dans le vagin se rencontrent les uns en bas, vers l'orifice vulvaire, les autres en haut, vers l'orifice utérin, deux points où il existe des glandes, et par conséquent des kystes; si donc des kystes se trouvent dans le vagin, ils tiennent certainement à une autre origine que les glandes, et s'ils tiennent à celles-ci, c'est qu'ils ont leur point de départ dans la vulve ou dans le col utérin.

Parmi les affections de la vulve, nous citerons seulement le trombus, qui se trouve enrichi des observations les plus récentes, puisées dans les thèses de MM. Blot et Populus.

Les déchirures du périnée fournissent la matière d'un article étendu où la question d'intervention chirurgicale est traitée avec toute l'importance qu'elle mérite.

Le chapitre XXX embrasse toutes les maladies chirurgicales des membres. Ces affections sont extrêmement nombreuses : les unes n'offrent aucune particularité digne d'intérêt, et sont semblables à celles des autres régions, nos auteurs ne doivent donc pas s'en occuper; d'autres ont été déjà décrites précédemment; d'autres enfin présentant des caractères spéciaux, ou ne se rencontrant que dans ces régions, sont l'objet d'une attention toute particulière.

cloisonnement vertical du vagin est borné à sa partie inférieure seulement, ou s'il monte très-près du col.

Dans les faits de ce genre qui sont connus, il y a des variétés nombreuses. Ainsi, dans certains cas, la bride peut n'être que le débris d'une membrane hymen anormale. C'est ce que j'ai rencontré deux fois sur des femmes en travail, chez lesquelles, pour favoriser la sortie de la tête qui était retenue comme par une corde distendue, je dus pratiquer une double incision. Quelquefois c'est une véritable cloison verticale qui règne dans toute l'étendue du vagin, adhérente à son extrémité supérieure et servant ainsi de limite médiane à deux conduits entièrement distincts, au fond de chacun desquels peut exister un col utérin, cette disposition pouvant se lier, en effet, à une bifidité plus ou moins complète de la matrice elle-même.

Dans d'autres circonstances la cloison remonte plus ou moins près du col mais elle est libre à son extrémité supérieure, de sorte qu'une communication, variable par son étendue, existe en ce point entre les deux conduits parallèles. Ordinairement alors la matrice, qui peut être bifide dans sa partie supérieure, n'a qu'un seul col qu'on atteint par les deux vagins.

C'est ce qu'on peut voir dans une observation que j'ai publiée avec planche dans les mémoires de la Société de biologie, t. V, année 1853. La malade qui en fait l'objet succomba à huit mois et demi de grossesse, aux suites d'une rupture utérine.

M. CHASSAIGNAC prie ceux de ses collègues que ce cas pourrait intéresser, de vouloir bien venir l'examiner avant lundi prochain, la malade devant être opérée ce jour-là.

— L'ordre du jour appelle la lecture du procès-verbal de la dernière séance; il est adopté avec une petite addition demandée par M. Morel-Lavallée.

A l'occasion du procès verbal, M. MOREL-LAVALLÉE rapelle qu'à propos du malade de M. Maurice Perrin, M. Chassaignac avait cherché à expliquer le bruit et la secousse qu'on constatait par un déplacement brusque du *fascia lata*. Depuis la dernière séance, il a disséqué cette région et fait l'expérience indiquée par notre collègue. Or il a pu facilement se convaincre que ni le muscle *fascia lata* ni l'aponévrose qui lui fait suite, ne sont pour rien dans le phénomène en question. Mais il n'en est pas de même du muscle grand fessier, dont les fibres antérieures passent au-devant du grand trochanter.

M. CHASSAIGNAC répond qu'après y avoir regardé de nouveau, il est très-disposé à admettre l'explication de M. Morel.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dépouille la correspondance, et donne lecture de la lettre suivante :

« Monsieur le Président,

» Désireux d'acquérir par tous les moyens possibles une notion rigoureuse du fait sur lequel j'ai eu l'honneur d'appeler l'attention de la Société dans la séance de mercredi dernier, je me suis empressé de répéter sur le cadavre, et en suivant les indications qu'il a bien voulu m'indiquer sommairement, les expériences évoquées par M. Chassaignac à l'appui de son interprétation.

Cette interprétation, la Société se le rappelle, consiste à admettre une sorte de frottement du grand trochanter contre la face profonde du muscle tenseur de l'aponévrose, disposé au préalable, par l'attitude que prend le malade, à la façon des cordes vibrantes. Je dois avouer que ces expériences ont été complétement négatives au point de vue particulier qui nous occupe, et qu'elles n'ont fait que confirmer dans mon esprit l'idée d'une luxation volontaire du fémur.

Toutefois, dans la crainte de m'être égaré, je désire exposer en quelques mots en quoi elles ont consisté. J'ose espérer que la Société voudra bien accueillir cette demande avec sa bienveillance habituelle.

Trois sujets d'un développement musculaire variable et chez lesquels existe la resolution musculaire, sont couchés horizontalement sur les tables de l'amphithéâtre, les cuisses rapprochées l'une de l'autre. Dans cette position on exerce des mouvements brusques de rotation de la cuisse sur son axe. Les mouvements de dehors en dedans sont presque silencieux; les mouvements de dedans en dehors s'accompagnent, au moment où le pied est complétement renversé en dehors, d'un bruit sourd, quoique distinct néanmoins, et comparable à celui que provoque la percussion du bassin, pratiquée à travers les parties molles qui le recouvrent. Résultats identiques sur les trois sujets. Si on porte le membre abdominal dans l'adduction forcée, de façon à tendre les parties, les mouvements de rotation sont plus difficiles, moins étendus, et le choc qu'ils provoquent proportionnellement moins sensible.

La peau et le tissu cellulaire sont ensuite enlevés, de façon à mettre à nu le plan fibreux de la région trochantérienne. Cette rapide préparation nous rappelle d'abord ce que l'anatomie nous apprend, à savoir : qu'aucun muscle ne recouvre le grand trochanter, que le muscle tenseur de l'aponévrose se trouve situé à 5 centimetres du trochanter, et qu'il n'a aucun rapport avec lui, même dans les mouvements de rotation forcée du membre.

Mais, préoccupé de la pensée que l'aponévrose très-résistante de cette région pouvait jouer le rôle qui était attribué aux muscles, je préparai aux dépens de sa continuité une bande fibreuse, étendue verticalement, de la crête iliaque à la base du trochanter, et disposée de telle sorte que le trochanter, dans ses mouvements de rotation, pût se porter en avant et en arrière de ses bords correspondants (1). Les choses ainsi disposées, je répétai les mouvements de rotation sans constater rien de particulier. Je parvins même à accrocher le trochanter contre les bords de cette bride, pour provoquer une sorte de ressaut. Tout fut inutile, et je ne pus obtenir quelque chose qui rappelât même le souvenir de ce bruit si profond et si éclatant à la fois, qui existe chez notre malade.

Je divisai alors toute l'épaisseur des muscles fessiers; les mouvements de rotation devinrent plus étendus et le choc plus distinct, plus éclatant. Comme j'avais l'articulation sous les yeux, qu'elle était isolée par la section des muscles pelvi-trochantériens, je pus me convaincre directement que ce bruit sourd émanait du squelette et était causé peut-être un peu par la tension brusque de la capsule articulaire, mais surtout par le choc du bord postérieur du grand trochanter contre l'ischion; l'un et l'autre étant revêtus des parties molles qui comblent l'espace qui les sépare et rendent le choc moins éclatant.

» Les mêmes résultats, obtenus des deux côtés sur trois sujets, me permettent d'affirmer, je crois, que les expériences sur le cadavre, si elles sont légitimées par la haute approbation de la Société, paraissent de nulle valeur à l'effet de démontrer ce que peut être un claquement, un bruit de frottement musculaire. Sans revenir sur le fond de la question, elles ne font, en ce qui les concerne, qu'affermir l'esprit dans l'idée d'un bruit causé par le déplacement de la tête du fémur, que j'ai qualifié du nom de luxation.

» Toutefois, comme les mots ne doivent avoir d'autre valeur que celle de la pensée qu'ils représentent, qu'il me soit permis de donner sur ce point particulier un mot d'explication, que j'emprunte aux remarques dont j'ai fait suivre mon observation.

» Je considère comme accepté le déplacement de la tête du fémur, et ici je suis bien heureux de m'appuyer sur l'opinion d'un maître aussi éclairé que M. Bouvier. Mais que peut être ce déplacement? Ou bien la tête osseuse glisse au fond d'une cavité articulaire régulièrement agrandie, ou bien elle se porte de la cavité cotyloïde normale ou rétrécie dans une cavité accidentelle contiguë. L'agrandissement régulier de la cavité cotyloïde ne peut guère se rattacher qu'à l'existence d'une arthrite sèche, que l'âge du sujet (vingt-deux ans) n'autorise pas à admettre, ou aux progrès d'une lésion organique de l'articulation dont il n'existe ni signe ni trace.

» Autant il me paraît difficile d'admettre contre toute probabilité l'existence d'une cavité articulaire régulièrement agrandie, autant il est facile, logique, de croire à l'existence d'une surface irrégulière, constituée par la cavité cotyloïde plus ou moins modifiée, et par une surface articulaire, accidentelle, située à son côté externe et supérieur. A moins de n'accorder aucune attention aux commémoratifs, on est bien forcé d'admettre l'existence antérieure, chez ce malade, d'une luxation traumatique de la cuisse. Cette luxation, d'abord bien contenue, se reproduisit sous l'influence de mouvements intempestifs réitérés, d'abord une fois, puis de temps à autre, puis tous les jours. C'est-à-dire que tous les jours la tête fémorale franchissait le rebord de la cavité articulaire. Mais de ce frottement quotidien, il a dû résulter ce qui est si commun dans les luxations anciennes : usure des os, accommodation de leurs surfaces réciproques, affaissement du rebord cotyloïdien et formation d'une surface étendue, anfractueuse, dans laquelle, grâce à la rupture antérieure des ligaments, la tête du fémur se meut plus ou moins librement.

» Voilà ce que, dans ma pensée, j'ai voulu désigner sous le nom de luxation. Sans me dissimuler combien ce fait s'éloigne du type du genre, j'ai vu là une luxation, parce qu'on y retrouve le signe caractéristique de cette affection, c'est-à-dire le déplacement plus ou moins permanent des extrémités osseuses qui concourent à former une articulation.

» Agréez, etc. Maurice PERRIN. »

— La Société a reçu les numéros 8 et 9 du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, Bruxelles, 1859, in-8°; et le dernier fascicule du *Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire Inférieure*, Nantes, 1859, in-8°.

M. MOREL-LAVALLÉE, à l'occasion de la lettre de M. Perrin, s'élève de nouveau contre sa manière de voir. Il soutient que chez le militaire en question le grand trochanter ne change pas de place, mais que c'est bien un muscle qui glisse sur cette saillie. Il a d'ailleurs montré que pendant la prétendue luxation il n'y avait aucune modification ni dans la direction de la pointe du pied ni dans celle de la rotule.

Il se souvient avoir vu, il y a quelques années, peut être même au sein de la Société, un malade qui avait une exostose volumineuse sous le biceps fémoral, et chez lequel, pendant les contractions de ce muscle, on percevait une secousse au moins aussi forte que celle observée chez le malade de M. Perrin.

M. BOUVIER demande si M. Morel a réellement vu sur ce malade la contraction brusque du faisceau musculaire dont il parle, ou bien si c'est une simple supposition à laquelle il est conduit par analogie? Quant à lui, il déclare qu'il n'a rien constaté de semblable.

M. MOREL répond que le faisceau musculaire auquel il a fait allusion ne se détache pas assez nettement pour qu'il soit facile de le voir agir.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN pense qu'on n'a pas tenu un compte suffisant des mouvements que le bassin peut exercer sur la cuisse.

— M. DEGUISE fils, ainsi qu'il l'avait promis, a revu l'enfant à la prétendue fracture intra-utérine dont il avait parlé dans la dernière séance. Il s'est assuré qu'il ne manque aucun orteil; mais il a constaté en même temps, ce qui lui avait échappé lors de son premier examen, que du côté malade il n'y avait qu'un seul os dans le tiers inférieur de la jambe. Là existe seulement le péroné notablement augmenté de volume. Les deux os se rencontrent, au contraire, dans la partie supérieure du membre.

Dans une prochaine séance, il se propose de soumettre de nouveau cet enfant à l'examen de ses collègues.

— Un tour de faveur est accordé à M. Huguier pour montrer une pièce pathologique.

La presse, dit notre collègue, s'est beaucoup occupée depuis quelques jours de l'accident grave qui est arrivé à l'un de nos artistes les plus aimés et les plus distingués. Chacun devine que je veux parler de M. R..., qui, horriblement blessé par un fusil parti à bout portant, a rendu la désarticulation du coude indispensable. Appelé à lui donner des soins conjointement avec M. Laborie, j'ai pensé que la Société apprendrait de nous avec intérêt les détails scientifiques de ce fâcheux événement.

Voici l'avant-bras qui a été enlevé. On peut voir que la peau et les muscles de presque toute la région antérieure ont été complétemen détruits. Les nerfs médian, radial et cubital sont entièrement déchirés, et il en est de même de l'artère cubitale. Le cubitus, fracturé en deux endroits, présente trois fragments très-mobiles. Il en est de même du radius.

En arrière, la peau a été perforée par des grains de plomb qui se sont échappés, mais un grand nombre d'entre eux étaient restés dans les chairs, et depuis l'opération nous avons encore pu en recueillir plusieurs.

En présence de pareils désordres, il était impossible de songer à la conservation du membre, et comme le malade souffrait beaucoup, nous dûmes promptement prendre un parti, et nous nous décidâmes pour la désarticulation du coude.

Un peu gênés par la destruction des parties molles, nous taillâmes un premier lambeau postéro-externe et un second antéro-interne. Les muscles traversés par le couteau étaient en bon état, quoiqu'ils renfermassent plusieurs grains de plomb. Pour éviter les dénudations qu'entraîne la désarticulation de l'olécrâne, nous la séparâmes par un trait de scie, et la laissâmes en place.

L'opération fut parfaitement supportée; depuis il n'est survenu ni gangrène ni aucun autre accident sérieux, et tout nous permet d'espérer une prompte guérison.

Ce fait, ajoute M. Huguier, montre une fois de plus que les blessures produites par des grains de plomb sont souvent beaucoup plus graves que celles qui sont faites par des balles.

M. BOINET ne saurait admettre cette dernière proposition; mais il pense qu'il faut surtout tenir compte des distances. Les balles à bout portant produisent des désordres aussi considérables que les grains de plomb.

M. HUGUIER répond qu'il n'a voulu émettre qu'une simple généralité; il est évident que si on veut descendre dans les faits particuliers,

(1) De la lame aponévrotique.

Telles sont, pour le membre supérieur, celles de la région axillaire et des gaînes synoviales des tendons.

A propos des hémorrhagies qui suivent les blessures de la paume de la main, M. Nélaton expose les idées qu'il professe depuis longtemps dans ses leçons cliniques. Quand la compression méthodique ne suffit point pour arrêter ces hémorrhagies, il faudra lutter contre le mal par des moyens plus efficaces. Le chirurgien devra-t-il appliquer loin de la plaie des ligatures sur les troncs artériels, d'après la méthode d'Anel, ou aller, au fond d'une plaie en suppuration, à la recherche des vaisseaux blessés?

Se fondant sur la friabilité et le peu de résistance des vaisseaux baignés par la suppuration, Dupuytren craignait d'appliquer dans la plaie des ligatures qui, dans sa croyance, devaient tomber avant l'organisation du caillot, et laisser l'hémorrhagie se reproduire. Mais la doctrine de Dupuytren était-elle bien l'expression exacte de la vérité, et la ligature au fond de la plaie n'était-elle pas préférable à la méthode d'Anel?

Il fallait donc examiner les deux questions suivantes :

1° Quels résultats fournissent les expériences sur des animaux vivants ou sur le cadavre humain?

2° Quel est le mode d'action de la ligature par le procédé d'Anel dans les cas analogues à celui qui nous occupe?

Pour décider le premier point, M. Nélaton a entrepris des expériences sur des animaux.

Sur un chien adulte, il a mis à nu la carotide primitive au bout de quelques jours, lorsque la suppuration fut bien établie, il passa un fil sous l'artère, et en fit la ligature. Jamais M. Nélaton n'a observé d'hémorrhagies à la chute de la ligature.

Sur des moignons d'amputés de la cuisse, morts au bout de quinze à vingt jours, c'est-à-dire lorsque la plaie suppure abondamment, il a lié des artères de divers calibres, et il a vu que, quoique la ligature fût fortement serrée, la tunique externe résistait parfaitement. Ces expériences, dont nous avons été témoin et que nous avons maintes fois répétées, permettent de rejeter complétement la théorie de Dupuytren sur la sécabilité des artères baignées par le pus; et s'appuyant sur elles, M. Nélaton s'est cru autorisé avec raison à conclure que, bien que les ligatures faites dans les circonstances indiquées tombent plus vite que celles que l'on place sur des artères saines, elles ne tombent cependant pas prématurément, c'est-à-dire avant l'organisation du caillot.

M. Nélaton démontre ensuite que dans la ligature faite par la méthode d'Anel, le sang arrive rapidement par les artères collatérales, et l'hémorrhagie se reproduit avant que la cicatrisation de la plaie mette obstacle à l'effusion du sang.

Il résulte de ces faits que les ligatures appliquées au fond d'une plaie en suppuration ne tombent pas prématurément, que la méthode d'Anel est infidèle, souvent insuffisante, et quelquefois même dangereuse.

Les phlegmons et abcès de la paume de la main, les panaris, les vices de conformation des doigts, les adhérences, la syndactylie, forment la matière d'articles fort remarquables, pour lesquels les travaux les plus récents ont été consultés.

Les affections du membre inférieur renferment des articles importants, tels que tumeurs du pli de l'aine, kystes du jarret, mal perforant du pied, maladie à peine connue, et sur laquelle M. le professeur Nélaton a un des premiers fixé l'attention.

Nous voici arrivé à la fin de notre analyse; il ne nous reste plus qu'à examiner cet ouvrage dans son ensemble par une rapide revue. Cet ouvrage de chirurgie forme cinq volumes; il est connu depuis longtemps des médecins et des élèves; il est précieux à plusieurs titres; il répondait à un besoin impérieux; mais ce qui en fait à nos yeux le principal mérite, c'est qu'il renferme en substance les leçons d'un maître dont l'enseignement est justement suivi avec la plus grande ardeur.

Ce livre est écrit dans un style large, correct, sévère, entraînant; les matériaux y sont distribués avec une rigoureuse méthode; une table des matières disposée par ordre alphabétique indique avec exactitude les divers sujets que l'on voudra étudier; enfin, des planches en grand nombre intercalées dans le texte aident beaucoup celui qui aborde pour la première fois les problèmes quelquefois si difficiles de la chirurgie.

Toutes ces qualités suffiraient à elles seules pour assurer ou plutôt pour continuer le succès de cet ouvrage, si la position éminente de ses auteurs ne l'avait depuis longtemps mis dans les mains de tous ceux qui s'intéressent à l'art de guérir. B. BÉRAUD.

il y a de grandes réserves à faire et qu'il faut tenir compte de circonstances très-variées.

M. MOREL-LAVALLÉE. Chez le blessé dont vient de parler M. Huguier, les parties avaient été broyées et détruites dans une si grande étendue, que le sacrifice du membre était indispensable et permettait seul de conserver les jours du malade.

Cette opinion est exprimée sans réserve par tous les membres de la Société qui ont eu sous les yeux la pièce pathologique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Cancers latents. — M. LABORIE fait la communication suivante :

J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société des pièces d'anatomie pathologique qui, sans présenter un très-grand intérêt par elles-mêmes, m'ont paru cependant dignes de fixer votre attention, en raison des circonstances au milieu desquelles je les ai recueillies.

Trois malades, en moins de deux mois, ont été admis dans mon service, à l'Asile impérial de Vincennes, tous trois convalescents d'affections qui n'avaient aucun rapport avec la maladie qui les a fait succomber subitement.

Le premier de ces malades était un homme d'une trentaine d'années, d'une constitution remarquablement bonne. Il était convalescent de pleurésie. Il eut une rechute de cette première affection, avec complication de pneumonie partielle. Traité à l'infirmerie, il guérit, et se disposait à demander sa sortie, lorsqu'il fut pris subitement d'accidents cérébraux, qui rapidement se compliquèrent de convulsions, et en moins de quelques heures il succombait.

A l'autopsie, nous avons trouvé dans l'intérieur du crâne une tumeur longue de trois centimètres et demi, s'insérant sur le rocher, pénétrant obliquement de dehors en dedans et d'arrière en avant sous l'hémisphère cérébral, longeant la tente du cervelet, et touchant par son extrémité la protubérance.... On ne remarquait aucune trace d'inflammation. Cette tumeur, de nature fibro-plastique, n'avait donc manifesté sa présence par aucun symptôme jusqu'au jour où elle détermina la mort.

Un deuxième malade entra à l'Asile en juillet, convalescent de dysphagie. On l'avait considéré comme atteint d'un rétrécissement de l'œsophage. Les symptômes de cette affection avaient cessé subitement, et quand nous vîmes le malade, il était dans les meilleures conditions apparentes ; les aliments traversaient l'œsophage avec une extrême facilité, sans déterminer ni gène ni douleur. Après un séjour de deux semaines, il fut pris tout à coup, pendant la nuit, de vomissements de sang. L'interne de service administra une potion au perchlorure de fer ; l'hémorrhagie s'arrêta, pour reprendre, deux heures après, avec tant de violence que le malade succomba.

A l'autopsie, nous avons trouvé, au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, une tumeur cancéreuse encéphaloïde ayant détruit l'œsophage dans l'étendue de cinq centimètres ; il ne restait de cet organe qu'une petite bande large à peine de cinq millimètres à la partie antérieure, retenant unis les bouts supérieurs et inférieurs. En dehors de cette partie, il ne restait aucune trace de l'organe. La colonne vertébrale formait la paroi postérieure du conduit œsophagien.

L'estomac et les intestins étaient remplis de sang. Aucun autre viscère ne présentait des traces de cancer.

Un troisième malade enfin, celui sur lequel j'ai recueilli les pièces que j'ai l'honneur de vous soumettre, était entré en juillet comme convalescent d'une affection rhumatismale chronique.

Après une dizaine de jours, il fut pris, comme le malade précédent, de vomissements de sang, et en moins d'une heure il succombait.

A l'autopsie, nous avons trouvé les lésions suivantes :

1° Sur le milieu de la petite courbure de l'estomac, une large ulcération cancéreuse avait détruit les tuniques muqueuse et musculaire, s'arrêtant à l'enveloppe séreuse. L'estomac était rempli de sang. L'hémorrhagie s'était produite en ce point.

2° Le foie présentait une quantité considérable de tumeurs d'aspect cancéreux, comme vous pouvez le voir sur une partie de cet organe que je fais passer sous vos yeux.

3° Les poumons étaient parfaitement sains, mais on remarquait à la partie supérieure du poumon droit une tumeur du volume d'une noisette, mamelonnée, d'aspect fibreux et d'une dureté comme pierreuse. Cette tumeur, que je vous présente, reste attachée au poumon par un pédicule membraneux très-mince ; elle me paraît être le résultat de la transformation de productions inflammatoires ; on trouve, en effet, en plusieurs points, de vieilles adhérences qui unissent la plèvre pariétale à la plèvre viscérale.

4° Sur la rate, le péritoine présente des petites tumeurs aussi consistantes mais non pédiculées, qui sont probablement de même nature. On pourra, du reste, en ouvrant ces tumeurs, apprécier leur composition.

Ainsi, sur ces trois malades, nous voyons une affection cancéreuse latente poursuivre ses phases jusqu'au moment où elles déterminent la mort subite, sans que rien ait permis de reconnaître leur présence, et sans avoir paru exercer la moindre influence sur la santé générale. Sur le deuxième malade seulement, et temporairement, la tumeur a gêné le passage des aliments, mais cette gêne avait si bien disparu que l'on pouvait être autorisé à considérer la dysphagie comme le résultat d'un état spasmodique de l'organe. Il est probable que l'amélioration subite était due à la destruction et à la chute d'une partie de la tumeur, qui, après être tombée dans les voies digestives, rendait plus libre le passage des aliments à travers l'œsophage.

— **M. CHASSAIGNAC** présente un malade opéré avec succès de blépharoplastie, dans les circonstances suivantes :

Un jeune homme de vingt-six ans, voulant prendre un flacon d'acide sulfurique placé sur une planche élevée, laisse échapper le flacon. Le liquide lui couvre la moitié droite de la face, et cause une très-grave brûlure de l'œil et des paupières, brûlure par suite de laquelle l'œil se vide, se réduit à l'état de moignon intimement adhérent aux deux surfaces. De plus, les bords correspondants des paupières adhèrent intimement l'un à l'autre dans toute leur longueur. Il y a donc à la fois symblépharon total et ankiloblépharon.

De là impossibilité de faire porter un œil d'émail pour masquer ou pallier la difformité, qui tourmentait au plus haut degré le malade, quoiqu'il la portât depuis plusieurs années.

L'opération instituée dans ce cas a consisté à décoller très-largement, par une dissection très-attentive, la surface interne des paupières d'avec le moignon oculaire. En outre, la fente palpébrale a été agrandie. La cavité nouvelle, bourrée de charpie, a suppuré, et avant le retour des adhérences un œil d'émail a pu être mis en place ; ce dernier, placé entre le fond de la cavité nouvelle constituée par le tissu cicatriciel du symblépharon opéré, et les voiles palpébraux, dont la fente s'est rétrécie par la présence du tissu anormal qui unissait les paupières entre elles, se trouve pressé et se maintient par l'action double et opposée de deux tissus inodulaires, de celui qui occupe le fond de la cavité et qui tend à expulser l'œil artificiel, et de celui de la fente palpébrale, qui par sa rétraction tend à empêcher l'œil de sortir.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE (6e Ch.).

Présidence de M. BERTHELIN.

Audience du 9 mars.

Diffamation. — M. le docteur Bouchut contre M. le docteur Joulin et M. Castelnau, gérant du MONITEUR DES HOPITAUX.

M. le docteur Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, a porté plainte en diffamation contre M. Joulin, rédacteur, et Castelnau, rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*, à raison d'une série d'articles publiés dans ce journal.

Me Andral a soutenu la plainte de M. Bouchut.

Me Desmarest a répondu dans l'intérêt de MM. Joulin et Castelnau.

Conformément aux conclusions de M. l'avocat impérial Ducreux, le tribunal a rendu le jugement suivant :

« Sur la plainte de Bouchut;

» Attendu que Castelnau, en sa qualité de rédacteur en chef du journal le *Moniteur des Hôpitaux*, a inséré dans le numéro du 18 janvier 1859 de ce journal, et livré à la publicité un article commençant par ces mots : « Feu M. Bouchut, » et finissant par ceux-ci : « Des indiscrets zéphirs; »

» Que dans ces articles, poursuivant contre Bouchut un système de dénigrement et d'agression dont l'origine remonte à plusieurs années, l'auteur, en parlant du plaignant, emploie des termes de mépris, des inductions qui constituent évidemment des injures; que ces injures ont été produites publiquement;

» Que le délit d'injures est donc établi, notamment aux passages commençant par ces mots : « Si je ne craignais, » et finissant par ceux-ci : « En mains; » que, dans le même article, sous la forme anonyme, on impute au plaignant, à propos d'une opération, *le tubage de la glotte*, d'avoir pris la découverte dans les travaux de Loiseau, et l'on reproche à sa probité de ne pas s'être révoltée à l'idée de piller les travaux d'un autre sans le nommer; que cette imputation est de nature à nuire à la considération de Bouchut; qu'elle s'est produite publiquement et avec l'intention de nuire; qu'elle constitue donc une diffamation; que Joulin reconnaît avoir remis à Castelnau l'article en question dont il est l'auteur; qu'il a donc fourni sciemment à Castelnau les moyens de commettre les délits qui sont relevés à la charge de ce dernier, et qu'il est convaincu de s'être rendu complice desdits délits;

» Vu, à l'égard de Castelnau et Joulin, les articles 18 et 19 de la loi du 17 mars 1819, 59 et 60 du Code pénal; vu aussi l'article 365 du Code d'instruction criminelle, faisant aux prévenus, chacun en ce qui le concerne, application desdits articles;

» Vu leurs antécédents,

» Attendu que Bouchut demande pour toute réparation que publicité soit donnée au jugement qui prononce sur la plainte, que cette réparation lui est due;

» Condamne Joulin et Castelnau chacun à un mois d'emprisonnement et chacun solidairement à 1,000 fr. d'amende;

» Ordonne l'insertion des motifs et dispositif du présent jugement dans quatre journaux au choix de ce dernier et aux frais de Joulin et Castelnau;

» Condamne ces derniers aux dépens, fixe à un an la durée de la contrainte par corps. »

— Dans son audience de mardi 9 août, sur l'appel de MM. Castelnau et Joulin, la Cour impériale, après avoir entendu Me Marie pour les appelants, et Me Andral pour l'intimé, a confirmé le jugement du tribunal de police correctionnelle.

CORRESPONDANCE.

Étampes, le 24 juillet 1859.

Monsieur le rédacteur,

Dans la relation de son intéressante visite aux hôpitaux de Londres, relation qui n'a que le tort d'être trop brève, M. le docteur Liégard rapporte, entre autres choses, avoir vu à Saint-Bartholomew's-Hospital, dans le service de M. Stanley, une femme atteinte d'une affection furonculeuse de la face, d'apparence grave, ce qui lui fut une occasion pour rappeler à l'éminent praticien anglais étonné, que durant son internat à l'Hôtel-Dieu, sous M. Laugier, il avait observé pendant la même semaine deux cas de ce genre chez deux hommes qui avaient succombé l'un et l'autre.

Permettez-moi de venir ajouter à ces fâcheux exemples un nouveau fait, terminé également par la mort chez un individu jeune et vigoureux.

Ce malade, âgé d'une vingtaine d'années, arrivant de la campagne, où il se livrait aux travaux des champs, vint réclamer, au commencement de l'été de 1858 son admission dans notre hôpital. Il était atteint à la lèvre supérieure d'une tuméfaction déjà considérable, s'étendant transversalement sur les joues et supérieurement jusqu'aux paupières, qui commençaient elles-mêmes à se gonfler, surtout à droite. La lèvre, retournée en dehors, est épaisse de plus de 3 centimètres. Un peu au-dessus de son bord libre, vis-à-vis de l'aile droite du nez, sur un point culminant, existent deux ouvertures fort étroites et rapprochées l'une de l'autre, à travers lesquelles suinte une sorte d'ichor roussâtre, sans odeur. Ces pertuis laissent apercevoir quelque chose de grisâtre, paraissant formé de tissu cellulaire mortifié, ce qui est, à n'en pas douter, un véritable bourbillon de clou ou furoncle. Le nez, déformé, contourné, aplati, a beaucoup augmenté de volume. Les téguments malades sont de couleur rouge livide d'autant plus intense qu'on se rapproche davantage du centre du mal. Cet homme y éprouve spontanément de vives douleurs pulsatiles et lancinantes que la moindre pression augmente encore.

Cette affection date déjà de plusieurs jours, et ce malade nous dit n'être pas sujet aux clous. Le pouls est dur, plein et fréquent. Il y a de la céphalalgie, du brisement général, et une assez grande prostration. La langue, rouge, est couverte d'un enduit brunâtre; peu de soif; inappétence complète; insomnie.

Il était difficile de confondre ce mal, de nature évidemment furonculeuse, avec un abcès de la lèvre, une simple fluxion, une pustule maligne ou un érysipèle, seules affections avec lesquelles il pouvait avoir quelque analogie plus ou moins éloignée. Je diagnostiquai donc une sorte d'anthrax bénin, un volumineux furoncle, et je portai un pronostic favorable. — Cataplasmes; boissons délayantes; diète.

Le lendemain, les parties malades sont beaucoup plus gonflées et d'un rouge plus livide; les paupières ne peuvent presque plus s'ouvrir. Il n'y a pas eu de sommeil la nuit. Céphalalgie plus intense, délire sans grande agitation. Le surlendemain, la face est horriblement défigurée par le mal, qui a pris de nouvelles dimensions. Les ouvertures de la lèvre se sont élargies et les bourbillons s'y engagent plus complétement, en même temps qu'une suppuration mal élaborée, mêlée de sang noir, et pourtant sans odeur marquée, en sort en plus grande abondance. Les forces générales s'affaissent, le pouls acquiert une très-grande fréquence; il est petit, irrégulier; l'intelligence est complétement perdue; les extrémités sont glacées; une sueur froide inonde le corps, et le malade s'éteint dans la troisième soirée après son admission.

Bien que l'autopsie n'ait pas été pratiquée, la nature de cette affection me semble assez évidente pour qu'il n'y ait pas de doute à son sujet. C'est bien là un de ces cas de furoncles graves ou malins tels que ceux observés à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Laugier. Mais comment un mal qui, il faut le dire, n'entraîne jamais la mort, l'a-t-il amené dans notre cas et dans ceux cités par M. Liégard? Devrait-on l'attribuer à quelque affection intercurrente, à une métastase sur le cerveau, par exemple? Rien, dans l'étude de la maladie, ne paraît devoir faire adopter cette opinion.

Serait-ce une altération particulière du sang, une sorte de malignité survenue dans la tumeur, qui est ordinairement loin de présenter ce caractère, puisque, chacun le reconnaît, elle est presque toujours une sorte de cure préservatrice, une dépuration naturelle? Je pencherais pour cette manière de voir, et notre malade aurait succombé absolument comme on meurt à la suite d'un érysipèle qui, paraissant quelquefois des plus simples au début, amène néanmoins une sorte d'intoxication, d'altération du sang qui anéantit le principe vital!

Quoi qu'il en soit, j'ai cru qu'il n'était pas sans quelque utilité de faire connaître ce nouvel exemple de terminaison fâcheuse d'un furoncle, ne serait-ce que pour mettre en garde en pareil cas contre un jugement trop favorable, et aussi pour exciter à la recherche d'une médication assez énergique pour éviter un pareil malheur.

Veuillez agréer, etc. Dr BOURGUEIL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 25 juin 1859, au quartier général impérial de Cavriana, l'Empereur a nommé ou promu dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, les médecins militaires dont les noms suivent, qui se sont distingués à la bataille de Solferino, savoir :

Au grade de commandeur. — M. Larrey, médecin en chef de l'armée d'Italie.

Au grade d'officier. — MM. Cuvelier, médecin principal; Pallier, Legouest, médecins-majors; Coblence, Menuau et Lacronique, médecins-majors, employés aux ambulances du 3e corps; Roudil, Sonville et Gaullet, médecins-majors du 2e régiment de voltigeurs de la garde impériale; Brun et Carmoucbe, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier. — MM. Lecomte, Allaire, Cucud, Becane, Besins, Baizeau, Doucbez, Tribout, Girma, Courcelle-Seneuil, Delon, Boyreau, Besançon et Morelle, médecins-majors; MM. Ropert, Lefebvre, Le Marchant, Chabrely, Morand, Marlier, Verdier, Mulot, Quillant, Tison, Bresse et Maffre, médecins aides-majors; MM. Brauwers et Desdigneulles, pharmaciens-majors; M. Naudin, aide-vétérinaire de 1re classe.

— Par décret du 24 juillet, M. le docteur Meugg, ancien officier de santé attaché à l'armée des Vosges en 1792, ancien maire de la ville de Rethel, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La *Société médico-chirurgicale de Bruges* avait mis au concours pour les années 1857 et 1858 une question sur l'art des accouchements, dont le sujet était abandonné au choix des concurrents. Le prix était une très-belle médaille en vermeil.

Cette récompense vient d'être décernée à un médecin français que nous comptons parmi nos collaborateurs, M. le docteur Alf. Liégard (de Caen), pour un beau travail sur l'*éclampsie puerpérale et son traitement*.

— Le président de la Société de chirurgie a déposé au ministère de l'instruction publique la somme de 650 francs provenant de la souscription ouverte dans le sein de la Société en faveur des blessés de l'armée d'Italie.

— L'usage ordinaire des bains électro-chimiques de Pennes vient, après des expériences comparatives, d'être admis à l'Asile impérial de Vincennes.

On ne peut que féliciter M. Pennes de ce succès, car il constate officiellement les heureux résultats obtenus depuis quatre ans dans les hôpitaux, où il a fourni gratuitement *neuf mille cinq cents* doses de son sel.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 AOUT 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les communications sur les désinfectants abondent à l'Académie ; M. Marchal (de Calvi) a lu une note sur l'emploi de l'iode comme désinfectant et comme antiseptique ; M. Moride a présenté un mémoire sur le coke de boghead en poudre, comme propre à la conservation et à la désinfection des matières animales et végétales. Ce nouveau produit pourra rendre des services à l'hygiène et à l'agriculture, en permettant de transporter au loin, sans le moindre inconvénient, des détritus que l'on était obligé, à cause de l'odeur infecte qu'ils exhalaient, d'utiliser sur place. Nous nous contenterons de mentionner cette découverte, car elle n'a fourni jusqu'à présent aucune application à la médecine. Enfin, M. le maréchal Vaillant a écrit une lettre à l'Académie pour faire connaître le résultat des expériences faites à l'hôpital de Milan avec le désinfectant de MM. Corne et Demeaux ; cette lettre, que nous donnons plus loin, ne fait d'ailleurs que confirmer ce que nous savons déjà de l'importance de ce nouveau produit, et ce que nous avons constaté nous-même dans notre service à l'hôpital des Enfants malades. Nous avons fait appliquer cette poudre sur un vaste ulcère d'un cancer colloïde occupant toute la région occipitale, la face postérieure du cou et la face supérieure du dos chez une jeune fille d'une douzaine d'années ; cette plaie répandait une odeur tellement infecte que l'enfant dut être isolée et placée dans une chambre spéciale. La poudre fit presque immédiatement disparaître la fétidité ; mais pendant les premiers jours il fallut recommencer le pansement plusieurs fois dans la journée, l'odeur reparaissant rapidement avec une grande intensité. Après une semaine la poudre nous a manqué, et nous avons dû nous contenter d'un pansement à la charpie; mais la sécrétion avait été sans doute profondément modifiée, car la plaie avait cessé de répandre l'odeur repoussante des premiers jours ; toutefois, elle n'a pas tardé à devenir fétide de nouveau, et il a fallu reprendre le pansement au coaltar. M. Guersant continue ces expériences.

M. Laugier a lu un mémoire très-intéressant sur un nouveau moyen qu'il a appliqué à un anus contre nature. L'entérotomie avait établi une large communication entre les deux bouts de l'intestin, mais le cloaque était rempli par un bourrelet muqueux très-saillant qui mettait obstacle à la guérison ; le cautère fut porté sur ce bourrelet muqueux ; à la chute des eschares, des adhérences intimes s'établirent entre les deux moitiés, et bientôt celles-ci furent assez solides pour former une espèce de plancher qui forçait les matières à passer du bout supérieur dans le bout inférieur.

Il nous reste à signaler une note de M. Tavignot sur la cure radicale de la tumeur lacrymale par l'occlusion des conduits lacrymaux, et le résultat des expériences de M. Flourens sur la régénération des os du crâne. On trouvera l'analyse de ces travaux dans le compte rendu de la séance.

Dr A. Jamain.

La séance de l'Académie de médecine n'a offert qu'un médiocre intérêt. Après la lecture de deux rapports sur les remèdes secrets, la discussion soulevée entre MM. Gibert et Bouillaud sur le rationalisme et l'empirisme a continué ; elle a été terminée par une improvisation très-brillante de M. Bouillaud, à laquelle a répondu M. Gibert. Les conclusions de son rapport ont été adoptées.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Des maladies de l'encéphale en particulier.

(Leçons cliniques recueillies et rédigées par MM. F. GARRIGOU et DELEAU, élèves).

Il ne semble pas qu'il soit possible ni nécessaire de pousser plus loin la localisation de cette fonction. Toutefois on sait que la substance grise est aujourd'hui considérée comme plus spécialement affectée aux actes intellectuels, et la substance blanche au mouvement. On pourrait donc se demander si dans la substance grise des lobes antérieurs ne se trouve pas le centre qui préside à l'acte intellectuel d'où dépend le langage articulé, et dans leur substance blanche le centre d'où partent le principe et le pouvoir coordinateur des mouvements nécessaires pour l'articulation de la parole. Jusqu'ici les faits manquent pour appuyer cette hypothèse, assez vraisemblable d'ailleurs.

Quoi qu'il en soit, on voit que la perte de la mémoire des mots ou de la faculté d'articuler les sons peut indiquer qu'une hémorrhagie a atteint les lobes antérieurs ; qu'au contraire une paralysie des membres, avec conservation de la parole, ferait diagnostiquer une hémorrhagie des lobes moyens ou postérieurs, ou des couches optiques et corps striés qui y sont contigus.

Existe-t-il des signes propres à faire reconnaître les hémorrhagies du cervelet ? Il n'y a pas bien longtemps encore cette question était résolue négativement par les hommes les plus autorisés ; par M. Cruveilhier dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par M. Andral dans sa *Clinique*.

Cependant, dans sa *Nosographie*, M. Bouillaud, fondé sur la connaissance des fonctions de cet organe que ses expérimentations avaient établie, comme on l'a vu déjà, d'une façon incontestable, de même que sur un certain nombre de faits cliniques, pouvait déjà exposer ce diagnostic ainsi qu'il suit :

(Article HÉMORRHAGIE DU CERVELET, t. V, p. 372). « D'après ce que nous avons établi ailleurs, il est permis de penser qu'un jour viendra où la paralysie plus ou moins complète des divers actes de la progression, de la station et de l'équilibration sera considérée comme le signe caractéristique de l'hémorrhagie du cervelet. J'ai déjà observé quelques cas qui me paraissent déposer en faveur de cette opinion, dont la *démonstration clinique* ne saurait longtemps se faire attendre, si les observateurs placés dans des établissements convenables (Bicêtre, Charenton, la Salpêtrière) s'appliquent à recueillir exactement les observations des malades confiés à leurs soins. »

Depuis lors de nouveaux faits sont venus prêter leur appui à cette vérité, qui peut être considérée comme désormais parfaitement établie.

Dans un mémoire sur l'hémorrhagie cérébelleuse, présenté à la Société médicale des hôpitaux, M. Hillairet a essayé d'établir le diagnostic de cette affection d'après quelques observations recueillies par lui à l'hospice des Incurables et celles qu'il a pu trouver dans les auteurs.

Voici le résumé de ses observations, tel qu'il se trouve en tête de chacune d'elles :

OBS. I. — Apoplexie cérébelleuse. — Conservation de la sensibilité. — Pas de paralysie du mouvement. — *Progression impossible.* — Coma. — Mort. — *Épanchement de sang dans le milieu de l'épaisseur des deux hémisphères du cervelet.*

OBS. II. — Hémiplégie ancienne droite. — Accidents cérébraux nouveaux, *avec impossibilité de se tenir sur ses jambes* sans perte de connaissance; éblouissements. — Coma; mort. — Ancien foyer hémorrhagique dans la couche optique et le corps strié gauche. — *Foyer hémorrhagique récent dans les deux hémisphères cérébraux* et dans le quatrième ventricule.

OBS. III. — *Station impossible*, mais point de paralysie proprement dite des membres; conservation de l'intelligence; mort. — Hémorrhagie dans la partie antérieure de la région inférieure du cervelet (hémisphère gauche).

Du résumé de ces trois cas, on est en droit de conclure que l'hémorrhagie du cervelet se manifeste essentiellement par des troubles dans la marche, la station et l'équilibration. Elle ne produit pas, comme l'hémorrhagie cérébrale, une paralysie croisée. La résolution des membres, l'état comateux, qui se rencontrent dans l'hémorrhagie cérébelleuse, s'expliquent par l'influence de cette hémorrhagie sur le mésocéphale et la moelle allongée.

Dans l'hémorrhagie cérébelleuse pure, sans lésion des parties voisines de la base de l'encéphale, il n'y a pas de paralysie des mouvements simples des membres; et si le malade ne peut, il est vrai, se tenir debout, s'il tombe en arrière, en avant, de côté, s'il ne saurait faire un seul pas, c'est qu'il est privé de la force centrale qui préside aux mouvements coordonnés dont se composent la marche, la station, etc.

Récemment on trouvait dans un journal américain (*Boston Journal*, vol. LVII) une observation du professeur Childs, où cette vérité recevait encore une évidente confirmation.

Une jeune femme, dans l'été de 1853, voulant amuser un enfant, se mit à remuer la tête avec force et rapidité un grand nombre de fois de suite. Prise de perte de connaissance et de vomissements, elle dut garder le lit pendant plusieurs jours ; et quand elle se leva, *sa marche était devenue chancelante*.... En décembre 1854, lorsque le docteur Childs la vit, *elle ne pouvait marcher sans aide*, sa vue se perdait rapidement, et elle se plaignait d'une douleur sourde dans la région occipitale. Elle mourut en janvier 1855 au milieu de phénomènes convulsifs, l'intelligence étant toujours demeurée sans atteinte. — Un caillot de sang ancien, dur, du volume d'une grosse noix, fut trouvé dans la partie centrale du cervelet, baignant dans environ deux onces d'une sérosité citrine, renfermée dans un kyste.

M. Hillairet a insisté avec raison sur les vomissements comme signes de l'hémorrhagie cérébelleuse. Mais ce symptôme ne dépend point de l'hémorrhagie cérébelleuse elle-même, il n'est que la conséquence du voisinage de l'origine des nerfs de la huitième paire. Cela est si vrai que, chez la plupart des malades, les vomissements qui ont eu lieu dans les premiers temps de l'hémorrhagie ne tardent pas à disparaître, et qu'il ne reste plus, comme signe caractéristique, que les troubles dans les fonctions de la marche et de la station.

Il en est de même des troubles du mouvement des yeux et de la vision (troubles déjà signalés par M. Bouillaud dans son mémoire sur les fonctions du cervelet), de ceux de la respiration, du coma, tous phénomènes qui indiquent que le plancher du quatrième ventricule, les tubercules quadrijumeaux, la moelle allongée et les racines des pneumo-gastriques sont atteints par l'hémorrhagie d'une manière directe ou indirecte. Il importe donc de ne point confondre ces symptômes de voisinage avec celui qui seul exprime le dérangement des fonctions de l'organe lésé, à savoir, le trouble des mouvements coordonnés spéciaux nécessaires pour la marche, la station, l'équilibration.

Cette confusion a été souvent commise pour l'hémorrhagie du cervelet, comme aussi pour les autres affections des centres nerveux.

Récemment encore un excellent observateur, M. Duchenne (de Boulogne), a cru pouvoir décrire, comme constituant une maladie spéciale et selon lui nouvelle, sous le nom d'*ataxie locomotrice progressive*, un ensemble de faits très-complexes où des troubles de la sensibilité générale, de la vue, du mouvement des yeux, de la coordination du mouvement des membres, indiquent qu'un grand nombre de points divers des centres nerveux, y compris le cervelet lui-même, sont successivement atteints et troublés dans leurs fonctions.

Sans vouloir en rien contester le mérite de cette description, d'ailleurs fort remarquable, et qui incontestablement a beaucoup ajouté à l'étude clinique des maladies des centres nerveux, M. Bouillaud ne peut cependant s'empêcher de présenter les deux objections suivantes :

1° L'*ataxie locomotrice* n'est pas précisément une maladie nouvelle, puisque M. Bouillaud avait indiqué déjà en différents passages de sa *Nosographie*, et justement sous ce nom, le fait d'un trouble morbide dans la coordination des mouvements distinct de la paralysie, et puisque, en ce qui concerne les mouvements destinés à la progression et à l'équilibration, il avait établi que ce trouble était le résultat d'une lésion du cervelet.

2° Les faits sur lesquels M. Duchenne a basé sa description paraissent être des faits complexes, à localisation multiple, et on ne saurait sans de graves inconvénients décrire d'une manière générale ou en bloc une maladie qui a pour siége tant de parties diverses (nerfs moteurs de l'œil, tubercules quadrijumeaux, pédoncules cérébelleux supérieurs ou inférieurs, cervelet), avant d'avoir décrit cette maladie considérée dans chacune d'elles en particulier.

Il y a donc encore dans ce beau travail des lacunes que le professeur espère voir bientôt comblées.

En résumé, le signe propre à faire distinguer les hémorrhagies du cervelet de celles des lobes cérébraux ou du mésocéphale est le trouble de la coordination des mouvements destinés à la marche et à l'équilibration.

Les vomissements, les troubles de la vue et des mouvements des yeux sont des symptômes de voisinage qui peuvent avoir

leur valeur, mais qui n'appartiennent point en propre à cette lésion.

Les hémorrhagies de la protubérance et de la moelle allongée ont pour signe la perte du sentiment et du mouvement, suivie d'une chute soudaine, et la respiration stertoreuse.

Dans ces derniers temps, M. Gubler a de plus indiqué comme signe appartenant aux hémorrhagies partielles du mésocéphale la paralysie *alterne* dont il a déjà été question.

Pronostic. — L'hémorrhagie cérébrale, qui jette toujours un trouble plus ou moins considérable dans les mouvements, qui souvent compromet la respiration, et qui même peut menacer la vie, est par ce fait même une maladie grave. Lorsqu'elle affecte exclusivement les lobes cérébraux, elle n'entraîne généralement pas la mort, mais si, pénétrant dans les ventricules, elle atteint la moelle allongée, elle peut devenir promptement mortelle. De plus elle récidive le plus souvent, et les malades qui ont échappé à une première attaque sont presque inévitablement destinés à en avoir d'autres.

Or, à mesure qu'elles se répètent, elles deviennent plus graves, en sorte que la seconde laisse presque toujours des traces profondes quand les malades y survivent, et qu'ils échappent bien rarement à une troisième. C'est ce qui faisait dire plaisamment à Corvisart qu'il en est des attaques d'apoplexie comme des avertissements des contributions, dont le premier est gratis, le second avec frais, et le troisième avec poursuites.

Causes. — Comme celles de la plupart des maladies, les causes de l'hémorrhagie cérébrale peuvent être partagées en causes prédisposantes et en causes déterminantes.

Causes prédisposantes. — On a remarqué de tout temps que les individus qui avaient la tête forte, le cou court, étaient particulièrement prédisposés aux apoplexies, et cela est assez généralement vrai. On rencontre l'hémorrhagie cérébrale chez les adultes, mais il faut noter que ceux qui en sont atteints ont généralement un cerveau très-développé et très-riche en réseaux vasculaires. C'est chez les vieillards qu'elle se présente le plus fréquemment, ce qui s'explique par les dégénérescences crétacées qu'on trouve souvent à cet usage dans les artères cérébrales, comme dans l'aorte ascendante et ses ramifications. Ce n'est pas que cet état crétacé ne se rencontre aussi chez les adultes, car M. Bouillaud l'a montré bien des fois chez des sujets de trente à trente-cinq ans.

L'hémorrhagie cérébrale, dans la forme qui vient d'être décrite, lui semble même devoir être rare en l'absence de cette prédisposition spéciale. Quant aux enfants, l'hémorrhagie cérébrale est chez eux un fait tout à fait exceptionnel.

Causes déterminantes. — Il s'en faut de beaucoup que l'hémorrhagie cérébrale ait toujours besoin d'une cause déterminante pour se produire. On sait qu'il n'est pas rare de voir un homme sortant de chez lui sans malaise et dans un état de santé parfaite tomber tout à coup dans la rue frappé d'apoplexie. Dans beaucoup de cas cependant on peut reconnaître une cause déterminante, et l'hémorrhagie cérébrale succède à des tracas, à des emportements, à de violents efforts, à une contention d'esprit trop prolongée, ou, ce qui n'est pas rare, à des repas copieux, à des excès de vin et de liqueurs spiritueuses. Il est à remarquer que les hommes qui présentent les attributs de la constitution dite apoplectique, sont ordinairement de gros mangeurs.

Traitement. — Le premier soin que réclame le traitement préventif de l'apoplexie est l'éloignement aussi complet que possible des causes prédisposantes.

Si malgré ce soin une attaque a eu lieu, il faut bien en venir à des moyens actifs. De tout temps on avait considéré la saignée, la diète et le repos, comme le traitement le plus rationnel de l'apoplexie, et celui qui donnait les résultats les plus favorables. Et ce n'est pas un médiocre sujet d'étonnement de voir aujourd'hui remis en doute ce qui semblait si bien établi. On peut employer les saignées générales ou locales, ou les unes et les autres à la fois surtout chez les individus fortement apoplectiques.

Les sangsues peuvent être appliquées à l'anus, à l'apophyse mastoïde ou aux angles de la mâchoire. On fait quelquefois une saignée aux deux bras à la fois ; cette méthode est peu usitée. Une fois pourtant, pendant son internat à l'hôpital Saint-Louis, M. Bouillaud en a obtenu un bon résultat.

Un malade ayant été frappé dans les salles d'une grave attaque d'apoplexie, il fut saigné de cette façon, reprit promptement connaissance, et sa paralysie ayant disparu au bout de deux jours, il guérit complétement.

La quantité de sang que l'on doit tirer n'a jamais été déterminée, comme cela a été fait pour les maladies inflammatoires.

Dans les cas légers, une saignée et quelques ventouses scarifiées suffisent. Dans certains cas, on a été obligé de faire deux et trois saignées de quatre palettes dans les vingt-quatre heures.

Un médecin atteint d'une hémorrhagie très-grave, près duquel le professeur fut appelé, guérit après avoir été saigné trois fois dans une journée.

Les émissions sanguines peuvent être portées au nombre de quatre ou cinq, suivant les cas, *en y comprenant les applications de sangsues.* Chacune d'elles doit être de trois ou quatre palettes, et la première saignée peut être portée même jusqu'à cinq et six. Les saignées locales peuvent être faites à l'aide de ventouses scarifiées ou de sangsues appliquées à la nuque. Les sangsues sont parfois utilement appliquées au siége ; on a remarqué que là elles dégorgent plus particulièrement le système vasculaire des centres nerveux. Cette méthode, qui paraît si simple, si rationnelle, a été attaquée dans ces derniers temps, et rejetée par quelques médecins comme dangereuse.

Et, nouveau sujet d'étonnement ! c'est surtout dans les apoplexies très-violentes, quand la respiration devient embarrassée et stertoreuse, que l'on défend la saignée. Or, s'il est indiqué dans ce cas de dégorger le système sanguin, si l'on doit chercher à faciliter la résorption du sang épanché, quelle autre méthode pourra remplir ce but mieux que celle des émissions sanguines ?

Après avoir parcouru la plupart des articles qui ont été publiés à l'appui des nouvelles manières de faire, M. Bouillaud assure n'avoir pu y trouver que des hypothèses, sans une bonne raison capable de les appuyer.

La pratique usuelle des émissions sanguines donne les meilleurs résultats ; mais dans une affection aussi grave, on ne saurait prétendre qu'elles guérissent tous les malades.

Les autres moyens doivent être considérés comme de simples adjuvants. Les uns consistent à faire vomir ; surtout si l'hémorrhagie cérébrale a eu lieu après un repas. Ce moyen a de graves inconvénients, car il donne lieu à de violents efforts qui augmentent la congestion vers la tête ; aussi a-t-il été abandonné. Il est incontestable pourtant qu'il y aurait utilité à débarrasser l'estomac des aliments qui le surchargent, si cela n'entraînait pas un danger sérieux, et on ne saurait affirmer qu'il ne se présente pas de cas exceptionnels où cette médication puisse être encore avantageusement mise en usage ; mais M. Bouillaud ne croit pas pouvoir en dire plus, ne l'ayant jamais employée.

Les autres moyens consistent en des purgatifs doux ou énergiques. Cette méthode est bonne, car elle favorise, comme les émissions sanguines, la déplétion et l'absorption. Elle ne saurait trouver sa place dans les premiers moments qui suivent l'hémorrhagie ; mais une fois les premiers accidents conjurés à l'aide des émissions sanguines, elle devient précieuse, surtout en ce sens que son emploi peut être prolongé presque indéfiniment. On donnera aux malades des boissons plus ou moins aqueuses et des tisanes délayantes.

C'est surtout sur les soins et les règles d'une hygiène prudente qu'il faudra insister, en maintenant le malade dans un repos complet d'esprit, en lui donnant une alimentation appropriée à son âge, à sa constitution, et en lui faisant prendre un exercice modéré.

DYSPHAGIE

produite par un anévrysme de l'aorte thoracique méconnu pendant la vie. Mort subite produite par la rupture de la tumeur ;

Par M. le Dr Roché (de Pont-sur-Yonne), ancien aide de clinique externe et d'accouchements à la Faculté de Strasbourg.

Le 26 août 1855, je fus consulté à domicile par Germain M... (de Serbonne). Cet homme, âgé de 52 ans, très-grand, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une force extraordinaire, n'ayant jamais été malade, avait fait, il y a deux ans et demi, une chute de voiture dans laquelle l'épaule gauche et l'hypochondre de ce côté avaient été fortement contus par le timon de la voiture. Il éprouva alors une douleur assez forte et profonde dans l'hypochondre gauche, douleur qui dura près de deux mois, et pour laquelle il fit de lui-même une application de sangsues. Depuis cette époque, il se sentait moins fort et éprouvait de temps à autre des douleurs dans l'épaule et le côté gauche, qu'il regardait comme de nature rhumatismale. Je n'ai eu connaissance de sa chute et de ses suites qu'après la mort de cet homme.

Le 18 août précédent, M... s'aperçut que, sans cause, une partie de ses aliments, et surtout les boissons, revenaient par régurgitation dans la bouche, presque aussitôt après la déglutition. Quinze jours auparavant, il avait éprouvé une douleur assez violente de l'épaule et de l'hypochondre gauche, qui s'étendait jusqu'à la septième côte. Cette douleur avait disparu depuis peu. Les autres fonctions étaient dans l'état normal ; l'appétit était bon, les selles régulières, le pouls naturel, les lèvres n'étaient pas violacées, l'hypochondre gauche n'était pas douloureux, il ne présentait aucune tumeur ; les battements du cœur étaient normaux, et la respiration n'offrait rien de particulier à l'auscultation. La seule chose dont se plaignait le malade, c'était une douleur derrière l'omoplate gauche, douleur que je regardai comme rhumatismale, l'examen le plus attentif ne m'ayant fait découvrir aucune lésion.

Je fis boire M... devant moi, il avala avec la plus grande facilité ; plus des quatre cinquièmes du liquide revinrent par la bouche, sans effort, par régurgitation, quand ils furent descendus dans le voisinage du cardia, où le malade ressentait, sans douleur, une sorte d'obstacle, qui empêchait, disait-il, *l'eau de descendre plus bas.* Il m'assura n'avoir avalé aucun corps étranger.

Je proposai le cathétérisme de l'œsophage, auquel il ne voulut pas se soumettre. L'impossibilité de reconnaître aucune lésion, le défaut de douleur, l'excellent état de toutes les fonctions, me firent regarder cette affection comme nerveuse et rhumatismale ; je fis en conséquence appliquer un vésicatoire à l'épigastre, et je le fis panser avec de la pommade de belladone camphrée. Je donnai en même temps des pilules composées de 1 centigramme d'extrait de belladone et 2 centigrammes de camphre.

En quelques jours le malade maigrit d'une manière extraordinaire, et la totalité des boissons et des aliments demi-liquides qu'il cherchait à avaler était rejetée aussitôt par régurgitation.

Je priai alors M. le docteur Populus de se joindre à moi pour voir le malade ; l'examen le plus soigneux, qu'il en fit le 30 août, ne lui fit constater aucune lésion ; il pensa que cet état pouvait être nerveux ; il conseilla d'ajouter au traitement des bains généraux alcalins.

Au sortir du deuxième bain, le 31 août, le malade, plein de force, se dirigea seul vers son lit. A peine couché, il se plaignit d'une douleur insupportable dans l'hypochondre gauche, avec étouffement, et au même moment il expira subitement.

Frappé d'étonnement d'une mort aussi rapide qu'inattendue, j'obtins l'autorisation de faire l'autopsie, que je pratiquai, vingt-trois heures après la mort, en présence du docteur Populus, de mon fils, étudiant en médecine, et du juge de paix.

L'habitude extérieure est celle d'un homme grand et fort, mais amaigri ; pâleur générale, reste de chaleur à la région précordiale ; expression de la physionomie calme. Le poumon gauche et le cœur se trouvent fortement refoulés en haut et à droite par une quantité considérable, 3 kilogrammes, de sang noir en partie liquide et en partie coagulé, qui occupe toute la cavité gauche du thorax et repousse en bas le diaphragme ; la cavité droite contient 250 grammes de sang noir mêlé de sérosité. A la partie inférieure de la cavité gauche, dans le médiastin postérieur, à l'endroit où l'œsophage passe dans la cavité abdominale, entre les piliers du diaphragme, s'élève une tumeur irrégulièrement arrondie, plus volumineuse que le poing, embrassant étroitement la colonne vertébrale et l'œsophage ; au centre de cette tumeur se trouve une déchirure récente de 2 centimètres, paraissant formée par la membrane externe ou celluleuse, épaissie de l'artère aorte pectorale ; l'intérieur de la tumeur contient quelques caillots de sang coagulé ; les parois de l'artère paraissent épaissies à 3 centimètres au-dessus et au-dessous de sa dilatation ; elle est saine dans le reste de son étendue. L'œsophage, examiné dans toute sa longueur, ne présente aucune espèce de lésion ; il est resserré dans l'endroit où il était comprimé par l'anévrysme. Le cœur, d'un volume ordinaire, est pâle, flasque, ne contenant pas une goutte de sang dans ses cavités. Le péricarde, sain, contient environ 15 grammes de sérosité. Les orifices du cœur et des gros vaisseaux sont libres.

Tous les viscères de l'abdomen sont sains, à l'exception du rein droit ; ce dernier, du volume du poing, forme une sorte de poche à parois fibro-cartilagineuses renfermant un liquide limpide, ne contenant plus aucune trace de son parenchyme. Le rein droit, hypertrophié, ayant le double de son volume, a sa forme et sa structure ordinaire. Je ferai remarquer ici que jamais M... n'avait éprouvé aucun trouble dans les fonctions de ces organes.

Les dysphagies reconnaissent pour cause :

1° Une inflammation essentielle ou traumatique, accompagnée de douleurs vives, de fièvre, etc.

2° Une lésion organique, une dégénérescence, produisant un rétrécissement, qui a une marche lente et graduelle.

3° L'existence d'un corps étranger qui se trahit par de la douleur, de la gêne, une sensation particulière.

4° Une compression par une tumeur intra-thoracique ; mais dans ce cas la dysphagie arrive d'une manière lente et graduée ; assez souvent on peut constater l'existence de cette tumeur.

5° Une paralysie du pharynx et de l'œsophage, survenant dans la dernière période des maladies graves.

6° Enfin un resserrement nerveux, une espèce de spasme qui a lieu dans quelques affections nerveuses et en particulier dans l'hystérie.

Les cinq premières causes étant écartées, il restait la dernière, qui ne se rencontre guère que chez les femmes hystériques ; la douleur de l'épaule, paraissant de nature rhumatismale, ayant disparu tout à coup, ne pouvait-on pas croire qu'elle s'était portée sur la membrane fibreuse de l'œsophage, et avait donné lieu à un spasme de cet organe ? Le traitement avait été dirigé d'après cette théorie.

L'autopsie est venue la démentir ; elle a fait reconnaître l'existence d'un anévrysme volumineux de l'aorte pectorale, dont le diagnostic est souvent difficile, au point que généralement ces sortes de tumeurs ne sont reconnues qu'après la mort. L'apparition subite, instantanée, de la dysphagie, qui en quelques jours a été complète, s'explique par l'accroissement subit de la tumeur anévrysmale. N'est-il pas heureux que le malade se soit refusé au cathétérisme de l'œsophage ? Car il pouvait arriver dans ce cas que l'emploi de la sonde œsophagienne, fait avec tous les ménagements possibles, eût déterminé la rupture de l'anévrysme prêt à s'effectuer ; et alors le médecin eût passé aux yeux du public pour avoir tué son malade.

La formation de l'anévrysme ne doit-elle pas être attribuée à la chute sur le côté gauche, deux ans et demi auparavant, chute dans laquelle l'artère aura été contuse et se sera enflammée, ce qui rend compte des violentes douleurs éprouvées après la chute, douleurs qui se faisaient sentir de temps en temps, et s'accompagnaient souvent d'une douleur de l'épaule gauche. La douleur violente de l'épaule et de l'hypochondre quinze jours avant l'apparition de la dysphagie, ne tenait-elle pas à l'accroissement de l'anévrysme ?

KYSTE SÉBACÉ CONTENANT UN CORPS SOLIDE.

Par M. le docteur J. Bouquet (de Marseille).

Le fait communiqué par M. Gubler à la Société de chirurgie, dans sa séance du 20 juillet, me paraît avoir beaucoup d'analogie avec un fait que j'ai eu occasion d'observer il y a déjà quelque temps ; bien que l'observation soit fort incomplète, elle emprunte, je crois, quelque intérêt à l'actualité.

M. B..., âgé de cinquante ans environ, vient me consulter pour une iritis déjà ancienne ; en même temps, il me prie d'examiner une tumeur qui s'est développée sur sa tête.

Elle est située dans la partie supérieure de la région pariétale droite ; elle est de la grosseur d'une noix. La peau qui la recouvre est luisante, très-amincie. On perçoit de la fluctuation dans la partie supérieure, tandis que la base est dure. Je lui propose d'en faire l'ablation, mais il remet l'opération à plus tard.

Pendant quelque temps il ne fut plus question de la tumeur, bien qu'il vînt toujours me consulter pour la maladie de l'œil, lorsque deux mois environ après le jour où il me l'avait montrée pour la première fois, il me dit qu'elle avait percé et qu'il en était sorti deux morceaux de pierre et du liquide.

En effet, une perforation avait eu lieu. La tumeur a diminué sensiblement de volume, et la portion qui reste est dure, un peu mobile ; la peau qui la recouvre est flasque et légèrement rouge.

Pour l'enlever, j'introduis par l'ouverture une sonde cannelée, et j'incise sur elle le plus grand diamètre de la tumeur dans toute son étendue. Il sort un peu de liquide mélangé de grumeaux de matière graisseuse, et j'en retire un corps compacte de la grosseur d'un œuf de pigeon, de forme ovale ; il est cassé à l'un de ses bouts, le morceau manque : c'est celui que le malade avait retiré.

Sa couleur est brunâtre ; mais en se desséchant il devient d'un gris-blanchâtre et acquiert une légèreté remarquable.

Il est formé de petits morceaux agglomérés et de couches présentant une apparence de stratification, très-irrégulière et des plus marquée.

Après qu'il a été séché à l'air libre et à la température de l'atmosphère, il a une densité de 1,303.

L'analyse chimique y a trouvé les substances suivantes :

Matière ornée.	81 gr.
Phosphate de chaux.	11,50
Carbonate de chaux	7
Phosphate de magnésie.	Traces.
Huile, matière grasse.	1
	100,50

L'enveloppe présentait exactement tous les caractères des enveloppes des kystes sébacés.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 août 1859. — Présidence de M. Chevreul.

Note sur la dure-mère ou périoste interne des os du crâne. — M. FLOURENS donne lecture d'un mémoire intitulé : *Note sur la dure-mère ou périoste interne des os du crâne.*

Dès 1829, dit l'auteur, étudiant la régénération des os du crâne à l'occasion de mes expériences sur le cerveau, je m'exprimais ainsi :

Si on enlève le périoste d'un os du crâne, la lame externe de cet os seule se nécrose et tombe ; mais, au bout d'un certain temps, il se forme un nouveau périoste et une nouvelle lame externe.

Si on enlève le périoste, l'os et la dure-mère, il se forme d'abord un nouveau périoste et une nouvelle dure-mère,... et puis un nouvel os entre ces deux membranes.

Je disais de plus : Toute la portion de dure-mère enlevée est reproduite ; le périoste est complétement reproduit aussi ; et dans le point où le nouvel os manque encore, ces deux membranes, le périoste et la dure-mère, adhèrent l'une à l'autre et semblent se continuer l'une avec l'autre.

Dix ans plus tard, et dès mes premières expériences sur la formation des os, je constatais l'identité de nature et d'action des deux périostes : l'interne et l'externe.

Deux forces, disais-je alors, concourent à la formation de l'os, la force du périoste externe et la force du périoste interne.

Enfin je terminais l'explication de l'une des planches de mon livre par cette phrase : La figure 13 de la planche XI est une portion de crâne... montrant la continuité du périoste externe avec la dure-mère. Ce fait est précieux : il montre nettement la continuité des périostes : externe et interne.

Je prie l'Académie de me permettre de faire passer sous ses yeux quelques pièces qui justifient ces assertions.

J'ai fait, de ces pièces, trois séries.

La première montre, sur des frontaux et des pariétaux de chien et de cochon d'Inde, la manière dont s'opère l'occlusion des ouvertures faites au crâne au moyen d'une couronne de trépan.

Ce qui se passe après une telle opération, c'est d'abord la reproduction du périoste et de la dure-mère, s'ils ont été retranchés ; c'est ensuite la réunion, l'adhésion réciproque de ces deux membranes ; c'est enfin l'ossification de ces deux membranes ainsi réunies, la formation de l'os.

On voit, sur les pièces de cette série, tous les progrès du travail que j'indique ici : la part évidente qu'y prend le périoste, et la part non moins évidente qu'y prend la dure-mère.

Cependant j'ai voulu isoler, d'une manière plus complète encore, le rôle de la dure-mère.

J'ai placé, dans l'ouverture faite au crâne, une lame métallique. Cette lame, ainsi placée, se trouvait interposée entre le périoste et la dure-mère.

Sur la pièce n° 1 de la seconde série, se voit la lame de métal, restée à sa place ; et, sous la lame de métal, toute la lame d'os restituée par la dure-mère.

A cette lame d'os restituée par la dure-mère, et séparée du périoste par la lame métallique, le périoste n'a contribué pour rien.

Il n'a contribué pour rien non plus dans toutes les autres pièces de la même série où il a été tenu séparé, éloigné de la dure-mère par un anneau métallique interposé entre ces deux membranes, et où la lame interne de l'os, la lame reproduite par la dure-mère, s'est formée sous l'anneau.

La pièce n° 2 de cette série mérite surtout l'attention. On y voit, admirablement séparée, la part de chacun des deux périostes ; car l'anneau interposé entre ces deux membranes est complétement recouvert du côté de la cavité du crâne par une lame osseuse donnée par la dure-mère, et du côté extérieur du crâne par une lame osseuse donnée par le périoste.

Chacun des deux périostes donne donc la lame, la *table* des os du crâne qui lui répond : le *périoste externe*, la *table externe*, et le *périoste interne*, la *table interne.*

Enfin, sur la troisième série des pièces que je présente, se voient des portions d'os enlevées par des couronnes de trépan, et transportées d'un animal sur un autre.

On a enlevé, par exemple, sur deux cochons d'Inde, au moyen d'une couronne de trépan, une portion d'os, et puis on a transporté l'os de l'un sur le crâne de l'autre, et réciproquement.

On voit, sur les pièces de cette troisième série, les os artificiellement rapprochés, les os *étrangers*, se joindre entre eux d'abord par leurs périostes interne et externe, et puis par eux-mêmes.

Application au traitement des plaies du mélange désinfectant de MM. Corne et Demeaux : expériences faites à l'hôpital de Milan. — M. le maréchal VAILLANT adresse la lettre suivante :

Milan, le 3 août 1859.

« En apprenant la magnifique découverte de M. Corne, je me suis empressé de communiquer le journal qui me donnait cette nouvelle à M. le baron Larrey, médecin en chef de notre armée d'Italie, et de le prier de faire, avec toute la prudence possible, quelques expériences en vue de soulager nos blessés. Je n'ai pas besoin de vous dire combien M. le docteur Larrey s'est montré heureux de s'associer à mon désir et d'avoir une nouvelle occasion de se rendre utile. Par ses ordres, un millier de kilogrammes du remède Corne ont été préparés avec le plus grand soin. Restait à faire les expériences.

» M. Larrey ayant été appelé à Gênes par son service, ces expériences ont été confiées à M. Cuvellier, médecin en chef de nos hôpitaux militaires de Milan. J'ai l'honneur de vous envoyer copie du rapport que cet habile et zélé docteur vient de me remettre à l'instant : ce rapport, vous le verrez, autorise à concevoir des espérances sur l'efficacité du remède. J'ajoute que le docteur m'a paru, en me parlant, porter ces espérances bien plus haut qu'il ne l'a fait dans son rapport écrit, et qu'il m'a dit aussi que dans le monde entier on ne trouverait pas vingt autres plaies aussi hideuses, aussi infectes que celles sur lesquelles les expériences viennent d'être entreprises. »

Rapport médical sur le topique désinfectant Corne et Demeaux.

« Milan, le 3 août 1859.

» Parmi les blessés autrichiens traités à l'hôpital San Francisco de Milan, vingt d'entre eux présentaient des plaies dégénérées et répandant une odeur très-fétide.

» D'après les intentions de M. le baron Larrey, c'est à ces vingt blessés, divisés en quatre groupes, que quatre chirurgiens français appliquent depuis trois jours le topique Corne. Le résultat obtenu depuis trois jours, comme désinfectant, est incontestable. A chaque pansement la putridité est modifiée, et l'état des plaies paraît amélioré. Les observations seront recueillies en détail par les quatre médecins chargés personnellement de panser lesdits blessés. Je les visite moi-même chaque jour. L'état plus satisfaisant des plaies des autres blessés, dans les divers hôpitaux français, n'a pas encore nécessité l'emploi du désinfectant Corne. »

» Je vous promets, Monsieur le Président, de vous tenir au courant de la suite qu'auront des expériences si heureusement commencées. »

Emploi de l'iode comme désinfectant et comme antiseptique. — M. MARCHAL (de Calvi) lit une note sur ce sujet. (Commissaires : MM. Chevreul, Velpeau et J. Cloquet.)

Application du coke de boghead en poudre à la conservation et à la désinfection des matières animales et végétales. — M. MORIDE présente sur ce sujet un mémoire dont voici un extrait :

Le boghead est une substance particulière, de la nature des produits charbonneux qui ont subi une faible pression et une température moindre que les charbons de terre et les anthracites. Ce produit tire son nom d'une petite localité d'Ecosse, où il est exploité sur une grande échelle ; il tient le milieu entre les lignites et les schistes, sans être ni l'un ni l'autre. On retire du boghead, par la distillation, 40 à 60 pour 100 de produits volatils, parmi lesquels on doit noter la parafine, avec laquelle on fabrique des bougies aussi belles que celles de cire et de stéarine, du gaz d'éclairage d'un effet remarquable, de la benzine, des goudrons, enfin un résidu noir, poreux, d'une grande légèreté, qui jouit au plus haut point de propriétés absorbantes et désinfectantes. Ce coke est composé de charbon et d'un silicate d'alumine ; légèrement ferrugineux, son action désinfectante est due non-seulement au charbon qu'il contient, mais encore au fer et à l'alumine.

Au moyen de notre poudre de coke de bogbead, dit M. Moride, nous absorbons, désinfectons et réduisons à l'état pulvérulent les urines, des matières fécales, des détritus provenant du travail des abattoirs et des tripiers, qu'on peut ensuite transporter au milieu des villes dans des tombereaux découverts, et cela sans aucun inconvénient.

Autoplastie par transformation inodulaire ; nouvelle méthode opératoire pour achever la guérison des anus contre nature après l'entérotomie. — M. LAUGIER présente sous ce titre le mémoire suivant :

Un but ordinaire de l'autoplastie, et sans aucun doute le plus difficile à atteindre, est de boucher l'ouverture accidentelle et permanente d'un réservoir ou d'un conduit excréteur.

Le procédé le plus habituel de l'art est de rafraîchir les bords de la solution de continuité et de les réunir, soit entre eux sans intermédiaire, soit aux bords ou au contour d'un lambeau emprunté à une région le plus souvent voisine, et amené de diverses manières à leur niveau.

La méthode nouvelle que je propose au jugement de l'Académie est la transformation d'un organe ou d'une portion d'organe déjà engagé, par le fait de la maladie, à travers l'orifice de la fistule, et qui se continue avec la lèvre interne des bords de cet orifice ; ainsi transformé, cet organe devient un obturateur permanent.

Chez une malade de soixante et un ans, que je traite encore à l'Hôtel-Dieu, il s'agissait de fermer un anus contre nature suite de hernie ombilicale gangrénée, sans infundibulum. L'entérotomie avait fait communiquer les deux bouts de l'intestin, et toutes les matières passaient par l'anus naturel, pourvu qu'une compression exacte fût faite sur l'anus anormal ; mais, sans cette compression, la totalité des fèces passait par la fistule : celle-ci avait 4 centimètres au moins de longueur sur 3 centimètres de largeur. Depuis l'application de l'entérotomie, ce large orifice était commun aux deux bouts, c'est-à-dire au cloaque dans lequel ils s'abouchent. Il était rempli par un bourrelet muqueux très-saillant, mais réductible par l'introduction du doigt ; il reparaissait quand cette pression avait cessé.

On aurait pu tenter de le décoller circulairement sur tout le contour de l'anus anormal pour appliquer ensuite la suture des surfaces saignantes. De l'aveu de celui qui a fait le premier cette opération hardie, le succès n'a été dû qu'à un hasard heureux de la dissection. Il faudrait en effet, pour la répéter avec quelque sécurité, connaître à l'avance l'étendue des adhérences péritonéales qui unissent l'intestin à la paroi abdominale. Or on ne les connaît point. J'ai proposé cette année même de suppléer à cette ignorance, en accroissant l'étendue de ces adhérences par une opération préalable analogue aux procédés de l'entérotomie, et cette opération préalable je l'ai faite avec succès sur ma malade. Elle est un préliminaire indispensable de la suture par introversion. J'avais formé d'abord le projet de recourir à cette suture. Mais la vue de ce bourrelet qui remplissait l'anus anormal me donna l'idée de le convertir en un véritable bouchon inodulaire, et je choisis pour opérer cette transformation le cautère actuel.

Il ne s'agissait point, en effet, ici d'attirer vers un centre des bords cutanés ou muqueux mobiles, comme dans les fissures ou perforations du voile du palais, ou de la voûte palatine, mais de combler un espace large à contour aponévrotique et peu mobile. Il fallait d'ailleurs détruire un des principaux obstacles à la guérison, la membrane muqueuse elle-même. Le cautère actuel en olive fut porté hardiment sur toute la surface du bourrelet muqueux. Je revins plusieurs fois à cette opération, la variant quant à la profondeur et la durée. Le cautère fut engagé à diverses reprises dans l'intestin lui-même pour atteindre la membrane muqueuse du cloaque au voisinage de l'anus anormal. Cette brûlure profonde du bourrelet muqueux fut, après la chute des eschares, suivie d'adhérences intimes entre ses deux moitiés. Elles constituent aujourd'hui une sorte de plancher solide qui dispensera peut-être la malade de porter un bandage ombilical.

Aucun accident n'a suivi l'application du cautère actuel : la malade n'a pas cessé un seul jour de prendre des aliments, et en même quantité.

Aujourd'hui existe encore à l'angle supérieur de l'ancienne solution de continuité une ouverture étroite en entonnoir à peine capable de recevoir une très-petite sonde de femme. Elle ne laisse plus échapper qu'une sérosité verdâtre et mousseuse, parfois encore abondante. Il est déjà arrivé que pendant vingt-quatre et quarante-huit heures tout écoulement a été suspendu. Je regarde la guérison comme prochaine ; l'état actuel n'est plus qu'une légère incommodité.

Le succès obtenu jusqu'ici suffit d'ailleurs pour caractériser la méthode, et pour autoriser à formuler les propositions suivantes :

1° Un organe saillant à travers une large fistule, adhérent à sa lèvre interne dans tout son contour, a été transformé en bouchon inodulaire ferme et épais, et est devenu ainsi l'agent de la guérison, tandis que sa nature muqueuse avant l'opération en faisait une complication de la fistule. Il est donc désormais indispensable de compter au nombre des méthodes autoplastiques la transformation inodulaire d'un organe placé dans les mêmes conditions.

2° Ce mode de guérison devient une ressource précieuse dans le traitement des anus contre nature les plus larges, privés d'infundibulum et même ombilicaux.

On entrevoit, sans que j'y insiste en ce moment, les applications et la portée de ces transformations, qui diffèrent du simple avivement des bords d'un orifice fistuleux ; j'ajouterai que j'ai tenté à l'Hôtel-Dieu, depuis une quinzaine de jours, une nouvelle cure d'anus anormal inguinal, et je puis certifier, ce qu'il est d'ailleurs facile de vérifier, que deux applications profondes du cautère actuel ont suffi pour réduire au quart l'écoulement des matières, et changer la nature de l'écoulement.

Je dois dire aussi que dans ce dernier cas, déterminé d'avance à employer le cautère actuel pour former le bouchon inodulaire, je me suis dispensé des procédés opératoires qui ont pour but, comme je l'ai indiqué plus haut, d'étendre préalablement les adhérences péritonéales, accroissement préliminaire qui conserve sa valeur s'il s'agissait d'opérer la suture de Gély dans la méthode par introversion intestinale. (Commissaires : MM. Velpeau, Cl. Bernard, J. Cloquet et Jobert (de Lamballe).

Cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales par l'occlusion des conduits lacrymaux. — M. TAVIGNOT communique sur ce sujet une note dont voici un extrait.

« ..... Notre nouveau procédé est plus simple que l'excision palpébrale, que nous avons longtemps employée avec succès, mais qu'il fallut dans quelques cas répéter jusqu'à deux et trois fois. Il consiste à introduire dans chaque conduit lacrymal un stylet de platine pénétrant jusqu'au sac lacrymal, et à chauffer à blanc, avec une pile de Bunsen, les deux petits corps métalliques qui agissent dès lors comme cautères actuels et en détruisant dans une grande étendue la trame organique qui forme les conduits. L'eschare qui obstrue les conduits s'oppose immédiatement au passage des larmes, et lorsque celle-ci est éliminée, la cicatrice qui s'est formée a oblitéré déjà ces mêmes conduits lacrymaux.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 août 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique informe M. le président que trois places seront réservées à une députation de l'Académie pour la cérémonie du *Te Deum*, qui sera célébré le 15 août, à Notre-Dame.

M. LE PRÉSIDENT annonce que l'Académie était représentée à cette solennité par son bureau.

— M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département des Bouches-du-Rhône pendant l'année 1858. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Jaubert, médecin inspecteur des eaux minérales de Gréoulx (Basses-Alpes), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1857. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Huzard, membre titulaire, adresse une lettre par laquelle il fait hommage à l'Académie du buste de son père.

— M. Denis (de Commercy), récemment élu membre associé, adresse une lettre de remercîment.

— M. le docteur Robert Uvedale West envoie une note contenant un relevé statistique relatif à l'action du seigle ergoté sur le fœtus. (Commissaires : MM. P. Dubois, Depaul et Danyau.)

— M. le docteur Benoît adresse en son nom et au nom de M. Marié-Davy, professeur de physique au lycée Bonaparte, une lettre par

laquelle il réclame la priorité de l'invention de l'appareil à faradisation présenté par M. Gavarret, dans la dernière séance, pour le compte de M. Rumkorff. (Renvoyé à l'examen de M. Gavarret.)

— M. Patissier fait hommage à l'Académie, au nom de MM. Pétrequin et Socquet (de Lyon), d'un *Traité des eaux minérales de France et de l'étranger*.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce que M. le docteur Barilleau, membre correspondant et directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers, assiste à la séance.

LECTURE.

M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture de deux rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Gibert.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Gibert.

M. GIBERT trouve que M. Bouillaud n'a compris ni le rapport ni le mémoire qu'il a combattus ; et la preuve, c'est qu'après avoir largement développé sa thèse, il a terminé par une conclusion qui est absolument conforme à celle du rapport et du mémoire ; savoir, que tout l'art de la médecine consiste essentiellement dans un empirisme raisonné.

Je ne sais, en vérité, dit M. Gibert, pourquoi l'orateur a soutenu avec tant d'animation, et comme nous étant opposé, un principe qu'assurément personne ne conteste, à savoir que le raisonnement doit intervenir pour apprécier, juger, coordonner les faits révélés par l'application des sens. Nous savons tous, et Aristote l'a proclamé il y a deux mille ans, que c'est cette faculté de se souvenir, d'apprécier, de comparer, de juger, de raisonner, en un mot, qui distingue l'intelligence humaine de l'instinct des animaux, et qui fait que ceux-ci ne peuvent acquérir une expérience comparable à l'expérience de l'homme.

Mais là n'était pas la question. Laissant de côté les discussions dogmatiques et historiques développées dans le mémoire, discussions dans lesquelles je m'étais borné à signaler les points de dissidence entre l'auteur et le rapporteur, je m'étais attaché à faire ressortir la proposition capitale de l'œuvre, celle qui avait pour but de soustraire enfin la thérapeutique à la domination des théories pathologiques. Or, l'argumentation principale du mémoire comme du rapport était celle-ci :

1° La pathologie est la science de la description, de la distinction et du classement des espèces morbides.

2° La thérapeutique est l'étude des effets produits, dans l'état de maladie, par les divers agents appliqués au corps de l'homme.

3° Les études anatomiques, physiologiques et pathologiques n'ont jamais conduit et ne pourront jamais conduire directement à l'indication du remède. L'observation et l'expérience seules peuvent le faire découvrir.

Et, à l'appui de ces données théoriques, nous disions avec Hippocrate : Est-ce que l'étude anatomique du cerveau pouvait donner une idée des troubles que l'action du vin et des spiritueux produit dans l'intelligence ? Est-ce que l'idée qu'on peut se faire d'une fièvre intermittente aurait jamais révélé la cause miasmatique qui l'engendre, et le remède spécifique qui la guérit ?

Nous avons encore ajouté : Est-ce que les méthodes prétendues rationnelles des savants du quinzième siècle, restées impuissantes contre la syphilis, n'ont pas dû céder à l'empirisme, qui a fait connaître l'action spécifique du mercure.

A tout cela M. Bouillaud avait une réponse bien simple à faire. Puisqu'il prétend, contre nous, que ce sont les théories anatomiques, physiologiques et pathologiques qui fournissent nécessairement les indications thérapeutiques, il lui suffisait d'opposer à nos exemples, tirés de l'empirisme, les exemples puisés à la source savante du rationalisme, et de nous démontrer par les faits la supériorité des méthodes thérapeutiques dites rationnelles, sur les méthodes empiriques. Il ne l'a pas fait ; je dois supposer que c'est qu'il n'a pas pu le faire..

Dès lors, que devient toute son argumentation ?

Je sais bien qu'il nous a dit que nous n'étions encore qu'au début de la vraie carrière scientifique, et que dans un millier d'années peut-être nous jouirions enfin d'une science véritablement rationnelle.

Je lui en demande pardon ; mais réellement, et malgré moi, cette promesse me rappelle les programmes accoutumés de certaines utopies républicaines, qui commencent par imposer un joug sévère, mais qui promettent invariablement la liberté, la félicité et la fraternité... pour le lendemain.

D'ailleurs, que M. Bouillaud se rassure ! La proposition que nous avons soumise à l'Académie n'implique nullement une approbation donnée aux doctrines du mémoire, non plus qu'à celles énoncées dans le rapport.

M. Gibert termine son discours par la lecture des conclusions de son rapport, et fait remarquer que M. Bouillaud ne les a pas explicitement attaquées.

M. BOUILLAUD. Je voudrais bien pouvoir remercier M. Gibert de l'honneur qu'il vient de me faire et des éloges qu'il m'a prodigués pour m'être trouvé en conformité de doctrines avec lui et avec l'auteur du mémoire qui a fait le sujet de son rapport ; malheureusement je ne puis, dans l'occasion présente, accepter les compliments qu'il a bien voulu me donner.

Il y a entre ses doctrines et les miennes la différence de la nuit au jour ; et vous allez voir, messieurs, que nous sommes séparés par un abîme.

Hippocrate a dit : *Experientia fallax ; judicium difficile.* Il y aurait de quoi composer de gros volumes sur ce seul aphorisme. Mais je vais essayer de le commenter en deux mots. On aurait tort de voir dans ces paroles la condamnation de l'expérience et celle du raisonnement. L'expérience et la raison sont infaillibles par elles-mêmes ; elles ne sauraient se tromper ni nous tromper. Ce n'est donc pas de l'expérience, mais des expérimentateurs ; ce n'est pas de la raison, mais des logiciens, qu'a voulu parler Hippocrate. Oui, messieurs, il a voulu dire qu'il y a des expérimentateurs qui se trompent et des raisonneurs qui s'égarent. S'il y a des erreurs dans la science, ce n'est donc ni aux principes ni à l'observation qu'il faut s'en prendre, mais aux hommes, et aux hommes seuls, qui en font une mauvaise application.

Qu'il y ait de bons expérimentateurs, qu'il y ait de bons logiciens, et on évitera bien des discussions, bien des disputes stériles.

Rousseau a bien traduit l'aphorisme d'Hippocrate quand il a dit : « La médecine est infaillible... sans le médecin. »

Mais je reviens au rapport de M. Gibert, et je vais essayer de prouver que nous professons des doctrines diamétralement opposées.

J'ai proclamé l'insuffisance de l'expérience en matière de thérapeutique. Je suis tellement convaincu de cette insuffisance, que je défie qui que ce soit de citer l'exemple d'un remède, d'un bon remède qui ait été découvert par l'empirisme seul.

M. GIBERT. Le quinquina, le mercure, la vaccine..., c'est-à-dire les remèdes les plus efficaces et les plus puissants de la matière médicale.

Nierez-vous que la vaccine ait été découverte par des paysans, des vachers? Assurément Jenner ne l'eût jamais découverte dans son cabinet.

M. BOUILLAUD. La vaccine a été découverte par un vacher, c'est possible; mais ce vacher était un homme de génie ! Il a saisi un rapport entre la maladie et l'agent propre à la guérir : or, pour trouver un semblable rapport, il faut avoir le génie de l'invention ! Ici encore l'expérience n'est venue qu'après, pour démontrer la légitimité de ce rapport, primitivement conçu et constaté par l'esprit. En citant un pareil exemple, M. Gibert vient à l'appui de la thèse que je soutiens.

Je le répète donc, il y a un rapport nécessaire entre la notion de la maladie et la conception du remède.

Voilà un premier point sur lequel nous sommes en désaccord complet avec M. Gibert.

En second lieu, j'ai cherché à établir la vérité de l'aphorisme *contraria contrariis curantur*, et je me suis efforcé de prouver que c'est un des principes qui doivent servir de guides dans la recherche d'un traitement rationnel. M. Gibert a combattu ce principe à outrance, et il déclare que nous sommes d'accord ! Il me met en demeure de citer des exemples à l'appui de mon opinion.

Mais, en vérité, Messieurs, je ne serai embarrassé que du choix, car je pourrais, si je le voulais, dérouler ici tout le cadre pathologique. Je me contenterai de quelques citations.

Quels moyens emploie-t-on pour combattre les inflammations? Les antiphlogistiques, c'est-à-dire des remèdes qui agissent en sens inverse de l'action connue de la maladie. Contre-stimulants ou émissions sanguines, peu importe ! Ce sont des moyens identiques ! Leurs noms sont différents; mais ils sont dirigés contre le même principe morbifique, qui s'appelle ici inflammation, là *stimulus ;* leur but est exactement le même, et leur emploi repose sur la notion de la nature de la maladie.

Voulez-vous que nous prenions des exemples dans une classe de maladies opposées, celles où l'action vitale, au lieu d'être en excès, est en défaut. Que faites-vous? Vous avez recours aux moyens analeptiques, reconstituants, toniques, aux remèdes propres à relever les forces abattues ou épuisées. *Contraria contrariis...*

Dans les affections dites septiques, on se sert également de remèdes contraires au mal, et qu'on nomme pour cela anti-septiques.

Dans les cas d'empoisonnement, ne cherchez-vous pas à neutraliser l'action du poison par un antidote, c'est-à-dire par une substance qui produise un effet tout opposé à celui de l'agent toxique? Et le résultat n'est-il pas d'autant plus certain que le remède possède des qualités plus différentes de celles du poison? N'est-ce donc pas la notion du poison qui fournit la conception du remède, du contre-poison?

Voulez-vous des maladies plus communes et d'une ordre plus simple? Voyez les solutions de continuité, les déviations, les changements de rapport et de situation, etc. Direz-vous que la notion très exacte de chacune de ces lésions et de leur mode de production ne soit pas absolument nécessaire pour trouver le traitement qui leur convient? Nierez-vous ici le rapport intime, essentiel du remède avec le mal? Nierez-vous enfin que la meilleure thérapeutique consiste à agir en sens inverse de la lésion et de la cause qui l'a produite? Les tissus sont divisés, ne faut-il pas les rapprocher? Deux organes sont anormalement séparés, ne faut-il pas les rapprocher? *Contraria contrariis.*

Et de même pour les dilatations, les rétrécissements, les corps étrangers, etc.

Une dilatation réclame des agents de constriction; un rétrécissement, des agents de dilatation; un corps étranger, des moyens d'extraction. Que dirait-on d'un médecin assez stupide pour prescrire des globules et des remèdes infinitésimaux dans les maladies organiques?

Vous le voyez donc, Messieurs, il n'est pas besoin de grands efforts de dialectique pour établir les vérités que je cherche à démontrer; elles sont tellement évidentes qu'il suffit d'un peu de bon sens pour les comprendre.

Je crois avoir suffisamment prouvé par ces exemples que le raisonnement et l'invention, la notion du rapport de la maladie avec le remède doivent intervenir avant l'expérience; que celle-ci ne peut agir en thérapeutique que sur quelque chose déjà trouvé, sans cela elle porterait dans le vide. C'est un contrôle, c'est un *criterium*, et pas autre chose.

Je crois avoir prouvé aussi, par ces mêmes exemples, que toute la thérapeutique repose sur l'aphorisme : *Contraria contrariis curantur.*

Encore un dernier exemple emprunté à la médecine chirurgicale. Aujourd'hui même j'ai assisté à une opération de fistule vésico-vaginale. Vous savez combien cette opération est longue, difficile, compliquée. Pensez-vous qu'elle soit sortie d'emblée de l'expérience? Les différents temps dont elle se compose ne sont-ils pas basés sur une connaissance parfaite de la maladie et ne consistent-ils pas dans l'emploi d'une série de moyens contraires à la lésion? N'a-t-il pas fallu inventer, concevoir une semblable opération avant de l'appliquer? Or, pourrez-vous arriver à l'idée d'une opération convenable, d'un traitement rationnel, si vous ne connaissez parfaitement les éléments de la maladie, ses caractères propres, ce qui la constitue, en un mot?

Je sais bien qu'il est des maladies, comme la variole, pour lesquelles cette notion est demeurée jusqu'à présent impossible, mais aussi la thérapeutique est désarmée contre de semblables maladies; nous n'avons aucun remède spécial, aucun traitement rationnel à leur opposer.

Nous avons été plus heureux pour les fièvres intermittentes, dont nous ne connaissons pas non plus tous les éléments. On a trouvé le remède qui les guérit ; mais encore ici, je le répète, ce n'est pas l'expérience qui seule a contribué à cette découverte. Il a fallu l'intervention du jugement, qui a saisi les rapports du mal avec le remède. Le remède trouvé, nous l'avons soumis à l'expérience, et l'expérience a confirmé les données du raisonnement.

Est-ce à dire, Messieurs, que je n'apprécie point toute la valeur de l'expérience et de l'observation, que je ne leur fasse jouer qu'un rôle secondaire et pour ainsi dire comparse? Nullement. Je les crois aussi nécessaires que le raisonnement, et je ne suis pas de ceux qui les considèrent comme exclusives, ou qui les font marcher l'une sans l'autre.

La conception intellectuelle qui invente et l'expérience qui contrôle sont deux sœurs inséparables. Leur intervention est nécessaire pour donner à un fait ou à un principe une valeur scientifique. Sans la réunion du raisonnement et de l'expérience, il est impossible de rien fonder de durable et de rationnel en médecine. Toutes les fausses doctrines sont nées du divorce de ces deux procédés philosophiques.

Je termine en déclarant que M. Gibert n'a point réfuté mes principes, que nous sommes très-loin de nous entendre, et que s'il veut l'accord entre nous deux, il fera bieu de se rattacher aux doctrines que je viens d'exposer, qui sont, non pas les miennes, mais celles des princes de l'art, de tous les temps et de tous les lieux.

Quant aux conclusions du rapport, je les adopte très-volontiers; car *j'ai discuté et me voilà désarmé...*

M. GIBERT. La plus grande partie de la brillante improvisation de M. Bouillaud passe par-dessus notre tête sans nous atteindre. Nous sommes loin de nier l'importance qu'il attribue au raisonnement, et nous reconnaissons la nécessité de son intervention, de concert avec l'expérience. Ce que nous avons voulu démontrer surtout, ce que M. Bouillaud n'a pas réfuté d'ailleurs, c'est que les grandes hérésies médicales viennent toutes de ce qu'on a voulu appliquer les notions anatomiques, physiologiques et pathologiques, à la thérapeutique; en un mot, la thérapeutique a été dans tous les temps faussée par les doctrines nosologiques. En est-il un plus déplorable exemple que ce qui s'est passé du temps de Broussais? Sa doctrine et les conséquences pratiques qu'il en tira ne furent-elles pas une véritable calamité publique?

Je ne conteste pas la justesse de tout ce qu'a dit M. Bouillaud; mais pourtant il suffit d'ouvrir les yeux pour voir que les choses, en thérapeutique, ne se passent pas toujours comme il l'a dit, et que nos meilleurs remèdes, nos remèdes les plus efficaces, sont dus à l'expirisme et ont été découverts d'abord par l'empérience. Je le répète, c'est ainsi qu'on a connu les vertus du mercure, du quinquina et de la vaccine.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions du rapport, qui sont adoptées.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Renard, né à Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne) ; *Des eaux thermo-minérales chlorurées sodiques et bromo-iodurées de Bourbonne-les-Bains.*

Delmas-Marsalet, né à Bergerac (Dordogne) ; *Recherches historiques et critiques sur l'emploi de l'eau en médecine et en chirurgie.*

Langin, né à Étivey (Yonne) ; *Etude critique sur quelques opérations applicables aux occlusions intestinales.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade de grand officier. — M. Flourens, membre de l'Académie française; l'un des secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences, professeur au Muséum d'histoire naturelle.

Au grade de commandeur. — M. Velpeau, membre de l'Académie des sciences, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade d'officier. — MM. le docteur Vernois, médecin consultant de la maison de l'Empereur ; — Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; — Bonneau, médeciu principal de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine ; — Bretel, chirurgien principal de la marine ; — Desmarres, médecin oculiste à Paris.

Au grade de chevalier. — MM. Guéneau de Mussy, agrégé de la Faculté de médecine de Paris ; — Glénard, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon ; — Pourcher, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont ; — François, Eynaud, Robert, médecins-majors de 1re classe; — Ouradou, Meunier, médecins majors de 2e classe ; — Cochu, Ferran, Grazietti, Michot, médecins aides-majors de 1re classe ; — Lauga, Trudiau, Bonnard, médecins aide-maj. de 2e classe ; — Lemothe, Beaujean, Lauvergne, chirurgiens de la marine de 1re classe ; — Choulet, chirurgien auxiliaire de 2e classe ; — le docteur Crauk, ancien chirurgien militaire ; — Stoltz, ancien officier de santé ; — Deguise, Dupré, Flaubert, chirurgiens ; — Meneboo, Combal, Evrat, Vanderhacqsen, Sée, Delestre, Pirault-Deschaumes, Dagron, Mazé, docteurs-médecins.

— La section de médecine de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier avait mis au concours, en 1857, la question des *Déviations utérines.* Le prix a été décerné à M. le docteur Benjamin Dunal, ancien interne des hôpitaux.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 97. — SAMEDI 20 AOUT 1859. (32e ANNÉE.) N° 97. — SAMEDI 20 AOUT 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille chez les aliénés.

Il est une affection singulière, presque inconnue des médecins non spécialistes, qui se produit assez fréquemment chez les aliénés, et sur laquelle nous voulons attirer un instant aujourd'hui l'attention de nos lecteurs, à l'occasion d'un mémoire que vient de lire M. Foville fils à la Société médico-psychologique. Nous voulons parler d'une tumeur sanguine, fluctuante, d'un rouge foncé, plus ou moins volumineuse, dont le développement a souvent été fort rapide, et qui a son siége à la face externe du pavillon de l'oreille.

Lorsque l'on abandonne une de ces tumeurs à elle-même, elle reste longtemps stationnaire, plusieurs mois quelquefois, puis finit par disparaître sans que la peau passe par les variations de couleur qui sont la suite ordinaire des épanchements de sang dans le tissu cellulaire sous cutané. L'oreille, au lieu de reprendre son apparence normale, éprouve dans ses contours et dans son épaisseur des modifications qui varient suivant le volume et l'étendue de la tumeur. La partie supérieure du pavillon, bizarrement ratatinée et épaissie par des bosselures dures et inégales lorsque la tumeur a été considérable, peut ne conserver que quelques noyaux épais et indurés, sans altération dans la forme générale de l'organe. Le siége constant de l'affection est la face externe de la partie cartilagineuse du pavillon ; le lobule reste toujours intact. Tantôt les deux oreilles sont prises à la fois, tantôt une seule, tantôt enfin elles sont prises à quelque distance l'une de l'autre.

C'est M. Ferrus qui, le premier en France, signala ces tumeurs en 1838 ; depuis lors un assez grand nombre d'aliénistes en ont rapporté des exemples, tant en France qu'à l'étranger ; il paraît même que les Allemands nous avaient précédés, et qu'en 1833 Bird les avait décrites dans un excellent travail.

Il semblerait également que, malgré leur fréquence beaucoup plus grande chez les aliénés, ces tumeurs ne sont cependant pas absolument exclusives à cette classe de malades ; on en a constaté un exemple chez un jeune homme qui avait présenté des symptômes bien tranchés d'hystérie. M. Jarjavay en a vu plusieurs chez des lutteurs de profession, et M. Mallez en a cité deux cas observés chez des écoliers soumis aux lois d'un maître d'études trop partisan des répressions physiques.

Quelles sont les causes, la nature, quel est le siége précis de cette affection bizarre ? C'est ce que M. Foville fils s'est proposé d'examiner.

Il a remarqué d'abord que ces tumeurs n'existent guère que chez les hommes, et que le plus souvent elles ne s'observent que chez les malades incurables, ou tout au moins au moment du passage de l'affection de l'état aigu à l'état chronique.

Peu de temps avant leur apparition, les oreilles sont rouges, chaudes, luisantes, douloureuses au toucher ; la circulation céphalique tout entière semble augmentée, et l'état des sujets présente la plus grande analogie avec celui des animaux auxquels on a pratiqué la section du grand sympathique au cou, ou l'ablation du ganglion cervical supérieur. M. Foville insiste principalement sur le rapport intime qui semble exister entre la circulation des oreilles et celle de la tête entière ; cette hyperémie locale peut mettre sur la voie de l'imminence d'une hémorrhagie intra-crânienne, méningée ou autre. Lorsqu'elle s'est répétée un assez grand nombre de fois, il n'y a rien d'étonnant que les artères, dilatées, donnent lieu à un épanchement de la nature de celui dont nous parlons, surtout s'il y a quelque altération du sang, comme il arrive presque toujours dans les maladies d'une longue durée.

Il est naturel de penser que lorsque les tissus de l'oreille sont ainsi altérés, ceux de la masse cérébrale, soumis depuis longtemps aux mêmes influences, sont tellement modifiés de leur côté, que leur retour à l'état normal n'est plus possible, ce qui explique pourquoi ces tumeurs sont presque constamment le triste apanage de l'incurabilité.

Pour le siége de l'épanchement, il est évident qu'il n'est pas sous-cutané ; l'absence des changements de couleur à la peau que l'on observe dans les cas d'ecchymoses, le démontre suffisamment. Les observations de M. Foville, ses dissections, lui ont prouvé que cet épanchement se fait sous le périchondre, détaché du cartilage, périchondre qui joue à l'égard du cartilage le même rôle que le périoste par rapport au tissu osseux.

Lorsque l'épanchement se résorbe, le périchondre ainsi détaché revient sur lui-même, et il entraîne dans son retrait les autres portions du pavillon, ce qui explique les déformations consécutives à ce genre de tumeurs, le ratatinement qui ne s'observe jamais qu'à la partie supérieure du pavillon de l'oreille et jamais au lobule.

Reste à déterminer la cause de l'épaississement du pavillon. La théorie de M. Foville nous paraît aussi simple qu'ingénieuse.

Le périchondre *périoste* du cartilage est chargé de sécréter le cartilage comme le périoste sécrète l'os ; séparé du cartilage, il devra évidemment continuer son travail de sécrétion normale, et produire une couche cartilagineuse de nouvelle formation, ce qui rend parfaitement compte de l'épaississement du cartilage, lequel se produit soit sous forme d'une couche unie à toute sa surface, soit sous celle d'îlots indépendants plus ou moins éloignés les uns des autres.

Cette explication trouve sa démonstration rigoureuse dans l'examen anatomique, fait par plusieurs observateurs, d'oreilles d'aliénés qui avaient été autrefois affectés de tumeurs sanguines de cette espèce.

Amputation sous-astragalienne.

Il n'est personne qui ne sache combien sont fréquentes les affections du squelette du pied, et personne n'ignore que, dans une foule de circonstances, le malade ne peut guérir sans une mutilation grave.

Les opérations pratiquées sur le pied étaient peu nombreuses ; l'amputation tarso-métatarsienne, dite amputation de Lisfranc, et l'amputation médio-tarsienne, dite de Chopart, étaient les seules que l'on pratiquait, et ce n'était que dans des cas fort rares que l'on essayait à conserver une partie du pied, en faisant l'extirpation du cuboïde ou d'un ou de deux cunéiformes ; et encore, pour faire cette opération, il fallait des conditions spéciales, que souvent le praticien ne pouvait connaître avant d'avoir découvert le foyer de la carie ou de la nécrose. Ajoutons encore que la maladie, portant le plus souvent sur les os du tarse et sur les articulations tarso-métatarsiennes, l'amputation par la méthode de Lisfranc était rarement possible ; il ne restait donc que la désarticulation médio-tarsienne et l'amputation de la jambe.

Effrayés de la mortalité qui résulte de cette dernière opération, les chirurgiens se sont demandé s'il ne serait pas possible de la rendre moins meurtrière en l'éloignant du tronc ; on a imaginé l'amputation sus-malléolaire, c'est-à-dire à la partie inférieure de la jambe. C'était déjà un progrès ; mais dans ces derniers temps on a fait plus, on a imaginé de faire la désarticulation totale du pied, pratiquant l'amputation entre l'astragale et la mortaise péronéo-tibiale : on a été plus loin encore, on a conservé l'astragale ; c'est de cette opération, désignée sous le nom d'amputation sous-astragalienne, que nous voulons nous occuper aujourd'hui.

L'amputation sous-astragalienne a été étudiée avec le plus grand soin par M. Vaquez, dans un travail extrêmement remarquable dont il a fait l'objet de sa thèse inaugurale, et auquel nous empruntons la plupart des faits consignés dans cet article. Cette opération est de date toute récente, et cependant il existe déjà un grand nombre de procédés opératoires. Nous nous contenterons de signaler les plus importants. La méthode à deux lambeaux, proposée par M. de Lignerolles et décrite par M. Velpeau dans sa *Médecine opératoire*, a dû être abandonnée. En effet, la cicatrice se trouve sur le plan de sustentation. Il reste donc la méthode à un seul lambeau.

Pouvait-on prendre un lambeau dans les téguments de la face dorsale du pied ? Oui, à la rigueur.

Mais le procédé ne doit être appliqué que dans le cas de nécessité, c'est-à-dire quand il y a impossibilité de trouver à la plante du pied ou sur les parties latérales des parties molles assez étendues pour recouvrir la surface dénudée. En effet, dans les deux cas où MM. Malgaigne et Maisonneuve ont dû recourir à ce moyen, il y eut une fois gangrène du lambeau, une autre fois le lambeau était trop court. Cette opération ne pouvait donc être généralisée.

Le procédé de Baudens, dans lequel on taille un lambeau latéral externe, n'a été appliqué qu'une seule fois. Dans les procédés classiques, on conserve un lambeau latéral interne : c'est ce que conseillent MM. Malgaigne, Nélaton et Verneuil

FEUILLETON.

Croisement fécond entre le Canis Lupus et le Canis familiaris. — Une expérience d'acoustique. — L'ouïe des insectes. — Limaille de fer du Tyrol. — Ozone, ozonides et autozonides.

Longtemps régna dans la science l'idée que les deux espèces *lupus* et *familiaris*, du genre *Canis*, étaient complétement antipathiques l'une à l'autre. On demandait, comme preuves contraires à cette assertion, des exemples de croisement. Buffon entreprit alors les célèbres expériences qui, complétées depuis par M. Flourens, ont parfaitement établi la fécondité de ce croisement. Aujourd'hui les faits deviennent de plus en plus nombreux : les derniers nous arrivent de Poitiers. Le conservateur du cabinet d'histoire naturelle de cette ville, M. Mauduyt, en a fait le sujet d'un travail tout récent. Il y a trois mois à peine, le savant professeur de cette Faculté, M. Hollard, a eu occasion de constater à son tour l'existence de semblables métis ; voici à quelle occasion.

Des habitants de Nouaillé, avertis qu'une louve se montrait fréquemment dans les bois environnants, s'étaient mis en chasse et avaient trouvé une nichée de petits animaux singuliers qui n'avaient pas tout l'aspect des loups. Arrivés à la préfecture, l'origine de ces prétendus loups parut louche, et avant de donner la prime demandée, on pensa convenable de faire ouvrir une enquête pour établir l'espèce des captifs. M. Hollard, professeur à la Faculté des sciences de Poitiers, reçut les jeunes, et en décrivit ainsi les caractères :

Chez tous, le fond du pelage est fauve, avec une nuance tantôt grisâtre, tantôt un peu rousse, selon les individus. Cette nuance s'éclaircit sur les parties inférieures et internes du corps et des membres, se fonce au contraire beaucoup et tourne même au brun sur le dos, où se dessine, à partir du garrot, une zone médiane uniformément noirâtre ou tiquetée qui se prolonge sur la queue avec la régularité d'une livrée. Chez tous, la bande brune des jambes antérieures du loup est assez bien indiquée. Les paupières et le museau sont noirs, les yeux plus ou moins obliques. Tels sont les caractères qui rappellent le loup.

Mais les oreilles pendantes, des taches blanches sur le front, sous le menton, à l'origine des pattes, au bout de la queue, et chez d'autres l'horizontalité des yeux, étaient autant de signes d'une origine de chien domestique.

M. Hollard avait donc affaire à des métis de loup et de chien. Nous serons bientôt à même d'en juger directement, le savant professeur se proposant de faire hommage de deux de ces métis au Muséum ; peut-être même sont-ils déjà arrivés.

— L'œil qui fixe longtemps la même couleur devient insensible à cette couleur ; l'odorat s'habitue à une odeur même désagréable : ces faits acquis à la science ont porté M. Dove, professeur à l'université de Berlin, à chercher si l'analogie qui existe entre les vibrations acoustiques et celles de la lumière reste la même à ce dernier point de vue. Il fit donc une série d'expériences qui permet d'établir que, de même que l'œil, l'oreille peut acquérir une certaine abolition de ses propriétés, et, de même que l'œil reste insensible devant une couleur longtemps fixée, de même l'oreille, soumise longtemps à un son, ne peut plus le percevoir.

Dans ses recherches, M. Dove a fait une expérience digne d'être reproduite dans un cours public. Elle consiste à faire rendre un son assez distinct pour être entendu d'une salle entière à un diapason vibrant au-dessus d'un ballon contenant une quantité d'eau déterminée par expérience. On se borne à tenir le diapason au-dessus du ballon sans le toucher. Ici est le point à remarquer, c'est que l'intensité du son est réglée par la position des tiges d'acier par rapport au col du ballon. Si les branches du diapason se trouvent dans l'axe du col, le son sera très distinct ; il sera, au contraire, faible ou même nul si la direction de l'instrument est perpendiculaire à ce même col.

Cette expérience d'acoustique nous remet en mémoire certain travail où M. Lespès plaçait l'organe de l'ouïe des insectes dans leurs antennes. L'idée était neuve, originale ; aussi nous pensâmes devoir la signaler à l'attention de nos lecteurs ; aujourd'hui nous allons donner le résultat des recherches de M. Claparède (de Genève) sur la proposition de M. Lespès. Ce dernier, comme on s'en souvient, avait cru voir des vésicules renfermant un otolithe. M. Claparède a cherché ces vésicules, et ses préparations microscopiques n'ont pu lui permettre de les

Nous ne pouvons décrire ici tous les divers temps de ces procédés, nous renvoyons le lecteur à la thèse de M. Vaquez ; contentons-nous de signaler les points les plus importants.

M. Malgaigne porte horizontalement le tranchant du couteau sur le tendon d'Achille, divise d'un seul coup la peau, le tendon, le tissu cellulaire jusqu'aux os, en rasant le plus près possible la face supérieure du calcanéum, et y appuyant le tranchant un peu plus en dehors du pied, passant à 1 centimètre de la malléole externe et remontant presque aussitôt sur le dos du pied, de manière à se tenir à 3 centimètres de l'articulation médio-tarsienne. Il poursuit en divisant en travers, à ce niveau, les téguments du dos du pied, contourne le bord interne, et arrive, sans changer de direction, jusqu'à la moitié ou aux deux tiers de la largeur de la plante du pied sous un angle d'environ 45°, et rejoint l'autre incision en découpant ainsi un lambeau interne de 8 à 10 centimètres de largeur à sa base, et de 4 à 6 près de son sommet, lequel doit se terminer en s'arrondissant. Il faut alors détacher le lambeau d'abord de la plante du pied, en y comprenant toute l'épaisseur des chairs et ne laissant sur les os que les tendons les plus profonds, puis sur le côté et sur le dos du pied, jusqu'au niveau des articulations à détruire. Le lambeau étant relevé, le chirurgien ouvre largement l'articulation scaphoïdo-astragalienne en contournant la tête de l'astragale de manière à diviser d'un seul coup le ligament calcanéo-astragalien externe et en dedans la synoviale de la petite facette du calcanéum. Il devra encore chercher à diviser le ligament externe et la synoviale postérieure, afin de couper net les tendons qui sont appliqués sur la face interne du calcanéum, celui du fléchisseur commun des orteils, du fléchisseur propre du gros orteil et du jambier antérieur. Pour diviser le ligament interosseux, il porte son couteau à plat, le tranchant en arrière, dans la petite articulation antérieure du calcanéum, enfonçant la pointe en dessous, en suivant la direction de l'articulation. M. A. Guérin préfère désarticuler auparavant, et détacher ensuite les parties molles.

M. Nélaton commence son incision au milieu de l'espace compris entre le bord externe du tendon d'Achille et la malléole externe, puis remonte sur la face dorsale du pied pour tailler un petit lambeau convexe à la hauteur de l'articulation médio-tarsienne. Ensuite, le couteau est dirigé vers la malléole interne de manière à former un petit angle ouvert en avant, dont le sommet se trouve à peu de distance de la malléole externe. Le couteau, ramené à la face plantaire, coupe transversalement le pied en arrondissant le lambeau de manière à le rendre légèrement convexe en avant. Cette incision plantaire s'étend depuis la face inférieure du premier cunéiforme jusqu'à la tête du cinquième métatarsien. De cette apophyse, le couteau remonte obliquement vers le point de départ. Le chirurgien, en faisant ces incisions, doit couper toutes les parties molles, les tendons jusqu'aux os. Ensuite, mettant le pied dans l'extension forcée, on sent la tête de l'astragale qui fait saillie; on ouvre immédiatement l'articulation astragalo-scaphoïdienne, puis on coupe le ligament interosseux par son côté externe. La dissection du lambeau plantaire doit être faite le plus près possible des os, surtout à la face interne du calcanéum, là où se trouvent le nerf et l'artère tibiale postérieure.

Le procédé de M. Verneuil diffère en ce que la plante du pied est incisée obliquement et non transversalement. Ce chirurgien attaque l'articulation par le côté externe ; il conseille de réséquer le nerf tibial postérieur, pour éviter la compression pendant la marche et les douleurs qui en sont la conséquence. Ces deux derniers procédés nous semblent préférables.

Tels sont les points les plus importants que nous avons à étudier relativement au manuel opératoire de l'amputation sous-astragalienne ; il nous reste à examiner les avantages de cette opération.

« L'amputation sous-astragalienne offre des conditions d'équilibre excellentes, parce que l'axe du corps tombe perpendiculairement sur le centre de l'astragale, qui le transmet directement au sol ; la marche et la station sont parfaitement assurées, et la seule question est de savoir si les inégalités de la face calcanéenne de l'astragale ne fatiguent pas les parties molles sous-jacentes, et permettent les pressions répétées qu'entraîne la marche. » Tel est le langage que tenait M. Sédillot, en 1853, à la Société de chirurgie; il laissait aux faits de décider cette question. Il résulte des observations recueillies par M. Vaquez, que tous les amputés marchent aujourd'hui sur leur moignon sans claudication apparente, lorsque le talon de la bottine a été élevé suffisamment suivant l'âge et la stature du malade. La différence de hauteur avec l'autre membre n'a pas dépassé 2 centimètres et demi pour les amputés de M. Nélaton. Beaucoup d'auteurs, ajoute-t-il, ont été effrayés de la mobilité de l'astragale, et ont cru que cela serait un grand empêchement pour la marche : il n'en est rien ; tous les malades que j'ai vus avaient conservé l'intégrité des mouvements de l'article tibio-tarsien, et marchaient parfaitement.

Quant aux inégalités de la face calcanéenne de l'astragale que paraît tant redouter M. Sédillot, voici ce que l'observation a appris : elles s'effacent, les vides se comblent de tissu fibreux. Sur un moignon examiné par M. Vaquez, il a trouvé la face inférieure placée, la cavité qui se trouve au-dessous du col de l'astragale était comblée par du tissu fibreux ; la base de sustentation portait par toute sa surface sur le sol ; l'amputation datait de plus de cinq ans. Sur un malade amputé depuis trois ans par M. Dolbeau, M. Nélaton a montré que les saillies de l'astragale étaient effacées, et que les enfoncements étaient comblés par des productions fibreuses.

Enfin, il est acquis à la science que, par le fait des adhérences contractées par les tendons des muscles fléchisseurs et extenseurs du pied avec le moignon, l'astragale procède du mouvement de flexion et d'extension, disposition éminemment favorable à la marche.

Il reste à faire connaître les résultats immédiats de l'opération, c'est-à-dire à exposer les dangers qui peuvent résulter de cette opération pour la vie des amputés. Eh bien, sur 14 observations recueillies par M. Vaquez, on n'a pas eu un seul cas de mort à déplorer ; chez la plupart, la cicatrisation a été rapide ; une fois on eut à déplorer la destruction du lambeau dorsal par la gangrène; il est vrai que celui-ci avait été taillé aux dépens des téguments de la face dorsale du pied ; deux fois le mal a récidivé ; on dut faire une fois l'amputation intra-malléolaire, une fois l'amputation au lieu d'élection. Ces faits sont assez éloquents pour faire ressortir tous les avantages de cette opération, qui doit être préférée à l'amputation sous-malléolaire, intra-malléolaire, sus-malléolaire, etc., lorsque l'état des parties molles et des os pourra le permettre.

Revaccinations pratiquées dans le 1er régiment d'infanterie de marine.

L'opportunité des revaccinations est une de ces graves questions d'hygiène publique qui attendent avec impatience une solution définitive. On est encore divisé sur leur utilité, et c'est aux faits seuls à trancher la question : aussi avons-nous cru devoir, à plusieurs reprises, engager les médecins qui sont appelés à revacciner un grand nombre de sujets, à faire connaître le résultat de leurs expériences, pour qu'un jour tous les faits connus puissent servir de base à un travail d'ensemble et fixer définitivement les esprits sur la nécessité d'une seconde inoculation vaccinale. M. le docteur Jules Lecoq, médecin-major du 1er régiment d'infanterie de marine, a bien voulu répondre à cet appel. Nous nous empressons de publier le tableau qu'il nous transmet, ainsi que les judicieuses réflexions pratiques qu'il lui a inspirées.

Du 3 février au 27 septembre 1858, 1,216 militaires du 1er régiment d'infanterie de marine ont été vaccinés ou revaccinés : on pourra embrasser d'un coup d'œil dans le tableau suivant les résultats de cette opération.

DÉTAIL.		REVACCINÉS AU CORPS, ET AYANT DONNÉ :			
		Bonne vaccine.	Fausse vaccine.	Résultat négatif.	
Militaires vaccinés antérieurement avec succès.	973	369	268	336	973
Militaires ayant eu la variole antérieurement.	160	45	46	69	160
Militaires vaccinés sans succès une ou plusieurs fois.	51	17	15	19	51
Militaires n'ayant jamais été vaccinés.	32	13	11	8	32
TOTAL.	1216	444	340	432	1216

1° *Age, constitution.* — Les 1,216 militaires étaient tous d'une bonne constitution, âgés en moyenne de vingt et un à vingt-huit ans ; quelques-uns avaient atteint la trentième année, un très-petit nombre dépassaient quarante ans.

2° *Vaccination antérieure.* — 973 hommes avaient été vaccinés une ou plusieurs fois dans leur bas âge, et présentaient des cicatrices vaccinales très-belles ; 160 portaient des traces évidentes de variole naturelle ; 51 avaient été vaccinés une ou plusieurs fois sans succès ; enfin 32 seulement n'avaient jamais été soumis à l'opération de la vaccine, et n'avaient jamais eu la variole.

3° *Virus-vaccin.* — Les premières inoculations ont été faites avec du virus-vaccin conservé dans des tubes capillaires, et adressé depuis plusieurs mois déjà au conseil de santé de Cherbourg par l'Académie de médecine. M. Lecoq a pu s'assnrer que ce virus-vaccin, qui prend facilement chez les enfants que l'on vaccine pour la première fois, réussit au contraire très-difficilement chez des sujets d'nn âge plus avancé, surtout chez ceux qui ont déjà subi l'influence de la vaccine. Après avoir inutilement vacciné 25 ou 30 hommes avec du vaccin en tube, il s'est vu forcé d'inoculer ce vaccin à un jeune enfant, qui lui a fourni de belles pustules parfaitement transmissibles.

4° *Mode d'opération.* — Les revaccinations ont été pratiquées de bras à bras au moyen de la lancette ; six piqûres ont été faites à chaque bras au lieu d'élection habituelle.

5° *Marche de la pustule vaccinale.* — Chez les hommes déjà vaccinés antérieurement avec succès, et chez ceux qui portaient des traces de variole, l'évolution de la pustule vaccinale a été un peu différente de ce qu'elle est chez les personnes que l'on vaccine pour la première fois. En général, son apparition a été plus tardive ; très-souvent elle n'a commencé à se montrer que le septième ou le huitième jour ; quelquefois même la période d'incubation a duré dix, onze et douze jours, et il est arrivé de voir se développer d'une manière régulière des pustules donnant un virus parfaitement inoculable, chez des hommes qui avaient été renvoyés dans la persuasion que chez eux la revaccination devait rester sans effet. Cette pustule vaccinale est aussi moins large, moins helle, et arrive plus promptement à la dessiccation; partant la cicatrice est moins profonde, moins étendue, moins régulière.

6° *Résultats des revaccinations.* — En considérant le tableau ci-joint, on trouve que :

1° Sur 973 hommes ayant été *vaccinés antérieurement* avec succès, la revaccination a réussi 369 fois ; 268 fois on a eu une fausse vaccine, et 336 fois le résultat a été complétement nul.

2° Sur 160 hommes portant sur le visage des traces de variole antérieure, la revaccination a réussi 45 fois ; 46 fois on a obtenu une fausse vaccine, et un résultat négatif 69 fois.

3° Sur 51 hommes déjà vaccinés une ou plusieurs fois, mais toujours sans succès, on a obtenu 17 bonnes revaccinations, 15 fausses et 19 nulles.

4° Enfin, sur 32 sujets qui, arrivés à l'âge de vingt et un ans au moins, n'avaient jamais été vaccinés, l'opération a réussi 13 fois ; 11 fois elle a donné une fausse vaccine, et rien 8 fois.

Ce tableau montre :

---

retrouver. Tout au contraire, la prétendue vésicule ne serait autre chose qu'une simple fossette creusée dans le tissu tégumentaire de l'antenne. Cette fossette renfermerait à la base un petit tubercule, et communiquerait au dehors par un orifice arrondi assez étroit. Elle ne présenterait donc aucun des caractères d'un sac auditif, et semblerait plutôt n'être qu'un follicule pilifère dont le bulbe se serait développé en forme de bouton sans donner naissance à un poil.

Telles sont les conclusions d'un observateur distingué ; mais où donc placer le siége de l'ouïe chez les insectes ?

— On sait que le fer métallique réduit à un état de grande division, devient tellement oxydable qu'il s'allume spontanément à l'air. Dans le Tyrol existe une fabrique qui obtient par un moyen mécanique — des limes très-fines — une poussière de fer des plus ténues. Cette limaille ne brûle pas spontanément à l'air, ce qui ne l'empêche pas d'être fort combustible.

M. Magnus le prouve au moyen d'une jolie expérience.

Un corps en combustion approché de cette limaille du Tyrol ne l'enflamme pas ; mais si on la suspend aux extrémités d'un aimant, il n'en est plus de même. La limaille réunie autour des pôles y reste suspendue. Si maintenant on approche une allumette enflammée, la limaille prend feu aussitôt, et il suffit de secouer l'aimant pour produire une série de belles étincelles dues à la combustion du fer.

Cette expérience ne réussit bien qu'avec la limaille de fer du Tyrol, car M. Nicklès, qui nous a fait connaître ces faits curieux, a voulu les reproduire avec du fer récemment réduit : il a peu réussi, et point du tout avec un fer préparé depuis quelque temps et dont les propriétés pyrophoriques n'existaient plus.

— Puisque nous parlons chimie, et que nous avons prononcé le nom de M. Nicklès, nous allons encore lui emprunter quelques-unes des observations qu'il recueillit à Carlsruhe au congrès de l'Association des savants et médecins allemands.

Il s'agit d'une question tout à l'ordre du jour, l'ozone. Voici comment M. Schœnbein lui-même a exposé ses idées à ce sujet :

On peut reconnaître trois espèces d'oxygène : 1° l'oxygène ordinaire; 2° et 3° deux espèces d'ozone qui sont entre elles comme les deux espèces d'électricité allotropiques. Ces deux espèces d'ozone mises en présence régénèrent l'oxygène ordinaire, et celui-ci est détruit dès qu'on lui enlève un ozone. De là, explication de ces effets catalytiques si difficiles à expliquer jusque-là.

Prenons du peroxyde de barium et de l'eau oxygénée rendue acide par de l'acide nitrique : il y a décomposition réciproque, et pour résultat de l'eau, de l'oxyde de barium et de l'oxygène ordinaire. Dans les mêmes conditions, le permanganate de potasse est réduit en oxyde manganique, l'acide chromique devient de l'oxyde de chrome. L'ozone désoxyde donc ces composés, et cette action s'étend même aux corps les moins oxydables, l'azote, par exemple.

On pourrait donc dire que toute combinaison fortement oxygénée peut se détruire en présence d'un autre composé riche en oxygène, toutes les fois que ces deux composés renfermeraient l'un de l'oxygène positif, l'autre de l'oxygène négatif; le résultat serait de l'oxygène ordinaire ou neutre.

L'ozone peut être obtenu par la combustion avec le phosphore. Nous y reviendrons tout à l'heure. Si on agite avec de l'eau oxygénée de l'ozone obtenu par ce procédé, on obtiendra de l'eau pure et de l'oxygène ordinaire. Il est donc important de ne pas placer l'ozone en présence de l'oxygène, de l'eau oxygénée, sous peine de lui voir perdre sa puissance d'oxydation.

Il existe une sorte de polarité de divers états d'activité chimique, dans lesquels l'oxygène peut se trouver ; en ce sens, que l'ozone *positif* perd ses propriétés en présence de l'ozone *négatif*.

Qu'on mette en présence de l'acide chlorhydrique un peroxyde de manganèse, de plomb, d'argent, de nickel, de cobalt, de bismuth ou de vanadium, et on obtiendra un protochlorure, du chlore et de l'eau. M. Schœnbein donne à ce groupe le nom d'*ozonides*.

Ils ne donnent pas d'eau oxygénée. Mis en présence de celle-ci, ils donnent un dégagement d'oxygène ordinaire et se décomposent en décomposant l'eau oxygénée ; enfin, ils bleuissent la teinture de gayac.

Un autre groupe d'oxydes se comporte différemment avec l'acide chlorhydrique : M. Schœnbein leur a donné le nom d'*antozonides*.

Les peroxydes de baryum, de calcium, de strontium, mis en présence de l'acide chlorhydrique, ne donneront plus de chlore, mais un protochlorure et de l'eau oxygénée. Ce sont les *antozonides*, qui ont pour caractères de ne pas décomposer l'eau oxygénée, et non-seule-

1° Que les revaccinations ont réussi chez un peu plus du tiers des hommes déjà vaccinés avec succès ;

2° Que la vaccine peut prendre encore chez certains sujets qui portent des traces de variole naturelle ;

3° Enfin, que quelques personnes paraissent complétement réfractaires à l'action du virus-vaccin.

7° 21 hommes ayant aux bras de belles pustules vaccinales, ont été revaccinés *avec leur propre vaccin*, et sur les mêmes bras qui portaient déjà des pustules en pleine évolution ; 6 fois ces revaccinations ont donné lieu à de bonnes pustules, renfermant un vaccin normal et susceptible de s'inoculer ; 11 fois on a obtenu de fausses pustules, et 5 fois la revaccination n'a rien produit : ainsi l'expérience a réussi chez près d'un tiers des hommes qui se sont prêtés volontairement à ces essais complétement inoffensifs. Dans son *Traité de la vaccine*, M. Bousquet signale des faits semblables ; il cite même des sujets auxquels on a pu donner la vaccine trois, quatre fois et plus.

Cela prouve-t-il, se demande M. Lecoq, que la première vaccine ait laissé un reste d'aptitude à la variole ? Peut-être..... Tel individu qu'on voit aujourd'hui n'être atteint que de varioloïde parce qu'il avait été vacciné, aurait pu ne pas même avoir cette varioloïde s'il avait été soumis une fois de plus à l'action préservatrice de la vaccine. Cette idée n'a rien d'irrationnel ; c'est admettre que si chez un sujet une première vaccine détruit l'aptitude à contracter la variole, elle permet au moins de contracter la varioloïde, qui aurait pu elle-même être rendue impossible par une deuxième ou une troisième vaccination ; on serait ainsi conduit à vacciner la même personne jusqu'à ce que l'opération ne fournisse plus aucun résultat. Cette manière de voir mérite peut-être d'être prise en considération, car l'opération de la vaccine est à peu près insignifiante, et la varioloïde n'est pas toujours exempte de gravité. Enfin, ne pourrait-on pas admettre également, ajoute notre confrère, qu'on devrait aussi vacciner ceux-là mêmes qui ont eu la variole, puisque le vaccin prend chez certains variolés, et surtout puisque la variole peut attaquer deux fois le même individu, comme le fait est parfaitement prouvé.

8° *Accidents de revaccination.* — Sur 1216 vaccinations ou revaccinations pratiquées dans le régiment, 2 fois seulement on a vu survenir des accidents assez sérieux pour nécessiter l'envoi des hommes à l'hôpital ; ces accidents ont consisté en des éruptions consécutives variées ; chez l'un on a rencontré une roséole persistante, puis plus tard des pustules plates parfaitement analogues aux pustules syphilitiques, et qui avaient pour siége le scrotum et le pourtour de l'anus avec engorgement des ganglions inguinaux ; l'autre a présenté un mélange de lichen et de psoriasis guttata, occupant particulièrement le dos et les membres supérieurs ; quelques-unes de ces plaques offraient une teinte cuivrée caractéristique des affections syphilitiques.

Au cuir chevelu existaient des croûtes impétigineuses avec engorgement des ganglions occipitaux. Cependant ces militaires ont affirmé n'avoir jamais été atteints d'aucune maladie vénérienne antérieure, et quoiqu'il fût difficile de donner à ces éruptions une cause spécifique bien évidente, devant l'insuffisance des médications ordinaires, on a dû essayer contre elles un traitement antisyphilitique.

9° *Influence des revaccinations.* — Quelle doit être l'influence des revaccinations, se demande enfin notre confrère ? L'avenir seul est appelé à trancher cette question, et plus que tous autres les médecins de régiment, qui peuvent suivre leurs hommes pendant plusieurs années, sont à même de se prononcer sur l'opportunité d'une opération le plus souvent parfaitement inoffensive, et qui peut nous mettre à l'abri d'une affection parfois très-grave.

LES EAUX D'ALET DANS LES DYSPEPSIES.

Par M. le docteur PORTALIER.

Dans son numéro du 5 juillet dernier, la *Gazette des Hôpitaux* a publié quelques réflexions sur les avantages que la thérapeutique a retirés de l'emploi des eaux minérales d'Alet. Déjà, à cette époque, j'avais eu occasion de conseiller ces eaux dans diverses circonstances. Depuis lors, dans mes rapports avec quelques confrères, qui en ont déjà fait usage, j'ai recueilli quelques observations intéressantes. Je puis donc corroborer par mon témoignage l'importance des faits signalés dans l'article de M. le docteur Moreau.

C'est particulièrement aux dyspepsies que les circonstances m'ont permis d'appliquer l'eau minérale d'Alet, et je dois dire que les résultats ont toujours été une amélioration rapide dans la santé des malades, quelle qu'ait été la cause de l'affection.

Un de nos praticiens les plus répandus, M. le docteur Pouget, qui s'en est servi pour lui-même, m'écrivait dernièrement : « Les eaux d'Alet sont précieuses pour les dyspeptiques ; je leur » dois des digestions parfaites. »

M. le docteur Duchesne-Duparc vient de se soumettre à l'eau d'Alet, à la suite d'une grave maladie qui a failli l'enlever à la science.

Voici ce qu'il en pense : « L'eau d'Alet, au sujet de laquelle » j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de me prononcer favora- » blement, convient principalement dans certains cas de dyspep- » sies et d'embarras saburral ; je viens d'en constater les bons » effets sur moi-même ; j'en bois depuis une huitaine de jours » (4 ou 5 verres par jour), et il me reste à peine aujourd'hui » des traces d'une couche muqueuse épaisse, suite d'angine ma- » ligne, couvrant dans l'origine toute la surface linguale, et qui » avait précédemment résisté à plusieurs bouteilles d'eau de » Vichy. L'eau d'Alet semble aider à la digestion et agit comme » apéritif ; elle active également les sécrétions intestinales et » tient le ventre libre, sans produire toutefois un effet purgatif » prononcé, toujours plus ou moins fatigant. »

J'ai aussi prescrit l'usage de l'eau d'Alet dans plusieurs des affections indiquées par M. le docteur Moreau, et les effets que j'ai déjà observés me font présager que j'en obtiendrai de bons résultats.

C'est donc décidément un nouvel agent réellement utile dont vient de s'enrichir la thérapeutique, et qui rendra de véritables services dans le traitement de ces affections névralgiques des viscères qui font si souvent le désespoir du malade et du médecin.

CATAPLASME ALUMINEUX.

Alun en poudre.	4 grammes.
Blancs d'œufs.	n. 2

Agitez avec soin, de manière à avoir un coagulum pour un cataplasme, entre deux linges, à appliquer sur l'œil dans les ophthalmies chroniques et l'ophthalmie purulente.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 août 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté avec deux modifications, demandées l'une par M. Morel-Lavallée et l'autre par M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. DEGUISE fils présente un jeune enfant de neuf à dix ans atteint de pied-bot et d'une difformité congéniale du membre inférieur. C'est le même enfant qu'il avait déjà montré à la Société, alors qu'il n'était âgé que de quelques mois, comme un exemple de fracture intra-utérine. Aujourd'hui on peut constater tous les détails d'anatomie pathologique qui avaient déjà été indiqués par M. Deguise dans la dernière séance. Les deux tiers inférieurs du tibia manquent bien évidemment, et le péroné, quoique très-notablement augmenté de volume en ce point, n'a pas empêché le renversement du pied en dehors.

M. BROCA voudrait savoir si la déviation du pied existait dès la naissance, ou si elle est survenue après l'emploi de quelque appareil qu'on aurait cru devoir mettre en usage.

M. DEGUISE répond que cet enfant, ne pouvant pas se maintenir sur ce pied, marche avec une jambe de bois. A aucune époque on n'a eu recours à un moyen d'une autre espèce.

M. BROCA fait remarquer qu'il y a la plus grande analogie entre la forme de ce pied-bot et celui que portait une petite fille qu'il fit voir à ses collègues il y a cinq ou six ans.

— M. MOREL-LAVALLÉE présente un cas rare, bien qu'il ne soit pas sans analogie dans la science. Il s'agit d'un malade offrant un exemple de décollement partiel de l'iris produit par une percussion sur l'œil. Ce degré de la lésion, ajoute M. Morel, permet de comprendre le décollement complet dont je vous ai cité un curieux exemple à propos d'une présentation récente de M. Chassaignac. Ce décollement complet explique comment cette membrane peut être entièrement chassée de l'œil à travers une déchirure de la coque oculaire.

Voici la nouvelle observation de notre collègue :

Pupille accidentelle par décollement — Le 3 août 1859 est entré à l'hôpital militaire de Vincennes, salle 10, n° 32, Charles G..., né à Valfroicourt (Vosges), vingt-neuf ans, 1er régiment de grenadiers de la garde.

A l'âge de six ans, il a reçu d'un jeune homme de dix-huit ans, à la distance d'environ quinze pas, un coup de sarbacane sur l'œil gauche. La douleur a été très-vive ; le sujet se rappelle qu'on lui a fait des applications d'eau froide pendant six semaines.

Depuis la vue a été très-faible de ce côté, et aujourd'hui il peut à peine lire des caractères de presque 1 centimètre, encore en approchant le papier à 10 centimètres de l'œil, c'est-à-dire qu'il y a, à la fois, faiblesse de la vue et myopie.

L'iris est décollé à sa partie inférieure et externe dans une longueur qui égale le diamètre de la pupille saine à l'ombre ; la largeur de ce décollement égale la moitié de sa longueur. Cette pupille accidentelle aurait la forme de la pupille des chats et presque sa direction, si elle n'était pas inclinée en dehors.

Le pont iridien qui la sépare de la pupille naturelle est un peu renflé, sans doute parce qu'il y a sur ce point plus d'étoffe que sur le reste de la membrane. Ce pont est un peu moins large à sa partie moyenne, où il a une ligne en ce sens, qu'à ses extrémités, où il présente environ une ligne et demie de largeur.

Ce pont, qui est comme refoulé ou plutôt attiré vers la pupille naturelle, la rétrécit en ce sens, et lui donne une forme un peu oblongue. La pupille naturelle est d'ailleurs élargie et immobile, même à une lumière vive, ainsi que la pupille accidentelle. Toutes deux se laissent sensiblement dilater par la belladone. L'iris offre la même couleur que du côté sain.

Par la pupille naturelle, nous avons vu que le malade peut lire les grosses lettres ; par la pupille accidentelle, il les distingue à peine sans pouvoir les assembler, sans pouvoir lire.

Pas de diplopie.

A la bougie, on distingue nettement, avec l'image droite antérieure, l'image postérieure renversée : le cristallin est donc intact.

M. CHASSAIGNAC, pour compléter l'observation de la femme qui offrait un cloisonnement de l'entrée du vagin, expose qu'il a enlevé la bride dont il avait parlé à l'aide de deux écraseurs qu'il a fait agir simultanément, l'un ayant été placé à la partie supérieure et l'autre à la partie inférieure. Il donnera plus tard le résultat de cette opération.

M. DEPAUL, se rendant à l'invitation de M. Chassaignac, a examiné cette jeune femme à l'hôpital Lariboisière. Il demande à la Société la permission de lui faire connaître ce qu'il a constaté au point de vue anatomo-pathologique.

Il est évident qu'il ne s'agit pas là d'un débris de la membrane hymen. Il suffit, en effet, d'écarter la vulve pour reconnaître que l'entrée du vagin paraît unique, la bride inférieurement n'avançant pas jusqu'à cette limite. Pour la rendre apparente en ce point, il faut introduire le doigt dans le vagin jusqu'à la partie supérieure de la cloison, le recourber en crochet et attirer assez fortement en bas ; alors on l'entraîne avec les parois correspondantes du vagin, ce qui augmente notablement son épaisseur en haut et en bas. Mais si on se contente d'introduire deux doigts par chacun des orifices, on reconnaît sans peine que la cloison est mince et n'a que quelques millimètres d'épaisseur.

M. HUGUIER. De ce que la cloison ne va pas jusqu'à l'extrémité supérieure du vagin, il n'en faudrait pas absolument conclure qu'il en a été toujours ainsi. Une déchirure accidentelle peut avoir été la cause de la communication supérieure. C'est ce qui peut arriver, par exemple, à la suite d'un accouchement.

---

ment de ne pas bleuir la teinture de gayac, mais encore de décolorer cette teinture bleuie par un ozonide.

Un dernier caractère complète la polarité distincte accusée entre les deux ozones, c'est que les ozonides sont électro-négatifs par rapport aux antozonides.

Nous avons, en passant, annoncé une communication sur la préparation de l'ozone. C'est un appareil dû à M. de Babo, professeur à l'Université de Fribourg en Brisgau.

Cet appareil, dans lequel l'ozone s'obtient par la combustion du phosphore, permet de dépouiller le gaz de l'acide phosphoreux qui le souille. Le fluide traverse une dissolution d'acide chromique, qui oxyde l'acide phosphoreux et enrichit l'ozone. Après le lavage, on trouve une quantité d'ozone supérieure, d'où une cause d'ozonisation dans l'oxydation de l'acide phosphoreux. M. de Babo est ainsi parvenu à obtenir de l'ozone anhydre.

Nous avons cru devoir reproduire ces idées de M. Schœnbein sur un sujet encore tout à l'étude et qui attire avec juste raison l'attention des chimistes, les théories médicales s'étant déjà emparées de l'ozone pour lui faire jouer un rôle dans les maladies épidémiques.

— Après les choses sérieuses, et qui peuvent n'avoir pas le même intérêt pour tous, on nous permettra de suivre un journal anglais, *the medical Circular*, sur un terrain assez curieux. Il s'agit de quelques honoraires fort importants que l'auteur désigne sous le nom de « miettes professionnelles qui tombent parfois de la poche du riche. »

Voici d'abord Astley Cooper qui reçoit d'un marchand une somme annuelle de 600 livres (pounds) pour des soins qui avaient duré plusieurs années. Le même chirurgien opère de la pierre un M. Wyatt, qui dans sa reconnaissance lui remet un bonnet de nuit... contenant 1,000 guinées (24,450 fr.). Deux docteurs avaient assisté le chirurgien, leurs soins sont payés 300 livres (7410 fr.). Ce ne fut pas tout : il y eut encore un apothicaire du nom de Dobson, qui visita le malade. Cet apothicaire était homme zélé, mais peu adroit, car, dans son empressement à se rendre chez son client, il tomba et s'abîma le genou. M. Wyatt, informé de l'aventure, ordonna qu'un billet de 100 livres fût appliqué sur le genou malade. Il prétendit — le farceur ! — que c'était le meilleur emplâtre du monde !

En 1768, le docteur Duisdale vaccina avec succès l'impératrice Catherine et son fils. Cette simple opération fut récompensée par une baronnie de l'empire, une pension annuelle de 500 livres et un présent de 1,200 livres. Qui ne voudrait vacciner à ce prix ?

Le docteur Scanzoni, qui assista l'impératrice de Russie dans son dernier accouchement, reçut 500 livres de gratification.

Il ne faut pas que ces miettes viennent à trop allécher, on pourrait s'en repentir. En voici la preuve.

Feu Ch. Scudamore fut un jour appelé auprès d'un gentilhomme du Nord, qui, pour une seule visite, lui remit 100 guinées (2,445 fr.). Il y avait de quoi être satisfait. Scudamore partit fort heureux, jurant bien *in petto* de ne pas négliger un client aussi généreux. Peu de jours se passent, et notre médecin se décide à retourner au manoir doré.

Il entre, et du plus loin que son malade l'aperçoit :

— Ravi de vous voir, sir Charles, mais en ami et non à d'autres titres, car monsieur me prodigue ses soins.

Et du doigt il montrait le docteur H..., que le capricieux malade avait appelé immédiatement après le départ de Scudamore.

L'auteur qui rapporte ce fait prétend que Scudamore ne devait pas avoir à son retour à la ville des pensées bien dignes d'envie. On est donc jaloux en Angleterre ?

Nous pourrions dans nos souvenirs français trouver aussi des honoraires assez remarquables ; mais nous n'insisterons pas. Souhaitons seulement à nos lecteurs quelques-unes de ces *miettes*, ou même, à leur défaut, puissent quelques-uns de nos jeunes confrères accompagner des clients qui reconnaissent leurs soins, comme le fit ce malade qui, de Cuzco conduit en Angleterre, remit au docteur Bennet, son médecin, 1,000 livres (24,700 fr.). Ce leur serait une *miette dorée* qui pourrait les empêcher de mourir de faim dans ces premières et si dures années d'exercice professionnel.

Dr E. RENAUD.

J'ai eu occasion de voir et de faire dessiner un cas de ce genre. La femme, que je revis deux ans après son premier accouchement, était enceinte du côté opposé.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL procède au dépouillement de la correspondance :

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, une brochure de M. Félix Bron, intitulée *Nouvel uréthrotome*. Lyon, 1859; in-8°.

— MM. Credé (de Leipzig), Soupart (de Gand), Boëck (de Christiania) et Henry Thompson (de Loudres) écrivent à la Société pour la remercier de les avoir élus membres correspondants étrangers.

— MM. Syme (d'Edimbourg) et Stromeyer (de Hanovre), récemment élus membres associés étrangers, écrivent à la Société pour la remercier de cette élection.

M. Stromeyer joint à sa lettre la première partie de son mémoire sur l'ophthalmie granuleuse (*Beitrage zur Lehre der granulösen Augenkrankheit*. — Dans Deutsche Klinik, 18 juin 1859)

— MM. Blaisius, de Halle (sur Saale), Ciniselli (de Crémone) et Vanzetti (de Padoue), récemment élus membres correspondants étrangers, écrivent à la Société pour la remercier de cette élection.

— M. Carlo Regnoli, fils du professeur Regnoli, qui a été élu récemment membre correspondant étranger, écrit à la Société pour lui faire part de la mort de son père. Cet éminent collègue est mort le 13 juillet 1859, dans l'après-midi, à l'heure précisément où la Société de chirurgie, réunie en séance solennelle, entendait proclamer par M. le président la liste des membres nouvellement élus. M. le professeur Regnoli figurait en tête de cette liste.

LECTURE.

M. VERNEUIL, se proposant de faire une série de communications sur l'anaplastie, donne lecture d'un premier travail relatif à des considérations générales sur cette méthode opératoire. En voici le résumé :

En présence de la multiplicité extrême des difformités et du nombre non moins grand des opérations anaplastiques, il était utile d'établir une double classification des lésions anatomiques et des procédés opératoires dont les genres puissent se correspondre, afin qu'il fût possible, une difformité quelconque étant donnée, de savoir, du premier coup et sans hésitation, à quel genre d'opération il fallait avoir recours pour la pallier ou la guérir.

Reprenant dans le langage chirurgical ancien quatre mots très-clairs et à sens précis, et les appliquant, d'une part, aux opérations anaplastiques, de l'autre, aux difformités, M. Verneuil admet quatre classes d'anaplasties :

1° Anaplastie par synthèse;
2° — par diérèse;
3° — par exérèse;
4° — par anaplérose, prothèse ou autoplastie.

Ces quatre sortes d'opérations ont pour but de retenir ce qui est divisé (bec-de-lièvre), de séparer ce qui est réuni (syndactylie), de retrancher ce qui est exubérant, et de remplacer ce qui manque. Employées seules ou combinées ensemble, elles constituent toutes les anaplasties, depuis les plus simples jusqu'aux plus compliquées. Il suffit de les associer convenablement pour tracer le plan de toutes les restaurations organiques.

Mais si l'art réunit, sépare, retranche ou ajoute, c'est que la nature (difformités congénitales) ou la maladie (difformités accidentelles) ont séparé, réuni, ajouté ou retranché. On peut donc parallèlement établir une classification des difformités composée de 4 genres :

Les difformités par synthèse : réunions anormales.
— diérèse : divisions contre nature.
— exérèse : pertes de substance atrophiée.
— prothèse : hypertrophie, exubérance, saillies anormales.

L'analyse démontre que les difformités les plus simples comme les plus compliquées sont toujours constituées soit par un seul élément, soit par la combinaison de deux, trois, ou d'un nombre plus considérable de ces éléments.

D'où il résulte que si on compare le but des opérations réparatrices et la forme des lésions qu'on veut corriger par l'anaplastie, on trouve une coïncidence exacte entre les termes de la série thérapeutique et ceux de la série pathologique.

D'où il résulte encore qu'une difformité quelconque étant donnée, il faut tout d'abord déterminer, d'après sa forme, à quel genre elle appartient : ce renseignement trouvé, l'indication curatrice est toute trouvée ; il faut la chercher dans la classe correspondante des opérations anaplastiques. Ce qui se résume très-brièvement par la formule suivante : *Une difformité simple étant donnée, déterminer son nom d'après sa forme et lui opposer une anaplastie de nom contraire.*

Ex. : Déchirure du périnée. — Difformité par diérèse ; remède : anaplastie par synthèse, périnéoraphie.

Syndactylie. — Difformité par synthèse; remède : anaplastie par diérèse, séparation des doigts réunis, etc.

Cette formule s'applique si exactement aux difformités simples, qu'elle n'a pas besoin de démonstration ; mais les difformités composées l'admettent également. Pour le prouver, il faut faire soigneusement l'analyse anatomique d'une de ces difformités et séparer momentanément par la pensée les éléments dont elle se compose. Ainsi un bec-de-lièvre avec écartement considérable et atrophie marquée des moitiés latérales de la lèvre, est une difformité composée à deux éléments.

1° La diérèse, c'est-à-dire la division, la fente, la séparation.

2° L'exérèse, l'atrophie, le défaut de substance, l'insuffisance des deux moitiés pour reconstituer la lèvre. Pour réparer la lèvre, il faudra instituer un procédé combiné, qui remédiera aux deux éléments de la lésion, c'est-à-dire associer la synthèse ou réunion et l'autoplastie ou apport de substance.

On peut donc, en amplifiant légèrement la formule générale énoncée ci-dessus, l'adapter aux difformités composées et dire : *Etant donnée une difformité composée quelconque, il faut analyser soigneusement et compter les éléments dont elle se compose, puis instituer un procédé opératoire combinant ensemble autant de modes anaplastiques qu'il y a d'éléments et de noms contraires à ces derniers.*

Cette règle ne souffre pas d'exceptions, si l'on tient à obtenir une réparation aussi complète que possible au double point de vue du rétablissement de la forme normale et des fonctions. Toutes les fois qu'elle sera enfreinte, le résultat sera nécessairement imparfait. Mais une telle exigence n'étant pas toujours ni possible, ni facile, ni utile à remplir, il est tel ou tel élément de la difformité qu'on doit ou qu'on peut négliger dans l'acte chirurgical réparateur. Sous ce rapport, les éléments d'une difformité se divisent en *majeurs* et *mineurs*. Les premiers doivent nécessairement être attaqués. Les seconds peuvent être négligés. Lorsque tous les éléments sont majeurs, la combinaison de tous les modes anaplastiques correspondants est indispensable.

Parmi les éléments majeurs, les uns sont encore *prédominants* ou *subordonnés*. Si l'on juge à propos de faire la restauration en plusieurs temps, on devra toujours commencer par satisfaire aux premiers, sans quoi le succès serait impossible.

Dans une prochaine lecture M. Verneuil poursuivra cette exposition synthétique.

— **M. BROCA**, au nom de M. le docteur Fleury, de Clermont, membre correspondant de la Société, communique l'observation suivante : (Nous publierons cette observation dans le prochain numéro).

M. CHASSAIGNAC met sous les yeux de la Société trois pièces d'anatomie pathologique.

L'une est la diaphyse d'un fémur réséqué dans l'étendue de 12 à 15 centimètres sur un jeune homme qui portait une tumeur centrale de la cuisse. Cette tumeur, qui tenait à l'os dans toute sa circonférence, donnait au membre un aspect fusiforme. Sa consistance d'ailleurs était telle, que notre collègue ne doute pas que le centre de l'os n'en fût le point de départ.

Cependant, quand il eut incisé et commencé la dissection, il ne tarda pas à reconnaître que la tumeur enveloppait simplement le fémur, qui fut trouvé altéré à l'extérieur.

M. Chassaignac déclare que son embarras fut grand en ce moment. Fallait-il recourir à la désarticulation de la cuisse? Mais le malade, qui était endormi, n'avait pas été prévenu. Or, notre collègue ne pense pas qu'un chirurgien puisse assumer sur lui une pareille responsabilité.

On peut voir sur la portion du fémur qui a été réséquée, à l'extérieur, des inégalités, des parties où le périoste a été détruit, et quelques productions stalactiformes. A l'intérieur, plusieurs dépôts d'une matière jaunâtre parfaitement identique avec celle qui constituait la tumeur extérieure, et composés comme elle, d'après l'examen fait par M. Robin, d'épithélium nucléaire.

La deuxième pièce est un tibia sec et préparé depuis longtemps, qui confirmerait l'opinion déjà émise par notre collègue sur la cause de l'amincissement des bouts osseux après les amputations et qui ne serait autre chose qu'une destruction successive et par nécrose de parcelles osseuses. Ce serait toujours en avant que se produirait la destruction du périoste.

La troisième pièce est à l'état frais, et destinée à montrer le début d'une pareille usure.

— **M. DEMARQUAY** raconte qu'un enfant de dix ans, né dans l'Amérique du Sud, lui fut adressé il y a quelque temps, étant atteint d'une tumeur blanche du genou déjà ancienne. La jambe était si fortement fléchie sur la cuisse que le talon touchait la partie postérieure de celle-ci. Les muscles formaient en arrière une corde tendue et résistante. Cependant l'articulation jouissait encore d'une certaine mobilité, et la rotule elle-même pouvait être déplacée. Il était facile aussi de constater une certaine quantité de liquide dans la cavité articulaire.

Il y avait un amaigrissement général considérable. La poitrine fut examinée et trouvée saine. Une ponction ayant été pratiquée, il s'écoula une assez grande quantité de liquide purulent, puis on fit une injection avec la teinture d'iode, qui fut assez bien supportée.

Quelque temps après, le petit malade ayant été préalablement soumis à l'action du chloroforme, on pratiqua des tractions pour redresser la jambe, et ce résultat fut facilement obtenu; puis on plaça le membre dans une gouttière, et on l'y maintint par les moyens ordinaires. Deux ou trois jours après, on remplaça la gouttière par un appareil dextriné. Mais à la fin de juillet survint une pleuro-pneumonie qui se termina par la mort au bout de quarante-huit heures.

A l'autopsie, on ne trouva pas de pus dans l'articulation, mais, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce pathologique, il existe une courbure très marquée du fémur dans sa partie inférieure. En ce point la couche osseuse de la région postérieure est brisée; elle est intacte, au contraire, en avant. Les poumons étaient remplis de tubercules. Il est évident que cette fracture partielle a été le résultat des tractions opérées pour produire le redressement du membre.

M. CHASSAIGNAC fait remarquer à cette occasion qu'on brise des os beaucoup plus souvent qu'on ne le pense dans les efforts auxquels on se livre pour rompre certaines ankyloses. Il a vu le fémur se briser alors que le chirurgien n'avait eu recours cependant qu'à ses mains pour redresser le membre. Il regrette que, dans les travaux qui ont été publiés sur ce point de la chirurgie, on n'ait pas relaté les observations dans lesquelles de pareils accidents ont été observés.

M. BROCA dit que ce qui favorise surtout ces fractures, c'est le ramollissement préexistant des os. Il a vu à la Société anatomique des pièces provenant d'un jeune homme de dix-neuf ans qui s'était fracturé le fémur en se retournant dans son lit. Il a pu observer au Bureau central un homme qui avait une tumeur blanche, et qui s'était également cassé la cuisse en tombant dans sa chambre. Enfin il se souvient qu'en 1844, Blandin essayant de redresser un membre, s'arrêta effrayé par un mouvement particulier qu'il sentit dans l'épiphyse.

M. VERNEUIL voudrait savoir ce que ses collègues pensent de la consolidation de ces fractures. Quant à lui, il l'a vue marcher très-régulièrement chez un malade observé dans le service de M. Guersant.

M. CHASSAIGNAC. En cherchant à redresser dans un cas une jambe qui était fléchie à angle droit sur la cuisse, quelques tractions peu fortes suffirent pour produire une fracture de la cuisse. Je mis un appareil et j'obtins la consolidation.

Il en fut de même dans une autre circonstance, où il s'agissait du bras.

M. MARJOLIN a également vu cinq ou six de ces fractures, et toujours la consolidation a eu lieu sans retard.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets, ont été nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Levicaire, ancien directeur du service de santé de la marine.

Au grade d'officier: MM. le docteur Dufour, correspondant de l'Institut, à Saint-Sever ; — Rouchas, premier pharmacien en chef de la marine. — M. Devergie, secrétaire de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint Louis.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Peschier, médecin du Corps législatif; — Baudrimont, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux; — Galy, médecin au lycée impérial de Périgueux ; — Fremy, médecin de l'hôpital Beaujon; Mazé, chirurgien principal de la division des côtes occidentales d'Afrique; — Dimbarre, médecin inspecteur des eaux minérales de Cauterets; — Sales-Girons, médecin-inspecteur des eaux de Pierrefonds; — Campbell, ancien interne à l'hospice de la Maternité; — Rougier, docteur en médecine dans l'arrondissement de Riom (Puy-de-Dôme); — Pielvahe, médecin des épidémies à Dinan (Côtes-du Nord); — Négrin, chirurgien en chef de l'hôpital civil d'Alger; — Figuier, agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris; — Bourguignon, docteur en médecine ; — Redemaker, pharmacien-major de 1re classe.

— Par suite du décès de M. le docteur Baron et de la création d'une nouvelle place de médecin à l'hôpital Saint-Louis, les nominations suivantes viennent d'être faites dans les hôpitaux de Paris :

M. Hillairet, médecin de l'hospice des Incurables (hommes), est nommé médecin de l'hôpital Saint-Louis.

M. Ch. Bernard, médecin de la direction des Nourrices, est nommé médecin de l'hospice des Enfants assistés.

M. Xavier Richard, médecin du Bureau central, est nommé médecin de la direction des Nourrices.

M. Gallard, médecin du Bureau central, est nommé médecin de l'hospice des Incurables (hommes).

— Par décret du 3 août, le chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris est chargé, sous l'autorité du doyen, de l'administration de l'Ecole pratique, de la direction du Musée d'anatomie, soit normale, soit pathologique, ainsi que de la collection des instruments et appareils de chirurgie.

S'il appartient comme agrégé à la Faculté, il est maintenu hors cadre en cette qualité pendant toute la durée de son exercice, et peut à ce titre prendre part aux examens d'anatomie et de physiologie.

Il peut être également désigné pour faire partie des jurys de concours de l'agrégation (section des sciences anatomiques et physiologiques).

La durée des fonctions de chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris est fixée à dix années.

Le chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris continue d'être nommé au concours; mais pour cette fois, et en raison de changements considérables apportés dans ses attributions par le présent décret, il sera nommé directement par le ministre de l'instruction publique et des cultes.

Un règlement ministériel déterminera les diverses obligations imposées au chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

— Par arrêtés du 10 août, M. le docteur Sappey, agrégé en exercice de la Faculté de médecine de Paris, est nommé chef des travaux anatomiques de ladite Faculté.

M. Bécher est nommé chef du matériel de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris.

— On lit dans la *Gazette hebdomadaire :*

Nous croyons pouvoir donner, sous notre propre responsabilité et sans caractère officiel, les renseignements suivants au sujet de la chaire de pharmacie vacante à la Faculté de médecine.

Le maintien de la chaire est décidé. La matière médicale, l'hydrologie minérale et la pharmacologie comparée des diverses nations entreront dans le programme. On ajoute que la commission nommée en dehors de la Faculté ne se prononcera, dans son rapport, que sur ce programme, et non sur le principe du maintien.

— M. le docteur Emile Cordier, médecin-major de 1re classe à l'armée d'Italie, chevalier de la Légion d'honneur, est décédé à Gênes, le 9 de ce mois.

— Le 24 octobre prochain il sera ouvert à l'Hôtel Dieu de Lyon un concours public pour la nomination de douze élèves internes, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux et hospices civils de cette ville, et dans l'hospice du Perron, à Oullins, près de Lyon.

Les candidats pourront prendre connaissance, au secrétariat général, du règlement relatif aux élèves internes.

Les élèves reçus rempliront les fonctions d'internes suppléants, à partir de leur nomination jusqu'au 3 novembre 1860, et à cette époque ils deviendront titulaires pour trois ans.

Les internes titulaires sont logés et nourris dans l'hospice auquel ils sont attachés. Ils reçoivent en outre, à titre de traitement annuel, savoir : les internes de l'Hôtel-Dieu, de la Charité et de l'Antiquaille, 260 fr. ; ceux du Perron, 400 fr. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— La commission générale de l'Association des médecins du Rhône a voté, dans sa dernière séance, un secours de 600 fr., pour l'année 1859, à la veuve de l'un de nos plus honorables confrères de Lyon.

Dans la même séance, ont été reçus membres de l'Association : MM. les docteurs Pravaz fils et Borin.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 AOUT 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les désinfectants ont encore fourni, dans la dernière séance de l'Académie, la plus grande partie du contingent qui concerne les sciences médicales. Une note de M. Calvert sur l'emploi du coaltar en médecine, des remarques de M. Chevreul sur cette communication ; un travail de M. A. Terreil sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des plaies purulentes : tels sont les sujets qui ont occupé presque toute la séance. Nos lecteurs les trouveront suffisamment développés au compte rendu.

MM. Batailhé et Guillet ont donné connaissance de leurs expériences concernant l'emploi en chirurgie de l'alcool et des composés alcooliques ; MM. Chevreul et J. Cloquet ont été chargés de faire un rapport sur ces expériences.

Notre honorable confrère M. le professeur Forget (de Strasbourg), qui lors d'une précédente élection avait adressé à l'Académie ses titres pour une place de membre correspondant, a prié l'Académie de vouloir bien le comprendre pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie. E. L.

LE JOURNAL DE LA PHYSIOLOGIE
DE L'HOMME ET DES ANIMAUX (1).

Ce n'est pas dans un journal de médecine qu'il est nécessaire de faire ressortir l'importance et l'intérêt des études physiologiques. Organe de la médecine pratique principalement, la *Gazette des Hôpitaux* n'a jamais négligé de tenir ses lecteurs au courant des travaux physiologiques, qui, alors même qu'ils n'avaient pas toujours une application immédiate à la médecine, avaient toujours du moins un intérêt auquel des médecins ne peuvent rester étrangers. Et s'il nous est arrivé quelquefois de chercher à modérer l'ardeur un peu trop vive de quelques médecins à pousser la médecine dans les voies du rationalisme, et à réduire toutes les questions de pathologie et de thérapeutique à un problème de physiologie, c'est qu'il nous a toujours paru qu'il y avait dans ces applications trop souvent prématurées, un double danger pour la médecine qu'elles faisaient dévier de la voie plus lente mais plus sûre de l'observation, et pour la physiologie elle-même dont elles compromettaient ainsi le caractère et l'autorité. Mais à la condition de ne jamais sacrifier l'observation aux spéculations théoriques, et de ne procéder dans ces applications qu'avec toute la maturité et les sages lenteurs qu'exige le contrôle réciproque de l'expérimentation et de la clinique, nous ne saurions trop encourager les travaux qui tendent à éclairer l'une par l'autre la physiologie et la médecine. Aussi est-ce avec une grande satisfaction que nous avons vu fonder un journal qui s'est proposé ce double but.

Bien que le *Journal de physiologie* soit une œuvre collective et que, conformément au programme tracé par son rédacteur principal, la plupart des physiologistes français et plusieurs physiologistes étrangers de distinction aient déjà répondu à l'appel qui leur a été fait, il ne doit pas moins en être considéré comme l'œuvre principale de M. Brown-Séquard. C'est là, en effet, que ce laborieux et habile expérimentateur compte exposer toute la série de ses travaux et les rattacher par des liens de coordination qui ont pu rester jusqu'à présent inaperçus dans les publications déjà nombreuses qu'il a faites, à un ensemble systématique, à une théorie physiologique générale dont il a eu le bon esprit d'exposer les lois en tête de ce recueil.

On nous saura gré de reproduire ici ce petit code physiologique, dont la connaissance fera désormais mieux saisir la portée de chacun de ses mémoires, en même temps qu'il pourra fournir le texte de discussions critiques dont la science ne pourra que tirer profit.

Voici ces lois. M. Brown-Séquard n'a pas la prétention de les avoir toutes édictées, mais il peut du moins revendiquer le mérite de les avoir coordonnées et systématisées.

1° Les actions nerveuses, la contraction musculaire, la décharge de l'appareil galvanique des poissons, les courants galvaniques de certains organes, la décharge galvanique qui accompagne la contraction musculaire, et *probablement* aussi la phosphorescence de certains animaux et les mouvements des cils vibratiles, sont des phénomènes dont l'existence semble être essentiellement accompagnée d'un changement organique que la nutrition seule peut réparer.

2° La faculté de produire ces phénomènes tend à croître en raison directe de la vitesse de la circulation, de l'abondance du sang et de sa richesse en matériaux nutritifs généraux et spéciaux.

3° Pendant le *repos*, c'est-à-dire le temps où ces phénomènes n'existent pas, la tendance à l'accroissement de cette faculté ne rencontrant pas d'obstacle, l'accroissement s'effectue.

4° L'accroissement s'opère d'une manière bien plus rapide aussitôt après la production d'un phénomène qu'après un repos prolongé, pourvu que les conditions normales de la nutrition existent.

5° La faculté de produire les phénomènes ci-dessus mentionnés dépend d'une structure spéciale des tissus qui en sont le siége, de telle sorte que lorsque la plupart de ces tissus restent inactifs pendant très-longtemps, ce qui altère leur nutrition et conséquemment leur structure, il en résulte que cette faculté diminue graduellement, et quelquefois même disparaît entièrement.

6° La faculté de produire ces phénomènes s'accroît en raison directe de la durée du repos, jusqu'à certaines limites ; mais elle diminue, au contraire, après que ces limites ont été dépassées, en raison directe de la durée du repos.

7° Pour beaucoup des tissus producteurs de ces phénomènes, le repos n'existe presque jamais complétement : les phénomènes ont lieu spontanément en apparence, et avec d'autant plus d'énergie que la température est plus élevée.

8° La faculté de produire ces phénomènes diminue pendant qu'ils ont lieu, en raison directe de leur intensité et de leur durée, et en raison inverse de l'énergie de la réparation nutritive qui a lieu concurremment.

9° La réparation travaillant d'une manière non interrompue à compenser la perte qui accompagne l'action, il n'est pas possible, tant que durent la circulation et la respiration, de faire disparaître complétement la faculté de produire la plupart de ces phénomènes, ou plutôt au moment même où l'on a réussi à la faire disparaître, la réparation la fait aussitôt revenir.

10° La dépense par l'action étant suivie d'une grande activité de nutrition réparatrice, il arrive que, si l'action est fréquemment renouvelée, il y a excès de nutrition et accroissement considérable de la faculté d'agir.

11° La nutrition pouvant continuer d'avoir lieu dans beaucoup de tissus sans que le liquide nutritif y circule, et pourvu qu'ils en contiennent une certaine quantité, la faculté d'agir peut augmenter après la dépense par l'action dans des parties où la circulation ne se fait plus.

12° Quoique la circulation et partant la réparation soient plus actives en été qu'en hiver, la faculté d'agir devient plus considérable en hiver qu'en été, parce que les dépenses spontanées mentionnées plus haut, ainsi que les dépenses dues aux excitations extérieures ou à la volonté, sont bien moins considérables, principalement chez les animaux à sang froid et chez les animaux hibernants.

Presque toutes ces lois peuvent se résumer dans la loi générale que voici :

L'énergie de la faculté que les tissus animaux possèdent de produire les phénomènes dynamiques ci-dessus désignés, semble être en raison directe de l'intensité et de la durée de la réparation nutritive normale, et en raison inverse de l'intensité et de la durée d'existence de ces phénomènes.

Telles sont les lois ou propositions que M. Brown-Séquard s'est proposé de démontrer, en s'appuyant sur un nombre considérable de faits ; les uns observés par lui-même, les autres mentionnés et épars dans les livres, mémoires et journaux qui traitent de médecine ou de physiologie. Déjà dans quelques-uns des mémoires qu'il a insérés dans le premier volume, on trouvera l'énoncé de quelques-uns de ces faits et la démonstration de quelques-unes de ces propositions. Voici les titres et sujets de ces mémoires, dont quelques-uns, présentés aux sociétés savantes, ont été déjà résumés ou tout au moins indiqués dans ce journal :

Recherches expérimentales sur les propriétés physiologiques et les usages du sang rouge et du sang noir ; — Nouvelles recherches sur la physiologie de la moelle épinière ; — Expériences sur la transformation de l'amidon en glycose dans l'estomac (en collaboration avec M. F. G. Smith) ; — Nouvelles recherches sur l'importance des fonctions des capsules surrénales ; — Sur les modifications des globules du sang de mammifère dans les vaisseaux des oiseaux, et des globules du sang d'oiseau dans les vaisseaux des mammifères ; — Causes de mort après l'ablation du nœud vital ; — Influence d'une moitié latérale de la moelle épinière sur la moitié correspondante de l'encéphale et de la face ; — Limites de la possibilité du retour et de la rigidité cadavérique après qu'elle a été détruite par l'élongation des muscles ; — Faits qui montrent qu'il se forme et qu'il se transforme plusieurs kilogrammes de fibrine en un jour chez l'homme ; — Sur la sensibilité tactile et sur un nouveau moyen de la mesurer dans l'anesthésie et l'hyperesthésie ; — Sur des faits nouveaux concernant l'épilepsie consécutive aux lésions de la moelle épinière ; — Recherches expérimentales sur quelques-uns des effets du froid sur l'homme (avec la collaboration de M. Tholozan) ; — Sur l'association des efforts inspiratoires avec une diminution ou l'arrêt des mouvements du cœur ; — Recherches sur la physiologie et la pathologie de la protubérance annulaire, etc.

On peut juger par cette simple énumération de la prodigieuse activité que M. Brown-Séquard apporte à la rédaction du *Journal de physiologie*, de la variété des questions physiologiques qu'il y aborde, de l'importance que quelques-unes d'entre elles ont au point de vue médical, et de l'intérêt qu'elles ont toutes pour la science.

Nous ferons connaître, dans un prochain article, la part qui revient aux collaborateurs de M. Brown-Séquard dans la rédaction de ce premier volume. — Dr Brochin.

(1) *Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*, publié sous la direction du docteur E. Brown-Séquard ; t. Ier, année 1858, chez J. B. Baillière ; et livraisons de janvier et avril 1859. Chez Victor Masson.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

Leçons cliniques sur la dyspepsie (1).

Nous parlerons aujourd'hui des symptômes du troisième ordre, qu'on pourrait nommer *tertiaires*, si ce mot ne rappelait trop l'idée de la syphilis.

Dans les symptômes du premier ordre, *symptômes primitifs*, nous avons trouvé les lésions fonctionnelles ; dans ceux du second ordre ou *secondaires*, nous avons étudié les lésions du sang ; dans ceux du troisième ordre nous allons rencontrer les lésions organiques.

En effet, l'estomac digère et fait le sang, lequel va réparer ou nourrir les organes. Mais si le sang est altéré, il répare imparfaitement les tissus : de là les lésions des solides. Dans ce cas ce sont surtout les affections chroniques qui se manifestent.

L'homme atteint de dyspepsie est faible ; *il traîne*, selon l'expression des malades ; il est désarmé contre les influences morbides qui viennent du dedans et contre celles qui viennent du dehors. Examinons d'abord l'action des influences internes ; ensuite nous passerons en revue l'action des influences externes.

Influences internes. — Il est un dicton populaire qui reconnaît aux hommes, considérés sous le rapport de la santé, une bonne ou une mauvaise *charnure*. Ce dicton est vrai et dépend des dispositions intérieures, inconnues, que l'on désigne sous le nom de *diathèse*. Cette vérité est palpable chez les anémiques, les dyspeptiques. Tant qu'un individu se porte bien, qu'il digère bien, sa santé se maintient dans un état florissant ; mais est-il atteint de dyspepsie, la scène se modifie, et si son idiosyncrasie l'a placé sous l'influence de quelque diathèse (cancéreuse, tuberculeuse, etc.), bientôt il languit, et si la dyspepsie n'est pas enlevée, la diathèse fait explosion et il survient des manifestations tuberculeuses ou cancéreuses, etc. La dyspepsie et l'anémie, qui en est la conséquence, sont donc, pour ainsi dire, les prodromes des affections organiques. C'est ce qu'il est facile de constater chez les nourrices, et ce qu'a observé bien souvent M. Beau dans la clientèle civile et à l'hôpital Cochin.

Que voyons-nous, dit-il, chez certaines femmes qui allaitent ?

D'abord elles perdent l'appétit, elles deviennent dyspeptiques, et bientôt se développent tous les phénomènes caractéristiques de l'anémie globulaire ; et si l'allaitement persiste dans ces circonstances, on ne tarde pas à voir se développer, suivant l'aptitude individuelle, les diathèses tuberculeuse, scrofuleuse, etc. A

(1) Suite. — Voir les numéros des 23 juin et 21 juillet.

l'appui de cette opinion M. Beau aime à citer encore l'exemple d'une famille, qui, ayant toujours vécu dans l'opulence et la considération publique, fut tout à coup frappée de malheurs inattendus. Les peines morales eurent sur plusieurs de ses membres des suites fâcheuses. Tous devinrent dyspeptiques, mais deux succombèrent. Ce fut un vieillard de soixante-dix ans, qui depuis trente ans portait à l'oreille gauche une petite verrue insignifiante. Mais sous l'influence de la dyspepsie et de l'anémie, qui en est la conséquence, il y sent bientôt des démangeaisons, des picotements; sa verrue prend de plus grandes proportions, et bref elle dégénère promptement en un cancer. On l'opère, mais il repullule, il se reproduit, et la mort en est bientôt le résultat.

Dans la même famille, un jeune homme, devenu dyspeptique par la même cause, fut bientôt emporté par les tubercules pulmonaires. Ces deux individualités, soumises par leur idiosyncrasie à la diathèse cancéreuse et tuberculeuse, n'auraient pas succombé probablement à ces affections, si la dyspepsie, produite par des causes morales, n'était venue, pour ainsi dire, mettre le feu à l'élément diathésique.

Nous ne pouvons résister au désir de raconter en deux mots un fait analogue, et que nous tenons de notre honorable ami, M. le docteur M........ C'est, au reste, ce que l'on peut observer chaque jour dans la pratique civile.

L'abondance et la joie régnaient dans une famille, et déjà on pensait à quitter les affaires pour jouir plus tranquillement des douceurs de la vie... Tout à coup des revers de fortune viennent dissiper les beaux rêves d'avenir, et nous voici plongés dans le désespoir. Il faut se remettre au travail, mais la peine morale est cuisante. Le mari, quoique jeune encore, et jusque-là bien portant, ne peut s'y résigner : il perd l'appétit, il devient dyspeptique, et bientôt il est frappé de tuberculisation.

Ce fut alors que sa femme, jusqu'à ce moment fort robuste, mais déjà fatiguée par ses peines morales antérieures, tourmentée maintenant par la maladie de son mari, forcée de passer les nuits pour subvenir, quoique incomplétement, aux besoins de chaque jour, ce fut alors que sa femme, soumise à toutes les privations, devint malade. Il y eut dyspepsie. Cependant on ne put diagnostiquer pendant des mois que les symptômes primitifs et secondaires de cette maladie. Mais à la mort de son mari, un chagrin violent vint aggraver l'état de l'estomac, et bientôt on reconnut les signes non équivoques d'un cancer qui emporta promptement la malade.

Nous pourrions renouveler à ce sujet les réflexions faites plus haut par M. Beau sur la famille dont il nous a exposé l'histoire.

On conçoit donc que le tubercule et le cancer ne soient qu'une conséquence de la dyspepsie. Il en est de même des scrofules. Nous n'en voulons pour preuves que les résultats du traitement antiscrofuleux. On guérit les scrofules à l'aide des toniques et des amers. Pourquoi? Parce que l'organe de la digestion, affaibli, a besoin de tonification pour reprendre ses fonctions physiologiques. Les toniques et les amers remplissent ce but, et la diathèse scrofuleuse cesse de se manifester. Comme le dit à son nombreux auditoire M. Beau, les faits de ce genre sont trop communs pour qu'on puisse en citer des exemples; tout le monde en connaît. Cependant il veut bien nous en rappeler un qui l'a frappé singulièrement. C'était en 1848. A la suite de cette époque critique, un étudiant en médecine eut beaucoup à souffrir moralement et physiquement, et il devint dyspeptique. Bientôt il se vit affecté de tumeurs strumeuses énormes, quoique jusque-là il se fût toujours bien porté. Les causes étant persistantes, le traitement n'eut aucun succès, et le malade succomba un peu plus tard à la tuberculisation.

Parlerons-nous de la syphilis? Il est évident que la dyspepsie est étrangère à la production des symptômes primitifs; mais il n'en est pas de même des symptômes syphilitiques tertiaires, et c'est surtout ici que l'influence de la dyspepsie est patente. Elle est aussi évidente que pour le cancer et le tubercule. Les auteurs le disent eux-mêmes, quand ils insistent sur le danger des causes morales et de la mauvaise nourriture pour l'aggravation de la syphilis.

A l'appui de cette opinion, M. Beau rapporte un fait tiré de sa pratique.

Il fut consulté un jour par un homme de quarante ans environ, habituellement dyspeptique, qui portait à la langue une tumeur dure simulant un cancer; c'était un tubercule syphilitique de la langue, qui céda un peu à un traitement antisyphilitique, mais qui ne disparut pas complétement. Quelque temps après, cet homme fut affecté de fièvre typhoïde; cette maladie se termina bien, et fut suivie d'une convalescence rapide. Les fonctions digestives devinrent excellentes, meilleures que jamais, et pendant huit mois environ la santé fut magnifique. Eh bien, chose remarquable, pendant tout ce temps la langue reprit son aspect naturel et normal, et les tubercules syphilitiques ne reparurent que lorsque, au bout de quelques mois, la dyspepsie reparut sous l'influence de causes morales.

Il en est de même de toutes les diathèses, et la goutte ne fait pas exception. Qui ne sait que le grand Sydenham fut torturé par des accès de goutte, mais qui ne sait aussi que d'abord il fut atteint de dyspepsie?

Parlerons-nous maintenant des maladies de la peau? Nous savons qu'elles résultent souvent du mauvais état de la digestion. Citons pour exemple la lèpre : sa cause la plus commune n'est-elle pas une mauvaise alimentation? En Suède, c'est le poisson pourri qui l'engendre; en Syrie, c'est la viande de porc. Cette dernière substance alimentaire n'est pas mauvaise cependant en toute saison. En hiver, on peut la manger impunément; en été, il y aurait danger de le faire dans les climats chauds. C'est pour prévenir les accidents qu'en Italie et dans le midi de la France il est défendu d'en faire usage pendant la saison des chaleurs. La viande prise en contravention est jetée à la mer.

Tout le monde sait que l'érythème, qui chez l'enfant à la mamelle se développe aux fesses, aux cuisses, aux talons, est le résultat d'une mauvaise alimentation, de la mauvaise qualité du lait de la nourrice.

Influences externes. — Nous pourrions, dit M. Beau, nous étendre longuement sur les influences endémiques, épidémiques, sporadiques, car le sujet est immense; mais nous ne parlerons que de quelques-unes de ces influences, et seulement pour vous prouver jusqu'à l'évidence la grande part réservée à la dyspepsie dans le développement des maladies.

Nous avons vu que le dyspeptique devenait bientôt anémique, et, affaibli, perdait ainsi le pouvoir de résister aux influences mauvaises qui l'environnaient. Prenons pour exemple la pellagre, dont il a été tant parlé en France pendant quelques années.

La pellagre (*pellis ægra*, peau malade) est endémique en Lombardie, dans les Asturies, où elle porte le nom de *mal de Rose*, dans le midi de la France, et notamment dans le département des Landes. Il n'est pas rare d'en rencontrer des cas à Paris, et dans ce moment encore on peut en observer un dans le service de M. Beau, sur une marchande des quatre saisons.

Nous savons que la pellagre est un érythème de la peau survenant à l'occasion de son exposition à un soleil ardent. Il se montre sur toutes les parties du corps exposées au soleil, aux mains, à la face, au cou, au dos. C'est une inflammation qui arrive parce que la peau est trop faible pour résister à l'action solaire.

On s'est beaucoup efforcé de découvrir la cause de cette maladie.

On a dit que c'était la misère, mais les riches n'en sont pas toujours exempts.

On a surtout accusé le maïs, et M. Balardini a ajouté que c'était le maïs altéré. M. Roussel s'est rallié à cette opinion; mais dans les Landes, on ne mange pas de maïs. La principale nourriture est la bouillie de millet.

La cause de la pellagre ne se trouve pas dans telle ou telle alimentation. Pour le médecin de la Charité, les causes sont nombreuses; ce sont toutes celles des dyspepsies, et pour lui la pellagre n'est autre chose qu'une dyspepsie présentant comme lésion de tissu l'érythème dû à l'insolation.

Encore un mot à ce sujet. M. Baillarger a voulu établir un certain rapport entre la pellagre et l'aliénation mentale; il a dit *que les folles étaient pellagreuses*. C'est vrai, mais toutes les folles ne sont-elles pas dyspeptiques, ne subissent-elles pas l'influence du soleil, et dès lors ne doivent-elles pas devenir pellagreuses?

L'érythème des fesses chez les nouveau-nés se trouve dans le même cas. La cause, comme nous l'avons dit plus haut, est une dyspepsie occasionnée par une mauvaise alimentation. L'enfant est affaibli, et sa peau ne peut résister au contact de l'urine et de ses matières fécales.

L'enfant est-il en bonne santé, il n'y a rien de semblable. Sa peau, malgré le même contact, se conserve parfaitement saine.

Les mêmes réflexions peuvent s'appliquer encore aux affections inflammatoires, et la médecine de Stoll est basée presque tout entière sur l'observation des prédispositions aux phlegmasies que donne l'état saburral des voies digestives. L'individu dyspeptique est affaibli; il ne peut réagir contre l'action du froid, et il contracte une angine, une pneumonie, une péritonite, etc.

Un fait bien remarquable, et qui vient corroborer, affirmer les idées de M. Beau, c'est celui qu'a observé M. Claude Bernard dans ses expériences sur la capillarité. Dans ses nombreuses et savantes vivisections, il a remarqué que lorsqu'il enlevait les ganglions cervicaux à des chiens vigoureux, pleins de santé, les plaies se cicatrisaient promptement et sans le moindre accident; mais qu'au contraire, lorsque les chiens étaient faibles, anémiques, il était ordinaire de voir se développer, le quatrième ou le cinquième jour après l'opération, des pleurésies purulentes du côté des ganglions opérés.

La même loi, pour ainsi dire, est applicable aux influences épidémiques et paludéennes. C'est ainsi que le choléra, par exemple, n'attaque guère que les personnes souffrantes, les malheureux se nourrissant mal, les dyspeptiques, les anémiques. Dans les pays paludéens, tant que l'estomac fonctionne bien et qu'il a une bonne nourriture, on n'a rien à craindre.

Parlerons-nous de l'angine granuleuse (pharyngo-laryngée) de Chomel? Mais elle est toujours précédée de dyspepsie; et, en effet, elle se montre surtout chez les fumeurs et chez les personnes qui parlent beaucoup, principalement après le repas; et nous savons que ce sont là des causes puissantes de dyspepsie.

Les chirurgiens ont fait la même remarque pour les affections traumatiques. Dans le cas où l'estomac fonctionne bien, les plaies se cicatrisent promptement. S'il y a dyspepsie, au contraire, tout languit et la cicatrisation se fait longtemps attendre, et souvent même il y a des accidents de tous genres.

Pour les fractures, la consolidation ne se fait aussi que difficilement.

Cependant, avant de terminer, faisons une dernière remarque, c'est que pour contracter une maladie quelconque, il faut réunir deux conditions : d'abord être plus ou moins anémique (dyspeptique), et ensuite avoir l'aptitude spéciale à cette affection morbide. Dans toute maladie, il y a ces deux facteurs. Cette idée est féconde en applications.

Nous pourrions étendre bien plus longuement ce chapitre des symptômes du troisième ordre, contre lequel surtout on s'est fortement élevé. On a dit que la dyspepsie était la conséquence des lésions organiques au lieu d'en être la cause. C'est possible, et dans ce cas la dyspepsie serait consécutive; mais il y en a certainement une autre qui est primitive et qui précède les affections organiques.

La dyspepsie peut être appelée patente, quand les symptômes primitifs sont très-évidents; latente, quand ils sont peu marqués, et larvée quand ils sont masqués par les symptômes secondaires ou par ceux du troisième ordre.

Étiologie. — Les causes de la dyspepsie sont nombreuses. Nous ne citerons que les principales, et pour mettre de l'ordre dans cette exposition, nous diviserons la dyspepsie en idiopathique et en symptômatique.

Dyspepsie idiopathique. — Pour énumérer ses causes, il faut passer en revue toutes les choses non naturelles de l'hygiène.

Ingesta, aliments. — Les aliments insuffisants ou altérés, ceux qui sont mal triturés par défaut de dents, ou insuffisamment salivés, alors même qu'ils seraient de bonne nature, font naître la dyspepsie. Les repas irréguliers produisent un résultat semblable. Il en est de même des repas trop rares, du jeûne, de l'abstinence. Une alimentation composée des mêmes substances, et continuée pendant un certain temps, deux mois par exemple, produit encore la dyspepsie. Ce fait est bien connu en Écosse, où les domestiques, en se gageant, spécifient comme clause qu'ils ne mangeront du saumon qu'un certain nombre de fois par semaine. Quant aux légumes, en général ils sont mal supportés par l'estomac.

Boissons. — Rien de plus mauvais pour les voies digestives que l'alcool, et même, en général, tout liquide pris en grande quantité, sans en excepter le thé, le café, fût-il au lait, et même la tisane. On ne doit user des boissons qu'au moment des repas, pour délayer les aliments, et jamais dans leur intervalle. Comme pour les aliments, on ne peut pas, sans inconvénient pour les organes digestifs, continuer trop longtemps l'usage des mêmes liquides, fussent-ils médicamenteux. C'est ainsi que le vin de quinquina et l'eau de Seltz, dont l'emploi modéré tonifie l'estomac, peuvent fatiguer bientôt les voies digestives. Parlerons-nous du vinaigre, que certaines jeunes filles prenneut en grande quantité dans l'intention de se faire maigrir? Certainement elles arrivent au résultat désiré, mais c'est en se donnant une dyspepsie avec toutes ses conséquences.

En un mot, pour ce qui regarde les ingesta, une bonne babitude pour éviter la dyspepsie, c'est de se soumettre à des repas réguliers, à des repas faits à heures déterminées. Il est aussi des personnes qui ne peuvent manger seules sans avoir de mauvaises digestions.

Circumfusa. — La température de l'air a une action manifeste sur les voies digestives. Qui ne sait que l'air vif des montagnes augmente l'appétit, et qu'on le perd souvent en descendant dans la plaine? Dans les grandes chaleurs on perd le désir de manger et on digère mal. Il en est de même pour certaines personnes quand arrive la saison froide. Nous en dirons autant de l'air vicié par les miasmes paludéens. La dyspepsie précède la *cachexie paludéenne*. Ainsi, dans la Bresse, ainsi à Montbrison, au moment des fièvres automnales (septembre), les habitants perdent l'appétit, le teint et les forces. Les poussières des manufactures de tabac et des fabriques de coton donnent d'abord naissance aux troubles de l'estomac, puis viennent la chlorose et plus tard les tubercules. Les émanations saturnines troublent d'abord les fonctions de l'estomac avant de produire les symptômes de la colique. La privation de la lumière donne lieu à l'anorexie chez les prisonniers et les ouvriers mineurs.

Applicata. — Nous ne parlerons que des corsets, qui sont bons ou mauvais, suivant leur forme et leur plus ou moins d'élasticité. Ils ne doivent jamais être trop serrés.

Généralement aussi, pendant l'hiver, on ne porte pas de vêtements assez chauds, et plus d'une fois on a vu guérir des dyspepsies en prenant la simple précaution de se couvrir davantage.

Excreta. — Ce qui doit ici attirer notre attention, c'est surtout l'excrétion du lait. Combien de nourrices dyspeptiques par suite de l'allaitement! C'est qu'ordinairement il y a chez elles insuffisance de l'alimentation.

Les pertes trop fréquentes de sperme produisent un résultat semblable, de même que la salivation trop abondante déterminée par l'action du tabac. Il suffit de fumer avant le repas pour diminuer ou enlever l'appétit. A la perte de salive vient encore s'ajouter l'action toxique de la nicotine.

Gesta. — Les exercices musculaires poussés jusqu'à la fatigue donnent la dyspepsie; ainsi beaucoup de domestiques entrent dans les hôpitaux atteints de cette maladie, parce qu'elles ont été obligées de frotter les appartements. Cependant on peut être averti des conséquences de la fatigue musculaire. L'ouvrier qui après avoir travaillé davantage mangera davantage, n'a rien à craindre; celui-là est un bon ouvrier. (C'est aussi ce que l'on ob-

serve chez les chevaux, et ce que les maquignons ne manquent pas de faire remarquer.) Mais celui qui perdra l'appétit devra prendre des précautions, car il deviendrait promptement dyspeptique.

Les veilles prolongées donnent lieu au même résultat. Rien n'est aussi plus funeste que de parler longtemps après le repas, pendant la digestion. Des professeurs, devenus dyspeptiques parce qu'ils faisaient leur cours en sortant de table, ont guéri en changeant leurs heures. Un vieux militaire, qui tous les soirs lisait à sa femme et à haute voix les quatre pages du *Constitutionnel*, guérit également en cessant ses lectures.

La dyspepsie est encore produite par le défaut d'exercice (prisonniers), et par le sommeil dans le jour, et de là le dicton populaire : *Qui dort dîne.*

Percepta. — Les fatigues de l'esprit et les préoccupations morales ont un grand retentissement sur les fonctions digestives, et les gens de cour et les ambitieux sont souvent dyspeptiques. La haine, l'orgueil, l'envie, la jalousie, le chagrin occasionné par la perte des biens ou d'une personne chérie, produisent aussi le même effet. Cette dernière passion (la jalousie) se rencontre même chez les petits enfants. Ils sont jaloux des caresses faites à leur frère ou sœur récemment venu de nourrice.

On doit placer ici la nostalgie (mal du pays), qui n'est autre chose qu'une dyspepsie (avec symptômes primitifs; secondaires ou tertiaires) produite par le regret du pays natal.

Causes traumatiques. — En dehors des six choses non naturelles de l'hygiène, il y a encore des causes mécaniques, et sous ce titre nous rangeons les coups, les contusions, les chutes sur l'estomac.

Nous devons faire remarquer aussi que les cordonniers sont fréquemment dyspeptiques, ce qui s'explique par les petits chocs répétés à l'épigastre que nécessite leur profession.

De toutes les causes que nous venons d'énumérer, les unes sont directes (*ingesta*, *applicata*, coups sur l'estomac, etc.), parce qu'elles agissent directement sur l'organe gastrique; les autres sont indirectes (*circumfusa*, *gesta*, *excreta* et *percepta*), parce qu'elles agissent sur les voies digestives par des intermédiaires peu connus.

Toutes ces causes peuvent se combiner entre elles pour produire la maladie; ainsi l'insuffisance alimentaire, le chagrin et le travail excessif, rendront dyspeptique le père d'une nombreuse famille frappé par la perte de ses économies et travaillant avec excès pour subvenir aux besoins de chaque jour. La chaleur, l'absence de vin et de viande, la mauvaise alimentation, le chagrin, feront naître la pellagre. Le prisonnier perd l'appétit et devient anémique par défaut d'air et de lumière, par défaut d'exercice et d'une alimentation convenable, et aussi par le chagrin et les grandes préoccupations morales.

Dyspepsie symptomatique. — Dans toutes les affections graves, pneumonie, pleurésie, etc., les fonctions digestives sont troublées. Les malades perdent l'appétit, l'estomac ne digère plus; c'est bien là une dyspepsie, mais elle passe inaperçue, et ce n'est pas d'elle dont nous voulons parler : c'est de la dyspepsie symptomatique, qui dépend de lésions peu apparentes, et qui pourrait être confondue avec la dyspepsie idiopathique.

Ces maladies sont situées :

1° Dans le tube digestif;

2° En dehors de ce tube.

D[r] A. NICOLAS.

EMPLOI EXTERNE DE L'ACIDE CHLORHYDRIQUE.

Il résulterait de recherches du professeur Kletzinski que la peau, mise en contact avec de l'acide chlorhydrique aussi concentré que le permet la sensibilité de la partie sur laquelle on l'applique, ou mélangé, pour en atténuer l'action locale, avec de la glycérine, exhale de 27 à 80 pour 100 plus d'acide carbonique, et de 7 à 12 pour 100 plus d'eau qu'une autre partie de peau privée de ce contact. — Conduit par ce fait à essayer l'acide chlorhydrique contre plusieurs maladies de la peau, M. Kletzinski a obtenu les résultats suivants :

1° L'acide chlorhydrique peut rétablir les fonctions de la peau momentanément troublées, en stimulant la circulation locale, etc. Aussi guérit-il parfaitement l'état cyanosique des mains causé par le froid et les engelures, et, appliqué prophylactiquement, prévient-il ces affections.

2° Il diminue les sueurs si incommodes des pieds et des mains, et peut même, si son usage est suffisamment prolongé, les tarir définitivement.

3° Il modifie avantageusement une foule de dermatoses de la nature la plus variée, mais surtout l'acné folliculaire. Par ses propriétés stimulantes, il fait disparaître les taches et exsudations qui siégent dans la peau.

4° Appliqué convenablement, il ne porte aucune atteinte à l'intégrité de l'épiderme, dont il enlève même les rugosités et les callosités. De plus, il présente toutes les propriétés des meilleurs cosmétiques, en rendant la peau souple, serrée, et capable de mieux résister aux influences qui peuvent l'atteindre.

5° L'acide chlorhydrique devra être pur, exempt de fer et de chlore libre, et aussi concentré que la sensibilité cutanée le permet. On peut même parfois l'employer fumant. Après un quart de minute à une minute, on lave la partie avec de l'eau pure, et après avec du savon. L'auteur a trouvé que l'acide le plus concentré est supporté le plus longtemps par les mains, moins longtemps par les pieds, surtout par les orteils, et moins encore par la peau du front. (Traduit de l'allemand par les *Annales médic. de la Flandre occid.*, n° 5.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 août 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Note sur l'emploi du coaltar en médecine. — M. J. C. CALVERT adresse sous ce titre le travail suivant, qui a été présenté à l'Académie par M. Chevreul :

Je viens de lire dans le *Compte rendu* du 25 juillet dernier l'intéressante communication de M. Velpeau et les savantes remarques de mon maître M. Chevreul au sujet de la pâte désinfectante de MM. Demeaux et Corne. En conséquence des faits qui prouvent que le coaltar agit comme antiseptique, en empêchant la putréfaction des produits rejetés par la plaie, il est probable que cette pâte sera employée dans divers pays. Je crois n'être pas trop présomptueux en appelant l'attention de l'Académie sur les faits suivants, qui montrent combien on doit attacher d'importance à bien connaître la composition du goudron à employer.

La composition du coaltar varie énormément. Ainsi celui obtenu avec des houilles de Newcastle est composé presque exclusivement de naphtaline, celui du boghead de paraffine, et celui du Wigan-cannel-coal de henzine et acide carbolique, celui des houilles du Staffordshire de peu de henzine, d'acide carbolique et de beaucoup d'huile lourde ou de carbures d'hydrogène neutres, ainsi que le prouvent les résultats suivants :

	Produits volatils. Benzine.	Acide. carbolique.	Carbure. H. neutre.	Paraffine.	Naphtaline.	Pitch.
Boghead. . .	12	3	30	41	0	14
Cannel. . . .	9	14	40	0	15	22
Newcastle. .	2	5	12	0	58	23
Staffordshire.	5	9	35	0	22	29

D'après les nombreuses expériences que j'ai faites pour connaître quel était dans le goudron le produit qui empêche la putréfaction des matières organiques animales lorsqu'on les met en contact avec eux, j'ai trouvé que la paraffine, la benzine, la naphtaline et l'huile lourde de houille n'avaient que peu de pouvoir antiseptique, mais que l'acide carbolique possédait cette propriété au plus haut degré.

Ainsi en 1851, à l'École de médecine de Manchester, des cadavres injectés avec une dissolution faible de cet acide se sont parfaitement conservés pendant plusieurs semaines; à la même époque, un morceau de chair de cheval, trempé dans l'acide et exposé aux intempéries des saisons, s'est conservé plus de trois ans sans décomposition.

Un millième d'acide carbonique, ajouté pendant l'été à de l'urine, la conservait fraîche pendant trois à quatre semaines, fait dont j'ai tiré avantage lors de mes recherches sur la présence de l'acide carbazotique dans les urines; et je me permettrai d'appeler spécialement l'attention des médecins sur cette propriété de l'acide carbolique, qui peut être de la plus grande utilité. Enfin, des peaux d'animaux, frottées intérieurement avec cet acide, se sont conservées sans vermine pendant plusieurs années.

J'ai publié en 1855, dans *Edimburg new Philosophical Journal*, un petit mémoire sur l'application de l'acide carbolique ajouté en minime quantité, 0,001, pour empêcher la fermentation gallique ou la conversion de l'acide tannique en acide gallique dans les extraits de matières tannantes livrées au commerce, tels que sumac, dividivi, etc., ce qui a permis depuis lors aux fabricants d'extraits de matières tannantes de les conserver pendant plusieurs mois.

Remarques de M. CHEVREUL *à l'occasion de la communication de M. Calvert.*

A l'occasion de la note de M. Calvert, je ferai remarquer les inconvénients résultant de l'absence de toute règle de nomenclature. Mais reconnaissons avant tout l'à-propos de cette note indiquant la diversité de composition d'une matière portant un nom unique, *coaltar*. Effectivement la composition immédiate du *coaltar* étant indéfinie, il pourrait arriver, si réellement le bon effet de la poudre de MM. Demeaux et Corne tient à un certain principe immédiat, par exemple à l'acide carbolique, comme le croit M. Calvert, que ce principe manquant dans un tel échantillon de *coaltar*, la poudre dans laquelle cet échantillon entrerait serait inefficace. Voilà une conséquence possible de l'emploi d'une matière dont la composition est indéfinie, et le nom unique.

Maintenant, qu'est-ce que l'acide carbolique préconisé par M. Calvert? C'est un solide cristallisable, obtenu de la distillation d'un assez grand nombre de matières d'origine organique, et en particulier de certaines houilles. La connaissance de ce corps, dont la découverte appartient à M. Runge, remonte à l'année 1834; il n'a pas reçu moins de cinq noms, *acide carbolique*, *phénol*, *acide phénique*, *alcool phénique*, *hydrate de phényle*, tous noms ayant chacun une signification relative à une certaine composition qu'on attribue au corps auquel on donne ce nom.

Ceux qui pensent que les difficultés inhérentes aux sciences naturelles sont assez grandes pour ne pas les augmenter, n'hésiteront pas à blâmer les dénominations irréfléchies données à un même corps.

J'ai l'honneur d'annoncer à l'Académie que je poursuis mes expériences sur les saveurs et les odeurs, et que je ne tarderai point à lui communiquer la solution de plusieurs questions qui m'ont occupé depuis la publication de mes *Considérations générales sur l'analyse organique et sur ses applications* (1824).

D'anciennes expériences sur les saveurs de plusieurs acides organiques ont été répétées, et j'ai pu constater la modification que ces acides reçoivent dans leur manière d'agir sur le goût de leur union avec une matière organique neutre qui neutralise ou atténue quelques-unes de leurs propriétés organoleptiques, notamment la saveur, sans pourtant neutraliser leur pouvoir de saturer les bases salifiables.

J'ai constaté que l'astriction ou la stypticité, conformément à ma manière de penser déjà ancienne, n'est point, à proprement parler, une saveur, parce qu'il est possible, en mettant dans la bouche une matière astringente douée en même temps d'une saveur sucrée ou amère, de ne percevoir que la sensation de l'astriction ou de la stypticité sans aucune sensation de sucré ou d'amer.

La saveur sucrée, la saveur amère, existent certainement.

La difficulté réelle de mes recherches actuelles concerne les goûts ou odeurs dites métalliques. Si les expériences que j'ai tentées ne me donnent pas bientôt un résultat satisfaisant, je me déciderai à les ajourner et à publier mes recherches sur les saveurs. Enfin, j'espère être bientôt en mesure de donner plus de précision à quelques considérations générales relatives aux sens de l'ouïe, de la vue, de l'odorat et du goût. (Commissaires, MM. Chevreul, Velpeau et J. Cloquet.)

Emploi du perchlorure de fer dans le traitement des plaies dites purulentes. — M. A. TERREIL fait la communication suivante :

Au moment où l'attention des savants est fixée sur l'action désinfectante que le mélange de plâtre et de goudron de houille de MM. Corne et Demeaux exerce sur les matières organiques animales en putréfaction, j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie, par quelques observations relatives au même phénomène, l'action que le perchlorure de fer exerce sur les liquides de l'économie animale en général, et en particulier sur les liquides albumineux purulents qui s'écoulent des plaies de mauvaise nature.

Le perchlorure de fer, en dissolution bien neutre et très-concentrée, a la propriété non-seulement de coaguler les liquides albumineux quelle qu'en soit la nature, mais encore d'en arrêter la putréfaction et même d'en opérer la désinfection lorsqu'ils répandent une mauvaise odeur. De l'albumine de l'œuf, du sang et d'autres liquides albumineux ont été conservés pendant plusieurs mois, sans donner trace de décomposition, après avoir été coagulés de cette manière.

Il est facile d'expliquer, dans ce cas, la manière d'agir du perchlorure de fer, puisqu'on sait que ce composé contracte une combinaison avec l'albumine; combinaison imputrescible dans laquelle l'albumine est modifiée par du chlore qui lui cède le perchlorure de fer qui passe à l'état de protochlorure comme l'indiquent les réactifs.

Le coagulum produit par le perchlorure de fer, dans les liquides albumineux, est soluble dans un excès de perchlorure de fer lorsque celui-ci est peu concentré : un excès du liquide albumineux le redissout également; il est très-soluble dans une eau légèrement ammoniacale; enfin, soumis à l'action des acides minéraux concentrés, il se divise en grumeaux noirâtres qui n'ont plus d'adhérence et qui dégagent une odeur particulière.

Je dirai en terminant que l'emploi du perchlorure de fer dans les hôpitaux, quoique bien généralisé aujourd'hui comme hémostatique, n'a pas rendu encore tous les services qu'on doit attendre de ce réactif, parce que le perchlorure de fer dont on fait usage dans les hôpitaux est toujours mélangé à une grande proportion d'acide libre, qui, tout en détruisant l'efficacité du perchlorure de fer, apporte son action corrosive sur les parties organiques mises en contact avec lui. Je crois donc important d'indiquer ici la composition d'une dissolution de perchlorure de fer, que j'ai déjà eu l'honneur de communiquer à l'Académie de médecine, et qui présente tous les avantages qu'on peut tirer du perchlorure de fer :

Perchlorure de fer anhydre cristallisé.	20 gram.	ou 1 partie
Eau distillée.	80 —	4 —

Cette dissolution, composée comme hémostatique, employée dans cet état de concentration ou étendue de son volume d'eau, opère la coagulation et la désinfection des liquides purulents qui s'écoulent des plaies de mauvaise nature, et peut-être la guérison de celles-ci serait-elle la conséquence de l'emploi longtemps soutenu du perchlorure de fer, comme je le propose. (Commissaires, MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

— MM. Bataillé et Guillet donnent lecture d'une communication ayant pour titre : *Expériences concernant l'emploi en chirurgie de l'alcool et des composés alcooliques*, dont l'examen est renvoyé à une commission composée de MM. Chevreul et J. Cloquet.

— M. FORGET, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg, prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour une place vacante de correspondant de la section de médecine et de chirurgie. Il rappelle qu'il a eu déjà l'honneur, dans une précédente élection (26 février 1856), de voir son nom placé sur la liste, et qu'à cette époque il avait adressé une liste complète de ses travaux; aujourd'hui il se contente de mentionner ceux qui lui semblent les principaux titres à la distinction qu'il sollicite.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 juillet 1859. — Présidence de M. GUERSANT, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. MALLEZ écrit une lettre dans laquelle il prie la Société de considérer la note qu'il a lue dans la séance précédente et la présentation de son uréthrotome comme des titres à l'appui de la demande qu'il adresse pour être nommé membre titulaire. (MM. Elleaume, Mattei, Bossu.)

Tumeur hydatique sus-mammaire. — M. DUVIVIER présente plusieurs hydatides qu'il a retirées d'une tumeur située sous la fosse sous-claviculaire, chez une femme qui présente du reste quelques particularités intéressantes. M. Duvivier se propose de donner dans une des prochaines séances une observation détaillée de ce fait assez rare.

Épidémie de diphthérite. — Emploi du chlorate de potasse. — M. GUERSANT. Le premier semestre de cette année a présenté à l'hôpital des Enfants une épidémie de diphthérite assez grave. Ainsi nous avons eu environ 450 à 460 cas de croup. Je veux vous parler ici de trois cas assez singuliers qui se sont présentés dans ma pratique civile. Dans un court espace de temps j'opérai trois phimosis chez trois enfants demeurant dans des quartiers différents et appartenant à des familles vivant dans l'aisance. Trois jours après les plaies se couvrent de diphthérite, et chez deux de nos malades l'affection a gagné les amygdales. Dans les trois cas j'administrai le chlorate de potasse; les enfants ont guéri. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que chez l'un de ces malades, la mère a contracté la diphthérite dont elle a

guéri ; chez un autre le père, un frère et deux domestiques ont été atteints. Tous ces malades guérirent, excepté le frère, qui, âgé de 21 ans, vivement frappé de son mal, mourut, comme meurent tous les adultes, d'une sorte d'empoisonnement, d'une asphyxie lente. Ainsi donc voilà trois cas qui pourraient donner lieu à un certain nombre de réflexions intéressantes. Je désire seulement attirer l'attention de la Société sur ce fait, qu'en temps d'épidémie de diphthérite on devrait remettre toute opération qui n'est pas urgente.

M. BOSSU. Je désire faire une remarque qui se rattache à une question d'hygiène. Les familles des trois malades dont vient de nous parler M. Guersant, ne sont pas juives ; dans ces trois cas on pratique la circoncision et il en résulte une complication extrêmement grave ; on doit donc conclure que la circoncision pratiquée journellement par les Israélites n'est pas sans gravité. D'un autre côté il serait curieux de savoir si, à l'époque où M. Guersant opérait les malades, la circoncision pratiquée sur les juifs amenait des accidents semblables.

M. DUHAMEL. Aujourd'hui il ne paraît pas douteux que la diphthérite soit une affection générale. Les faits cités par M. Guersant présentent une singularité sur laquelle je veux attirer l'attention, c'est la relation qui existe entre les organes génitaux et la gorge. J'ai vu un cas semblable chez une petite fille de cinq ans, qui fut atteinte de diphthérite des organes génitaux, diphthérite qui ensuite a gagné les amygdales. Cette petite malade a guéri par l'emploi du chlorate de potasse.

M. GUERSANT. Cette relation entre les organes génitaux et la gorge n'est pas rare, et j'ai eu souvent l'occasion de la constater. Je désire savoir ce que M. Duhamel pense de l'emploi du chlorate de potasse dans les affections croupales.

M. DUHAMEL. Je considère le chlorate de potasse comme le meilleur médicament dans ces affections. Dernièrement encore, j'ai soigné un adulte atteint d'angine couenneuse ; j'ai administré le chlorate de potasse, et le malade a parfaitement guéri.

M. MILON. J'ai eu l'occasion de faire des études particulières sur le chlorate de potasse au point de vue physiologique et pathologique. Pour moi, le chlorate de potasse n'a une action réelle que dans les affections de la cavité buccale : ce sel est éliminé en nature par les glandes et glandules salivaires. Il a dans la stomatite ulcéro-membraneuse une action topique ; il donne à la muqueuse de la bouche une excitation que l'économie affaiblie était impuissante à lui communiquer, et en vertu de laquelle cette membrane recouvre une vitalité qui permet aux ulcérations de se déterger et de se cicatriser. Cette action dure peu ; au bout de trente-six heures, on ne trouve plus trace de chlorate de potasse dans la salive ; mais, je le répète, cette action du chlorate de potasse n'est réelle que pour les affections de la cavité buccale.

Quand la diphthérite gagne la trachée et les bronches, cette action cesse ; il est probable, comme le pensent MM. Sée et Boucbut, que le chlorate de potasse n'est pas éliminé par les glandes et glandules du pharynx et de la trachée. J'ai pu faire l'observation suivante chez trois malades trachéotomisés, et qui prenaient exactement du chlorate de potasse. J'ai recueilli avec le plus grand soin toutes les mucosités et débris pseudo-membraneux rejetés par la canule, et jamais je n'ai pu retrouver la moindre trace de chlorate par le réactif de Fresenius, tandis que la salive révélait constamment la présence du chlorate de la manière la plus nette. En résumé, je crois que l'action du chlorate de potasse est réelle quand la diphthérite est localisée à la cavité buccale, mais que cette action est nulle quand l'affection gagne le larynx et la trachée.

M. GUERSANT. Je possède un certain nombre de faits en faveur du chlorate de potasse, mais je dois dire que ce médicament ne m'a réussi que dans la première période de la diphthérite ; quand les fausses membranes gagnent le larynx, lorsqu'il y a suffocation, j'abandonne cette médication. Comme M. Duhamel, je suis disposé à reconnaître une action spéciale du chlorate de potasse dans la diphthérite ; je crois qu'il possède non-seulement une action locale, mais encore qu'il modifie l'économie. Depuis quelques années, j'ai obtenu un plus grand succès chez mes opérés de la trachéotomie ; c'est que chez tous je donne avant et après l'opération du chlorate de potasse.

M. ARCHAMBAULT. Pour dire que le chlorate de potasse guérit la diphthérite, il faudrait employer ce médicament à l'exclusion de tous les autres, et c'est ce qui, je crois, n'a pas été fait, surtout dans un nombre de cas suffisant pour avoir une valeur réelle. D'un autre côté nous savons tous que tel moyen qui réussit bien dans une épidémie ne réussit plus dans une autre. Je demanderai donc à M. Guersant s'il a fait des expériences dans ce sens.

M. GUERSANT. J'ai employé le chlorate de potasse tantôt seul, tantôt avec les cautérisations ; mais toutes les fois que j'ai employé le chlorate de potasse seul, c'était au début de l'affection ; aussitôt que les étouffements arrivent, je fais vomir.

De l'influence du seigle ergoté sur les nouveau-nés.—M. DUHAMEL. Il a été fait, il y a quelques jours, à l'Académie de médecine, un rapport sur un travail de M. Deville, travail qui tendrait à prouver que les mort-nés sont plus nombreux qu'autrefois, et que l'on doit attribuer cette augmentation à l'emploi du seigle ergoté. Je crois qu'il y a là au moins une grande exagération. Employer l'ergot de seigle au commencement du travail, c'est une absurdité que tout praticien instruit ne commettra jamais. Mais quand la dilatation est complète et que le travail est ralenti, je vois tout avantage dans l'administration du seigle ergoté ; en dix minutes, un quart d'heure, l'accouchement se fait. Pour ma part, j'ai employé très-fréquemment le seigle ergoté, et je n'ai jamais eu d'enfant mort à la suite de son emploi.

M. FOUCART croit que M. Duhamel aurait tort d'attacher une trop grande importance au rapport lu et adopté par l'Académie de médecine sur le travail de M. Deville. Le rapport a trouvé son correctif dans la même séance. Avant de quitter la tribune, M. Danyau, après l'adoption des conclusions de son premier rapport sur le travail de M. Deville, relatif *aux dangers du seigle ergoté et à son influence sur la mortalité des enfants*, M. Danyau en a lu un second sur un mémoire de M. Chrestien, de Montpellier, intitulé : *De l'innocuité du seigle ergoté dans la pratique des accouchements* ; les conclusions des deux rapports, lus à la suite l'un de l'autre, sur des travaux dont les résultats étaient diamétralement opposés, ont été exactement les mêmes ; remerciments aux auteurs et dépôt du mémoire aux Archives. Cela peut paraître singulier, mais cela est.

M. MATTEI. La question de l'administration du seigle ergoté est importante. La fréquence plus grande des mort-nés est réelle ; plusieurs statistiques bien faites le prouvent. Mais je ne saurais en accuser le seigle ergoté ; pour moi, il faut l'attribuer aux principes d'expectation en obstétrie, principes mis en honneur par Mme Lachapelle. Pour cet auteur, les présentations du siége, du sommet, de la face, sont des présentations naturelles, et doivent être abandonnées à la nature. Or, je crois que dans ces cas, qui sont assez nombreux, la lenteur du travail peut amener la mort de l'enfant. Le seigle ergoté peut rendre de très-grands services, mais il faut dans son emploi beaucoup de sagacité, et nul doute que depuis quelques années les sages-femmes de Paris n'en aient fait un déplorable abus. Je préfère l'emploi du forceps, auquel je ne reconnais pas les mêmes inconvénients.

M. ARCHAMBAULT. On accuse le seigle ergoté de la grande fréquence des mort-nés. On fait remonter les statistiques à 1800, et l'emploi du seigle ne date que de 1824. Il ne me paraît pas plus juste d'accuser l'expectation, car jamais depuis vingt-cinq ans les médecins n'ont été plus fréquemment appelés pour les accouchements, et jamais aussi ils n'ont été plus appelés à intervenir dans les cas présentant quelques difficultés.

Le vice-secrétaire, Dr ELLEAUME.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 10 août 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Luxation dans la fosse obturatrice (ischio-pubienne de M. Nélaton) ayant présenté les caractères d'une luxation en haut et en arrière (iléo-ischiatique).

Léonard M..., âgé de 19 ans, natif de la Corrèze, est chargé, à Bourdon, de la surveillance des machines à vapeur.

Ce jeune homme, d'une constitution assez vigoureuse, voulut, dans la matinée du 9 avril dernier, attacher une courroie pendant que la machine était en mouvement ; mais s'étant trop approché de l'arbre, dont l'extrémité était garnie de boutons, il fut saisi et entraîné par sa blouse.

M... vit le danger qu'il courait ; mais conservant sa présence d'esprit, il enlaça cette tige mobile et suivit ainsi son mouvement de rotation, qui était très-rapide, car l'arbre faisait 25 à 30 tours à la minute ; mais bientôt à bout de ses forces, il fut lancé sur la muraille et vint retomber sur le sol.

On parvint cependant à arrêter le mouvement de la machine ; le blessé fut placé sur une voiture et transporté à l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Il accuse de vives douleurs à la tête et à la hanche gauche.

Une plaie contuse avec décollement de la peau s'observe à la région fronto-pariétale ; j'ai pu espérer, vu l'intégrité des facultés intellectuelles et sensitives, que le cerveau n'avait pas participé à la lésion de ses enveloppes. Malheureusement il n'en a pas été ainsi, car dix jours après l'accident il succombait aux suites d'une méningite.

Le membre abdominal gauche était porté dans l'adduction, la jambe à demi fléchie sur la cuisse, la cuisse sur le bassin.

L'extension était très-douloureuse, et lorsqu'on lui donnait cette position pour le comparer à celui du côté opposé, on trouvait un léger raccourcissement.

Ces symptômes nous font déjà présumer qu'il existe une luxation du fémur dans la fosse iliaque externe.

Après avoir placé le malade sur le ventre, nous constatons une saillie assez prononcée aux fesses, dont le pli paraît cependant un peu abaissé, si on le compare à celui du côté opposé. Le grand trochanter est porté en arrière.

Les mouvements d'adduction sont faciles, ceux d'abduction et de rotation en dehors sont au contraire douloureux. Enfin en exerçant une pression un peu forte, au-dessous de la crête de l'os des îles, on a la sensation d'un vide au niveau de la cavité cotyloïde.

Nous constatons aussi l'existence de quelques plis à la face interne de la cuisse, indiquant que les points d'insertion des muscles adducteurs sont rapprochés.

Tout semble confirmer l'existence d'une luxation en haut et en arrière.

La manière dont le blessé est tombé ne peut servir à éclairer le diagnostic, car la chute avait été trop prompte et trop violente pour qu'il ait pu en saisir le mécanisme.

La réduction a été simple et facile.

Léonard couché sur le côté sain, la cuisse luxée est fléchie à angle droit sur le bassin, la jambe sur la cuisse ; un lacs contre-extenseur est placé dans le pli de l'aine du côté malade et fixé à un poteau immobile. Le lacs extenseur est attaché solidement au-dessus du genou et confié à des aides qui ne devront commencer leurs tractions qu'aux premiers signes d'insensibilité produite par le chloroforme.

A un signal donné, une traction énergique est exécutée, et presque aussitôt un bruit caractéristique annonce que la tête du fémur a repris sa place.

L'examen du membre nous le confirme.

Nous étions loin alors de nous douter que le blessé dût succomber à d'autres lésions, et que nous aurions bientôt l'occasion de juger de l'état dans lequel se trouvaient les parties qui avaient été soumises à des tractions si violentes.

J'avais fait préparer avec soin la région fessière et disséquer les muscles qui la recouvrent, afin de montrer aux élèves le trajet qu'avait dû parcourir la tête du fémur et déterminer le point où elle s'était arrêtée.

Les trois fessiers étaient intacts ; la fosse iliaque externe n'offrait aucune trace de dépression. Je ne m'expliquais guère, je l'avoue, l'intégrité de cette partie.

La capsule fibreuse était entière dans ses trois quarts supérieurs, la déchirure existait seulement en bas et en dedans ; il était donc facile de voir que c'était par là qu'avait dû s'échapper la tête de l'os. On retrouvait, en effet, au-dessous de la partie correspondante de la cavité cotyloïde, une dépression circulaire creusée dans un tissu ramolli ; c'était dans ce point qu'elle était venue se placer.

Après avoir incisé la capsule et détaché le fémur pour mieux juger du déplacement imprimé à sa tête, il me fut facile de déterminer d'une manière plus précise la position de la nouvelle cavité qu'elle s'était creusée en abandonnant l'ancienne.

La tête de l'os occupait les deux tiers externes à peu près de la fosse obturatrice et une partie de la tubérosité de l'ischion ; c'était, en un mot, une luxation obturatrice ou ischio-pubienne.

Le muscle obturateur externe était déchiré et converti en une bouillie rougeâtre, qui occupait le fond de la cavité.

Comment concilier les symptômes observés pendant la vie avec le résultat de l'autopsie ?

Il est parfois difficile de mesurer un membre d'une manière bien précise. La contraction des muscles est douloureuse ; on peut s'en laisser imposer par la déviation du bassin, et lorsque la différence de longueur est peu sensible, il est facile de s'y tromper ; mais il n'en est pas de même de la rotation : celle-ci est déterminée par les nouveaux rapports qu'a contractés l'os déplacé. Dans le cas actuel, elle était tellement prononcée qu'elle sautait aux yeux.

Ce déplacement est entièrement opposé aux symptômes signalés dans tous les traités de chirurgie. Lorsqu'il s'agit d'une luxation ovalaire, le membre est porté dans la rotation en dehors.

Je n'ai pu en trouver l'explication que dans l'intégrité de la capsule fibreuse, qui n'était déchirée qu'en arrière et en bas ; c'est, du reste, comme on le sait, à cette cause que Boyer attribue le mouvement d'adduction dans la luxation en haut.

On dit, il est vrai, que le plus souvent la capsule fibreuse est déchirée dans toute son étendue à la suite de la luxation ilio-fémorale.

J'ai eu deux fois l'occasion d'examiner les pièces, et deux fois je l'ai trouvée intacte ; la déchirure était partielle et avait juste l'étendue nécessaire pour laisser passer la tête de l'os.

Le premier malade, chez qui j'ai pu constater le fait en question, avait été renversé le 14 février 1854 par un éboulement de terrain. La clavicule, plusieurs côtes avaient été fracturées ; il succomba à la déchirure d'un poumon.

Le fémur gauche avait été luxé en haut et en dedans, la réduction n'offrit aucune difficulté ; mais en examinant les parties déplacées, il fut facile de constater l'intégrité de la capsule fibreuse, qui n'avait été déchirée que dans sa partie supérieure.

La seconde observation concerne le malade actuel.

Il est présumable que le plus souvent les désordres sont portés plus loin ; mais en considérant ces faits comme exceptionnels, ils n'en ont pas moins une certaine importance, puisqu'ils peuvent servir à expliquer comment, dans la luxation ovalaire, le fémur, au lieu d'exécuter un mouvement de rotation en dehors, est porté en sens opposé.

Dans les deux cas cités, le ligament interne était déchiré.

M. VERNEUIL. Il y a dans l'observation de M. Fleury une assertion que je ne puis laisser passer. Cet auteur paraît croire qu'on admet généralement que dans ce genre de luxation il y a une déchirure complète de la capsule fibreuse. C'est une erreur. Si cela existe, cela ne doit être que dans des circonstances très-rares.

M. HOUEL, dont on a invoqué le témoignage, dit que, en effet, une pareille déchirure est très-exceptionnelle.

M. BROCA ajoute que Boyer, qui avait admis la déchirure de la moitié postérieure de la capsule, est encore allé beaucoup trop loin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Audé, né à Réaumur (Vendée) ; *Essai sur les enchondromes.*

Chargelaigue, né à Coubé (Vienne) ; *Des polypes du rectum.*

Hugon, né à l'île Maurice (colonie anglaise) ; *Des difficultés qu'on éprouve à lier les artères de la jambe après l'amputation de ce membre, et des moyens d'y remédier.*

Ollivier, né à Pirmil (Sartbe) ; *Du diabète sucré, et principalement de ses causes et de son traitement.*

Defrance, né à Castillon-Mertenne (Belgique) ; *De l'entraînement.*

Guillet, né à Ecouché (Orne) ; *De l'hémorrhagie puerpérale.*

Brocard, né à Rocheville (Meurthe) ; *Du bain, de la douche et des affusions froides dans le traitement de la folie et des névroses hystériques et hypochondriaques.*

Noël, né à Tours-sur-Marne (Marne) ; *Du typhus et de la fièvre typhoïde, précédé de la relation des deux épidémies du typhus léger* (typhus mitior).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de M. le maire d'Alger, M. le docteur Frison a été nommé chirurgien en chef du dispensaire de cette ville, en remplacement du docteur Ekelt, décédé.

— Un de nos confrères des départements, le docteur M..., avait été poursuivi d'injures calomnieuses, dans la rue, par un client qui l'accusait de s'être entendu avec la sage-femme du lieu *pour retarder un accouchement* et se ménager ainsi une consultation, et qui, de plus, niait avoir reçu les conseils de notre confrère dans son cabinet. Poursuivi en police correctionnelle pour délit d'injures et de calomnies publiques, le client a été condamné à une amende, à des dommages-intérêts et aux dépens. Devant le juge de paix, il a été condamné à payer les honoraires réclamés ; mais, ce qui fait l'intérêt de ce dernier jugement, c'est un incident relatif à la prescription. Le débiteur, voyant la réalité des soins médicaux établie par les livres du médecin, *montrés au juge de paix seul, en audience*, déclara que, ces soins remontant à plus d'un an, il invoquait l'article 2271 du Code civil ; mais il a été débouté sur ce chef par le motif que la contestation d'abord soulevée sur la réalité des soins donnés entraînait l'interruption civile de la prescription. (*Gazette hebdom.*)

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 99. — JEUDI 25 AOUT 1859. (32e ANNÉE.) N° 99. — JEUDI 25 AOUT 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 24 AOUT 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu dans cette séance une communication de M. Ch. Robin et une lecture de M. de Castelnau.

La communication de M. Ch. Robin est relative à une tumeur provenant des bulbes dentaires. Chargé par M. Letenneur (de Nantes) de communiquer à la Société de chirurgie l'observation d'un cas de tumeur fibreuse de la mâchoire inférieure, et de lui soumettre les pièces anatomo-pathologiques à l'appui, M. Forget, après examen anatomique de la tumeur, se crut fondé à considérer cette observation comme un exemple rare d'une transformation hypertrophique des divers éléments qui entrent dans la composition des organes alvéolo-dentaires, et comme *une maladie de la dentition*, en ce sens que c'était à l'époque de l'évolution des dents secondaires que les premières manifestations morbides s'étaient produites chez le sujet de cette observation. Toutefois, ne voulant pas s'en rapporter uniquement pour la détermination de la nature et de l'étiologie de cette production morbide aux données fournies par l'examen anatomique, M. Forget a prié M. Ch. Robin de soumettre cette pièce à l'examen microscopique.

C'est le résultat de cet examen pleinement confirmatif de l'opinion énoncée par M. Forget, que le savant micrographe a communiqué à l'Académie. Les détails de l'observation devant faire partie du prochain compte rendu de la Société de chirurgie, nous avons cru devoir nous abstenir de les reproduire. Nous nous bornons à signaler seulement dans le compte rendu de la séance le fait général que M. Robin a su faire ressortir de l'examen de cette pièce.

M. de Castelnau, qui avait commencé dans la séance du 12 juillet dernier la lecture d'un mémoire sur l'interdiction des aliénés, a terminé cette lecture dans la séance d'hier. Le sujet de ce mémoire est d'une grande importance et d'un haut intérêt. Nous regrettons de n'avoir pu consulter ce travail à loisir. Il nous serait impossible, sur une simple audition, de porter un jugement quelconque, soit sur le fond même de la question, soit sur la manière dont elle y a été traitée et envisagée ; et fussions-nous à même de le faire, nous ignorons jusqu'à quel point il nous serait loisible de discuter ici avec l'auteur les mérites ou les vices d'une loi en vigueur. Dans cette situation, nous ne pouvons donc que nous abstenir. Mais s'il ne nous est pas possible d'apprécier le mérite du fond et la justesse des critiques que M. de Castelnau a faites de la loi sur l'interdiction, nous nous plaisons du moins à reconnaître le mérite littéraire de son travail, et à constater le succès qu'il a obtenu devant l'Académie. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

Leçons cliniques sur la dyspepsie (1).

Maladies situées dans le tube digestif. — Nous pouvons citer d'abord la présence de la bile dans l'estomac ; c'est l'embarras gastrique, l'état saburral, c'est la dyspepsie bilieuse. Du duodénum la bile reflue dans l'estomac, ce qui survient surtout dans les grandes chaleurs et dans certaines épidémies.

Parlerons-nous de l'inflammation de l'estomac, de la gastrite de Broussais ? Elle ne se voit que rarement et presque uniquement dans les empoisonnements par des substances corrosives.

Le cancer de l'estomac, l'ulcération simple de cet organe, son ramollissement, etc., sont précédés d'une dyspepsie antérieure, idiopathique ; mais ces affections ne tardent pas elles-mêmes à produire une dyspepsie secondaire, symptomatique, laquelle vient doubler la dyspepsie initiale, et par conséquent augmenter son intensité.

La présence des vers (lombrics, tænia) dans le tube digestif peut donner lieu à tous les symptômes de la maladie qui nous occupe, et que nous pouvons appeler *dyspepsie vermineuse*. Quels sont, en effet, les signes indiqués pour reconnaître leur présence? La dyspnée gastrique, la boulimie, l'anorexie, la diarrhée, la dilatation des pupilles, la bouffissure de la face, les convulsions, la chorée, etc... Mais ce sont les symptômes primitifs ou secondaires de la dyspepsie idiopathique. La dyspepsie vermineuse ne diffère donc des autres que par l'existence des helminthes, et ceux-ci détruits, elle disparaît.

Enfin, nous citerons comme causes de dyspepsie l'inflexion vers l'estomac de l'appendice du sternum, et le pincement de l'épiploon par la ligne blanche.

Maladies situées hors le tube digestif. — Les dyspepsies symptomatiques de la matrice sont nombreuses. Le rôle que joue l'utérus dans l'existence de la femme est immense ; aussi sa santé est-elle souvent compromise par l'influence que cet organe exerce sur elle dans bien des circonstances de sa vie.

C'est d'abord à l'époque de la puberté. Beaucoup de jeunes filles ne se forment que difficilement. Elles éprouvent tous les symptômes primitifs de la dyspepsie, bientôt suivis de l'anémie, de la *chlorose commune, légitime* des auteurs, et de l'hystérie. Souvent cette dyspepsie utérine de la puberté se termine par la lésion consécutive *tubercule*.

Sur un certain nombre de femmes, les congestions cataméniales produisent le même effet, c'est-à-dire des troubles dans la digestion. Combien de jeunes filles sont malades à l'époque de leurs règles!

Parlerons-nous de la grossesse ? La dyspepsie de cet état est admise par tout le monde. On y trouve, en effet, tous les symptômes primitifs. Nous pouvons ainsi nous expliquer l'anémie globulaire démontrée dans la grossesse par MM. Andral et Gavarret. L'hydrémie est constante, et son but est pour M. Beau d'amener dans les tissus un état de relâchement qui leur permette de subir les ampliations nécessaires au développement et à la sortie du fœtus.

La santé de la femme est encore sous l'influence de son utérus à une autre époque de la vie, et que l'on a appelée *l'âge critique*. Les dyspepsies de cet âge produisent souvent des chloroses que l'on pourrait appeler *chloroses de retour*. Cette dyspepsie utérine de l'âge critique se termine souvent par la lésion consécutive *cancer*.

Enfin bien des dyspepsies dépendent d'affections de l'utérus, telles que le cancer, les granulations du col, les congestions, les déviations, etc.

Un mot maintenant sur l'influence de l'hérédité, du sexe, de l'âge.

Il est des familles dont l'idiosyncrasie est telle que tous les membres sont affligés de dyspepsie. La moindre cause suffit pour produire la maladie chez eux.

Relativement au sexe, les femmes sont plus sujettes à la dyspepsie que les hommes. Dans les villes, surtout dans les grandes, elles sont presque toutes dyspeptiques. Cette prédisposition est due à la double influence de l'utérus et du cerveau. Nous avons déjà parlé de l'action de l'utérus. Quant au cerveau, nous savons que la femme est plus nerveuse, plus sensible, plus impressionnable que l'homme. Son imagination est plus souvent excitée, et les peines morales viennent plus souvent la troubler. D'ailleurs sa situation de nourrice n'est-elle pas aussi une cause puissante de dyspepsie ? Et dans ce cas, celle-ci est ordinairement la conséquence d'une alimentation qui n'est pas assez réparatrice pour entretenir la sécrétion lactée en même temps que la santé. Il y a chez elle un bruit de souffle carotidien qui est le signe physique de l'anémie globulaire, symptomatique de la dyspepsie. Ce bruit de souffle sera donc une précieuse indication pour le choix d'une nourrice ; car, règle générale, on doit admettre que le lait d'une femme anémique ne saurait être bien nourrissant. Cependant, parfois, les enfants n'en souffrent pas. C'est qu'alors la sécrétion du lait reste exceptionnellement normale. Ce fait, quoique rare, peut s'observer dans les maladies les plus graves. Trois fois, à l'hôpital Cochin, M. Beau a vu des nourrices atteintes de fièvre typhoïde allaiter sans interruption leurs enfants, et ceux-ci continuer à se bien porter. Dans ces trois cas la sécrétion du lait n'avait point été troublée.

Quant à l'âge, nous rencontrons la dyspepsie dès la plus tendre enfance. Elle est due, dans ce cas, au lait mauvais ou insuffisant que sucent les enfants à la mamelle. Elle est la source de bien des indispositions ou maladies, telles que le muguet, les éruptions, l'amaigrissement, etc. Comme nous l'avons déjà mentionné, il y a chez eux un érythème urineux et qui peut être comparé à l'érythème solaire de la pellagre. Ce sont là des symptômes qui sont dus à l'action du soleil ou de l'urine agissant sur la peau affaiblie, et qui ne peut plus résister à l'énergie de ces agents.

Les vieillards sont aussi affectés de dyspepsie ; mais lorsqu'elle survient, elle détermine promptement chez eux des lésions graves, des symptômes du troisième ordre. En effet, on voit plus ou moins rapidement se développer des lésions organiques ; ce sont le cancer, l'apoplexie, le ramollissement du cerveau, les maladies du cœur, les affections des voies urinaires, etc.

Cause prochaine. — Quelques progrès qu'ait faits dans ces dernières années la physiologie de la digestion, nos connaissances sont encore trop limitées pour préciser la pathogénie des différentes dyspepsies. Nous savons aujourd'hui que les aliments albuminoïdes font la fibrine, que les féculents font les matières sucrées, que les corps gras sont émulsionnés par le suc pancréatique, et que tous ces produits pénètrent dans le sang par les veines de la veine-porte ou par les vaisseaux lactés. Il est probable que la diminution ou l'altération de ces produits détermine différentes lésions dans la composition du sang. Mais il est impossible de dire précisément comment dérivent de là les anémies globulaire, fibrineuse, albumineuse. Il n'est pas davantage possible de dire quelles sont les dyspepsies qui résultent d'un défaut de contractilité des parois gastriques, celles qui tiennent à la diminution ou à l'altération du suc gastrique (acide ou pepsine), et du suc pancréatique, celles qui dépendent d'un défaut d'absorption des matières élaborées. On ne pourra distinguer et reconnaître ces différentes causes physiologiques des dyspepsies que lorsqu'on connaîtra parfaitement les différentes fonctions du tube digestif. D'ici là il faut nous abstenir, et reconnaître cliniquement une dyspepsie marquée par différents symptômes, sans vouloir la préciser physiologiquement.

La précision de la cause de la dyspepsie est donc bien difficile, et si l'on a avancé que certaines dyspepsies dépendent de paralysie de la muqueuse gastrique, on doit aussi se souvenir que l'estomac n'est pas le seul organe de la digestion. Les intestins y sont aussi pour une part importante, et dès lors on doit admettre une dyspepsie intestinale. Mais ce n'est pas tout. Les organes spléno-hépatiques n'ont-ils pas aussi pour mission de contribuer à la perfection de la digestion ? Le foie n'est-il pas un organe digestif ? M. Claude Bernard l'a parfaitement prouvé. On doit donc admettre aussi une dyspepsie spléno-hépatique.

Quand on étudie la dyspepsie sous le rapport de ses formes, de ses espèces, suivant les idiosyncrasies, on est frappé de ce fait : c'est que pour certaines manifestations dyspeptiques, il y a des antagonismes remarquables, des immunités évidentes. Ainsi dans la prédominance névropathique, dans les espèces hypochondriaques, dans la folie, on ne trouve pas, en général, les accidents du troisième ordre. Pinel l'avait déjà dit : « Les fous n'ont jamais de cancer. »

Il y a également antagonisme entre le tubercule et le cancer. Le premier se rencontre surtout chez les jeunes gens, et le second ne se montre guère que sur les personnes âgées de quarante à cinquante ans. En général, les tuberculeux ne sont pas cancéreux.

Dans la dyspepsie de la grossesse, on ne rencontre ordinairement ni névropathie, ni cancer, ni tubercules.

La dyspepsie paludéenne s'accompagne souvent d'hydropisie, mais jamais de paralysie.

La dyspepsie saturnine, au contraire, présente parmi ses symptômes des paralysies et jamais d'hydropisies.

D'après les travaux de M. Boudin, la dyspepsie déterminée par le miasme paludéen se termine rarement par l'altération tuberculeuse.

Nous pensons, ajoute M. Beau, d'après de nombreuses observations, que le même antagonisme existe entre la dyspepsie saturnine et le tubercule. En Allemagne, on a observé que les ouvriers qui travaillent dans les mines de plomb argentifère ne meurent pas de la poitrine, même quand ils appartiennent à des familles tuberculeuses.

M. Tanquerel des Planches, qui a observé sur une grande

(1) [illegible] in-18. (Chez [illegible] numéros des 23 juin, 21 juillet et 23 août.
[illegible]x : 3 fr. le vol. [illegible]

échelle, exprime la même idée quand il dit que l'intoxication saturnine prévient *un peu* les tubercules. Au reste, il n'y a rien de rare comme de voir un peintre ou un cérusier succomber à la phthisie, et cependant les individus qui travaillent le plomb sont constamment débilités, cachectiques, par suite d'une dyspepsie qu'on pourrait appeler constitutionnelle. Ce sont ces données qui ont fourni à M. Beau la pensée de combattre le tubercule par les préparations saturnines poussées jusqu'à une imprégnation notable. Nous devons dire que ce traitement, en voie d'expérimentation, semble promettre des résultats favorables, et que nous avons été témoin d'améliorations réelles obtenues par ce moyen. Contrairement à l'action des émanations saturnines, les poussières des grès des environs de Paris, celles de la silice, etc., engendrent des dyspepsies sur lesquelles viennent habituellement s'enter des tubercules pulmonaires.

Enfin, chez la nourrice dyspeptique, on trouve comme prédominances la gastralgie et la névralgie intercostale. Mais, chose remarquable, on ne rencontre jamais la boule hystérique, c'est-à-dire la dyspnée gastrique, et par conséquent l'attaque de nerfs. Par contre, elle est souvent atteinte de tubercules ou d'affections strumeuses ; et, ce qui vient confirmer ce que nous avons dit plus haut de l'antagonisme du cancer et du tubercule, il est bien rare qu'une nourrice soit affectée de cancer comme épiphénomène de la dyspepsie.

Aug. Nicolas.

HOPITAL DE LILLE. — M. Arrachart.

Polype fibreux naso-pharyngien.

Henri W..., âgé de quinze ans, demeurant à Marc-en-Bareul, entre à l'hôpital le 10 août 1858.

Il s'est aperçu depuis un an d'une tuméfaction de plus en plus marquée de la face du côté droit. Présenté à plusieurs médecins, on a tenté d'enlever un polype dans le nez ; chaque tentative a déterminé un écoulement de sang, qui, dans un cas, a été assez considérable pour nécessiter le tamponnement. A son arrivée à l'hôpital, nous constatons une déformation très-marquée de tout le côté droit de la figure. L'os malaire est fortement déjeté en dehors et fait une saillie plus considérable que du côté opposé ; la fosse canine est bombée en avant ; la voûte palatine, de concave, est devenue convexe dans l'intérieur de la bouche; le nez est déjeté du côté gauche, la cloison repoussée dans le même sens. Par la narine droite, on aperçoit une tumeur arrivant jusqu'à son orifice externe. Cette tumeur est rosée, presque gélatiniforme ; elle affecte en un mot l'aspect des polypes muqueux. Mais on est bientôt détrompé sur la consistance de la tumeur en introduisant le petit doigt, qui constate que cette mollesse n'est que tout à fait superficielle. L'œil n'a subi aucune altération ; le doigt porté profondément dans la bouche et recourbé en crochet pour passer derrière le voile du palais, reconnaît la présence d'un embranchement qui remplit toute la partie supérieure du pharynx, et descend un peu au-dessous du bord postérieur de la voûte. Ce prolongement est très-dur, immobile, et permet à peine l'introduction du doigt entre lui et la paroi postérieure du pharynx.

Je cherche en vain à déterminer le point d'implantation du polype avec un stylet introduit dans les fosses nasales. Cette cavité est trop exactement remplie pour qu'on puisse arriver à quelque chose de précis. A la suite de cette exploration, écoulement de sang assez abondant.

Cette affection ne détermine presque pas de douleur ; le malade ne se plaint que de la fréquence et de l'abondance des épistaxis. C'est la principale raison qui l'amène à l'hôpital.

La santé générale est bonne, à part un peu de pâleur des tissus.

En présence d'une affection semblable, il n'y avait qu'une indication, enlever la tumeur le plus complétement possible. Ni la ligature ni l'arrachement ne pouvaient donner ce résultat, restait donc l'excision du pédicule. Pour l'atteindre, il fallait se frayer une voie à travers le maxillaire supérieur. Je me demandai alors s'il était bien nécessaire de sacrifier la voûte palatine, comme cela se fait ordinairement. Je ne voyais pas que l'opération en fût plus facile, et d'un autre côté son ablation produisait une difformité toujours difficile à réparer. Je résolus donc de commencer par la résection partielle de l'os, sauf à la compléter si la voie n'était pas assez large.

Le 12, le malade ayant été légèrement anesthésié, une première incision verticale, commençant au-dessous de l'angle interne de l'œil, descend le long du côté droit, contourne l'aile du nez pour diviser la lèvre supérieure sur la ligne médiane.

Une seconde incision transversale, partant de la tubérosité malaire et suivant le bord orbitaire inférieur, vient tomber perpendiculairement sur la première.

La joue est rapidement disséquée, laissant à nu le maxillaire supérieur tout entier ; un coup de bistouri permet de relever les parties molles qui recouvrent le côté droit du nez. L'aponévrose orbitaire est détachée avec précaution du bord inférieur de l'orbite. Avec la cisaille de Liston, la branche montante du maxillaire est coupée, et la paroi antérieure du sinus divisée à sa jonction avec l'arcade dentaire. L'os malaire est scié avec la scie à chaîne. Toute la partie antérieure du maxillaire, ainsi détachée et n'adhérant plus que faiblement par le plancher de l'orbite, est saisie par un fort davier et cède à une légère torsion.

Une grande portion du polype se trouve ainsi découverte ; elle forme une masse blanche, irrégulière, très-dure. Il m'est encore impossible de reconnaître le point exact d'implantation du pédicule ; la portion découverte est tellement serrée en arrière qu'elle est à peine mobile, et sa consistance est telle que je ne puis l'arracher.

Après l'avoir fortement saisie avec des pinces à griffes, j'enfonce de chaque côté et de haut en bas les lames de forts ciseaux courbes, et je détache ainsi la plus grande partie du polype. Survient alors une hémorrhagie en nappe tellement abondante qu'elle nous force à suspendre l'opération. Une éponge fortement tassée fait l'office de tampon et arrête le sang. Le malade est pâle, couvert d'une sueur froide; le pouls est filiforme. Depuis quelque temps déjà il n'est plus sous l'influence du chloroforme; à l'aide de frictions sèches sur tout le corps, nous ranimons la circulation. Lorsque l'état général est revenu satisfaisant, j'enlève rapidement le tampon, et, malgré l'écoulement de sang, je détache avec les ciseaux le pédicule et la portion pharyngienne. Ce pédicule, assez large, était implanté moitié sur le côté interne de l'apophyse ptérygoïde, moitié sur le corps du sphénoïde, à sa jonction avec l'apophyse basilaire.

Pendant cette seconde manœuvre, qui fut très-courte, l'hémorrhagie recommença de plus belle, et fut arrêtée par le même moyen. Mais l'état général était plus grave; pendant longtemps nous eûmes de sérieuses inquiétudes sur l'issue de la scène; enfin, les percussions avec la main, les frictions, un peu de vin sucré triomphèrent de l'état syncopal.

Toute difficulté n'était pas encore vaincue; il fallait arrêter définitivement l'hémorrhagie. J'avais bien des fers rouges à ma disposition, et ce moyen offrait l'avantage de permettre de détruire plus complétement ce qui pouvait rester du pédicule, mais l'hémorrhagie était évidemment trop abondante pour espérer de la voir s'arrêter par ce moyen, à moins d'applications répétées, et je ne pouvais plus faire perdre de sang au malade sans l'exposer à des accidents immédiatement mortels.

Je substituai à l'éponge un tampon bien serré et imbibé de perchlorure de fer, après avoir exploré la cavité d'un coup d'œil et m'être assuré qu'il ne restait plus rien du polype. Quelques instants après, le sang ne reparaissant plus, je réunis les bords des incisions moitié par des épingles, moitié par des points de suture séparés.

Le polype présente une forme triangulaire à base large, appuyant sur le plancher des fosses nasales, le sommet répondant à la partie supérieure de cette cavité. L'extrémité antérieure se termine presque en pointe ; la postérieure, au contraire, est globuleuse ; elle représente la portion pharyngienne. La branche logée dans le sinus est très-petite ; elle forme plutôt un renflement, une sorte de mamelon sur le côté de la masse principale; on dirait que cette cavité a été écrasée par le grand développement de la branche nasale. Ce polype présente tous les caractères des polypes fibreux. Il est blanc, d'une consistance presque cartilagineuse, criant sous le scalpel, composé de fibres entre-croisées dans tous les sens, et facilement reconnaissables au microscope. L'intérieur de cette tumeur n'offre rien, au moins à l'œil nu, qui puisse expliquer une hémorrhagie aussi abondante.

Pendant la journée, assoupissement presque continuel ; le malade avale facilement du bouillon.

Le second jour, un peu de gonflement de la joue ; le pouls s'est relevé, il est fréquent ; l'état général est satisfaisant.

Le quatrième, la joue est tuméfiée, rouge ; écoulement de liquide fétide par la bouche et le nez. Jusqu'à présent je n'ai pas enlevé le tampon pour être plus certain de ne pas avoir une nouvelle hémorrhagie à combattre. Ne pouvant le faire passer par le pharynx, malgré des tractions assez fortes, et craignant de détruire les points de suture en le retirant par la solution de continuité entre la lèvre supérieure et l'arcade dentaire, j'enlève la charpie par fragments. Malgré ces précautions, quelques points de suture, du côté de l'aile du nez, ont cédé. A la suite de l'extraction du tampon, écoulement de sang qui s'arrête de lui-même. La cavité est nettoyée par des injections à grande eau.

La suture qui réunit la joue à la paupière inférieure commence à suppurer ; j'enlève les fils.

Les forces reviennent, le pouls est moins fréquent. — Potages, eau rougie.

Le 5e jour, de toutes les sutures il n'y a que celle de la lèvre supérieure qui soit en voie de cicatrisation ; j'enlève les épingles. Les autres suppurent et les fils coupent la peau. Comme les tissus me paraissent encore assez résistants, j'établis quelques nouveaux points de suture entre les premiers, en ayant soin de comprendre entre les fils une grande épaisseur de tissus.

Les jours suivants, cette nouvelle tentative n'ayant pas réussi, je rapproche les bords par de longues bandelettes enduites de collodion et croisant la face dans le sens diagonal. Les bords des incisions sont ramollis, comme gélatiniformes; la moindre pression en fait sourdre çà et là des gouttelettes de pus; on dirait que les tissus en sont infiltrés. Ce pus se dessèche, forme une croûte analogue à celles de l'impétigo; si on enlève celle-ci, on trouve une ulcération de la peau. Pendant plusieurs jours j'enlevai ces croûtes; mais voyant l'ulcération sous-jacente grandir constamment et envahir la peau de la joue, j'abandonnai le tout à la nature. Je n'eus pas à m'en repentir. En moins d'une semaine les croûtes tombèrent d'elles-mêmes, les bords des lambeaux se raffermirent, et la cicatrisation fut complète, sauf à la réunion des incisions verticale et horizontale; là existait une perte de substance arrondie de près d'un centimètre de diamètre. Elle diminua de jour en jour et finit par disparaître entièrement.

Le malade sortit de l'hôpital le 12 septembre.

J'ai revu W..... le 10 mai 1859. La joue du côté droit est fortement aplatie, la voûte palatine a repris sa concavité normale. La paupière inférieure, par suite de la rétraction du tissu cicatriciel voisin du grand angle de l'œil, est tirée un peu en bas, et son bord libre, n'appuyant plus immédiatement contre le globe oculaire, forme là un sillon rempli de larmes. Le doigt porté derrière le voile du palais ne rencontre rien d'anormal. En un mot, il n'y a pas, jusqu'à présent du moins, apparence de récidive. Toutefois, le malade perd encore de temps en temps un peu de sang par le nez.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS APOPLECTIQUES

par la médication alcaline.

Par M. le docteur L. Hamon (de Fresnay).

Le traitement de l'apoplexie cérébrale devenant en ce moment une question d'actualité, je crois devoir fournir quelques documents recueillis par moi depuis la publication de mon dernier article sur la matière. (Voir le n° 103 de la *Gazette des Hôpitaux*, année 1857.)

Durant le cours de cette dernière année, j'ai eu à traiter quinze sujets frappés d'affections cérébrales de natures diverses, mais réclamant, suivant les idées reçues, l'usage plus ou moins impérieux des émissions sanguines soit générales, soit locales. Je rangerai ces faits sous les cinq chefs suivants :

1° Ramollissement du cerveau, 4 cas.

2° Hémorrhagie ou congestion cérébrales, 7 cas.

3° Apoplexie séreuse, 2 cas.

4° Apoplexie spasmodique, 1 cas.

5° Commotion cérébrale, 1 cas.

Le traitement mis en usage dans ces conditions diverses peut être réparti en cinq catégories.

1° Traitement par la médication purgative et les frictions stimulantes, employé chez six malades : quatre ont guéri, un est actuellement en voie de guérison, l'état du dernier (ramollissement chronique du cerveau) est notablement amélioré.

2° Traitement par les émissions sanguines générales, trois cas : deux malades ont rapidement succombé, le troisième est demeuré frappé d'hémiplégie.

3° Traitement par les émissions sanguines locales, un cas : guérison. Ce traitement, auquel donne la préférence mon savant confrère de Caen (*Gaz. des Hôp.*, n° 143, 1858), se rapproche sous certains rapports, notamment par la lenteur et une certaine permanence de ses effets, de la médication alcaline. C'est à ce titre que j'y ai recours, lorsque les malades sont incapables d'ingérer les médicaments nécessaires.

4° Traitement par la médication expectante : un cas. Il s'agit d'une femme dont les antécédents, parfaitement connus de moi, me firent soupçonner dans les accidents comateux dont elle avait été soudainement frappée une affection purement spasmodique. Privé de ces notions importantes, j'aurais probablement commis une grave erreur de diagnostic. Je prescrivis un traitement pour la forme, et bien m'en prit.

5° Traitement par la médication alcaline, six cas : cinq guérisons, une mort. Je ferai observer toutefois que dans ce cas malheureux le traitement avait été suivi d'une amélioration manifeste, et que la mort a été la suite d'une rechute contre laquelle les secours de l'art n'ont point été réclamés. Loin de moi d'ailleurs la prétention de croire que la méthode que je préconise soit à l'abri de tout revers. Je lui reconnais bien sur la saignée des avantages que je crois capitaux ; mais, tout en lui conférant quelques éléments de succès de plus, ces mêmes avantages ne sauraient toujours avoir pour effet de parer à des accidents trop souvent au-dessus des ressources de l'art.

Il ressort évidemment de cet exposé sommaire que la pratique de la saignée n'est pas aussi indispensable qu'on est généralement porté à le croire dans les affections apoplectiques du cerveau. Il est parfaitement inutile, je crois, d'entrer dans de plus longs détails à ce sujet. Je me contenterai de rapporter aussi succinctement que possible les cas dans lesquels j'ai mis en usage le traitement que j'ai proposé. C'est là, en effet, le seul moyen de faire en sorte que les praticiens soient édifiés sur sa véritable valeur.

Obs. I. — M..., âgé de soixante-cinq ans, a eu depuis dix-huit mois cinq attaques de congestion cérébrale, qui ont presque toutes nécessité l'emploi de la saignée. Cette dernière a toujours eu pour effet de rendre aussitôt la connaissance au malade. Lorsque cette pratique a été négligée, la perte du sentiment a eu constamment d'une à deux heures de durée. Consulté par cet homme, il y a environ six mois, à la suite d'une semblable attaque, je l'engageai à faire usage du bicarbonate de soude à titre de moyen préventif, voire même à l'occasion comme moyen curatif. Or, ayant omis de s'astreindre aux recommandations que je lui avais faites, cet homme éprouva le 1er décembre dernier, étant encore au lit, un nouvel accident.

Après avoir, comme d'habitude, proféré quelques plaintes, il perdit connaissance. Sa femme, se rappelant mes recommandations, lui fit aussitôt ingérer 2 grammes de sel sodique dans un peu d'eau. Cinq ou six minutes après, le malade reprenait ses esprits, n'ayant conservé aucune connaissance de cet accident, bien qu'à son début il eût été contraint de sortir pour satisfaire à un besoin naturel. Le médicament fut continué, par mesure de prudence, à la dose de 6 grammes par jour durant deux jours seulement. Grâce à ce traitement si simple, cet homme a pu conjurer un accident qui, négligé, aurait pu devenir sérieux.

Obs. II. — B..., soixante-cinq ans, gardeur de moutons, tempérament sanguin le plus prononcé. Eprouvant les symptômes les plus accusés d'une hyperémie cérébrale, cet homme vint me trouver, il y a cinq ou six mois, pour se faire saigner. Je me contentai de lui prescrire une potion avec 10 grammes de bicarbonate sodique. A peine arrivé dans l'officine du pharmacien, cet homme éprouva un si violent vertige qu'il se laissa choir. M. Hamard, homme d'une grande intelligence, qui connaissait de longue date la rapidité d'action vraiment surprenante du médicament, au lieu de se troubler, se hâta de faire ingérer à ce malheureux quelques cuillerées de la potion prescrite. Quelques instants après, cet homme quittait assez lestement la pharmacie; le soir même, il reprenait la garde de son troupeau. Le lendemain, il n'éprouvait plus la moindre gêne, et cet état satisfaisant ne s'est point encore démenti jusqu'à ce jour.

Obs. III. — La femme D..., âgée de vingt-six ans, est prise de convulsions le 18 avril dernier. Un honorable confrère lui fait appliquer douze sangsues aux cuisses. Les accidents, bien loin de s'amender, ne font que s'accroître ; les convulsions se rapprochent, ont une plus longue durée, et chacune d'elles finit par être suivie de la perte de la connaissance.

... ...ON, rue Garancière, 8.

Le 19, appelé moi-même pour lui donner des soins, je la trouve dans l'état suivant : Face bouffie, gorge tuméfiée ; pouls à 140 ; stertor ; perte absolue de la connaissance durant depuis deux heures (A la suite des précédents accès, un tel état n'avait jamais eu plus d'une heure de durée.) — Potion avec 12 grammes de sel sodique. Après deux heures de ce traitement si simple (la moitié de la potion a été prise), la malade récupère la connaissance et l'usage de la parole. Le pouls est descendu à 120. Le lendemain il était réduit à 80. Les accidents névrosiques et comateux ne se sont plus reproduits.

Les urines de cette femme contenaient de faibles proportions d'albumine. Ce principe immédiat, durant tout le cours de la maladie, n'a du reste jamais guère marqué plus de $0^{m},015$ à mon albuminomètre. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 124, 1858). Dans les derniers jours de la maladie seulement, le précipité s'est élevé à la hauteur de $0^{m},03$. Après diverses alternatives, cette malade a succombé le 15 juillet à une affection que je suis porté à considérer comme étant la leucocythémie.

Obs. IV. — L..., cinquante ans, journalier, perd subitement connaissance. Quand il revient à lui, il a perdu l'usage de la parole. Appelé auprès de lui, je lui trouve le visage congestionné, le pouls dur; il bredouille affreusement, incessamment, s'impatientant de ne pouvoir s'exprimer et de n'être compris qu'à grand'peine. D'ailleurs il n'existe aucun autre signe de paralysie. Je prescris 10 grammes de sel sodique. Le lendemain, amélioration marquée, surtout au point de vue de la réaction générale; réduction à 5 grammes de la dose alcaline. Le surlendemain, j'ordonne un purgatif salin. Guérison après cinq ou six jours de ce traitement.

Obs. V. — R..., âgé de soixante ans, d'un tempérament sec, éprouvait depuis deux ou trois mois des vertiges passagers, et non accompagnés de céphalalgie.

Le 29 décembre dernier, il tombe dans un sillon qu'il labourait, et est apporté chez lui privé de sentiment. Le lendemain, appelé auprès de lui, je le trouve dans l'état suivant : Face rouge ; pouls à 70, un peu vibrant ; céphalalgie nulle. Le malade cependant ne peut remuer brusquement la tête, ni la lever de dessus l'oreiller, sans éprouver des vertiges.

J'avoue que j'éprouve une hésitation extrême au point de vue du choix du traitement. Je finis toutefois par m'arrêter à la médication alcaline, qui m'offrait sur la phlébotomie cet avantage extrêmement précieux de constituer une véritable méthode d'exploration. Je prescrivis donc une potion avec 10 grammes de bicarbonate de soude, à prendre par cuillerées d'heure en heure. Recommandation expresse fut faite au malade de suspendre l'emploi du médicament si les quatre ou cinq premières doses ne lui apportaient point un notable soulagement, ou si une amélioration passagère ne tardait pas à être remplacée par un sentiment quelconque de malaise ou de faiblesse. C'est là, en effet, un immense avantage de cette médication, de permettre aux sujets eux-mêmes d'en régler l'emploi en raison des effets qu'ils en éprouvent. On conçoit combien est précieux un tel *criterium* dans les cas douteux, qui, malheureusement, pullulent dans la pratique, ainsi que dans les circonstances non moins fréquentes et si épineuses où l'homme de l'art ignore les susceptibilités individuelles. C'est pour de tels motifs que je ne prescris jamais ce traitement, alors même que les indications sont le plus nettement dessinées, sans faire au malade des recommandations analogues à celles que j'ai adressées à celui qui fait l'objet de la présente observation.

Pour en revenir à mon sujet, lorsque cet homme eut pris la moitié de sa potion, éprouvant un sentiment de malaise et de faiblesse, il jugea convenable d'en suspendre momentanément l'emploi. Le lendemain, toutefois, exécutant peut-être en cela trop consciencieusement la prescription, il acheva sa potion.

Je ferai remarquer incidemment que cette circonstance me porterait assez volontiers à croire que tout agent de déplétion vasculaire était, dans ce cas, contre-indiqué, ou comportait tout au moins dans son emploi une extrême circonspection. Lorsqu'en effet chacune des doses alcalines ne produit point un salutaire effet, il y a tout lieu de se tenir sur ses gardes.

Le 2 décembre, me trouvant sur les lieux, j'allai rendre visite au malade. Il n'éprouvait plus aucun vertige ; le visage avait une coloration normale ; le pouls, parfaitement calme et régulier, donnait 60 pulsations à la minute. Cet homme s'était levé déjà plusieurs fois, et n'accusait plus qu'un peu de faiblesse dans les jambes et un sentiment de vide dans la tête. Un tel état me parut si satisfaisant, que je jugeai inutile de lui prescrire aucun traitement.

Or, le 4 décembre, au moment même où il affirmait se trouver mieux que jamais, il est frappé, immédiatement après son déjeuner, d'une seconde attaque, qui l'emporte en vingt-quatre heures !

Quelle a été la nature des accidents qui ont occasionné la mort? Je l'ignore absolument, n'ayant point été appelé de nouveau auprès du malade. La médication alcaline saurait-elle être comptable de cette funeste issue de la maladie? J'ai fait entrevoir plus haut ce que je pensais de son application à ce cas particulier, telle surtout qu'elle a été faite. Si j'avais moi-même présidé à son emploi, je crois que j'aurais dû y apporter un peu plus de réserve ; mais, en fin de compte, en admettant que la mort ait eu lieu par le fait d'un raptus sanguin plus violent vers l'encéphale, d'un épanchement séreux consécutif, etc., jusqu'à quel point serait-on fondé à en rendre la médication alcaline responsable? La dose du sel sodique ingérée était-elle apte à produire une assez grande dyscrasie du sang pour donner lieu à des accidents mortels, après quatre jours d'une amélioration si marquée? Je livre ce fait, tout incomplet qu'il soit, puisqu'il est privé de l'un des éléments le plus propre à élucider une telle question, à l'appréciation impartiale de tous les praticiens.

Obs. VI. — Je rapprocherai des faits qui précèdent celui qui va suivre, non qu'il offre avec eux un degré quelconque de parenté au point de vue anatomo-pathologique, mais parce qu'aucune affection cérébrale peut-être ne comporte, toujours suivant les idées reçues, un plus large emploi des émissions sanguines.

Dans.Jr. in-18. (Chez L. décembre de l'année dernière, M. B.....,
dx ; 3 fr. le vol.

fermier de Montreuil, est violemment renversé par une voiture. Il est transporté à son domicile, privé de sentiment. J'arrive auprès de lui vers une heure du matin : coma profond ; pouls petit, intermittent ; respiration facile et paisible. Je constate à la voûte du crâne une fracture comminutive peu étendue. Après l'élimination des esquilles, on pouvait, quelques jours après, apercevoir la substance cérébrale dans une étendue irrégulièrement triangulaire, mesurant environ un centimètre sur chaque côté. Cette solution de continuité donnait assez abondamment issue à la sérosité céphalo-rachidienne. Pour tout traitement, potion avec 10 grammes de bicarbonate sodique. La première prise du médicament est administrée à trois heures du matin. Entre six et sept heures, le malade recouvre la connaissance ; vers midi il parle assez intelligiblement, et se plaint d'une violente douleur de tête. Seconde potion alcaline à 8 grammes. Je la réitère le lendemain, la dose de sel sodique étant réduite à 5 grammes. Le reste du traitement a été fort peu de chose.

Le 26 décembre, lors de ma dernière visite, je trouvai le malade levé et dans un état très-satisfaisant. Cet homme s'est parfaitement et promptement rétabli, et jouit encore dans ce moment d'une santé parfaite.

Ces lignes étaient écrites, et je me proposais de terminer là ce travail, lorsque le hasard me fournit une nouvelle occasion de mettre mon traitement en usage. J'ai dû, en conséquence, différer son envoi, afin de faire connaître tels quels les résultats que je devais en retirer. Ce fait est bien propre à mettre hors de doute l'efficacité de cette médication. On pourra, en effet, se convaincre qu'à part la condition favorable de l'âge, on ne saurait guère y avoir recours dans de plus graves circonstances. Je vais exposer cette observation aussi sommairement que possible, en lui donnant toutefois une étendue suffisante pour qu'on puisse bien se pénétrer de l'esprit qui doit présider à l'application du traitement.

Obs. VII. — L. C... est âgé de trente-quatre ans ; sa stature est élevée et sa constitution robuste, malgré la pâleur habituelle de son visage. Il a fait, dans sa jeunesse, quelques excès de boisson ; mais il est, depuis une dizaine d'années, d'une grande sobriété. Venu pour affaires à Fresnay le 1er janvier dernier, il fit quelques excès, sans toutefois que ses facultés intellectuelles en fussent sensiblement troublées. A cinq heures du soir, il avait repris le chemin de son habitation, distante de 7 kilomètres de la ville. Il avait franchi à pied la moitié de cette distance, quand il ressentit soudain, dans la jambe droite, une douleur qui lui rendit la marche impossible. On le fait monter dans une charrette. Au bout de quelques minutes, il ressent dans le bras droit une douleur analogue à celle qu'il avait éprouvée dans la jambe. Il se fait mettre à terre, espérant, disait-il, se *dégourdir* par la marche ; il fait quelques pas, chancelle, et tombe privé de sentiment. Les personnes qui l'accompagnaient le transportent dans cet état jusqu'à sa demeure. J'arrive auprès de lui à neuf heures du soir, et je le trouve dans l'état suivant :

Les yeux sont ouverts, mais complètement ternes ; perte absolue de la connaissance ; stertor ; commissure labiale fortement déviée à gauche ; résolution musculaire générale ; pouls à 80. Pour tout traitement, potion avec 10 grammes de sel sodique.

Le 2 janvier, yeux moins ternes ; pouls, 85 ; le malade, quand on l'interpelle, manifeste quelque connaissance. Les membres du côté droit sont frappés de paralysie ; la vessie l'est également. Je pratique le cathétérisme, qui donne issue à un litre et demi d'urine environ. Nonobstant l'amélioration manifeste survenue dans l'état du malade, le cas était si grave, que je résolus, tout en faisant continuer le traitement dans lequel j'ai le plus de confiance, de mettre jusqu'à un certain point ma responsabilité à couvert en faisant subir au sujet une légère perte de sang. Je lui fis donc poser trois sangsues aux malléoles; je prescrivis, en outre, une seconde potion alcaline également à 10 grammes.

Le 3, pouls à 60, parfaitement rassurant. L'intelligence est par moments parfaite : mais au bout de peu d'instants le malade est plongé de nouveau dans le plus profond assoupissement. Le stertor persiste toujours, quoique à un moindre degré. Je procède pour la deuxième fois au cathétérisme. — Potion alcaline à 5 grammes ; 4 sangsues aux malléoles.

Le 4, pouls à 64. Le malade a uriné deux fois sous lui durant la nuit. Ce n'est pas par regorgement, car la vessie est vide. La réaction étant calmée, le pouls excellent, je crois devoir suspendre l'emploi du bicarbonate de soude, craignant, en affaiblissant trop mon malade, de le mettre hors d'état de réagir convenablement. — Je prescris une potion purgative avec 4 gouttes d'huile de croton et 35 grammes d'huile de ricin; un vésicatoire volant à chaque jambe. Cette médecine ne donne lieu à aucun effet cathartique.

Le 6, le stertor ne se fait plus entendre qu'à de rares intervalles; coma moins profond ; intelligence bonne. Un peu de sensibilité dans la jambe droite ; le bras n'en offre aucune trace. La vessie est fortement distendue par l'urine. Je pratique pour la dernière fois le cathétérisme ; l'urine sort en jet et la vessie se vide jusqu'à la dernière goutte, sans que je sois contraint, ainsi que par le passé, de presser sur l'hypogastre.

Le 7, pouls à 55. Point de selles, malgré deux lavements purgatifs. Le malade commence à parler, mais il bredouille si affreusement qu'il est impossible de le comprendre. — Deuxième potion purgative *ut suprà*.

A peine a-t-il pris quelques cuillerées de sa potion, qu'il se produit une débâcle intestinale.

Le 8, il commence à demander de lui-même son urinal. Quand il tire la langue, le raphé est dirigé à droite. Quand il boit, il have de ce même côté.

L'amélioration se dessinait graduellement, quand le 16 janvier il est pris de pneumonie. L'émétique en lavage, l'application d'un nombre considérable de ventouses sèches sur l'abdomen, en font justice en quelques jours.

Le 18, je constate que la jambe droite a recouvré en quelque sorte sa sensibilité normale. Pour le bras, il faut le pincer très-fortement pour causer une très-légère douleur.

Il est, je crois, inutile d'insister plus longuement sur l'histoire de cette affection, qui a présenté et présente encore en ce moment sa marche décroissante ordinaire. Aujourd'hui, le malade a encore la parole difficile, mais il se fait très bien comprendre. Il marche en fauchant ; son bras peut également exécuter quelques mouvements. Tout me fait espérer que le temps amènera une guérison aussi complète que possible.

Je pense que l'on n'aura pas l'idée d'attribuer cette guérison aux quelques sangsues que j'ai fait appliquer à ce malade, chez lequel, d'ailleurs, l'amélioration était déjà manifeste lorsque je les ai fait poser. Il n'est guère possible, je crois, de recourir à une médication dans des circonstances plus critiques. Les émissions sanguines générales auraient-elles procuré des résultats aussi satisfaisants? Il est difficile de répondre à une telle question. Je me contenterai toutefois de faire observer que la médication alcaline, tout en possédant à un égal degré que les déplétions vasculaires directes la vertu de diminuer la masse des fluides organiques, et subsidiairement d'opérer un salutaire dégorgement des vaisseaux encéphaliques ; présentant sur elles le double avantage de produire ses plus puissants effets sans occasionner à l'économie la moindre secousse, et d'agir d'une façon graduée, soutenue, ce qui permet au praticien d'en régler beaucoup plus sûrement l'emploi; en un mot, exempte des inconvénients que l'on impute à juste titre à la phlébotomie; possédant de plus qu'elle, en propre, des avantages réels, incontestables, doit nécessairement, et par là même, présenter un plus grand nombre d'éléments de succès.

Les faits qui précèdent, joints à ceux que j'ai publiés précédemment (*Gazette des Hôpitaux*, 1857, n° 103), constituent déjà un nombre assez imposant de guérisons pour que l'efficacité de cette médication ne puisse plus être révoquée en doute. Sans donc essayer d'en faire un panégyrique trop pompeux, car toute méthode de traitement, quelle que soit d'ailleurs son incontestable efficacité, ne saurait manquer d'avoir encore des insuccès à enregistrer, je ne m'en crois pas moins fondé à estimer que de tels résultats sont de nature à attirer sur son compte l'attention des praticiens.

TRAITEMENT DE L'ANGINE SCARLATINEUSE PAR L'IODE.

C'est à la fois un traitement préventif et un traitement curatif que M. Reeves fonde sur l'administration des préparations d'iode, car il l'applique à tous les scarlatineux pour les préserver de l'invasion de l'angine, but qu'il a parfaitement atteint dans une épidémie. Et, en outre, il combat par les mêmes moyens l'inflammation gutturale, quand il ne peut la traiter que déjà développée.

M. Reeves applique la médication par trois voies simultanément : il barbouille le gosier de teinture d'iode, frictionne à l'extérieur les parties latérales du cou avec une pommade iodée, et donne à l'intérieur une mixture iodée.

Seulement il remarque que les préparations d'iode pour l'usage externe sont ordinairement trop actives, et il ne met pour la teinture que 1 gramme à 1 gramme et demi d'iode sur 32 gr. de véhicule, pour la pommade que 5 à 7 centigrammes d'iode sur 32 grammes d'axonge.

Quant à la mixture, elle est ainsi composée :

Iodure de potassium.	1 gramme.
Iode.	10 centigrammes.
Chlorate de potasse.	4 grammes.
Nitrate de potasse.	6 —
Solution aqueuse de potasse. .	4 —
Eau.	240 —

A prendre par cuillerées à café, ou par cuillerées à bouche (selon l'âge), toutes les quatre heures.

L'angine critique et périodique qui, chez tant de personnes, reparaît régulièrement deux ou trois fois par an, est efficacement influencée par l'usage de cette mixture uni aux inhalations iodées.

Grâce à ce traitement, l'auteur a souvent vu, non-seulement l'amygdalite se terminer plus vite que sous l'influence des médications ordinaires, mais encore les attaques périodiques d'angine cesser d'une manière définitive. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

PERFORATION DE L'AORTE, SUITE DE CARIE VERTÉBRALE.

Par M. Fuller.

L'affection vertébrale du malade en question ne se traduisait à l'extérieur par aucun signe. Un jour, le côté gauche de l'abdomen se tuméfia et devint douloureux ; le malade eut une syncope. La tumeur était lisse, solide, non fluctuante ; elle s'étendait depuis le diaphragme jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure, et était le siége de battements manifestes.

On pensa qu'il s'agissait d'un engorgement de la rate, d'autant plus que le sang était très-riche en globules blancs. L'état du malade ne s'était d'ailleurs pas notablement aggravé depuis l'apparition de la tumeur. Il mourut presque subitement trois jours plus tard.

A l'autopsie, on trouva une carie de la face antérieure des deux dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires. La tumeur que l'on avait remarquée pendant la vie était formée par un énorme caillot sanguin, ayant en grande partie la consistance de la gelée de groseille; il ne présentait pas de parties décolorées et n'était pas formé de couches stratifiées.

Le péritoine contenait une assez grande quantité de sang, mais on ne put découvrir le point où il avait été perforé; il était fortement tendu au-devant de la plus grande partie du caillot qui entourait le rein gauche, et adhérait au pancréas et au côlon descendant.

L'aorte présentait, au niveau des vertèbres cariées, une perforation ayant le diamètre d'un penny; tout autour, les tuniques du vaisseau étaient épaissies, et avaient une teinte rouge qui paraissait être due à une infiltration sanguine. Cette perforation correspondait à l'origine des artères lombaires.

On ne trouva aucune trace d'abcès.

La perforation d'une artère par une inflammation ulcéreuse des tissus voisins, et en particulier des os, est, comme on sait, très-rare. Comme pendant de l'observation qui précède, M. Fuller parle d'un malade qui mourut d'hémorrhagie par l'ulcération d'une branche de la carotide, consécutive à une carie du maxillaire. (*British Medical Journal.*)

TRAITEMENT DE LA CHORÉE PAR L'ARSENIC.

L'auteur, M. Rice, dit le *Boston Journal*, avoue n'accorder que très-peu de confiance aux divers spécifiques recommandés jusqu'à ce jour contre la chorée; toutefois, après de nombreuses expériences faites dans des cas de chorée très-opiniâtre, il croit avoir trouvé dans l'arsenic un agent qui guérit aussi sûrement cette maladie que le sulfate de quinine enraye la fièvre intermittente. Il emploie ordinairement la solution de Fowler, fait surveiller attentivement les malades pendant son usage, et prescrit, du reste, tous les autres moyens adjuvants réclamés par les circonstances. En général, la durée de la maladie n'est jamais que de deux à six semaines.

Exagérer l'efficacité d'un remède n'est certes pas très-sage, et a plus souvent pour résultat de faire naître le doute que d'inspirer de la confiance : aussi, sans prétendre, avec M. le docteur Rice, que la solution d'arsénite de potasse puisse être rangée, au point de vue de son efficacité contre la chorée, sur la même ligne que le sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes, nous nous bornerons à dire que ce médicament est, suivant nous, celui qui entre tous guérit le plus promptement et le plus sûrement cette névrose. Déjà, en 1848, nous avons publié dans un journal un article sur le traitement de la chorée par l'arsénite de potasse; depuis lors nous sommes resté fidèle à cette médication et nous n'avons eu qu'à nous en louer dans les divers cas qui se sont présentés jusqu'à ce jour à notre observation. Dr D.

(*Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Bruxelles*, janvier 1859.)

EAU DE CARRARE.

Tel est le nom sous lequel on débite en Angleterre, chez les marchands d'eaux minérales, une solution effervescente de bicarbonate de chaux, obtenue par la saturation du carbonate de chaux avec l'acide carbonique.

Dose: de 60 à 180 grammes, trois fois par jour. Mode agréable et utile d'administration de la chaux, et produisant, lorsque l'eau est coupée de lait, d'excellents effets dans plusieurs formes de dyspepsie chronique, surtout dans celles qui sont caractérisées par une sécrétion excessive de gaz dans l'estomac, par des régurgitations alimentaires et par des vomissements. La quantité de bicarbonate de chaux qu'elle contient est très-faible.

(*Journal de pharm.*)

POTION ANTIHÉMOPTOIQUE.

Nitrate de potasse.	2	grammes.
Sirop d'acide citrique. . . .	25	—
Eau distillée.	250	—

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 août 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet un travail de M. Parenteau, notaire à Cierp, intitulé *Quelques observations sur le choléra épidémique, sur ses causes, sa marche, et sur les moyens préservatifs et curatifs*. Observations faites pendant l'épidémie de 1855. (Commission du choléra.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° M. Carlo Recordati (de Correggio) adresse une note sur un nouveau succédané des sels de quinine (commission des remèdes secrets et nouveaux);

2° M. le docteur Hamon (de Fresnay-sur-Sarthe) adresse une note relative à l'emploi de l'eau albumineuse comme désinfectant des plaies (commissaires, M. Renault);

3° M. le docteur Marie Davy, professeur de physique au lycée Bonaparte, réclame la priorité de l'invention de l'appareil d'induction présenté par M. Gavarret au nom de M. Rumkhoff;

Nouveau dynamomètre médical. — M. le docteur Burq communique une note sur un nouveau dynamomètre médical de son invention.

Ce dynamomètre, formé avec les métaux les plus actifs de la métallothérapie, est destiné, suivant son inventeur, à servir :

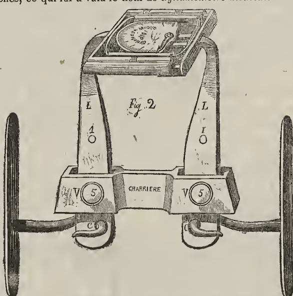
1° A l'exploration facile de la force de pression et de traction dans tous les systèmes de muscles de la vie de relation;

2° A l'évaluation très-approximative, jusqu'à concurrence de 500 kilogrammes de charge, des forces parfois très-considérables dont le chirurgien peut-être appelé à faire usage, comme dans la réduction de certaines luxations;

3° Aux explorations métallothérapiques les plus usuelles; à mettre ainsi sous la main du médecin un moyen commode de vérifier par lui-même et l'action extérieure des métaux sur l'organisme, et les précieuses indications thérapeutiques qu'on peut en tirer, aussi bien pour leur administration intérieure que pour leur application sous forme d'armatures.

Ce dynamomètre, vu d'ensemble, se compose d'une sorte de petite boîte ou étui rectangulaire de métal, ouvert par devant, dont les deux parties, haut et bas, sont à l'état de repos, maintenues un peu éloignées du point de fermeture complète par un double ressort d'acier, qui est disposé à l'intérieur de manière à être toujours parfaitement protégé avec tout le mécanisme, et à venir traduire fidèlement, sur un cadran placé au centre, tous les efforts qui peuvent être directement ou indirectement faits avec les mains ou avec les pieds pour fermer l'étui.

La forme et les dimensions de l'instrument répondent à sa destination plus spéciale, qui est surtout de s'appliquer sous le plus petit volume, et le plus commodément possible à la pression de l'une et de l'autre main, les deux parties formant l'étui sont faites, ainsi que le couvercle de fermeture, de façon à présenter, soit dans leur composition même, soit en revêtement, les agents de la métallothérapie qui servent aux explorations métalliques les plus usuelles, ce qui lui a valu le nom de *dynamomètre médical*.



Lorsqu'on veut faire usage de l'instrument, évaluer par exemple la force de pression des mains, on le saisit à pleine main, la poignée CD toujours appuyée et bien sentie contre les muscles du pouce, et la poignée AB dirigée contre les doigts, au niveau des deuxièmes phalanges; puis, réunissant toute la somme d'efforts dont on est capable, on presse énergiquement et d'un seul bond, en ayant soin d'éviter que les doigts, s'ils sont un peu longs, ne touchent aux aiguilles.

Pour mesurer la force de traction des mains, des pieds, ou même des reins, avec les tirants ou les leviers de renvoi, la manœuvre est des plus faciles, et se comprend du reste; mais encore ici est-il nécessaire, pour arriver à la plus haute expression, que l'effort s'opère dans un temps très-court.

Quant à ce qui concerne les explorations métalliques, la manière d'y procéder est également des plus simples. Elle consiste à appliquer successivement le cuivre, le laiton, l'acier, etc., du dynamomètre sur un des membres supérieurs où l'on a constaté préalablement une diminution notable de la sensibilité ou de la myotilité, c'est-à-dire de l'analgésie, de l'anesthésie ou de l'amyosthénie, et à voir simplement quel est celui de ces métaux qui, après une application de quelques minutes à un quart d'heure au plus, ramène ces deux fonctions vers l'état normal. (Commissaire, M. Gavarret).

— M. Ch. Robin dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Le Brument et de M. Périer, pharmacien à Rouen, sur la préparation et les propriétés chimiques et médicales de l'iodure neutre d'antimoine et de l'iodure d'antimoine et de fer, et sur la préparation et l'usage de tissus chargés de principes médicamenteux. (Commissaires, MM. Bouillaud, Grisolle et Boudet.)

LECTURE.

Tumeur fibreuse provenant du follicule dentaire. — M. ROBIN donne lecture d'une note intitulée : *Sur une variété particulière de tumeur fibreuse provenant du follicule dentaire.*

Dans le fait dont M. Robin entretient l'Académie, il s'agit d'une tumeur fibreuse de la mâchoire offrant ceci de particulier, que développée chez un enfant à l'époque de la deuxième dentition, elle a en quelque sorte dissocié la mâchoire inférieure en autant de portions distinctes qu'il y a de dents molaires.

Au point de vue de l'anatomie générale, dit M. Robin, l'intérêt de ce fait consiste en ce que, par suite de la netteté de la structure du tissu morbide, il fournit un exemple très-caractéristique de ce point actuellement démontré, que, parmi les tumeurs, il en est qui forment un groupe à part au point de vue de la texture, en ce que leur constitution intime conserve toujours des rapports manifestes avec celle du tissu au sein duquel elles sont nées. C'est ainsi qu'il s'agit ici d'une tumeur qui, examinée simplement à l'œil nu, serait déterminée comme étant une tumeur fibreuse ordinaire; d'une tumeur qui, étudiée par un anatomiste qui ne connaîtrait point les modifications fœtales successives des tissus du bulbe dentaire et de l'organe de l'émail, serait considérée comme une tumeur fibro-plastique proprement dite, tandis que par la variété de forme étoilée des corps fibro-plastiques qui concourent à la former, par la disposition de ceux-ci comparativement à ce qu'on voit sur le bulbe à l'état fœtal, cette tumeur peut facilement être reconnue comme offrant une texture analogue à celle de ce dernier. Cette analogie de texture, jointe aux dispositions anatomiques extérieures, montre qu'il s'agit là d'une tumeur qui dérive manifestement du tissu du bulbe et du périoste alvéolo-dentaire.

Ce fait montre, en outre, jusqu'à quel point l'hypergénèse de certains tissus peut porter les déformations et l'augmentation de volume de certains organes, et consécutivement la dissociation des organes voisins.

On trouvera les détails de ce fait dans le prochain compte rendu de la Société de chirurgie.

Interdiction des aliénés. — M. DE CASTELNAU termine la lecture de son mémoire intitulé : *Remarques physiologiques et légales sur l'interdiction.*

L'auteur s'est proposé de démontrer dans ce travail que la loi sur l'interdiction est contraire à l'équité, et contraire à l'esprit d'une civilisation avancée.

Que l'on considère les biens ou la personne de l'aliéné, dit l'auteur en terminant, il est également démontré que l'interdiction lui est beaucoup plus contraire que favorable, et puisque cette loi, dans l'esprit de ceux qui l'ont faite, devait être avant tout une loi de protection individuelle, il est évident qu'elle devrait disparaître d'une législation civilisée.

Cependant, ajoute-t-il, les législateurs n'ont pas eu exclusivement en vue les intérêts de l'individu qu'ils voulaient protéger, ils se sont inspirés aussi secondairement des intérêts de la famille et de la société. Or ici encore les auteurs de la loi seraient tombés dans une grande erreur et auraient outre-passé le but qu'ils s'étaient proposé, en armant la famille du droit de disposer de la personne ou même des biens d'un de ses membres.

Ce travail, dont l'analyse est impossible, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Ferrus, Devergie et Baillarger.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Raymond, né à Ambert (Puy-de-Dôme); *De la coloration de la peau au point de vue séméiologique.*

Siry, né à Paris (Seine); *De l'expectation dans la fièvre typhoïde.*

Balhadère, né à Pissas (Landes); *De la pellagre.*

Prad, né à Périgueux (Dordogne); *Des polypes fibreux de la cavité utérine.*

Bonnet, né à Villeneuve-lès-Roussy (Marne); *Des effets de la foudre sur l'homme.*

Gayral, né à Saint-Maurin (Lot-et-Garonne); *Des polypes du rectum.*

Guérineau, né à Levroux (Indre); *Sur un mode de terminaison des abcès par congestion; ouverture de ces abcès dans les voies aériennes.*

Léger, né à Gamaches (Somme); *Quelques considérations sur la thoracentèse dans le traitement des épanchements pleurétiques.*

Gautrelet, né à Fleurey-sur-Ouche (Côte-d'Or); *Des affections des glandes sébacées.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 30 juillet 1859, ont été nommés présidents des sociétés de prévoyance et de secours mutuels des médecins :

Pour le département du Calvados, M. Vastel, directeur de l'École préparatoire de médecine de Caen;

Pour les arrondissements d'Avranches et de Mortain (Manche), M. Hossard, médecin des épidémies, secrétaire du conseil d'hygiène, à Avranches;

Pour le département du Nord, M. Cazeneuve, directeur de l'École préparatoire de médecine de Lille;

Pour l'arrondissement de Provins (Seine-et-Marne), M. Michelin, médecin des épidémies à Provins;

Pour l'arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne), M. de Saint-Amand, médecin des épidémies à Meaux;

Pour le département de la Haute-Vienne, M. Bardinet, directeur de l'École préparatoire de médecine de Limoges.

Le nombre des sociétés locales agrégées à l'Association générale, approuvées, et dont les présidents ont été nommés par l'Empereur, est aujourd'hui de 24. Plusieurs autres sociétés locales déjà constituées n'attendent plus que le décret de nomination de leurs présidents; quelques-unes enfin sont en voie d'organisation plus ou moins avancée.

— La Société médico-psychologique a renouvelé son bureau pour l'année 1859-1860. Ont été nommés :

MM. Trélat, président; Brierre de Boismont, vice-président; Archambault, secrétaire général; Loiseau, secrétaire particulier; Brochin, trésorier archiviste.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Mémoire sur l'amputation de M. Malgaigne (désarticulation astragalo-calcanéenne ou amputation astragalienne des auteurs); quelques mots sur l'extirpation du calcanéum (opération de Monteggia), par M. A. Vaquez, docteur en chirurgie de la Faculté de médecine de Paris. Ouvrage orné de plusieurs tableaux synoptiques, de deux planches lithographiées et de cinq figures sur bois intercalées dans le texte. Brochure in-4°. Paris, 1859, chez Germer-Baillière et Adrien Delahaye. Prix : 3 fr. 50 c.

Le Soord.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 100. — SAMEDI 27 AOUT 1859. (32e ANNÉE.) N° 100. — SAMEDI 27 AOUT 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 • Un an. . . 30 •

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'ulcération du larynx, ou laryngite gangréneuse, à la suite de la fièvre typhoïde.

Parmi les lésions consécutives ou concomitantes nombreuses qu'entraîne souvent avec elle la fièvre typhoïde, les auteurs ont signalé les ulcérations du larynx; mais, soit que cette lésion ne se produise que rarement et d'une manière en quelque sorte exceptionnelle, soit qu'elle ait passé le plus souvent inaperçue peut-être, toujours est-il qu'elle est restée longtemps peu connue parmi nous, et qu'on ne la voit mentionnée que de loin en loin dans nos recueils de clinique. Il ne sera donc pas sans intérêt de signaler à l'attention de nos lecteurs un exemple de cette lésion, qui a été recueilli récemment dans le service de M. le docteur Hérard, à l'hôpital Lariboisière, et publié par M. le docteur E. Baudot dans l'*Union médicale*, à laquelle nous en empruntons la relation. Nous le ferons suivre de quelques recherches instructives dont il a été l'occasion, et qui nous ont paru jeter un jour nouveau sur ce point de pathologie.

Une jeune femme de vingt-deux ans est admise vers les derniers jours du mois de septembre dernier à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Hérard. Elle raconte qu'elle était entrée neuf mois auparavant dans le service de M. Tardieu (même hôpital) pour une fièvre typhoïde dont la convalescence fut très-prolongée, et qui avait présenté la forme adynamique, avec prédominance des phénomènes thoraciques. Elle eut en outre d'abondantes épistaxis. Au bout de trois mois environ elle était en pleine convalescence, lorsqu'elle fut prise tout à coup d'une dyspnée considérable, avec aphonie. Depuis cette époque, elle a eu de temps à autre des accès d'étouffement durant lesquels l'inspiration surtout était extrêmement pénible. Bref, voici quel était son état lors de son admission à l'hôpital, au mois de septembre.

Ce qui frappe tout d'abord chez cette malade, dit M. Baudot, c'est une aphonie presque complète. Les quelques sons qu'elle émet sont rauques, gutturaux, et s'accompagnent d'un peu de sifflement. La respiration est très-gênée; l'inspiration, qui est bruyante et légèrement sifflante, nécessite de grands efforts des muscles du thorax. En même temps il y a une toux assez fréquente, très-pénible, mais sans quinte; le ton en est très-grave. L'expectoration se compose de quelques rares crachats séro-muqueux, légèrement striés de sang. L'état général est assez bon; le facies est naturel, la malade a de l'embonpoint et a recouvré ses forces.

L'examen de l'appareil respiratoire ne fournit que des signes négatifs. La sonorité est normale dans tous les points des deux poumons. A l'auscultation, on ne trouve aucun signe physique ou rationnel de tubercules pulmonaires. En appliquant le stéthoscope sur le larynx, on entend un sifflement très-prononcé, très-rude dans les deux temps, mais surtout dans l'inspiration. Pas de signe extérieur d'altération du larynx, pas de cicatrice, pas de trajet fistuleux, pas de crépitation à la pression, rien qui annonce une lésion des cartilages. Le doigt, introduit dans la gorge, ne peut faire constater d'augmentation de volume des replis arythéno-épiglottiques, et une sonde pénètre facilement dans le larynx.

Le 7 octobre, la malade accuse un symptôme nouveau; elle éprouve une gêne plus considérable au niveau du larynx; elle croit sentir comme un corps mobile qui, par instants, se mettrait en travers de la gorge. Cependant l'examen le plus complet possible de l'arrière-bouche ne fournit aucun renseignement positif. Tout à coup, dans la soirée, elle est prise d'un véritable accès de suffocation très-intense, et, à la suite d'une violente quinte de toux, elle rejette par la bouche deux petits séquestres osseux.

Les jours suivants, l'aphonie est restée au même point. La toux, pénible, a tous les caractères d'une toux laryngée. Le larynx est légèrement douloureux à la pression, sans cependant qu'il y ait de douleurs spontanées remarquables.

A partir du 1er novembre, une légère amélioration se manifeste, presque insensible d'abord, puis graduellement plus notable.

Au 1er janvier, la toux avait beaucoup diminué, et la production des sons était plus facile, quoique bien incomplète encore.

Le 9 avril, la santé générale est parfaite; la phonation se fait à peu près complétement; seulement la voix est encore un peu rauque, gutturale et très-grave; il n'y a ni toux ni douleur spontanée ou provoquée au larynx; l'état de la poitrine continue à être satisfaisant. La malade quitte l'hôpital.

En résumé, vers le déclin d'une fièvre typhoïde grave, soit consécutivement à une inflammation simple ou gangréneuse, soit à la suite d'un de ces petits phlegmons tels qu'on en voit souvent dans les convalescences des fièvres typhoïdes graves, il s'est effectué chez cette malade un travail ulcératif du larynx, qui s'est traduit par les symptômes dont on vient de lire la description, et plus particulièrement par l'aphonie.

— Cette lésion n'est-elle qu'une coïncidence accidentelle, une simple complication fortuite de la convalescence de la fièvre typhoïde, comme on pourrait être porté à le penser d'après sa rareté? Ou bien, au contraire, comme le pensent les observateurs qui ont recueilli ce fait, MM. Hérard et Baudot, doit-elle être rattachée réellement à cette affection, au même titre que certaines pneumonies hypostatiques, ou que ces phlegmasies à tendance ulcéreuse si communes pendant la convalescence? Cette dernière opinion, la plus probable à nos yeux, paraîtra à peu près démontrée si l'on rapproche de cette observation les faits analogues connus dans la science. Voici, d'après les recherches que MM. Charcot et Dechambre ont publiées à cette occasion dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, quelques-uns des faits qui justifient cette opinion.

Les ulcérations nécrosiques ou gangréneuses du larynx, liées à la fièvre typhoïde, ont été signalées d'abord en France par M. Louis, qui, bien qu'il ne les ait rencontrées que rarement, y a vu l'une des expressions de la diathèse ulcéreuse propre à la phase ultime de la fièvre typhoïde; elles ont été étudiées ensuite à ce même point de vue avec une insistance particulière par Sestier, qui déclare qu'il est impossible de méconnaître l'influence toute spéciale de cette fièvre sur le développement de l'angine laryngée œdémateuse, des abcès et de la nécrose du larynx. Ce regrettable auteur, trop tôt enlevé à la science, a relevé dans son *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*, 23 cas de lésions laryngées survenues dans le cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Il a pu, même à l'aide de ces 23 observations, spécifier les diverses formes d'angines typhiques et leurs proportions respectives. C'est ainsi qu'il a constaté que sur 5 cas survenus pendant le cours de la fièvre, le point de départ de l'œdème laryngé avait été trois fois une inflammation pseudo-membraneuse de l'arrière-bouche et du larynx, et pour les 2 autres cas, une inflammation gangréneuse du larynx et une tumeur purulente de la gorge. Sur 18 cas qui se sont produits pendant la convalescence, l'œdème a été occasionné 3 fois par une laryngite œdémateuse, 1 fois par une angine gutturale simple, 12 fois par une laryngite nécrosique. Chez deux sujets le point de départ de l'infiltration est resté douteux. Enfin Sestier a insisté sur cette *nécrose aiguë et partielle des cartilages du larynx*, du cricoïde surtout, accompagnée le plus ordinairement d'abcès et parfois d'ulcérations qui ne sont elles-mêmes que la conséquence du travail nécrosique et suppurant des tissus placés au-dessous de la membrane muqueuse.

Mais si, comme on le voit, cette lésion n'est pas restée méconnue en France, on y a attaché encore beaucoup plus d'importance à l'étranger. Les auteurs allemands, quand ils font l'histoire de la fièvre typhoïde, consacrent toujours, à ce qu'il paraît, un chapitre spécial à ce qu'ils nomment le *laryngo-typhus secondaire*.

Voici, en résumé, en quels termes, en réunissant les travaux publiés sur la matière tant en France qu'à l'étranger, MM. Charcot et Dechambre ont tracé l'histoire du laryngo-typhus.

Ils distinguent d'abord deux formes principales : la forme *ulcéreuse* et la forme *nécrosique*.

« 1° L'ulcère laryngé typhique, disent ces deux auteurs, siége sur la paroi *postérieure* du larynx. Il intéresse primitivement cette partie de la membrane muqueuse qui recouvre les muscles arythénoïdiens. On observe d'abord une ou plusieurs plaques *diphthéritiques* (fausse diphthérite), auxquelles succèdent une ou plusieurs ulcérations plus ou moins profondes. Les ulcérations gagnent peu à peu en étendue et en profondeur; les cartilages arythénoïdes, ou même le cartilage cricoïde, peuvent être ainsi mis à nu, se nécroser et se détacher complétement. Il n'est pas rare non plus de voir des abcès se former sous la membrane muqueuse, à la partie postérieure du larynx. Cette affection peut se montrer pendant le cours du deuxième ou du troisième septénaire de la fièvre typhoïde; mais elle appartient le plus communément aux phases ultimes de la maladie, ou même à la conva-

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

L'année scientifique et industrielle, par L. FIGUIER. — 3e année (1).

M. Louis Figuier est un des hommes qui, depuis une douzaine d'années, ont le plus contribué en France à la vulgarisation des découvertes et des procédés scientifiques, à la diffusion des lumières dans les masses; c'est peut-être lui qui a le plus complétement, dans ces derniers temps, résolu le problème de donner de l'attrait aux choses les plus sérieuses, et de rendre facilement intelligibles, en exposant les résultats pratiques qu'on retire journellement de leur application, les théories les plus ardues des sciences naturelles. Sous ce rapport, M. Figuier est un des organisations les mieux douées de l'époque. Il possède à un haut degré le talent d'exposition; il sait, après avoir étudié une question, s'assimiler rapidement et complétement la science de l'auteur ou de l'inventeur, et, prenant la plume, il fait passer sous les yeux de son lecteur le résumé parfaitement lucide et clair des raisonnements, des expériences qui ont conduit à la découverte, des applications utiles qu'on en a faites. Nous avons entendu des gens traiter dédaigneusement et regarder comme tout à fait secondaire ce talent d'exposition qui, complet, est bien moins commun qu'on ne le pense. Nous nous contenterons, pour prouver le contraire, de rappeler ici les noms de deux hommes qui, à d'autres mérites, joignaient au plus haut degré celui dont nous parlons, et qui sont restés des types, des modèles de l'éloquence professorale, Arago et Orfila. N'est-ce pas déjà quelque chose que de pouvoir avec honneur soutenir sur certains points le parallèle avec deux des gloires dont s'enorgueillit la science française?

Après son livre sur les *Principales découvertes modernes*, parvenu déjà à la quatrième ou cinquième édition; après sa grande revue de l'Exposition universelle de 1855, réunie en un volume sous le nom d'*Applications nouvelles de la science à l'industrie et aux arts*, après l'*Alchimie et les alchimistes*, œuvre destinée peut-être à un succès moins général en raison des matières qu'il traite, M. Figuier a conçu le projet de rassembler tous les ans, dans une publication accessible à toutes les intelligences et à toutes les bourses, les événements scientifiques, inventions et découvertes qui, pendant le cours de chaque année, ont fixé l'attention publique en France et à l'étranger. Voici trois ans qu'il s'est imposé cette tâche et qu'il la remplit avec une énergie, un zèle qui ne se sont pas démentis un seul instant, avec un talent qui semble plutôt grandir que diminuer.

Le travail que nous avons aujourd'hui sous les yeux, et dont nous voulons présenter ici un rapide compte rendu, forme la troisième année de l'œuvre de M. Figuier. En raison de l'abondance des matériaux, l'auteur a dû, au lieu d'un seul volume, élargir son cadre et en composer deux, aussi volumineux chacun que celui des précédentes années. Donnons-en une idée.

La magnifique comète de Donati, qui laisse bien loin derrière elle la foule de ces petites nébulosités vagabondes que nous avions pu considérer depuis une quarantaine d'années, méritait de fixer l'attention d'une manière toute particulière et d'ouvrir la marche; c'est aussi par elle qu'a commencé M. Figuier, en l'accompagnant de quelques considérations sur deux éclipses et la découverte de quelques petites planètes nouvelles. Mais ceci est encore de la science pure, et peut bien, à la rigueur, ne pas intéresser tout le monde.

Il n'en est pas de même de ce fait énorme de la pose du câble transatlantique, qui, pendant quelques heures, a mis en rapport l'ancien et le nouveau continent à une distance de plus de 800 lieues. L'échec éprouvé à plusieurs reprises par nos voisins d'outre-Manche leur a démontré que le succès n'est pas toujours, comme ils paraissent le croire, une question d'argent; mais le résultat obtenu, si court ait-il été, a prouvé la possibilité d'établir une communication télégraphique entre les deux continents, communication que des procédés plus parfaits permettront probablement, dans un avenir prochain, de rendre définitive.

Comme grands travaux dans l'art des constructions, nous trouvons le percement des Alpes, le canal de l'isthme de Suez, et le projet d'un canal maritime à travers l'isthme de Panama, canal destiné à relier les

(1) 2 vol. in-18. Chez L. Hachette et Cie, rue Pierre-Sarrazin, 14. — Prix : 3 fr. le vol.

lescence. Elle ne s'annonce souvent par aucun symptôme ; on observe seulement un peu de raucité de la voix, un peu de toux ; le larynx est quelquefois douloureux à la pression. Mais à côté de ces cas où l'affection peut rester et reste en effet souvent latente, il en est d'autres où elle s'accompagne de symptômes graves : c'est quand le larynx est rétréci par suite de la présence d'un abcès sous-muqueux, d'un fragment de cartilage prêt à se détacher, etc. D'autres fois, un œdème des replis aryténo-épiglottiques se développe. Enfin, il n'est point rare de voir cette affection secondaire revêtir les allures d'une maladie chronique et dégénérer en phthisie laryngée.

» 2° La laryngite nécrosique, qu'on pourrait appeler *d'emblée*, a son point de départ dans l'enveloppe des cartilages du larynx, du cricoïde surtout. La membrane muqueuse n'est pas primitivement atteinte, et les pertes de substance qu'on y rencontre sont consécutives à la rupture des parois des abcès sous-muqueux. C'est *presque exclusivement pendant la convalescence* que se montre cette affection. La déglutition devient difficile, le larynx est sensible à la pression ; la peau qui le recouvre est souvent soulevée en raison de l'œdème ou des abcès qui occupent le tissu péri-laryngé.

» On observe de la dyspnée, une toux convulsive, de l'aphonie. On perçoit, en auscultant le larynx, des bruits sifflants ou ronflants. Il y a habituellement une vive anxiété et des accès de suffocation. Le rétrécissement du larynx dépend alors de la présence d'un abcès sous-muqueux ou d'un fragment de cartilage en partie détaché. La marche de l'affection est en général très-rapide. »

Dans des cas où ces diverses affections ont déterminé la suffocation, on a tenté la trachéotomie. D'après un relevé d'un certain nombre de ces cas qu'ont fait MM. Charcot et Dechambre, relevé incomplet d'ailleurs de leur propre aveu, et qu'ils ne considèrent eux-mêmes que comme un élément provisoire de statistique, sur 19 opérations la guérison aurait été obtenue 7 fois. Ce résultat, tel quel, est assez encourageant pour engager les praticiens à recourir en pareil cas à la trachéotomie, mais à y recourir de bonne heure, et avant que la suffocation ait été prolongée, ainsi que le recommande Sestier, instruit à cet égard par sa propre expérience.

Pour revenir, en terminant, à l'observation qui a été le sujet de ces citations, il ne paraît pas douteux, d'après ce qui précède, que dans ce cas, comme dans tous ceux qui viennent d'être rappelés, la laryngite gangréneuse n'ait été, ainsi que l'ont pensé MM. Hérard et Baudot, une lésion dépendante de l'état typhoïde.

De là l'utilité de surveiller l'état du larynx chez les malades atteints de fièvre typhoïde, et, bien que dans cette circonstance la solution des accidents ait été des plus heureuses, puisque non-seulement la malade a guéri, mais puisqu'elle a conservé la voix, on ne devra pas y puiser les motifs d'une sécurité trompeuse, le relevé des cas analogues indiquant une issue presque constamment funeste.

Sur l'emploi de l'opium dans le traitement des hémorrhagies.

L'article que nous avons publié dans le numéro du 13 août, sur l'emploi de l'opium contre les hémorrhagies, nous a valu de la part de M. le docteur Bertulus, professeur à l'École préparatoire de médecine de Marseille, une lettre pleine de réflexions pratiques judicieuses que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Aux citations que nous avons faites pour montrer que les indications de la médication opiacée dans le traitement des hémorrhagies avaient été déjà posées et soumises au contrôle de l'expérience, M. Bertulus ajoute des textes empruntés à Sydenham, à Sauvage, à Pinel, etc., qui confirment nos observations ; puis il s'exprime en ces termes :

« Vous estimerez sans doute avec moi, très-honoré confrère, qu'en présence d'une hémorrhagie spontanée le médecin doit rechercher avant tout si elle est essentielle ou symptomatique, synergique ou critique, en vertu de quelle cause morbide elle existe, si cette cause est simple ou complexe ; par exemple s'il y a pléthore sanguine avec ou sans complication d'irritation, de phlogose, ou bien adynamie et appauvrissement du sang. Mais dans l'un et l'autre cas, c'est-à-dire que l'hémorrhagie soit active ou passive, il faut rechercher aussi s'il n'y a pas complication d'éréthisme nerveux, de spasme, d'intermittence ou de périodicité, enfin d'état mental particulier (nostalgie, hypochondrie, etc.). Comment poser les bases d'un traitement rationnel, si on ne procède pas avec détail à cet examen clinique ?

» L'expérience et l'observation ont, en effet, démontré de longue date qu'il est des hémorrhagies spontanées qui ne cèdent qu'aux saignées générales et locales, d'autres à l'opium, au quinquina, au fer, aux astringents, plus ou moins soutenus dans leur action par les révulsifs, les dérivatifs, les réfrigérants et les hémostatiques proprement dits. Quant aux applications du sulfate de quinine contre certaines hémorrhagies, j'ai pu en constater les bons effets dans plusieurs circonstances, et je rappellerai à ce propos que M. Mongellaz, dans son *Traité des irritations intermittentes*, a rapporté trente observations qui prouvent l'existence d'hémoptysies, d'hématémèses, d'entérorrhagies, de métrorrhagies et d'hématuries, sous les types quotidien, tierce, quarte, etc. Tous ces malades n'ont pu être guéris radicalement que par les préparations de quinquina.

» Combien d'hémorrhagies des voies aériennes, de l'estomac, de l'utérus, etc., ont été déterminées par de vives émotions de l'âme, ou par des passions violentes, telles que la colère, la jalousie, la terreur, etc., et n'ont dû leur guérison définitive qu'au retour de la quiétude, à la cessation de la cause occasionnelle ? »

Faisant ensuite l'analyse clinique de l'hémoptysie tuberculeuse, afin de voir si ce qui restera au fond du creuset ne donnera pas l'explication rationnelle des faits qui ont été soumis à la Société médicale des hôpitaux de Paris, notre confrère continue en ces termes :

« La première cause morbide dont nous constatons l'existence dans cette hémorrhagie, c'est une fluxion plus ou moins active du parenchyme pulmonaire ; fluxion presque toujours douloureuse, et dont la cause incitante est le tubercule lui-même, véritable corps étranger dont la nature, selon son habitude, s'efforce d'amener l'élimination. Nous trouvons ensuite une lésion de la nutrition générale ou de l'assimilation, un état cachectique plus ou moins avancé, selon le degré où la phthisie est parvenue, et que caractérisent le souffle carotidien au premier temps du cœur, les palpitations, la maigreur, la pâleur, l'inertie des fonctions digestives, les sueurs colliquatives, etc. Enfin, nous constatons, en troisième lieu, et comme conséquence fatale de cette lésion de l'assimilation, l'éréthisme nerveux, qui est toujours plus ou moins prononcé chez les phthisiques, surtout chez les femmes, et dont l'insomnie, les douleurs sourdes dans les membres et les cavités splanchniques, les rêvasseries, les érections fatigantes chez l'homme et les phénomènes hystériques chez la femme, sont les signes rationnels. Je ne parle pas de l'élément catarrhal, qui est très-prononcé chez certains phthisiques, et qui établit parfois une quatrième complication.

» Partant de cette étiologie, il ne peut y avoir de doute, ce me semble, sur les moyens généraux que réclame l'hémoptysie tuberculeuse. Ces moyens sont évidemment les révulsifs et les dérivatifs de la peau, le quinquina et les hémostatiques, presque toujours associés dans une juste mesure à l'opium, à la belladone, à la jusquiame, *phellandrium aquaticum*. La tolérance pour ces derniers remèdes est toujours en raison directe du degré d'éréthisme ou de spasme qui existe chez les sujets, car dans quelques cas exceptionnels on ne peut y recourir qu'avec beaucoup de réserve. 15 à 20 centigrammes par jour d'extrait thébaïque m'ont toujours paru suffire dans l'immense majorité des cas, et il est bien rare que je dépasse cette dose. J'associe souvent aussi les sirops diacode et de ciguë aquatique dans des juleps dont ces hémoptysiques se trouvent très-bien.

» Il ne faut pas oublier de faire remarquer, néanmoins, que chez les tuberculeux du premier degré l'hémoptysie s'accompagne très-souvent d'un *molimen hemorrhagicum* caractérisé qui indique la nécessité, soit de la saignée générale, soit des applications de sangsues à l'anus et sous les clavicules. Dans ces cas, qui, disons-le en passant, sont les seuls qui semblent justifier la théorie broussaisienne sur l'hémoptysie, l'opium ne doit être employé qu'avec réserve, après les émissions sanguines, et comme simple adjuvant.

» Ma pratique m'a démontré, ainsi qu'à la plupart des médecins, qu'un très-grand nombre de métrorrhagies se trouvent sous la dépendance directe de l'élément nerveux ou spasmodique, et que les hémostatiques les plus énergiques restent sans effet tant qu'on ne les associe pas à l'opium ; mais il convient, dans ces cas, de faire une analyse clinique très-exacte, car si la complication nerveuse ou spasmodique n'existe pas au degré que l'on suppose, l'opium peut devenir très-nuisible, amener une récidive foudroyante ou une adynamie mortelle. Dans l'emploi de l'opium contre une hémorrhagie quelle qu'elle soit, il y a deux choses très-importantes à vérifier :

» 1° L'état des forces vitales ;

» 2° La présence de l'éréthisme ou du spasme.

» Dans certains cas de dysménorrhée où l'éruption menstruelle précédée de spasmes douloureux et violents se fait ensuite lorsque la détente arrive avec une abondance morbide, ce n'est qu'à l'aide de l'opium, de la belladone, du datura, etc., que l'on arrive à normaliser (passez-moi ce mot) le flux menstruel. J'ai dans les mains un cas de ce genre contre lequel on avait prescrit, j'ignore pour quel motif, l'hydrothérapie, cette sorte de selle à tous chevaux, dont on multiplie si ridiculement les applications à notre époque ; sous son influence, la malade eut un spasme utérin si violent qu'elle se crut en danger, et cessa d'elle-même une médication intempestive.

» L'opium trouve aussi une application assez fréquente dans l'hématurie compliquée de spasme de la vessie, de douleurs néphrétiques, de ténesme du col, etc. J'ai vu, il y a peu de jours, dans une consultation, un cas de ce genre développé chez un sujet très-nerveux atteint d'un ancien catarrhe vésical ; nous lui avons prescrit à l'unanimité, pour mettre un terme à l'hémorrhagie, et sans préjudice des moyens à opposer plus tard au catarrhe, des potions composées avec l'ergotine et l'opium.....

» De tout ce qui précède, je ne tirerai qu'une seule conclusion, que j'ajouterai aux vôtres : *c'est qu'il ne peut y avoir rien d'absolu dans la thérapeutique des hémorrhagies spontanées, pas plus que dans celle des autres classes nosologiques.* »

Nouveau procédé pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens (dit procédé de la boutonnière palatine).

La position profonde des polypes naso-pharyngiens et la presque impossibilité de les saisir par les voies naturelles, a depuis longtemps inspiré aux chirurgiens l'idée de créer à travers les tissus de la face ou du palais une voie artificielle qui permît d'arriver au siége de leur implantation. C'est ainsi que Manne, en 1747, incisait le voile du palais dans toute sa hauteur pour mettre la tumeur à découvert et la saisir plus facilement ; qu'en 1840 M. Flaubert fils pratiquait l'extirpation de l'os maxillaire supérieur ; qu'en 1849 M. Nélaton ajoutait à l'incision de Manne l'excision de la voûte palatine. Toutes ces opérations ont rendu et rendront encore de grands services. Toutefois, M. Maisonneuve, qui a eu l'occasion de pratiquer plusieurs fois avec succès ces opérations, n'en a pas moins constaté que par elles-mêmes elles constituent des opérations graves, susceptibles parfois de compromettre la vie ou d'entraîner des difformités pénibles. Chacun sait, en effet, dit-il, que, malgré les progrès remarquables de la médecine opératoire, la résection de l'os maxillaire supérieur est loin d'être chose indifférente, et que dans la division complète du voile du palais la staphylorraphie ne parvient pas toujours à donner des résultats irréprochables.

---

deux Océans, et dont une des premières idées pratiques a été émise, avec plans, devis et possibilité de réalisation, par un pauvre captif de Ham, qui devait un jour s'asseoir sur le premier trône du monde.

La mécanique y est représentée par cette immense machine de navigation, que l'on a tour à tour nommée le *Léviathan* et le *Great Eastern*, et que nous nous permettrons de regarder, jusqu'à son retour d'Amérique, si elle en revient, comme une immense mystification ; à titre d'invention importante, elle méritait d'occuper une place dans l'*Année scientifique*, et M. Figuier en a donné une description exacte et fidèle, à laquelle — puissions-nous avoir tort ! — nous n'avons qu'un petit reproche à faire, celui d'avoir pris trop au sérieux le grand bateau britannique. Quand on songe au nombre prodigieux de navires transatlantiques qui depuis quelques années ont disparu dans les profondeurs de l'Océan, depuis le *Président* jusqu'à l'*Austria*, on se demande comment a pu germer dans un cerveau humain l'extravagante idée de transporter d'un seul coup et sur un seul bâtiment 10,000 passagers ; c'est faire peu de cas de la vie humaine, et, sans nous piquer d'une philanthropie exagérée, nous avons, pour notre part, un peu plus de souci de l'existence des hommes.

La physique a fourni à M. Figuier l'occasion d'examiner un grand nombre d'appareils nouveaux, d'un emploi continuel : baromètres, machines pneumatiques, machines productrices d'électricité, destinées à remplacer la pile de Volta ; machines à vapeur, stéréoscopes, etc.

Dans la *Revue des sciences médicales*, nous trouvons une bonne analyse de la discussion sur la fièvre puerpérale, et une autre non moins fidèle de celle sur la ligature de l'œsophage dans les expériences sur les animaux vivants, des considérations sur les dangers de l'inspiration des vapeurs d'essence de térébenthine.

Enfin, en agriculture et en industrie, M. Figuier étudie les divers engrais, et principalement les engrais liquides ; la dégénérescence des vers à soie du mûrier, les moyens de guérir leurs maladies, et l'acclimatation en France des nouvelles espèces de bombyx, celui du chêne et celui du ricin ; la substitution ou l'addition d'un grand nombre de matières textiles nouvelles aux substances déjà connues et employées de toute antiquité pour former nos vêtements et nos tissus.

L'ouvrage se termine par l'énumération des prix décernés par les Sociétés savantes, Académie des sciences et Société d'encouragement.

Enfin, dans une sorte de supplément intitulé *Variétés*, l'auteur a fait entrer divers sujets qui ne se rattachaient directement à aucune des divisions précédentes ; par exemple, l'inauguration de cette affreuse caricature en bronze qui, en tant qu'œuvre d'art, déshonore si cruellement la cour de la Faculté de médecine de Paris, et qui a la prétention si mal fondée de représenter l'illustre auteur des *Recherches sur la vie et la mort*, l'inauguration à Etampes de la belle statue de Geoffroy Saint-Hilaire ; une esquisse biographique sur Laurent et Gerhardt, ces deux hommes de génie qui succombèrent à peine arrivés au milieu de la vie, martyrs du travail et peut-être un peu victimes de jalousies puissantes ; enfin un résumé des principaux travaux de la Société d'acclimatation.

Nous n'avons pas d'éloges à faire du livre de M. Figuier ; ce serait répéter ce que nous avons dit déjà des deux premières années. L'immense succès qu'elles ont obtenu est la meilleure preuve de l'excellence de l'œuvre et de la réalité du besoin qu'éprouvait le public instruit de se tenir au courant des progrès incessants de la science pratique et des emprunts que lui fait journellement l'industrie. C'est là une école qui inspirera plus le goût des bonnes études scientifiques et qui fera plus de vrais savants que toutes les *bifurcations* des collèges si hautement condamnées par l'expérience d'abord, et par le remarquable discours prononcé cette année au concours général par le ministre de l'instruction publique, aux unanimes applaudissements du monde éclairé.

Dictionnaire universel de la vie pratique à la ville et à la campagne, contenant les notions d'une utilité générale et d'une application journalière, et tous les renseignements usuels en matière de religion et d'éducation, de législation, de finances, d'industrie et de commerce, d'économie domestique et rurale, etc., par G. Belèze (1).

La maison Hachette semble avoir la spécialité de ces grands dictionnaires encyclopédiques qui datent d'une vingtaine d'années à peine et qui ont obtenu de si rapides et de si prodigieux succès. Celui qui a ouvert la marche est le *Dictionnaire d'histoire et de géographie* de

(1) Un volume in-8° de 1890 pages. — Chez L. Hachette et Cie.

Frappé de ces considérations, M. Maisonneuve a pensé qu'il était des circonstances nombreuses où une opération beaucoup plus simple et beaucoup plus innocente, qu'il désigne sous le nom de boutonnière palatine, pourrait parfaitement suffire pour remplir toutes les indications. En bornant l'incision du voile du palais à une simple boutonnière, qui de la voûte osseuse se prolonge plus ou moins près de la base de la luette, on a, suivant lui, une ouverture très-suffisante pour saisir les tumeurs polypeuses, et pour les entraîner en tout ou en partie dans l'intérieur de la bouche, où il devient alors facile d'en faire l'excision ou la ligature. La grande élasticité des tissus qui forment le pourtour de la boutonnière se prête à cet égard à toutes les exigences.

D'un autre côté, quand l'extirpation de la tumeur est terminée, le voile du palais, dont le bord inférieur est resté intact, a par ce seul fait une tendance naturelle à reprendre sa forme, et c'est à peine si pour clore l'ouverture artificielle il est besoin de pratiquer un point de suture.

On jugera de la promptitude et de la facilité avec laquelle cette opération se pratique par la relation de l'observation suivante :

P... Nicolas, âgé de 21 ans, couvreur, entra le 12 août 1859 à l'hôpital de la Pitié, pour y être traité d'un polype naso-pharyngien dont il souffrait depuis près de deux ans. Ce polype, dont un prolongement pénétrait dans la fosse nasale droite, déprimait assez fortement le voile du palais, et proéminait dans l'arrière-gorge, où on pouvait l'apercevoir quand le malade ouvrait fortement la bouche.

En explorant avec le doigt, on reconnaissait que la tumeur était libre en arrière, ainsi que du côté gauche, et que l'insertion de son pédicule avait lieu sur la paroi latérale droite du pharynx.

Dans ces conditions il était évident que l'extirpation par les fosses nasales était à peu près impossible.

D'une autre part la tumeur était trop profondément située dans la partie supérieure du pharynx pour que l'on pût songer à la saisir directement derrière le voile du palais. Il ne restait donc plus qu'à recourir au procédé de Manne.

C'est en effet à ce procédé que M. Maisonneuve se proposait d'avoir recours, tout en regrettant l'inconvénient assez grave de la mutilation qu'il entraîne, quand l'idée lui vint de substituer à cette division complète une simple boutonnière verticale. Portant donc la pointe de son bistouri sur la partie la plus antérieure du voile du palais, il incisa d'un seul trait cette cloison jusqu'à un demi-centimètre de la base de la luette. Puis avec des pinces de Museux il alla saisir le polype et l'attira doucement à travers l'ouverture, dont le pourtour élastique et souple se prêta facilement à cette manœuvre.

Le polype se trouvait donc ainsi transporté du pharynx dans la bouche et pédiculé pour ainsi dire par l'anneau musculaire du voile du palais; le reste de l'opération devenait dès lors d'une extrême simplicité. En effet, prenant son constricteur de trousse, armé d'un simple fil de fer d'un millimètre et demi de diamètre, il disposa celui-ci en anse, et saisit le polype. Après quelques tours donnés à la vis pour diminuer la largeur de l'anse, celle-ci fut poussée doucement à travers l'ouverture palatine de manière à venir saisir le pédicule à son point d'insertion dans le pharynx; puis, la constriction étant portée à l'extrême, la tumeur se détacha sans écoulement de sang.

Après cette opération, qui dura à peine quelques minutes, l'opérateur se borna à pratiquer sur le milieu de la boutonnière un simple point de suture, sans autre instrument qu'une aiguille courbe de petite dimension, et la nouvelle pince à anneau de M. Charrière, laquelle est sans contredit le meilleur des porte-aiguilles. Aucun accident ne suivit cette opération ; dès le quatrième jour, la cicatrisation était complète, et le malade sortit de l'hôpital le 17 août.

L'examen de la tumeur fit reconnaître qu'elle était vasculaire, représentant assez bien la forme d'une main d'enfant dont le pouce et les deux derniers doigts seraient fermés. La partie la plus épaisse était celle qui adhérait à la paroi latérale du pharynx et bouchait la narine ; la plus mince, de couleur violacée, pendait derrière le voile du palais.

ÉLOGE DE VIDAL (DE CASSIS).

Par M. Alphonse Guérin, chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

(Lu à la Société de chirurgie le 13 juillet 1859.)

Messieurs,

Lorsqu'un homme meurt après avoir fait dans ses livres et dans ses publications périodiques une polémique ardente et parfois personnelle, les susceptibilités d'amour-propre, les intérêts lésés, les amitiés froissées de ses contemporains, toutes les passions grandes ou petites qu'il a excitées peuvent lui survivre, et il arrive souvent que les inimitiés les moins oublieuses ne sont pas celles qui se sont manifestées le plus hautement pendant la vie de l'écrivain. Si j'avais pu craindre que Vidal eût éveillé de pareils sentiments rétrospectifs, j'aurais dû laisser à un autre plus habile que moi dans l'art de bien dire le soin de rappeler devant vous les qualités éminentes du collègue que nous avons perdu; mais, quand je n'aurais pas été rassuré sous ce rapport par le respect dont Vidal savait honorer chez les autres l'étude, les convictions, les lumières et le dévouement à la science, ne le serais-je pas suffisamment par la bienveillance et la piété dont une tombe est toujours entourée quand elle se ferme sur un homme de bien, qui, pour être juste, sut sacrifier ses sympathies personnelles, qui voua sa vie tout entière à l'étude, et qui, frappé sans avoir recueilli le prix de ses travaux, trouva encore à son lit de mort un sourire et pas une plainte, malgré le lourd fardeau de peines qu'il eut à supporter?

Vidal, Messieurs, n'a point une physionomie ordinaire. Comme auteur de livres devenus classiques, comme chirurgien et comme journaliste, il a pris une large part au mouvement scientifique de notre époque, et à ce triple point de vue il est intéressant à étudier.

Né au village de Cassis, près de Marseille, le 3 janvier 1803, d'une famille qui eût eu de l'aisance si elle avait été un peu moins nombreuse, Auguste Vidal passa son enfance au milieu des champs. Le vent de la mer, aussi sain pour l'homme qu'il est vivifiant pour les végétaux, développa sa poitrine et lui donna une vigoureuse constitution, que le travail devait bientôt altérer.

Son éducation fut confiée au curé de la localité, qui lui apprit ce qu'il savait de français et de latin. Ce prêtre, ancien dominicain, qui avait été recueilli par le père de Vidal à l'époque où une robe de moine n'était pas un passe-port pour celui qui la portait, eût voulu acquitter sa dette de reconnaissance en allégeant pour son élève les ennuis de l'étude; mais son ministère de prêtre lui laissait trop peu de temps pour qu'il dirigeât avec fruit l'éducation d'un enfant vif et turbulent, qui préférait le sable des grèves et les champs d'oliviers à la chambre du curé transformée en salle d'études. Vidal et son jeune frère travaillaient ensemble, s'aidant l'un l'autre, en l'absence du père Ducros, moins pour bien faire leurs devoirs que pour s'en débarrasser le plus promptement possible. Aussi l'éducation première de notre collègue eût-elle été insuffisante, si Vidal père ne s'était décidé à donner un précepteur à ses enfants. La vie au grand air est tellement active que l'intelligence en reçoit souvent une heureuse influence. Presque sans effort, Vidal apprit assez de latin pour qu'il crût bientôt pouvoir se dispenser d'étudier. Il continua à vivre près de son père et de sa mère dans une douce oisiveté jusqu'en 1823, époque à laquelle, s'étant décidé à étudier la médecine, il se rendit à Marseille, où il devint de suite élève externe de l'Hôtel-Dieu. Après six mois d'étude, il fut chargé des fonctions d'interne, qu'il remplit pendant quatre ans. Durant son internat, il s'était lié d'une étroite amitié avec un jeune homme qui devait plus tard, lui aussi, honorer l'école qui l'avait accueilli. Ce lien, qui s'établit entre Vidal et M. Goyrand, ne devait se rompre que par la mort de l'un des deux amis.

Tous les deux, ils vinrent ensemble à Paris pour compléter les études qu'ils avaient commencées à Marseille. Quand ils arrivèrent au quartier Latin, Vidal, qui n'avait que cent francs par mois, dut plus d'une fois se rappeler le bonheur dont il avait joui à Cassis; bien-être de la maison paternelle, tendresse de la famille, vent de la mer qu'on ne peut oublier, adieu! Vidal est entré sur la terre classique de la faim, du travail et de l'ambition. Il souffrira peut-être de sa pauvreté et il ne voudra plus retourner à Cassis, où pourtant il eût été si heureux!

Son histoire est et sera encore celle de bien d'autres; il avait trop de pénétration dans l'esprit pour ne pas comprendre de bonne heure que l'on peut être le premier dans son village et le second ailleurs; mais tout en reconnaissant que le monde dans lequel il était appelé à vivre désormais était d'un ordre supérieur à celui dans lequel il avait passé sa première jeunesse, il sentait en lui une vigueur qui lui disait sans cesse qu'il était de taille à se mesurer avec les plus forts.

Pour arriver aux premiers rangs, il faut se résigner à une vie de lutte à laquelle il se prépara par des publications périodiques.

Il venait de subir sa thèse de docteur en 1828, lorsque Fabre, son compatriote, fonda la *Gazette des Hôpitaux* et lui demanda sa collaboration. Ce fut pour notre collègue une excellente occasion de se produire. Il entra dans cette voie avec l'ardeur de son âge et l'esprit frondeur de son pays.

En étudiant les races qui composent la France telle qu'elle est aujourd'hui, il est impossible de méconnaître que quelques-unes de nos anciennes provinces ont conservé, avec leurs types extérieurs, l'esprit qui les distinguait à leur origine. Cette accentuation des races est surtout prononcée dans les pays qui ont un patois ou une langue différente de celle que nous parlons. Il faut donc, pour être juste dans le jugement que l'on porte sur les hommes, tenir compte des qualités et des défauts inhérents à leur race, et ne pas demander à un enfant du Midi le calme et la bienveillance indolente de l'homme du Nord.

Vidal avait été élevé dans une province dont les habitants ont une verve railleuse qui convient admirablement au journalisme. Les relations qu'il se créa développèrent encore son penchant naturel. Fin et railleur, beau diseur de mots plaisants et agressifs, il épanchait son ressentiment en railleries qui plus d'une fois firent croire, à tort, que son cœur était d'accord avec son esprit dans les attaques qu'il dirigeait contre ses adversaires. Il voulait châtier en riant, mais il lui arrivait parfois de mal juger de la profondeur des blessures qu'il allait faire. Aussi s'étonne-t-il, dans un des feuilletons plaisants qu'il publiait sous le nom de *Lyrac* dans la *Gazette des Hôpitaux*, que l'on ait pu lui supposer une intention méchante : « *Il s'est trouvé*, s'écrie-t-il, *quelqu'un qui a dit que j'écris avec un poignard! La plume du docteur Lyrac un poignard! Sonnez, sonnez, cors et musettes!* » Non, Vidal n'était pas méchant, et s'il lui arriva d'en avoir les apparences, c'est que sa verve n'épargnait ni les ridicules ni les prétentions exagérées, et qu'elle fut souvent d'une causticité qui faisait plus que chatouiller ceux qui, se préoccupant moins de l'honorabilité que de la fortune, avaient le malheur de tomber sous sa plume.

Pour faire connaître Vidal comme journaliste à ceux qui ne le connaissent que par ses livres, il faudrait toucher à des questions de personnes qu'il ne me plairait pas de raviver. Je vous demanderai donc la permission de ne citer que quelques passages qui ont un caractère de généralité, et qui suffiront pour donner une idée de son talent.

« La succession de M. ***, deux fois académicien, a été ouverte, dit-il, avant que sa tombe fût fermée. J'ai rencontré hier trois milords qui quêtaient déjà des voix. (Le milord est un cabriolet à quatre roues, qui va plus lentement que les autres et qui secoue davantage.) Ces milords n'ambitionnaient que l'Académie de médecine. Mais pour l'Institut, c'est la calèche qui sort. On parle de trois candidats, trois professeurs de la Faculté; tous trois très-dignes de remplacer M. ***; deux font et feront de nombreuses démarches et mettront en jeu les ressorts politiques, littéraires, physiologiques et même religieux. La doctrine et la religion seront aux prises : je parie pour la doctrine. »

A propos d'une autre place vacante à l'Académie, il raconte les vicissitudes des candidats, et il termine ainsi :

« Les visites pour cette place ont été très-nombreuses; il a fallu les faire par des temps affreux : neige, glace, verglas, couvraient les sentiers de l'immortalité; il était impossible de les parcourir à pied, et très-coûteux de les faire en voiture. Aussi, un médecin un peu parcimonieux, et ayant cependant de vrais titres scientifiques, s'est mis à additionner le prix des courses de cabriolet, celui des gants plus ou moins blancs nécessaires aux visites, et trouvant que c'était trop coûteux d'aller à l'immortalité en hiver, il n'a fait aucune démarche, se réservant de se présenter à pied quand une place serait vacante en été. »

En parlant de tous les petits moyens auxquels quelques hommes ont recours pour réussir, il lâche cette boutade :

« Un poëte a dit, je crois, que c'est avec des dîners que l'on gouverne les hommes. Vingt ans après, les médecins se sont aperçus que la chose pouvait bien être. » Il disait, continuant la même idée : « Il faut que cet homme ait un bien bon cuisinier, pour que ses opinions résistent à tant d'attaques. »

Je terminerai ces citations par un passage d'un article qu'il fit à propos de l'accident du chemin de fer de Versailles :

Bouillet, parvenu aujourd'hui à sa onzième édition; puis celui des *sciences, des lettres et des arts*, du même, déjà trois fois réimprimé; le *Dictionnaire universel des contemporains*, de Vapereau, qu'un publiciste de la grande presse, dans un jour d'injuste et peu bienveillante facétie, a surnommé le Dictionnaire des 25,000 maladresses, ce qui n'empêche pas tous les journaux, sans en excepter un seul, de lui emprunter chaque jour leurs notices biographiques sur les personnages marquants qui disparaissent; recueil qui, pour le dire en passant, et sauf quelques inexactitudes inséparables de l'immensité d'un pareil travail, et quelques omissions regrettables, est encore le meilleur ouvrage de ce genre qui existe. C'est enfin aujourd'hui le *Dictionnaire universel de la vie pratique*, dont l'auteur, M. Belèze, est un des hommes les plus connus dans l'Université pour les services qu'il a rendus à l'éducation de la jeunesse.

Réunir dans le plus commode des cadres, celui d'un dictionnaire, et sous la forme la plus favorable aux recherches, c'est-à-dire la forme alphabétique, la connaissance exacte de tous les intérêts et de tous les devoirs de la vie; mettre à la portée des lecteurs toutes les notions usuelles, tous les renseignements utiles dont ils ont journellement besoin; indiquer ce qu'ils doivent faire dans toute espèce de circonstances; leur éviter les pertes de temps qu'entraînent les incertitudes, les démarches inutiles, les embarras de tout genre; répondre aux mille questions qu'on se pose tous les jours et qu'on adresse souvent à dix personnes sans pouvoir obtenir une solution satisfaisante; fournir enfin à chacun un guide sûr et fidèle qui le mette en état de faire ses affaires lui-même et de résoudre, sans autre peine que celle d'ouvrir un livre, toutes les difficultés qui se rencontrent dans le cours ordinaire de la vie, tels sont en peu de mots les avantages qui peuvent recommander cette nouvelle publication à l'attention des classes diverses de la société.

Ce plan, on le conçoit, ne comportait aucune exposition théorique; aussi l'auteur s'en est-il soigneusement abstenu; on ne trouvera nulle part ni définition ni description scientifique. Celui qui fait la recherche est supposé avoir une connaissance générale de la chose qu'il veut employer, et sous ce rapport M. Belèze nous paraît avoir sagement envisagé le but qu'il voulait atteindre.

Il était encore un écueil à éviter, celui d'entrer trop profondément dans le vif de certaines questions, et de faire croire au lecteur qu'il allait devenir avec ce livre excellent médecin, savant légiste, notaire ou avoué consommé, etc. L'auteur a su encore éviter ce danger; il a donné de bons conseils d'hygiène, et indiqué certains moyens de médecine domestique capables d'arrêter au début une indisposition grave; il a cherché à éclairer chacun sur ses intérêts, en ce qui concerne le droit, mais il a surtout averti le public des conséquences auxquelles pourraient le conduire des démarches imprudentes, etc.; mais hors de là, adressez-vous au médecin, au notaire, à l'avoué, à l'homme compétent, semble-t-il dire à chaque page; je ne puis que vous donner un renseignement utile, sans prétendre faire de vous un savant universel.

Résumons-nous en disant que M. Belèze a accompli, avec l'aide de savants et intelligents collaborateurs, un travail devant l'immensité duquel, au premier abord, l'esprit reste frappé d'une sorte de stupeur. Son utilité réelle lui a déjà assuré, depuis quelques semaines à peine qu'il est publié, un succès égal à celui de ses aînés.

Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

De la production artificielle des os au moyen de la transplantation du périoste et des greffes osseuses, par M. le docteur Léopold Ollier. In-8° de 20 pages. Prix : 75 c. Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine, 23.

De la stomatite ulcéreuse des soldats, et de son identité avec la stomatite des enfants, dite couenneuse, diphthérique, ulcéro-membraneuse; par M. le docteur E. J. Bergeron, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, etc. Un vol. in-8°; prix, 4 fr., rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie. — Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

De la myosite, par Paul Fischer, interne des hôpitaux de Paris; mémoire couronné par la Société impériale de médecine de Bordeaux. In-8° de 41 pages. Prix 1 fr. — Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine, 23.

« Les victimes, dit-il, étaient encore fumantes, et le puff se jetait déjà sur ce malheureux événement pour l'exploiter. A peu près toutes les classes de la société se sont distinguées dans cette occasion, mais par des procédés différents, car le puff est une grande méthode qui a ses procédés. (Suit l'énumération des procédés.) Tout cela, continue-t-il, est bien triste ; voilà pourquoi je tardais tant à vous l'écrire. On a compté les victimes de cet effroyable événement ; elles sont heureusement bien au-dessous du chiffre des sauveurs, puisqu'il est dit que ceux-ci sont au nombre de six cents, indiqués au ministère de l'intérieur pour avoir la croix. »

En dehors des critiques des *Revues* et des *Feuilletons*, Vidal a publié dans les journaux des articles scientifiques en trop grand nombre pour que je puisse vous les citer tous. Ces articles rentrent d'ailleurs dans une catégorie de travaux dont j'ai hâte de vous parler. Ils vous feront voir Vidal comme chirurgien et comme spécialiste.

Il était vraiment chirurgien ; son esprit inventif n'a pu s'exercer que dans un cercle trop étroit pour que les besoins d'une pratique toute spéciale lui suscitassent de grandes découvertes ; mais on peut juger de ce qu'il eût pu faire par ce qu'il a fait.

Il était, je crois, encore étudiant, lorsqu'il eut l'idée de faire des opérations en plusieurs temps. J'ai vu, m'écrit M. Goyrand, naître et germer dans l'esprit de mon ami les idées sur le débridement multiple appliqué à la taille et à l'opération de la hernie crurale étranglée. J'ai été le confident de ses idées sur l'opération de la taille sus-pubienne en deux temps, et sur la cystotomie par le caustique, avant qu'il en eût entretenu le public. D'après cela, je suis porté à croire que ce sont ses pensées d'étudiant qu'il épanchait ainsi dans ses conversations avec son condisciple.

Dès 1832, dit Vidal, je me suis prononcé, dans la *Gazette médicale*, contre l'unité de temps adoptée pour toutes les opérations. Plus tard, dans son *Traité de pathologie chirurgicale*, il commente cette idée :

« La nature, dit-il, avant de diviser les tissus, opère des réunions ; elle se livre, au préalable, à un travail d'organisation ; ainsi, autour des solutions de continuité qu'elle va opérer, naissent des adhérences, ou bien les tissus s'épaississent. C'est la synthèse qui a précédé la diérèse. Dans nos opérations ordinaires, on ne trouve rien qui ressemble à cela ; et cependant nos procédés, pour être efficaces, devraient se rapprocher le plus possible de ceux de la nature. Il y a là de quoi réfléchir ; il y a tout un avenir pour la chirurgie ; mais il faudrait se comprendre. Voilà ce que j'écrivais dans ma première édition de 1839. Une partie de mes vœux se trouve exaucée. Des chirurgiens d'un mérite réel font plus de cas des caustiques et déposent un peu plus souvent le bistouri. Dans un travail récent, un chirurgien a cherché à démontrer les avantages de la cautérisation pour prévenir et même pour arrêter la phlébite et d'autres inflammations graves. D'autres chirurgiens, sont entrés dans la même voie ; comme lui, ils n'indiquent pas la source où ont été puisées les inspirations qui les ont conduits à une expérimentation si utile. Un pareil silence prouverait que c'est d'eux-mêmes qu'est venue l'impulsion, ce qui est encore plus favorable aux principes que je soutiens depuis si longtemps. »

Ce passage nous montre un côté de l'esprit de Vidal. Avant l'école de Lyon, il a parlé du parti que l'on peut tirer de la cautérisation ; on ne parle pas de lui, et il croit avoir le droit de s'en plaindre, mais il le fait comme un homme découragé et revenu des vanités du monde. Il ne récrimine pas : *Le silence, dit-il, prouverait que c'est d'eux-mêmes qu'est venue l'impulsion, ce qui est encore plus favorable aux principes que je soutiens depuis si longtemps !* Il a plutôt l'air de trouver là une consolation. Il n'en est rien ; plus bienveillant qu'on ne l'a dit, il ne suppose pas aux autres des intentions dont il serait incapable ; il voudrait ne pas se plaindre ; mais en voyant ses travaux méconnus ou oubliés, il regrette qu'on ne lui rende pas justice, et il laisse deviner qu'il en est malheureux.

Pour s'opposer à l'infiltration urineuse qui s'observe à la suite de la cystotomie sus-pubienne, il propose de faire l'opération en plusieurs temps, soit qu'après avoir incisé tous les tissus jusqu'à la vessie on s'arrête pour n'ouvrir cette poche qu'au bout de quelques jours, soit que par des applications quotidiennes d'un porte-caustique on opère sans instrument tranchant. Dans l'un et l'autre procédé, il se propose d'opposer une barrière à l'urine par la lymphe plastique qui soude les unes aux autres les différentes couches dont la paroi abdominale est composée.

Bien que cette méthode remonte déjà à une époque assez reculée, on n'en a pas fait un nombre d'applications suffisant pour que l'on puisse se prononcer définitivement sur sa valeur. Mais je serais injuste envers Vidal si je ne reconnaissais pas qu'elle est ingénieuse, et que, sans être l'auteur de cette méthode, il est facile de comprendre qu'il n'a pas fallu un grand effort d'imagination pour conclure de l'innocuité de la taille sus-pubienne par le caustique à l'innocuité des opérations pratiquées sur l'urèthre dans sa portion sous-pubienne.

(*La fin au prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 août 1859. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté sans réclamation.

LECTURE.

Après le dépouillement de la correspondance, M. A. FORGET donne lecture du travail suivant, à l'occasion d'une observation de M. Letenneur (de Nantes), observation qui est intitulée : *Tumeur fibreuse de la mâchoire inférieure due au développement pathologique des organes alvéolo-dentaires ; hypertrophie considérable des éléments fibreux de ces organes ; hyperostose et séquestration des alvéoles.*

La pièce pathologique et un dessin sont mis sous les yeux de la Société, qui décide que le travail sera ultérieurement publié, lorsque cette observation intéressante aura pu être complétée.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEPAUL montre un exemple d'éventration, accompagné de beaucoup d'autres vices de conformation, observé dans les conditions suivantes, sur un fœtus qui succomba pendant le travail :

Une femme de vingt-deux ans, primipare, et d'une bonne constitution, entra à l'hôpital Saint-Antoine, le 13 août 1859, à neuf heures du soir. La grossesse n'était parvenue qu'à sept mois et demi environ, et le travail s'était déclaré prématurément le même jour, à dix heures du matin, sans cause connue.

Les membranes se déchirèrent le 14 août, à deux heures du matin, et lorsqu'on examina, une heure après, on constata dans le vagin la présence d'une masse molle, qui était formée par le paquet intestinal du fœtus. A trois heures et demie, cette masse se montra à la vulve, et y resta sans avancer jusqu'à cinq heures et demie du matin, époque à laquelle on réclama les soins de M. Depaul.

A l'inspection de la tumeur qui sortait de la vulve, il put facilement reconnaître le foie et le paquet intestinal du fœtus, et il annonça qu'il s'agissait d'un cas d'éventration. Il introduisit deux doigts en arrière du vagin, et constata que le sacrum était tourné en arrière et à droite, que l'une des hanches regardait la cavité cotyloïde droite et l'autre la symphyse sacro-iliaque gauche. Les membres pelviens étaient complétement relevés du côté de l'abdomen. Un doigt ayant accroché l'aine qui était en avant, il suffit de quelques tractions pour dégager le pelvis, et le reste du fœtus, qui était petit, fut extrait sans beaucoup de difficulté. Le cordon, très-court et sous forme de membrane, dut être coupé pour éviter une déchirure.

L'enfant, qui était parfaitement frais et qui avait probablement succombé pendant la dernière partie du travail, ne donna aucun signe de vie.

Le volume considérable que conservait encore le ventre de la femme fit soupçonner qu'il y avait un second enfant, et l'auscultation ne tarda pas à constater les battements de son cœur.

Par le toucher vaginal, on sentit une poche volumineuse et tendue qui plongeait dans le bassin. Après avoir attendu quelques instants, M. Depaul la rompit, et reconnut que second enfant se présentait encore par les fesses. Celles-ci ne tardèrent pas à descendre, et sortirent, ainsi que le fœtus, sans difficulté, à l'aide des contractions utérines et de quelques légères tractions.

L'enfant, du sexe féminin, comme le premier, respira et cria presque aussitôt. Il n'offrait aucun vice de conformation, et avait à peu près le volume des enfants qui ont séjourné sept à huit mois dans l'utérus.

Pour pratiquer la délivrance, des tractions furent faites sur le cordon normal de ce dernier enfant. Une masse placentaire fut facilement entraînée jusqu'à la vulve ; mais là, M. Depaul, éprouvant une certaine résistance, introduisit quelques doigts dans le vagin et alla saisir l'autre placenta, qui était séparé du premier par les membranes dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres. Tous les deux d'ailleurs, ainsi qu'on peut le voir, étaient circulaires et à peu près d'égal volume.

M. Depaul se propose d'examiner très-attentivement le cadavre de l'enfant atteint d'éventration. Mais avant d'en faire l'autopsie, il a pensé que la Société constaterait avec intérêt, par elle-même, les nombreux vices de conformation qu'il présente.

On peut voir que la paroi abdominale manque dans presque toute son étendue, et que le foie et le paquet intestinal forment une masse mobile au-devant de la colonne vertébrale.

Le crâne, membraneux dans sa partie supérieure, contenait une assez grande quantité de sérosité transparente, qui s'est écoulée par une petite déchirure, ce qui a notablement diminué le volume de la tête, surtout en arrière.

On constate, en outre, un bec-de-lièvre double, avec tubercule médian et division de la voûte palatine et du voile du palais.

A la partie inférieure de la région dorsale, la colonne vertébrale présente une courbure latérale très-prononcée, et qu'il est impossible de redresser. La flexion a lieu du côté droit.

Le membre thoracique correspondant, à l'extrémité duquel on distingue la main, est représenté par un petit prolongement informe, aplati, et dont le squelette est très-incomplet. Sa longueur est tout au plus de 4 ou 5 centimètres.

Le pied du même côté se termine par une sorte de petit moignon, qui est formé par la réunion de deux ou trois orteils non séparés.

A un centimètre au-dessus de l'orifice anal, qui est perforé et par lequel s'écoule du méconium, on remarque un prolongement entièrement mou et cutané qui a la forme et les dimensions d'une queue de souris.

Pour terminer, ajoute M. Depaul, je dirai que les suites de couches chez la mère ont suivi jusqu'à ce jour une marche très-régulière, et que tout permet d'espérer un prompt rétablissement.

— A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret pour entendre un rapport fait par M. Richet, au nom de la commission des prix.

La question mise au concours était la suivante : « Des paralysies traumatiques. »

Un seul mémoire avait été adressé à la Société. La commission, après l'avoir étudié, a pensé que, tout en reconnaissant à ce travail des qualités sérieuses, il n'était pas assez complet pour qu'on dût lui décerner le prix, et elle a proposé d'accorder à l'auteur une mention honorable et de déposer son travail aux archives.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Depaul.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 11 août, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Pellarin, chirurgien principal de la marine, à la Martinique, et M. Pestre, chirurgien de 2e classe, à la Guadeloupe.

— M. le docteur Marc d'Espine (de Genève), auteur de l'*Essai analytique et critique de statistique mortuaire comparée*, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté de M. le préfet de la Gironde, ont été nommés membres du conseil d'hygiène M. le docteur Gellie, médecin des prisons de Bordeaux, en remplacement de M. le docteur Soulé, démissionnaire, et M. Perrens, secrétaire général de la société de pharmacie, en remplacement de M. Guimard, décédé.

— M. le docteur Arthaud, président de l'Association des médecins de la Gironde, est mort subitement, à Bordeaux, le 16 août dernier. Ancien président de la Société de médecine, médecin honoraire de l'hôpital Saint-André, ancien membre du conseil d'hygiène et du jury médical, M. Arthaud avait publié des travaux estimables sur la morve et sur la pellagre, sur le rôle du carbonate de chaux dans les eaux potables, etc. Esprit à la fois philosophique et fin, praticien habile e exercé, confrère excellent, il s'était fait partout des amis par une urbanité exquise qui prenait sa source dans une véritable bonté.

— Nous avons la satisfaction d'annoncer la convalescence de M. Chaumet, dont la santé avait donné des inquiétudes à la suite d'une piqûre anatomique ; mais M. Chaumet fils, étudiant en médecine, qui était venu à Bordeaux pour donner des soins à son père, vient d'être enlevé par une scarlatine maligne. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

— L'Ecole de Florence vient de perdre le professeur Georges Regnoli, l'un des opérateurs les plus célèbres de l'Italie, qui avait succédé au célèbre Vacca Berlinghieri, à l'Université de Pise.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — De la prescription des honoraires des médecins ; arrêt de la Cour impériale de Toulouse. — HÔTEL-DIEU (M. Jobert). Varicocèle ; nouveau procédé pour la cure du varicocèle. — Eloge de Vidal (de Cassis). — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 22 août. — CORRESPONDANCE. Lettres de MM. Morineau et J. Roux. — Nouvelles.

PARIS, LE 29 AOUT 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les communications sur les désinfectants continuent à affluer à l'Académie. M. le maréchal Vaillant a adressé, du quartier général de Milan, un deuxième rapport de M. le docteur Cuveiller, qui constate les bons effets obtenus dans les hôpitaux de Milan par l'emploi de la poudre désinfectante de MM. Corne et Demeaux. M. Burdet, de Vierzon, a essayé comparativement divers mélanges plus ou moins analogues à cette poudre, et il est arrivé à reconnaître que le mélange qui réunit le plus complétement les qualités désirées, est celui qu'il a préparé avec de la marne pulvérisée et du goudron végétal.

Nous avons reçu de notre côté plusieurs communications sur le même sujet, entre autres une lettre de M. le docteur Lemonnier (de Toulon), qui nous apprend qu'employée à l'hôpital de Saint-Mandrier, où sont réunis 1,000 à 1,200 blessés français et autrichiens, la poudre Corne fait « merveille. » Beaucoup de malades qui auraient succombé sous l'influence du phagédénisme traumatique, dit notre confrère, sont en bonne voie de guérison, grâce à l'emploi du plâtre coalté.

Nous appellerons enfin l'attention de nos lecteurs sur deux lettres que nous publions plus loin. L'une, de M. le docteur J. Roux de Brignolles (de Marseille), répond à la fois à quelques-uns des *desiderata* exprimés dans le dernier feuilleton de notre spirituel collaborateur M. le docteur Joux, sur les mouches, et à l'appel fait aux souvenirs et à l'expérience de tous nos confrères sur la question à l'ordre du jour, la désinfection des plaies. La deuxième, consacrée exclusivement à ce dernier point, est de M. le docteur de Morineau, qui nous fait connaître les bons effets que ses confrères de Poitiers et lui ont obtenus depuis longtemps déjà de l'emploi d'une *charpie* ou *papier carbonifère* de l'invention de MM. Pichot et Malapert. Cette substance, sur laquelle nous possédons de nombreux documents que nous devons à l'obligeance de notre confrère, est en ce moment soumise à l'expérimentation dans plusieurs services des hôpitaux de Paris. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des résultats qu'il nous sera donné d'observer.

Nous signalerons enfin, parmi les autres communications qui ont été faites à l'Académie, une note de M. Molas relative à une pièce osseuse développée entre les feuillets de la faux du cerveau et les réflexions présentées à ce sujet par M. Flourens. Nous regrettons que la brièveté du compte rendu sur les autres travaux relatifs à des points divers de médecine ou de physiologie, ne nous permette pas d'en apprécier la valeur. — Dr Brochin.

DE LA PRESCRIPTION DES HONORAIRES DES MÉDECINS.

ARRÊT DE LA COUR IMPÉRIALE DE TOULOUSE.

La Cour impériale de Toulouse vient de rendre, sur la question de la prescription des honoraires des médecins, un arrêt d'un grand intérêt pour le corps médical. Il est indispensable, pour en faire saisir le sens et la portée, de rappeler en peu de mots les circonstances qui l'ont motivé.

Le docteur Atoch avait donné des soins pendant dix mois consécutifs, pour une seule et même maladie, au sieur Vidal jusqu'au jour de la mort de celui-ci, arrivée le 18 décembre 1855. Après s'être adressé en vain à plusieurs reprises et par les voies amiables à la famille, le 15 décembre 1856, le docteur Atoch fit assigner les héritiers. Ceux-ci opposèrent la prescription pour toutes les visites faites avant le 15 décembre 1855. Saisi de ces prétentions respectives, le tribunal de Toulouse prononça, à la date du 2 mai 1858, le jugement suivant :

« Attendu que la demande du docteur Atoch, qui a pour objet la rémunération des soins qu'il aurait donnés au sieur Vidal, comme médecin depuis 1853 jusqu'à l'époque de sa mort, mais que cette demande a été repoussée par une exception fondée sur la prescription annale, et que cette exception doit également être déclarée bien fondée ; — Attendu, en effet, que la citation en conciliation, à l'aide de laquelle cette prescription aurait été interrompue, n'a été donnée par Atoch aux représentants du sieur Vidal que le 15 décembre 1856, lorsqu'il est constant que ce dernier est décédé le 18 décembre 1855 ; qu'il résulterait en conséquence, du rapprochement de ces dates et de la combinaison des articles 2272 et 2274 du Code Napoléon, que le sieur Atoch ne pourrait, à l'aide de la citation précitée, réclamer ses honoraires que pour les soins qu'il aurait donnés au sieur Vidal pendant les deux ou trois jours écoulés du 15 au 18 décembre 1855, etc.

» Attendu, en conséquence, que la demande d'Atoch doit être rejetée ; — Attendu que les dépens, etc., condamne Atoch aux dépens. »

Dans une consultation lumineuse publiée dans l'*Union médicale* du 13 juillet 1858, Me Paul Andral (le fils de notre célèbre confrère), s'appuyant sur l'autorité des plus éminents jurisconsultes, tels que Pothier, Troplong, Duranton, etc., fit ressortir l'erreur d'interprétation sur laquelle reposait ce jugement, et lui opposa cette doctrine : que tant que la maladie dure et que le médecin continue à donner des soins, la prescription ne commence pas ; qu'elle commence à courir seulement quand la maladie finit d'une manière ou d'une autre, ou que le médecin cesse ses soins.

Fort de cette consultation et de l'appui de l'Association des médecins de Toulouse, le docteur Atoch fit appel de ce jugement :

Voici l'arrêt rendu par la Cour impériale, qui confirme de tous points la doctrine soutenue par M. Andral :

« La Cour, etc., au fond :

» Attendu que, si aux termes des articles 2272 et 2274 du Code Napoléon, la prescription annale atteint les créances réclamées par les médecins à raison des visites par eux faites à leurs malades....., on chercherait vainement dans le texte comme dans l'esprit de la loi l'obligation absolue d'interpréter le mot *visites* dans un sens rigoureux et restrictif à chacune des entrevues qui peuvent avoir eu lieu entre le malade et le médecin appelé près de lui ; et de décider, sans tenir aucun compte de l'omission dans l'art. 2174 de ce même mot visites, que chacune d'elles est le point de départ d'où doit inévitablement courir le temps voulu pour arriver à la prescription ;

» Que si une haute sagesse a introduit dans nos lois la prescription à bon droit proclamée la patronne du genre humain ;

» Il est vrai néanmoins que le principe protecteur de l'intérêt général peut, en certaines circonstances, léser des intérêts particuliers et consacrer parfois des injustices.... D'où suit qu'au lieu d'interpréter largement les textes qui doivent donner lieu à son application, il convient, au contraire, d'en restreindre directement les effets dans les limites tracées par la loi, et d'éviter d'y recourir partout où elle n'est pas impérieusement imposée ;

» Attendu que si l'on peut citer quelques exemples du mot *visite* pris dans le sens étroit adopté par le jugement attaqué, la doctrine en a presque unanimement appelé d'une interprétation si sévère, et demandé, dans un esprit d'équité, que des visites isolées, des consultations accidentelles et éphémères ne soient pas confondues avec ces soins de tous les jours donnés assidûment aux malades, soins dont la série non interrompue constitue par sa continuité ce qu'on appelle le traitement de la maladie, et qui doivent, dans leur ensemble, être considérés comme un fait multiple en ses phases diverses ;

» Que décider autrement, et faire partir le délai de la prescription de la première et non de la dernière visite, serait en quelque sorte méconnaître la dignité de la profession, les ménagements que commandent souvent au médecin les positions délicates où il peut se trouver placé, et le mettre enfin dans la fâcheuse alternative de s'abandonner à une confiance quelquefois trompée par des malades oublieux et des héritiers ingrats, ou de montrer une dureté alarmante...... De telles exigences devant certainement paraître, à l'ombrageuse susceptibilité des malades inspirés par la prévision d'une mort prochaine, ou par une méfiance d'autant plus blessante qu'elle pourrait parfois être mieux fondée ; que s'il s'est trouvé de bons esprits entraînés vers ce dernier système, par la crainte que la théorie contraire n'amenât les inconvénients que le législateur a voulu éviter lorsqu'il a soumis certaines créances à la prescription *brevi tempore*, ces appréhensions ne sauraient être justifiées en ce qui concerne les créances de la nature de celle qui nous occupe ;

Que, en effet, dans le cas de maladie ordinaire, à dater du jour de la guérison ou de la mort, une année écoulée suffit pour les éteindre, et que s'il s'agit de maladies chroniques et de soins donnés pendant leur durée, on pourra toujours victorieusement opposer à des demandes abusives l'usage généralement adopté d'un règlement de compte à chaque fin d'année ;

» Attendu, en fait, qu'il n'est pas contestable que Vidal n'ait été soigné par le docteur Atoch pendant les dix derniers mois de sa vie, seul espace de temps pour lequel celui-ci réclame des honoraires ;

» Que la maladie a pris fin par la mort du malade le 18 décembre 1855 ;

» Que la demande légale est du 15 décembre 1856, et par conséquent dans le délai accordé par la loi pour échapper à la prescription annale ;

» Qu'il n'est pas exact de dire, ainsi que l'ont avancé les héritiers Vidal, que le docteur Atoch eût cessé avant le 15 décembre de donner des soins au sieur Vidal ;

» Que cette assertion est démentie par des ordonnances déposées chez le pharmacien et signées du docteur Atoch, qui prouve ainsi avoir gardé jusqu'au dernier jour la direction du traitement et prescrit les médicaments jugés nécessaires au malade ;

» Comme aussi par la déclaration du docteur Dieulafoy qu'on soutenait avoir remplacé le sieur Atoch, et qui atteste avoir été seulement en consultation auprès du sieur Vidal ;

» D'où il suit qu'en ce qui touche la demande d'honoraires, la réclamation du sieur Atoch doit être accueillie ;

» Par ces motifs :

» La Cour, vidant le renvoi au conseil, sans s'arrêter aux conclusions prises par le sieur Atoch, à l'appui de son appel envers le jugement rendu par le tribunal de Toulouse, le 2 mars 1858, et l'en démettant....., sans avoir égard non plus à la demande en dommages par lui formée....., et faisant au contraire droit aux autres chefs de ces mêmes conclusions contre le jugement du 18 mai 1858....., réformant ledit jugement et faisant ce que les premiers juges auraient dû faire....., dit que dans l'espèce il n'y a pas lieu de s'arrêter à l'exception prise de la prescription annale proposée par les intimés..... ; déclare recevable et bien fondée l'action du docteur Atoch en payement des honoraires médicaux qui lui sont dus pour traitement de la maladie du sieur Vidal, pendant les dix mois qui ont précédé le jour de son décès..... ; fixe à la somme de huit cents francs le chiffre de ces honoraires..... ; condamne en conséquence les dames veuves Vidal et Bachère, en leur qualité d'héritières du sieur Vidal, à payer, sans délai, entre les mains du sieur Atoch, ladite somme principale de huit cents francs, avec les intérêts calculés au taux de cinq pour cent, à dater du jour de la demande en justice.... ; les condamne en outre aux dépens, etc., etc. »

Il y a tout lieu d'espérer que l'esprit et les principes qui ont dicté cet arrêt serviront désormais de guide aux tribunaux qui auront à se prononcer sur des conflits de cette nature.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Varicocèle. — Nouveau procédé pour la cure du varicocèle.

(Leçon recueillie par M. LÉON LABBÉ, interne à l'Hôtel-Dieu.)

Le malade, couché au n° 2 de la salle Saint-Côme, entré à l'Hôtel-Dieu pour se faire guérir d'un varicocèle volumineux, a été opéré sous vos yeux par un procédé nouveau ; je saisis cette occasion pour vous décrire ce procédé opératoire et pour vous exposer ma manière de voir, à l'endroit de quelques points de l'histoire du varicocèle.

On a quelquefois employé le mot de *varicocèle* pour désigner la dilatation variqueuse des veines du scrotum, tandis que celui de *cirsocèle* s'appliquait à l'état variqueux des veines du cordon et du testicule ; mais comme les veines scrotales ne se dilatent pas au point de constituer une maladie, il est plus simple de conserver l'expression de *varicocèle* pour la dilatation morbide des veines spermatiques.

Par quel point débute la varice ? Quelques auteurs pensent que la dilatation commence par les veines de l'épididyme et du testicule. Richter, qui admettait cette opinion, voulait qu'on débarrassât le malade par la castration. Je ne puis adopter la manière de voir de ces auteurs. La disposition anatomique des veines du testicule, leur situation dans l'épaisseur de la tunique fibreuse du testicule, pourraient *à priori* faire rejeter cette explication.

M. Murray pensait que Richter s'était trompé. M. Most, au contraire, soutint que les veines du testicule pouvaient devenir malades. En tout cas, ce ne serait que consécutivement.

Dans l'immense majorité des cas, la dilatation commence par la partie moyenne des veines du cordon. Celles-ci se recourbent sur elles-mêmes, elles affectent la forme d'un serpentin. Si on vient à en faire la section, elles restent béantes, les tissus environnants les soutiennent ; les tuniques veineuses sont épaissies. Parfois les veines dilatées descendent au-dessous du testicule et remontent, d'autre part, jusque dans le canal inguinal. Dans

certains cas où elles ont acquis un volume extrêmement considérable, elles masquent la glande et empiètent sur la cloison.

Quel est alors l'état de la glande séminale? Souvent on a trouvé le testicule sain. Quelquefois il est aminci, atrophié. On a dit que ces changements tenaient à une autre affection. Pourquoi aller chercher de semblables explications? Il me semble que l'on peut parfaitement admettre que le trouble local de la circulation veineuse peut bien aussi amener un trouble local dans la circulation artérielle et dans l'influx nerveux. Et cette raison est une de celles qui militent le plus en faveur de l'opération.

Dans quelques cas aussi l'épididyme est atrophié.

L'étiologie est sans nul doute un point fort intéressant de l'histoire du varicocèle. Certaines causes ont été admises sans preuve aucune, et de la longue énumération que l'on trouve dans les auteurs, que resterait-il, si on demandait une démonstration rigoureuse, des observations probantes, à l'appui de tant d'assersions?

Delpech pense que c'est pendant l'âge mûr que se développe le varicocèle. C'est une erreur. Pour mon compte, je n'en connais pas un seul exemple. Le varicocèle se développe toujours à la puberté ou un peu avant la puberté. Il est vrai que souvent le malade ne s'en aperçoit que lorsque la tumeur a déjà acquis un volume considérable; mais si vous évoquez les souvenirs du patient, il vous répondra toujours que depuis plusieurs années déjà il existait du côté actuellement malade quelque chose d'anormal.

Passons en revue les causes énumérées par les auteurs. Les hernies inguinales, les engorgements du cordon, les kystes du cordon, pourraient produire le varicocèle; mais quel est leur mode d'action? On s'est bien gardé d'en donner une explication quelconque. Poursuivons: la *contusion* du cordon; mais comment agirait-elle? Serait-ce, si elle est portée très-loin, en oblitérant la veine? Mais alors la contusion serait plutôt favorable à la disposition d'un varicocèle déjà formé; la *compression* des veines du cordon mais combien d'hommes portent des bandages depuis un temps infini, et n'ont pas de varicocèle! La disparition rapide d'une hernie volumineuse! L'existence d'une hernie crurale; mais alors elle comprimerait de bas en haut et d'arrière en avant le cordon spermatique qui est au-dessus d'elle; c'est là, à vrai dire, un mode d'action difficile à comprendre. L'exercice immodéré à cheval a été mis en cause, quelquefois il peut produire un engorgement du testicule, une hydrocèle, mais un varicocèle, jamais.

Les efforts pour aller à la selle, les abus vénériens, les engorgements du foie, les tumeurs abdominales, pourraient donner lieu à l'apparition d'un varicocèle.

Toutes ces causes, remarquez-le, Messieurs, ne paraissent elles-mêmes, dans l'immense majorité des cas, qu'après l'apparition du varicocèle, c'est-à-dire après 13, 14, 15 ans.

Où faut-il donc rechercher les causes du varicocèle? Dans l'hérédité; puis dans une certaine disposition particulière, que nous ne pouvons pas bien saisir, il est vrai, mais qu'il nous est bien défendu de nier, surtout en présence de certains cas dans lesquels nous pouvons observer une dilatation d'un nombre de veines très-considérable et sur des points très-différents.

L'absence de valvules dans les veines du cordon, leur longueur, sont des conditions anatomiques favorables au développement de cette affection.

On a été frappé de la fréquence de la maladie à gauche. Pour l'expliquer, on a invoqué la disposition de la veine spermatique à gauche, qui vient se jeter à angle droit dans la veine rénale. On a dit ensuite que la présence de l'S iliaque et l'accumulation des matières fécales dans cette position de l'intestin, s'opposaient à la libre circulation des veines spermatiques. Je mets complétement de côté cette cause. Un médecin fort distingué de Reims, M. Landouzy, a démontré que la constipation n'entraît pour rien dans la production du varicocèle; il a plus spécialement relaté sept observations de malades, qui, à aucune époque de leur vie, n'avaient été sujets à la constipation, et qui portaient des varicocèles volumineux.

On peut distinguer deux périodes dans les symptômes de varicocèle. La période latente, c'est celle qui existe un peu avant la puberté; la bourse du côté gauche est plus développée que celle du côté droit, la peau est flasque, il y a un peu de pesanteur après une course prolongée.

A la puberté apparaît la période complète, la période apparente du varicocèle. Il existe une sorte d'allongement des bourses du côté malade, une singulière laxité de la peau. Le testicule est le siége d'une sensation de pesanteur continuelle.

La tumeur remonte vers le canal inguinal, le plus souvent il existe une limite assez réelle entre elle et le testicule. Elle est flexueuse, au-dessous de la peau apparaissent des ondulations. La tumeur est fluctuante si les veines ont acquis un développement très-considérable; quelquefois elle est couverte de nodosités multiples. La pression fait disparaître la tumeur, elle se réduit également lorsque le malade se place dans la position horizontale. On a dit qu'il se faisait une exhalation abondante à la surface de la tumeur; cela ne se voit pas toujours.

On devra établir le diagnostic différentiel avec une hydrocèle ordinaire, avec l'hydrocèle congéniale, avec la hernie surtout. La tumeur une fois réduite, on appuyera doucement les doigts sur le canal inguinal, et on fera lever le malade. Si on a affaire à un varicocèle, la tumeur reparaît bientôt; si c'est une hernie, la pression sur l'anneau empêche sa sortie. En outre, au moment où la tumeur se reproduit, elle marche de bas en haut dans le cas de varicocèle, et de haut en bas si c'est une hernie.

Ajoutons qu'il est rare de rencontrer un varicocèle dont il soit difficile de reconnaître la nature et d'établir le diagnostic.

On a dit que le varicocèle était une affection peu grave, qu'il diminuait de volume avec l'âge. Il y a là évidemment de l'exagération.

Peut-il guérir seul dans le jeune âge? Je le pense, mais ce fait est très-rare. Règle générale, avec l'âge il peut diminuer, mais il ne disparaît pas.

Quelquefois on trouve sur le trajet des veines dilatées des duretés très-nombreuses. C'est alors qu'on doit se dispenser de pratiquer une opération.

Assez souvent la tumeur reste stationnaire; c'est là une circonstance très-favorable, et il faut alors se contenter de soutenir les bourses.

Chez quelques malades, on voit le testicule s'atrophier, ses fonctions disparaître.

Parfois, sur le trajet du cordon, il se développe des douleurs intolérables, une véritable névralgie et des plus intenses. Certains malades ont éprouvé des douleurs tellement atroces qu'ils sont devenus fous. J'ai cette année même opéré un malade dont l'état mental était désespérant; la guérison du varicocèle a eu lieu, et le patient a bientôt recouvré sa gaieté habituelle.

A la suite d'une opération régulière, le varicocèle guérit-il? Malgré l'avis contraire de beaucoup de chirurgiens, je crois à cette guérison. Je pense que la plupart des récidives sont dues à ce que toutes les veines n'ont pas été comprises dans la ligature.

Boyer croyait que le varicocèle était incurable, mais il n'avait pas fait d'opération. Cependant du temps de Celse déjà on avait opéré beaucoup de ces malades, et on avait réussi dans un grand nombre de cas.

Les personnes qui regardaient le varicocèle comme incurable ont dû agir en conséquence: elles ont dû proposer un traitement palliatif, qui aurait lui-même donné des désavantages: ainsi l'atrophie du testicule signalée par Pott. Mais évidemment il y a là une erreur d'interprétation.

Parmi les moyens palliatifs, on a conseillé des opérations. On a proposé de raccourcir le scrotum soit par la cautérisation, soit par l'excision d'une portion des parois scrotales. D'abord ces opérations ne sont pas sans danger; l'excision se comprend difficilement. La cautérisation s'explique mieux, à cause de la production d'un tissu cicatriciel qui tend à comprimer le cordon et les veines elles-mêmes.

Je rejette néanmoins ce mode opératoire, parce qu'il est douloureux, et qu'il ne donne pas un résultat suffisant.

Il faut avoir recours à d'autres moyens: le suspensoir remplit ce but d'une manière bien plus simple; mais il faut se servir de suspensoirs bien faits, qui ne gênent pas la circulation. Ces suspensoirs ne doivent pas avoir de sous-cuisses. Les douleurs diminuent rapidement par suite de leur emploi.

Comme moyens accessoires, on emploiera les bains froids locaux, les bains de siége froids très-courts; on fera des lotions sur le scrotum et le cordon avec une éponge trempée dans l'eau froide.

La glace peut amener la guérison, a-t-on dit: c'est une erreur. Il en est de même des astringents, du mercure, qui agirait en fluidifiant le sang, des lavements purgatifs souvent répétés, qui, d'après Sharp, s'opposeraient à la cause productrice dominante, selon lui, du varicocèle, la constipation.

Pour guérir le varicocèle, il faut agir sur les veines directement ou indirectement.

Maunoir (de Genève) avait conseillé la ligature du cordon; Amussat, celle de l'artère spermatique. Dans deux cas de sarcocèle du testicule, j'ai pratiqué la ligature de ce vaisseau; dans les deux cas le testicule s'est gangrené.

Comment agissent les opérations que l'on pratique sur les veines? Pour les uns, il y aurait simple coagulation du sang. D'autres pensent qu'il se développe une phlébite plus ou moins limitée. Certains auteurs ont dit que l'opération agissait simplement par suite de la gêne momentanée apportée à la circulation.

Quand on opère un varicocèle, si on lie les veines, il se forme un coagulum qui arrive à l'état fibreux, mais qui ne persiste pas indéfiniment, qui disparaît trente, quarante jours après l'opération. La circulation se rétablit. D'abord, à la place du cordon dur, on sent une mollesse plus ou moins considérable qui augmente peu à peu, et enfin les veines redeviennent parfaitement perméables, en tout comme dans les veines saphènes.

Le procédé de Delpech répond à ce résultat, parce que l'on enlève la ligature de bonne heure.

Le procédé de M. Ricord est plus complet, puisqu'on n'enlève les fils qu'après que les veines sont coupées; cependant dans nombre de cas il échoue.

En 1834, Breschet employa son procédé. Il y a gangrène de la peau du dartos, etc.; on a une grande plaie qui suppure, puis il se forme un tissu inodulaire. Breschet a obtenu des guérisons.

M. Landouzy a voulu obtenir la gangrène en avant et en arrière, et conserver un pont de peau. Ce moyen est mauvais, on est obligé de sectionner plus tard ce pont. C'est une modification ingénieuse, voilà tout.

M. Davat a conseillé d'isoler les veines, de les traverser avec deux épingles, puis de faire une suture entortillée. Ce procédé est très-dangereux, on ne peut plus y avoir recours.

M. Velpeau passe les épingles derrière les veines, puis pratique une suture entortillée. Cette modification est très-ingénieuse. Entre mes mains, ce procédé a réussi un nombre notable de fois.

Le procédé par enroulement de Vidal a donné des guérisons complètes, mais il est horriblement douloureux.

On a fait une incision pour mettre les veines à nu. Entre les mains de Delpech et de Philippe Boyer, cette opération a été suivie de la gangrène du testicule.

L'excision des veines comprises entre deux ligatures avait réussi à Celse; elle a été suivie de succès dans une opération pratiquée par Ph. Boyer.

Je termine en vous exposant le procédé opératoire auquel j'ai définitivement donné la préférence; voici en quoi il consiste:

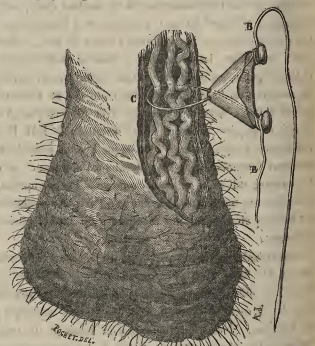
Depuis quelques années, j'ai recours à un nouveau procédé d'une grande simplicité et dont les succès ont été constants. Ce procédé agit en comprimant et en sectionnant les vaisseaux et les téguments.

Au début, je passais derrière le paquet variqueux un fil en argent, dont les deux bouts venaient se réunir en avant, en s'engageant dans un petit anneau qui, comme un serre-nœud, servait à comprimer les tissus compris dans l'anse métallique, servait à fixer les deux extrémités du fil. Ce procédé a été employé plusieurs fois avec succès, soit en ville, soit à l'hôpital; mais il présentait quelque inconvénient: s'il survenait un gonflement un peu considérable, l'anneau et l'anse métallique se trouvaient ensevelis au milieu des tissus. Aussi, je n'ai pas tardé à substituer à l'anneau un petit corps de forme olivaire, légèrement aplati, percé de deux trous à son centre, pour recevoir les deux bouts du fil. Ce corps olivaire comprimait une assez grande surface pour ne jamais se trouver enseveli, faisait l'office de serre-nœud, de sorte que l'on pouvait exercer sur les vaisseaux une constriction aussi forte qu'on le désirait. On tordait les extrémités du fil et on les portait en sens inverse l'une de l'autre.

Vers le mois de février 1858, je me servis de ce serre-nœud pour l'ablation d'une tumeur érectile qui occupait tout le menton, et dont la guérison marcha avec une rapidité étonnante.

Tel était le compresseur que j'employais, lorsque, dans le courant de l'année dernière, ayant appliqué mon procédé sur un malade de la ville, M. le comte de X..., ce malade chercha à se rendre compte de l'action du procédé et des modifications que l'on pouvait lui faire subir. Aussi me proposa-t-il de substituer à la petite olive en ivoire un cœur métallique qui remplit le même but. On peut comparer ce petit appareil à un cœur de carte à jouer, dont la pointe est un peu arrondie et sert à comprimer les tissus. Cette extrémité est percée de deux trous dans lesquels on engage les bouts du fil, qui s'entre-croisent dans l'intérieur du cœur et viennent sortir à la base, aux environs de deux petits prolongements autour desquels on enroule les deux chefs après avoir exercé la compression qu'on désire.

J'ai employé ce procédé chez un malade dont voici l'observation:



Salle Saint-Côme, n° 2. Le nommé A..., âgé de trente ans, garçon marchand de volailles, d'une constitution assez robuste, d'un tempérament sanguin, est entré à l'Hôtel-Dieu le 13 mai 1859. Dans sa jeunesse, le malade ne s'est pour ainsi dire pas aperçu de l'infirmité qu'il porte; il se souvient cependant qu'après une longue marche, le scrotum du côté gauche s'allongeait un peu, devenait plus volumineux. A vingt et un ans, le varicocèle était assez développé pour l'exempter du service militaire; ce fut cette circonstance qui attira son attention d'une manière sérieuse. Il ne connaît pas d'antécédents dans sa famille: son père n'a jamais présenté ni varices aux jambes ni varicocèle. Un seul de ses frères porte quelques varices aux jambes; le malade n'en offre aucune trace.

Depuis l'âge de vingt ans, la tumeur a continuellement augmenté jusqu'à ce jour, et quoique la douleur éprouvée soit à peu près nulle, la gêne est assez grande pour l'engager à réclamer l'opération.

A son entrée, on constate que la bourse gauche descend plus bas de $0^{m}.02$; la peau est flasque et pendante. Tumeur noueuse, donnant à la pression une sensation douce comme celle du duvet. Rien du côté droit. Le testicule, que l'on trouve à la partie inférieure, paraît sain.

Dans la marche, la tumeur, quadruple de volume, devient excessi-

vement gênante, et remonte jusque dans le canal inguinal. Pas de sécrétion anormale du scrotum. Pas de palpitations ni de battements de cœur. Fonctions génitales parfaitement conservées. Pollutions nocturnes fréquentes; pas de signes de spermatorrhée. Douleurs vives dans le rapprochement sexuel; mais ces douleurs étaient-elles causées par la présence d'un phimosis? D'autres malades les ont accusées.

L'opération fut faite le 19 mai. Après avoir séparé le canal déférent, le malade étant debout, M. Jobert traverse la peau en avant de ce canal, au moyen d'une aiguille portant un fil d'argent. Trois fils sont placés le long des cordons, chacun distant de 0m,03 à 0m,04. Le fil supérieur est placé au-dessous du canal inguinal, l'inférieur au-dessus du testicule. Les chefs pressent par la pointe du cœur, et on les fixe aux deux cornes qui se trouvent à la base. De cette façon, les vaisseaux et les téguments se trouvent compris dans une anse de fil qui diminue d'ouverture avec la pression que l'on exerce sur le cœur métallique.

La douleur est assez vive au moment de la constriction; le malade est mis au lit et les bourses sont soutenues par un coussin.

Le 20, pas trop de douleurs; épanchement léger de sérosité dans le scrotum.

Le 21, cet épanchement augmente un peu; il en est de même le 22.

Le 23, la partie malade devient douloureuse; agitation, insomnie, symptômes qui disparaissent dans la journée du 24.

Le 24, on voit apparaître au-devant des fils une suppuration assez abondante; douleurs peu vives. La tunique vaginale contient encore une certaine quantité de liquide.

Le 28, les fils commencent à diviser la peau; le fil supérieur surtout est déjà enfoncé de 0m,003 à 0m,004.

Le 29, suppuration plus abondante; les fils enfoncent davantage. M. Jobert recommande des lotions fréquentes avec de l'eau de guimauve, afin d'entraîner le pus concrété qui entoure le trajet des fils. Les bourses sont toujours maintenues par une plaque de gutta-percha.

Le 1er juin, mêmes lotions. L'œdème persiste.

Le 4, résorption presque complète du liquide épanché. Au-dessous de la dernière ligature, la peau est rouge et présente un peu de gonflement. La section de la peau par les fils métalliques est à peu près complète.

Le 17, M. Jobert, supposant que quelques veinules avaient échappé à la section, imprime des mouvements de torsion à chaque ligature.

Le 25, au moyen d'une très-faible traction, il enlève la ligature supérieure; les deux autres résistent.

Le 27, enlèvement de la ligature moyenne. Léger épanchement dans la tunique vaginale; nodosité au niveau de la ligature.

Le 1er juillet, M. Jobert coupe le dernier fil avec des tenailles incisives.

Le lendemain, le scrotum est rouge, volumineux, un peu douloureux. Plaies transversales assez profondes, à bords recouverts de bourgeons charnus, que l'on touche avec le nitrate d'argent.

Le 5, l'épanchement est résorbé; le testicule est parfaitement remonté jusqu'au canal inguinal, les varices sont disparues. Les bourses ne deviennent pendantes qu'après l'administration d'un bain ou l'application d'un cataplasme.

Le 9, la tuméfaction est presque entièrement disparue; les plaies tendent à la cicatrisation, et le malade subit ce jour l'opération du phimosis.

Le 25, il quitte l'Hôtel-Dieu. La tuméfaction a disparu; la cicatrisation est complète.

ÉLOGE DE VIDAL, DE CASSIS (1).

Par M. Alphonse Guérin, chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

(Lu à la Société de chirurgie le 13 juillet 1859.)

Puisque j'ai parlé de la taille, disons de suite que Vidal a apporté à l'opération de la lithotomie prostatique une importante modification, en faisant entrer dans la pratique le procédé du *débridement multiple*. Ce fut le sujet de sa thèse inaugurale, qu'il soutint à vingt-cinq ans.

Bien avant que l'on eût appliqué les fils d'argent aux sutures vaginales, il avait reconnu qu'ils exposent moins que les fils de lin ou de soie aux accidents inflammatoires. Partant de ce principe, il imagina, pour la cure radicale du varicocèle, un procédé qui, à lui seul, a peut-être donné plus de résultats heureux que tous les autres ensemble, et l'on sait que le nombre en est grand; Vidal attachait sans doute une grande importance à la nature du lien, mais il ne tenait pas moins à la multiplicité des sections du paquet variqueux. Les fils d'argent dont il se servait étant tordus sur eux-mêmes, se trouvaient ainsi correspondre à plusieurs points de la longueur des veines du cordon, de telle sorte que les vaisseaux compris dans cette ligature devaient être coupés autant de fois qu'ils s'étaient enroulés autour des liens.

Sans discuter les questions d'opportunité et de procédés opératoires, nous devons reconnaître que l'opération de Vidal est une de celles qui resteront dans la science; elle est bien conçue, elle a donné de bons résultats, elle suffirait à prouver que son inventeur eût pu enrichir la médecine opératoire, s'il n'avait pas donné une autre direction à son esprit, trop élevé pour faire grand cas de ces petites inventions dont certains hommes sont si enclins à réclamer la priorité. « Le génie, dit-il au commencement de son *Traité de pathologie externe*, crée des méthodes; les procédés naissent plutôt du talent et parfois du demi-talent; car on a tellement abusé du mot procédé, que des modifications insignifiantes, des accidents opératoires même, ont fini par être décorés de ce titre. »

Si Vidal n'attache pas une grande importance aux modifications insignifiantes des opérations, il n'est point indifférent quand il s'agit d'une découverte d'une utilité incontestable.

Pour maintenir en contact les lèvres d'une plaie dont on veut obtenir la réunion immédiate, il imagina de petites pinces qu'il appela *serre-fines*. Cette invention fut pour son auteur l'occasion de discussions qui ne cessèrent qu'à l'époque où l'Académie des sciences, prononçant sur la question d'utilité et de priorité des serre-fines, décerna à Vidal un prix de 2,500 fr. « La question de priorité, dit-il, a été nécessairement soulevée à l'occasion des *serre-fines*; on a exhumé les crochets, les boucles, les agrafes de l'antiquité; on a ressuscité des insectes crochus qui saisissaient intelligemment les bords de la plaie, insectes que l'on tuait sur place, et qui n'en persistaient pas moins dans leur fonction unissante! » Il prouve ensuite que les instruments auxquels on a comparé les serre-fines, ne sont en réalité que des moyens unissants, qui se rapportent aux sutures avec tiges, telles que la suture entortillée, ou bien analogues à la suture faite par Dieffenbach avec des épingles fines, qu'on laisse dans la plaie, et dont les extrémités sont courbées l'une vers l'autre. Quand aux insectes, ajoute-t-il, je n'en dirai rien, car j'écris ici très-sérieusement.

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

Aujourd'hui personne, je pense, n'aura l'idée de disputer à Vidal le mérite de son invention. Sans penser comme lui que les fils et les épingles, qui traversent les chairs dans les sutures, sont des conducteurs le long desquels l'érysipèle peut s'insinuer dans les tissus sous-cutanés et devenir ainsi de nature phlegmoneuse, nous avons tous employé les serre-fines, et il n'est aucun de nous qui n'ait eu l'occasion de s'en servir utilement.

C'est surtout pour la réunion des lèvres de la plaie qui succède à l'opération du phimosis, que Vidal reconnut l'utilité des serre-fines. C'est même, je crois, à cause de la longueur du temps nécessaire pour faire une suture à points séparés, et en cherchant à remédier à ses inconvénients et à son inefficacité pour maintenir en contact les deux feuillets du prépuce, qu'il eut la première idée de son invention.

Pendant qu'il était chirurgien de Lourcine, avant reconnu l'opiniâtreté du catarrhe utérin, il tenta de faire cesser l'écoulement qui en résulte en pratiquant dans l'utérus des injections de nitrate d'argent. Il s'en loue beaucoup dans un mémoire qu'il a publié sur ce sujet, et je suis porté à croire qu'il a raison.

Il y eut sans doute quelque hardiesse à mettre une solution caustique en contact avec une membrane muqueuse qui passait pour avoir une effrayante susceptibilité; il y en eut une plus grande encore à injecter cette solution dans une cavité qui communique avec la cavité péritonéale; mais Vidal ne se décida à cette opération qu'après l'avoir répétée un grand nombre de fois sur le cadavre, et après avoir reconnu qu'il n'y a jamais de danger à injecter brusquement quelques gouttes d'une solution contenant 5 centigrammes de nitrate d'argent pour 20 grammes d'eau distillée.

Cette pratique, qui donnait des résultats satisfaisants, fut pour son auteur l'occasion d'assez vives contrariétés dont il parle encore en 1853. « Ces injections, dit-il (*Traité des maladies vénériennes*), ont d'abord rencontré une forte opposition dans les cours, dans les journaux; puis s'éleva la question de priorité, ce qui prouvait déjà un véritable succès. J'ai été obligé de me défendre alors d'avoir *inventé* ce moyen. J'ai dit que je ne prétendais qu'au mérite de l'avoir conservé à la thérapeutique, et j'ai même désigné plusieurs inventeurs contemporains, le tout pour avoir la paix, et je n'ai pas réussi! »

Vous le voyez, Messieurs, Vidal, qui, comme chirurgien d'hôpital n'eut guère à pratiquer des opérations que sur les organes génitaux, a montré comme opérateur un esprit inventif qui nous dit assez qu'il eût rendu de grands services à la chirurgie s'il n'avait pas consacré sa vie à l'étude des maladies vénériennes.

Beaucoup de chirurgiens prétendent au titre de praticien habile sans avoir fait autant que lui pour la pratique des opérations, et, pourtant, en le représentant ainsi, on donnerait de sa vie une fausse idée. C'est surtout comme auteur d'un *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire* qu'il avait acquis de la renommée, lorsque parut en 1853 son *Traité des maladies vénériennes*. Le premier de ces ouvrages a été apprécié par M. Marchal (de Calvi) en quelques lignes que je vous demande la permission de reproduire ici: « Bientôt, dit M. Marchal, de cette plume que quelques-uns avaient peut-être jugée légère, on vit sortir cinq grands volumes de haute science, tout un immense *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*. Le journaliste devenait tout à coup un classique. Quatre éditions de ce grand ouvrage, qui ont porté le nom de l'auteur jusqu'aux limites du monde civilisé, prouvent du reste combien ce livre répondait aux besoins de notre époque.

» Vidal, lorsqu'il écrivit son Traité, n'avait pas beaucoup fait par lui-même; mais il était riche de l'expérience des autres, dont il avait suivi la pratique dans tous les hôpitaux de Paris, et il avait beaucoup étudié. Aussi, sans faire oublier le livre de Boyer, monument impérissable de sage pratique chirurgicale, son ouvrage passa dans toutes les mains à titre de livre d'initiation ou de livre courant, comprenant le vaste tableau de la chirurgie au point où elle est parvenue aujourd'hui, tracé par un homme familiarisé avec les procédés de la philosophie scientifique. Vidal était actuel, Boyer devenait historique. Quand on parle du Traité de Vidal, il faudrait presque dire les Traités, car celui des dernières éditions est, à proprement parler, un livre nouveau, tellement l'auteur le remania et y ajouta; on est étonné d'un tel travail en si peu d'années, et l'on se demande comment une organisation minée dès la jeunesse par un mal profond, a pu y suffire. »

J'ajouterai que ce livre se recommande par la solidité du raisonnement, par une érudition qui atteint son but, par la clarté de l'exposition aussi bien que par la sagesse de la méthode qui a présidé à sa rédaction.

J'ai hâte, Messieurs, d'arriver au livre que Vidal a le plus travaillé, et sur lequel il a surtout compté pour passer à la postérité: son *Traité des maladies vénériennes* est merveilleusement conçu; écrit d'un style précis, clair, et d'une élégance sans prétention, il n'est pas moins remarquable par la justesse de ses appréciations que par la conviction qui les a dictées. Pour justifier cette dernière assertion, je ne peux me dispenser de rappeler quelques-unes des idées auxquelles il attachait le plus d'importance, et au sujet desquelles il était en dissidence avec la plupart des syphilographes.

Après avoir longtemps étudié les maladies syphilitiques, il avait acquis la conviction que les idées professées à l'hôpital du Midi étaient comme un échafaudage qui s'écroulerait dès que l'on toucherait à sa base. Avec cette croyance, il voulut se fixer à l'Hôpital des vénériens, persuadé, disait-il, qu'il suffirait de dire le contraire de son collègue pour être sûr de professer la vérité. Par cette détermination, il se créa une vie de lutte dans laquelle il ne devait pas trouver de suite la satisfaction d'amour-propre sur laquelle il avait sans doute compté.

Le collègue dont il attaquait les idées avait une immense popularité qui s'appuyait sur des études sérieuses, sur une grande imagination, sur une finesse remarquable à se préparer des moyens de défense, des fins de non-recevoir, et, par-dessus tout, sur l'art de séduire par ses manières avenantes toutes les personnes, riches ou pauvres, jeunes ou vieilles qui avaient des relations avec lui.

Vidal n'avait pas toutes ces qualités; il ne cherchait point à séduire les élèves qui suivaient ses leçons, il se contentait de développer ses idées devant eux, frondant ses adversaires, raillant malicieusement ses contradicteurs, comptant sur l'avenir pour avoir raison, mais pourtant souffrant que sa voix n'eût pas assez de retentissement pour étouffer celle de son collègue.

Si nous nous arrêtons un instant sur quelques-uns des sujets les plus intéressants des contestations de Vidal et de M. Ricord, nous comprendrons l'intérêt que l'un et l'autre devaient y attacher.

S'appuyant sur l'inoculation, M. Ricord professait que depuis le moment où le pus du chancre est déposé sur une membrane muqueuse ou au-dessous de l'épiderme, il y a une série non interrompue de phénomènes jusqu'à la réparation complète de l'ulcération. Il pensait, en outre, que l'action du pus inoculé reste locale jusqu'au quatrième ou cinquième jour. On comprend l'importance d'une pareille proposition. C'était là une des *lois* de l'hôpital du Midi! D'après cette manière de voir, en détruisant le chancre par la cautérisation, trois jours après son apparition, le sujet contaminé devait être à l'abri des accidents constitutionnels.

Vidal n'admit pas cette opinion. Il se rangea de suite sous la bannière de Hunter, pour qui l'incubation était un fait incontestable. Repoussant les données de l'expérimentation, il s'appuya sur les faits cliniques et les lois générales qui régissent le développement des maladies virulentes, pour soutenir que le chancre n'apparaît jamais qu'après une incubation de quelques jours, c'est-à-dire au moment où la constitution est déjà infectée. Il a fallu, Messieurs, une vigueur d'esprit peu commune pour résister à l'argumentation de M. Ricord, et ne pas se laisser séduire par une erreur en faveur de laquelle militait une dialectique dont la puissance est encore mieux appréciée, depuis que des expériences faites à l'hôpital Saint-Louis ont permis de reconnaître ce qu'il a fallu de ressources dans l'esprit pour faire vivre si longtemps des idées qui ne reposaient que sur la fausse interprétation d'une expérience.

Sur quoi, en effet, s'est-on fondé pour dire qu'en cautérisant avant le cinquième jour on met le malade à l'abri d'une infection générale? Sur l'inoculation du pus provenant des chancres mous! puisque, pour être efficace, la cautérisation devait être pratiquée avant que l'ulcération eût revêtu les caractères du chancre induré. (Ricord, *Traité pratique de l'inoculation*, page 93.)

Or M. Ricord admet lui-même aujourd'hui que cette espèce d'ulcération n'est jamais suivie d'accidents secondaires.

Vidal comprenait que cette opinion sur l'innocuité d'un chancre cautérisé, ainsi que beaucoup d'autres, ne resterait pas longtemps debout, le jour où quelqu'un oserait la soumettre à l'épreuve de l'inoculation pratiquée sur des sujets sains; mais indulgent pour les convictions de ses confrères, il était d'une grande sévérité pour lui. « Il est, dit-il (*Des indications et des contradictions en médecine opératoire*), des pratiques qu'on ne suit pas et que l'on blâme: ce sont celles qui sont essentiellement mauvaises. Il en est que l'on ne suit pas, mais on ne blâme pas pour cela ceux qui les suivent, parce qu'elles ont en leur faveur des faits et des autorités incontestables. »

Avec cette morale, il ne pouvait pas recourir, pour renverser un système qu'il croyait erroné de tous points, à une arme qu'il eût trouvée déloyale entre ses mains. A l'exception d'une inoculation de plaques muqueuses qu'un jeune médecin se fit faire par lui, Vidal ne combattit qu'avec les ressources qu'il trouvait dans l'observation des faits cliniques, et son argumentation avait déjà fortement ébranlé le système de ses adversaires, lorsque des expériences et de nouvelles observations sont venues lui porter le dernier coup.

Vidal ayant été longtemps méconnu par les partisans de la doctrine de l'hôpital du Midi, qui ne voyaient en lui qu'un entêté refusant d'ouvrir les yeux à la lumière, il convient, ce me semble, de continuer à rapprocher les idées professées par M. Ricord pendant vingt-cinq ans de celles qui tendent chaque jour à s'infiltrer dans la jeunesse médicale qui a tant contribué au succès de la doctrine de l'inoculation.

Le système de l'hôpital du Midi repose sur ce double axiome: tout chancre qui n'est pas arrivé à la période de réparation est inoculable. Toute ulcération qui n'est pas inoculable à la période de progrès n'est pas un chancre.

Cela étant admis, l'argumentation était facile: du pus étant donné, si par l'inoculation il produisait une pustule d'ecthyma, on concluait qu'il provenait d'une ulcération de nature à donner lieu aux accidents constitutionnels.

C'est avec cet axiome que l'on imposa silence aux médecins qui persistaient à vouloir que la blennorrhagie fût un accident syphilitique; aux observations de blennorrhagies suivies d'accidents constitutionnels, on objectait, en effet, que le pus provenant de l'urèthre n'avait pas été inoculé. Si vous l'aviez inoculé, disait-on, il eût donné lieu à la pustule caractéristique, et vous eût ainsi prouvé qu'il y avait là deux choses: une blennorrhagie et un chancre infectant. Des chancres ayant été découverts dans l'urèthre, la victoire parut complète!

(*La fin au prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 août 1859. — Présidence de M. Chasles.

Désinfectants. — M. le maréchal Vaillant adresse du quartier général de Milan la lettre suivante à M. le président de l'Académie:

Je vous ai demandé la permission de vous tenir au courant des expériences tentées sur les blessés autrichiens restés à Milan, à l'aide du topique Corne et Demeaux. Voici ce que m'écrit, en date du 16 courant, M. le docteur Cuveiller, dont j'ai eu l'honneur de vous envoyer un premier rapport le 3 de ce mois:

« Monsieur le maréchal,

» D'après vos ordres, et conformément aux instructions laissées par

M. le baron Larrey, la poudre de coaltar a été employée dans les hôpitaux de Milan, où se trouvaient des blessés atteints de plaies frappées de gangrène et de pourriture d'hôpital. Les premières applications du topique, soit en poudre, soit en pommade, ont commencé le 1er août : les résultats immédiats ont été très-favorables, et les propriétés désinfectantes du topique ont été constatées sur plus de vingt blessés traités par plusieurs médecins. Il a été en outre constaté que, sous l'influence de cette préparation et d'un bon régime, les plaies, d'abord désinfectées, se sont ensuite modifiées, et que l'aspect de la plupart d'entre elles s'est amélioré en peu de jours. L'on n'a dû cesser de faire usage du topique désinfectant que lorsque les plaies, ramenées dans des conditions normales, ont pu ressentir l'action des médicaments ordinairement employés pour favoriser la marche de la cicatrisation.

» Vingt observations recueillies dans les hôpitaux de Milan mettent ces conclusions hors de doute. »

— M. CL. BERNARD présente, au nom de l'auteur, M. Virchow, de Berlin, une note sur le *Trichina spiralis*.

— M. MAISONNEUVE adresse une note sur un nouveau procédé pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens. (Voir le numéro de samedi dernier.)

— M. HORARINOW lit un mémoire sur plusieurs questions d'histoire naturelle et de médecine, avec l'indication de ses travaux antérieurs et de ses publications sur ces différents sujets.

Ce mémoire, trop étendu pour être reproduit *in extenso* et peu susceptible d'être analysé, a été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Duméril, Serres, Dumas, Andral et Rayer.

— M. BURDET adresse, de Vierzon, une note concernant l'essai qu'il a fait de divers *mélanges désinfectants* au point de vue tant de la thérapeutique chirurgicale que de l'hygiène publique et de l'économie rurale.

Après avoir constaté, dans de premières expériences, les bons effets obtenus du mélange proposé par MM. Corne et Demeaux, l'auteur de la note a essayé d'autres mélanges et a été conduit à reconnaître qu'on peut obtenir une action désinfectante au moyen de toute poudre absorbante unie en proportions convenables à une huile empyreumatique. Le mélange qui lui a semblé réunir le plus complétement les qualités désirées est celui qu'il a préparé avec de la marne pulvérisée et du goudron végétal.

La note de M. Burdet est renvoyée à l'examen de la commission nommée pour les diverses communications relatives aux mélanges désinfectants.

M. BOINET, à l'occasion d'un mémoire récent de M. Marchal de Calvi sur *l'emploi de l'iode comme désinfectant et antiseptique*, rappelle qu'il a depuis bien des années appelé l'attention des médecins sur ce sujet. « On trouvera, dit-il, dans plusieurs de mes publications et particulièrement dans mon *Traité d'iodothérapie*, la preuve que depuis 1840 j'ai signalé d'une manière toute spéciale les propriétés antiseptiques de l'iode; que j'ai montré que ce métalloïde, soit en poudre, en teinture ou en solution aqueuse, avait la puissance d'enlever instantanément la mauvaise odeur du pus, de rendre louable et de bonne nature celui qui était sanieux et fétide, de favoriser la cicatrisation des ulcères, de modifier les sécrétions contagieuses et d'y détruire le virus, etc. » (Renvoi à l'examen des commissaires désignés pour le mémoire de M. Marchal (de Calvi) : MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

M. LATZ adresse de Borken (Prusse) une note sur le *choléra-morbus*. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant.)

Pièce osseuse développée entre les deux feuillets de la faux du cerveau. — M. MOLAS adresse sur ce sujet la lettre suivante :

Je viens de lire dans le compte rendu de la séance de l'Académie des sciences du 5 de ce mois donné par le journal l'*Union médicale*, n° 92, que, d'après les expériences de M. Ollier, la dure-mère est d'autant moins apte à la reproduction des os (et sans doute aussi à leur production), que cette membrane périostique se trouve plus éloignée des os, à tel point que les faux y seraient tout à fait impropres.

Permettez-moi de vous dire que cette dernière proposition n'est pas tout à fait exacte ; car, dans le cadavre d'un dément dont j'ai fait l'an dernier l'autopsie avec l'assistance d'un de mes confrères (le docteur Caire), j'ai trouvé une pièce osseuse d'une assez grande dimension développée entre les deux feuillets de la faux du cerveau vers le milieu de son étendue et avoisinant le corps calleux.

Je conserve cet os composé de deux lames séparées ou unies par un diploé. Je le tiens à votre disposition, si vous le désirez.

Remarques de M. Flourens à l'occasion de la lettre de M. Molas.

Je dois faire sur cette lettre trois remarques :

1° Le fait signalé par M. Molas n'est point nouveau. Il est peu d'anatomistes qui n'aient eu occasion de voir des ostéites, ou noyaux osseux, soit dans la faux du cerveau, soit dans la tente du cervelet, faux et tente qui ne sont, comme chacun sait, que des replis de la dure-mère. L'ostéide vu par M. Molas est surtout intéressant par le grand développement qu'il paraît avoir acquis.

2° Il ne s'agit point d'ostéides dans la note de M. Ollier, mais d'un fait très-différent, savoir de la transplantation de la dure-mère, transplantation qui réussit mieux pour certaines parties de la dure-mère que pour d'autres.

3° Il n'est pas d'anatomiste qui se soit un peu occupé d'anatomie comparée qui ne sache que, dans le crâne de plusieurs quadrupèdes (dans le crâne des chats, des chiens, de la plupart des carnassiers, du phoque, du morse, du cheval, de l'âne, du daw, etc.), le repli de la dure-mère, nommé tente du cervelet, contient toujours une véritable production osseuse, un os complet en son genre. Pour la formation de cette production, de cette lame osseuse, de cet os, la dure-mère sert tout à la fois de périoste interne et de périoste externe.

CORRESPONDANCE.

Poitiers, 20 août 1859.

Monsieur le Rédacteur,

Je n'ai aucun point de ressemblance avec cet Athénien qui priait son voisin de lui écrire le nom d'Aristide sur sa coquille ; mais je fais parti de ce public qui trouve que l'on fait un éloge par trop éclatant d'un produit ou mélange dit désinfectant, susceptible sans doute de rendre quelques services dans certains cas donnés, mais qui dans la pratique médicale ne pourra jamais, quoi qu'on en dise, quoi qu'on fasse, remplacer ceux qui, valant mieux, sont d'un usage plus facile, et dont le seul tort peut-être est de faire leur chemin avec plus de simplicité, avec moins de bruit.

C'est donc un sentiment d'équité qui me détermine à revendiquer, pour la charpie et le papier carbonifère de MM. Malapert et Picbot, la part de publicité que le mélange un peu odorant de MM. Corne et Demeaux a semblé vouloir absorber à lui seul.

Déjà depuis longtemps MM. Picbot et Malapert m'avaient fait part de leurs idées sur l'introduction possible du charbon dans la fabrication d'un papier à pansement, et je leur avais donné mon opinion à ce sujet comme praticien.

Ces messieurs savaient comme tout le monde ce que Thénard et ses successeurs ont écrit touchant les propriétés du charbon végétal, dont la plus remarquable peut-être est d'absorber les différents gaz : ils avaient connaissance des travaux de Fontana et de Théodore de Saussure sur le même agent. Et ce dernier chimiste, vous ne l'ignorez pas, Monsieur le Rédacteur, avait très-bien remarqué que cette propriété d'absorber les gaz était commune à tous les corps poreux. Plus tard, il a été reconnu par l'observation que les gaz les plus solubles dans l'eau (gaz ammoniac, gaz sulfhydrique), précisément ceux qui se produisent pendant la putréfaction des matières azotées, sont le plus facilement absorbés par le charbon végétal.

Ces propriétés absorbantes du charbon sont-elles exaltées par son mélange avec la cellulose, qui agit d'un côté comme corps poreux, et de l'autre comme divisant, c'est ce que j'ignore. Tout ce que je puis dire, c'est qu'il y a bientôt deux ans, sur une personne de ma famille, atteinte d'escbares au sacrum très-étendues et profondes qui répandaient une odeur infecte dans toute la maison, odeur que les chlorures ne pouvaient dissiper qu'imparfaitement en en substituant une autre encore assez incommode, j'ai eu recours pour la première fois au papier carbonifère mis en charpie, et que le résultat a dépassé mes espérances.

Dès le deuxième jour de son emploi, renfermée dans des sachets de mousseline et placée dans le lit de la malade, par-dessus l'appareil du pansement, en manière de coussinet, cette charpie avait amené un changement surprenant: l'odeur si rebutante de la gangrène avait presque totalement disparu, et cette modification heureuse était sensible surtout quand on découvrait la malade, soit pour la changer de lit, soit pour renouveler son pansement; elle s'est maintenue jusqu'au dernier jour de la maladie (environ six semaines).

Les sachets contenaient de 12 à 15 grammes de charpie ; on les renouvelait matin et soir.

Plus tard, je fus consulté pour une personne fort âgée des environs de Ruffec, qui portait au sein un cancer ulcéré fort étendu et profond, répandant cette odeur infecte si connue de tous. Ne pouvant rien faire pour la maladie, je me suis contenté de conseiller l'application des sachets, et l'effet espéré ne s'est pas fait attendre. Les gaz délétères et odorants se trouvant absorbés, la désinfection avait lieu. Cette malheureuse dame a vécu dans cet état plus d'un an ; elle est morte depuis quelques mois seulement, et l'une de ses filles, la marquise de S., m'a dit bien des fois que sans cette charpie carbonifère, personne n'aurait pu rester auprès d'elle.

Je ne viens pas vous dire, mon cher Rédacteur, que MM. Malapert et Pichot ont trouvé et découvert les propriétés du charbon; elles étaient bien connues avant eux, ils le savent : mais ils ont eu l'idée de nous rendre très-facile l'application de ces propriétés. Ils nous ont mis à même de les utiliser, en nous rendant l'emploi de cet agent si commode et si aisé, dans les pansements des plaies et les ulcères infects ou de mauvaise nature.

Je répète ici ce que je disais à la Société de médecine de Poitiers le 9 juin 1858, dans une notice dont je vous adresse la copie :

« Ces messieurs ont rendu un véritable service qui ne peut manquer
» tôt ou tard d'être apprécié dans les grands centres de malades, et
» surtout dans les hôpitaux et les ambulances. »

Agréez, etc. Dr DE MORINEAU.

Marseille, le 12 août 1859.

Monsieur le Rédacteur,

Les colonnes de votre dernier numéro offraient à vos lecteurs un charmant et spirituel feuilleton intitulé *Légers inconvénients*. — Le nom seul du signataire faisait d'avance pressentir l'attrait de cette lecture.

« Il me paraît utile et raisonnable, dit M. A. Joux, que les Académies instituent un prix d'une grande valeur pour celui qui aura trouvé un moyen réellement efficace et pratique de détruire sûrement, instantanément, avec économie et sans danger pour la vie des hommes et des animaux, toutes les mouches qui auront pénétré dans les appartements, les hôpitaux et les étables. »

Je ne viens pas offrir à M. Joux de remplir toutes les exigences de son programme; mais, toutefois, je crois que le plus grand nombre des conditions seront remplies.

Avant de vous révéler la composition de mon *Chasse-mouche*, permettez-moi un seul mot sur les Académies de Paris.

Médecins de province, nous lisons avec une sorte de recueillement le compte rendu des séances que vous reproduisez avec tant d'exactitude dans votre excellent journal. Or, depuis quelques jours, il n'y est fait mention que du mélange désinfectant de MM. Corne et Demeaux, de l'intérêt que présente cette *nouvelle invention* au point de vue de l'industrie, de l'agriculture, de la thérapeutique, etc., etc...

Tout ce bruit nous a fort étonné dans notre Midi. Depuis deux années environ les agriculteurs de nos contrées emploient avec avantage, comme *engrais insecticide*, un mélange de coaltar, de chaux hydraulique, etc., qu'un industriel *breveté*, le sieur Prayssac, livre à très-bas prix à l'agriculture (10 fr. la balle.)

C'est en voyant les ravages exercés par la *pyrale* sur les vignes, par le colopse sur les luzernes, que cet industriel a eu l'idée de cet agent énergique.

Plusieurs années d'expériences et les résultats obtenus par nos paysans tendent à populariser ce produit, qui éloigne les fourmis, les chenilles, la pyrale, le *gribouri* des vignes, qui peut être mêlé à de a fleur de soufre pour combattre en même temps l'oïdium. Il est aussi prouvé que les taupes, les rats, cancrelas et autres hôtes incommodes disparaissent quand on fait usage de cet insecticide.

Comment M. Corne, habitant le Lot-et-Garonne, n'a-t-il pas eu connaissance d'un produit sur l'efficacité duquel les comices agricoles du Tarn-et-Garonne et de l'aude, ont émis des rapports favorables en 1858 et 1859 ? (1).

C'est le mélange du coaltar à des substances calcaires, argileuses, plâtreuses, que je me proposais d'offrir à M. Joux, pour le délivrer des mouches importunes et des moustiques de toutes variétés.

Avant que les Académies eussent retenti de la prétendue invention de MM. Corne et Demeaux, nous avions employé ici, avec succès, les mélanges de *coaltar* pour la désinfection des fosses d'aisances. — Ce qui seul est une nouveauté, c'est l'emploi thérapeutique de ce produit.

Des expériences comparatives sont instituées dans nos hôpitaux civils et militaires avec divers mélanges, où le goudron de houille joue le rôle principal. La société impériale de médecine de Marseille a nommé une commission pour diriger et surveiller ces essais. Je pourrai, si vous le désirez, vous faire connaître ultérieurement les résultats obtenus.

Agréez, etc. J. ROUX, de Brignolles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Eugène Nélaton vient d'être nommé prosecteur de la Faculté.

— M. le docteur H. Lebert, professeur de clinique médicale à l'Université de Zurich depuis 1852, auteur de travaux estimés sur la physiologie et l'anatomie pathologique, vient d'être appelé à occuper la même chaire à l'Université de Breslau, où il remplacera le professeur Frerichs.

— Les sciences en général, et la botanique en particulier, viennent de faire une perte sensible dans la personne de M. le docteur Boitard, qu'une cruelle maladie des voies urinaires tenait depuis environ cinq ans éloigné du monde. M. Boitard est l'auteur de plusieurs travaux qui ont concouru à la propagation et aux progrès de la science.

— Nous trouvons dans le *Wiener Wachenschrift*, l'extrait suivant d'une lettre qui a été adressée à ce journal par un médecin militaire de l'armée autrichienne :

« .... Ma plume est impuissante à vous donner une idée de la bataille de Solferino. Figurez-vous 400,000 hommes, occupant un espace relativement peu étendu, et s'étant rejoints pour se tuer les uns les autres; pour arriver plus facilement à satisfaire le programme et rendre le bain de sang complet, ajoutez-y au moins 500 canons. Figurez-vous en même temps entendre quelques centaines de mille coups de fusil, 500 bouches de canons tonnant sur tous les tons, les cris des assaillants, la musique militaire, quelques milliers de tambours; au milieu de tout cela, les gémissements et les cris de douleur des blessés, et vous n'aurez qu'une faible idée de la bataille qui s'est livrée sur les bords du Minciol A cinq heures, au plus fort de la fureur guerrière, le ciel gronda et ramena pour un moment le calme; puis le combat reprit avec plus d'acharnement. Ce fut le moment le plus grandiose, comme aussi le plus terrible de la journée.

» Depuis le 25 juin jusqu'à ce jour (3 juillet), on a dirigé plus de 8,000 blessés sur Vérone, où se font les premiers pansements; la tâche a été rude, mais elle est faite. Jusqu'à hier, on trouvait encore des malades dans les cours, sous les porches; tous recevaient des soins médicaux, et l'activité que vient de déployer la médecine militaire inspirera à tout observateur le plus grand intérêt pour cette institution.

» J'espère qu'on finira par s'occuper de nous et par améliorer notre carrière. On parle de quatre médecins généraux, un pour chaque armée; on doit augmenter le nombre des médecins-majors et améliorer la position des aides, c'est-à-dire les assimiler aux lieutenants, tandis que les docteurs deviendraient d'emblée médecins de régiment avec le rang de commandant. Le chef de toute la corporation doit avoir rang de feld-maréchal. »

L'érudit rédacteur de la *Balneologische Zeitung*, M. le docteur Louis Spengler, vient de publier un ouvrage très-estimé sur les eaux d'Ems. Le *Brunnenärztliche mittheilungen über die Thermen von Ems*, tel est le titre de ce livre, sera lu avec grand fruit par tous les intéressés. Les médecins et les malades y trouveront de judicieuses notions sur les ressources médicales de ces thermes. Ils seront convaincus que certaines nuances d'affections pulmonaires et hépatiques, affections que l'auteur a soin de spécifier minutieusement, et surtout les laryngo-pharyngites grauuleuses, ainsi qu'un bon nombre de maladies auxquelles les femmes sont exclusivement sujettes, s'adressent rarement en vain à l'efficacité universellement reconnue des eaux de cette célèbre ville du duché de Nassau.

Ostende, 11 août 1859. Dr NOPPE.

(1) Nous ferons remarquer à notre confrère, M. Roux, que l'invention de M. Corne n'est pas aussi nouvelle qu'il paraît le croire; elle date de plusienrs années et elle a été déjà l'objet de nombreuses tentatives d'application à l'agriculture et de communications à divers corps savants. Ce qui est présenté comme nouveau par MM. Corne et Demeaux, c'est l'usage thérapeutique de cette substance. (*Note de la Rédaction.*)

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 102. — JEUDI 1er SEPTEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 102. — JEUDI 1er SEPTEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 31 AOUT 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Bouvier a ranimé hier une discussion éteinte et même close, si nous avons bonne mémoire, par la formule d'usage de M. le président. Le formalisme réglementaire pourrait trouver à redire peut-être à cette légère infraction, mais personne n'a eu le mauvais goût de réclamer, et nous sommes, pour notre part, d'autant moins disposé à nous en plaindre, que nous y avons gagné une dissertation critique et historique des plus intéressantes. Il s'agit de la question de la chorée, sur laquelle M. Blache a fait, il y a près de deux mois bientôt, l'excellent rapport que l'on sait. Ce n'est pas sur le fond même du sujet du rapport, l'état mental dans la chorée, que M. Bouvier a pris la parole ; il a déclaré donner pleine adhésion à cet égard au jugement, aux éloges comme aux critiques de M. Blache ; c'est à la question incidente soulevée par M. Trousseau qu'il s'en est pris, c'est-à-dire à la question de nomenclature et de nosologie qu'implique le choix à faire entre les dénominations *chorée* et *danse de Saint-Guy*.

On se rappelle les considérations sur lesquelles s'est fondé M. Trousseau pour donner la préférence à cette dernière dénomination sur la première, quand on veut exprimer la névrose convulsive spéciale que tout le monde connaît, proposant de réserver l'expression générique de chorée pour désigner toutes les danses pathologiques. C'est contre cette tentative d'innovation ou plutôt de rénovation dans le langage médical, que s'est élevé M. Bouvier ; rénovation malheureuse suivant lui, parce qu'elle ne tendrait pas à moins qu'à jeter la plus grande confusion dans l'histoire de la chorée, déjà passablement embrouillée, dit-il, depuis Sydenham, par le mélange ou l'espèce d'adultération que presque tous les auteurs ont faite, à son exemple, entre les choréomanies épidémiques du moyen âge auxquelles s'appliquait la dénomination de danse de Saint-Guy (*chorea sancti Viti*), et l'affection convulsive dont nous sommes témoins tous les jours, et à laquelle on est généralement convenu, depuis les travaux de Bouteille, de donner le nom de chorée.

M. Trousseau doit répondre mardi aux observations critiques de son collègue. Nous suivrons avec intérêt ce débat, qui, sous l'apparence d'une simple question de mots, renferme en réalité une importante question de nosologie.

L'Académie avait entendu, avant la savante argumentation de M. Bouvier, une belle page détachée d'un grand ouvrage sur l'entendement humain que nous promet prochainement M. Voisin, et dont quelques fragments ont déjà été publiés. Nous regrettons de ne pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs quelques extraits de ce travail aussi bien écrit que bien pensé, et dont l'analyse serait tout à fait impuissante à donner une idée. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Des maladies de l'encéphale en particulier.

(Leçons cliniques recueillies et rédigées par MM. F. GARRIGOU et DELEAU, élèves).

De l'encéphalite. — L'encéphalite est souvent aussi désignée sous le nom de ramollissement. Cette dernière dénomination est vicieuse, et ne doit pas être regardée comme synonyme d'encéphalite, puisqu'il y a des ramollissements sans inflammation, comme aussi des encéphalites sans ramollissement. Elle date d'une époque où, sous l'influence de Bichat, l'anatomie pathologique faisait d'immenses progrès et dominait les idées et la nomenclature médicales. Mais elle est mauvaise, car les lésions anatomiques, pas plus que la symptomatologie, ne sauraient fournir seules les bases d'une bonne nomenclature, dans laquelle la nature de la maladie doit être avant tout désignée.

S'il en était besoin, l'encéphalite serait une preuve éclatante des progrès faits de nos jours par la médecine, car en jetant un coup d'œil en arrière, on ne trouve dans les anciens à peu près aucune trace de son histoire. Morgagni lui-même en dit à peine quelques mots. Ce n'est qu'en 1808 que de la Vauterie, puis Ducros, firent quelques recherches à la suite desquelles parurent bientôt des travaux plus considérables.

En 1822, Lallemand rassembla de nombreux matériaux, et les travaux qu'il publia nous ont bien fait connaître l'encéphalite. On peut donc le considérer comme le créateur du ramollissement rouge, de l'inflammation du cerveau. De son côté, M. Rostan fit paraître le résultat des recherches qu'il avait faites sur ce sujet à la Salpêtrière.

Mais comme ses observations, toutes recueillies sur des vieillards, ne concordaient point avec celles de Lallemand, il en résulta une sorte de conflit où chacun soutint son opinion avec acharnement, et qui divise encore la plupart des médecins. Pour un certain nombre d'entre eux, il est cependant aujourd'hui admis que tout ramollissement du cerveau n'est point inflammatoire. Telle est aussi l'opinion du professeur. On verra bientôt comment.

Caractères anatomiques. — Il existe trois périodes dans l'état aigu.

La première période est caractérisée par la congestion et l'infiltration sanguine.

La deuxième est la période de suppuration, sécrétion anormale qui peut se produire dans tous les organes où le tissu cellulaire entre comme élément.

La troisième période offre des collections de pus en foyers et des abcès qui sont ou ne sont pas enkystés. Une quatrième période serait constituée par les conséquences ultimes de l'inflammation, consistant en tumeurs de diverses natures, dont nous n'aurons pas à nous occuper ici.

Dans la première période, la substance cérébrale est rouge, injectée. Cette injection, que la mort atténue toujours, demeure cependant reconnaissable sur le cadavre. A cette période, le cerveau, attentivement examiné, loin d'être ramolli, offre plutôt une consistance plus ferme que de coutume, et comme une érection de son tissu.

Dans la seconde période, on observe un ramollissement qui, à son maximum de développement, transforme la substance cérébrale en une sorte de crème. On trouve souvent au milieu du tissu ramolli du pus reconnaissable à ses différents caractères, et à la périphérie on remarque une injection bien plus marquée que dans la période précédente; aussi l'a-t-on appelée période du ramollissement rouge. Dans quelques cas, on observe une teinte rouge, safranée, qui est le résultat du mélange du sang à la matière purulente ou à la matière cérébrale elle-même.

La troisième période est celle de cicatrisation. L'injection et la rougeur ont complétement disparu. On trouve, à l'autopsie, des espèces de cavernes ou de kystes qui contiennent du pus. Au bout d'un temps plus ou moins long, ce pus peut se résorber en laissant des cicatrices qu'on a pu confondre avec celles de l'hémorrhagie.

Symptômes. — Les symptômes diffèrent suivant l'étendue du ramollissement, et aussi l'inflammation, pouvant atteindre isolément les différentes parties du cerveau, suivant le siége qu'elle affecte principalement.

Le début de la maladie n'est jamais très-brusque. Les malades, après avoir ressenti un malaise général, un trouble plus ou moins profond des facultés intellectuelles, éprouvent graduellement d'un côté du corps de la roideur et un engourdissement plus ou moins douloureux. On constate alors que le membre malade est dans un état habituel de demi-flexion, qu'il ne peut s'étendre sans douleur, mais que la douleur n'existe pas lorsque le membre demeure en repos. Cette demi-flexion est due à ce que les muscles fléchisseurs l'emportent en énergie sur les extenseurs ; ce qui le prouve, c'est que le membre une fois étendu, il faut employer une certaine force pour le ramener à l'état de flexion. Plus tard survient la paralysie; en sorte que si l'on n'étudiait pas attentivement les antécédents du malade, on pourrait souvent confondre le ramollissement avec l'hémorrhagie cérébrale.

On voit donc que la paralysie est graduelle dans le ramollissement, tandis qu'elle est immédiate dans l'hémorrhagie cérébrale. Dans les hémorrhagies, il y a quelquefois une rigidité assez marquée au bout d'une dizaine de jours, mais elle indique alors qu'un travail inflammatoire se fait autour du caillot.

Siége. — Quant au siége, il modifie les symptômes de la même façon que dans l'hémorrhagie. Ainsi, les lésions des lobes antérieurs entraînent la perte plus ou moins complète de la parole ; celles du cervelet, des troubles dans la marche et l'équilibration.

Dans l'hémorrhagie, le côté de la face opposé à l'épanchement est affaissé et entraîné du côté correspondant à la lésion ; dans la première période du ramollissement, il y a au contraire de ce côté une contracture musculaire qui dévie les traits du côté opposé à la lésion, c'est-à-dire précisément dans le sens inverse de ce qui a lieu dans l'hémorrhagie cérébrale. Plus tard, au contraire, et lorsque survient la période de paralysie, les parties contracturées s'affaissent, et la déviation a lieu, comme pour l'hémorrhagie, vers le côté correspondant à la maladie.

Avec un ramollissement ou un abcès enkysté assez étendu, occupant les lobes moyens et postérieurs, l'intelligence est souvent presque entièrement intacte. L'état des facultés intellectuelles ne peut donc fournir aucun signe précis.

Les ramollissements des hémisphères cérébraux n'entraînent par eux-mêmes aucun trouble notable de la circulation ni de la respiration.

Quant au cervelet, voici comment M. Bouillaud a indiqué dans sa *Nosographie* les caractères spéciaux que peut présenter l'inflammation de cette portion circonscrite des centres nerveux :

« A l'exception de la douleur et du sentiment de chaleur qui pourraient se manifester dans la région du crâne correspondant au cervelet, les symptômes locaux de la cérébellite n'ont été jusqu'ici rigoureusement signalés par aucun pathologiste. Il ne faut point s'en étonner, puisque ces symptômes ne peuvent être autre chose qu'une lésion des fonctions propres au cervelet, et que même encore aujourd'hui ces fonctions sont l'objet des plus vives controverses. Dans un mémoire que j'ai publié il y a quelques années, j'ai indiqué les principales opinions qui ont été émises sur ce point important de physiologie, et j'ai conclu, d'un assez grand nombre d'observations et d'expériences pratiquées sur les animaux vivants, que, comme Rolando et M. Flourens (1) nous l'avaient déjà appris, le cervelet préside aux actes de la station, de l'équilibration et de la progression. Cependant plusieurs physiologistes, partageant encore l'opinion du célèbre Gall, affirment que le cervelet est l'organe de l'instinct de la propagation ; tandis que d'autres, et M. Foville (2) est de ce nombre, considèrent ce centre nerveux comme la source et le réservoir de la sensibilité, etc.

» Pour moi, qui récemment encore ai répété mes premières expériences, je conserve toujours l'opinion que j'ai adoptée dans le mémoire indiqué plus haut, et, revenant maintenant aux symptômes de la cérébellite, je crois me conformer aux faits attestés par la saine observation en disant que ces symptômes consistent en des lésions des fonctions de la station, de l'équilibration et de la progression. Quelques observations cliniques, consignées dans mon premier mémoire, déposent en faveur de cette assertion. Malheureusement la plupart des observations de cérébellite, soit aiguë, soit chronique, que nous possédons actuellement, sont plus ou moins tronquées, et par conséquent incapables de résoudre d'une manière positive la question que nous agitons. Mais il n'en est pas de même des observations de cérébellite artificielle que j'ai déterminée chez des animaux d'espèces différentes. En effet, ces observations, au nombre de plus de trente, recueillies avec tous les détails convenables, s'accordent à démontrer que les seuls symptômes constants et en quelque sorte *pathognomoniques* de la cérébellite déterminée artificiellement, sont les désordres des fonctions de la progression, de la station et de l'équilibration.

» Lorsque le cervelet est simplement irrité, on ne détruit point les fonctions indiquées, mais on les *bouleverse*, si l'on peut ainsi dire, pour un certain temps. C'est alors qu'on observe des sauts, des culbutes, des pirouettes, et autres mouvements bizarres qui s'exécutent avec une telle impétuosité que l'œil ne peut les suivre qu'imparfaitement. Au milieu de cette agitation universelle, irrésistible, comme épileptique, l'équilibration est très-difficile ou même impossible. Ces mouvements désordonnés, cette sorte d'aliénation, de délire des fonctions de la progression et de la

(1) *Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux.* (Paris, 1842.)

(2) *Dictionnaire de chirurgie et de médecine pratiques*, art. ENCÉPHALE, t. VII, page 191 et suiv.

station, ne tardent pas à se dissiper quand l'irritation est très-superficielle. Mais quand une profonde désorganisation du cervelet est la suite de l'inflammation qu'on y a développée artificiellement, alors l'animal est privé sans retour de la faculté de s'équilibrer et de l'exercice de ses mouvements de progression. Tous les efforts qu'il fait à cet égard sont impuissants, et servent seulement à démontrer que, pour être devenu inhabile à ordonner les mouvements en marche ou à se maintenir dans un état de station, il n'en conserve pas moins la faculté d'exécuter des mouvements partiels, et de remuer ses membres dans tous les sens.

» Au reste, il serait trop long de détailler ici toutes les modifications des fonctions de progression et de station que la désorganisation plus ou moins étendue du cervelet peut déterminer.

» Une foule d'affections désignées sous le nom vague de maladies nerveuses ne tarderont probablement pas à rentrer dans la classe des lésions particulières au cervelet. Telles sont, entre autres, celles caractérisées tantôt par la crainte de tomber en marchant, tantôt par une tendance irrésistible à reculer, tantôt par un besoin invincible de courir, d'exécuter des sauts, des culbutes, des pirouettes extraordinaires sans aucun motif raisonné. J'ai connaissance de deux cas extrêmement curieux de ce dernier genre, recueillis par feu le docteur Cassan, dans le service de M. Duméril, à la Maison de santé.

» L'érection et l'éjaculation ne me paraissent pas des symptômes essentiels et pathognomoniques des irritations du cervelet, comme l'ont prétendu Gall et M. Serres. Je n'ai jamais vu la paralysie de la sensibilté ou du sentiment général accompagner la désorganisation complète, la destruction entière du cervelet, circonstance qui devrait avoir lieu si le cervelet était réellement le foyer central de la sensibilité. Il est bien vrai que la plus bizarre agitation tourmente l'animal dont on vient d'irriter le cervelet; mais c'est une erreur que d'attribuer ce phénomène à une exaltation de la sensibilité. Il constitue, ainsi que je l'ai dit, une sorte de délire des fonctions locomotrices. »

Causes. — Les causes de l'encéphalite locale en particulier diffèrent de celles de l'encéphalite proprement dite.

Dans les observations recueillies depuis plusieurs années, on en trouve un grand nombre où des violences extérieures, des coups, des plaies d'armes à feu ont été l'origine de l'encéphalite. Mais les grands travaux intellectuels, une contention d'esprit soutenue et prolongée, des chagrins persistants, en sont aussi une cause assez fréquente. C'est surtout à la suite des grandes révolutions qu'on voit le ramollissement inflammatoire éclater chez une foule d'individus prédisposés. Le développement énorme qu'ont pris depuis quelques années les intérêts financiers, les perturbations violentes qu'y jettent souvent les jeux de bourse, ont aussi leur part dans l'étiologie de cette funeste maladie, et en sont devenus comme une cause permanente.

On a observé que les impressions morales passagères et vives donnent lieu à l'hémorrhagie, tandis que les impressions morales profondes et prolongées sont plus particulièrement la cause des ramollissements. Les autres causes appartenant aux *circumfusa* ont une importance moindre; nous les passerons ici sous silence à défaut de temps.

Pronostic. — Le pronostic est grave suivant l'étendue et le siége de la lésion; elle a moins de gravité dans les hémisphères qu'à la base. Reste-t-elle bornée à un seul lobe, les facultés intellectuelles ne sont pas très-troublées. Lorsque la maladie n'a pas été guérie dans la première période, elle devient cependant par là même fort grave; l'hémiplégie et la perte de la parole en sont souvent la suite. Les malades accusent un état de tristesse, de mélancolie, conséquence de la lésion des organes.

On n'a jamais observé pendant le cours de cette maladie aucun cas de mort subite. Tout au plus cela serait-il possible s'il s'agissait du bulbe, et encore le professeur n'en connait-il pas d'exemple. Avec le ramollissement des lobes cérébraux, la mort ne paraît pouvoir survenir subitement que par suite de troubles nerveux donnant lieu à une syncope prolongée.

Traitement. — Le ramollissement cérébral est une des maladies auxquelles il est le plus difficile d'opposer un traitement efficace; car pour le rendre tel, il faudrait en premier lieu pouvoir soustraire les malades aux causes de leur affection. Or parmi ceux chez qui elle a été provoquée par des souffrances morales, et ils sont en grand nombre, il en est bien peu dont on puisse écarter ces influences funestes.

Le seul mode de traitement actif qui mérite confiance à la première période, consiste dans la méthode antiphlogistique des émissions sanguines locales et générales convenablement appliquée et modifiée en raison de l'âge, de la force individuelle, etc.

Les autres moyens de traitement, glace sur la tête, irrigations, purgatifs, sont des adjuvants qui peuvent être associés utilement toutefois au moyen principal.

Quant aux périodes ultérieures, elles sont presque toujours au-dessus des ressources de l'art, dès qu'elles sont pleinement confirmées et déjà anciennes.

Ramollissement non inflammatoire (*ramollissement blanc ou sénile*), *ou ramollissement gangréneux.* — Cette seconde forme de ramollissement cérébral n'a rien de commun avec la précédente, c'est-à-dire avec le ramollissement inflammatoire, si ce n'est la diminution de consistance de la substance nerveuse. Du reste, nature, cause, symptômes, anatomie pathologique, tout y est différent. Elle est aussi moins anciennement connue, et son étude est jusqu'ici moins complète.

Un vieillard est plus ou moins rapidement frappé de paralysie avec résolution complète, sans contracture; il meurt, et à l'autopsie on trouve la pulpe cérébrale sans injection, sans épanchement de sang, pâle et ramollie comme celle d'un fruit gâté. Tel est le ramollissement non inflammatoire.

Mais en quoi consiste la nature de cette lésion? Par quel mécanisme se produit-elle? C'est ce qui n'était nulle part établi. On la confondait généralement avec le ramollissement inflammatoire, et M. Rostan, qui en défendant la nature non inflammatoire des ramollissements qu'il observait chez les vieillards, avait fait faire à cette question un grand pas vers la vérité, n'avait cependant pas tiré de ce fait toutes les conséquences qui en pouvaient être légitimement déduites.

Ce fut seulement après avoir constaté d'une façon indubitable l'influence des ossifications artérielles sur l'hémorrhagie cérébrale, que, rapprochant la fréquence de ces ossifications chez les vieillards de celle du ramollissement blanc à cet âge, M. Bouillaud vint à soupçonner que cette dernière altération pourrait être, comme l'hémorrhagie cérébrale, une conséquence de la première.

Il se plaît du reste à reconnaître que les importants travaux de M. Rostan le mirent sur la voie de cette découverte, et eurent une grande influence sur la disposition d'esprit dans laquelle il commença ses propres recherches.

On sait qu'il n'est pas rare de voir chez les vieillards une perte subite du sentiment et du mouvement dans un membre aboutir promptement à la mort locale, à la gangrène. Ce qui s'est passé dans ce cas, c'est une oblitération de l'artère principale, laquelle, envahie par les transformations athéromateuses et calcaires, s'est subitement enflammée, puis remplie de caillots, et, n'envoyant plus de sang dans les parties qu'elle était chargée d'alimenter, les a laissé périr faute d'alimentation. On voit alors ces tissus mortifiés s'infiltrer, se ramollir et contracter une odeur infecte, gangréneuse.

Quelque chose de semblable se passe dans le cerveau, lorsque les artères cérébrales ossifiées viennent à s'oblitérer. Seulement, on ne trouve pas ici un tissu mortifié et ramolli, l'aspect noirâtre et l'odeur gangréneuse ou de décomposition, qui sont dans les membres le résultat du contact de l'air avec les parties privées de vie. Enfermé dans la boîte crânienne et complétement préservé de l'influence atmosphérique, le cerveau ne subit point cette espèce de décomposition.

Ce fait est aujourd'hui établi sur un très-grand nombre d'observations et parfaitement constaté. Et par là se trouvent conciliées, comme on le disait plus haut, les deux opinions opposées qui longtemps ont divisé les médecins au sujet du ramollissement cérébral.

Tout récemment, M. Baillarger présentait à l'Académie de médecine un fait de ramollissement gangréneux du cerveau comme quelque chose d'entièrement nouveau. On voit que ce fait n'était pas absolument sans précédents. Toutefois, il pouvait être considéré comme exceptionnel, en ce sens que, contre l'ordinaire, l'odeur gangréneuse y était très-marquée, et que la lésion était tout à fait superficielle, tandis que les foyers du ramollissement gangréneux ont ordinairement leur siége vers les parties centrales du cerveau.

Comme on le conçoit, le ramollissement non inflammatoire ne s'observe guère que chez les vieillards; cependant, exceptionnellement, on peut le rencontrer chez les adultes, comme aussi on voit par exception les adultes atteints de gangrène spontanée des extrémités.

Le ramollissement sénile ou par gangrène se distingue surtout du ramollissement inflammatoire par son début brusque et sa marche rapide, et par l'absence de contracture et de réaction inflammatoire, lesquels s'opposent facilement à la marche plus ou moins rapidement progressive du ramollissement inflammatoire, à la réaction plus ou moins vive qui l'accompagne, et aux contractures qui en sont un des premiers signes.

La confusion avec l'hémorrhagie est plus facile en raison de la similitude des symptômes et du début. Entre autres exemples le professeur cite celui d'une femme apportée sans connaissance à l'hôpital avec tous les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale, et chez laquelle, à l'autopsie, on ne trouva rien autre chose qu'un ramollissement blanc avec une dégénérescence crétacée de la plupart des artères. Il est donc important, dans ce cas, de consulter avec soin les antécédents des malades qui peuvent fournir quelque lumière, mais qui néanmoins ne mettent pas absolument à l'abri d'une confusion heureusement sans danger pour le malade.

Il n'existe aucun traitement rationnel à opposer à cette maladie. On ne connaît pas d'exemple de guérison; la mort paraît être sa terminaison inévitable. Quelques soins hygiéniques sont donc les seuls que le médecin puisse songer à prescrire.

INFIRMERIE DE LA PRISON DE LA ROQUETTE.

M. Deleau.

Emploi du perchlorure de fer dans la spermatorrhée et dans quelques autres affections (scrofules, syphilis).

Après avoir gardé un silence trop prolongé, il nous paraît convenable de le rompre aujourd'hui, dans l'espoir de ramener aux convenances scientifiques certains esprits qui, simples imitateurs, s'enthousiasment à leur profit d'un médicament déjà avantageusement connu du monde médical, sans s'inquiéter d'où il vient et sans rendre à autrui ce qui lui est légitimement dû. On excusera ce langage sévère si l'on se rappelle que nous avons formulé depuis longtemps pour la première fois cette proposition, que le perchlorure de fer est un modificateur puissant des membranes muqueuses dans les angines couenneuses, dans la blennorrhagie, dans la leucorrhée.

Nous avons souvent émis l'idée que le perchlorure, en tant que chlorure uni au fer, est, d'après nos expériences sur des animaux vivants, un agent modificateur des diathèses purulente et diphthéritique, ce qui a donné lieu à M. Sylva, médecin distingué de Bayonne, de l'utiliser dans une épidémie croupale devenue réfractaire à tous les moyens thérapeutiques connus.

Ce praticien a employé avantageusement le perchlorure de fer en badigeonnant l'origine des voies aériennes, tout en prescrivant le sirop perchloro-ferrique, pour combattre avec un grand succès la prédisposition diphthéritique qui se manifeste dans cette cruelle maladie sous la forme morbide de pseudo-membrane.

Nous sommes loin de nous rendre à merci; car nous expérimentons sans cesse, dans notre infirmerie, l'action du perchlorure dans les maladies qui attaquent les éléments constitutifs, soit solides, soit liquides de l'organisme. A cet effet, nous venons offrir à nos confrères de nouveaux faits cliniques qui ne sont pas dépourvus d'un certain intérêt pour la pratique.

Qu'il nous soit permis, à cette occasion, de mettre en souvenir que lorsque feu Lallemand assistait aux expériences remarquables de Pravaz sur la coagulation du sang dans l'anévrysme par le perchlorure de fer, ce savant professeur ne croyait pas avoir sous les yeux un modificateur des tissus organiques, et surtout un modificateur puissant dans les maladies des voies génito-urinaires, dont il a si merveilleusement analysé les désordres. En effet, le perchlorure de fer assure aujourd'hui une guérison radicale de l'urétbrite, de la vaginite, de l'urétbrorrhagie, de la métrorrhagie, de la spermatorrhée.

Voici quelques nouveaux cas de spermatorrhée recueillis sur des hommes avancés en âge. Ils seront suivis d'autres faits cliniques assez remarquables.

Obs. I. — *Spermatorrhée datant de quatre ans; perchlorure de fer. — Guérison.*

Le nommé L..., âgé de cinquante ans, cuisinier de son état, d'une constitution frêle, lymphatique, n'a jamais été malade; il n'a point eu de maladie syphilitique. Ce détenu se présente à la consultation pour se faire soigner d'une spermatorrhée survenue depuis quatre ans sans cause déterminante. Les accidents de pollution ont lieu la nuit, sans rêves érotiques, et les pollutions diurnes se manifestent peu de temps après la dernière émission des gouttes d'urine. La valeur de la perte spermatique est d'une cuillerée à café toutes les fois. Cette perte souvent renouvelée épuise le malade, lui enlève toute son énergie physique et morale; elle laisse à son passage des traces d'une espèce d'hébétude, avec lourdeur de tête, regard incertain, digestions difficiles. Les organes de la génération sont entièrement flétris, et le prépuce est recroquevillé vers les os du pubis.

Le malade a suivi plusieurs traitements sans en éprouver le moindre soulagement. Le sirop de kina, le vin anti-scorbutique, les balsamiques, des injections de tannin, les antispasmodiques, les vésicants, les bains et aspersions d'eau froide n'ont fait que soutenir les forces radicales, sans procurer une amélioration à l'état pathologique du malade.

Soumis à l'usage du perchlorure de fer à la dose d'une cuillerée à bouche de sirop matin et soir, et à l'application de la pommade perchlorurée sur les testicules, le malade a été débarrassé radicalement de son infirmité dans l'espace de six semaines, sans récidive pendant la durée de quatre mois de séjour dans la prison.

Obs. II. — *Spermatorrhée datant de six ans; perchlorure de fer. — Guérison.*

Le nommé P..., âgé de cinquante-huit ans, doué d'une belle constitution, tempérament sanguin, trapu de taille, fortement musclé, visage très-coloré, large poitrine, velue comme tout le reste du corps, n'a jamais eu de maladie sérieuse, point de syphilis, et il ne s'est nullement livré au vice honteux de la masturbation. Ce détenu est affligé depuis six ans d'une perte séminale, qui n'a lieu qu'à la fin de chaque émission urinaire, à la dose d'une cuillerée à café toutes les fois. Cette perte n'exerce aucune influence fâcheuse sur la santé générale, et sans le dégoût qu'elle lui inspire, le malade ne s'en occuperait pas. (M. le professeur Lallemand a eu raison de signaler aux praticiens ce genre de perte, qui frappe même les individus ayant toutes les apparences de la santé la plus brillante.) Cet homme a beaucoup fait pour s'en débarrasser, sa position lui ayant permis de se procurer tous les moyens thérapeutiques convenables; mais tout traitement a été inutilement employé. Il se soumet à l'usage ordinaire du perchlorure de fer, deux cuillerées à bouche de sirop dans la journée, et à l'application de la pommade sur le scrotum. Il obtient, sans récidive, une guérison radicale dans l'espace de vingt-cinq jours. Ce malade se promène aujourd'hui dans les rues de Paris.

Obs. III. — *Adénite cervicale scrofuleuse accompagnée d'une surdité complète. — Perchlorure de fer. — Guérison.*

Le nommé M..., âgé de vingt-sept ans, tempérament lymphatique, tissu adipeux développé sur tout le corps, sans avoir dans le cours de son enfance présenté le moindre symptôme de diathèse strumeuse, se présente à la consultation avec une adénite cervicale dite gouache, suivie d'une surdité complète sans lésion aucune dans les organes de l'ouïe. Ce détenu a contracté sa maladie pendant un séjour cellulaire de trois mois.

Nous avons prescrit le sirop de perchlorure de fer à la dose de deux cuillerées à bouche, avec l'application de la pommade perchlorurée sur toute la région du cou. Ce traitement a eu l'avantage, dans l'espace de cinq semaines, de dissiper la tuméfaction glandulaire, et la surdité a disparu sous l'influence du sel ferrique, qui a modifié par son action tonifiante la constitution anémique du malade.

OBS. IV. — *Syphilis confirmée, accidents secondaires; ulcère du gland; plaques ulcérées au scrotum; fissures, choux-fleurs à l'anus. — Perchlorure de fer; guérison.*

Le nommé A..., âgé de vingt-cinq ans, tempérament bilieux, excellente santé, est contaminé d'un ulcère induré à la partie droite glando-préputiale, sans retentissement dans les aines. Ce détenu a suivi un traitement un peu à la légère, et voit reparaître, au bout de deux ans, un ulcère à la partie antérieure du gland, accompagné de plaques ulcérées sur diverses parties du scrotum, inflammation vive, douleurs, démangeaison et suintement d'un pus jaune clair qui salit le linge et se couvre de croûtes; enfin fissures douloureuses à l'anus, avec choux-fleurs sur la même partie.

Nous constatons tous ces accidents à notre première visite. Le malade est immédiatement soumis au traitement perchloro-ferrique, sirop, pommade.

La guérison de l'ulcère, des choux-fleurs, des fissures, a réclamé un traitement qui a été suivi avec exactitude pendant deux mois, époque à laquelle nous avons signé le transfèrement du détenu dans une maison centrale.

OBS. V. — *Blennorrhagie syphilitique, déplacement par métastase. — Perchlorure de fer. — Guérison.*

Le nommé B..., âgé de trente-deux ans, lymphatique, blond, d'une belle carnation blanche, porte une blennorrhagie depuis six mois. Cette blennorrhagie s'est dissipée soit par un traitement d'injections astringentes, intempestivement employé, soit par une susceptibilité organique, pour être déplacée par métastase sur toute la surface du scrotum. Fièvre intense, symptômes inflammatoires, douleur, dureté, rougeur et gonflement considérable des testicules.

Prescription : 12 sangsues, grand bain, cataplasmes arrosés de laudanum, purgation dérivative. Même état pendant trois jours. Nous prescrivons alors la pommade perchlorurée sur le scrotum. L'écoulement gonorrhéique reparaît; il procure une légère diminution du gonflement des testicules, gonflement qui se dissipe entièrement par le retour abondant du pus blennorrhagique, en ramenant la maladie à son état primitif.

On fait prendre alors du sirop de perchlorure de fer, qui à lui seul, sans injections aucunes, procure, après vingt-huit jours de traitement, la guérison radicale de la membrane muqueuse du canal de l'urèthre.

REIN ; CONTUSION ; GUÉRISON.

La contusion du rein est un accident très-rare, à cause de la situation profonde de cet organe. Cette circonstance même la rend très-grave en général, quand elle a lieu, parce qu'elle est presque toujours compliquée de désordres plus ou moins étendus des organes voisins, du foie, de la rate, du mésentère ou de l'intestin. Il est très-difficile alors, au milieu des accidents formidables qui résultent de cet ensemble de lésions, de distinguer ce qui appartient en propre à la contusion du rein. L'observation suivante, qui montre une contusion de cet organe isolée de toute complication, offre d'autant plus d'intérêt, qu'on y verra en même temps l'efficacité des moyens de traitement unis aux efforts de la nature.

Un cultivateur des environs de Lisieux, âgé de quarante-huit ans, reçoit, le 10 avril 1855, un violent coup de pied de cheval dans le côté droit du ventre; renversé sur le coup, il ressent dans le flanc une douleur très-vive, qui l'empêche de se relever. M. le docteur Notta, appelé auprès du blessé trois heures après l'accident, le trouve dans l'état suivant :

Décubitus dorsal, facies pâle, peau froide, pouls petit, à 70. Le malade exhale des plaintes continuelles et accuse des douleurs horribles dans le flanc droit. A l'examen, on ne trouve dans cette région aucune lésion extérieure, pas d'ecchymose. Tout le flanc est très-douloureux à la pression; la douleur est limitée dans cette région et ne s'irradie pas dans le testicule. Le reste de l'abdomen est indolent à la pression. Il y a partout de la sonorité à la percussion, même dans le flanc droit et à l'hypogastre. Enfin le ventre est souple et n'offre aucune tension, aucun météorisme. Pas de nausées, pas de vomissements, pas de hoquet, pas de frissons. Le malade a uriné à plusieurs reprises, et en petite quantité à la fois, du sang pur, un verre environ. La miction était extrêmement douloureuse. (Saignée, 500 grammes; limonade sulfurique; opium, 10 centigrammes en dix pilules, une d'heure en heure; lavement froid; diète.)

Le 11, la nuit a été assez calme; il y a eu même un peu de sommeil. La pression est toujours très-douloureuse dans le flanc; l'urine contient une forte proportion de sang, sans caillots. La miction, plus fréquente qu'à l'état normal, est toujours douloureuse. (Saignée de 600 grammes; lavement froid; limonade sulfurique.) — Peu de temps après la saignée, le malade éprouva une vive recrudescence de ses douleurs dans le flanc. — 20 sangsues sur le flanc, cataplasmes; opium, 10 centigrammes en dix pilules, une d'heure en heure.

Le 12, la douleur du flanc est calmée; nuit tranquille. Les urines sont bourbeuses et contiennent encore du sang, qui semble avoir subi un commencement de décomposition. La miction n'est presque plus douloureuse; 80 pulsations. — Solution de sirop de groseille, lavement froid avec 30 grammes de sel marin; 15 sangsues sur la région rénale.

Le 13, le ventre est légèrement distendu par des gaz. Douleurs très-aiguës dans le rein; le flanc n'est pas tuméfié; il est très-douloureux à la pression. La pression et la percussion au niveau du rein sont beaucoup moins douloureuses en arrière qu'en avant. L'urine a toujours le même aspect trouble et rougeâtre. La miction n'est plus douloureuse. — 16 sangsues sur le flanc; eau gommée; diète; tous les soirs prendre une des pilules suivantes :

Extrait thébaïque.	30 centigrammes.	
Poudre de scille.	50	—
Extrait de datura.	30	—

Diviser en six pilules.

Le 15, nuit très-calme; le malade a bien dormi pendant deux heures. La douleur du rein a été calmée après l'application des sangsues.

Le 17, on remarque au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure une ecchymose de 4 ou 5 centimètres d'étendue. Il y a beaucoup moins de douleur dans la région rénale; cependant la pression sur le flanc ne peut être supportée. Le malade accuse depuis deux jours de la faim. — Deux potages.

A dater du 19, tous les symptômes vont graduellement en diminuant : la fièvre est tombée; le malade se lève et mange.

Le 7 mai, le malade va très-bien; il vaque à ses occupations. Il ne reste plus qu'un peu de sensibilité dans la région du rein à une forte pression; mais ce dernier symptôme ne tarde pas lui-même à disparaître.

M. Notta a revu ce malade depuis, et il a appris qu'il n'avait plus rien éprouvé du côté du rein et de la vessie, et que sa santé était restée parfaite. (*Union méd.*)

ÉLOGE DE VIDAL, DE CASSIS (1).

Par M. Alphonse GUÉRIN, chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

(Lu à la Société de chirurgie le 13 juillet 1859.)

N'allez pas croire, Messieurs, que je veuille soutenir l'identité du chancre et de la blennorrhagie; je crois bien qu'il y a une certaine parenté plus ou moins éloignée entre ces accidents; mais on n'a point encore à me reprocher d'avoir appliqué à l'un le traitement de l'autre. J'ai seulement voulu rappeler combien était puissante l'arme avec laquelle on combattait, et les conséquences que l'on tirait de la théorie de l'inoculabilité des accidents primitifs de la syphilis.

En dehors du chancre, point d'inoculation, en dehors de l'inoculation, point de vérole; en dehors de la cautérisation avant le cinquième jour, point de salut!

Cette doctrine était trop simple pour ne pas séduire. Aussi Vidal, avec M. Cazenave, et quelques autres en petit nombre, furent-ils les seuls dissidents, jusqu'au moment où une observation plus attentive vint démontrer que le chancre *induré* n'est jamais inoculable sur le malade qui en est affecté! Il y a encore aujourd'hui beaucoup d'anciens élèves de l'hôpital du Midi qui tressaillent de surprise et d'indignation quand ils entendent émettre une pareille proposition; ils ne peuvent pas croire que la science en soit venue là, et pourtant, d'après M. Ricord lui-même, ce n'est qu'exceptionnellement que le pus des chancres indurés est inoculable.

Cet aveu anéantit toute l'argumentation qui reposait sur l'inoculabilité; la pierre de touche fait défaut; l'arme avec laquelle on avait porté de si rudes coups se trouve brisée. La grande lumière projetée par le système de l'inoculation n'a plus aujourd'hui que l'éclat d'un feu follet qui ne pourrait qu'égarer au lieu de guider ceux qui compteraient encore sur cette lueur pour arriver à la vérité.

On peut faire à Vidal le reproche de ne pas avoir eu assez de foi dans les idées nouvelles. Il eût été bien plus fort dans la lutte si, s'emparant de l'opinion dans laquelle les chancres non infectants seraient seuls inoculables, il s'en était servi pour battre en brèche la théorie qu'on lui avait si longtemps opposée.

Il n'a pas pu ne point apprécier les conséquences de cette nouvelle théorie, à laquelle de nombreuses expériences semblent donner dès à présent une grande valeur. En ne l'acceptant pas, on dirait qu'il a cédé à un penchant de son esprit, qui le mettait en défiance contre les idées des novateurs, ou bien qu'il a voulu, pour se prononcer, attendre la consécration du temps et la certitude de ne point avoir à désavouer plus tard une théorie dont on eût pu l'accuser de s'être fait le partisan parce qu'elle ruinait le système de son adversaire.

Une autre proposition non moins importante que la précédente était considérée par M. Ricord comme une loi immuable. Je veux parler de la non-contagion des accidents constitutionnels de la syphilis. S'appuyant sur l'observation clinique, Vidal soutenait la possibilité de la transmission de ces accidents; il crut même avoir inoculé une plaque muqueuse; plusieurs faits semblables d'inoculation ne tardèrent pas à être publiés. Les tribunaux, forcés de prendre parti dans la question, admirent bientôt la contagion des plaques muqueuses de l'enfant à la nourrice.

L'opinion se prononçait décidément dans le même sens; mais M. Ricord ne se tenait pas pour battu; il répondait qu'ayant en vain tenté d'inoculer le produit de sécrétion des plaques muqueuses sur le malade déjà contaminé, il avait toujours échoué. De même qu'il avait soutenu qu'il n'y a pas d'observations authentiques d'ulcères qui, détruits avant les cinq premiers jours qui suivent un coït infectant ou tout autre mode de contagion, aient donné lieu ensuite à des symptômes secondaires, il mettait au défi qu'on le rendît témoin d'une inoculation de plaques muqueuses. Les faits qui lui étaient opposés n'étaient, disait-il, autre chose que le résultat d'une erreur de diagnostic : on avait pris un chancre pour une plaque muqueuse.

On était mal à l'aise pour répondre à une pareille argumentation, et si l'on ne se rendait pas, on était exposé à des plaisanteries qui vous représentaient comme un homme candide, croyant trop à l'amitié, et ne sachant rien de la perfidie des femmes.

Vidal, lui aussi, aimait à plaisanter, mais il trouvait le sujet trop grand, n'oubliant pas qu'il y avait là une question d'humanité au-dessus de la question de doctrine. Il rappelait les travaux de Wallace, de Weller, et de bien d'autres, qui lui semblaient avoir plus de valeur que des plaisanteries; mais l'opinion contraire à la sienne avait toujours ses partisans.

Aujourd'hui, les choses ont changé. Après les expériences qui viennent d'être faites à l'hôpital Saint-Louis, la possibilité de la transmission de la syphilis par le produit de sécrétion des plaques muqueuses paraît admise par les partisans les plus fervents de l'opinion contraire. Que n'a-t-il été donné à Vidal d'assister au triomphe d'une idée qu'il avait défendue comme s'il en avait été le père? Que n'a-t-il vécu assez pour entendre invoquer son opinion par son adversaire, qui, en avouant son erreur, regrettait généreusement que Vidal n'eût pas eu la part qui devait lui revenir dans la discussion.

Si Vidal avait assisté à cette séance de l'Académie qui, suivant une expression remarquée, a été un événement, il eût compris qu'il grandissait dans l'opinion publique; mais son adversaire eût été à ses yeux peut-être aussi grand dans son échec qu'il l'était entouré de la foule enthousiaste qui l'égarait en l'empêchant de se recueillir.

Après vous avoir entretenus de Vidal comme chirurgien, comme auteur et comme journaliste, il ne me reste plus, Messieurs, qu'à retracer devant vous quelques-uns des événements les plus notables de la vie de notre collègue.

Quand je lis l'histoire d'un homme qui a brillé dans les sciences, dans les lettres ou dans les arts, rien ne m'intéresse autant que l'époque où, loin de sa famille, il a dû souffrir de la faim et du froid.

Au point de vue psychologique, c'est une étude d'un grand intérêt. Parmi ceux qui ont souffert, il y en a quelques-uns qui, exagérant leurs souffrances, cherchent à monter en apitoyant et en tendant la main. Ils deviennent rarement l'honneur du corps qui les recueille; d'autres, et c'est le plus grand nombre, disons-le bien haut à l'honneur de la pauvreté, entrent dans l'arène sans se préoccuper des difficultés, et mettent bien au-dessus des douleurs du corps et des joies de la richesse, la célébrité et la gloire qu'il est si doux de rêver quand on est jeune!

Vidal vint à Paris avec de l'ambition, du courage et de l'admiration pour toutes les grandes choses. La misère ne l'effraya jamais; je ne crois pas même qu'il se soit demandé si, avec les cent francs que son père lui envoyait chaque mois, il était riche ou pauvre. Aussi ce fut moins pour avoir de l'argent que pour répandre le trop-plein de son esprit qu'il devint avec M. Goyrand le collaborateur du fondateur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Il était docteur depuis un an, lorsqu'il commença à essayer ses forces dans le concours de l'agrégation en médecine qui s'ouvrit le 5 août 1829.

Ayant échoué, il se présenta le 1er mars 1830 au concours de l'agrégation en chirurgie. Puis, ayant échoué encore, il ne se découragea pas. Descendant des Phocéens, qui, jetant une pierre à la mer, juraient de ne revenir, s'ils n'étaient pas vainqueurs, qu'au jour où la pierre surnagerait, il attendit une nouvelle lutte avec toute l'ardeur d'un homme qui a conscience de sa valeur.

Un nouveau concours pour l'agrégation en médecine s'étant ouvert en 1832, ses efforts cette fois furent couronnés de succès, et il devint agrégé n'ayant encore que vingt-neuf ans.

L'année suivante, il fut nommé chirurgien du Bureau central. Il put alors se reposer de ses luttes.

Envoyé à Aix par M. Thiers pour donner des soins aux cholériques, il fut décoré à son retour, et le conseil municipal lui offrit deux ou trois mille francs de livres, qu'il a voulu léguer à la ville qui les lui avait donnés.

Les quelques années qui suivirent son entrée au Bureau central et à l'Ecole de médecine, furent sans doute les moins tristes de sa vie. Lié avec des littérateurs dont l'esprit répondait au sien, il eût été heureux, si une maladie, qui avait troublé son adolescence, n'avait déjà commencé à lui faire craindre quelque lésion grave du côté des reins.

Peu à peu son humeur s'assombrit, sa raillerie devint plus mordante. S'efforçant de cacher ses souffrances qui grandissaient, il fréquentait les hommes heureux et jeunes, et son rire souvent n'était pas moins bruyant que le leur.

Mais il souffrait, et je pense encore aujourd'hui avec tristesse qu'un jour j'ai pu ajouter à son découragement par des articles de journaux dont il ne s'est vengé qu'en se montrant envers moi aussi bienveillant que si je ne lui avais causé aucun déplaisir.

Vidal n'a pas eu seulement de longues souffrances physiques, il a eu le chagrin de ne pas atteindre le but auquel il avait le droit de prétendre. Trop droit pour prendre le chemin que d'autres suivent en baissant la tête, il se vit dépasser dans la carrière des honneurs par des hommes qui lui étaient inférieurs. Mais que sont les déceptions à côté du malheur qui devait le frapper! Il avait un fils d'une figure charmante et d'une intelligence plus charmante encore. Un pareil enfant est la compensation de toutes les souffrances de la vie pour un homme qui a eu plus de déceptions que de joies. Quand surtout on a dû consumer sa jeunesse dans des luttes où le travail n'est jamais sûr de son salaire, il est bien doux de recommencer à vivre dans son enfant, et d'avoir pour lui des espérances que l'on ne peut plus avoir pour soi. Vidal se plaisait à trouver chez son fils le germe des qualités qui rendent heureux, et de celles qui élèvent au-dessus des autres hommes ceux qui en sont doués. Ce bonheur, hélas! devait être pour lui de bien courte durée.

Quand il eut bien admiré son enfant; quand il eut la conviction qu'aucun autre ne pouvait avoir plus d'esprit et être meilleur, il s'aperçut un jour qu'un mal qui ne vous laisse vivre qu'au prix d'une affreuse difformité, allait ruiner toute sa joie en dissipant tous les rêves qu'il avait faits pour son fils. D'abord, fier de lui, il dut bientôt se résoudre à en avoir pitié; mais son affection n'en devint pas moins tendre.

Cette maladie dura trois ans, et quand nous accompagnâmes le pauvre enfant au cimetière, Vidal était inconsolable, comme s'il venait d'être frappé pour la première fois. Il y a des plaies du cœur que rien ne peut guérir. Ni l'affection d'un autre enfant, que pourtant il aimait tendrement, ni le temps, qui allége tant de souffrances de l'âme, ne purent consoler notre malheureux collègue!

A la mort de cet enfant commença réellement la longue agonie de Vidal. L'air natal sembla le ranimer quelque temps; il se vantait même d'être redevenu fort, mais il ne se faisait point illusion. Un prix que l'Académie venait d'accorder à son *Traité des maladies vénériennes* put à peine faire un instant diversion au chagrin qui l'acca-

---

(1) Fin. — Voir les numéros des 27 et 30 septembre.

blait. La mort ne le surprit point, ce fut la fin des souffrances qu'il avait endurées avec courage.

Souvent, dans ses jours de grande tristesse, il venait se consoler dans le sein de la Société de chirurgie, dont il était membre fondateur. Ici, du moins, il a toujours trouvé une sympathie qui en ce jour le ferait tressaillir dans sa tombe s'il pouvait savoir l'émotion qui nous anime en parlant de lui.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 août 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le rapport de M. Mialet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Gourdon (Lot), sur une épidémie de rougeole qui a régné dans cette ville en 1859. (Commission des épidémies.)

2° Un mémoire descriptif d'un nouvel appareil de bain de l'invention de Mme Julienne, de Paris.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Antonio da Luz Pitta sollicite le titre de membre correspondant. (Renvoi à la commission des membres correspondants.)

— M. Ruhmkorff adresse une lettre en réponse aux réclamations de MM. Marié-Davy et Benoist relativement à l'appareil d'induction qu'il a soumis à l'Académie. (Commissaire : M. Gavarret.)

Voici la lettre de M. Benoist, qui faisait partie de la correspondance du 16 août :

« C'est avec le plus grand étonnement que j'ai lu dans le compte rendu des journaux que M. Ruhmkorff a présenté à l'Académie de médecine un nouvel appareil électro-médical, dont il s'attribuerait l'invention.

» Cet appareil n'est autre que l'appareil de faradisation dû à mes expérimentations et à celles de mon honorable ami le docteur Marié-Davy, professeur de physique au collége Bonaparte, et que nous devions présenter au jugement de l'Académie.

» A cet effet, il fut convenu avec M. Marié que M. Ruhmkorff, avec lequel il était en relation, serait chargé de construire cet appareil sur nos plans et modèle. Ce qu'il a fait d'une manière assez malheureuse, par quelques changements de détail qui le rendent incommode dans la pratique médicale urbaine, en vue de laquelle cet appareil a été créé.

» Je me fais fort de prouver à l'Académie :

» 1° Que le système d'appareil présenté par M. Ruhmkorff comme sien, fonctionne chez moi depuis plus de deux années. Je pourrais invoquer à cet égard le témoignage d'honorables confrères;

» 2° Qu'il a été confié à M. Ruhmkorff pour le construire;

» 3° Et, enfin, que la pile a été l'objet d'un brevet d'invention datant déjà de deux ans. »

Voici maintenant la substance de la réponse que M. Ruhmkorff fait à cette lettre :

M. Ruhmkorff déclare qu'il a toujours dit hautement et qu'il s'empresse de répéter que la pile à sulfate de mercure a été, comme tout le monde le sait, inventée par M. Marié-Davy. Il déclare aussi, comme il l'a déjà dit dans la note imprimée dans le no 5 des Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences, que M. Marié-Davy l'a employée lui-même et avant lui M. Ruhmkorff, pour faire marcher des appareils d'induction; mais il maintient que les dispositions de l'appareil électro médical présenté en son nom à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine ont été imaginées par lui seul, et que la propriété de cet instrument ne peut pas lui être contestée.

Ces deux lettres sont renvoyées à M. Gavarret.

Désinfectants. — MM. le docteur FOLLET, professeur de chimie à l'Ecole de médecine d'Amiens, et RIGAULT, licencié ès sciences physiques, adressent à l'Académie quelques observations sur le mélange de MM. Corne et Demeaux.

En voici le résumé :

« Les propriétés désinfectantes de cette composition ne leur paraissent appuyées sur aucun fait bien démontré.

» Il ne suffit pas, en effet, de dissimuler l'odeur des émanations putrides, il faut surtout les empêcher d'exercer sur nos organes leur action délétère : il faut les fixer ou les détruire. Pour savoir si ce but est atteint, on ne doit pas s'en rapporter seulement, comme l'ont fait les précédents expérimentateurs, à l'organe olfactif; un pareil procédé d'investigation ne peut donner aucun résultat certain.

» C'est aux réactions chimiques que MM. Follet et Rigault ont eu recours pour s'assurer si la poudre Corne s'oppose réellement aux émanations putrides.

» Voici les principaux résultats qu'ils signalent :

» Le carbonate d'ammoniaque, le sulfhydrate d'ammoniaque, l'urine putréfiée, ont continué à dégager du gaz ammoniac, malgré leur mélange avec elle; elle n'empêche pas davantage le dégagement d'acide sulfhydrique des solutions de sulfure de potassium, de sulfhydrate d'ammoniaque ni de matières fécales.

» On parvient, à la vérité, à masquer l'odeur de ces deux gaz par l'emploi d'un grand excès de poudre; mais leur présence dans l'air ambiant est alors manifestée d'une manière non douteuse par les réactifs chimiques. Le dégagement d'acide carbonique n'a pas non plus été arrêté.

» Pour les autres émanations putrides, sans apporter à l'appui de leur opinion des expériences aussi précises, MM. Follet et Rigault n'admettent pas davantage qu'elles soient supprimées par la poudre Corne.

» Ils l'ont, au contraire, employée avec succès pour empêcher le développement de la putréfaction.

» C'est donc une substance conservatrice et non un désinfectant.

» Quant à son action comme topique, ils distinguent entre les plaies infectes superficielles et celles dont la surface sécrétante est profonde. Efficace dans le premier cas, la poudre Corne est sans effet dans le second.

» En résumé, disent les auteurs, il résulte de tous les faits qui précèdent que le mélange indiqué par MM. Corne et Demeaux ne doit pas prendre rang parmi les véritables désinfectants, et qu'il est seulement efficace comme substance conservatrice.

» Sans action sensible sur les produits infects déjà formés, il ne saurait être appliqué, comme l'idée en a été émise plusieurs fois dans cette enceinte, à la désinfection des matières putréfiées et des matières fécales.

» Considéré relativement à son emploi dans le pansement des plaies infectes, il donne de très-bons résultats lorsqu'il peut être porté directement sur la surface sécrétante.

» Lorsque, au contraire, les plaies infectes sont profondes, il n'offre pas de grands avantages.

» Ses bons effets dans le premier cas nous paraissent dus non-seulement à son action conservatrice par laquelle le pus est préservé de la décomposition putride, mais aussi à une action modificatrice des tissus. » (Commissaire : M. Velpeau.)

— M. le docteur Leriche (de Lyon) dépose un paquet cacheté contenant une note sur l'emploi d'un succédané du quinquina. Le paquet est accepté.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur Pagencopff, médecin en chef de l'Hôpital des ouvriers, à Moscou, est présent à la séance.

Remèdes secrets. — M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

LECTURE.

Analyse de l'entendement. — M. VOISIN lit un chapitre extrait du 2e volume inédit de son ouvrage intitulé *Analyse de l'entendement humain*; quelles sont ses facultés; quel en est le nom, quel en est le nombre, quel en doit être l'emploi.

Ce deuxième volume est relatif à l'homme considéré comme être moral. Le chapitre que l'auteur en détache a pour titre : *Ambition, désir de plaire, vanité, amour de l'approbation, amour de la gloire, etc., etc.* (Commissaires, MM. Baillarger, Falret et Ferrus.)

Reprise de la discussion sur la chorée.

M. BOUVIER demande la parole sur cette question, tout en s'excusant de revenir sur une discussion close. Il se propose de présenter quelques observations sur quelques-uns des points qui ont été traités dans cette discussion.

Sur le fond de la question principale, les troubles de l'intelligence, M. Bouvier déclare n'avoir rien à dire, si ce n'est qu'il s'associe pleinement aux éloges et aux critiques contenus dans le rapport de M. Blache. C'est sur d'autres questions qu'il désire appeler l'attention de l'Académie.

M. Trousseau a reproché au rapporteur d'avoir désigné l'affection dont il s'agissait sous le nom générique de *chorée*, au lieu de s'être servi de l'expression spécifique *danse de Saint-Guy*, celle-ci ne devant s'appliquer qu'à une espèce d'un genre d'affection qui en comprend beaucoup d'autres et pour lequel devrait être réservé le nom de chorée.

M. Bouvier voit dans l'allocution de M. Trousseau une innovation de langage et une innovation de doctrine nosologique, plus un petit bouleversement historique.

1° Sur le premier point, M. Bouvier rappelle l'origine, l'étymologie du mot chorée, l'époque où il a été introduit dans la science (en 1810, par Bouteille) et substitué d'un commun accord aux mots danse de Saint-Guy, dont il n'est en réalité qu'une synonymie, ainsi que l'époque beaucoup plus récente (il y a trois ans seulement) où M. Trousseau a cherché à réhabiliter le nom de danse de Saint-Guy en en restreignant le sens, tandis qu'il étendait considérablement celui du mot chorée.

S'il faut être sévère pour le néologisme lorsqu'il consiste dans la création de mots nouveaux, ajoute M. Bouvier, on ne doit pas se montrer plus facile quand il détourne les mots anciens de leur acception reçue. Le néologisme de M. Trousseau dans cette circonstance est-il nécessaire, est-il utile? La réponse à cette question se trouve dans l'examen du second point.

2° L'innovation nosologique de M. Trousseau consiste à appliquer le mot générique de chorée à toute *danse* morbide. M. Bouvier ne peut accepter cette extension. Il n'y a véritablement dans l'état actuel de la science, dit-il, que deux formes principales de chorée : la chorée commune ou vulgaire, gesticulatoire, la chorée proprement dite, la danse de Saint-Guy de Sydenham, et la chorée rhythmique, consistant en une suite de mouvements irrésistibles, mais réguliers, coordonnés et non désordonnés. Personne ne s'y trompe quand on dit la chorée, sans ajouter à ce nom une épithète; chacun sait qu'il s'agit de l'espèce ordinaire, à mouvements désordonnés. Il est donc inutile de remplacer ce nom par celui de danse de Saint-Guy. La réforme proposée par M. Trousseau est non-seulement inutile, elle serait nuisible si elle était adoptée, parce qu'elle est en désaccord avec la vérité historique; parce qu'elle consacre, en l'aggravant, une erreur de langage introduite par Sydenham.

Ceci conduit M. Bouvier à son troisième et dernier point.

3° Ici M. Bouvier entre dans des considérations historiques très-étendues pour démontrer une erreur qui subsiste dans tous les livres, dans tous les travaux qui ont été écrits depuis deux cents ans sur la chorée, et qui consiste en ce qu'on a donné le même nom à deux affections très-différentes et dont les traits ont été confondus dans toutes les descriptions de la chorée, savoir l'ancienne danse de Saint-Guy ou de Saint-Vite, cette sorte d'envie immodérée de sauter et de danser, cette fureur dansante ou choréomanie endémique du seizième siècle et d'une partie du dix-septième, et la vraie chorée, la chorée vulgaire. Il montre en un mot qu'il y a eu deux phases ou deux périodes dans l'emploi de l'expression de danse de Saint-Guy et dans le sens qu'on y a attaché; qu'on a eu le tort de ne pas distinguer, l'une qui commence au seizième siècle et finit à Sydenham, l'autre qui date de ce grand médecin, dans les écrits duquel on trouve pour la première fois notre chorée actuelle décrite et confondue avec la choréomanie sous le nom de *chorea sancti Viti*, et se continue encore de nos jours.

M. Trousseau, poursuit l'orateur, en disant que la chorée proprement dite, la chorée gesticulatoire, est décrite et désignée « depuis bien des siècles sous le nom de danse de Saint-Guy », ne montre-t-il pas que l'erreur de Sydenham a étendu son influence jusqu'à lui? Maintenant qu'adviendrait-il si, comme il le veut, au lieu de regarder l'expression danse de Saint-Guy comme synonyme de chorée, on la réservait exclusivement pour la chorée vulgaire? Il adviendrait que la tradition de l'ancienne signification des mots *chorea sancti Viti* se perdrait de jour en jour davantage; que les deux maladies désignées successivement par ces mots seraient encore plus aisément confondues; enfin que l'histoire de la chorée, déjà assez obscure par elle-même, le deviendrait encore plus par l'effet d'un simple vice de langage.

Je me résume, dit en terminant M. Bouvier :

1° M. Blache n'a pas eu tort d'appeler *chorée*, et non danse de Saint-Guy, l'affection qui faisait le sujet du mémoire de M. Marcé.

2° Cette appellation n'a pas empêché et ne pouvait pas empêcher M. Blache de faire les distinctions nécessaires pour apprécier convenablement les observations de M. Marcé.

3° Toutes les danses morbides ne sont pas des chorées; on ne connaît généralement aujourd'hui que deux espèces de chorées : la gesticulatoire, qui est la chorée proprement dite, ou chorée vulgaire, et la rhythmique, qui en diffère en ce que les mouvements également irrésistibles ne sont pas *désordonnés*.

4° Il n'y a point d'avantage pour la langue médicale à faire de la chorée un genre dont la danse de Saint-Guy serait une espèce; il est même préférable de continuer à regarder ces deux expressions comme synonymes, en se servant préférablement de la première.

5° Deux maladies différentes ont été appelées successivement *danse de Saint-Guy*. La première est la *chorea sancti Viti*, antérieure à Sydenham; c'est une choréomanie; notre chorée vulgaire, connue dès cette époque, n'avait pas reçu de nom particulier. La deuxième est la danse de Saint-Guy de Sydenham, qui répond à notre chorée vulgaire.

6° Faute d'avoir fait cette distinction, les auteurs ont souvent rapporté à tort à l'une des deux maladies ce qui n'appartenait qu'à l'autre.

7° L'application exclusive du nom de danse de Saint-Guy à la chorée vulgaire tendrait à perpétuer cette confusion.

M. TROUSSEAU demande la parole; mais, vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Puton, né à Remiremont (Vosges); *Essai sur les applications thérapeutiques des eaux minérales des Vosges.*

Duboué, né à Saint-Castin (Basses-Pyrénées); *Essai sur l'expérimentation thérapeutique.*

Hava y Valdès, né à la Havane (île de Cuba); *De quelques douleurs musculaires ou myosalgies, et de leur traitement, principalement à l'aide des courants électriques par induction.*

M. Ganiez, né à Altigny (Vosges); *Etude critique sur les principales causes qui ont arrêté les progrès de la thérapeutique.*

Hennecart, né à Charleville (Ardennes); *Du traitement non mercuriel de la syphilis constitutionnelle dans la forme bénigne.*

La municipalité de Lisbonne vient de faire graver plus de deux cents médailles d'argent, du module d'un demi-souverain, pour honorer les actes de dévouement et de charité qui ont eu lieu à l'occasion de la fièvre jaune qui a sévi dans cette capitale en 1857.

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

M. le docteur Lefeuvre, de Turcoing. . .	50 fr.
M. le docteur Lannurien, médecin de l'asile des aliénés de Morlaix.	15
Total.	65 fr.
Total des listes précédentes. .	1203 fr. 50 c.
Total général jusqu'à ce jour. .	1268 fr. 50 c.

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 1, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 10.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Études médicales sur l'ancienne Rome. Les Bains publics de Rome; les Magiciennes, les Philtres, etc.; l'Avortement, les Eunuques, l'Infibulation, la Cosmétique, les Parfums, etc.; Histoire des femmes qui ont exercé la médecine; par M. Jules ROUYER, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un vol. in-8° de 246 pages. Prix, 3 fr. 50. Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale, par M. E. GINTRAC, professeur de clinique interne et directeur de l'Ecole de médecine de Bordeaux; tomes IV et V. Prix des cinq volumes, 35 fr. — Paris, 1859. — Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

La Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire, ou de l'influence des névropathies sur le dynamisme intellectuel, par M. le docteur MOREAU (de Tours). Un vol. in-8° de XIV-576 pages et une planche. Prix, 8 fr. — Paris, chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 103. — SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 103. — SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Des paralysies diphthériques. — Tumeur polypiforme sus-épiglottique; laryngotomie sous-hyoïdienne. — Cas d'héméralopie sporadique. — Tumeur fibreuse de la mâchoire inférieure. — Glycérolé ou gomme antiherpétique. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 24 août. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des paralysies diphthériques.

Depuis quelques années l'attention des observateurs a été appelée sur un phénomène secondaire de la diphthérite d'un grand intérêt, nous voulons parler de la paralysie diphthéritique ou diphthérique, comme on voudra. Nous en avons quelquefois touché un mot ici, notamment il y a deux mois environ, à l'occasion de l'analyse que nous avons faite de l'intéressante relation de l'angine épidémique du département de Seine-et-Oise en 1857-58, par M. le docteur Bouillon-Lagrange. A cette même époque justement, M. le docteur H. Roger lisait à la Société médicale des hôpitaux un rapport sur un mémoire de M. Maingault, intitulé *Des paralysies diphthériques*. L'auteur, utilisant les cas si nombreux d'affections diphthériques, qui ont eu lieu à Paris depuis deux ans, a saisi cette occasion pour tracer l'histoire de ces paralysies, qu'on n'avait pu étudier jusque-là qu'à de trop rares et à de trop longs intervalles, pour en faire une histoire suivie. Nous empruntons les principaux traits de cette description au rapport de M. Roger, publié par l'*Union médicale*.

C'est toujours à une époque assez éloignée de celle où la fausse membrane a disparu, dit M. Maingault, deux ou trois semaines après la cessation de tout phénomène morbide du côté de la gorge, qu'on voit survenir les premiers signes de la paralysie. La plupart du temps les malades sont en pleine convalescence quand se développent des accidents inattendus, que l'on serait tenté de regarder comme le début d'une affection nouvelle et indépendante de l'affection primitive.

C'est la paralysie du voile du palais qui ouvre la série des phénomènes pathologiques, et qui le plus souvent, sinon toujours, procède les autres accidents de paralysie. Mais tantôt elle les devance à peine de quelques jours, tantôt elle a diminué ou même cessé quand se montrent d'autres désordres du côté de l'innervation. Chez certains sujets, c'est un amaigrissement rapide, une faiblesse excessive, qui frappent tout d'abord l'attention du médecin, et qui vont aboutir à la paralysie généralisée.

Voici la marche ordinaire de l'affection : les malades, au lieu de se rétablir, perdent peu à peu leurs forces; tantôt ils ressentent des fourmillements dans les extrémités, d'abord dans les pieds et les jambes, des douleurs articulaires ou spinales; tantôt de l'engourdissement, de l'insensibilité, de l'analgésie; et, enfin, la progression devient impossible.

La paralysie gagne les membres supérieurs; assez souvent la vue s'affaiblit ou se perd complétement; la langue est tremblante, la parole hésitante, la voix nasonnée et faible. La paralysie peut envahir la vessie, le rectum et les organes génitaux.

Il y a généralement apyrexie, lenteur ou faiblesse du pouls; on observe la plupart des caractères de l'anémie. L'appétit est conservé; dans quelques cas, au contraire, il y a anorexie complète et refus obstiné des aliments. L'intelligence reste nette, mais lente et paresseuse.

Après une durée de quelques mois, la paralysie diminue par degrés, et finit par guérir. Dans des cas exceptionnels, elle se termine par la mort, soit plus ou moins lentement par le progrès des phénomènes paralytiques et leurs effets consécutifs, soit subitement par asphyxie dépendante de la dysphagie.

Les troubles de la sensibilité apparaissent souvent les premiers, et parfois la paralysie se borne là ; ce sont d'abord des fourmillements des extrémités, une sensation anormale s'irradiant des orteils aux genoux et des doigts aux avants-bras. Dans certains cas, ces lésions assez légères de la sensibilité sont, avec la paralysie du voile du palais, les seuls troubles de l'innervation.

Le plus ordinairement les désordres nerveux débutent par les membres inférieurs. La sensibilité tactile est obtuse et peut même être complétement abolie; les malades sentent mal ou ne sentent pas le sol sur lequel ils marchent ou les objets qu'ils saisissent....

La vue peut aussi s'affaiblir ou se perdre temporairement; sur 50 observations que M. Maingault a réunies dans son travail, il a constaté 17 fois l'amaurose diphthéritique. L'altération de la vue survient toujours dans la première période des accidents paralytiques et semble servir de transition entre la paralysie du voile du palais et celle des membres.

Les troubles de la motilité qui suivent habituellement la paralysie du pharynx peuvent porter sur tous les muscles du corps. La paralysie atteint les muscles des membres comme ceux du tronc, les muscles de l'œil comme ceux du voile du palais, du pharynx, de la vessie et du rectum, etc. Elle ne se manifeste pas brusquement; le plus souvent elle suit une marche progressive de bas en haut avec tendance à se généraliser, et si dans quelques cas rares il n'y a que de la paraplégie, le plus souvent on ne tarde pas à voir survenir aux membres supérieurs le même affaiblissement graduel, s'arrêtant quelquefois à un simple tremblement avec défaut de précision dans les mouvements, d'autres fois allant jusqu'à la paralysie complète.

La terminaison la plus habituelle de la paralysie diphthérique est la guérison. La mort a eu lieu pourtant dans quelques cas, mais exceptionnellement. MM. Trousseau, Blache et Bouvier, au rapport de M. Roger, ont vu des malades affectés de paralysie diphthérique succomber à la suite d'un véritable épuisement nerveux. M. Roger lui-même a vu cette année un malade périr asphyxié, des matières alimentaires s'étant introduites dans les voies aériennes par suite de la paralysie du pharynx.

La médication tonique, vu le caractère essentiellement atonique de cette paralysie, est la seule indiquée et la seule qui ait été mise en usage. On a employé avec avantage les préparations de fer, celles de quinquina, les bains sulfureux et les bains salés, les affusions froides et les frictions stimulantes. Dans plusieurs cas, les excitants spéciaux du système nerveux, la strychnine, la noix vomique, ont paru avoir une action salutaire; enfin, l'électricité paraît aussi avoir rendu des services dans ce cas.

Nous ne nous arrêterons pas sur les considérations dans lesquelles M. Maingault et le rapporteur sont entrés relativement au diagnostic de cette paralysie, rendu trop facile par le fait seul de sa concomitance avec les symptômes de la diphthérie pour qu'il soit nécessaire d'y insister, et trop certain par la fréquence de cette relation pour qu'on ne doive y voir qu'une simple coïncidence ou une complication de deux états morbides distincts et indépendants l'un de l'autre.

Nous ne nous arrêterons pas non plus sur l'étiologie de cet accident, non moins obscure que celle de l'affection diphthéritique elle-même, et qui ne pourrait être éclairée que par la connaissance de celle-ci; ni sur sa nature, qu'après bien des discussions on ne saurait caractériser autrement qu'en disant que c'est une paralysie essentielle *sans matière*, comme auraient dit les anciens, sans cause anatomique matérielle ou organique appréciable. Ce sera si l'on veut, et comme l'avait déjà dit M. Trousseau, l'un des effets de l'intoxication de l'économie par le principe morbide qui a donné lieu à la diphthérie elle-même. Mais ce que nous signalerons avec le rapporteur, comme ressortant d'une manière particulièrement évidente du travail de M. Maingault, c'est la démonstration maintenant acquise de ce fait que la paralysie diphthéritique n'est pas seulement locale et bornée à la région pharyngienne, comme on a pu le croire jusque dans ces derniers temps, mais qu'elle est générale ou du moins susceptible de se généraliser.

Il ressort plus que jamais de cette étude, et c'est là un de ses résultats les plus importants, l'indication de ne point porter les efforts de la thérapeutique aux lésions locales initiales, mais de soutenir de bonne heure l'économie par un régime et une médication tonique.

Tumeur polypiforme sus-épiglottique. — Laryngotomie sous-hyoïdienne.

La laryngotomie sous-hyoïdienne a été imaginée et proposée pour la première fois, comme on le sait, par Vidal (de Cassis), en 1826, pour remédier aux accidents le plus souvent mortels de l'œdème de la glotte. Vidal considérant l'œdème comme une inflammation du tissu cellulaire sous-muqueux, notamment de celui qui est à la base de l'épiglotte, trouvait dans cette inflammation les caractères de l'étranglement. Il se proposait, en conséquence, par la laryngotomie sous-hyoïdienne, de débrider le tissu cellulaire sous-muqueux placé à la base de l'épiglotte, sous la membrane thyro-hyoïdienne. Si malgré ce débridement les accidents persistaient, il conseillait alors de rendre la plaie pénétrante, de découvrir les lèvres de la glotte, de les explorer et de les scarifier en cas de besoin. Il comptait aussi par ce procédé faciliter l'extraction des corps étrangers engagés entre les lèvres de la glotte, ou retenus dans les ventricules du larynx. C'est cette application du procédé sus-laryngien à l'extraction des corps étrangers occupant l'ouverture supérieure de l'organe de la phonation, qui a dirigé M. le docteur Prat, chirurgien de la marine impériale, chef du service de santé à Taïti (Océanie), dans le cas suivant :

Le nommé M..., d'origine américaine, entra le 15 janvier à l'hôpital de Papéété, atteint de tubercules pulmonaires en voie de ramollissement; ce malade accusait en outre une gêne assez prononcée de la déglutition, dont il faisait remonter la cause à des excroissances syphilitiques ayant leur siége dans le pharynx, et pour lesquelles il avait subi en ville un traitement complet par les pilules au proto-iodure de mercure, et par les solutions d'iodure de potassium.

L'examen de l'arrière-bouche décela un peu de rougeur dans la partie inférieure du pharynx et dans les piliers du voile du palais. Cette rougeur était érythémateuse; on n'apercevait aucune plaque diphthéritique, aucun vestige d'ulcération. Le doigt seul introduit aussi profondément que possible, fit reconnaître un tissu résistant et anormal, qui paraissait tirer son origine de la base du larynx, au niveau de l'épiglotte. Le volume, la forme et la direction de cette production morbide ne purent être appréciés d'une manière rigoureuse, attendu que l'introduction du doigt était immédiatement suivie de mouvements spasmodiques ou réflexes du pharynx et d'efforts de vomissement.

Après un mois de traitement par des gargarismes alumineux, iodurés, et des cataplasmes émollients sur la région antérieure du cou, la difficulté de la déglutition, loin de diminuer, n'ayant fait qu'augmenter, la respiration s'étant aussi un peu embarrassée, M. Prat songea à attaquer la production morbide par la cavité buccale. Mais toutes ses tentatives à ce sujet furent infructueuses; il ne parvint jamais à pouvoir la saisir et la fixer, et il dut se contenter de la scarifier légèrement à l'aide d'un bistouri boutonné, dans l'espoir de la morceler ou d'y déterminer par les mouchetures des émissions sanguines locales susceptibles d'en diminuer le volume.

Ces nouveaux moyens n'amenèrent aucun résultat favorable. La tumeur continuant toujours à se développer, la déglutition devint bientôt à peu près impossible, et le malade, souffrant de la faim et de la soif, suppliait qu'on le débarrassât à tout prix de cet obstacle. C'est alors que M. Prat se décida à tenter la laryngotomie sous-hyoïdienne de Vidal.

L'incision transversale longea à 2 ou 3 millimètres le bord inférieur de l'os hyoïde, et arriva, couche par couche, jusque sur la membrane thyro-hyoïdienne, qui fut divisée dans le même sens. On arriva alors sur l'épiglotte, que l'on trouva notamment altérée. Ce fibro-cartilage n'offrait plus la forme qu'il présente à l'état normal. Son tissu était épaissi; sa surface extérieure avait perdu ce poli qu'on lui connaît et était devenue rugueuse. Sur le côté gauche de cette surface, à quelques millimètres seulement de l'angle supérieur, s'élevait la tumeur dont il s'agissait de débarrasser le malade. De ce point, la production morbide se dirigeait vers le sommet du pharynx; sa configuration rappelait assez bien celle des cartilages arythénoïdes, avec cette seule différence que son bord interne était plus excavé, presque semilunaire; son bord externe répondait à la paroi latérale du pharynx; sa base était dirigée en arrière; son sommet était implanté sur l'épiglotte, dans le point précité. Mesurée dans son plus grand diamètre (après l'excision), la tumeur avait $0^m,015$; sa base, $0^m,007$ à $0^m,008$.

Saisie à l'aide d'une érigne, cette tumeur fut emportée avec des ciseaux courbes sur le plat. On lui reconnut alors une structure dense, compacte, fibreuse. L'instrument tranchant ne la divisait qu'avec peine. D'une couleur grisâtre, elle était enveloppée dans toute son étendue par une membrane qui n'était probablement qu'une muqueuse dégénérée et épaissie.

L'opération terminée, les bords de la plaie furent immédiatement affrontés et maintenus par trois points de suture. Il n'y eut aucun vaisseau à lier. Un pansement simple et un bandage approprié furent ensuite appliqués.

Depuis ce moment la déglutition s'exécuta avec facilité. Les boissons ne revinrent plus par les fosses nasales; le malade put ingérer facilement des soupes; en un mot, les accidents occasionnés par la tumeur se trouvaient conjurés, et le résultat eût été sans contredit des plus satisfaisants, sans la diathèse tuberculeuse qui minait depuis longtemps l'opéré, et à laquelle le malade finit par succomber plus tard. Il s'éteignit doucement comme la plupart des tuberculeux, dit M. Prat, mais il ne mourut pas dans les tortures de la faim et de la soif.

L'autopsie décela plusieurs cavernes dans les poumons, une inflammation chronique du larynx, mais sans ulcération ni aucun vestige de tubercule, consistant en un épaississement avec coloration rouge-sombre de la muqueuse laryngienne et des cordes vocales, un degré assez avancé d'ossification du cartilage thyroïde, et enfin la lésion de l'épiglotte décrite plus haut.

M. Prat considère cette tumeur de l'épiglotte comme de nature fibreuse, et il croit pouvoir la ranger parmi ces dégénérescences observées par MM. Trousseau, Andral, Ferrus, etc., dégénérescences qui avaient pour siége l'orifice supérieur du larynx, ses ventricules, la membrane crico-thyroïdienne, etc. Peut-être, ajoute-t-il, appartenait-elle à ce que M. Trousseau a désigné sous le nom de tumeur tuberculeuse et polypeuse... Elle pouvait également se ranger dans les polypes fibreux, qui, d'après les observations de MM. Ehrmann, tireraient leur origine du tissu fibreux ou fibro-celluleux qui est au-dessous de la muqueuse.

Quoi qu'il en soit de la nature et de la composition de cette tumeur, il est remarquable qu'elle n'a jamais donné lieu, d'une manière notable au moins, à l'embarras de la respiration, circonstance dont M. Prat croit pouvoir ne se rendre compte que par la situation précise de la tumeur sur un des côtés de la face antérieure de l'épiglotte, ainsi que par son soulèvement avec le fibro-cartilage qui la supportait pendant l'inspiration. Durant la déglutition, au contraire, la soupape sus-laryngée entraînait probablement avec elle la production morbide, d'où son abaissement et l'obstruction qu'elle déterminait dans la région inférieure du pharynx.

Quant à l'opération de la laryngotomie sous-hyoïdienne, considérée en elle-même, M. Prat a constaté qu'elle était réellement sans difficulté. En suivant le procédé de Vidal et les préceptes exposés d'une manière plus précise encore et plus détaillée dans le *Manuel de médecine opératoire* de M. Malgaigne, c'est-à-dire en ne s'écartant pas trop du bord inférieur de l'os hyoïde, il n'a eu aucun accident à redouter.

On peut donc considérer avec M. Prat cette opération comme appelée à rendre de grands services, non-seulement dans le cas d'affection pour laquelle son auteur l'a imaginée, l'œdème de la glotte, mais encore pour tous les cas où des corps étrangers occuperaient la partie supérieure de la cavité de l'organe ou qu'ils se seraient développés dans les environs (épiglotte, ligaments épiglotti-arythénoïdiens, cartilages arythénoïdes).

Cas d'héméralopie sporadique.

L'héméralopie est une maladie très-rare en France et dans les pays septentrionaux. MM. les professeurs Denonvilliers et Gosselin, dans leur excellent traité des maladies des yeux, disent qu'on ne voit plus aujourd'hui, en France, d'épidémies semblables à celles qui ont été observées et décrites par quelques auteurs du siècle dernier. « Dans notre pays, disent-ils, elle ne se montre guère qu'à l'état sporadique, et encore les exemples en sont-ils très-rares. »

Cette remarque de deux auteurs d'une si grande autorité fera d'autant mieux ressortir l'intérêt du fait suivant, qui nous est communiqué par M. le docteur Ricordeau, de Nantes.

Vers le mois d'avril dernier, nous écrit notre confrère, le nommé B..., âgé de 59 ans, d'abord papetier, puis maçon, d'une assez bonne constitution, vint me consulter pour un phénomène très-singulier qui se produisait chaque soir depuis 8 à 15 jours.

Aussitôt le coucher du soleil, sa vue s'obscurcissait, il pouvait à peine regagner sa demeure; cependant il distinguait encore quelques objets. Rentré chez lui, notre homme devenait complétement aveugle; souvent il disait à sa femme ou à ses enfants d'allumer la chandelle, lorsqu'elle brûlait déjà depuis longtemps.

Au début de l'affection, il se couchait aussitôt sa journée de travail terminée, cherchant ainsi à cacher cette maladie à sa famille. Plusieurs jours se passèrent sans que l'on s'inquiétât beaucoup de ce genre de vie; cependant on le surveilla, et l'on vit qu'il tâtonnait pour trouver son lit: il fut alors forcé de dire ce qu'il éprouvait.

» A son réveil, la vue était encore un peu obscure; malgré cela, il s'habillait et se rendait à son chantier: la journée se passait parfaitement, la vue redevenait normale. Le soir, les phénomènes de la veille se représentaient: obscurcissement de la vue, puis cécité complète. Un dimanche, il alla rendre visite à son fils; le temps se passa gaiement et convenablement, la vue était parfaite; mais en rentrant le soir chez lui, il ne put reprendre la route habituelle et s'égara.

» Après le récit que me fit ce malade, je lui demandai à quel genre de travail on l'employait; il me répondit qu'il éteignait de la chaux depuis quelque temps.

» Malgré la facilité du diagnostic, je n'ordonnai aucun des remèdes actifs conseillés par les auteurs; je me contentai de lui prescrire quelques collyres émollients et légèrement astringents.

» Sous l'influence de cette médication peu énergique, le malade trouva beaucoup de soulagement; en effet, la guérison s'effectua au bout de huit à dix jours. »

M. Ricordeau, après avoir déclaré qu'il n'attache aucune importance à cette médication, mais bien à la cessation du travail de cet homme, se livre à ce sujet aux considérations suivantes sur l'étiologie de cette affection:

« Les auteurs, dit-il, pour expliquer cette singulière affection, invoquent une multitude de causes qui ne satisfont aucunement le médecin. Les uns disent que la cause essentielle est la chaleur excessive; aussi l'héméralopie est-elle une affection fréquente dans les pays chauds. D'autres donnent pour causes le tempérament lymphatique, la mauvaise alimentation; c'est pourquoi l'on fait remarquer que lorsqu'un régiment ou un équipage est atteint de cette maladie, les simples soldats ou les matelots en sont fréquemment les victimes, pendant que leurs officiers en sont exempts. Le mauvais état des voies digestives (Scarpa), les émanations marécageuses, l'usage habituel de substances végétales, celui du riz en particulier, sont encore invoqués pour l'étiologie de l'héméralopie.

» M. le professeur Nélaton, dans son *Traité de pathologie externe*, n'attache pas grande importance à la plupart des causes sus-dénommées. Il est, je crois, parfaitement dans le vrai lorsqu'il dit: « L'héméralopie existe à l'état endémique dans certaines contrées; les habitants des pays où le sol est couvert de neige une grande partie de l'année en offrent de fréquents exemples, dus probablement à une vive réverbération des rayons lumineux. On l'observe également dans les pays chauds, et surtout vers le tropique..... Le développement de cette maladie serait donc dû, dans la plupart des cas, comme l'a remarqué Warthon, à l'action d'une *très-vive lumière*. »

» Pour M. Nélaton comme pour moi la chaleur des pays chauds n'est pas la cause essentielle du développement de l'héméralopie; il suffit de l'action d'une très-vive lumière. En effet, pour notre malade, il n'a pas fallu de grandes chaleurs, mais bien l'action de la lumière. A la réverbération des rayons lumineux produite par la blancheur de la chaux vive, il faudrait peut-être ajouter l'action caustique des vapeurs que cette base chimique développe lorsqu'on l'hydrate.

» Si l'on observait attentivement les sujets qui travaillent sur des objets brillants ou sur les corps dont la couleur reflète beaucoup de lumière, peut-être arriverait-on à rassembler un bon nombre de cas d'héméralopie. Si, pour le cas qui nous occupe, la guérison a été aussi rapidement obtenue, il faut l'attribuer non pas à la médication suivie, mais à la cessation de la cause qui avait produit la maladie. *Sublata causa tollitur effectus.* »

TUMEUR FIBREUSE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE

due au développement pathologique des organes alvéolo-dentaires. — Hypertrophie considérable des éléments fibreux de ces organes. — Hyperostose et séquestration des alvéoles.

(Rapport de M. Forget lu à la Société de chirurgie dans la séance du 24 août).

La connaissance des éléments anatomiques originellement existants sous l'empire des lois du développement physiologique, et l'analyse des caractères hystologiques, qui différencient les tissus primordiaux en donnant à chacun une physionomie propre et des aptitudes fonctionnelles spéciales, sont les préliminaires indispensables de toute étude sérieuse en anatomie pathologique.

C'est, suivant moi, pour n'avoir pas toujours accordé à cette notion fondamentale l'importance qu'elle mérite, que des auteurs, estimables et renommés à juste titre, ont vu leurs recherches entachées d'erreur, et les déductions de celles-ci à bon droit contestées.

Partisan de la doctrine du naturisme, qui ne voit dans la plupart des produits morbides qu'une dérogation au mode d'accroissement physiologique, j'ai cherché dans divers travaux sur la maladie des mâchoires à faire prévaloir cette doctrine, et aujourd'hui elle trouvera une nouvelle confirmation dans l'observation suivante:

On sait que les anomalies de développement et de nutrition des dents sont, ainsi que je l'ai démontré dans un mémoire que j'ai eu l'honneur d'adresser à la Société, le point de départ de lésions nombreuses et variées des os maxillaires; c'est sur un fait qui, à beaucoup d'égards, peut être rapproché de ces anomalies, mais qui par la multiplicité des éléments hystologiques qui s'y trouvent engagés constitue une lésion complexe, que je me propose de retenir un instant votre attention.

Voici les détails cliniques tels que me les a adressés M. Letenneur.

Il s'agit, dit-il, d'un enfant de douze ans, présentant, à part une tumeur de la mâchoire, tous les caractères de la meilleure santé.

Le début de la maladie remonte à 15 mois. Il y eut alors au côté droit du visage un gonflement qui fut considéré d'abord comme une *fluxion*. Un abcès se forma et s'ouvrit non-seulement dans la bouche, mais encore à l'extérieur. L'ouverture cutanée resta fistuleuse, et toute la partie correspondante de la mâchoire était dure et tuméfiée. C'est alors qu'on m'amena le malade.

Les dents molaires étaient soulevées et en partie cachées par le gonflement des parties molles. La canine et la première petite molaire étaient en place à cette époque. Du pus s'écoulait par la fistule: un stylet introduit dans le trajet pénétrait au centre de la tumeur et heurtait un corps dur, inégal, que je crus être un séquestre invaginé. Je jugeai prudent d'attendre avant d'agir, et je recommandai aux parents de me ramener leur enfant de temps en temps.

Un an se passa avant qu'ils revinssent consulter notre confrère. Pendant ce temps, continue M. Letenneur, les choses avaient bien changé.

La fistule cutanée s'était cicatrisée et toute suppuration avait cessé.

Actuellement il existe au côté droit de la mâchoire inférieure une tumeur qui soulève la joue et paraît avoir le volume du poing.

Examinée du côté de la bouche, on voit qu'elle occupe tout le côté droit du maxillaire, à partir et y compris la dent canine. Elle remonte sous l'arcade zygomatique, sous laquelle elle s'enfonce, s'étend en dedans jusqu'au milieu de la cavité buccale, repousse la langue et comprime la mâchoire supérieure, qui est déformée et refoulée à gauche. Les dents de la mâchoire supérieure sont inclinées en dedans et reposent dans un sillon creusé à la surface de la tumeur.

Cette tumeur est bosselée, recouverte de sa membrane muqueuse, légèrement ulcérée dans le sillon tracé par la pression des dents de la mâchoire supérieure.

Dans la plus grande partie de son étendue, la tumeur a une consistance ferme et élastique comme un corps fibreux. En dedans et en dehors et à sa partie inférieure, elle est renfermée dans une coque osseuse très-résistante, surtout à sa base.

La dent canine et la petite molaire voisine sont placées sous l'enveloppe muqueuse; renversées, elles perforent cette enveloppe dans un point.

Il n'existe pas d'autres traces de dents sur le reste de la tumeur. Les mouvements de la mâchoire sont très-bornés; dans sa plus grande élévation, il reste un centimètre d'écartement entre les deux arcades dentaires.

Opération. — Elle consista à inciser le sinus inférieur sur la ligne médiane, puis à continuer la division des parties molles en prolongeant la première incision jusqu'à l'angle de la mâchoire. Le lambeau disséqué, la tumeur est mise à nu dans toute sa surface externe; les deux dents (canine et molaire voisine) sont arrachées; la coque osseuse est coupée au moyen des cisailles de Liston, d'une petite scie droite, de la gouge et du maillet.

J'essayai alors, mais en vain, dit M. Letenneur, d'enlever la tumeur avec des leviers: je me décidai à la fragmenter, et, après l'avoir divisée en trois portions, je pus énucléer chaque partie, même celle qui s'enfonçait dans la fosse zygomatique.

Je m'aperçus alors que la coque osseuse envoyait en dedans des crêtes saillantes se continuant par des cloisons fibreuses, qui pénétraient dans la masse de la tumeur. La coque osseuse a été ensuite divisée en dedans et en dehors; la partie inférieure, qui devait contenir le nerf et les vaisseaux dentaires, fut seule conservée.

Les parties molles ont été réunies par la suture entortillée.

La réunion a eu lieu par première intention.

Aujourd'hui, il y a deux mois que l'opération a eu lieu, les parties molles extérieures et intérieures qui recouvrent l'os ont le meilleur aspect. Les deux lames osseuses qui servaient de réceptacle au tissu fibreux, se sont rapprochées. L'enfant peut mastiquer sans aucune gêne; tout porte à croire qu'il n'y aura pas de récidive.

Examen anatomique. — En rapprochant les diverses portions de la pièce pathologique, on peut se convaincre qu'elle a réellement le volume indiqué par l'auteur, c'est-à-dire celui du poing. J'en ai fait faire un dessin colorié par M. Leveillé, qui, avec son talent bien connu, en a reproduit très-heureusement l'ensemble ainsi que quelques détails d'une importance capitale, qui révèlent son origine et son mode d'évolution.

A première vue, les saillies, arrondies, mamelonnées en relief à la surface de la tumeur, et séparées par des dépressions ou méplats interposés à chacune d'elles, donnent à penser que cette production pathologique a une structure composée; d'autre part, les points nombreux sur lesquels le toucher constate la dureté et la résistance propres au tissu osseux, ne laissent aucun doute sur la complexité des éléments qui la forment.

En effet, recouverts et enveloppés par une membrane d'apparence dense, serrée, fibro-celluleuse, peu vasculaire, et fixée par elle dans une sorte d'agrégation qui les presse et les applique intimement les uns contre les autres, ces éléments peuvent se décomposer en tumeurs multiples, faciles à isoler l'une de l'autre par une simple traction avec les doigts dès que la membrane commune ou d'enveloppe a été incisée; cette disgrégation de la masse morbide en plusieurs lobes distincts, et l'isolement respectif de ceux-ci, s'opèrent d'une façon analogue jusqu'à un certain point à celui des châtaignes dont l'enveloppe herbacée a été ouverte.

La membrane commune à toute la tumeur m'a paru envoyer des prolongements en forme de cul-de-sac, se terminant par réflexion au point d'intersection des lobes, sans pénétrer d'une manière bien manifeste entre eux.

Forme et structure des lobes. — De forme ovoïde, son volume, variable, est en rapport avec son degré particulier de développement; chaque lobe a deux extrémités: l'une correspondant à la surface de la tumeur, est tournée du côté de la bouche; elle est généralement la plus grosse; l'autre regarde du côté de la base de la tumeur, où elle semble se confondre avec un tissu fibro-celluleux très-dense en ce point, très-résistant, et servant vraisemblablement de moyen d'insertion à ce pédicule, commune à toute la production pathologique.

En entrant plus avant dans chacune de ces tumeurs, on y remarque, disposés dans un ordre régulier et avec une symétrie constante, des tissus identiques.

Ces tissus sont:

1° L'enveloppe externe fibro-celluleuse avec des degrés variables d'épaisseur, de consistance, et adhérant assez faiblement au tissu qu'elles recouvrent pour qu'il soit assez facile de l'enlever par une sorte de décortication;

2° Le même tissu que plusieurs coupes faites au hasard m'ont montré partout homogène, sauf quelques différences de consistance et d'aspect. Il est blanc, un peu jaune par places, nacré et brillant sur d'autres; sec et ferme, il résiste en offrant une certaine élasticité sous la pression. Plus humide et plus friable, il se laisse déchirer si on le considère dans les plus petites tumeurs.

Ce tissu m'a paru être de nature fibreuse, et la variété d'aspect qu'il présente m'a semblé dépendre de ce qu'il n'a pas acquis sur tous les points un égal degré de développement. On verra que le microscope si clairvoyant de M. Ch. Robin a confirmé mon diagnostic.

3° A la périphérie du tissu fibreux, il existe un assez grand nombre de plaques et lames osseuses formant le plan le plus superficiel de chaque tumeur lobulée. Ce tissu osseux, qui se montre sur une foule de points de cette production pathologique, et toujours en connexion avec la substance fibreuse, affecte des formes variées; ce sont celles de plaques plus ou moins grandes, de fragments allongés, inégaux, et quelquefois de noyaux et de granulations. Ce tissu est spongieux, de couleur jaune, et se laisse couper aisément par lamelles.

(*La fin au prochain numéro.*)

GLYCÉROLÉ OU GOMME ANTIHERPÉTIQUE.

Par M. FABRE, pharmacien à Arles.

Glycérine purifiée,	45 grammes.
Extrait de chelidonium majus.	2 —
Acide tannique pur.	2 —
Alcoolature de chelidonium majus.	q. s.

Préparation. — Délayer l'extrait à l'aide de l'alcoolature, ajouter peu à peu le tannin et ensuite la glycérine, et bien mélanger le tout dans un mortier de verre; aromatiser avec l'essence d'amandes amères ou autre, et verser dans un flacon qu'on doit tenir bien bouché.

Emploi. — Dans toutes les affections herpétiques en général. On en étend, à l'aide d'un petit pinceau de plume, une couche sur la partie malade, et on laisse sécher; on renouvelle cette application plusieurs fois dans la journée.

Lorsqu'on n'obtient pas, après l'emploi d'un ou deux flacons, un résultat satisfaisant, on remplace, dans la formule, le tannin par le protosulfate de fer pur; le reste comme ci-dessus.

J'ai été assez heureux, dit M. Fabre, pour obtenir, à l'aide de ce médicament, la guérison d'une petite *dartre farineuse* existant dans un des coins ou replis du nez, et qui résistait, depuis plusieurs années, non-seulement à tous les topiques antidartreux, mais encore à l'usage de l'iodure de potassium pris à haute dose.

(*Répert. de pharm.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 août 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, l'Eloge du professeur Bégin par M. F. Hergott. (Strasbourg, 1859, in-8°.)

M. HOUEL, au nom de M. Lizé, du Mans, présente un placenta double provenant d'une grossesse simple. Il est divisé en deux parties inégales, entièrement distinctes, et n'ayant d'union entre elles que par l'intermédiaire des membranes et du cordon.

M. DEPAUL fait remarquer que les faits de ce genre ne sont pas très-rares; pour son compte il en a rencontré plusieurs exemples. Il arrive quelquefois que, 5 ou 6 jours après l'accouchement, la femme, après avoir éprouvé une perte ou des contractions utérines douloureuses, expulse un petit délivre non déchiré sur ses bords, et indépendant de celui qui avait été extrait après la sortie de l'enfant. A ce point de vue, il importe surtout de connaître la disposition particulière du délivre signalée par M. Lizé.

— M. le docteur Paquet, de Roubaix, présente quelques observations sur le traitement chirurgical et orthopédique par la gutta-percha ferrée inventée par lui. Il met divers échantillons de cette substance sous les yeux de la Société, et simule certaines applications qu'on peut en faire.

M. HUGUIER voudrait savoir si la chaleur du corps suffit pour dessécher cette substance. D'un autre côté, il demande si on a recueilli des observations et si on est en mesure de démontrer par des faits les avantages de cette nouvelle préparation.

— M. le docteur Paquet répond que la chaleur du corps durcit la gutta-percha, et que plus de 150 observations ont été recueillies et déposées sur le bureau.

Une commission, composée de MM. Guersant, Deguise et Chassaignac, est chargée d'instituer des expériences et de faire un rapport.

M. BOUVIER montre une petite fille, maintenant âgée de 20 mois, qui lui avait été présentée l'année dernière, et à laquelle depuis ce temps il fait porter une gouttière, pour redresser une courbure considérable de l'avant-bras gauche.

Cette difformité était congénitale et due à l'absence du cinquième inférieur du cubitus.

Une cicatrice superficielle qui existe, est le résultat d'un abcès qui s'est produit depuis la naissance et qui a succédé à des frictions faites dans le but de faire disparaître un nævus assez étendu, dont on ne retrouve plus de trace aujourd'hui.

M. Bouvier fait remarquer que la déviation de la main est due à une courbure du radius, et qu'il ne s'agit pas là d'une fracture intra-utérine, mais de l'absence de développement d'une portion du cubitus.

M. DEPAUL. Il n'est pas besoin de la production d'une cicatrice pour la disparition d'un grand nombre de nævi.

Les trois quarts de ceux qui existent au moment de la naissance s'effacent au bout de quelques mois ou de quelques années, par le fait seul des modifications qui se passent dans la peau du nouveau-né.

M. GUERSANT demande si les taches rouges, violettes, érectiles, disparaissent souvent, comme on vient de le dire? Quant à lui, jusqu'à présent, il s'est toujours empressé de les enlever quand elles ne sont pas stationnaires.

M. DEPAUL maintient sa première assertion, mais il est évident qu'il faut distinguer les taches superficielles de celles qui sont profondes, et il n'a voulu parler que des premières.

M. BOUVIER n'a pas entendu s'occuper de la tache d'une manière particulière; il n'en a parlé que parce qu'elle était congénitale comme l'absence d'une portion de l'os.

M. CHASSAIGNAC admet qu'il y a deux sortes de taches de la peau. Les unes sont vasculaires et les autres pigmentaires.

Les taches qui apparaissent après la naissance sont pigmentaires. On en retrouve sur presque tous les vieillards.

Il a en ce moment dans son service de l'hôpital une jeune femme dont toute une moitié du corps est hypertrophiée, l'autre étant normale quant à la forme et au volume. L'année précédente, il a pu observer un homme dont une main seulement était très-notablement hypertrophiée, et une femme qui offrait une mamelle beaucoup plus volumineuse que l'autre.

M. DESORMEAUX partage l'opinion émise par M. Depaul au sujet des taches de naissance. Aussi pense-t-il qu'il ne faut pas se presser d'opérer.

M. RICHET n'est pas parfaitement édifié sur l'origine congénitale de l'absence de l'extrémité inférieure du cubitus. M. Bouvier n'a pas vu l'enfant au moment de la naissance ni avant la formation de l'abcès. Ce qu'il y a de sûr, c'est qu'on constate une cicatrice assez profonde, et rien ne prouve qu'une portion du cubitus n'ait été éliminée depuis la naissance, à la faveur de cet abcès.

Le renversement de la main en dehors ne lui paraît pas dû à l'absence de l'extrémité du cubitus. Sur un malade chez lequel il a extrait cette portion de l'os, il ne s'est produit aucun renversement. Il en était de même chez un homme qu'il a observé autrefois dans le service de Blandin.

D'un autre côté, il ne pense pas que la gouttière employée par M. Bouvier soit suffisante pour obtenir le redressement. C'est surtout sur le radius qu'il faudrait agir.

M. BOUVIER a de nouveau interrogé la mère de cet enfant : au moment de la naissance, le petit doigt touchait le coude. C'est avec du sang du placenta qu'on a frotté la tache, et c'est à la suite de ces frictions que l'abcès s'est produit. Il persiste à croire que la difformité est bien congénitale. D'ailleurs il pense, comme M. Richet, que c'est sur le radius qu'il faut agir pour obtenir le redressement du membre.

M. RICHET n'est pas convaincu. La présence d'une cicatrice laisse des doutes dans son esprit.

M. CHASSAIGNAC, en examinant de nouveau, a constaté une luxation de l'extrémité supérieure du radius.

M. HOUEL dit que toutes les fois qu'il a vu le radius ou le cubitus manquer, il a constaté une main-bot avec courbure de l'os qui restait. Ce qui établit pour lui la congénialité de la déformation sur l'enfant qui est présenté, c'est le renflement considérable de l'extrémité inférieure du radius. Il y a une courbure du corps de l'os et de l'épiphyse. M. Bouvier ne s'est occupé que de la courbure du corps, mais celle de l'épiphyse persiste, et opposera de grandes difficultés pour le redressement définitif. Quant à la cicatrice, elle est peu profonde.

— M. FORGET communique une lettre qu'il vient de recevoir de M. Letenneur (de Nantes). Le malade opéré de la tumeur fibreuse dont il a été parlé dans les séances précédentes, paraît définitivement guéri. (Voir plus haut.)

M. VERNEUIL. Dans les commentaires qu'il a ajoutés à l'observation de M. Letenneur et dans les nouveaux détails qu'il donne aujourd'hui, M. Forget emploie volontiers les mots d'éléments hétéromorphes et homœomorphes, comme impliquant la bénignité ou la malignité des tumeurs composées de ces éléments. Or, depuis bien longtemps, cette assimilation, jugée fautive par les micrographes eux-mêmes, a été abandonnée, car ils ont contribué à démontrer que les productions telles que les enchondromes, les fibromes, les adénomes, qui ne renferment que des éléments analogues à ceux que présente l'organisme normal, peuvent affecter dans leur marche et leur terminaison les allures les plus malignes.

Continuer cette synonymie, c'est faire un anachronisme, et M. Verneuil tient à le faire remarquer, ne serait-ce que pour constater l'état de la science au moment présent.

M. FORGET. Dans mon esprit, il y a une différence.

— M. LEGOUEST met sous les yeux de la Société une balle autrichienne. Sa forme est cylindrique et ogivale.

Celles dont nous nous servons en France sont simplement évidées; de cette façon elles sont moins exposées à culbuter, leur centre de gravité se trouvant plus en avant.

Les balles autrichiennes atteignent le même but à l'aide de deux rainures circulaires et profondes qui se trouvent à la partie postérieure, dont le poids est ainsi notablement diminué.

M. CHASSAIGNAC demande quel intérêt il y a que la balle pénètre par la pointe?

M. LEGOUEST répond que cela est important au point de vue de la science de l'artillerie et au point de vue de la chirurgie. La balle qui marche la pointe en avant arrive plus sûrement au but : c'est là un fait de balistique parfaitement connu.

Au point de vue chirurgical, on comprend qu'elles pénètrent beaucoup mieux.

M. LARREY. Les milliers de blessures que je viens de voir dans la campagne d'Italie m'ont appris beaucoup de choses à ce sujet.

Les blessures sont beaucoup plus graves avec les balles cylindro-coniques qu'avec les balles rondes.

Nos balles françaises, qui sont d'un calibre plus fort, arrivent moins vite au but, mais produisent des lésions beaucoup plus graves. Les balles cylindro-coniques tendent à se déformer davantage.

M. CHASSAIGNAC demande si l'expérience des tirs a permis de constater la portée réelle de ces balles, et s'il est démontré qu'elles occasionnent des désordres plus étendus.

M. LARREY reconnaît que cette question est très-sérieuse. La portée des nouvelles balles est beaucoup plus grande. Tout cela est connu et a été très-exactement calculé.

M. LEGOUEST rappelle qu'il a publié dans les *Archives de médecine* un mémoire dans lequel il a consigné tout ce qu'on savait sur cette question jusqu'à la guerre d'Italie; on y trouve tous les renseignements demandés par M. Chassaignac. Ils sont également contenus dans les ouvrages spéciaux qui ont été écrits sur cette matière.

M. DEGUISE. Il résulte de ce qui a été dit, qu'on ne sait pas au juste si les balles autrichiennes portent plus loin que les nôtres. Mais personne n'ignore que les balles rondes ont une portée beaucoup moins grande, tandis que celles qui sont petites, allongées et pointues, vont à des distances considérables.

M. LEGOUEST. Lorsque les balles évidées se forcent en sortant, elles perdent une partie de leur portée. L'incrustation qui se fait dans les rainures de l'arme explique un peu ce résultat : mais il faut aussi tenir compte de la quantité de poudre employée.

RAPPORT.

M. ALPH. GUÉRIN, au nom d'une commission composée de MM. Richet, Deguise et Guérin, fait le rapport suivant sur les travaux de M. Ancelon (de Dieuze) :

M. le docteur Ancelon, chirurgien de l'hôpital de Dieuze, aspire depuis longtemps déjà au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie. Avant moi, on vous a entretenus de quelques-uns de ses travaux; mais dans la pensée que ceux qui ont été l'objet d'un rapport pourraient paraître insuffisants, notre confrère nous a adressé plusieurs mémoires que je vous demande la permission de résumer, au nom d'une commission dont MM. Deguise et Richet font partie.

Dans un premier mémoire, M. Ancelon s'occupe de la luxation simple du coude en avant de l'humérus. Après avoir rappelé l'opinion des auteurs classiques sur cette espèce de déplacement, il rapporte deux observations, dont la première au moins me paraît mériter le titre sous lequel elle est décrite.

Un enfant de huit ans, d'une chétive constitution, ayant les coudes conformés de telle sorte qu'ils sont presque concaves en arrière quand l'avant-bras est étendu sur le bras, ayant d'ailleurs toutes les articulations très-mobiles et d'une grande laxité, tomba sur la glace, et, dans sa chute, son corps porta sur son avant-bras gauche fléchi sur le bras. Ce n'est que vingt-quatre heures plus tard que l'on appela un médecin, qui constata les symptômes suivants :

Le membre malade est inerte et pendant; la main est en pronation; l'articulation du coude, très-douloureuse, énormément tuméfiée, est mobile dans tous les sens, et ses mouvements s'accompagnent d'une crépitation manifeste. En arrière, où la tuméfaction est bien moindre qu'en avant, il existe un large sillon transversal, et l'on ne rencontre plus le moindre indice de la présence de l'olécrâne en ce point. Des sangsues et des cataplasmes ayant été appliqués, M. Ancelon fut appelé le lendemain en consultation, et comme le gonflement de la veille avait beaucoup diminué, le médecin reconnut facilement un allongement du membre que la mensuration lui démontra être de trois centimètres; il constata aussi la mobilité et la crépitation qui avaient été observées la veille.

Une exploration attentive ayant permis de reconnaître que le sillon transversal de la face postérieure du coude était limité en haut par la trochlée reconnaissable à travers la peau; et inférieurement par l'olécrâne, dont la pointe appuyait sur la face médiane et antérieure de la trochlée, je constatai, dit M. Ancelon, en fléchissant l'avant-bras à angle droit, que la pointe olécrânienne formait, avec ressaut, la saillie du coude à plus de deux centimètres en avant du point où elle devait se trouver, et je diagnostiquai une luxation du coude en avant, sans fracture de l'olécrâne.

On procéda ensuite à la réduction de la manière suivante : deux aides faisant l'extension et la contre-extension, M. Ancelon saisissant à pleines mains l'extrémité inférieure du bras et la partie voisine de l'avant-bras, poussa les surfaces articulaires l'une vers l'autre, en fléchissant le membre à angle droit. Le bruit qui accompagne la réduction des luxations ayant été entendu, et l'olécrâne ayant repris brusquement la place qu'il occupe à l'état normal, on put croire un instant que la réduction était complète; mais on ne tarda pas à reconnaître le contraire en voyant le déplacement se reproduire. On réduisit de nouveau la luxation, qui aussitôt après se reproduisit. Certes, dit M. Ancelon, pour des observateurs inattentifs, c'était le cas de croire à l'existence d'une fracture dans le voisinage de l'articulation; mais, comme nous étions sûrs de notre diagnostic mon confrère et moi, nous reconnûmes, en étudiant le mécanisme de la reproduction lente; *en quelque sorte progressive* de la luxation, que la tête du radius, n'ayant point suivi le cubitus dans le mouvement de réduction, restait arc-boutée contre la face antérieure de l'épicondyle, et servait de centre à tous les efforts du déplacement qui s'opérait spontanément. Le radius ayant été réduit, tout rentra dans l'ordre. L'enfant aujourd'hui se sert de son bras.

Étudiant le mécanisme suivant lequel se produit la luxation de l'avant-bras en avant, M. Ancelon pense que la courbure à convexité antérieure qu'il a observée sur l'humérus de son petit malade a eu la plus grande influence sur la production de l'accident, et il soutient que cette espèce de luxation ne peut se produire que par la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, la torsion suivant l'axe du membre et la flexion dans le sens de l'extension lui paraissant, dit-il, peu admissibles.

Je regrette que M. Ancelon se soit cru autorisé à se prononcer d'une manière aussi exclusive, sans nous dire pourquoi il rejette une opinion admise par des chirurgiens qui, sans se contenter des faits cliniques, ont eu recours à des expériences au lieu de faire des théories *à priori*. Si nous étudions avec les auteurs qui se sont occupés de cette luxation le mécanisme par lequel elle se produit, nous reconnaîtrons qu'une observation ne suffit pas pour résoudre la question : M. Colson admet que la luxation de l'avant-bras en avant peut se produire :

1° Par une flexion forcée de l'avant-bras sur le bras;

2° Par un mouvement imprimé à l'avant-bras de manière à lui faire décrire un arc de cercle autour de l'axe de l'humérus;

3° Par une extension forcée de l'avant-bras, c'est-à-dire par la flexion en arrière.

M. Debruyn admet que la luxation en avant peut se produire :

1° Par extension forcée ou flexion en arrière;

2° Par torsion.

Dans aucun cas il n'est parvenu à luxer l'avant-bras en avant par la simple flexion du membre, mécanisme dont il ne repousse pourtant pas la possibilité, quand une violence extérieure s'exerce directement sur l'olécrâne de haut en bas et d'arrière en avant.

Dans l'observation de M. Colson, le malade fit une chute sur l'olécrâne pendant que son avant-bras était fléchi sur le bras. Il semble que la luxation s'est produite de la même manière dans le fait de M. Leva (d'Anvers).

Le mécanisme de la luxation par l'impulsion de l'olécrâne en bas est encore probable dans l'observation de M. James Prior : un homme, âgé de trente-quatre ans, soulevait un poids énorme avec un cric; la chaîne se rompit, et le manche du tour vint frapper avec violence la partie inférieure du coude de l'ouvrier.

L'auteur ne dit pas dans quel sens le manche du tour frappa le coude; mais il est difficile de comprendre la production de la luxation dans ce cas, sans admettre que le coup dut porter sur l'olécrâne.

De son côté, M. Malgaigne dit que, si l'on suppose une chute sur le coude lorsque l'avant-bras est complétement fléchi, il est aisé de voir

que les saillies osseuses ne font nul obstacle à la luxation en avant.

On voit que l'observation des faits a réfuté suffisamment l'opinion de J. L. Petit, qui considérait la luxation en avant comme très-difficile, sinon impossible, sans fracture de l'olécrâne. Cette opinion ayant été généralement admise jusqu'en 1818, j'ai voulu juger par moi-même des difficultés que la structure de l'articulation huméro-cubitale oppose à la luxation du coude en avant. Pour cela, voici les expériences que j'ai faites sur le cadavre :

Dans une première expérience, j'ai cherché à luxer l'avant-bras en avant en le fléchissant violemment sur le bras. Ces deux parties du membre arrivaient au contact sans que le rapport normal des surfaces articulaires fût modifié. Je pensai que je serais peut-être plus heureux en combinant la flexion forcée avec un mouvement soit de traction, soit de rotation; j'échouai comme dans l'expérience précédente.

Comme je n'employais que la force de deux hommes dans ces tentatives de luxation, le résultat que j'ai obtenu ne peut point être opposé aux expériences dans lesquelles on a fait intervenir des machines. Mais avec des forces moindres, la luxation se produisit facilement dès que j'eus préalablement divisé les ligaments externe et interne de l'articulation par une section sous-cutanée.

Je répétai plusieurs fois cette expérience, et j'obtins toujours le même résultat.

Dans aucun cas je n'eus recours à la section du tendon du triceps, qui me semblait *à priori* devoir opposer une grande résistance à la luxation en avant. Avant moi, M. Denucé avait reconnu que la section des ligaments rend la luxation facile; mais il a attribué dans son mémoire au ligament postérieur et au tendon du triceps une résistance que je n'ai constatée dans aucune de mes expériences.

En coupant le ligament antérieur, on permet à l'olécrâne de remonter plus haut en avant de l'humérus; mais il n'est pas nécessaire de pratiquer cette section pour rendre la luxation possible.

Il résulte des expériences que je viens de décrire, que la luxation de l'avant-bras en avant par la flexion aidée de la rotation est très-facile dès que les ligaments interne et externe sont rompus.

J'ai aussi tenté à plusieurs reprises de reproduire les expériences de MM. Colson et Debruyn, dans lesquelles on a produit la luxation en avant par l'extension forcée du bras.

Un cadavre ayant la pointe du coude appuyée sur le bord d'une table, je suis parvenu, en saisissant son bras d'une main et son poignet de l'autre, à opérer une flexion complète de l'avant-bras sur le bras dans le sens de l'extension, sans pouvoir ramener l'olécrâne en avant de l'extrémité inférieure de l'humérus. Le ligament antérieur de l'articulation s'est rompu; l'olécrâne a résisté sans se fracturer, et son extrémité supérieure, glissant de haut en bas, est venue se placer au niveau de la poulie articulaire de l'humérus sans jamais passer en avant. Il m'a semblé que les fibres postérieures ou olécrâniennes du ligament latéral interne constituent l'obstacle qui s'oppose à la luxation par l'extension forcée du bras. Cette expérience, plusieurs fois répétée, est en opposition avec l'opinion qui considère l'olécrâne comme étant le plus grand obstacle à la production de la luxation en avant, puisque dans l'extension forcée que j'ai imprimée aux membres sur lesquels j'expérimentais, cette apophyse a subi sans se rompre un mouvement de rotation par suite duquel sa surface antérieure est devenue inférieure, puis postérieure.

La fracture de l'olécrâne se produit, je crois, par un mécanisme différent de celui par lequel les surfaces articulaires perdent leur rapport normal, contrairement à l'hypothèse de J. L. Petit.

Ces expériences, que j'ai faites avec soin, me semblent parfaitement en rapport avec les résultats de l'observation clinique. On sait, en effet, qu'il existe dans la science une demi-douzaine de faits incontestables de luxation de l'avant-bras en avant, sans complication de fracture; dans tous le déplacement n'est pas au même degré.

Les observations de MM. Monin, Velpeau, James Prior, dans lesquelles il y avait chevauchement de l'olécrâne en haut, sont des exemples de luxation complète; les faits de M. Colson, de M. Ancelon, et peut-être ceux de M. Guyot et de M. Leva (d'Anvers), paraissent appartenir aux subluxations ou luxations incomplètes; cette différence dans les degrés du déplacement des os trouve son explication dans les expériences que j'ai faites sur le cadavre. Nous avons vu, en effet, que dans la luxation qui résulte d'une violence par laquelle l'avant-bras a été fléchi sur le bras dans le sens de l'extension, la partie postérieure ou olécrânienne du ligament interne de l'articulation n'étant pas rompue, s'oppose à ce que l'olécrâne vienne se placer au-devant de la trochlée; il n'en est plus de même lorsque avant de produire la luxation, on a pris la précaution de diviser les ligaments interne et externe par la méthode sous-cutanée.

Il y a dans le fait de M. Ancelon une particularité qui n'avait point encore été indiquée, et qui me semble mériter le plus sérieux intérêt. Jusqu'ici, on avait considéré la reproduction immédiate du déplacement après la réduction d'une luxation, comme étant le signe infaillible de la coexistence d'une fracture. Dans l'observation de M. Ancelon il n'y avait pas de fracture, et pourtant la luxation s'est reproduite immédiatement après la réduction. Quelle était la cause réelle de cette reproduction? L'auteur de l'observation pense que les moyens d'union du radius avec le cubitus ayant été rompus, le radius n'a point suivi le cubitus quand on a rétabli ce dernier os dans ses rapports normaux avec la trochlée humérale, et que, « resté arc-bouté contre la face antérieure de l'épicondyle, il a servi de centre à tous les efforts du déplacement spontané.

Quoique cette explication ne soit pas remarquable de précision, elle nous fait suffisamment comprendre la pensée de l'auteur : les ligaments qui établissent une sorte de solidarité entre les deux os de l'avant-bras ayant été incomplétement déchirés, se seront laissé distendre pendant les efforts de réduction, mais bientôt, par leur élasticité, ils auront ramené le cubitus, sans doute incomplétement réduit, en avant de la trochlée humérale. Toujours est-il que la réduction devint définitive dès que la tête du radius eut été remise en place.

Il n'est pas impossible que des faits semblables aient été pris pour des cas de fracture. M. Ancelon a donc rendu un véritable service à la science en étudiant avec soin la cause d'un déplacement qui aurait reçu une tout autre interprétation si le chirurgien s'était contenté des préceptes généraux de la pathologie des fractures.

— La seconde observation du mémoire est bien moins concluante que la première; elle est assez courte pour que je la rapporte ici textuellement.

« En 1850, on amena à ma consultation de l'hôpital une petite fille de treize ans, chétive, lymphatique, qui avait le membre supérieur gauche fléchi à angle droit et l'articulation huméro-cubitale ankylosée. Elle avait été traitée dix-huit-mois auparavant pour je ne sais quelle prétendue fracture du bras. Voici en quel état étaient les choses :

L'enfant était très-maigre, et l'appendice malade n'ayant pas continué à se développer comme son correspondant, on voyait que la saillie olécrânienne n'occupait point sa place accoutumée. La trochlée, encore bien reconnaissable, n'était recouverte que par des téguments fort amincis et par l'olécrâne, qui la séparé de la poulie humérale par un sillon tendant à se combler de tissus de nouvelle formation, faisait une saillie étrange en avant de ce sillon. Les doigts, fermés sur la main, étaient ankylosés. Il y a pour moi dans ce fait, ajoute M. Ancelon, une luxation en avant que l'on a sans doute confondue avec la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. »

Je dirai, si l'on veut, avec M. Ancelon, que c'est là sans doute un nouveau cas de luxation en avant. Mais il est bien difficile de juger de la nature d'une lésion quand on n'a pour se faire une opinion que l'examen d'un membre ankylosé.

M. Ancelon s'est occupé dans son second mémoire du *traitement du staphylome de la cornée transparente par la ligature.*

Je regrette que la publicité donnée à ce travail depuis qu'il nous a été envoyé, ne me permette plus d'en faire l'objet d'un rapport. Je me bornerai à rappeler en quoi consiste l'opération de la ligature dont il est question dans ce mémoire.

Deux fines et longues épingles d'entomologiste sont enfoncées dans la base du staphylome, de manière à figurer un X, puis le chirurgien, jetant un fil de soie derrière les épingles, étreint la partie saillante de la cornée en faisant un nœud qui met en contact les parois opposées de la membrane de Descemet. Le pansement consiste à fixer sur la joue les extrémités du fil, à protéger l'œil contre les pointes des épingles à l'aide d'un morceau de sparadrap, et à recouvrir le tout d'un plumasseau de charpie enduit de cérat, qu'un bandeau maintient en place.

C'est au congrès de Bruxelles, en 1857, que M. le professeur Borelli (de Turin) fit connaître les avantages de la ligature ainsi modifiée. A cette époque déjà, quinze malades affectés de staphylome avaient été opérés suivant ce procédé, et aucun n'avait accusé une vive douleur.

M. Borelli, rapprochant cette ligature du procédé de Celse, qui consiste à traverser la base de la partie saillante à l'aide d'une aiguille qui entraîne derrière elle deux fils destinés à lier isolément les deux parties du staphylome, reproche à cette opération la difficulté qu'il y a pour nouer les fils à la base de la partie que l'on veut mortifier. La modification du chirurgien de Turin, qui n'est autre chose que l'application d'un procédé dont les anatomistes se servent pour faire des injections, est évidemment supérieure aux autres ligatures pour la précision et la sûreté du manuel opératoire.

D'après M. Ancelon, je suis porté à croire que tous les malades opérés par M. Borelli ont eu à se féliciter de s'être soumis à cette opération; mais j'aurais désiré de plus amples renseignements sur ces quinze malades, parce que, dans la communication qui fut faite à Bruxelles, le chirurgien de Turin dut se borner à des généralités qui font comprendre les avantages du procédé, mais qui n'en donnent pas la preuve, comme pourrait le faire le résumé de quinze observations.

Je regrette, Messieurs, que les usages adoptés par les Sociétés savantes m'imposent l'obligation de me borner à cette succincte appréciation. Les deux faits contenus dans le mémoire du chirurgien de Dieuze, et qui ont été publiés, vous auraient servi à apprécier les avantages de l'opération de M. Borelli.

J'aurais voulu pouvoir appuyer mon opinion sur une expérience personnelle. Depuis la lecture du travail de notre savant confrère de Turin, je n'ai pas eu l'occasion de faire l'application de son procédé. Je me borne donc à vous le recommander comme émanant d'un des chirurgiens les plus distingués de l'Italie.

J'aurais encore à vous entretenir d'un troisième mémoire qui nous a été adressé par M. Ancelon, mais je craindrais de fatiguer votre attention. Je me réserve de vous en parler une autre fois.

Vous le voyez, Messieurs, le chirurgien de l'hôpital de Dieuze, quoique exerçant dans une petite ville, serait pour la Société un correspondant actif; je propose donc qu'il continue à figurer sur la liste des candidats à ce titre, et que des remercîments viennent le dédommager d'avoir attendu si longtemps un rapport qui, s'il avait pu être fait plus tôt, eût encouragé M. Ancelon à nous adresser, comme par le passé, d'intéressantes communications.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 20 août 1859, M. Moitessier, agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier, a été nommé chef des travaux chimiques à ladite Faculté, en remplacement de M. Brousse.

— Par arrêté du même jour, M. Peuget, élève de la Faculté de médecine de Strasbourg, a été nommé aide de clinique à ladite Faculté, en remplacement de M. Bley, démissionnaire.

— Par arrêté du 20 août 1859, sont nommés à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers :

1° Professeur titulaire de pathologie interne, en remplacement de M. Jolly, décédé, M. Brossard, professeur adjoint d'anatomie et physiologie à la même Ecole;

2° Professeur adjoint d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Brossard, M. Delaunay, professeur suppléant;

3° Professeur suppléant, en remplacement de M. Delaunay, M. Delamardière, docteur en médecine.

— Un concours pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon s'ouvrira le 19 mars prochain, selon le mode usuel.

— M. le docteur Mallez ouvrira, lundi prochain 5 septembre, à onze heures, un dispensaire pour les maladies des voies urinaires, rue Larrey, 8. Les consultations ont lieu le lundi et le vendredi à onze heures.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 104. — MARDI 6 SEPTEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 104. — MARDI 6 SEPTEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 SEPTEMBRE 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Quand le hasard nous met sous la main un agent thérapeutique héroïque, nous nous empressons de l'accueillir, résignés d'avance à humilier notre raison devant l'impuissance où nous sommes de nous expliquer son action, et à mériter en l'employant la qualification d'empiriques. Mais lorsque, d'après des données physiologiques, et en vertu d'un raisonnement *à priori*, on arrive à la découverte de propriétés curatives dans un agent jusque-là exclu de la matière médicale, c'est une double conquête qu'on a à enregistrer, conquête pour l'art et conquête pour la science, qui, sur ce point au moins, cessent de demeurer distincts aux yeux du praticien. C'est une conquête de ce genre que nous enregistrons aujourd'hui.

Partant des expériences à l'aide desquelles M. Cl. Bernard a démontré que le curare paralyse l'action du système nerveux moteur, M. le docteur L. Vella, de Turin, chargé d'une division de blessés à l'hôpital militaire français de cette ville, qui avait déjà eu l'occasion de répéter ces expériences et de vérifier les résultats annoncés par l'habile expérimentateur du Collége de France, a eu l'heureuse idée d'utiliser cette propriété dans un but thérapeutique. L'action physiologique antagoniste sur le système nerveux, qui existe entre le curare et la strychnine, paraissait en théorie devoir s'approprier merveilleusement au traitement du tétanos, cette sorte de *strychnisme* naturel, s'il est permis de parler ainsi. C'était ce qu'il s'agissait de vérifier expérimentalement à la première occasion. Cette occasion ne devait pas tarder à s'offrir dans les circonstances où se trouvait placé M. Vella; elle s'est offerte, en effet, et le résultat de l'expérience a admirablement répondu à son attente.

Nous n'admettons pas les fins de non-recevoir opposées à ce fait, sous le prétexte que c'est un fait unique, un fait fortuit peut-être, et tel qu'il s'en présente de loin en loin des exemples, à la suite des médications les plus diverses et même sans le concours d'aucune médication, en d'autres termes, un cas de guérison probablement spontanée, et auquel rien ne prouve que le médicament employé ait eu une part quelconque. Que l'on raisonne ainsi lorsqu'il s'agit d'une de ces médications faites en aveugle, sans aucune donnée sur le mode d'action qu'elle devra produire, ou sur la relation qui peut exister entre cette action et l'état morbide qu'on veut combattre, et dans la seule pensée de produire une perturbation favorable dans l'économie, on aura parfaitement raison; et jusqu'à ce que le fait se soit répété plusieurs fois avec les mêmes résultats, on sera fondé à se tenir sur la réserve et à faire la part des coïncidences. C'est dans les cas de ce genre que l'expérience a besoin d'être multipliée pour acquérir un certain degré de valeur démonstrative, et qu'il faut demander aux chiffres un élément de certitude, que l'analyse physiologique est alors incapable de donner. Mais quand un fait se produit avec ce double caractère de la notion acquise sur la nature du phénomène morbide que l'on se propose de combattre et sur le mode d'action antagoniste de l'agent soumis à l'expérience, et de la réalisation du résultat prévu, avec la manifestation des effets spéciaux à ces agents; quand, en un mot, il se présente avec cette condition rigoureuse d'un effet adéquat à sa cause, comme on dirait dans le langage scolastique; il n'est pas besoin de multiplier les épreuves pour conclure. Ce fait seul porte avec lui tous ses titres à la certitude; c'est un fait accompli au double sens pratique et scientifique. Invoquer contre lui les coïncidences, c'est user d'un procédé de critique par trop facile, et dont on n'a que trop de tendance à abuser par ce temps-ci; c'est méconnaître la distinction qu'il importe d'établir entre le fait brut, empirique, et le fait empreint de sa signification, revêtu de son appareil de preuves et de démonstration. Or tel nous a paru être, comme à M. Bernard, comme à MM. Rayer, Cloquet, Serres et Jobert, le fait communiqué à l'Académie par M. Vella. C'est pourquoi nous n'avons pas craint de l'appeler dès à présent, et sans nous croire obligé à attendre la sanction ultérieure de nouvelles expériences, une conquête pour la médecine. — Honneur à M. Cl. Bernard qui nous a le premier fait connaître les propriétés physiologiques du curare et indiqué le parti qu'en pourrait tirer un jour la thérapeutique! Honneur à M. Vella, qui a eu le courage de réaliser cette indication sur l'homme et le bonheur de réussir.

Le petit complément de communication de M. Dumas, relatif aux mélanges désinfectants, nous remet en mémoire un entretien que nous avons eu, il y a plusieurs mois, avant que la question de la désinfection fût mise à l'ordre du jour par conséquent, avec un chimiste industriel, M. Bobœuf, qui nous exposa de vive voix les résultats de ses recherches chimiques sur les acides et sels alcalins produits par les huiles essentielles provenant de la distillation des substances végétales et minérales (acide phénique commercial et phénates alcalins).

On se souvient que M. Dumas, cherchant à se rendre compte par quel mode d'action le mélange de plâtre et de goudron de houille pouvait produire les effets de désinfection que l'on connaît, émit cette idée, entre autres, que ces effets pouvaient être dus au temps d'arrêt mis au développement de la putréfaction par quelques-uns des produits que renferme le coaltar, et en particulier l'acide phénique, dont les moindres traces, sous forme de phénate de soude, suffisent pour assurer la conservation des matières animales à l'air libre. Or, d'après le chimiste que nous venons de citer, les propriétés de l'acide phénique et ses divers composés rendraient ces agents particulièrement propres à des applications hygiéniques et thérapeutiques qui se rapprochent assez de celle qui a en ce moment le privilége de fixer l'attention des savants. Nous signalons cette nouvelle série d'agents aux expérimentateurs.

On lira avec intérêt, dans le compte rendu de la séance, un extrait d'une note de M. le docteur Fonssagrives sur les propriétés autoplastiques de la dure-mère et sur les ostéophytes cérébrales. L'observation directe a fourni à M. Fonssagrives l'occasion de déterminer la véritable nature des productions osseuses développées dans le voisinage de la faux cérébrale, dont M. Molas (d'Auch), dans une précédente communication, avait fait le texte d'une objection aux idées physiologiques de M. Ollier sur ce sujet, et de venir ainsi à l'appui des théories de cet ingénieux expérimentateur.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

Des saignées générales dans les phlegmasies.

On a fait depuis quelques années des travaux importants sur la composition du sang à l'état sain et morbide. Ces travaux ont eu une juste influence sur la détermination et la précision de certaines maladies; mais on ne voit pas qu'ils aient autant servi à élucider la question thérapeutique des émissions sanguines, qui se font encore sous l'empire des idées antérieures à l'hématologie moderne.

Je veux aujourd'hui traiter une partie de la question, c'est-à-dire je veux vous montrer quelle est, conséquemment aux travaux que je viens de rappeler, la véritable valeur thérapeutique des émissions sanguines dans le traitement des phlegmasies.

Les anciens médecins, c'est-à-dire les médecins antérieurs aux recherches de MM. Andral, Gavarret, Becquerel, Rodier, regardaient l'inflammation comme le résultat de la richesse du sang ou de la plasticité du sang : ces deux expressions étaient pour eux à peu près synonymes, et, pour eux, le sang était riche ou plastique quand, après avoir pratiqué une saignée, ils avaient un caillot abondant relativement à la partie séreuse. Ils ne savaient pas que ce caillot était composé de deux substances, les globules et la fibrine, substances très-différentes de nature, et qui se comportent tout différemment sous l'influence des émissions sanguines.

Les anciens, envisageant les inflammations comme résultant de la richesse du sang dans sa partie cruorique, et admettant, d'autre part, que cette richesse du sang existait particulièrement dans la jeunesse, regardaient tout naturellement les jeunes gens comme extrêmement prédisposés aux inflammations de toute sorte. Pour eux donc l'inflammation était une conséquence ou un excès de la jeunesse et de la santé, et l'on n'était jamais plus près d'être affecté d'inflammation que quand on se portait extrêmement bien.

Tout cela est bien changé maintenant : on ne regarde plus les phlegmasies comme l'apanage de la jeunesse et de la belle santé; on admet, au contraire, qu'elles sévissent d'une manière marquée chez tous les individus affaiblis; et l'on a constaté cliniquement qu'elles se rencontrent bien moins dans la jeunesse que dans l'enfance, dans la vieillesse, et dans toutes les conditions qui ont débilité l'organisme depuis un temps plus ou moins long.

Il ne faudrait pas néanmoins en conclure que les individus jeunes et vigoureux sont par cela même exempts de toute phlegmasie; vous verrez effectivement des jeunes sujets des deux sexes, remarquables par leur belle constitution, contracter des pneumonies, des pleurésies, des arthrites rhumatismales, etc.; mais si vous voulez vous donner la peine de les interroger avec soin, ou, ce qui est encore mieux, d'interroger les personnes qui vivent avec eux et qui les voient chaque jour, vous apprendrez que ces jeunes gens, qui vous paraissent vigoureux, l'étaient bien davantage quelque temps avant de contracter la phlegmasie qui les amène auprès de vous; qu'ils ont peu à peu perdu de leur appétit, de leur teint, de leur force et de leur enbonpoint à la suite de fatigues, de contrariétés, d'une alimentation mauvaise ou insuffisante, ou tout simplement de leur nouveau séjour à Paris; et que c'est quelques jours, quelques semaines ou quelques mois après une détérioration notable de tout l'organisme, résultant d'un état anémique plus ou moins marqué, qu'ils ont été affectés de phlegmasie.

Disons donc en passant qu'un certain degré d'anémie globulaire est la condition ordinaire du développement des phlegmasies les plus aiguës, comme d'une foule d'autres maladies, en empêchant l'individu débilité ou anémique de résister à la cause occasionnelle et particulière de la phlegmasie.

A ce sujet je ne puis m'empêcher de vous relater un fait expérimental dû à M. Bernard, fait dont je vous ai parlé souvent à cause de sa grande importance. Ce fait, comme vous allez le voir, prouve pour sa part, et d'une manière positive, que l'état de débilité des individus, loin d'empêcher les phlegmasies, comme quelques personnes ennemies du progrès le croient encore, en détermine au contraire la manifestation.

Vous connaissez tous cette expérience instituée par M. Bernard pour démontrer l'influence que la section des nerfs de la vie organique a sur la production des fluxions sanguines. Après avoir fait une incision à la partie latérale du cou chez un chien, il va chercher les ganglions cervicaux du grand sympathique, en fait l'ablation, et immédiatement après il constate une congestion sanguine très-considérable dans les parties voisines, accompagnée de chaleur et de rougeur. Voilà un fait que tout le monde connaît. Mais en voici un autre que vous connaissez moins: c'est que quand cette opération est pratiquée sur un chien rendu anémique par une longue réclusion, une mauvaise nourriture ou des opérations antérieures, comme cela se voit souvent sur les animaux qui servent dans nos amphithéâtres, il ne manque jamais de survenir une inflammation purulente, qui, après avoir envahi la plaie, finit toujours par s'étendre dans la plèvre correspondante; quand, au contraire, le chien est vigoureux et bien portant, l'inflammation traumatique se borne à la plaie et ne pénètre jamais dans la plèvre.

Ainsi donc, l'observation clinique et l'expérimentation physiologique nous démontrent cette grande vérité pathologique, qu'*un certain degré de faiblesse ou d'anémie globulaire est une cause prédisposante habituelle de phlegmasie.* Maintenant, avant d'aller plus loin, rappelons brièvement ce que les recherches modernes nous ont appris au sujet de la composition du caillot, qui, pour les anciens médecins, représentait la richesse ou la plasticité du sang.

Le *cruor*, l'*insula*, le *coagulum* ou le *caillot* des saignées, est un composé des globules et de la fibrine. Les globules diminuent

successivement par l'alimentatiou insuffisante, par la diète, et conséquemment par le fait de toute maladie aiguë, phlegmasique ou autre. Ils augmentent par une nourriture suffisante et bien digérée.

La fibrine du sang augmente quand il se développe une phlegmasie aiguë dans un point de l'organisme, et elle diminue pour reprendre sa proportion normale quand arrive la résolution de la phlegmasie. Cette diminution de la fibrine se fait précisément au moment où l'augmentation des globules a lieu sous l'influence des premiers aliments de la convalescence. On voit par là que dans les phlegmasies les proportions de la fibrine et des globules sont en raison inverse l'une de l'autre.

La fibrine ne s'obtient pure et isolée des autres substances qui entrent dans la composition du sang que lorsque l'on en fait l'analyse à l'aide de différentes opérations qu'il n'est pas dans mon but d'indiquer. Je dirai seulement que quand la fibrine est en quantité surabondante, elle se concrète sous forme de croûte plus ou moins tenace, fibreuse et grisâtre à la surface du caillot de la saignée : elle porte actuellement le nom de *couenne*. Autrefois on l'appelait encore *gluten* (Bosquillon), ou *croûte phlogistique* (Gaubius), parce que dans les idées de Stahl elle était le résultat ou le cachet des maladies inflammatoires ou *phlogistiques*.

Comme nous l'avons dit plus haut, les anciens médecins pensaient généralement que l'abondance du *cruor* ou *coagulum* était la marque des inflammations, et ils n'avaient pas distingué les deux éléments du caillot, la fibrine et les globules. C'est vrai pour la généralité des anciens médecins ; mais quelques-uns déjà avaient sur la composition du sang des idées assez semblables à celles qui ont cours actuellement. Voici en effet, et à ce sujet, des paroles de Quesnay contre lesquelles il n'y a rien à dire : « Lorsque le *coagulum* du sang, qui se couvre d'humeur glaireuse (la fibrine) plus ou moins couenneuse, ne forme qu'une petite île qui nage dans beaucoup de sérosité, il n'indique pas par lui-même la saignée, quand même l'humeur glaireuse serait fort couenneuse et fort dure, parce que la masse du sang se trouve alors dégarnie de sa partie rouge (les globules), et que ce qu'il en reste est nécessaire pour entretenir les opérations de la nature, qui est, plus que le médecin et les remèdes, le véritable agent qui travaille à la guérison des malades (1). »

Quesnay distingue donc la fibrine et les globules sous les noms d'*humeur glaireuse* et de *partie rouge*, et il admet que *la nature est, plus que le médecin et les remèdes, le véritable agent qui travaille à la guérison des malades*. En cela, il émet une vérité incontestable, même au sujet des maladies inflammatoires, qui en ce moment nous occupent exclusivement. C'est ainsi que la pneumonie, qui est la phlegmasie par excellence, se résout vers le septième jour dans le plus grand nombre des cas, quand le traitement employé n'est pas autre chose que de l'expectation. Vous en avez vu des exemples nombreux dans mon service, et vous savez que j'ai pour principe, dans le traitement de la pneumonie, de combattre seulement par des moyens locaux (vésicatoires volants, ventouses, sangsues) le point pleurétique, quand il est très-douloureux et insupportable au malade.

Je vous dirai à ce sujet que Magendie, quand il était médecin de l'Hôtel-Dieu, ne faisait rien à ses pneumoniques ; il se contentait de leur donner des boissons délayantes, et il n'était question à cette époque que des succès qu'il obtenait par cette méthode. Plus tard, en 1850, un autre médecin des hôpitaux traitait la pneumonie par l'expectation hahnemanienne, et perdait seulement 3 morts sur 41 malades (2).

Nous savons jusqu'à présent que les phlegmasies aiguës n'impriment d'autre modification aux globules du sang que celle de les diminuer, tandis qu'elles élèvent plus ou moins la quantité de la fibrine ; et c'est de cette exubérance de la fibrine que provient l'altération du sang consacrée sous les dénominations suivantes des auteurs anciens et modernes : sang *couenneux*, *glutineux*, *phlogistique*, *enflammé*, *hémite*, etc...

La surabondance de la fibrine constitue donc un état morbide du sang, et, comme tel, la fibrine en excès doit avoir par elle-même ses inconvénients et ses dangers.

Un des grands dangers de la surabondance de la fibrine dans le sang, est l'aptitude extrême du sang à se coaguler, en donnant lieu à des concrétions polypiformes dans le cœur ou les gros vaisseaux. Or, l'on sait que ce genre de lésions est fréquent dans les phlegmasies. Nous ajouterons comme chose importante que la coagulabilité du sang ne tient pas à la quantité absolue de la fibrine, mais bien à sa quantité relative comparativement aux autres éléments du sang ; ainsi, par exemple, une quantité de fibrine représentée par 10, qui est un chiffre fort élevé, peut très-bien ne pas donner lieu à des concrétions : si avec un chiffre 10 il y a 110 en globules et 80 en albumine, la fibrine est alors au chiffre total des globules et de l'albumine comme 1 est à 19. Au contraire, avec un chiffre seulement de 7 en fibrine, on pourra voir des concrétions se former, s'il y a en même temps 80 en globules et 49 en albumine, parce que dans ce cas la fibrine est à l'albumine et aux globules réunis comme 1 est 18. Il est inutile de dire que lorsque le sang est ainsi dans l'imminence de la coagulation, la moindre circonstance occasionnelle peut la déterminer en apportant un trouble dans les mouvements du cœur, tel qu'une syncope, un effort, une cause morale violente, etc.

(1) *Traité de la saignée*, page 425. Paris, 1750.

(2) Tessier, *Recherches cliniques sur le traitement de la pneumonie et du choléra suivant la méthode d'Hahnemann*. Paris, 1850.

Un autre danger de la fibrine exubérante, dont il est peu question, et que pourtant il est impossible de ne pas admettre en principe, dépend de la nature phlogosée et phlogosante du sang en circulation.

On sait que tous les produits inflammatoires déterminent facilement des inflammations sur les tissus avec lesquels ils sont en contact ; le liquide qui découle du nez dans le coryza enflamme la lèvre supérieure ; la matière dyssentérique produit le même résultat sur la peau de la région anale. Pourquoi le sang phlogosé et ultra-fibrineux n'enflammerait-il pas la paroi interne des vaisseaux qui le contiennent ? Tout le monde à présent reconnaît une coïncidence fréquente entre les cardites internes et les affections inflammatoires dans lesquelles le sang est très-couenneux ou fibrineux, telles que le rhumatisme articulaire et la pneumonie. Dans ces cas incontestés de coïncidences, serait-ce la cardite qui a produit l'hémite ? N'est-ce pas plutôt l'hémite qui a déterminé la cardite ? Il est permis d'adopter cette seconde supposition, en considérant que l'inflammation cardiaque affecte spécialement les cavités gauches, c'est-à-dire les cavités qui sont en contact avec le sang artériel, beaucoup plus fibrineux ou couenneux, comme l'on sait, que le sang veineux (1).

On a beaucoup agité dans le temps (Burns, Kreisig, Laënnec, etc.) la question de savoir si les concrétions polypiformes du cœur provenaient d'une cardite antérieure, ou si, au contraire, la cardite venait de la concrétion : ces deux lésions sont indépendantes l'une de l'autre. Elles peuvent tantôt coïncider ensemble, tantôt se développer indistinctement l'une avant l'autre, ou l'une sans l'autre. Le point capital à reconnaître est qu'elles sont liées l'une et l'autre à un état couenneux ou phlegmasique du sang.

La nature irritante de la fibrine en excès me semble mise encore en évidence dans une circonstance où elle seule permet de comprendre un phénomène qui se montre dans le cas d'inflammation locale, dont le type est le phlegmon. On sait que les symptômes classiques de cette inflammation phlegmonneuse sont la rougeur, la chaleur, la tumeur et la douleur. On explique les trois premiers par la surabondance du sang que contiennent les capillaires dilatés ; mais le dernier, la douleur, ne peut guère s'interpréter de la même manière, attendu qu'on ne le retrouve plus dans les simples fluxions, qui sont aussi, comme les inflammations, caractérisées par une plénitude ou une dilatation des vaisseaux capillaires. Il faut donc, pour s'en rendre compte, s'adresser à une condition anatomique qui distingue l'inflammation de la fluxion, c'est-à-dire à l'extravasation de la fibrine. C'est, en effet, la présence dans le tissu cellulaire de cet élément phlogistique du sang, qui seule permet de bien comprendre le sentiment de chaleur brûlante qui caractérise l'inflammation, et particulièrement le phlegmon, dès les premiers moments de leur développement.

Telles sont donc les différentes circonstances de physiologie pathologique qui se groupent autour de l'état fibrineux ou couenneux du sang. Maintenant, venons-en à la question des saignées générales dans les phlegmasies ; c'est ce qui fera le sujet de la prochaine leçon.

TUMEUR FIBREUSE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE

due au développement pathologique des organes alvéolo-dentaires. — Hypertrophie considérable des éléments fibreux de ces organes. — Hyperostose et séquestration des alvéoles (2).

(Rapport de M. Forget lu à la Société de chirurgie dans la séance du 24 août).

J'ai fait représenter sur le dessin deux petites tumeurs fibreuses où la disposition des parties qui les constituent est indiquée avec beaucoup de précision.

L'une d'elles est vue isolée à l'intérieur du tissu fibro-celluleux qui a été disséqué et écarté : on voit les noyaux de tissu osseux jaune dont j'ai parlé. L'autre montre la tumeur incisée ; au centre la substance fibreuse, puis vient la coque osseuse périphérique et le tissu membraneux ou périostique qui la revêt.

Des dents. — Trois dents existent dans cette pièce pathologique : deux ont été représentées par le dessin ; une grosse molaire placée dans une loge distincte et sous une masse fibreuse qui la masque. Cette dent avait à sa surface une sorte de coussinet fibro-vasculaire, que M. Letenneur semble disposé à considérer comme étant le follicule dentaire d formé, mais que le développement complet de cette dent indiquerait bien plutôt n'ê re que le périoste alvéolo-dentaire altéré ou anormalement développé.

Les deux autres dents, également incluses dans une cavité distincte tapissée d'une membrane lisse, polie, légèrement rosée, étaient comme enkystées dans la tumeur. L'une d'elles, par un de ses côtés, répond à une lame de tissu osseux appartenant à une alvéole. Cette dent, tronquée à sa racine, présente une notable ampliation du canal qui la parcourt.

Tumeurs osseuses (alvéoles hyperostosées). — Indépendamment des trois dents dont j'ai signalé la présence au sein du produit pathologique, deux tumeurs osseuses s'y trouvaient contenues chacune dans une loge distincte.

Ces tumeurs formaient comme deux séquestres au milieu de la substance fibreuse qui les enveloppait ; aucune relation vasculaire ne m'a paru exister entre elles et cette dernière.

(1) Burdack, t. VI, p. 144.

(2) Fin. — Voir le numéro précédent.

Malgré toutefois cette apparence, la porosité de ces masses osseuses, l'intégrité de leur tissu, son inaltérabilité évidente, et surtout l'absence autour d'elles de toute trace d'inflammation et de suppuration, contrairement à ce qui a lieu sur les confins de tout fragment osseux isolé au sein des parties molles et devenu ainsi corps étranger à l'économie, ces divers motifs donnent à penser que cette séquestration n'était qu'apparente ; c'est d'ailleurs ce que démontre l'examen de ces deux pièces : l'une et l'autre sont le siége d'un travail morbide dont l'évolution exige pour s'accomplir un certain degré de vitalité.

L'une de ces pièces porte à son centre une dent incisive, circonscrite à son collet par trois petites tumeurs fibreuses du volume d'un pois, dont les pédicules grêles semblent plonger dans l'épaisseur du tissu osseux. La coupe de cette tumeur montre une cavité centrale qui n'est autre que l'alvéole de la dent précitée, et une autre cavité appartenant à une alvéole voisine.

Ces cavités sont remplies d'un tissu fibreux en voie de formation ; on peut s'assurer qu'il soulève la racine de la dent déjà remontée et en partie expulsée de sa cavité de réception, et que, en outre, il est continu sur ses côtés, entre elle et l'alvéole osseuse, avec les petites tumeurs fibreuses que j'ai indiquées. Quant aux parois alvéolaires, l'hyperostose du tissu qui les constitue est on ne peut plus évidente ; c'est elle qui a produit la formation de ces tumeurs osseuses.

Même disposition sur les fig. 4 et 5. La fig. 4 représente l'alvéole entière. On voit dans les interstices du tissu osseux des faisceaux fibreux en voie d'émergence ; la coupe de la pièce fig. 5 montre l'intérieur de l'alvéole ou sa cavité comblée par ce même tissu, circonscrit de toute part par l'élément osseux, dont l'exagération anatomo-physiologique n'est pas plus contestable que sur la pièce précédente.

Réflexions. — Après cet exposé anatomique, dont les détails, peut-être un peu minutieux, se justifient par la rareté d'une pièce semblable, et conséquemment par l'intérêt hystologique qui s'y rattache, on est logiquement conduit à se demander quelle est la nature de la maladie, et quel pronostic on est en droit d'en tirer.

A coup sûr, vue dans son ensemble avec cette association bizarre de parties molles, de tissu osseux et de dents perdues dans la masse morbide, cette tumeur aurait pu être considérée comme un ostéosarcome de la mâchoire, à une époque où l'esprit d'analyse, appliqué à l'étude hystologique de chaque tissu morbide, n'avait pas encore démêlé les caractères distinctifs qui différencient les divers états pathologiques longtemps confondus sous cette dénomination générale. Mais aujourd'hui, après les recherches fécondes qui ont éclairé la pathogénie des os maxillaires, avec la connaissance parfaite que nous possédons des éléments anatomiques variés qui concourent originellement à la constitution des organes alvéolo-dentaires, et qui par leur complexité même prédisposent la mâchoire à une série de lésions qui ne sauraient exister dans les autres points du squelette, la détermination de celles-ci commande une étude plus sévère et un diagnostic plus rigoureux.

Il résulte pour moi des détails anatomiques qui précèdent que cette observation offre un exemple rare d'une transformation hypertrophique des divers éléments qui entrent dans la composition des organes alvéolo-dentaires : c'est *une matadie de la dentition*, en ce sens que c'est précisément à l'époque de l'évolution des dents secondaires que les premières manifestations morbides se sont produites ; c'est à l'âge de dix ans que le gonflement fluxionnaire de la mâchoire s'est montré, et c'est deux ans plus tard que l'intervention du chirurgien est devenue nécessaire : en l'espace de deux années, marquées d'ordinaire par l'éruption physiologique des dents molaires et de la dent canine permanente, la tumeur a pris un développement considérable ; sa marche a donc été des plus rapides. Or cette dernière circonstance, disons-le, ne plaide pas en général en faveur d'un pronostic favorable.

Quoi qu'il en soit, je le répète, l'examen anatomique, rapproché des données que nous possédons sur la structure primordiale des organes alvéolo-dentaires, ne me laisse aucun doute sur l'origine et la nature de cette tumeur.

En se reportant aux fig. 2 et 4, on saisit en quelque sorte à l'état élémentaire le fait pathologique : l'alvéole osseuse, le périoste alvéolo-dentaire et la dent elle-même s'y présentent dans des conditions spéciales qui autorisent à croire que ce périoste est l'élément générateur de ces tumeurs fibreuses qui, comme on peut le voir, arrivées à un degré avancé de développement, retiennent encore par leur forme nette et bien circonscrite l'empreinte du moule osseux ou de l'alvéole qui les a contenues à leur origine. Celle-ci, comme le tissu fibreux qui la double, comme les bulbes dentaires dont les différents feuillets ont dû aussi être entrés comme partie intégrante dans la composition de ces tumeurs, l'alvéole, dis-je, a participé du mouvement nutritif en excès qui a présidé à l'évolution de cette production morbide, et c'est à cette participation qu'est due l'hyperostose du tissu osseux de ses parois.

Un des faits remarquables de cette pièce anatomique, et que pour ma part je n'avais pas encore observé, est sans contredit l'isolement de ces deux alvéoles, dont l'une, avec la dent qui s'y trouve implantée, représente l'organe alvéolo-dentaire en totalité. Cette séquestration des cavités alvéolaires avec hyperostose de leurs parois, qui les place en dehors de toute solidarité avec le corps de l'os maxillaire, ne peut s'expliquer que par un travail morbide qui, ayant existé à une époque de la vie où la fusion anatomique de l'arc alvéolaire et du corps de la mâchoire ne s'est pas encore effectuée, a ainsi empêché l'ossification régulière de relier ces deux parties entre elles.

Disons, en outre, pour justifier notre opinion sur l'étiologie et la nature de cette tumeur, que M. Ch. Robin l'a partagée de tout point, après s'être livré à un examen microscopique qui lui a démontré qu'il s'agissait manifestement ici de tumeurs dérivant des bulbes dentaires, et en conservant la texture caractéristique fondamentale.

Examen au microscope. — Ce qui frappe surtout dans la constitution de ce tissu, dit ce savant anatomiste dont je reproduis ici la note rédigée par lui-même, et ce qui lui donne un aspect tout spécial, c'est la présence entre les fibres qui en forment la trame d'un grand nombre de noyaux ovoïdes allongés ; ces noyaux sont semblables aux noyaux embryo-plastiques (fibro-plastiques). Beaucoup d'entre eux sont du quart à la moitié plus grands qu'on ne les trouve ordinairement dans les tissus normaux.

Ces noyaux, vus par leur extrémité, ont une forme sphéroïdale; ils sont par places disposés assez régulièrement à une certaine distance les uns des autres, entre les faisceaux de fibres du tissu cellulaire, qui concourt à former la trame du tissu.

Outre ces éléments, on aperçoit des corps fibro-plastiques étoilés, semblables à ceux que l'on observe près de la surface du bulbe dentaire des jeunes sujets et des fœtus, et qui forment presque à eux seuls l'organe de l'émail pendant l'évolution intra-folliculaire de la dent.

On sait que ces corps fibro-plastiques étoilés, au lieu d'être à deux prolongements fusiformes plus ou moins longs, fournissent deux à cinq prolongements pâles sur la périphérie du noyau central. Tel était le cas dans cette tumeur, et beaucoup des prolongements de ces corps fibro-plastiques avaient une longueur considérable. Quelques-uns étaient manifestement anastomosés, comme beaucoup le sont dans le tissu des organes normaux ci-dessus.

Par places, les noyaux libres indiqués plus haut et les noyaux centraux des corps fibro-plastiques, étaient disposés parallèlement les uns aux autres et assez rapprochés.

Malgré cette dernière particularité, qu'on ne rencontre pas habituellement dans le tissu du bulbe dentaire, il était impossible de ne pas reconnaître les analogies existant entre le tissu de cette tumeur et celui de la pulpe dentaire chez le fœtus.

La trame de fibres lamineuses, complétement développées, est seulement bien plus abondante dans ces tumeurs que dans les organes normaux; de là une teinte blanchâtre, mate à l'œil nu, et une demi-opacité sous le microscope que la pulpe dentaire ne possède pas.

En outre, la vascularité du tissu morbide était ici manifestement moindre que dans la pulpe normale. Il y avait aussi moins de substance amorphe interposée aux éléments décrits plus haut que dans la pulpe dentaire.

Quoi qu'il en soit, l'examen comparatif du tissu de cette dernière et du tissu morbide, montre qu'il s'agit manifestement ici de tumeur dérivant des bulbes dentaires et en conservant la texture caractéristique fondamentale.

Cette texture est modifiée, il est vrai, par la surabondance des fibres lamineuses, par une différence dans la proportion des divers éléments constitutifs, mais sans intervention d'éléments autres que ceux qui entrent dans la composition du bulbe dentaire.

C'est dans la cavité alvéolaire des masses osseuses isolées que se voyait de la manière la plus caractéristique la texture que nous avons décrite.

Pronostic. — Une dernière question, la plus importante pour le malade et pour le chirurgien, reste à résoudre : c'est celle du pronostic et des éventualités probables de la maladie.

Si nous étions encore à l'époque peu éloignée où, sur la foi du microscope révélant au sein d'un tissu morbide certains éléments hystologiques caractérisés par une physionomie spéciale et qui leur était propre, on pouvait préjuger avec certitude la nature de ce tissu et ses phases successives de développement; à coup sûr, l'absence de tout élément cancéreux dans cette tumeur, où le microscope n'a trouvé que des éléments exagérés ou déformés des tissus originels, prouverait que l'hétéromorphisme n'a rien à y revendiquer, et que la production pathologique ne rentre pas dans la classe des tumeurs malignes comprises sous cette dénomination : il s'agit donc d'un produit homœomorphe, c'est-à-dire d'un de ceux dont la présence au sein de l'économie n'est pas signalée d'ordinaire par les conséquences fatalement attachées aux premières. S'ensuit-il pour cela que la maladie ait dit chez ce jeune malade son dernier mot, et peut-on affirmer qu'il sera à l'abri de toute récidive?

Pour moi, qui ne crois pas que la maladie soit toujours dans le tissu dont on a débarrassé l'économie, qui pense qu'il n'en est souvent que la manifestation, j'avoue que tout danger ne me semble pas encore conjuré pour le jeune sujet de cette observation.

Me fondant sur la marche rapide de la maladie, sur les connexions intimes qui rattachent ces tumeurs fibreuses au tissu osseux en les reliant entre eux par une sorte de fusion réciproque, et tenant compte surtout de la solidarité physiologique (nervoso-vasculaire) existant entre l'arc alvéolaire et le corps de l'os maxillaire que le chirurgien a respecté, je ne suis pas sans quelque appréhension sur les suites ultérieures qu'aura cette opération. On peut légitimement craindre que la cause toute vitale, que la puissance épigénésique qui a présidé au développement de la maladie, puissance qui procède de la constitution même du sujet, et qui peut lui demeurer inhérente après comme avant l'opération, ne continue d'agir sur le corps de l'os, et que celui-ci ne devienne plus tard le point de départ d'une création morbide identique à celle qui une première fois a nécessité l'intervention du chirurgien.

DE L'IRIDECTOMIE (EXCISION DE L'IRIS).

Par M. le docteur COURSSERANT.

OBS. I. — *Glaucome aigu. — Iridectomie. — Rétablissement de la vision.*

Mme X..., demeurant rue des Moineaux, âgée de soixante ans environ, se plaint de temps en temps de douleurs dans les deux yeux, et d'un affaiblissement progressif et très-sensible de la vue, surtout de l'œil droit, lequel ne peut plus distinguer même de gros objets que d'une manière confuse. Tout à coup les douleurs éclatent dans les deux yeux simultanément, et avec une violence telle que la malade perd le sommeil. Bien plus, la vue baisse tellement de jour en jour, que bientôt la malade ne distingue qu'à grand'peine le jour des ténèbres, de l'œil gauche, tandis que la cécité est complète et absolue pour l'œil droit. Les autres symptômes, notés à la première visite faite avec le médecin ordinaire de la malade, sont les suivants :

1° Rougeur considérable de la conjonctive bulbaire avec chémosis, se repliant déjà sur la circonférence de la cornée;

2° Dureté excessive des globes; sensibilité extrême de ces organes à la moindre pression;

3° Cornées un peu ternes;

4° Dilatation des pupilles, avec quelques exsudations à leur pourtour;

5° Projection de l'iris en avant, avec étroitesse extrême de la chambre antérieure et diminution notable de la convexité cornéenne;

6° Suffusion du corps vitré avec présence de corps flottants, que les mouvements imprimés à l'œil agitent en sens divers;

7° Impossibilité absolue d'explorer l'état des papilles optiques.

L'excision de l'iris est pratiquée des deux côtés; elle est suivie d'un soulagement notable au point de vue des douleurs vives auxquelles la malade était en proie depuis plusieurs jours. Le lendemain de l'opération, les douleurs sont à peine appréciables; bientôt elles disparaissent entièrement avec les autres symptômes objectifs, tels que chémosis, etc... Néanmoins, la vision ne se rétablit que lentement; quinze jours s'étaient écoulés avant que l'amélioration de ce côté fût sensible.

Au bout de trois semaines, la malade distingue et compte, mais néanmoins avec quelque peine, les doigts de la main.

OBS. II. — *Glaucome aigu, perte complète de la vision; douleurs persistantes pendant plusieurs jours; excision de l'iris. Cessation des douleurs; persistance de la cécité.*

M. C..., âgé de soixante-quinze ans, rue de la Douane, 5, a perdu l'œil gauche il y a dix ans, après un traitement fort long suivi chez un oculiste en grande renommée de Paris. Un soir, se trouvant sur l'impériale d'un omnibus, il se sent subitement pris d'une douleur vive dans l'œil droit, et dans la partie la plus élevée de la tempe droite. Pendant la nuit, les douleurs prennent un caractère plus aigu, et le lendemain matin, M. C... distingue avec grande peine le mouvement de la main passant au devant de l'œil. A la première visite, faite vingt-quatre heures après l'attaque, le médecin de la famille et M. Courserant, appelés en consultation, notent :

1° Un chémosis très-prononcé avec suffusion sanguine considérable, commençant déjà à couvrir le bord de la cornée;

2° Une tension anormale du globe avec sensibilité vive à la pression du doigt;

3° Un effacement presque complet de la chambre antérieure, l'iris étant presque en contact avec la face postérieure de la cornée;

4° Une dilatation assez prononcée de la pupille;

5° Un trouble considérable du corps vitré, de telle sorte qu'il fut impossible d'éclairer le fond de l'œil (la lumière ne franchissant pas l'espace pupillaire), et par conséquent de reconnaître l'état organique des parties profondes.

Le malade, homme très-volontaire et très-emporté, ne voulant entendre parler ni de sangsues, ni de saignées, ni d'intervention chirurgicale, consentit pourtant à se laisser pratiquer quelques incisions dans le chémosis; des calmants furent prescrits, aidés de l'action de compresses sur la région fronto-oculaire, imbibées d'une solution légère de tartre stibié dans une infusion de feuilles de belladone. Il ne fallut pas songer à la médication révulsive, le malade étant affecté de varices aux jambes.

Vers le quatrième jour, le trouble du corps vitré diminua d'une manière sensible et permit de reconnaître un ou deux vaisseaux rétiniens, sans que pour cela il survînt la moindre amélioration dans l'état de la vision; tout au contraire, la cécité, vers le sixième ou septième jour, fut complète, le malade ne distinguant plus le jour le plus vif de la nuit la plus sombre. D'un autre côté, comme le chémosis persistait, ainsi que les douleurs, surtout dans la région temporale; comme la suffusion du corps vitré avait reparu au bout de deux jours, et que les souffrances vives ressenties par le malade depuis huit jours lui ôtaient le sommeil et le repos, et portaient une atteinte des plus fâcheuses à sa santé générale, l'excision de l'iris fut proposée, dans le double but :

1° De faire cesser les douleurs atroces qui arrachaient des cris au malade;

2° De sauver quelques débris dans ce naufrage complet de la faculté visuelle au milieu de l'intégrité complète des facultés intellectuelles;

Conformément au désir de M. C... et à celui de sa famille, M. le docteur Desmarres fut appelé en consultation, et l'opération conseillée par Van Graefe (de Berlin) lui ayant semblé la seule et unique ressource qu'il fût permis d'invoquer en un cas si grave, l'iridectomie fut pratiquée par M. Coursserant, avec le concours bienveillant et éclairé de M. Béral et de M. le docteur Morpain, médecin ordinaire du malade. La nuit suivante, l'opéré dormit plusieurs heures, et vingt-quatre heures après l'opération les douleurs oculaires étaient presque nulles, quoique celles ressenties à la tempe persistassent encore, mais à un degré bien plus faible; cependant, comme le chémosis s'affaissait lentement et que la rougeur du globe persistait à un degré assez prononcé, une ponction de la cornée fut faite vers le cinquième ou sixième jour après l'opération de l'iridectomie.

L'évacuation de l'humeur aqueuse fut suivie d'une douleur atroce, surtout dans la région temporale; cette douleur se maintint très-vive pendant une partie de la nuit; néanmoins le lendemain la rougeur du globe était moindre; le chémosis semblait être en voie de résolution, et le malade souffrait très-peu de l'œil et de la tête. Plus tard, pour activer la résolution de la maladie, une nouvelle excision de l'iris et une deuxième ponction de la cornée furent pratiquées avec un plein succès tant pour les phénomènes objectifs que subjectifs, qui, malgré les deux premières opérations, persistaient encore à un degré assez faible, il est vrai, parurent devoir réclamer une nouvelle intervention chirurgicale.

Deux mois plus tard environ, le malade n'accusait aucune douleur ni oculaire ni temporale; la santé générale ne laissait rien à désirer, mais la cécité complète persistait encore.

OBS. III. — *Hydropisie sous-rétinienne gauche; abolition de la faculté visuelle en haut, en dedans et en bas. — Iridectomie. — Disparition de l'hydropisie, et amélioration considérable de la vision.*

Mlle X..., parente d'un médecin de Paris, est affectée d'une hydropisie sous-rétinienne de l'œil gauche, déjà diagnostiquée par un médecin oculiste dont elle a désiré prendre l'avis. En effet, outre quelques adhérences de l'iris à la capsule, outre une altération notable de la texture de l'iris, dont la face antérieure a perdu le poli et le brillant de son tomentum, on remarque derrière le voile iridien le flottement et les ondulations d'une membrane à l'aspect blanc-nacré; cette membrane n'est autre chose que la rétine décollée. Le corps vitré est trouble, et la vision presque nulle en bas, en dedans et en haut, et exactement faible en dehors.

L'iridectomie est pratiquée à cette malade, et les pilules de proto-iodure de fer, qui avaient été employées sans succès aucun un mois avant l'opération, sont continuées après l'excision iridienne. Au bout de quinze jours, un mieux sensible s'était manifesté dans l'état de la vision. Six semaines après l'opération, l'hydropisie sous-rétinienne ne pouvait être reconnue, même avec l'ophthalmoscope; le corps vitré conservait encore une suffusion légère et la vision avait éprouvé une amélioration considérable.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 août 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Mélanges désinfectants. — M. DUMAS, désirant qu'il ne reste aucun doute sur ce qu'il a dit à l'Académie dans une séance précédente touchant les droits de M. Siret à la découverte des propriétés désinfectantes des huiles de goudron, met sous les yeux de ses confrères le passage suivant du rapport fait en 1843 par M. Boussingault (*Comptes rendus*, t. XVII, p. 69).

« M. Siret a reconnu qu'un mélange de charbon et de sulfates métalliques, dans lesquels domine le sulfate de fer, agit dans toutes les circonstances comme un désinfectant des plus efficaces. Déjà le sulfate de fer a été employé dans un but semblable de désinfection; mais ce qui nous a paru un perfectionnement, c'est l'intervention d'un charbon rendu plus léger par l'adjonction d'une substance bitumineuse. En effet, la poudre désinfectante acquiert par là une énergie toute particulière; elle reste plus longtemps en suspension au milieu des liquides infectés; elle les recouvre même d'une pellicule huileuse, qui gêne, si elle ne l'intercepte pas totalement, leur communication avec l'air ambiant. »

Mon confrère et ami M. Boussingault m'ayant invité à assister à quelques-unes des expériences dont cette poudre fut l'objet alors, nous restâmes d'accord sur ce que ses effets avaient d'excellent, et sur l'impossibilité où l'on était dans l'état de la science d'expliquer à cette époque l'effet utile de la matière huileuse.

— M. BENOIT adresse un mémoire ayant pour titre : *Guérison d'une division congéniale du voile du palais par la cautérisation.* (Commissaire, M. J. Cloquet.)

— M. DOULIOT communique une note sur la vision, et spécialement sur la perception des reliefs dans le stéréoscope et dans la nature. (Commissaire, M. Pouillet.)

— M. WANNER envoie un mémoire sur la température du corps humain dans l'état physiologique et pathologique, et sur l'emploi thérapeutique du froid, spécialement dans le traitement des fièvres typhoïdes. (Commissaires : MM. Rayer et Cl. Bernard.)

— M. FICHET soumet au jugement de l'Académie deux notes sur de nouvelles dispositions qu'il a imaginées pour les bandages herniaires et pour une autre sorte de bandages. (Commissaires : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert, de Lamballe.)

Emploi du curare dans le traitement du tétanos. — M. CL. BERNARD présente au nom de M. L. VELLA (de Turin), une note conçue en ces termes :

Partant des expériences faites par M. Claude Bernard depuis 1850, et des résultats qu'il avait obtenus avec le curare, qu'il avait montré comme un agent paralysant l'action du système nerveux moteur, j'ai entrepris au mois de décembre 1856, avec mes amis les professeurs Ercolani et Tommasi, une longue série d'expériences que j'ai communiquées à la Société des sciences biologiques de Turin. Les résultats de ces expériences peuvent être résumés en disant que j'ai vérifié l'action physiologique antagoniste sur le système nerveux qui existe entre le curare et la strychnine, et que j'ai pu, chez les animaux, en agissant avec les précautions nécessaires, neutraliser les effets toxiques des deux substances l'une par l'autre.

Cela posé, ayant observé plusieurs cas de tétanos dans l'hôpital militaire français de Turin (où j'étais médecin traitant de la première division des blessés), et dans lesquels l'emploi des opiacés, de l'éther, etc., avait échoué, il me vint à l'idée de faire sur l'homme l'application de mes expériences de 1856.

M. Salleron, médecin en chef de l'hôpital, à qui j'avais communiqué les résultats ci-dessus mentionnés, non-seulement ne mit pas d'empêchement à mon projet, mais, au contraire, voulut bien m'encourager et m'aider de ses lumières en dirigeant lui-même mes tentatives.

Les premiers essais furent faits sur deux individus attaqués de tétanos, l'un depuis quatre, l'autre depuis cinq jours, à la suite de blessures par coups de feu. Ils se trouvaient dans un état de demi-asphyxie et dans des conditions tout à fait désespérées. Même dans cette circonstance, l'application du curare amenait un calme et un relâchement musculaire qui soulageait beaucoup les malades. Cependant ils ne purent être sauvés. Dans le troisième cas dont je me propose d'entretenir l'Académie, le résultat de mes tentatives fut complet, et le malade a été entièrement guéri.

Le sujet était un sergent au 41e de ligne, nommé Alexis Thomas, âgé de trente-cinq ans, blessé le 4 juin, à la bataille de Magenta, par un coup de balle au pied droit, qui avait produit une fracture incomplète du premier métatarsien, avec lacération des tendons et des parties environnantes.

Le malade entrait à l'hôpital le 10 juin, n'ayant encore reçu d'autres soins que de simples pansements avec de l'eau fraîche; mais il se trouvait du reste dans les meilleures conditions possibles. Le 13, on fit l'extraction de la balle, et le malade, qui commençait à souffrir davantage, en fut tellement soulagé, que le lendemain on lui accorda les trois quarts de portion.

Le 16 (douze jours après avoir été blessé), il éprouva un peu de roideur au cou, avec difficulté de mouvoir la mâchoire et la tête, ainsi que quelques convulsions passagères.

Le 17, la mâchoire est fortement serrée, et il lui est impossible, par moments, d'ouvrir la bouche.

Sans m'arrêter maintenant à décrire en détail l'apparition successive des symptômes produits par le trismus, l'opisthotonos, etc., je me bornerai à dire que le matin du 18, lorsque je visitai pour la première fois le malade, je reconnus, avec tous les médecins de l'hôpital, qu'il était atteint d'un *tétanos général* bien caractérisé.

Application du curare.

L'état du malade était si grave, que je crus d'abord devoir le saigner pour combattre l'asphyxie dont il était menacé. Ensuite, après avoir débridé la plaie, je lui administrai une potion fortement laudanisée, qui ne produisit aucun effet.

Dans l'après-midi, je me décidai à l'application du curare sur la plaie.

La dose fut d'abord de 10 centigrammes sur 40 grammes d'eau; mais je la portai, en l'augmentant successivement, jusqu'à 1 gramme sur 80 grammes d'eau.

Après trois quarts d'heure et, quand la quantité du curare était plus forte, une demi-heure, chaque application était suivie d'une diminution dans la rigidité tétanique, ensuite d'un relâchement musculaire si complet, que le malade pouvait immédiatement boire, prendre quelques soupes, uriner, s'asseoir sur son lit, etc.

Quand l'action du curare était finie, la jambe droite (la blessée) était toujours la première à éprouver les secousses tétaniques qui, dans le commencement, reparaissaient avec toute leur violence. Dans les trois premiers jours de ce traitement extraordinaire, l'absorption par la plaie suffisait pour produire le relâchement musculaire et le calme général dont je viens de parler. Après cette époque, je dus poser un premier vésicatoire à la cuisse, et le huitième jour, le répéter afin d'avoir une large surface absorbante.

Pendant quatre jours, les pansements étaient renouvelés toutes les trois heures, ensuite toutes les cinq heures jusqu'au douzième jour où je les réduisis à trois fois, et même deux fois dans les vingt-quatre heures.

J'ai remarqué que la blessure du pied et les plaies des vésicatoires ne souffraient nullement de l'application du curare; au contraire, leur cicatrisation marcha très-vite.

Je ne crois pas devoir décrire maintenant les modifications successives du régime ni parler des petits soins ordinaires que je donnai au malade, ce qui serait inutile pour le but que je me suis proposé dans cette note. Je dirai seulement que le curare, qui pendant les premiers huit jours parvenait constamment à éloigner les accès, en en diminuant progressivement l'intensité, a fini par les faire disparaître entièrement; et le 10 juillet le malade quittait pour la première fois le lit sans éprouver aucune secousse convulsive.

Le 15, il sortit pendant une heure, et, le 25, il quitta l'hôpital, se rendant en France complétement guéri.

Or, quelle que soit l'action spécifique du curare sur les centres nerveux, il est certain qu'il paralyse l'action des nerfs moteurs de la vie animale, action qui procède par l'intermédiaire des centres nerveux.

En conséquence, l'emploi du curare était logiquement indiqué, et, m'appuyant sur ces données physiologiques, je l'ai expérimenté.

Je désire vivement que mes tentatives soient répétées dans des cas semblables. Cependant il faut que le tétanos n'ait pas lésé trop profondément les organes vitaux, ni surtout le poumon.

Je désire aussi que l'emploi du curare soit tenté dans le traitement de l'hydrophobie, but que je m'étais proposé depuis longtemps, et que, par le manque d'occasion, je n'ai pas encore pu atteindre.

M. VELPEAU, à l'occasion de l'analyse de la précédente note, donnée de vive voix par M. Cl. Bernard, présente les remarques suivantes :

Sans contester l'intérêt du fait que vient de raconter M. Cl. Bernard, je crois cependant devoir faire remarquer qu'il doit être accueilli avec réserve. Le *curare* est un agent si actif, un poison si dangereux, que, avant de l'accepter comme remède, il importe d'en avoir bien constaté l'efficacité.

Il est vrai que le tétanos est assez redoutable de son côté et si réfractaire aux médications connues, que tout est en quelque sorte permis à son occasion. On aurait tort néanmoins de le regarder comme absolument mortel, même quand il est aigu et traumatique. Ainsi, on a guéri plusieurs malades avec l'opium, avec l'éther, avec le musc, avec le camphre, avec l'eau froide comme avec le chloroforme, ce qui ne l'empêche pas d'avoir presque toujours une terminaison fatale, même quand on le traite par ces divers moyens.

L'auteur dit qu'il y a eu beaucoup de tétaniques parmi les blessés de l'armée d'Italie. Or je tiens de plusieurs chirurgiens, de M. Larrey en particulier, lui le chirurgien en chef de cette armée, qu'il y en a eu très-peu au contraire. Puis, ce tétanos qu'on arrête, qui renaît, qu'on arrête de nouveau et pour ainsi dire à volonté pendant près de quinze jours, m'inspire, je l'avoue, quelque défiance! Il s'agit dans la note de trois cas, deux morts après les traitements ordinaires et le troisième guéri par l'usage du *curare*. Eh bien, j'ai eu à la Charité trois cas de tétanos aussi dans le courant des années 1857 et 1858. Deux de mes malades ont succombé, et le troisième est guéri comme à l'hôpital de Turin. Cependant celui-ci, jeune fille que j'avais opérée d'une énorme tumeur au cou, n'avait pas été traité autrement que les autres et qu'une foule d'autres que j'ai perdus auparavant.

Ce sont ces quelques cas de guérison spontanée et exceptionnelle qui ont toujours fait la vogue jusqu'ici des nombreux moyens vantés tour à tour comme remèdes efficaces du tétanos, et qui, finalement, n'ont point empêché le tétanos de rester presque constamment une maladie mortelle.

En thérapeutique surtout, un seul fait ne permet jamais de conclure, et comme je n'en vois qu'un ici et que ce seul fait me paraît entouré de causes d'erreur variées, je dis que, sans le repousser et avant d'en donner l'explication, d'en tirer des conséquences, il est prudent d'en attendre la confirmation.

M. CLAUDE BERNARD. Je puis rassurer M. Velpeau à l'égard des appréhensions qu'il vient de manifester relativement au danger que pourrait présenter l'emploi du curare dans le traitement du tétanos. On a en effet entouré l'histoire du curare de récits merveilleux sur son action terrible. Cela vient sans doute de ce que cette substance sert aux Indiens à empoisonner leurs flèches et de ce qu'elle a le singulier privilége de pouvoir être avalée à forte dose sans aucun inconvénient, tandis que par une simple piqûre elle peut produire la mort. Mais toutes les expériences extrêmement nombreuses qu'on a faites récemment pour étudier les propriétés physiologiques de ce poison, ont prouvé que l'activité du curare n'a rien qui puisse le faire exclure de la thérapeutique. On emploie tous les jours avec prudence, et comme médicaments, l'acide prussique, la strychnine, l'atropine, etc., qui sont des poisons plus énergiques et par conséquent plus dangereux que le curare. Cela se prouve par des expériences sur les animaux, et on peut le voir pour l'homme en comparant les doses de curare dont a dû faire usage M. Vella, et qui sont relativement considérables.

Maintenant, quant à l'efficacité du curare dans le traitement du cas de tétanos cité par M. Vella, elle me paraît évidente. Il s'agit d'un cas de tétanos traumatique bien caractérisé. L'intermittence des accès que M. Velpeau regarderait comme pouvant faire penser que ce cas n'était pas des plus graves, n'est pas une forme qui appartient primitivement à la maladie, mais au contraire un résultat direct de l'application du curare. En effet, chaque application de cette substance a toujours fait cesser l'accès tétanique, et le phénomène s'est reproduit assez souvent pour qu'il me semble qu'on doive exclure l'idée d'une pure coïncidence. Ici le curare, en modifiant l'action des nerfs moteurs sur les muscles, a calmé la rigidité musculaire tétanique consécutive à une blessure par armes à feu, absolument comme il calme aussi la rigidité musculaire tétanique due à l'action de la strychnine.

Il faut sans doute un plus grand nombre de faits pour établir définitivement la valeur d'un médicament nouveau dans le traitement d'une maladie. Mais je crois que ce cas de tétanos traumatique, traité avec succès par le curare, est de nature à engager les médecins et les chirurgiens à tenter le même moyen. J'ajouterai en outre qu'on peut y être encore engagé théoriquement; parce qu'ici les données physiologiques sont tout à fait d'accord avec les résultats thérapeutiques. M. Vella est un physiologiste distingué; en appliquant les propriétés physiologiques du curare dans le traitement du tétanos, il a montré qu'il cherche à appuyer la médecine sur la physiologie et à en déduire des indications pratiques. Cette tendance a produit ici une tentative heureuse, et c'est une raison pour qu'elle soit encouragée par tous ceux qui sont jaloux de voir la médecine marcher dans la voie scientifique.

M. SERRES. L'observation que vient de présenter M. Cl. Bernard sur l'emploi du *curare* contre le tétanos traumatique me paraît de nature à pouvoir servir de point de départ pour le traitement de cette affection si grave.

Le tétanos est caractérisé, en effet, par une contraction fixe du système musculaire qui, parvenue aux muscles de la respiration, détermine la mort par une sorte d'asphyxie. Physiologiquement, on peut établir que la cause qui le produit semble affecter plus particulièrement les nerfs moteurs.

Or le fait que renferme cette observation consiste à établir que ce poison agit sur ces nerfs et fait cesser la contraction des muscles.

L'observation contient, en effet, plusieurs expériences sous ce rapport; car, chaque fois qu'un paroxysme tétanique s'est manifesté, l'emploi du *curare* l'a fait cesser d'une manière d'autant plus efficace, que l'intensité du paroxysme allait toujours en décroissant.

Les expériences analogues faites par l'auteur pour amener la cessation des contractions musculaires produites par l'action de la strychnine, sont de nature d'ailleurs à ajouter une confiance nouvelle dans les essais à faire de ce moyen pour combattre le tétanos traumatique; affection, nous le répétons, presque toujours mortelle, et contre laquelle la médecine est impuissante.

Quant au danger que paraît craindre M. Velpeau de l'usage d'un poison si actif, on peut avec toute assurance s'en rapporter à la prudence des médecins.

M. JULES CLOQUET trouve l'observation communiquée par M. Cl. Bernard très-intéressante sous les rapports tout à la fois physiologique et thérapeutique. Il a employé ou vu employer presque tous les moyens préconisés contre le tétanos, et sur plus de cinquante cas qui ont été soumis à son observation, il n'a pas souvenance d'un seul exemple de guérison. Or chaque agent thérapeutique en a d'autres qui modifient ou neutralisent son action. Il en est de même pour beaucoup de principes morbifiques qui sont neutralisés par certains médicaments. Que le tétanos soit traumatique ou la suite d'un violent empoisonnement par la strychnine ou la noix vomique, les symptômes et les résultats sont les mêmes. Ces symptômes dénotent une contraction violente, une rigidité remarquable des muscles, rigidité qui peut persister après la mort. L'esprit conçoit qu'un poison très-actif, le curare, qui produit des effets contraires à ceux de la strychnine sur le système nerveux et musculaire, une sidération complète des muscles, puisse neutraliser la cause du tétanos et le guérir. Le café n'est-il pas l'antidote dans les cas d'empoisonnement par l'opium? Le quinquina n'est-il pas l'agent qui neutralise le principe des fièvres et de beaucoup de maladies intermittentes, etc.?

Dans l'observation de M. Cl. Bernard, on peut suivre pour ainsi dire pas à pas les effets salutaires des applications de curare lors de l'apparition rapide de la maladie et à chacun des accès qui se sont succédé à divers intervalles après la disparition momentanée des accidents de la première invasion. On a peut-être exagéré l'action toxique du curare? On sait d'ailleurs que l'action des médicaments est différente sur l'homme dans l'état de santé et dans celui de maladie. Dans l'observation dont il est question, le curare n'a été employé qu'à faibles doses, en solution, sur la plaie débridée et sur les vésicatoires qu'on avait appliqués pour augmenter son absorption par la méthode endermique.

M. Jules Cloquet, tout en reconnaissant l'intérêt qui se rattache à l'observation présentée par M. Cl. Bernard, voudrait cependant qu'on en renouvelât les essais, qu'on confirmât ou infirmât les résultats obtenus une première fois, qu'on fît surtout des expériences sur des animaux chez lesquels on aurait produit le tétanos par des plaies empoisonnées par la strychnine, et que l'on traiterait ensuite par le curare.

M. RAYER. Je ferai remarquer que M. Velpeau vient de citer un fait très-exceptionnel, en disant que sur trois cas de tétanos traumatique qu'il a observés l'année dernière, un s'est terminé par la guérison. En opposant ce fait à celui qui est communiqué par M. Cl. Bernard, M. Velpeau pourrait, contre sa pensée, faire supposer aux personnes étrangères à la pratique de la médecine et de la chirurgie, que la proportion d'un cas de guérison sur trois cas de tétanos traumatique n'est pas rare, et faire douter ainsi de l'efficacité du curare dans le cas rapporté par M. Vella.

M. Velpeau sait mieux que personne que les cas de guérison de tétanos traumatique sont excessivement rares. Je me rappelle avoir entendu dire à Dupuytren que sur quarante cas de tétanos traumatique, il ne pouvait en citer qu'un qui ne se fût pas terminé par la mort. Si M. Velpeau eût donné le résultat de sa pratique entière, l'heureuse tentative de M. Vella eût été mieux et plus facilement appréciée. Elle me paraît mériter l'attention la plus sérieuse de la part des chirurgiens.

Quant aux guérisons de tétanos qu'on dit avoir été obtenues à l'aide de médicaments très-divers, elles sont généralement relatives à des cas de tétanos spontané, maladie beaucoup moins grave que le tétanos traumatique.

M. JOBERT (de Lamballe). La communication de M. Cl. Bernard offre de l'intérêt sous le rapport de la pathologie, de la thérapeutique et du résultat heureux qui a couronné l'application du curare.

Disons d'abord qu'il s'agit bien dans le fait rapporté d'un tétanos aigu traumatique, de la forme la plus grave et qui est presque toujours suivie de la mort. Notre confrère M. Velpeau sait parfaitement que les exemples de guérison de tétanos survenu à la suite de plaies d'armes à feu se comptent, et l'on ne peut en effet le comparer avec le tétanos spontané, qui ne ressemble au premier ni par la cause ni par les résultats qui sont souvent si essentiellement différents.

Il faut donc prendre en sérieuse considération la communication faite par M. Cl. Bernard, car il est bien démontré pour moi que le tétanique dont il est question doit sa guérison à l'usage du poison énergique qui, en cette circonstance, mérite le nom de médicament. Pourquoi n'en serait-il pas de ce poison violent, relativement à son usage, comme de l'acide prussique, de la strychnine, etc., dont on s'est servi avec avantage pour combattre des maladies diverses? La strychnine est un poison aussi énergique que le curare, et cependant on s'en sert comme d'un médicament précieux. On ne doit pas plus s'effrayer de l'emploi du curare que de l'usage que l'on a fait prudemment des préparations de morphine, d'acide hydrocyanique, etc.

On s'est demandé si l'on ne pouvait pas élever de doutes sur le mode d'action du curare et sur son action directe contre ce tétanos. D'après nous, il ne peut y avoir de doute à cet égard; car, si nous nous reportons au moment de l'administration du médicament, on voit que son efficacité a été toute-puissante. Ne voit-on pas immédiatement après l'application du curare les violentes contractions musculaires cesser, se renouveler et disparaître après de nouvelles applications?

Quoique ce fait de l'emploi du curare soit unique, il emprunte des bases si solides aux expériences physiologiques de M. Cl. Bernard, et parle si haut, qu'on ne peut trop le conseiller et engager les chirurgiens à en faire usage dans des circonstances graves et difficiles.

Sur les propriétés autoplastiques de la dure-mère et sur les ostéophytes cérébrales — M. FONSSAGRIVES adresse sous ce titre une note dont voici un extrait :

La communication faite à l'Académie des sciences par M. le docteur Molas (d'Auch), à propos du dernier travail de M. Ollier sur les propriétés ostéoplastiques de la dure-mère, tendrait à faire considérer certaines productions osseuses déposées dans le voisinage de la faux cérébrale comme une émanation de celle-ci, ce qui infirmerait la remarque de M. Ollier relativement à l'inaptitude de ce repli à reproduire du tissu osseux. Mais la production osseuse que M. le docteur Molas fournit comme preuve à l'appui de sa manière de voir est d'une nature toute différente de celles obtenues dans les ingénieuses expériences de M. Ollier. Elle appartient à la catégorie des *ostéophytes cérébrales* qui n'ont aucune connexion, si ce n'est une connexion de voisinage avec la dure-mère, et qui se développent primitivement entre la pie-mère et le feuillet cérébral de l'arachnoïde.

Un hasard singulier m'a fait rencontrer en moins d'un an deux cas d'ostéophytes cérébrales : l'une reposant sur la partie antérieure du corps calleux, entre la partie plane de l'hémisphère gauche et la faux; l'autre logée dans une excavation de la face convexe de l'hémisphère droit : toutes les deux étaient libres, n'avaient aucune adhérence avec la dure-mère, et leur apparence, comme leur constitution chimique, les assimilait complétement au tissu osseux compacte.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Alors que les expériences si concluantes de MM. Velpeau, Bouley et Cuvellier se faisaient dans les hôpitaux de la Charité, d'Alfort et de Milan avec notre poudre désinfectante, l'un de nous s'est vu dans l'obligation de prémunir les chirurgiens contre la mauvaise préparation de notre produit par des mains étrangères.

Le premier avertissement a été médiocrement entendu; car, sans parler des nombreuses infractions à notre formule que nous avons constatées, nous avons entre nos mains un échantillon de poudre désinfectante sortant d'une bonne pharmacie de Paris, poudre à laquelle on a donné le nom de Corne et Demeaux, et dont les éléments sont complétement étrangers à ceux que nous faisons entrer dans notre préparation.

En donnant notre nom à la poudre désinfectante qui a été expérimentée avec tant de succès dans les hôpitaux précités, les médecins nous ont imposé l'obligation de veiller à sa bonne préparation; aussi croyons-nous devoir les prévenir, pour éviter toute substitution, que nous avons chargé M. Menier, dont l'honorabilité commerciale est bien connue, de la vente de ce produit.

Nous croyons utile aussi de dire aux pharmaciens que nous ne les empêchons point de livrer, sous le nom de *poudre désinfectante*, tel mélange qu'il leur conviendra de préparer, mais que, toutes les fois qu'ils s'écarteront de notre formule, nous leur interdisons absolument de se servir de notre nom.

Veuillez, Monsieur le Rédacteur, porter cette trop juste réclamation à la connaissance de vos lecteurs, et agréer nos civilités.

Edmond CORNE et DEMEAUX.

Le tribunal de première instance de Lyon a, dans sa séance du 23 août 1859, condamné par défaut Mlle Marie Bressac, pour exercice illégal de la médecine, à 15 fr. d'amende, et à 500 fr. de dommages-intérêts envers les médecins qui s'étaient portés partie civile.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 105. — JEUDI 8 SEPTEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 105. — JEUDI 8 SEPTEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 SEPTEMBRE 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

On se rappelle qu'à la suite du remarquable rapport de M. H. Bouley sur le mémoire de M. Labourdette, relatif à l'introduction des médicaments dans le lait par assimilation digestive, M. Dumesnil, qui avait été le collaborateur de M. Labourdette, crut devoir réclamer au sujet du silence que le rapporteur avait gardé à son égard. La lettre de M. Dumesnil fut renvoyée à M. Bouley pour apprécier les motifs de cette réclamation. M. Bouley, dans un supplément de rapport, est venu déclarer à la tribune que la réclamation de M. Dumesnil n'avait pas de fondement, et qu'il n'avait rien à changer à son égard au texte de son premier rapport; d'où réclamation de la part de quelques membres et renvoi du rapport à la commission, motivé sur ce que M. Bouley n'avait émis ce jugement qu'en son nom privé et sans prendre l'avis de ses collègues. Nous nous bornons à raconter le fait sans aucun commentaire, n'ayant pu prendre connaissance du rapport de M. Bouley, et ne pouvant, par conséquent, apprécier à notre tour les motifs sur lesquels il a appuyé ses conclusions.

M. Poggiale a fait ensuite, devant une dizaine de membres environ, un de ces rapports savamment élaborés comme il nous a habitués à en entendre de sa part, sur le mémoire relatif à l'empoisonnement par le phosphore que M. O. Réveil a lu dans la séance du 14 juin dernier. M. le rapporteur conclut, comme l'avait fait M. Réveil, en exprimant le vœu que, dans la fabrication des allumettes chimiques, on substitue désormais au phosphore ordinaire le phosphore rouge, qui n'est pas vénéneux. Quant aux divers points de chimie et et de toxicologie qui ont été examinés dans ce rapport, et qui paraissent avoir été de la part des commissaires l'objet de nombreuses et intéressantes expériences, ils ont fourni le texte d'autant de propositions qui, autant qu'il nous a été possible d'en juger à une rapide lecture, sont conformes pour la plupart à celles qu'avait formulées l'auteur du mémoire.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

Des saignées générales dans les phlegmasies (1).

Les saignées passent encore auprès de la généralité des médecins pour le moyen par excellence à employer dans les affections phlegmasiques. « Nier, dit Guersant (2), l'influence des émissions sanguines dans ces sortes de maladies (les phlegmasies), ce serait presque nier l'évidence. » Cependant, dès l'année 1828, cette évidence de l'efficacité des saignées était courageusement attaquée par M. Louis, qui, dans un mémoire d'apparence singulièrement paradoxale (3), débutait par ces graves paroles :

« Le résultat de mes recherches sur les effets de la saignée dans les inflammations est si peu d'accord avec l'opinion commune, que ce n'est pas sans une sorte d'hésitation que je me suis décidé à les exposer. Après avoir analysé une fois les faits qui y sont relatifs, j'ai cru m'être trompé, et j'ai recommencé mon travail; mais les résultats de cette nouvelle analyse restant toujours les mêmes, je vais les exposer tels que la première me les avait donnés. Ces faits, sans doute, paraîtront très-peu satisfaisants; mais tout ce qui est vrai doit toujours, en définitive, amener quelque résultat utile. »

Après ce préambule, M. Louls entre dans l'examen des différents faits qui font la base de son travail, et qu'il serait trop long de rapporter ici. Ainsl, par exemple, la pneumonie, qui a fourni 40 cas de mort sur 123 malades, n'est modifiée que d'une manière insignifiante par les saignées, soit dans ses symptômes, soit dans sa durée. Aussi M. Louis termine à peu près son travail comme il l'avait commencé : « L'influence de la saignée, dit-il, n'a pas été plus marquée dans les cas où elle a été plus copieuse et répétée, que dans ceux où elle a été modérée. On ne jugule pas les inflammations, comme on se plait trop souvent à le dire, et dans les cas où il paraît en être ainsi, c'est probablement ou parce qu'il y a eu erreur dans le diagnostic, ou parce que l'émission sanguine a eu lieu à une époque avancée de la maladie, quand elle était voisine de son déclin. »

Les médecins qui cherchent à se dépouiller de toute habitude routinière, sont arrivés de leur côté au même résultat que M. Louis; mais il y a encore bien de l'illusion au sujet de la prétendue efficacité des saignées dans les phlegmasies. En effet, il n'est pas rare de voir des praticiens éprouver, dans la fermeté de leurs croyances hémothérapiques, un profond sentiment de satisfaction à la vue d'une belle couenne inflammatoire, bien que la saignée n'ait apporté aucun soulagement aux souffrances du malade ! On croirait vraiment que pour eux la constatation d'une couenne bien formée est l'unique but de l'émission de sang pratiquée.

Mais, je viens de le dire, beaucoup de médecins sont arrivés au même résultat que M. Louis. M. Bennet, dans un mémoire lu à la Société médicale d'Edimbourg (1), mémoire dont je dois la communication à M. Ball, interne de mon service, M. Bennet, dis-je, démontre à l'aide de la statistique les inconvénients de la saignée dans les phlegmasies. En prenant pour exemple la pneumonie, il annonce les résultats suivants : du 1er juillet 1839 au 1er octobre 1849, on a reçu dans les salles de l'hôpital royal d'Edimbourg 648 malades affectés de pneumonies, qui furent traités par la saignée d'après la méthode ordinaire. Sur ce nombre, il y eut 222 morts. Les observateurs cités sont MM. Jones Reid, Peacock, Bennet et Macdougall.

A ces résultats, M. Bennet oppose ceux qu'il a obtenus depuis huit ans (de 1849 à 1857) dans les salles du même hôpital, en excluant la saignée du traitement de la pneumonie; sur 65 cas, il a obtenu 62 guérisons; il n'y aurait eu que 3 morts.

M. Bennet ajoute à son chiffre ceux qui ont été fournis par M. Dielt, de Vienne, sur ce point de thérapeutique. M. Dielt a traité 85 pneumoniques par la saignée; sur ce nombre il en a perdu 17, tandis que par la diète et l'expectation il en a perdu seulement 14 sur 189.

M. Bennet aurait voulu faire figurer dans cette statistique les chiffres importants de guérison obtenue à l'hôpital homœopathique de Vienne, mais quelques doutes sur l'exactitude du diagnostic porté l'en ont empêché.

M. Bennet conclut de tous les chiffres précédents au rejet absolu de la saignée dans les phlegmasies, et en particulier dans la pneumonie.

Comme complément des preuves tirées de l'expérimentation clinique, je dois mentionner encore les résultats fournis par M. Mithcell (2); il donne 24 morts sur 100 pneumoniques traités par la saignée, tandis que la proportion n'est plus que de 14 pour 100 quand la saignée est exclue du traitement.

Enfin, je dois ajouter aux travaux précédents un mémoire posthume de notre regrettable collègue le docteur Legendre, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. Ce mémoire, qui vient de paraître dans les *Archives* (septembre 1859), et qui a pour titre : *De l'expectation dans la pneumonie franche*, nous apprend que la pneumonie des enfants guérit très-bien et dans une grande proportion sans émission de sang et sans l'intervention d'aucun moyen actif. Legendre avait apporté, en preuve de cette manière de voir, quinze observations de pneumonie franche guérie par l'expectation, mais cinq seulement sont imprimées à la suite de son travail.

Voilà les faits. Comment comprendre cette influence fâcheuse des saignées dans la pneumonie, c'est-à-dire, quel est le mode d'action des saignées dans les phlegmasies ou plutôt sur le sang phlegmasique? Pour mieux faire cette appréciation, rappelons sous forme de proposition ce que nous avons dit dans la leçon précédente de l'état phlegmasique du sang, de ses dangers, et de la marche des phlegmasies.

1° Les phlegmasies surviennent surtout chez ceux qui ont subi déjà une perte plus ou moins notable de globules, perte déterminée par la durée plus ou moins considérable des symptômes de faiblesse générale qui précèdent habituellement le début des phlegmasies.

2° Les phlegmasies une fois établies ont pour résultat commun avec toutes les autres maladies de diminuer encore les globules; mais elles ont pour résultat propre d'augmenter la fibrine.

3° Les dangers de cette surabondance de la fibrine sont : 1° de produire la coagulabilité du sang jusqu'à la concrétion polypiforme; 2° d'exciter des phlegmasies sur la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux, par le contact irritant du sang extra-fibrineux ou couenneux avec cette membrane.

4° Les phlegmasies, surtout la pneumonie, guérissent en très-grande proportion d'une manière spontanée, et sans l'intervention d'une thérapeutique active.

Passons maintenant aux considérations de physiologie pathologique concernant le mode d'action des saignées dans les phlegmasies.

La saignée agit d'abord dans les phlegmasies, comme dans toutes les maladies et dans l'état sain, en dépouillant le sang d'une partie de ses globules. Voilà un résultat certain, immanquable, de toute émission sanguine; et tout naturellement la diminution des globules est en raison de la quantité du sang tiré. Cette spoliation des globules, ou de la partie rouge du sang, a pour résultat de produire de la pâleur, de la laxité et de la faiblesse.

Or, si l'on considère qu'il y a déjà perte de globules avant l'invasion de la phlegmasie, et que cette perte augmente encore par le fait de la durée de la maladie, on en conclura que l'anémie produite par l'émission sanguine vient augmenter encore l'anémie liée à la phlegmasie. Néanmoins il n'est pas impossible que ce surcroît d'anémie provoqué par la thérapeutique amène du soulagement dans une maladie caractérisée en partie par un engorgement ou une congestion des globules. Mais il est beaucoup plus difficile de concevoir un degré d'utilité quelconque de la part des saignées faites dans le but de prévenir les phlegmasies, si on se rappelle ce que nous avons dit plus haut, à savoir : que les phlegmasies, comme la plupart des maladies, affectent surtout ceux qui ont subi déjà un commencement d'anémie.

Un résultat fâcheux de la spoliation des globules est d'affaiblir trop le malade et d'ôter à l'organisme les ressources nécessaires pour amener la résolution de la phlegmasie. Quesnay l'a dit plus haut en termes très-explicites. C'est là un danger que l'on reconnait généralement aux saignées. Mais il y en a un autre non moins grave qui vient se combiner au précédent.

On sait que la saignée pratiquée chez un malade atteint de phlegmasie, pendant la période d'*état* de cette phlegmasie, augmente encore la surabondance de la fibrine. Ce fait, tout singulier, tout paradoxal qu'il paraisse, doit être accepté comme l'un de ceux qui ont été le mieux établis par les travaux de MM. Andral et Gavarret. J'ajouterai que la démonstration de ce fait se trouve pour ainsi dire confirmée implicitement par les recherches de MM. Donné, Mandl et Hatin sur la couenne (1) inflammatoire. Ces observateurs ont en effet démontré que, pendant la marche d'une phlegmasie, les saignées sont de plus en plus couenneuses. Or l'on sait que la couenne inflammatoire est la manifestation pour ainsi dire spontanée de la surabondance de la fibrine; elle est d'autant plus marquée que le chiffre de la fibrine est plus élevé.

Quesnay, que j'ai cité plus haut comme ayant déjà distingué assez nettement la fibrine des globules, dit d'une manière assez positive que la saignée a la propriété d'augmenter la quantité de la couenne. « Je crus aussi qu'il fallait l'enlever (l'humeur glaireuse, couenneuse) par les saignées; je ne pensais pas que cette évacuation même pouvait la multiplier en augmentant dans les vaisseaux les dispositions par lesquelles ils la produisent (2). »

Ainsi donc, la saignée pratiquée dans les phlegmasies a pour résultat d'augmenter la quantité de la fibrine. Or, comme la fibrine est déjà augmentée par le simple fait de la phlegmasie, il s'ensuit que la saignée pratiquée dans la *période d'état* de la phlegmasie vient exagérer encore cette surabondance.

Il s'ensuit que le sang, rendu couenneux ou phlogistique par la phlegmasie, est rendu plus phlogistique encore par la saignée. Comment, dès lors, peut-on concilier ce résultat hyperphlogistique de l'émission sanguine dans la phlegmasie, avec la qualité qu'on lui reconnait classiquement, de moyen antiphlogistique par excellence ?

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.
(2) *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., art. SAIGNÉE, 1844.
(3) *Recherches sur les effets de la saignée dans plusieurs maladies inflammatoires* (*Archives*, novemb. 1828.)

(1) *Edimburgh medical journal*, mars 1857.
(2) Extrait du *British journal* par la *Gazette médicale*, avril 1859.

(1) *Gazette médicale*, 1841, p. 124.
(2) *Ibidem*, p. 423.

Il y a là une contradiction des plus matérielles et des plus flagrantes entre la physiologie pathologique et la tradition thérapeutique. Si la physiologie pathologique est vraie, la thérapeutique des saignées, et surtout des saignées répétées dans les phlegmasies, doit être une méthode fort peu conservatrice.

Que disent à ce sujet les faits? A en juger par les statistiques précédentes, ils parlent d'une manière passablement significative.

M. Louis, dans son important travail, se borne à contester l'utilité des émissions sanguines dans les phlegmasies, et notamment dans la pneumonie. Il ne va pas jusqu'à les condamner ouvertement; mais cependant il ne peut s'empêcher, en donnant pour la pneumonie le chiffre des morts, qui est de 40 sur 123 malades, de dire: « Proportion énorme, et à peu près la même que celle qui a lieu dans les fièvres typhoïdes » (1). Il est presque inutile de vous faire remarquer que cette proportion est beaucoup plus considérable que celle qui a été obtenue dans les cas traités par la méthode expectante.

Nous avons montré dans la leçon précédente que le sang extra-fibrineux ou phlogistique avait pour résultats à craindre la formation de concrétions fibrineuses et l'inflammation de la membrane interne des réservoirs sanguins. La saignée, en exagérant cet état phlogistique, doit nécessairement augmenter les mauvaises chances de ces fâcheux accidents; et je suis convaincu que vous auriez l'occasion fréquente d'en observer dans mon service, sur les malades atteints de phlegmasie, si j'avais l'habitude de les traiter par les saignées générales et répétées.

Pour apprécier au juste le véritable degré d'altération que la perte de sang détermine dans le sang phlogosé, il faut bien considérer qu'il sera toujours plus élevé dans la masse du sang en circulation que dans le sang de la dernière saignée. En effet, si, comme je l'ai dit, le sang d'une dernière saignée vous a donné 7 en fibrine, 80 en globules et 49 en albumine, c'est-à-dire 1/8 de fibrine, le sang en circulation, qui vient d'être modifié par cette dernière évacuation, doit avoir encore moins de 80 en globules, moins de 49 en albumine et plus de 7 en fibrine, c'est-à-dire encore moins de 1/18 de fibrine.

L'altération croissante du sang phlogosé, due à la saignée répétée, ne cessera que dans le cas où, en coïncidence avec la dernière saignée, la résolution de la maladie se faisant, le sang reviendra à son état normal, ou au moins ne subira plus un accroissement de l'état phlogistique.

Ainsi donc, on le voit, la saignée dans les phlegmasies a pour effet d'affaiblir le malade en diminuant les globules, et d'augmenter l'état phlogistique en accroissant la quantité de la fibrine. Et pour nous servir d'expressions populaires, nous dirons que, dans les phlegmasies, la saignée enlève le *bon sang* et augmente le *mauvais*.

Ces deux résultats de la saignée se combinent ensemble pour s'aggraver mutuellement. En effet, l'état phlogistique du sang étant augmenté par la surabondance de la fibrine, ne trouvera plus dans l'organisme, affaibli par la perte des globules, une force médicatrice suffisante pour résoudre la maladie. D'un autre côté, les globules ayant diminué dans le sang, il y aura plus de place pour la fibrine, qui tend à augmenter, et qui, par le fait de la simple diminution des globules, devient prédominante.

Par conséquent, plus il y a de globules sanguins dans l'état phlegmasique, moins il se produira de fibrine. On peut donc dire des globules qu'ils sont le frein de la fibrine dans les phlegmasies, de la même manière que l'on dit du sang qu'il est le frein des nerfs. *Sanguis moderator nervorum.*

Quand on en arrive à ces conclusions de physiologie pathologique, qui viennent si positivement incriminer la saignée dans les phlegmasies, on se demande involontairement si on est bien dans le vrai, et si on n'est pas trompé insidieusement par quelque fait mal interprété ou par quelque sophisme. Mais on se rassure bientôt quand on porte les yeux sur les précédentes statistiques, qui, bien que produites par des médecins différents, pratiquant dans des localités différentes, déposent toutes d'une manière uniforme et inflexible contre la saignée. Les cas de mort devaient tenir ici comme toujours à des hépatisations progressivement envahissantes, auxquelles vient brusquement s'ajouter une concrétion cardiaque ou une endocardite.

M. Bouillaud est, je dois le dire, et vous le savez tous, l'observateur qui a le plus insisté sur la coïncidence des endocardites et des concrétions cardiaques dans les maladies à couenne inflammatoire (2). Il soutient de plus que cette coïncidence est extrêmement fréquente chez ses malades. Ce dernier point d'observation surtout a été contesté; mais je l'accepte complétement. Seulement je suis forcé à regret de me séparer de M. le professeur Bouillaud quand il formule un système de saignées plus ou moins répétées pour combattre et pour prévenir ces redoutables effets de l'état phlegmasique du sang.

De tout ce que je viens de dire, faut-il conclure que la saignée doive être proscrite du traitement des phlegmasies? En thérapeutique, on ne fait jamais de proscription absolue.

La saignée doit être proscrite comme méthode curative et jugulante. D'abord, la saignée ne jugule pas les phlegmasies comme elle jugule les congestions pléthoriques des femmes grosses, et comme le tartre stibié jugule l'embarras gastrique. M. Louis, on doit se le rappeler, dit très-bien que dans ces prétendues *jugulations* des phlegmasies par les saignées, il y a eu erreur de diagnostic, c'est-à-dire une simple congestion prise pour une inflammation; ou bien, si la phlegmasie était réelle, elle aura été attaquée par la saignée au moment où elle allait spontanément se résoudre; combien, en effet, de ces prétendues guérisons se montraient-elles vers le septième jour de la maladie?

Toutefois la saignée, employée d'une manière sage et discrète, doit être conservée dans le traitement des affections inflammatoires.

On pourra tirer du sang, en petite quantité, dans les inflammations qui sont liées à la suppression d'un écoulement sanguin habituel, comme, par exemple, chez les femmes arrivées à la ménopause.

On pourra encore provoquer une légère émission de sang dans les inflammations, quand elles s'accompagnent de phénomènes intenses de réaction, tels que céphalalgie, somnolence, dyspnée, etc... La saignée procure alors du soulagement, comme simple moyen de déplétion. La saignée n'est pas alors curative; elle est simplement palliative, en attendant l'effort curatif de la nature.

Notons que cet effet de déplétion et de soulagement qui suit souvent les saignées, non-seulement dans les inflammations, mais encore dans une foule d'autres maladies, même dans l'hystérie, la chlorose, le scorbut, etc., les a mises en grande faveur auprès des malades et des médecins comme moyen curatif puissant et universel.

Comment, en effet, ne pas attribuer une faculté curative au moyen dont l'action procure souvent et immédiatement un certain bien-être au malade?

Cependant ce raisonnement, si légitime en apparence, peut induire facilement en erreur.

En effet, soit une maladie organique du cœur avec enrayement de la circulation. La dyspnée cardiaque que l'on observe alors, tenant à une plénitude anormale de sang dans l'organe pulmonaire, est diminuée presque à coup sûr par une soustraction de sang. En répétant cette soustraction, on peut produire chaque fois une déplétion qui soulage et qui souvent est demandée avec instance par le malade. Néanmoins ces soulagements répétés accélèrent singulièrement la fin du malade, à cause de la faiblesse qui a suivi progressivement les émissions de sang répétées. Et l'on est si convaincu des mauvais effets de ces saignées dans les maladies du cœur, qu'on y a généralement renoncé, malgré le soulagement éphémère qui souvent suit chacune d'elles.

Ainsi donc, le simple fait d'un soulagement consécutif à la saignée dans la phlegmasie, comme dans toute autre maladie, ne doit pas faire attribuer à cette saignée des effets curatifs, quand nous voyons les mêmes soulagements de déplétion survenir dans les maladies du cœur qui se terminent par la mort, et surtout quand on reconnaît que dans les mêmes maladies du cœur la mort a été hâtée par les saignées, malgré le soulagement éphémère qui a suivi chacune d'elles.

Et, par conséquent, pour en revenir à nos statistiques de mortalité dans la pneumonie, nous devons dire d'une manière générale que, puisque la mort a été plus fréquente chez les malades saignés que chez ceux qui ne l'ont pas été, la saignée a été cause de ces morts plus fréquentes, malgré le bien-être momentané qu'elle a pu procurer aux malades immédiatement après la déplétion sanguine.

Mais il sera bien entendu qu'avant de se décider, dans certains cas de phlegmasie, à ces saignées discrètes, rares et palliatives, il faudra prendre en grande considération l'état des forces, ou plutôt l'état du sang. Il faudra s'en abstenir si le sang est appauvri en globules, soit que l'on ait affaire à une phlegmasie secondaire, soit que, la phlegmasie étant primitive, elle se soit développée chez un individu affecté d'anémie notable.

On doit toujours se rappeler que, quand on saigne dans une phlegmasie confirmée, on diminue les globules et on augmente la fibrine; en d'autres termes, on affaiblit le malade et on augmente la maladie, en ayant au moins devant soi la perspective d'une longue convalescence avec l'anémie globulaire et tous ses dangers.

GANGRÈNE DU SCROTUM.

Élimination presque spontanée; infection purulente. — Guérison par les évacuants, le sulfate de quinine, le quinquina et le nitre.

Par M. Pauli, médecin-major du 90e régiment de ligne.

Dans un article publié par M. Eug. Nélaton dans le numéro du 30 juillet 1857, ayant pour titre: *Gangrène spontanée du pied; élimination spontanée; infection purulente; guérison par l'aconit et le sulfate de quinine*, ce médecin, à la fin de son intéressante observation, faisait un appel à ses collègues en ces termes: « C'est, du reste, aux observations ultérieures à éclaircir ce point intéressant de thérapeutique. » Croyant avoir par devers moi une observation qui répond à cet appel, je l'envoie, tout imparfaite qu'elle soit, faute de notes, et faite seulement de souvenir. Il reste, je crois, de cette observation, quoique à l'état d'ébauche, qu'en pareil cas, comme en beaucoup d'autres, tout en tenant compte du fond de la maladie principale, il ne faut point négliger de faire la médecine des symptômes, et qu'il faut prendre de tous les traitements ce qu'il y a de mieux approprié aux cas et aux diverses phases de la maladie, sans avoir une manière exclusive de traiter, l'éclectisme bien raisonné, quoi qu'on en puisse dire et penser, sauvant plus de malades d'un mauvais pas qu'une médecine à formule absolue.

Vers la fin du mois de novembre 1855, étant en garnison à Paris, dans le quartier de la place du Havre, je fus appelé pour donner mes soins à un cafetier des environs de la rue de la Pépinière, quelque peu connu de M. le docteur Bergeron, qui avait à cette époque un service de médecine à l'hôpital militaire du Roule. Cet homme, nommé G..., d'une quarantaine d'années, d'un tempérament lymphatique et un peu sanguin, marié, était, depuis environ dix jours, traité par un médecin du voisinage qui avait cru reconnaître une hernie inguino-scrotale du côté droit. Lorsque je le vis pour la première fois, après examen du siége du mal, ne rencontrant point trace de hernie, qui pouvait fort bien avoir pu exister avant ma visite, je crus reconnaître un érysipèle phlegmoneux du scrotum. Cet organe avait le volume d'une tête de fœtus à terme; il était d'un rouge violacé, très-tendu; il n'existait aucun indice de fluctuation, pouvant donner l'idée de l'existence d'une hydrocèle ou d'une affection des testicules.

Le sujet se plaignait de frissons intermittents et irréguliers; les téguments et surtout la conjonctive présentaient une teinte jaune ictérique. Le pouls était fréquent et plein, la peau sèche et brûlante; la langue fortement saburrale, d'un jaune sale; l'intelligence était quelquefois obscurcie par un délire tranquille, comme il arrive dans les formes adynamiques de certains états typhoïdes. De plus, je remarquai sur la peau du tronc, et disséminées çà et là, quelques taches pétéchiales purpurines. Pendant le cours du traitement, on observa quelques épistaxis, sans gravité toutefois. Les fonctions digestives étaient presque annihilées; il y avait une constipation opiniâtre. Le foie était assez hypertrophié pour déborder quelque peu le rebord des fausses côtes droites, avec sensation de douleur à la pression; la rate était restée tout à fait à l'état normal. Les urines étaient très-sédimenteuses; le précipité trouvé le matin au fond du vase était briqueté, formé presque exclusivement d'acide urique.

En face de ce cortége alarmant de symptômes, je diagnostiquai non-seulement un érysipèle phlegmoneux, mais encore un commencement d'infection purulente, et imminence de formation d'abcès métastatiques dans le foie.

Je commençai d'abord par administrer, dans ce jour et pendant les deux ou trois suivants, des purgatifs salins par le bas, en lavements, à la dose de 35 à 40 grammes de sulfate de soude, jusqu'à ce que la tête fût un peu dégagée; je fis appliquer des sinapismes à la partie interne des jambes, jusqu'à production de rubéfaction.

Craignant une gangrène du scrotum totale ou partielle, je prescrivis de l'onguent mercuriel double, à la dose de 30 à 60 grammes au moins, en larges onctions plutôt qu'en frictions, sur toute la surface du scrotum, recommandant bien de renouveler cette application topique le soir du même jour en cet endroit, et d'y laisser au moins un millimètre d'épaisseur. Le scrotum ainsi oint, fut ensuite coiffé d'une bonne couche de ouate maintenue par une compresse fixée à une bande passée sur les hanches en forme de ceinture de soutien. Ce jour encore, et pendant une grande partie de la durée de la maladie, prescription de tisane d'infusion de camomille nitrée et aromatisée avec du jus de citron; plus lavement émollient simple, comme presque tous les jours suivants, après avoir ou non provoqué des évacuations alvines, afin de maintenir la liberté du ventre, qui, du reste, a presque toujours conservé sa souplesse. Le lendemain ou le surlendemain, même traitement à peu près et diète complète.

Le troisième jour, fuliginosité des dents et de la langue, qui est croûteuse et parcheminée; apparition au scrotum d'une eschare de forme tout à fait ellipsoïde, occupant la ligne du raphé scrotal et mesurant dans son diamètre vertical au moins 10 centimètres et 5 dans son plus grand diamètre transversal. La ligne de délimitation de la gangrène ne me semblant pas encore bien nettement dessinée, je continuai le même traitement local et attendis au lendemain, quatrième jour, pour agir et aider le travail d'élimination. Le lendemain, cinquième jour, la gangrène étant bien limitée, je crus devoir, avec l'aide de M. Julliard, alors attaché au régiment en qualité de médecin aide-major requis, procéder au détachement de cette énorme ellipse gangrenée, d'une épaisseur d'un centimètre et demi. Cette portion gangrénée enlevée, les deux testicules apparurent recouverts seulement par le crémaster et la tunique vaginale.

Après avoir bien détaché les parties mortes et avoir vu qu'il n'y avait point d'autres complications dans l'intérieur du scrotum, les testicules étant très-sains, je procédai à l'avivement des bords de la plaie, tant avec le bistouri qu'avec les ciseaux. Je les rapprochai et les maintins au moyen de quatre sutures dites emplumées, en me servant de petits rouleaux de sparadrap de diachylon gommé.

Ce jour-là, lavement de sulfate de quinine à la dose de 1 gramme et demi à 2 grammes, et autant les jours suivants, tant que la fuliginosité persista.

Le lendemain, l'appareil de pansement, consistant en un simple linge fenêtré et cérato, de charpie recouverte d'une couche de ouate et d'une compresse s'attachant par-devant à une ceinture, était à peine taché par de la suppuration. Le pansement, à partir de cette opération, dura au plus une douzaine de jours; et dès le sixième jour une moitié des épingles était déjà enlevée, les autres l'ayant été successivement jusque vers le dixième jour, époque à laquelle la réunion était complète, et sans autre plaie que celles provenant des épingles, et qui étaient entièrement cicatrisées deux jours après.

Quant au traitement général, je crus devoir le formuler de la manière suivante. Le malade n'était-il point allé à la garde-robe dans la journée, la tête était-elle lourde et embarrassée, avec ou sans délire tranquille, et la langue saburrale, sans trace d'irritation gastrique, ordinairement je prescrivais au commencement un lavement purgatif de 35 à 45 grammes de sulfate de soude, suivi d'un lavement émollient, après effet produit du premier. Le nitre, ajouté à la tisane à la dose de 1 à 4 grammes, était employé là comme diurétique, à la façon de l'alcoolature d'aconit, ni plus ni moins.

Dans le cours et surtout vers la fin de la maladie, je remplaçai quel-

(1) *Ibidem*, p. 322.
(2) *Nouvelles recherches cliniques sur les concrétions sanguines formées dans le cœur. L'Expérience*, 2 mai, 30 mai 1839.

quefois les lavements de sulfate de soude tantôt par des pilules d'Anderson (gomme-gutte et aloès), au nombre de trois ou quatre ; et, lorsque la langue était chargée et la tête débarrassée, le pouls étant plus ou moins fébrile, je donnai quelquefois d'un grain à deux grains d'émétique à prendre d'un coup. La diète pendant ce temps a toujours été très-sévère, jusqu'à ce que la langue fût redevenue nette, ce qui n'a guère eu lieu que dans le dernier tiers du traitement, un mois ou trente jours à partir du jour de ma première visite.

La cicatrisation obtenue et la langue nettoyée, le malade ayant encore un reste d'ictère, quelques frissons irréguliers, un pouls petit et fréquent, des sueurs assez abondantes, surtout la nuit, je prescrivis la décoction de quinquina nitrée et l'usage de poudre de carbonate de fer, quelques bouillons maigres et d'un peu d'eau rougie.

Quelques jours après, environ le trentième jour du traitement, j'autorisai une alimentation de plus en plus confortable, remplaçant la décoction de quina par cent grammes de quina le matin, et la limonade gazeuse ou l'eau de Seltz, supprimant le nitre, à cause de la dissipation de l'ictère et du retour des urines à leur état naturel. On ajoute aux potages de la viande rôtie, et on fait prendre deux ou trois grands bains par semaine. Le malade n'est plus alité et se promène dans sa chambre, n'ayant plus depuis une dizaine de jours, comme pansement, qu'un suspensoir garni intérieurement d'un peu de ouate.

Lorsque dans le cours de la maladie, ainsi qu'on l'a vu plus haut, la fièvre de résorption était assez intense pour faire craindre un état comateux, trois ou quatre fois je n'hésitai point à faire administrer un lavement d'un gramme à deux grammes de sulfate de quinine.

En résumé, le malade a été radicalement guéri au bout de six semaines et se porte encore très-bien à l'heure qu'il est.

HERNIE OMBILICALE

contenant l'utérus chargé du produit de la conception.

Par M. le Dr A. Léotaud (de la Trinitad).

Le 21 octobre 1856, j'examine Marie l'Africaine, négresse de la tribu des Yarabas. Elle porte à la région ombilicale une tumeur qu'on reconnaît facilement être une hernie.

Cette tumeur présente assez exactement la forme d'une sphère à laquelle il manquerait une calotte à l'endroit où elle repose sur l'abdomen. Elle est sessile, et séparée des parois abdominales par un étranglement circulaire de 42 centimètres de pourtour. La tumeur elle-même mesure 62 centimètres dans sa plus grande circonférence.

La ligne blanche la partage en deux parties égales. La cicatrice ombilicale, entièrement effacée, mais reconnaissable à la couleur foncée des plis qui l'accompagnaient, se trouve à 4 centimètres au-dessous du sommet.

Cette tumeur est fluctuante et rend un son mat à la percussion. En déprimant ses parois, on reconnaît facilement qu'elle contient les parties supérieures et moyennes d'un fœtus de huit mois au moins, placé en position podalique. A l'auscultation, on entend clairement les bruits du cœur du fœtus.

Cette tumeur se réduit sans difficulté; mais la malade éprouve alors de la gêne dans la respiration. Après la réduction, on peut s'assurer que les bords de l'ouverture qui a donné passage à la hernie n'offrent aucune interruption dans le cercle qu'ils décrivent.

Les parois abdominales sont à l'état normal. La ligne blanche au-dessous de la tumeur n'offre aucune éraillure ; son étendue n'est diminuée que de la partie empiétée par la base de la tumeur.

Par le toucher, il est impossible d'atteindre le col de l'utérus. Les parois vaginales semblent être un peu tendues.

La santé générale laisse à désirer, mais la malade subit plutôt les conséquences des mauvaises conditions hygiéniques qui l'entourent que celles de l'infirmité qu'elle porte. Cependant il y a des douleurs assez pénibles aux aines, qui indiquent le tiraillement des ligaments ronds et qui forcent la malade à rester couchée.

Le 14 novembre, je suis appelé auprès de la malade, qui ressent les premières douleurs de l'enfantement. Pendant les contractions, je fais comprimer avec ménagement la tumeur pour en amener la réduction. Le travail marche avec la plus grande régularité. Il se termine par la naissance d'un enfant du sexe féminin, dont le développement annonce un accouchement tout à fait à terme. On peut même remarquer la vigueur et la fermeté des muscles de l'enfant. Les pieds s'étaient présentés les premiers.

C'était le quatrième enfant que cette femme mettait au monde. A ses deux premières grossesses, me dit-elle, elle avait vu se former à la région ombilicale une tumeur qui était restée assez petite, molle et facile à réduire. A la troisième grossesse, la tumeur avait pris plus de développement. Elle contenait un corps dur, et était souvent le siége de mouvements très-prononcés. Marie a toujours cru que ce corps dur, qui remuait de temps à autre, était constitué par les pieds de l'enfant qu'elle portait.

Dans ce cas, je n'ai point trouvé les caractères propres à l'obliquité antérieure de la matrice. Les parois abdominales, en dehors de la tumeur, avaient une direction naturelle, et leur distension rappelait celle qui existe chez la femme enceinte seulement de quatre ou cinq mois.

La forme arrondie de la tumeur, son étranglement au point d'attache, limitée à la région ombilicale et décrivant un cercle bien marqué, l'intégrité de la ligne blanche du point d'attache au pubis, excluaient toute idée d'éventration.

Après l'accouchement, la continuité que présentaient, sous forme circulaire, les bords de l'ouverture par où avait passé la hernie, le siége de cette ouverture entièrement limitée à la région ombilicale, représentée alors par l'ouverture même, me portaient à admettre, sans aucun doute, que l'utérus, chargé du produit de la conception, s'était échappé de la cavité abdominale par l'anneau ombilical même. L'anneau, certainement, ne s'était point oblitéré pendant l'enfance.

Je n'ai pu savoir à quelle époque de la grossesse l'utérus avait commencé à s'engager dans l'anneau. D'après la marche ordinaire de la grossesse, ce n'a pu être qu'à partir du cinquième mois accompli. A ce degré de développement que présente alors l'utérus, il semble impossible que l'anneau ombilical, libre normalement, puisse lui livrer passage. S'il en était autrement, l'utérus contenant un fœtus ferait assez souvent hernie chez les négresses; car parmi un grand nombre d'entre elles, comme je l'ai dit dans un mémoire (encore inédit) sur l'exomphale, l'anneau ombilical est tout à fait libre, et ses bords sont largement tiraillés et repoussés du centre, à chaque grossesse, par la distension des parois abdominales. Mais chez ma malade, deux premières grossesses dilatent largement l'anneau par la distension des parois de l'abdomen. A une troisième grossesse, le fond de l'utérus, sans doute modifié dans sa forme par la présence des pieds du fœtus, a pu s'accommoder des limites de l'anneau et pénétrer dans le sac herniaire. Les bords de l'anneau ont cédé graduellement à la force qui tendait après à les écarter de leur centre, et ont acquis un diamètre tel, qu'à la quatrième grossesse, malgré la position du fœtus, l'utérus a pu s'engager dans cette ouverture et constituer une véritable hernie ombilicale.

VAGINITE;

son traitement par la glycérine tannique.

Dans un long mémoire sur la glycérine et ses applications à la chirurgie et à la médecine, M. Demarquay expose le résultat de ses nombreuses expériences sur l'emploi de ce médicament. Nous extrayons de son travail le passage suivant, qui se rapporte au traitement de la vaginite :

Chacun sait combien la vaginite est une maladie rebelle et difficile à guérir ; nous croyons donc avoir bien fait en instituant contre cette maladie le traitement que nous allons faire connaître, et dont l'efficacité est telle que, depuis quatre ans que nous l'employons, nous n'avons pas encore rencontré un seul sujet réfractaire.

Ce traitement consiste en application de tampons imbibés de glycérine tannique ainsi formulée :

Glycérine.	100 grammes.
Tannin.	10 à 20

Le tannin est entièrement dissous par la glycérine, et il en résulte un topique d'une belle couleur brune tirant sur le jaune, transparent, d'une consistance demi-liquide, imbibant très-bien les tampons de charpie ou de coton, et après application, ne s'écoulant pas au dehors même dans la position verticale.

Le pansement se fait de la manière suivante :

Le spéculum étant introduit, une injection à grande eau est pratiquée afin d'enlever tout le muco-pus qui tapisse les parois vaginales, que l'on essuie avec un bourdonnet de charpie sèche placé au bout d'une longue pince. J'introduis alors un ou plusieurs tampons de ouate bien trempés dans la glycérine tannique, et par-dessus un tampon sec destiné à retenir les gouttelettes qui tendraient à s'échapper. Je retire le spéculum, et les choses restent ainsi jusqu'au lendemain matin. Les tampons sont alors enlevés, la malade ayant pris un bain simple ; et je renouvelle le pansement, qui est exactement semblable à celui de la veille. Quatre ou cinq pansements suffisent pour amener une guérison complète et définitive. Cependant, par simple mesure de précaution, je conseille à la malade de faire encore pendant une semaine, à partir de la dernière application du glycérolé de tannin, deux ou trois injections par jour avec une décoction de feuilles de noyer additionnée de 4 grammes d'alun par litre.

Il est des cas dans lesquels notre pansement ne peut être immédiatement appliqué à cause de l'acuité de l'inflammation qui ne permet pas l'introduction du spéculum. Je commence alors par calmer les accidents inflammatoires par un régime approprié, des bains, des injections émollientes fréquemment répétées.

Fait dans les conditions que nous avons spécifiées, notre tamponnement non-seulement n'est pas douloureux, mais même ne gêne que très-peu les malades. Celles-ci peuvent se lever et rester debout une partie de la journée.

L'effet local du glycérolé de tannin se traduit par les signes suivants : coagulation du muco-pus à mesure qu'il est sécrété, décoloration de la muqueuse vaginale, qui perd sa rougeur inflammatoire, siccité des parois vaginales et resserrement de ces parois, disparition de la douleur et de l'écoulement.

J'ai eu souvent occasion d'appliquer ce traitement à la Maison municipale de santé et dans ma clientèle privée, et, je le répète de nouveau, je n'ai pas vu, dans l'espace de quatre ans, un seul cas de vaginite qui s'y soit montré rebelle.

Plusieurs praticiens l'ont employé avec le même bonheur que nous, et nous ne doutons pas que, exécuté suivant les règles que nous avons tracées, il ne donne entre toutes les mains les résultats que nous obtenons chaque jour.

M. Aran a expérimenté la glycérine simple en injections dans le vagin et la matrice, contre les ulcérations du col et le catarrhe utérin. Les injections dans la matrice étaient très-douloureuses, de sorte qu'il a fallu y renoncer. Ces essais ayant été faits à la glycérine, il est possible que la douleur qu'éprouvaient les malades de M. Aran tînt à l'impureté du produit. Ce serait donc un point à vérifier de nouveau, aujourd'hui que nous avons de la glycérine pure.

Pour les ulcérations du col, elles n'ont pas été modifiées sensiblement. Nous avons essayé, de notre côté, dans ces affections, l'application de tampons enduits de glycérine simple ; les résultats nous ont aussi paru si peu tranchés que nous n'avons pas continué ce mode de traitement. (*Gaz. méd.*)

TRAITEMENT DU MUGUET.

Par M. Natalis Guillot.

Le traitement employé par M. le professeur N. Guillot depuis des années pour guérir le muguet est fort simple et d'une efficacité constante, c'est-à-dire que par lui on détruit à coup sûr le cryptogame jaune parasitaire, sans modifier en rien l'état général.

Après s'être enveloppé un doigt d'un morceau de toile un peu dure, on s'en sert pour frotter avec une certaine rudesse toute la bouche de l'enfant, de façon à en bien nettoyer tous les recoins et à enlever tout ce qui existe du produit étranger, qui, du reste, se laisse facilement détacher.

Lorsqu'on est assuré que tout s'est enlevé, on promène légèrement le crayon de nitrate d'argent sur la langue et sur les parois de la bouche.

Les enfants supportent très-bien cette petite opération, pendant laquelle on a besoin de faire tenir les mâchoires écartées par un aide. Après avoir crié quelques instants, les petits opérés se calment, et ils prennent le sein volontiers, sans paraître se ressentir de ce qui leur a été fait.

Le plus souvent, la guérison est complète après une seule application de ce traitement; plus rarement il se produit un peu de muguet les jours suivants, mais on le fait disparaître par le même procédé. Il est tout à fait exceptionnel que l'on soit obligé d'y recourir une troisième fois. (*Répert. de pharm.*)

LIMONADE FERRUGINEUSE,

Préparée par M. Bordo, pharmacien à Perpignan.

Je prends vingt parties de bitartrate de potasse, huit parties de peroxyde de fer hydraté et une d'iode pur; je fais un tartrate de potasse et de fer ioduré solide, par les procédés ordinaires; je fais ensuite dissoudre 3 grammes de ce nouveau sel dans 60 grammes d'eau distillée chaude ; je filtre, et mets cette solution dans une bouteille d'un litre, et j'achève immédiatement de remplir d'eau saturée de gaz acide carbonique par l'appareil à eaux minérales de Savaresse.

Jusqu'à ce jour, presque toutes les préparations ferrugineuses ont été administrées à l'état solide, soit en pastilles ou en pilules; mode d'emploi que la plupart des estomacs, déjà faibles ou malades, ne peuvent supporter. Cette limonade jouit au plus haut degré des propriétés emménagogues ; elle combat admirablement les affections tuberculeuses, comme la phthisie, les engorgements scrofuleux, la chlorose, l'aménorrhée, l'anémite ; elle réussit très-bien contre le goître, le rachitisme, etc., et c'est un excellent fortifiant. On peut encore s'en servir extérieurement, comme un bon astringent et résolutif, dans les contusions et les entorses. (*Répert. de pharm.*)

COLLODION RICINÉ CONTRE LES BRULURES.

Par M. Swain.

M. Swain rapporte trois observations de brûlures au deuxième et au troisième degré, traitées par les applications de collodion riciné (une partie d'huile sur deux de collodion). On renouvelle la couche de collodion deux ou trois fois par jour, jusqu'à ce que la suppuration soit franchement établie, puis on applique des cataplasmes jusqu'à ce que les surfaces suppurantes soient complétement détergées, et l'on panse au liniment oléo-calcaire jusqu'à cicatrisation complète.

Ce traitement a été expérimenté sur une large échelle au *King's College Hospital*, et a donné des résultats très-avantageux. Le collodion préserve les parties brûlées du contact de l'air sans les dérober à la vue, et son odeur mitige les émanations désagréables des brûlures. Il calme ordinairement les douleurs en quelques instants ; dans tous les cas où il a été mis en usage, les eschares ont paru être beaucoup moins profondes que d'habitude. (*British Medical Journal* et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 septembre 1859. — Présidence de M. Roche.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements du Cher, de la Mayenne et de l'Hérault. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur les propriétés de la teinture alcoolique de saponine

comme intermède pour émulsionner les substances insolubles dans l'eau et solubles dans l'alcool, et sur l'emploi de l'émulsion de coaltar saponiné pour panser les plaies gangréneuses et autres de mauvais caractère, par M. le docteur J. Lemaire, de Paris, et M. Lebeuf, pharmacien à Bayonne. (Commissaires : MM. Larrey et Velpeau.)

2° L'observation d'un cas de résection complète du maxillaire supérieur gauche suivie de guérison, par M. le docteur Da Costa, de Rio-Janeiro. (Commissaires : MM. Jobert et Huguier.)

3° Un travail de M. le docteur Anselmier, intitulé *De la recherche des corps étrangers, de fer, d'acier ou de fonte, au moyen de l'aiguille aimantée.* (Commissaires : MM. Gavarret et Jobert.)

4° Une lettre de M. Caron du Villars, qui sollicite le titre de correspondant.

5° Une note de M. le docteur Cambay, médecin à l'armée d'Italie, sur l'emploi du perchlorure de fer en solution comme spécifique de la pourriture d'hôpital. (Commissaires : MM. Larrey et Velpeau.)

M. LARREY, à l'occasion de cette communication, fait observer que des essais de ce genre ont été faits sous ses yeux depuis longtemps par M. Salleron, actuellement médecin en chef du grand hôpital de Turin.

6° M. le docteur Blandet communique la description d'un instrument qu'il nomme métro-pompe, et dont il propose l'emploi dans les maladies de l'utérus. (Commissaires, MM. P. Dubois et Danyau.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce que, M. Trousseau ne pouvant pas assister à la séance, la discussion sur la chorée est remise à la séance prochaine.

RAPPORTS.

M. H. BOULEY lit un rapport sur les réclamations de M. Dumesnil, à propos du mémoire de M. Labourdette sur l'administration des médicaments par voie d'assimilation digestive. De l'examen et de la discussion des documents annexés au rapport, M. Bouley conclut qu'il n'y a pas lieu de faire droit aux réclamations de M. Dumesnil, et propose le maintien pur et simple des conclusions de son rapport sur le mémoire de M. Labourdette.

Après un échange d'explications entre MM. Ferrus, Bouley et M. le rapporteur, M. le secrétaire perpétuel fait remarquer que ce rapport est fait au nom personnel de M. Bouley, et qu'il n'a pas été communiqué, ainsi que cela aurait dû être, aux autres membres de la commission, faute de quoi il y a lieu de surseoir au vote des conclusions.

En conséquence, le rapport est renvoyé à la commission.

Empoisonnement par le phosphore. — M. POGGIALE, en son nom et au nom de MM. Chevallier et Devergie, donne lecture d'un rapport sur un mémoire lu par M. O. Réveil, dans la séance du 14 juin dernier, et intitulé : *Sur l'empoisonnement par le phosphore.*

Après avoir examiné les diverses questions qui se rattachent à l'empoisonnement par le phosphore, M. le rapporteur résume son rapport en ces termes :

1° Le phosphore enflamme les tissus qu'il touche, il peut même les brûler et les désorganiser. Dans ce cas l'inflammation qu'il détermine suffit pour rendre compte de la mort.

2° Mais ces accidents ne sont pas une condition indispensable pour que le phosphore produise la mort. Il résulte, en effet, d'un grand nombre d'expériences, que des animaux, après avoir pris des quantités considérables de phosphore, n'ont présenté aucune trace d'inflammation. Dans ce cas, nous admettons qu'il est absorbé soit à l'état de corps simple, soit sous la forme d'une combinaison acide.

3° Les acides du phosphore ne sont pas vénéneux ; ils ne déterminent, comme les acides puissants, des accidents graves que lorsqu'ils sont concentrés.

4° Le phosphore introduit dans l'économie donne lieu à des accidents variables suivant qu'il est fondu dans l'eau, dissous dans les huiles, sous forme de poudre ou en cylindres.

5° Dans la recherche du phosphore dans les cas d'empoisonnement, il importe avant tout de s'assurer si les matières suspectes contiennent du phosphore à l'état de liberté. Si on ne parvient pas à l'isoler, on doit chercher à produire le phénomène de la phosphorescence à l'aide de la méthode de M. Mitscherlich.

6° On recherche et on dose ensuite l'acide phosphorique et les acides inférieurs du phosphore. L'expert ne doit se prononcer que lorsqu'il a reconnu la présence du phosphore en nature ou par les lueurs phosphorescentes.

7° Le nombre des empoisonnements par les pâtes phosphorées et par les allumettes chimiques se multiplie tellement depuis quelques années, qu'il importe de prendre les mesures les plus sévères pour remédier à ce danger. Nous exprimons le vœu que dans la fabrication des allumettes chimiques on substitue au phosphore ordinaire le phosphore rouge, qui n'est pas vénéneux.

M. le rapporteur propose, pour conclusion, d'adresser des remercîments à M. Réveil.

MM. DESPORTES, LAGNEAU, MOREAU et FERRUS échangent quelques questions avec M. le rapporteur, qui se défend de n'avoir pas traité les divers points de physiologie ou de thérapeutique qui lui sont signalés, par cette raison qu'il n'avait à s'occuper dans son rapport que de la question de l'empoisonnement.

Sur la proposition qui en est faite par M. Dubois (d'Amiens), et que l'Académie appuie, une copie textuelle du rapport de M. Poggiale sera envoyée au ministre de l'agriculture et du commerce.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 août 1859. — Présidence de M. GUERSANT, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Rapport sur une candidature. — M. ELLEAUME lit un rapport sur la candidature de M. Mallez, qui a présenté dans la séance dernière un nouvel uréthrotome et lu une note sur cet instrument.

M. Elleaume propose, au nom de la commission composée de MM. Bossu, Mattei et lui, l'admission de M. Mallez comme membre titulaire.

On procède au vote, et M. Mallez est élu membre titulaire.

Traitement des affections glaucomateuses par l'iridectomie. — M. COURSSERANT désirait depuis longtemps entretenir la Société de quelques faits relatifs à cette question ; mais pendant que des travaux déjà mis à l'ordre du jour le forçaient à différer sa communication, l'*Union médicale* publiait deux articles sur cette matière, à laquelle aucun journal de médecine français n'avait encore jusqu'à ce jour ouvert ses colonnes. Cependant, quoique les considérations développées dans le journal ci dessus mentionné soient venues enlever une partie de l'intérêt d'actualité qu'une discussion sur ce sujet pouvait présenter au sein de la Société de médecine pratique, M. Coursserant aime à penser que ses collègues voudront bien lui permettre de dire quelques mots de l'opération dite de Graefe, de Berlin.

C'est, en effet, à cet ophthalmologiste distingué que la science doit la découverte d'un remède à une affection qui, la plupart du temps se jouant de toutes les ressources de la thérapeutique, faisait le désespoir des malades et des médecins.

Dans le glaucome à marche chronique, alors que la transparence des milieux réfringents permet encore à l'observateur d'explorer le fond de l'œil au moyen de l'éclairage ophthalmoscopique, Von Graefe remarqua le battement spontané, isochrone aux pulsations artérielles, des vaisseaux centraux de la papille du nerf optique; bien plus, comme ce pouls artériel rétinien coïncidait, d'un côté, avec une dureté notable du globe, et qu'il pouvait être observé, d'un autre côté, sur un œil sain, au moyen d'une pression légère exercée sur cet organe, le médecin de Berlin pensa avec juste raison qu'il existait une relation de cause à effet entre la résistance anormale du globe et la pulsation des vaisseaux papillaires de la rétine. En outre, s'élevant à l'idée que l'iris tendu au-devant de la capsule et du cristallin, auxquels il adhère le plus souvent par des fausses membranes, pouvait être une cause de compression pour le système vasculaire intra-sclérotidien, il excisa une portion de l'iris ; et quel ne fut pas son étonnement de voir le pouls rétinien cesser, les douleurs concomitantes du glaucome disparaître, et la vision, presque entièrement perdue chez quelques malades, se rétablir dans des limites que personne n'aurait osé espérer en pareille et si grave occurrence. Les observations suivantes mettront en pleine lumière les ressources immenses que la chirurgie oculaire peut trouver dans cette excision d'une portion de l'iris. Quelques-unes démontreront, en outre, quelle influence heureuse cette opération peut exercer sur la vascularisation anormale de la cornée, sur la marche des hydropisies sous-rétiniennes et sur les épanchements de nature diverse que l'ophthalmoscopie nous a appris à reconnaître dans le corps vitré; bien plus, l'iritis chronique, si rebelle à tous les traitements, sera en quelques jours arrêtée par cette opération, aussi grande par ses résultats qu'elle paraît simple dans son exécution.

Glaucome chronique. — Diminution considérable de la vision. — Excision de l'iris. — Rétablissement de la vision.

Mme F..., âgée de quarante-deux ans, a entièrement perdu la vue de l'œil gauche par suite d'une affection dite cataracte glaucomateuse par tous les médecins et les oculistes qui lui ont donné des soins. Depuis quelques années, elle accuse des douleurs sourdes dans l'œil droit, douleurs s'irradiant à l'arcade fronto-orbitaire. La vision s'affaiblit sensiblement d'année en année ; mais depuis quelques mois, les douleurs étant devenues plus vives, la malade a vu la faculté visuelle décroître de jour en jour, de telle sorte qu'elle s'est trouvée en peu de temps dans l'impossibilité absolue de pouvoir sortir seule.

Au premier examen qui fut fait, le globe oculaire présenta les particularités suivantes :

1° Une dureté anormale, pathognomonique, pour ainsi dire, du glaucome ;

2° Plusieurs vaisseaux variqueux rampant à la surface de la sclérotique ;

3° Teinte un peu louche, obscure, *morte*, pour ainsi dire, de la cornée ;

4° Pupille irrégulière avec quelques adhérences à la capsule;

5° Corps vitré sensiblement trouble, *jumenteux*, avec corpuscules flottants dans ses aréoles, et permettant néanmoins à l'examen ophthalmoscopique de noter la *pulsation spontanée* des vaisseaux centraux de la papille du nerf optique.

L'excision d'une portion de l'iris ayant été pratiquée en peu de jours, la vision éprouva une amélioration notable, la cornée recouvra sa teinte brillante, la suffusion du corps vitré disparut entièrement; les corps flottants qu'il tenait en suspension furent entièrement résorbés ; dès le cinquième jour après l'opération, l'ophthalmoscope signala la cessation complète du battement *rétinien*; les douleurs cessèrent comme par enchantement, et en moins d'un mois la malade pouvait non-seulement sortir et circuler seule, mais elle pouvait encore lire dans un livre imprimé en caractères d'une dimension moyenne.

MM. MATTEI et DUPERTUIS présentent quelques observations sur la nature et le traitement des ophthalmies et sur le mode d'agir de l'iridectomie; mais M. Coursserant devant communiquer la suite de ses observations, et l'heure étant trop avancée, la reprise de la discussion est remise à une des séances prochaines.

Gangrène des membres dans la fièvre typhoïde. — M. TERRIER rend compte du *Bulletin de la Société des hôpitaux*, où l'on remarque un rapport très-intéressant de M. Béhier sur un mémoire adressé à la Société par M. Bourgeois (d'Étampes), ayant pour titre : *De la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde.* Les deux observations servant d'objet à ce mémoire sont attribuées par l'auteur, l'une à une fièvre inflammatoire typhoïde bilieuse, l'autre à une fièvre muqueuse.

L'intérêt qui s'attache aux gangrènes spontanées, surtout chez les jeunes sujets, devait tout naturellement attirer l'attention du rapporteur sur l'ensemble des symptômes qui ont précédé ou accompagné ces deux affections. Suivant le rapporteur, l'absence de quelques-uns des symptômes propres à la fièvre typhoïde permettrait de douter de l'interprétation donnée par M. Bourgeois à ces deux observations.

La complication signalée par M. Bourgeois était un fait assez extraordinaire pour se demander si notre confrère d'Étampes n'avait pas pris l'effet pour la cause. On sait qu'il est assez fréquent de rencontrer des affections locales aiguës graves, accompagnées de symptômes typhiques; il est également fréquent de voir les mêmes affections inflammatoires précédées pendant plusieurs jours d'un ensemble de phénomènes typhoïdes qui se prolongent ou cessent après l'apparition ou la manifestation extérieure des phlegmasies locales, véritable cause de tous les phénomènes typhoïdes; et l'on prend trop souvent l'ensemble des phénomènes généraux pour l'affection principale, et l'affection locale comme la crise ou le dénoûment d'une fièvre typhoïde.

Plusieurs faits du genre de ceux rapportés par M. Bourgeois avaient été déjà signalés, et tous aussi douteux que les deux cas racontés par notre confrère. On sait bien que la gangrène est une conséquence fréquente de la fièvre typhoïde ; mais ce sont des gangrènes partielles sur le tronc, sur les membres, et non pas cette gangrène sèche de tout un membre signalée par M. Bourgeois.

Cette gangrène spontanée de tout un membre peut être précédée et accompagnée de phénomènes typhoïdes, soit que la gangrène ne s'accompagne pas d'œdème du membre, soit qu'il y ait œdème du membre, écoulement sanieux, en un mot, gangrène humide; mais cette gangrène spontanée peut aussi, dans quelques cas, n'être compliquée d'aucuns phénomènes généraux remarquables, et survenir assez lentement pour ne pas donner lieu à des symptômes fébriles avant le moment où commence le travail d'élimination des parties sphacélées.

Ces sortes de gangrène, qui ont pour caractère commun l'arrêt de la circulation dans toute la partie lésée, tiennent le plus souvent à un obstacle dans la circulation artérielle ou veineuse, l'obstacle pouvant se trouver dans les artères seulement et produire la gangrène sèche, ou dans les veines et produire la gangrène humide avec œdème. La cause de ces oblitérations, qu'il y ait ou non des caillots adhérents dans les vaisseaux, doit être rapportée, suivant Dupuytren, à l'inflammation des vaisseaux artériels, compliquée ou non de phlébite.

Le rapporteur, M. Béhier, après avoir démontré que les observations de M. Bourgeois auraient été classées parmi ces gangrènes s'il avait fait l'autopsie des membres du petit malade qui succomba aux progrès de la maladie, ajoute que les phénomènes typhoïdes qui accompagnent les gangrènes manquent d'un certain nombre des caractères de la fièvre typhoïde ; en sorte qu'il convient de rapporter ces phénomènes typhoïques à la gangrène, et qu'il ne faut pas considérer la gangrène comme une complication de la fièvre typhoïde.

M. LEGROUX a fait observer, à cette occasion, que l'oblitération artérielle était plus souvent la suite d'un état morbide général que d'une affection locale, et se rencontrait plus particulièrement après les fièvres rhumatismales ou pneumoniques, si le cœur avait participé à l'inflammation; son opinion paraissant confirmée par les autopsies, où l'on a rencontré des caillots sur différents points du système artériel.

Le secrétaire adjoint, Dr ELLEAUME.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Viret, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Quatremares (hommes), près Rouen, vient d'être nommé médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Lizier (Ariége).

— M. le docteur Achille Foville a été nommé médecin-adjoint de l'asile de Quatremares, en remplacement de M. Viret.

— Une mort prématurée vient d'enlever à la médecine, qu'il honorait, et à sa nombreuse clientèle, chez laquelle il laisse de profonds regrets, M. Jean-Baptiste-Ulysse Désert, docteur en médecine à Gevrey-Chambertin (Côte-d'Or).

M. Désert était âgé de 59 ans, il exerçait la médecine à Gevrey depuis trente-trois ans. Pendant le cours de cette longue carrière, il s'est constamment fait aimer et apprécier par son dévouement à ses malades et par son habileté comme médecin.

— Un docteur d'Anhalt-Kœthen (Allemagne) était dans l'habitude de faire avaler le vaccin aux enfants au lieu de le leur inoculer ; puis il leur délivrait un certificat de vaccine. L'autorité vient de l'avertir que, s'il persiste dans cette pratique, il s'exposera à être poursuivi comme ayant donné de faux certificats.

— Les colonies anglaises, en Amérique, à l'exemple de la métropole, ont appliqué le *Registration-Act*, c'est-à-dire qu'elles ont arrêté qu'aucun individu ne serait autorisé à exercer la médecine s'il ne s'était fait porter sur le *Registre*, où l'on ne peut être inscrit qu'après avoir exhibé son diplôme. A la Nouvelle-Brunswick l'exécution de cette mesure a soulevé quelques difficultés. Un homœopathe a prétendu se faire inscrire sur la présentation d'un *homœo-diplôme* (textuel), et comme on l'a refusé, il est maintenant en instance devant la justice du pays.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Le Code des jeunes mères, traité théorique et pratique pour l'éducation physique des nouveau-nés, par M. le docteur A. CARON. Un volume in-8°. Prix : 3 fr. 50 c. Chez l'auteur, 22, rue du Bouloi, et chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Les anciennes maisons de Paris. *Livraison du jour.* — Rue de l'Ecole-de-Médecine : le collége d'Ainville, Ecole de chirurgie, Ecole de dessin, collége de Bourgogne, Prémontrés ; Cordeliers, Marat, Charlotte Corday, histoire de la Tourelle, étaux de bouchers, Legendre, passage de la Treille, café des Comédiens ; — rue d'Ecosse ; — rue d'Enfer : Mme de Maintenon, les Vendôme, Mme de Navailles, Mme de Graffigny, Le Feuvre, le duc de Chaulnes, Carmélites, Port-Royal, Oratoire, Marie-Thérèse, l'Archer, Chartreux, Feuillants, les Marillac, Séminaire Royer-Collard ; — rue de l'Eperon. — Prix de la livraison, 1 fr. 60 ; prix de l'ouvrage, 96 fr. — Paris, chez Rousseau, éditeur des *Poésies de Lefeuve*, boulevard de la Madeleine, 15.

Recherches sur les néo-membranes et les kystes de l'arachnoïde, par M. le docteur DANIEL BRUNET. In-4°. Chez Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 106. — SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 106. — SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Paralysie ascendante aiguë.

Il y a plus de cinq ans, dans le numéro du 25 février 1854, nous rapportions dans la *Revue* le fait d'une jeune femme atteinte d'une variole confluente, et qui, pendant la période de desquamation, fut prise brusquement d'une paralysie qui envahit successivement les membres inférieurs, la vessie et le rectum, gagna progressivement de bas en haut les membres supérieurs, tous les muscles du tronc, les muscles respiratoires, et amena finalement la mort par une véritable asphyxie. L'autopsie, faite avec le plus grand soin, ne révéla pas la moindre lésion appréciable dans toute l'étendue de l'axe cérébro-spinal. A l'occasion de ce fait, nous recueillîmes peu de temps après un certain nombre de cas analogues, mais analogues seulement en ceci qu'il s'agissait bien de paralysies sans lésions des centres nerveux, mais de paralysies partielles plus ou moins étendues, et ayant conservé le même caractère jusqu'à la mort des malades; tandis que dans le sujet de notre observation, la paralysie ayant débuté par les extrémités, avait successivement et rapidement progressé de bas en haut. Aussi, en présence de ce défaut de similitude, disions-nous alors que la question de doctrine soulevée par l'observation de cette jeune femme ne pourrait être abordée qu'autant qu'on aurait pu grouper un certain nombre d'autres faits semblables, et qu'on ne s'exposerait pas à se voir opposer l'argument de l'*exception*. Un fait semblable vient d'être observé dans des conditions qui ont permis d'en étudier avec le plus grand soin toutes les phases et toutes les particularités.

Voici ce fait, dont M. le docteur O. Landry a fait l'objet d'une communication très-intéressante dans la *Gazette hebdomadaire*.

Un homme âgé de 43 ans, entre le 1er juin dernier à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gubler. Cet homme, d'une constitution chétive, avait vu dans le cours de l'année 1858-59 sa santé compromise par une série à peine interrompue d'affections de plus en plus sérieuses. En juillet 1858, il fut pris subitement d'un frisson, suivi de fièvre, de malaise général, puis de symptômes vagues mal définis, qui cessèrent peu de temps, puis reparurent pour faire place à leur tour à d'autres phénomènes morbides sans caractère bien tranché. Bref, dans les premiers jours de mai, il commença à ressentir des fourmillements aux extrémités des doigts et des orteils, avec une faiblesse générale. Il put venir cependant, le 1er juin, de Boulogne-sur-Seine à l'hôpital Beaujon à pied. Le 13 du même mois, il s'aperçut qu'en marchant ses genoux fléchissaient souvent. Le lendemain ses pieds lui paraissaient plus lourds, comme collés au sol, difficiles à lever. Depuis quelques jours déjà les fourmillements avaient gagné la totalité des pieds, et graduellement les jambes et les cuisses. Aux membres supérieurs des doigts où ils étaient limités d'abord, ils s'étaient propagés jusqu'aux bras. Les jours suivants la marche devint de plus en plus difficile. Le malade ne pouvait pas lever les jambes. Leurs mouvements de propulsion étaient lents et se faisaient en traînant le pied sur le sol. Enfin, le 17 juin, il ne peut plus ni marcher ni se tenir debout. Quand il essaye de marcher, ses mouvements sont lents et mous, ses pieds ne quittent pas le sol et sont ramenés en avant en rasant le plancher. Au lit, il ne peut soulever ni l'un ni l'autre membre. C'est avec peine qu'il parvient à fléchir la cuisse sur le bassin. Etant sur le dos, il cherche inutilement à se mettre sur le côté. Les mouvements des membres supérieurs sont peu modifiés; il se sert des doigts et des mains avec une vigueur suffisante pour s'accrocher et se soutenir aux personnes qui l'aident à marcher. Du reste, pas de fièvre; nulle douleur ni dans les membres ni le long de l'axe vertébral; pas de céphalalgie, pas de contracture, ni de mouvements fibrillaires, ni de mouvements convulsifs réflexes. Sensibilité seulement un peu obtuse à la plante des pieds. Intelligence normale. Peu d'appétit, mais aucun trouble des voies digestives.

Le 20 juin, la paralysie du mouvement n'a pas cessé d'augmenter dans les parties déjà envahies, et de se propager à celles qu'elle avait d'abord respectées. Les fourmillements se font maintenant sentir autour du thorax et à la base du cou. Le malade se plaint d'un peu de gêne de la respiration, d'une sorte de constriction pénible du thorax. En examinant la poitrine, on reconnaît que les côtes sont soulevées en bloc, et que leurs mouvements individuels sont très-bornés.

Le 21, la paralysie du mouvement est à peu près générale, et d'autant plus prononcée qu'on s'éloigne davantage de la tête. Le diaphragme lui-même participe manifestement à la paralysie; au moment de l'inspiration, l'épigastre s'excave fortement et se soulève dans l'expiration. La respiration est gravement compromise, l'ampliation de la poitrine étant incomplète à la fois par défaut de mouvement des côtes et du diaphragme. Dysphagie, difficulté de la mastication et de la prononciation, mais sans tremblement des lèvres ni de la langue. En un mot, les mouvements, qui ne sont pas encore complétement abolis, sont mous, lents, peu étendus, mais partout bien mesurés et bien coordonnés. En aucun point on n'observe ces oscillations, ces tremblements, ces contractions déréglées qui appartiennent à la paralysie générale des aliénés ou à la paralysie du sens musculaire. L'irritabilité musculaire est partout normale; les muscles, peu volumineux, ne paraissent pourtant pas atrophiés; enfin, les cordons nerveux accessibles à l'électricité restent tous excitables.

La sensibilité est beaucoup moins compromise que la motilité; les sensations de douleur et de température ne sont modifiées nulle part, la sensation d'activité musculaire n'est abolie que dans les muscles des pieds et des orteils. Le malade accuse dans les membres paralysés, principalement aux extrémités, un sentiment de torpeur ou d'engourdissement qu'il compare à l'effet d'un froid intense. En effet, ces parties, quoique bien couvertes et malgré la température élevée de la saison et la rapidité du pouls (85 à 90), sont évidemment froides. Les sens spéciaux sont tous normaux; l'intelligence est intacte; l'état général ne présente d'ailleurs rien d'alarmant en apparence; la physionomie du malade est calme, et c'est à peine si au premier abord on remarque la dyspnée dont il se plaint.

Cependant, dans le courant de la journée, les accidents se sont aggravés à tel point que vers quatre heures la dyspnée était extrême, la parole très-entrecoupée et faible; la face et le cou étaient légèrement cyanosés et couverts d'une sueur froide. Le malade se plaignait d'un obstacle à l'entrée de l'air par la bouche et les narines, et accusait une sensation de constriction au niveau du larynx. A cinq heures, après avoir fait de vains efforts pour avaler, il se fait mettre sur son séant, mais au bout de quelques instants il s'affaisse, pâlit et meurt, *huit jours après le début de la paralysie.*

On avait opposé à cet état, mais sans aucun succès, comme on a pu en juger, des frictions sur les membres avec le liniment volatil térébenthiné, l'électrisation, les toniques (quinquina), et une alimentation substantielle.

L'autopsie a été faite avec le plus grand soin et les plus minutieuses recherches. On a été jusqu'à examiner au microscope des segments de la moelle prise à diverses hauteurs. Il serait superflu de rappeler ici les détails de cette autopsie; il nous suffira de dire que les résultats de cet examen si scrupuleux, fait en quelque sorte avec le secret désir de découvrir la cause organique ou matérielle de la paralysie, ont été complétement négatifs; que l'axe cérébro-spinal, avec ses annexes, était dans toute son étendue et dans toutes ses parties d'une intégrité parfaite.

Ainsi, pour nous résumer, voilà un exemple de paralysie rapidement généralisée et terminée par la mort en peu de jours, que rien n'explique à l'autopsie, et dont aucun symptôme ne pouvait faire soupçonner au début le fatal et rapide dénoûment; paralysie qui diffère essentiellement par sa marche et ses caractères de la paralysie générale avec ou sans aliénation, et à laquelle il faut en quelque sorte donner une place nouvelle en nosologie. Nous avons commencé par établir sa ressemblance avec le fait cité par nous en 1854; M. Landry a recueilli, de son côté, tout ce qu'il a pu trouver dans ses souvenirs ou dans ses recherches bibliographiques de faits analogues, et il a pu ainsi, à l'aide d'un groupe d'une dizaine de faits qui lui ont paru se rattacher à la même origine, tracer une première esquisse de ce genre d'affection sous le nom de *paralysie ascendante aiguë.* L'exposé du résultat de cette étude sera l'objet d'un nouvel article.

De l'héméralopie et de sa fréquence relative en France et dans les pays septentrionaux.

L'observation d'héméralopie qui nous a été communiquée par M. le docteur Ricordeau, de Nantes, et que nous avons publiée dans la dernière *Revue* (numéro de septembre), et surtout les quelques réflexions qui la précèdent, ont fourni à M. le docteur Barre, de Troyes (autrefois de Montpellier), le texte d'une petite dissertation clinique sur ce sujet. Nous la mettons avec d'autant plus de confiance sous les yeux de nos lecteurs, que M. Barre, déjà connu d'un grand nombre d'entre eux sans doute par d'utiles publications, paraît avoir fait de cette question l'objet d'une étude particulière.

Il n'est pas tout à fait vrai, je crois, nous écrit notre confrère, de dire que « l'héméralopie est une maladie très-rare en France et dans les pays septentrionaux. » C'est du moins ce qui me paraît résulter des nombreuses recherches statistiques auxquelles je me suis livré à cet égard. Sans remonter aux trois années de noviciat que j'ai passées à l'hôpital militaire de Lille (1846 à 1849), en qualité de chirurgien-élève, et où j'en ai pu observer un bon nombre dans les services de MM. Maillot et Murville, passant sous silence des faits assez curieux observés en Afrique, en Egypte, en Syrie, en Crimée, etc., je pourrais invoquer, par exemple, un article de M. le docteur Guépin fils, publié dans les *Annales d'oculistique* (t. XXXIX, p. 48), et où il dit que chaque année il se présente au dispensaire de son père un, deux ou trois cas d'héméralopie *contractée dans les pays chauds.* A Montpellier, où j'ai exercé pendant deux ans, j'ai pu en observer *onze cas.* J'ai pu en suivre deux fort intéressants dans la pratique de M. le docteur Bertrand, professeur agrégé à la Faculté de cette ville (1).

De toutes les observations que j'ai pu réunir, il me paraît résulter que les pays chauds offrent des cas d'héméralopie bien plus nombreux que les pays froids, et que dans la plupart des observations recueillies dans les pays froids, l'affection avait été contractée dans les pays chauds, ou bien dans des circonstances dont la plupart avaient de l'identité ou de la similitude avec celles qui peuvent influer sur la production de la maladie dans les climats de cette nature. Du reste, ces observations ont acquis pour moi une nouvelle force depuis que je suis à Troyes, où dans l'espace de dix-huit mois j'en ai pu observer cinq cas bien constatés : deux chez des chauffeurs du chemin de fer, et trois sur des ouvriers originaires du Midi, qui par la nature de leurs occupations ont la tête assez souvent penchée et les yeux exposés à des réverbérations intenses et éclatantes et à des températures relativement assez élevées. Ce n'est pas à dire que je veuille inférer de ces faits que l'action climatérique soit la cause unique de cette affection. Il est évident qu'il y a une infinité d'autres petites causes qui échappent bien souvent à l'analyse, et dont l'action n'en est pas moins évidente par les résultats qu'elles amènent et par le cachet spécial que chacune imprime aux lésions que l'ophthalmoscope décèle au fond de l'œil.

L'emploi de l'ophthalmoscope et des phosphènes que j'ai le premier (2) associés dans l'exploration des maladies profondes de l'œil, m'a permis d'arriver à des résultats qui jetteront, je l'espère, quelque jour sur l'essence, sur la production et sur la thérapeutique de cette affection.

Pour moi, l'héméralopie ne serait pas une névrose pure, comme il semblerait résulter des opinions des principaux ophthalmologistes de nos jours. On ne peut méconnaître qu'il est un moment où la maladie est essentiellement dynamique; mais reste-t-elle toujours dynamique?... Non, car on ne peut méconnaître qu'à un certain degré d'avancement de la maladie on peut constater au fond de l'œil des altérations que l'examen ophthalmoscopique le plus minutieux n'avait pu y faire découvrir auparavant. En outre, ces altérations ont cela pour elles, qu'elles rendent assez bien compte des troubles de vision qu'accuse le malade.

Maintenant, le trouble dynamique est-il toujours essentiel, et l'altération ne survient-elle que comme effet? Est-il permis de croire que c'est un affectus spécial du mode de sentir et de percevoir dévolu à la membrane sensorielle, affectus intermittent (puisqu'il y a vision de jour et que le soir la rétine refuse ses fonctions), et sous la dépendance d'une altération vitale qui échappe à nos moyens d'investigation et d'analyse? C'est ce que

(1) Nous ferons remarquer à notre honorable correspondant que, lorsque nous avons dit que l'héméralopie est une maladie rare en France et dans les pays septentrionaux, nous avons entendu parler principalement de la population civile, car nous n'ignorions pas qu'elle est endémique dans l'armée. Cette exception faite, tout ce que dit M. Barre ne fait que confirmer notre proposition, les cas qu'il cite se rapportant presque tous à des pays méridionaux.

(2) *Du diagnostic des lésions profondes de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope et des phosphènes*, par le docteur A. Barre. (*Annales cliniques de Montpellier*, mars 1857.)

je laisse à de plus habiles que moi à décider. L'examen rétinoscopique semble bien accuser des troubles essentiels dans la rétine, mais sont-ils primitifs ou sont-ils sous la dépendance (alors qu'on n'aperçoit rien dans l'œil) d'altérations qui nous échappent? C'est ce qu'on ne saurait dire. Quoi qu'il en soit, les lésions particulières que l'ophthalmoscope révèle dans le fond de l'œil, qu'elles soient cause ou effet, fournissent des sources d'indication que le praticien ne saurait négliger sans s'exposer à des mécomptes certains. Seulement, il est important qu'un contrôle phosphénien sagement fait, en donnant le degré de vitalité de la rétine, indique quelle est la part qui revient à la lésion dynamique et celle que l'on peut attribuer à la lésion matérielle.

Des observations ophthalmoscopiques faites à intervalles rapprochés et fixées à l'aide de dessins pris sur nature, nous ont presque toujours permis, comme à M. le docteur Guépin, de remarquer des injections marquées, des vascularisations assez intenses, des hyperémies rétiniennes qui devaient être la cause directe ou prochaine non-seulement de l'anesthésie de la membrane sensorielle, mais encore celle de la mydriase, compagne habituelle de l'héméralopie. Solidaires l'un de l'autre, ou plutôt sous une dépendance mutuelle, ces deux phénomènes trouvent une explication naturelle dans la nature des troubles observés. Notez bien qu'on constate toujours une parfaite limpidité des milieux transparents, que sans son inertie l'iris n'offre aucune lésion appréciable, et qu'il est évident que ce n'est que dans le cerveau ou dans l'efflorescence nerveuse qui en est la terminaison, la rétine, que l'élément morbide doit exister.

A présent, si à l'observation ophthalmoscopique vous voulez bien joindre une exploration rétinienne patiemment faite et soigneusement étudiée, il sera facile d'accumuler les éléments d'un diagnostic exact et précis. Il sera aisé de se convaincre que les phosphènes que j'appelle majeurs (frontal, temporal) sont presque toujours nuls, tandis que les phosphènes mineurs (nasal, jugal) demandent de pressantes sollicitations pour manifester leur présence. Il y a donc absence ou diminution dans les phosphènes indiquant ou une hyperesthésie ou une anesthésie rétiniennes qui se traduisent par une insensibilité passagère à la lumière.

De là au choix et à l'établissement d'une thérapeutique rationnelle, il n'y a qu'un pas. L'équation est posée, la solution du problème, dégagée des obscurités qui en entravaient la marche, se présentera dans des conditions beaucoup plus faciles. Ce n'est pas à dire que dans la pratique les choses se présentent avec toute la netteté, toute la personnalité, si je puis m'exprimer ainsi, avec laquelle les explications dans lesquelles nous sommes entré supposeraient qu'on dût les rencontrer. Mais ceci est une affaire de pratique médicale; l'expérience et l'habitude vous rendront maître à cet égard. Quitte à vous de modifier les accessoires de votre thérapeutique suivant les épiphénomènes insolites qui pourraient se manifester, ne perdant jamais de vue, du reste, que tout traitement doit être subordonné aux conditions générales de lieu, de climat, de constitution médicale et atmosphérique, de tempérament, d'âge, de sexe, etc.

Je me résume, et je crois pouvoir déduire de tout ce que j'ai exposé précédemment :

Que les conditions de température et de climat entrent pour beaucoup dans la production de l'héméralopie;

Que la maladie n'est pas aussi rare en France et dans les pays septentrionaux qu'on pourrait le supposer au premier abord;

Que, comme symptômes rétinoscopiques, il y a diminution considérable dans les phosphènes;

Que, comme symptômes ophthalmoscopiques, il y a des hyperémies rétiniennes plus ou moins caractérisées;

Que ces deux ordres de phénomènes dynamiques et matériels indiquent, expliquent et rendent raison du trouble qui existe dans la fonction de la membrane sensorielle;

Et qu'en somme un traitement institué sur les bases fournies par ces deux genres d'expérimentation, traitement presque toujours antiphlogistique, doit accélérer la solution heureuse de la maladie.

Maladies régnantes. — Moyen simple de combattre la diarrhée.

Depuis les deux ou trois articles que nous avons consacrés à la constitution médicale et aux maladies régnantes, rien ne s'est passé qui n'ait confirmé nos appréciations ou vérifié nos prévisions, particulièrement en ce qui concerne le peu de fondement des craintes que quelques cas isolés de choléra sporadique avaient pu inspirer par rapport à une invasion imminente du choléra. Nulle part en France il n'y a à cette heure la moindre apparence d'épidémie cholérique.

Mais si les affections gastro-intestinales dont nous avons signalé l'existence depuis bientôt deux mois, n'ont pas pris ce cours, elles ont suivi une autre tendance qui était déjà manifeste dès cette époque et qu'il était beaucoup plus aisé de prévoir. Dans beaucoup de localités, et nous n'en exceptions pas Paris, les diarrhées simples ont dégénéré en véritables dyssenteries qui, sur quelques points, ont acquis même une certaine gravité. C'est plus particulièrement sur les enfants que sévit la maladie, surtout dans les campagnes.

Aussi croyons-nous utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs la petite note suivante, que nous transmet à ce sujet M. le docteur Emile Marchand (de Sainte-Foy).

« Permettez-moi, nous écrit notre confrère, d'appeler l'attention de vos lecteurs sur un moyen fort simple, qui paraît être de quelque utilité contre les diarrhées des enfants, si communes actuellement dans les campagnes.

» Il s'agit simplement du *lythrum salicaria* (salicaire), dont on fait boire la décoction pour remplacer la classique tisane de riz. Ce remède est populaire dans mon canton, et on paraît en avoir retiré quelques résultats avantageux.

» Il est bien entendu que je ne conseille pas l'usage exclusif de cette plante, lorsque l'art possède divers moyens d'une efficacité non contestée. Je conseille seulement de l'administrer pour remplacer les autres tisanes usitées, qui réellement sont sans importance.

» Le *lythrum salicaria* croît spontanément le long de tous les petits ruisseaux, et c'est précisément pendant les mois de juillet, août et septembre, qu'il montre ses longs épis de fleurs purpurines. Ce sont ces épis dont on fait une forte décoction.

» La salicaire a du reste été employée depuis longtemps contre la diarrhée et la dyssenterie. Ainsi Dehaën (*Rat. med.*, part. IV, p. 195), Murray (*A. m.*, t. III, p. 512), vantent sa poudre et sa décoction dans la diarrhée et la dyssenterie. »

Nous saisissons aussi cette occasion pour faire droit à une demande de rectification qui nous a été adressée, depuis l'insertion de notre dernier article sur la constitution médicale, par M. le docteur Thirion. Elle est relative aux conclusions de sa note sur la constitution médicale actuelle comparée à celles des années 1831 et 1854, insérée dans le numéro du 13 août courant.

« Il y a erreur de ma part, nous écrit-il, dans mes conclusions, provenant de trop de précipitation en les écrivant; je désirerais qu'elles fussent remplacées par les suivantes :

« De ce court examen comparatif, il résulte pour nous :
» 1° que les maladies actuellement régnantes ont de tout temps
» été observées pendant les saisons très-chaudes, et sans aucune
» influence ou dépendance cholérique; 2° que le choléra, *lors-*
» *qu'il existe dans un pays*, est pour le moins extrêmement favo-
» risé par une constitution atmosphérique chaude, humide et
» électrique, constitution que d'ailleurs nous n'avons pas dans ce
» moment. »

Ainsi, comme vous, Monsieur le Rédacteur, je ne pense pas que la constitution atmosphérique dont il est question puisse créer de toutes pièces l'épidémie cholérique. »

Nous admettons d'autant plus volontiers la rectification de M. Thirion, que la nouvelle rédaction de ses conclusions est parfaitement conforme aux idées que nous avions émises et que nous venons de rappeler en tête de cet article.

RAPPORT SUR UNE BLÉPHAROPLASTIE

pratiquée avec succès dans un cas d'ectropion cicatriciel de la paupière supérieure.

Par M. le docteur Verneuil.

(Observation communiquée à la Société de chirurgie, par M. le docteur Julliard, de Genève.)

Messieurs, dans une des dernières séances, vous avez chargé une commission, composée de MM. Morel-Lavallée, Chassaignac et Verneuil, rapporteur, de vous rendre compte d'une observation intéressante qui nous a été communiquée par M. le docteur Julliard (de Genève), avec dessins et pièces en cire à l'appui.

La commission a jugé que, sans ajouter de documents nouveaux à l'histoire de la blépharoplastie, le fait offrait de l'intérêt, parce que les détails sont suffisants, et que la malade a été suivie assez longtemps pour que le résultat fût avéré. Le rapporteur vous communiquera donc le texte original lui-même, et vous demandera seulement la permission d'y ajouter quelques commentaires.

Voici l'observation de M. Julliard :

Marie N.., âgée de cinquante-neuf ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte complexion, habitant la campagne, n'a jamais été malade. Elle est mariée et a eu plusieurs enfants; ses règles ont cessé il y a deux ans.

Au commencement de mai 1846, et sans cause appréciable, il se développe sur le sillon qui sépare la paupière du sourcil de l'œil droit un bouton de forme allongée résultant, selon toute vraisemblance, d'une pustule charbonneuse. La malade affirme n'avoir ressenti auparavant aucune douleur ni aucun malaise. Le même jour la paupière, la joue et la partie droite du nez se tuméfient presque en même temps. Quelques heures après, la peau de ces parties présentait une teinte noirâtre, et se couvrait de phlyctènes desquelles s'écoulait un liquide blanchâtre et peu abondant.

Ces accidents, qui furent abandonnés à eux-mêmes, se dissipèrent en partie. La peau de la paupière fut seule frappée de gangrène. Au dire de la malade, elle se serait en effet convertie en une plaque noirâtre, laquelle, après avoir résisté assez longtemps, finit par se détacher. Après la chute de l'eschare, il se forma une plaie qui a beaucoup suppuré, et qui ne s'est cicatrisée qu'après destruction complète de la peau.

Il y a six semaines environ que la cicatrisation s'est opérée; mais il en est résulté un renversement de la conjonctive, laquelle a pour ainsi dire remplacé la paupière. La muqueuse n'a pas tardé à se boursoufler, et a presque toujours été dans un état de subinflammation qui a enfin attiré l'attention de la malade. Elle s'est alors décidée à appeler un médecin, qui lui a fait quelques prescriptions qu'elle n'a pas suivies, n'ayant pu se procurer les médicaments. La surface de la muqueuse, devenant chaque jour plus irritée, donnait issue à un liquide sanieux, séro-purulent, irritant vivement la peau de la joue. Si la malade s'exposait à l'ardeur du soleil, si elle essayait de travailler aux champs en baissant la tête, et surtout si elle marchait contre le vent, elle ressentait alors de vives douleurs, rendues intolérables si de la poussière était projetée sur la plaie : la sécrétion purulente augmentait alors au point de baigner la joue.

Cet état étant ainsi devenu insupportable, la malade se décida enfin à se présenter à l'hôpital du chef-lieu de son canton, d'où elle fut dirigée sur l'hôpital de Genève le 5 août 1846.

Etat de la malade le lendemain de son entrée. — Il y a absence complète de la paupière supérieure de l'œil droit, la peau qui la forme ayant été complétement détruite. Le travail de cicatrisation qui a succédé à la plaie que nous avons décrite a opéré les changements que voici : le bord ciliaire est comme soudé au sourcil dans toute son étendue, de telle façon que les cils et les poils formant le sourcil sont entrecroisés et paraissent confondus. Toutefois, si l'on examine de plus près, on voit que les deux rangées de poils sont séparées par une rainure très-peu large, peu profonde, et dans laquelle on peut faire glisser facilement un stylet.

Au-dessous de la courbe formée par cette réunion existe une sorte de tablier étendu au-devant de l'œil, qu'il recouvre presque en entier; si la malade veut voir de ce côté, elle doit soulever ce voile, ce qui ne détermine pas précisément de douleur. La conjonctive qui le constitue est épaissie très-notablement, et présente çà et là des mamelons séparés par des anfractuosités plus ou moins profondes; elle est comme boursouflée; un allongement léger n'est pas douloureux, mais amène facilement un peu de sang. Cette surface muqueuse présente dans toute son étendue une teinte rouge-foncé d'un aspect très-désagréable, on pourrait presque dire repoussant.

Le bord inférieur du tablier, irrégulier, comme dentelé dans quelques points, descend à peu près jusqu'au bord libre de la paupière inférieure, qu'il recouvre même légèrement vers les deux angles.

Sa face antérieure présente deux bourrelets bien distincts : le supérieur est formé par le cartilage tarse, qui le constitue en quelque sorte. Par le fait même du travail de cicatrisation, le cartilage a en effet exécuté un mouvement complet de bascule de bas en haut, d'où il est résulté que sa face postérieure ou oculaire est devenue antérieure, et que son bord supérieur, de concave qu'il était, est devenu convexe.

Le second bourrelet, plus court, plus étroit, mais présentant plus de surface dans le sens vertical, est formé en entier par une hypertrophie assez notable de la conjonctive palpébrale, d'où il résulte que sa densité est bien moindre : le tissu qui le constitue est en effet très-mou.

Ces deux bourrelets, de dimension inégale, sont séparés par une rainure assez profonde dans laquelle on pénètre aisément, et d'où l'on voit s'échapper alors une matière puriforme assez abondante.

Si, pour apprécier l'état d'intégrité dans lequel sont ces diverses parties, on promène un stylet entre l'œil et l'espèce de paupière qui le recouvre, on constate, d'une part, que le sillon oculo-palpébral n'a pas changé de position, et que, d'autre part, la conjonctive est restée libre d'adhérences dans tous ses points. Le globe oculaire jouit de la plénitude de ses mouvements. L'œil est dans un état normal; la conjonctive n'est pas même injectée; la malade n'accuse aucune douleur. Il n'existe aucune trace d'engorgement ganglionnaire; la malade se plaint seulement d'être privée de l'usage de son œil.

Redoutant beaucoup de voir se développer de nouveau l'irritation dont elle a souffert à plusieurs reprises, elle réclame avec de vives instances une opération qui la débarrasse de cette infirmité.

Le 8 août, quatre sangsues et des cataplasmes sont appliqués sur la conjonctive, afin de diminuer son volume : le résultat obtenu est peu marqué.

Le 18, la malade ayant été préparée à subir l'opération, on appelle en consultation plusieurs médecins. La question de savoir si l'opération sera tentée est résolue unanimement. Une discussion s'engage relativement au procédé qui devra être mis en pratique. M. le docteur Roche observe qu'il pourrait être convenable de procéder de la manière suivante :

Après avoir pratiqué le premier temps de l'opération (qui devait être le même dans tous les cas) et avoir replacé le cartilage tarse dans sa position normale, il chercherait à attirer le bourrelet conjonctival, et à le maintenir au-devant du globe de l'œil à l'aide de quelques points de suture : on évitait ainsi toutes les chances de mortification d'un lambeau, et l'opération était beaucoup simplifiée. Le bourrelet devant faire une saillie considérable dans la plaie, on pouvait arriver ainsi à reconstituer la paupière.

On objecte que le travail de cicatrisation de la plaie s'effectuant, il était fort à craindre, quoi qu'on pût faire, de voir survenir un nouveau renversement de la paupière. D'autre part, les chances de mortification du lambeau parurent pouvoir être conjurées avec quelque efficacité, en ayant la précaution très-essentielle d'allonger, fût-ce même outre mesure, le lambeau du côté de son pédicule. En procédant de la sorte on pourrait donner au lambeau une direction plus horizontale, et la torsion nécessaire pour le placer entre les bords de la plaie serait ainsi diminuée d'autant. On observa en outre qu'en donnant à la base du pédicule une largeur convenable, on avait grande chance qu'il s'y rencontrât un nombre suffisant de vaisseaux.

Quoi qu'il en pût être, ce procédé étant ingénieux et pouvant avoir son application, il fut décidé qu'une tentative serait faite dans ce sens.

Le 19, l'opération est pratiquée de la manière suivante :

A l'aide d'un bistouri convexe, une incision est pratiquée dans la rainure qui sépare les cils du sourcil; elle est prolongée en dehors et en dedans des deux angles de l'œil.

L'aponévrose et quelques fibres du releveur de la paupière sont incisées; on arrive au tissu cellulaire sous-conjonctival; une plaque d'écaille est introduite entre le globe oculaire et la conjonctive. Le bistouri est dirigé verticalement en bas, afin de pouvoir abaisser le bord ciliaire et faire basculer le cartilage tarse, lequel en effet reprend bientôt sa position normale.

M. le docteur Roche ayant eu la pensée qu'après cette dissection le bourrelet conjonctival ferait une saillie assez considérable dans la plaie, on le ramena autant que possible au-devant de l'œil. Non-seulement la saillie n'était pas très-apparente, mais on put se convaincre en outre qu'il serait fort difficile de maintenir en place le bourrelet, les

fils des points de suture ne devant pas opposer une résistance suffisante.

On dut alors combler la plaie par l'autoplastie. Le bourrelet de la conjonctive, qui formait le tablier, est d'abord excisé largement par sa face interne; puis un lambeau cutané est taillé sur la partie latérale du front, entre le sourcil et la racine des cheveux; sa base empiète sur la région temporale en dehors de l'apophyse orbitaire externe, dans une longueur de deux centimètres environ. Il se dirige de là obliquement en haut et en avant, formant un angle de 45 degrés; sa forme est elliptique, son sommet un peu arrondi; sa longueur est de 8 centimètres, sa plus grande largeur de 2. Il a été disséqué avec soin jusqu'à sa base et ramené dans la plaie de la paupière; la torsion du pédicule était peu marquée : deux artérioles ont été liées. La forme du lambeau s'est fort bien adaptée à la plaie, dans laquelle il a été maintenu à l'aide de six points de suture simple : deux au bord supérieur, deux à l'inférieur et deux à la pointe.

Pansement simple, potion calmante, diète.

Le 20, la nuit a été assez bonne, sauf un peu d'agitation. La malade souffre peu : pouls à 90, pas d'appétit. Le lambeau s'est bien maintenu; sa température est un peu plus élevée que celle des parties voisines. Pas de changement de couleur à la peau.

Le 21, aucun changement dans le lambeau. La réunion paraît se faire dans toute la circonférence. Température normale; état général bon, pas de fièvre; la malade dort bien; l'appétit se développe; langue bonne.

Le 24, la réunion est opérée dans le pourtour du lambeau. Vers la pointe seulement il y a un peu de suppuration et un léger gonflement : pas d'inflammation autour des points de suture; ils tiennent encore solidement. La plaie du front est de belle apparence; les bourgeons charnus commencent à la combler et arrivent déjà presque au niveau des téguments : état général très-bon, appétit.

Le 28, même état : suppuration vers la pointe du lambeau, mais peu abondante.

Le 29, même état : suppuration presque nulle du lambeau. On enlève quatre points de suture; les deux de la base restent. Les bourgeons remplissent tout à fait la plaie du front.

Le 31, on enlève les deux derniers points de suture. La malade se lève.

Le 15 septembre, la plaie est entièrement cicatrisée. Le pédicule adhère dans la plus grande partie de son étendue. Il ne reste plus en arrière qu'un petit espace non encore cicatrisé, et comme une espèce de pont, au-dessous duquel on fait aisément passer un stylet.

Le lambeau est complétement soudé dans tous les points; il s'est un peu rétréci; cependant l'œil n'est pas tout à fait découvert. Vers l'angle interne il y a une sorte de petit tubercule qui proémine. Par l'effet de la cicatrisation du pédicule, il y a une rétraction qui a entraîné la paupière en dehors, de sorte que le petit angle de l'œil est porté en dehors et en haut.

L'état général est très-bon. La malade, désirant retourner chez elle pendant quelque temps, obtient sa sortie. Elle reviendra pour que l'on sépare le pédicule et faire exciser, s'il y a lieu, une partie de la paupière, qui est trop large et recouvre une partie de la pupille.

Novembre. On sépare le pédicule. Il n'y a pas de différence sensible dans l'état de la paupière. Cependant la malade commence à s'habituer à voir de l'œil droit. M. le docteur Bizot, chirurgien interne de l'hôpital, ayant repris son service, appelle en consultation les personnes qui ont assisté à l'opération, et leur soumet la question de savoir s'il serait convenable de réséquer une portion du lambeau, qui, en effet, est encore assez empâté, ce qui découvrirait parfaitement le globe de l'œil.

La malade se refuse très-catégoriquement à laisser pratiquer une opération qu'elle considère comme n'étant d'aucune utilité, et il n'est pas donné suite à cette idée.

La paupière commence à pouvoir exécuter quelques mouvements très-légers. Marie N... quitte l'hôpital.

Mai 1848. L'empâtement de la paupière a beaucoup diminué. Lorsqu'on regarde l'œil, même à une petite distance, on croirait que la paupière a été piquée par une guêpe, d'où serait résultée une ampoule assez prononcée. Il n'y a rien de disgracieux dans cette apparence, que quelques personnes n'ont pas même remarquée. La vue est complétement rétablie; les mouvements de la paupière sont très-apparents.

Les pièces en cire et les dessins relatifs à cette observation ont été déposés sur le bureau de la Société dans la séance du 10 novembre 1858.

Remarques du rapporteur. — L'auteur s'étant contenté de la narration simple que vous venez d'entendre, votre commission vous soumet les remarques suivantes :

1° La paupière a été détruite par une affection qui a suivi son cours sans le secours de l'art, sans qu'un médecin paraisse même avoir été consulté. Il en résulte une certaine obscurité sur le diagnostic. On peut regarder comme probable l'hypothèse d'une affection charbonneuse, remarquable sous le point de vue de la guérison spontanée. Rapprochée de beaucoup de faits semblables, l'observation actuelle militerait en faveur de la bénignité assez fréquente des affections charbonneuses de la face, bénignité qui a été dans le sein de la Société l'objet de discussions intéressantes, et qui permet d'élever quelques soupçons sur la vertu héroïque de certains antidotes. Eût-on, en effet, appliqué sur le mal un onguent, une eau ou un feuillage quelconque, la guérison aurait eu lieu, et l'on aurait chanté victoire.

2° Lorsque, à la suite de pareilles pertes de substance, on accorde beaucoup de soins aux pansements, on peut sinon prévenir sûrement, au moins atténuer notablement les effets fâcheux de la rétraction inodulaire. Ces précautions ayant été omises par suite de l'incurie de la malade, la lésion arriva au degré le plus grave qu'elle pouvait atteindre, et bientôt s'établit un ectropion des plus marqués.

3° Les accidents dépendant du renversement de la paupière acquirent même une intensité insolite caractérisée par la douleur très-vive, la suppuration abondante et la privation de la vue du côté malade, alors pourtant que le globe de l'œil restait sain, protégé par le boursouflement de la conjonctive, qui lui formait comme une sorte de voile bourgeonnant, complet.

4° Il est rare, si ce n'est dans une maladie primitive de la conjonctive ou dans les ectropions très anciens, il est rare, dis-je, que la muqueuse palpébrale prenne un développement aussi grand que celui dont il est parlé dans l'observation; pourtant la chose peut s'expliquer facilement. Lorsque le cartilage tarse, renversé, est fortement appliqué contre le globe de l'œil, la muqueuse palpébrale, naturellement très-lâche, forme un bourrelet au-dessous du bord supérieur du cartilage, qui est devenu inférieur. Ce bourrelet, comprimé à sa base entre le globe de l'œil et le bord susdit du cartilage tarse, s'engorge, devient œdémateux, et peut acquérir des dimensions très-considérables. Cette circonstance fait quelquefois prendre le change au chirurgien, qui, prenant l'effet pour la cause, résèque la masse charnue, qu'il considère comme cause du renversement, et qui paraît mettre obstacle à la réduction. Cette opération, s'adressant à un élément secondaire de la difformité et laissant de côté la cause principale de l'ectropion, reste naturellement sans efficacité. Delpech a écrit sur les causes de ce boursouflement consécutif de la conjonctive quelques réflexions dans lesquelles on reconnaît toute sa sagacité, et qu'on doit toujours avoir présentes à la mémoire (1); non pas que je blâme la résection du bourrelet, qui a été pratiquée dans l'opération présente, je veux seulement dire qu'elle ne constitue qu'un adjuvant de la blépharoplastie, que souvent il est utile de la faire, quoique souvent aussi on puisse s'en dispenser, le gonflement œdémateux disparaissant de lui-même lorsqu'il n'est pas très-ancien et que l'obstacle qui l'avait fait naître a disparu.

5° Avant d'en venir à la blépharoplastie, un confrère, appelé en consultation par M. le docteur Roche, avait proposé un procédé qui malheureusement n'est pas décrit par M. Julliard avec assez de précision pour qu'on en puisse facilement comprendre la nature exacte. Tout le monde était d'accord pour pratiquer entre les lignes rapprochées des cils et du sourcil l'incision en demi-lune, déjà recommandée par Celse; puis, si j'ai bien compris, M. Roche proposait la suture des paupières, seule capable de prévenir la rétraction consécutive des bourgeons charnus qui se seraient développés dans la plaie.

Si telle était réellement l'idée, j'y trouverais un certain intérêt historique, c'est-à-dire un document sur l'agglutination temporaire des paupières, comme moyen de favoriser la réussite des opérations d'ectropion et des blépharoplasties; question qui, vous le savez, a donné naissance depuis une quinzaine d'années à des débats intéressants et de diverses natures (2).

6° Quel qu'ait été le procédé de M. Roche, il fut jugé insuffisant, et l'on dut recourir séance tenante à la blépharoplastie proprement dite. Ce parti était le meilleur; il s'agissait, en effet, d'une difformité par exérèse, et la perte de substance très-étendue ne pouvait être comblée que par l'autoplastie. On mit en usage le meilleur procédé connu, c'est-à-dire une modification de celui que Fricke exécuta en 1829 (3). Le chirurgien de Hambourg avait déjà, comme on le sait, corrigé un des points défectueux de la méthode indienne, en taillant son lambeau verticalement sur la tempe, et en donnant plus de largeur au pédicule; de cette façon il n'est point nécessaire de tordre ce dernier, et une simple inflexion de 90° suffit pour l'amener à la position horizontale. Depuis on a trouvé moyen de diminuer encore, jusqu'à la faire disparaître presque complétement, l'inflexion du pédicule. Il suffit pour cela de tailler le lambeau presque parallèlement à la perte de substance que l'on veut combler. La locomotion qu'on lui fait subir devient alors très-minime, et l'axe déplacé latéralement, à la manière d'une aiguille qui se meut sur un cadran d'horloge, est seulement dévié de quelques degrés. Les planches et les moules en cire envoyés par M. Julliard montrent qu'on s'est comporté ainsi, car le lambeau a été pris aux dépens des téguments du front, immédiatement au-dessus du sourcil et presque parallèlement à ce dernier. J'insiste sur le choix du procédé parce que, en 1846, époque à laquelle remonte l'observation, on n'avait pas encore mis suffisamment en lumière les grands avantages de l'autoplastie *dite par inclinaison* (4)

7° Comme on pouvait l'espérer les suites, furent très-simples. La réunion s'effectua à peu près partout par première intention. A la suite des autoplasties par inclinaison on peut souvent se dispenser de la section du pédicule, quand on a eu soin de confondre les deux plaies au lieu d'insertion du lambeau. Cette dernière condition n'ayant pas été réalisée tout d'abord, on fit l'isolement de la pièce cutanée transplantée, environ trois mois après la restauration de la paupière. Cette opération complémentaire s'exécuta sans coup férir. On songea même à pratiquer une petite résection de la nouvelle paupière, dont l'extrémité interne formait un tubercule saillant un peu difforme. C'eût été là une de ces opérations de perfectionnement souvent nécessaires à la perfection du résultat, et que Dieffenbach mettait si souvent en usage. La malade s'y refusa absolument; elle n'eut pas à s'en repentir, puisque les fonctions des paupières et de l'œil parvinrent à se rétablir convenablement sans cela.

8° En effet, l'amélioration spontanée alla toujours en croissant, et deux ans après, non-seulement la vision était complétement rétablie, mais la difformité était peu apparente. Les paupières avaient récupéré en grande partie leurs mouvements; ce renseignement est important, car il arrive trop souvent que la nouvelle paupière reste immobile au-devant du globe oculaire et en abolit les fonctions visuelles, ce qui diminue beaucoup les bénéfices de l'anaplastie; à la vérité, cette imperfection est souvent indépendante des soins et de la volonté du chirurgien, elle dépend de la profondeur à laquelle a pénétré la perte de substance, de la destruction ou de la conservation des fibres de l'orbiculaire et du releveur. Tout ce que la chirurgie peut faire, c'est de ménager soigneusement ces fibres pendant la dissection de la paupière, mais il n'est pas en son pouvoir de régénérer les muscles détruits.

(1) *Chirurgie clinique de Montpellier*, t. II, p. 416, 1828.

(2) M. Julliard pourrait peut-être lever ce doute, ainsi qu'un autre qui surgit dans notre esprit. Nous supposons bien qu'il a exécuté lui-même l'opération dont on vient de lire la relation, et cependant la rédaction, étant partout écrite à la troisième personne ou avec le pronom *on*, on ne peut décider si M. Julliard est simple narrateur ou s'il a tenu lui-même le bistouri.

(3) *Die Bildung neuer Augenlieder, etc.*, traduit par Riester dans le *Journal des progrès*, 2e série, 1830, t. III, p. 56.

(4) J'ai donné quelques développements à l'étude de cette méthode dans la *Gazette hebdomadaire*, en 1857, t. IV, nos 48 et 52.

En jetant les yeux sur les planches et les moules annexés à l'observation, on voit, en résumé, un résultat très-satisfaisant. La paupière nouvelle est régulière, ample, bien nourrie, on pourrait même lui reprocher un peu d'exubérance, qui lui donne l'apparence d'un bourrelet quelque peu saillant; mais on sait que c'est là une circonstance très-commune à la suite de la blépharoplastie, et que d'ailleurs ce reliquat de l'opération n'est pas sans remède; quand les opérés s'en trouvent choqués, on diminue facilement la saillie demi-cylindrique par l'excision d'une petite bandelette prise sur la peau suivant l'axe du lambeau.

Je voudrais avant de terminer examiner un dernier point qui me paraît majeur; je veux parler de l'époque à laquelle la blépharoplastie a été pratiquée : ici comme ailleurs l'opportunité de l'opération est un grand élément de succès, et nos *Traités de chirurgie* ne nous donnent pas assez de détails sur le moment le plus convenable pour pratiquer les restaurations organiques. A la vérité, le chirurgien n'est pas toujours maître de choisir son temps, car les difformités qui ne compromettent point la vie et n'altèrent que l'harmonie des formes, sont souvent supportées longtemps par les malades, qui hésitent beaucoup à se soumettre à une opération délicate et incertaine. D'un autre côté, il est des mutilations qui se modifient beaucoup avec le temps, et qui s'atténuent de plus en plus par suite d'une sorte d'anaplastie naturelle.

Mais il en est d'autres, en revanche, qui vont toujours en s'aggravant, ou qui du moins ne subissent, une certaine période passée, aucune modification favorable. Cette distinction est de la plus grande importance en général, et aussi dans le cas particulier, car l'ectropion cicatriciel appartient évidemment à la seconde catégorie. En effet, une fois la perte de substance recouverte de bourgeons charnus, la rétraction inodulaire attirant de tous côtés les parties mobiles pour combler le vide, déviera de plus en plus la paupière, et soudera toujours plus intimement le bord palpébral aux parties voisines, joue ou sourcil. C'est donc le procédé réparateur de la bonne nature qui amène et augmente la difformité, c'est contre lui qu'il faut lutter.

Sans parler des lésions qui surviennent dans le globe de l'œil, la conjonctive, irritée par le contact de l'air, commence à s'enflammer et à se tuméfier. L'altération qu'elle subit est susceptible de résolution pendant un certain temps, mais bientôt les tissus s'hypertrophient, s'indurent, perdent leur souplesse, et ne sont plus capables de reprendre leur structure normale.

Enfin, les paupières, maintenues longtemps dans une position vicieuse, se déforment; les cartilages tarses, raccornis, infléchis, rigides, ne s'appliquent plus à la surface de l'œil même après la dissection. Les tissus qui entrent dans la composition de la paupière s'altèrent également, et tout tend à se métamorphoser en tissu fibreux.

Ceci explique les résultats très-imparfaits que la blépharoplastie donne trop souvent, et indique l'utilité d'opérer de bonne heure. Dans l'opération de M. Julliard, la lésion survint au mois de mai; vers la mi-juin, la cicatrisation était complète. Deux mois après on opérait. On n'a noté aucune difficulté particulière dans la dissection et dans l'abaissement de la paupière, ce qui permet de croire que ce temps de l'opération n'a pas été très-laborieux; enfin, pour me résumer, je crois que l'époque choisie a été éminemment favorable au succès. Agir plus tôt ou plus tard eût été moins avantageux.

D'où je conclus qu'il serait bon d'admettre pour les difformités accidentelles trois périodes distinctes : la première de production, comprise entre le traumatisme ou la maladie première et l'époque où, la cicatrice vicieuse achevée, le travail inflammatoire concomitant lui-même a cessé; la seconde période, dans laquelle la difformité confirmée ne s'accompagne pas encore d'altération profonde dans les tissus et les éléments anatomiques de l'organe ou de la région lésée; la troisième enfin, pendant laquelle le tissu inodulaire, devenu plus dense, la difformité plus marquée, les tissus ambiants plus altérés ou disposés à l'atrophie, on a des déformations consécutives tendant à devenir invétérées et irrémédiables. Il est manifeste que la seconde période est particulièrement propre à la réussite, car si les difformités trop anciennes se prêtent mal à l'opération, il est également démontré que les anaplasties trop précoces ou les tentatives trop rapprochées en cas d'insuccès, de demi-succès ou de récidive, échouent très-souvent lorsque les tissus sur lesquels ont porté la maladie ou les opérations antécédentes ne sont pas revenus à leur état quasi normal.

Il est bien entendu que je ne puis que signaler ce point important, et que je ne puis entrer ici dans tous les développements qu'il comporterait.

Pour revenir, Messieurs, à l'objet de ce rapport, votre commission considérant que l'observation qui vous a été adressée par M. Julliard est bien prise et digne de figurer à côté de celles que la science possède déjà, vous propose :

1° De la renvoyer au Bulletin;

2° D'adresser des remercîments à l'auteur, et de l'engager à nous adresser encore des faits tirés de sa pratique chirurgicale;

3° Enfin, d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées.

NOUVEL EXEMPLE DE HERNIE TRAUMATIQUE DE L'ÉPIPLOON guéri sans opération,

Par M. le docteur Cocheteux (de Valenciennes).

L'observation que vient de publier M. le docteur du Temps (n° du 11 août), sur un cas de hernie traumatique de l'épiploon guérie sans opération, m'en rappelle une autre à peu près semblable, et qui viendr acorroborer les conclusions de mon confrère. C'était à l'hôpital d'Orléans, où étant interne de service, on vint me chercher pour un homme qui s'était donné, dans un accès de *delirium tremens*, trois coups de couteau dans l'abdomen.

C'était le troisième, depuis quinze jours, qui se poignardait; les deux autres sont morts par suite de la perforation du ventricule gauche du cœur. Le premier a vécu cinq heures après la blessure, le second trois heures et un quart.

Arrivé près du blessé, je le trouvai dans une grande agitation, et je découvris vers la partie médiane, à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic, et à peu de distance l'une de l'autre, deux ouvertures, l'une petite, ayant 2 centimètres et demi au plus; l'autre plus grande, et pouvant avoir 3 ou 4 centimètres. Toutes deux donnaient passage à une portion de l'épiploon. Les parois du ventre étant très-résistantes et l'ouverture linéaire, je ne parvins pas à faire rentrer ces parties, qui étaient étranglées.

Je fis comme M. du Temps, je me rappelai ce que diaent Boyer et M. Nélaton, et j'appliquai un linge cératé et des compresses d'eau froide, après avoir administré une potion opiacée pour calmer le malade.

Le lendemain, je fus blâmé par le chef du service, qui se décida cependant à continuer. La mortification eut lieu, et l'individu guérit sans la moindre apparence d'inflammation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 août 1859. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dépouille la correspondance, qui comprend, outre les journaux de médecine :

1° Des lettres de MM. Michon et Broca, qui demandent des congés (envoyées à la commission des congés);

2° Une lettre de M. Fichot, bandagiste à Paris, renfermant la description et le dessin d'un nouveau système de bandages herniaires (renvoyée à une commission composée de MM. Richet, Legouest et Follin);

3° Une lettre de M. le docteur Alph. Désirabode, dentiste à Paris, relative aux communications récentes faites par M. A. Forget, sur les *anomalies dentaires*.

Lecture est donnée à la Société de cette lettre, qui sera particulièrement communiquée à M. Forget, absent de la séance.

— M. CHASSAIGNAC, à propos de la correspondance, présente une observation qui lui a été envoyée par M. Biébuyck (de Bailleul).

Cette observation, très-bien faite, relate un cas de grossesse extra-utérine. (Commission, MM. Danyau, Cazeaux et Depaul.)

RAPPORT.

M. VERNEUIL lit un rapport sur une observation de blépharoplastie pratiquée avec succès dans un cas d'ectropion cicatriciel de la paupière supérieure, par M. le docteur Julliard (de Genève). (*Voir* plus haut.)

Le rapport de M. Verneuil et l'observation de M. Julliard sont renvoyés au *Bulletin*.

— M. CHASSAIGNAC informe la Société qu'il a pratiqué, il y a quelques jours, la ligature de l'artère carotide primitive dans les circonstances suivantes :

Un malade entra dans son service, atteint d'une tumeur fluctuante considérable de la base de la mâchoire du côté gauche. Cette tumeur, proéminant dans le pharynx, fit penser à M. Chassaignac qu'il avait affaire à un abcès rétro-pharyngien.

Le chirurgien plongea son bistouri, par la bouche, dans la tumeur, sans obtenir de pus. Il crut qu'il avait porté son instrument trop en dehors, et se rapprochant davantage de la ligne médiane, il fit une nouvelle ponction. A l'instant même un jet de sang vermeil, rutilant et d'une abondance extrême, inonda la bouche du malade, menacé de suffocation.

M. Chassaignac porta immédiatement son doigt dans la plaie sans pouvoir arrêter le cours du sang. Une compression fut faite alors à travers les tissus de la région cervicale, sur le trajet de la carotide primitive.

La compression médiate n'ayant d'autre résultat que de modérer un peu l'hémorrhagie, M. Chassaignac pratiqua immédiatement et rapidement, favorisé qu'il fut par le peu d'embonpoint du sujet, la ligature de la carotide primitive, qu'il put faire avec toute la précision désirable, en ménageant les nerfs et en particulier le pneumo-gastrique.

L'opération suspendit complétement l'écoulement du sang, qui depuis six jours n'a pas reparu.

Le malade ressentit quelques douleurs cérébrales; il fut pris immédiatement d'aphonie, et recouvra la voix trente-six heures environ après l'opération; il n'a éprouvé depuis lors aucun accident grave; il est sans fièvre, et la plaie est en bon état. Le pharynx a été le siége, pendant quelques jours, d'une inflammation couenneuse aujourd'hui disparue.

M. Chassaignac pense que dans des cas analogues, la compression exercée au cou sur le trajet de la carotide primitive est insuffisante pour maîtriser l'hémorrhagie, et qu'il faut avoir recours au plus vite au seul moyen efficace, à la ligature du vaisseau.

Il se demande quelle est la cause de cet accident, que le lieu où il a porté son bistouri pour la seconde fois était loin de faire prévoir.

M. RICHET désirerait savoir quelles sont les raisons qui ont fait croire à M. Chassaignac qu'il avait sous les yeux un abcès rétro-pharyngien *idiopathique*, affection que pour sa part il considère comme rare; il demande des détails sur la marche de l'abcès, et si M. Chassaignac a constaté la sortie du pus.

M. CHASSAIGNAC ne pense pas que les abcès *idiopathiques* rétro-pharyngiens soient chose rare, surtout chez les jeunes sujets.

Il répète la description qu'il a donnée déjà de la tumeur de son malade, qui présentait une fluctuation manifeste, mais sans battements aucuns. Aussi ne croit-il pas à l'existence d'une tumeur sanguine, bien qu'après l'ouverture il n'ait pas constaté la présence du pus; l'abondance du sang lui a rendu, il faut le dire, tout examen impossible.

M. MICHON partage l'opinion de M. Chassaignac sur les abcès rétro-pharyngiens idiopathiques; sans être communs, ces abcès ne sont pas rares, et sa pratique lui en a présenté six, qui tous, ayant été ouverts, ont été suivis de guérison.

Ils se révèlent par un appareil de symptômes toujours le même, c'est-à-dire un mal de gorge, des douleurs très-vives dans les deux plexus cervicaux, et la projection en avant de la paroi postérieure du pharynx dont le diamètre antéro-postérieur se trouve notablement diminuée. Il en résulte une voix nasonnée et une gêne très-grande dans la déglutition, particulièrement dans la déglutition des liquides, qui ont une grande tendance à être rejetés par les fosses nasales.

Ces symptômes sont caractéristiques et ne permettent pas de se méprendre.

Il est aussi d'avis que la compression digitale est insuffisante pour arrêter une hémorrhagie de la carotide, et ne peut être employée que comme moyen provisoire.

Félicitant M. Chassaignac sur le succès d'une opération faite dans des conditions aussi pressantes, M. Michon pense que l'inflammation couenneuse qui a envahi le pharynx pendant les premiers jours est une des causes qui ont mis le malade à l'abri d'une nouvelle hémorrhagie; toutefois la ligature de la carotide n'est pas absolument impuissante pour en prévenir le retour, comme le prouvent quelques observations, et une, entre autres, qui lui est particulière.

Quant à l'aphonie dont le malade a été atteint, il ne se l'explique que par la ligature de quelque filet nerveux, la position difficile dont M. Chassaignac s'est si heureusement tiré justifiant parfaitement cette imperfection de l'opération.

M. LABORIE s'informe de l'époque à laquelle remontait l'apparition de la tumeur. — *R.* Quinze jours.

M. RICHET ne saurait comprendre comment un abcès rétro-pharyngien peut déplacer la carotide en dedans; ces abcès tendent, au contraire, à refouler le vaisseau en dehors. Si l'on admettait l'opinion de M. Chassaignac, ce serait toujours avec des craintes sérieuses qu'on ouvrirait un abcès rétro-pharyngien. D'après la description de la tumeur donnée par notre collègue, il se demande si elle n'était pas constituée par un abcès de la gaine des vaisseaux ayant fait disparaître la rainure mastoïdo-maxillaire.

Il espère que le malade est à l'abri d'une hémorrhagie consécutive : il a opéré un homme qui avait reçu derrière l'oreille un coup de couteau pénétrant dans le pharynx, et ayant déterminé une hémorrhagie considérable; la ligature de la carotide primitive et de l'un des deux gros troncs qui la terminent arrêta définitivement l'écoulement du sang. Cet opéré, comme celui de M. Chassaignac, fut atteint d'aphonie temporaire, et, de plus, d'une hémiplégie qui dura quinze jours; il est aujourd'hui parfaitement guéri.

L'apbonie temporaire peut résulter non pas de la lésion du pneumo-gastrique, mais de quelques filets nerveux du grand sympathique qui rampent sur la carotide.

M. CHASSAIGNAC affirme qu'il est parfaitement sûr de n'avoir compris aucun filet nerveux dans sa ligature : la sûreté de l'opération d'une part, le peu de durée de l'aphonie de l'autre, établissent sa conviction. Une infiltration sanguine dans le voisinage ou dans le névrilème du pneumo-gastrique, peut rendre compte facilement de l'aphonie temporaire.

La nature de la tumeur ne laisse pas non plus le moindre doute dans son esprit : c'était un abcès, bien qu'il n'ait pas vu le pus, abcès situé un peu latéralement. Et la cause de l'accident réside, pour M. Chassaignac, plutôt dans une anomalie de la carotide que dans un déplacement en dedans.

M. DEGUISE fils a vu assez souvent des abcès rétro-pharyngiens; si les six malades de M. Michon en ont tous guéri, les siens en sont tous morts.

Il est vrai que ces abcès atteignaient des aliénés, chez lesquels ils sont le résultat des froissements répétés des sondes introduites dans l'œsophage pour alimenter les malades. Ils sont habituellement les avant-coureurs de la mort prochaine de ces malheureux, réduits déjà par les progrès de leur mal et l'inanition, au dernier degré du marasme.

M. GUERSANT rencontre souvent, à l'hôpital des Enfants, des abcès rétro-pharyngiens. Ils sont de deux espèces : les uns symptomatiques, les autres idiopathiques ou plutôt ganglionnaires. Il a constaté l'apparition de ces derniers chez des enfants âgés de six semaines à deux ans.

Les accidents qu'ils déterminent induisent souvent en erreur, et font croire à une atteinte de croup.

M. Guersant a toujours ouvert ces abcès avec la plus grande sécurité, et il a été assez heureux pour ne perdre aucun de ses petits malades.

Le vice-secrétaire, Legouest.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On a fait à l'hospice des aliénés de Zurich l'essai de surmonter la résistance de certains malades pour la nourriture, en les soumettant à l'effet du chloroforme, et cela avec un plein succès, puisqu'il n'a pas été nécessaire de renouveler plus de deux ou trois fois cette opération. (*Écho médical de la Suisse.*)

— Le choléra règne avec une certaine intensité sur quelques points de l'Allemagne septentrionale. A Hambourg et à Osnabrück, où il s'est montré depuis quelques semaines, l'épidémie paraît être sur le point de s'éteindre, mais elle sévit à Lauenburg (grand-duché de Lauenburg) et dans les environs de cette ville. A Rostock, le nombre des morts va en croissant, et dans quelques localités des environs l'épidémie fait de nombreuses victimes. (*Deutsche Klinik.*)

— Les suicides dans les pays du nord sont, depuis quelques années, devenus de plus en plus fréquents. Il résulte des tables statistiques qu'en France ils se produisent annuellement dans la proportion de 10 pour 100,000 individus; en Belgique, dans la proportion de 5; en Prusse, Suède et Norvége, de 11; en Danemark, cette proportion s'est élevée à 26.

— Dans l'espace de peu de jours, le *New-York Hospital* a reçu une demi-douzaine d'individus ayant tenté de se suicider; le *New-York medical Press*, en signalant ce fait, ajoute que le nombre des empoisonnements criminels et des suicides par empoisonnement augmente rapidement à New-York.

— Le même journal annonce un cas de mort par le chloroforme au *Bellevue Hospital*. Un accident du même genre, chez un malade qui se servait du chloroforme pour échapper à des accès de colique hépatique, est rapporté dans le dernier numéro de l'*Archiv für pathologische Anatomie*; le même numéro publie un cas d'asphyxie chloroformique guéri par la faradisation du diaphragme.

— Beaucoup de médecins autrichiens ont reçu dans leurs maisons ou dans de petits hôpitaux improvisés, un nombre plus ou moins grand de blessés de l'armée d'Italie. Les proportions considérables qu'ont prises ces généreuses mesures accusent une grande insuffisance du service de santé militaire de l'Autriche.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Manec). Observation de hernie crurale très-remarquable sous plusieurs rapports. — HOSPICE DE BICÊTRE (M. Després). Mode d'action des nouvelles poudres dites désinfectantes, etc. — Observation d'un cas d'hématurie idiopathique, heureusement combattue par les injections d'eau froide et les préparations ferrugineuses à l'intérieur. — Corps étranger dans le cerveau; suppuration; absence de symptômes. — Cas d'empoisonnement par l'acétate de morphine. — Quelques mots en réponse à M. Bygrave, au sujet de ses observations sur l'extraction des dents. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 5 septembre. — Nouvelles.

PARIS, LE 12 SEPTEMBRE 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les expériences de désinfection à l'aide de la poudre de MM. Corne et Demeaux suivent leur cours, et sont l'objet d'appréciations très-diverses, accueillies ici avec des éloges sans réserve, là avec doute et quelquefois avec défaveur. M. Bonnafont a communiqué à l'Académie les résultats des expériences qu'il a faites à l'infirmerie des Invalides. Il a constaté, comme tous les expérimentateurs qui l'ont précédé dans cette voie, que la poudre de plâtre et de coaltar détruisait ou masquait au moins l'odeur qui s'exhale des plaies, mais il ne lui a pas reconnu au même degré les propriétés absorbantes. Quant à son action sur les surfaces morbides, elle lui a paru incontestablement salutaire; mais il n'oserait affirmer qu'elle fût, sous ce point de vue, supérieure à celle des poudres depuis longtemps usitées dans le même cas.

On trouvera sous la rubrique de l'hospice de Bicêtre, un compte rendu d'expériences faites par M. Chalvet dans le service de M. Després, qui ont conduit, en ce qui concerne les propriétés désinfectantes, à des conclusions beaucoup plus restrictives encore.

Nous devons signaler encore à cette occasion une lettre de M. Deleau, qui a tant fait depuis quelque temps pour étendre et propager la médication perchloro-ferrique, sur les propriétés désinfectantes de la solution de perchlorure de fer; et une note de M. Etienne, sur les divers mélanges désinfectants proposés depuis quelques années.

MM. Niepce de Saint-Victor, le savant continuateur des beaux travaux de Niepce sur les effets chimiques de la lumière, et L. Corvisart, dont on connaît les utiles recherches physiologico-pathologiques sur la digestion, ont communiqué dans cette même séance un mémoire fait en commun sur la fécule végétale et animale considérée sous le rapport de l'influence transformatrice qu'exerce sur elle la lumière solaire. Nous avons reproduit celles des conclusions de ce travail qui ont plus particulièrement trait à l'influence transformatrice de la lumière sur la fécule animale ou la matière glycogène de M. Cl. Bernard.

Nous aurions bien encore, en faisant une petite incursion sur le domaine extra-médical, à signaler à nos lecteurs plusieurs communications intéressantes sur des phénomènes physiques ou météorologiques qui ont vivement excité la curiosité publique depuis quelque temps, tels que l'aurore boréale de la nuit du 28 au 29 août, et les perturbations dans le jeu des appareils télégraphiques qui ont coïncidé avec la production de ce phénomène; mais nous ne voulons point empiéter sur les droits de notre collaborateur du feuilleton scientifique, à qui nous laissons ce soin. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MANEC.

Observation de hernie crurale très-remarquable sous plusieurs rapports.

(Recueillie par M. DELAUNAY.)

La nommée Marie Th..., âgée de quarante et un ans, et couchée au n° 4 de la salle Sainte-Rose, porte depuis douze ans une hernie crurale du côté droit. La hernie était si peu volumineuse et si peu gênante que la malade fut près de six ans sans porter de bandage, et ce ne fut que durant ces six dernières années qu'elle se mit à s'en servir; encore avait-elle cessé depuis six mois tout moyen de compression.

Aucun accident n'était encore survenu, lorsque dans la nuit du 27 au 28 juillet 1858 elle fut prise de douleurs abdominales vives, de ballonnement du ventre, de vomissements et de constipation; un médecin, qui fut appelé, fit de vaines tentatives de réduction, et ordonna des sangsues au niveau de la hernie.

Les symptômes persistèrent pendant toute la journée du 28 et pendant la nuit, si bien que le 29, M. Nonat fut appelé et réduisit assez rapidement la hernie; alors les vomissements cessèrent, le ballonnement diminua, et les selles reparurent; en un mot, il y eut une amélioration très-marquée qui persista pendant les journées du 31 juillet et du 1er août.

Mais le 2 août, vers deux heures du matin, tous les symptômes de l'étranglement reparurent, et M. Nonat, appelé de nouveau, crut, après d'inutiles tentatives de réduction, devoir faire transporter la malade à l'hôpital, où elle entra dans la soirée.

Elle se présente dans l'état suivant : Dans l'aine droite, on trouve une hernie peu volumineuse, très-dure, recouverte par une peau enflammée, bosselée, offrant des points en suppuration au niveau des piqûres de sangsues.

Il y a des nausées, des vomissements de matières féculoïdes, des coliques, du ballonnement du ventre; la constipation est complète, le pouls petit et très-fréquent.

M. Manec est appelé à dix heures du soir, et après quelques tentatives de réduction infructueuses et très-douloureuses il pratique l'opération.

Il incise couche par couche, et comme il porte le bistouri sur une région où des sangsues ont déjà été mises, où les tissus sont enflammés et déjà même infiltrés de pus, ce premier temps de l'opération, qu'il pratique dans les cas ordinaires en soulevant un pli des téguments et en le divisant du bord adhérent vers le bord libre, et qui ne dure ordinairement qu'une seconde, ce premier temps de l'opération est rendu ici assez laborieux et délicat.

Arrivé sur le sac, M. Manec voit sortir vers la partie interne quelques bulles de gaz; cette circonstance insolite fait craindre la gangrène de l'intestin, mais la rénitence bien accusée de la tumeur et l'absence de toute odeur spécifique éloignent cette pensée.

M. Manec incise alors le sac et voit sortir de nouveau quelques bulles de gaz; mais on ne sent pas l'odeur des matières stercorales, et on trouve une anse d'intestin grêle distendue, rouge, recouverte par une couche séro-purulente de 2 ou 3 millimètres d'épaisseur et dont l'étendue ne dépasse pas celle d'une pièce d'un franc; cette exsudation couenneuse correspondait au tissu cellulaire extérieur au sac dont nous avons constaté l'état de suppuration avancée.

Un doute alors naît dans l'esprit de l'opérateur.

Avait-il affaire à une gangrène de l'intestin ou à une simple péritonite très-circonscrite provenant d'une piqûre de sangsues?

La tension et la rénitence de l'intestin prouvaient que, s'il y avait gangrène, elle ne pouvait être que très-circonscrite et siéger sous la couche albumineuse; car partout ailleurs l'intestin était d'un rouge-foncé.

Fallait-il, pour lever les doutes, enlever cette fausse membrane?

C'est ce qui ne fut pas fait, dans la crainte d'aggraver les désordres qu'elle pouvait recouvrir.

Le débridement est ensuite pratiqué avec un bistouri droit boutonné, dont le tranchant porté en haut divise la partie externe du collet du sac; une première incision ayant été insuffisante, une seconde est immédiatement pratiquée.

L'anse intestinale devenue mobile, il ne restait plus, dans un cas ordinaire, qu'à la faire rentrer; mais avant de procéder à ce temps de l'opération, les doutes dont nous avons parlé engagent M. Manec à passer une anse de fil double à travers le mésentère pour retenir et fixer le point suspect de l'anse intestinale contre la face interne de la paroi abdominale en contact avec la séreuse pariétale.

Le pansement est ensuite fait à plat; un lavement purgatif est prescrit pour être donné deux heures après.

Il y a une selle dans la nuit; les nausées sont continuelles, mais l'emploi de la glace empêche les vomissements.

Le 3 août, à la visite du matin, M. Manec trouve le ventre ballonné et douloureux, surtout dans les régions iliaque droite et ombilicale; le pouls est petit et fréquent, la malade abattue.

L'anse de fil passée dans le mésentère est retirée; un nouveau lavement est ordonné et n'amène qu'une selle peu abondante. Vers midi de l'huile de ricin est prise et tolérée par la malade; une nouvelle selle peu abondante a lieu.

Le soir la malade est prostrée, la face grippée, le ventre ballonné et douloureux; le pouls filiforme et fréquent (140 pulsations), et les extrémités froides. La mort a lieu le 4 août, vers quatre heures du matin.

Autopsie vingt-huit heures après la mort. — La dissection de la région de l'aine est faite avec soin et couche par couche; le tissu cellulaire sous-cutané est enflammé; il y a du pus près du lieu où l'opération a été faite, mais la rougeur remonte jusqu'à cinq centimètres environ au-dessus du pli de l'aine.

En examinant le sac on le trouve d'une couleur violacée et adhérent aux parties voisines, surtout en dedans, où il paraît moins résistant qu'ailleurs. Ce sac présente à peu près le volume d'une noix; en portant le doigt vers le collet, on peut juger du siége de l'étranglement et de l'étendue donnée à l'incision; on trouve que le collet est assez étroit puisqu'il admet à peine l'extrémité de l'auriculaire, et on s'assure que l'incision a été faite sur l'anneau crural, en dessous et directement en haut.

La cavité abdominale ouverte, on voit les intestins distendus par une grande quantité de gaz et tout le péritoine fortement injecté; mais il n'y a dans sa cavité qu'une petite quantité de sérosité sanguinolente : il n'y a là qu'une péritonite au premier degré. En effet, on ne trouve en aucun point de matière plastique, et les circonvolutions intestinales ne sont pas encore agglutinées.

L'anse étranglée a contracté des adhérences au voisinage de l'anneau, adhérences encore molles, et qui permettent de retirer cette portion d'intestin pour l'examiner avec plus de soin.

On observe alors que l'anse étranglée a six centimètres de longueur environ. La portion de mésentère qui lui correspond est rouge et tuméfiée; on n'y peut retrouver le point où le fil a été passé. Aux deux extrémités de l'anse intestinale on peut reconnaître le point où portait l'étranglement à un sillon circulaire qui s'y trouve.

L'anse herniée est d'un rouge violacé, et recouverte dans une partie de son étendue par des fausses membranes minces et peu adhérentes. Dans un point, vers le bord libre, on trouve une plaque grise, saillante, large comme une pièce d'un franc, et qui paraît formée par une fausse membrane plus épaisse ou même par du pus concret. A ce niveau existe une fissure presque imperceptible qu'on n'aperçoit bien qu'en regardant par transparence, mais qui laisse suinter du liquide, comme on peut s'en assurer en liant un des bouts de l'anse intestinale et en versant de l'eau par l'autre extrémité. On peut alors voir sortir de l'eau par cette petite fissure.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue, et par la marche insolite qu'a suivie la maladie, et par quelques-uns des lésions trouvées à l'autopsie, et parce qu'après l'opération l'anse étranglée a été maintenue au voisinage de l'anneau.

Tout d'abord je ferai remarquer que cette hernie était dans toutes les conditions signalées comme pouvant favoriser l'étranglement; hernie peu volumineuse, maintenue réduite avec un bandage pendant plusieurs années, puis laissée à elle-même sans aucun moyen de contention.

Mais voici ce qu'il y a de particulier dans le cas présent. Tous les symptômes de l'étranglement apparaissent et persistent pendant deux jours; la hernie est alors réduite, et les accidents cessent pour reparaître deux jours après; un nouvel étranglement se produit, et cette fois ne cède qu'à l'opération. Les lésions trouvées à l'autopsie paraissent suffisamment expliquées par cette marche de la maladie. Comment expliquer, en effet, la présence de cette plaque grisâtre déjà signalée, et l'existence de cette fissure dans un point éloigné du lieu où l'étranglement siégeait en dernier lieu? M. Manec pense que, dans le premier étranglement, la constriction du collet du sac devait porter sur cette partie, et que l'inflammation des piqûres de sangsues excitées par les manœuvres de réduction, s'est propagée jusque sur le sac, et à travers ce sac même jusque sur l'intestin.

Je ne veux pas terminer sans faire quelques remarques sur l'opération. Lorsque, après avoir ouvert le sac, M. Manec vit sortir quelques bulles de gaz, lorsqu'il vit sur l'intestin une plaque d'un blanc jaunâtre, d'une vitalité douteuse, que fallait-il faire? Fallait-il réduire? Il n'y avait, je le sais, ni odeur de matières stercorales, ni épanchement de liquides intestinaux, ni affaissement de l'anse herniée, mais il y avait une ouverture probable, et la vitalité d'un point de l'intestin était bien douteuse; réduire dans ces conditions eût été imprudent. Fallait-il, comme on le conseille, ouvrir l'intestin, ou le retenir en face de l'orifice? M. Manec a pensé qu'il fallait mieux retenir l'anse au voisinage de l'anneau en passant un fil derrière elle, et cette position fixe donnée à la portion d'intestin supposée gangrenée l'a été dans l'espérance qu'elle contracterait des adhérences assez fortes avec la séreuse pariétale pour s'opposer à l'épanchement des matières stercorales au moment de la chute de l'eschare, qui serait alors entraînée par la marche des matières. Cette manière d'agir était d'ailleurs justifiée par un beau succès obtenu dans un cas analogue par M. Manec, et que je vais rappeler en quelques mots.

Le 25 novembre 1838, la nommée F... fut prise, à la Salpêtrière, de tous les symptômes d'un étranglement herniaire; après des tentatives inutiles de taxis, l'opération fut résolue et pratiquée le 27 à deux heures de l'après-midi.

A l'ouverture du sac, on trouva, dans une étendue de quelques lignes, l'intestin grisâtre et aminci, si bien que, dans la crainte d'une gangrène, un ruban étroit fut passé en arrière de l'anse intestinale, qui resta ainsi maintenue au voisinage de l'anneau.

A la suite de l'opération, la malade présenta pendant quelques

jours des symptômes de péritonite; mais le 1er décembre une amélioration sensible eut lieu, et le ruban fut retiré. Depuis lors, l'amélioration persista, la plaie se cicatrisa bien, et la guérison ne tarda pas à être complète.

On voit que dans le cas précédent, comme dans le cas actuel, la manière d'agir diffère de ce qui avait été fait, puisque les auteurs conseillent de retenir l'anse intestinale avec le fil et de fixer la portion gangrenée, ou supposée gangrenée, contre l'orifice même du collet du sac, afin qu'à la chute de l'eschare les matières fécales aient une libre issue au dehors. On n'obtient ainsi qu'un anus artificiel, dans des conditions meilleures, il est vrai, qu'en ouvrant l'intestin avant de le faire rentrer; tandis que M. Manec, en s'efforçant d'obtenir des adhérences entre la séreuse qui revêt l'anse herniée et la séreuse pariétale, cherche à prévenir d'une manière absolue l'existence d'un anus artificiel.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Després.

Mode d'action des nouvelles poudres dites désinfectantes. Propriétés conservatrices des poudres en général. Avantages et inconvénients de la poudre Corne et Demeaux dans le pansement de certains foyers de suppuration.

(Par M. P. Chalvet, interne du service.)

Aussitôt que nous avons eu connaissance des communications académiques relatives à la poudre de MM. Corne et Demeaux, nous avons fait à Bicêtre, dans le service de M. Després, l'application de la nouvelle découverte au double point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique.

Il eût été difficile de trouver ailleurs un champ d'expérimentation qui permît au coaltar de mieux déployer toute sa puissance désinfectante.

Si nous nous étions hâté de faire connaître les premiers résultats de nos essais, nous n'aurions eu certainement qu'à nous louer de l'emploi médical de la poudre au coaltar; mais, pour nous, les innovations qui mettent en jeu la santé des hommes ne doivent pas être vulgarisées avant d'avoir subi l'épreuve des coïncidences et des interprétations possibles.

Aujourd'hui, à notre grand regret, notre appréciation est tellement peu conforme à celle de quelques expérimentateurs plus autorisés, que nous considérons comme un devoir de présenter une analyse des expériences que nous avons faites et des faits cliniques que nous avons observés.

Relativement aux interprétations théoriques, il me semble que les éminents chimistes qui sont venus confirmer ou contredire les succès promis par les inventeurs, n'ont pas suffisamment insisté sur le principal mode d'action du plâtre coaltarisé, considéré comme désinfectant ou comme mélange conservateur. Malgré tout ce qu'on pourra dire, les recherches nombreuses et variées que je poursuis depuis deux mois environ ne me laissent aucun doute sur les propriétés *légèrement* désinfectantes et *véritablement* conservatrices de la poudre Corne et Demeaux. Toutefois, j'ai la conviction que ces propriétés ne doivent pas être attribuées uniquement à des vertus mystérieuses ou à des réactions chimiques extraordinaires; mais plutôt, d'un côté, à la matière charbonneuse que renferme le coaltar, et, de l'autre, à la faculté qu'ont les poudres en général d'isoler plus ou moins de l'air libre les substances qu'elles recouvrent, de les dessécher, de masquer et de retarder ainsi, par une action toute physique, la manifestation de la putréfaction.

Pour démontrer que le plâtre additionné de coaltar ne doit en partie sa vertu désinfectante qu'à la petite quantité de charbon qu'il renferme, et qu'il ne conserve pas mieux les matières organiques que ne le font les poudres fines en général, nous avons fait un grand nombre d'expériences qui nous paraissent concluantes.

En traitant, par exemple, deux morceaux d'égal volume d'une substance organique en putréfaction par une même quantité de poudre Corne et Demeaux, et d'un mélange au même titre de plâtre et de charbon en poudre, on constate que la désinfection de la matière roulée dans la poudre au coaltar est instantanée, l'odeur putride étant remplacée par celle du goudron de houille; mais, au bout d'un temps variable, le degré de désinfection est égal de part et d'autre.

Si l'on veut établir l'identité des résultats dès le commencement de l'expérience, il suffit d'ajouter une faible dose d'une poudre odorante, telle que celle de valériane, de campbre ou de musc, au plâtre carbonaté, et on le met exactement dans les conditions substitutives conservatrices et désinfectantes du plâtre coaltarisé, c'est-à-dire que, conformément aux conclusions de M. Chevreul, l'action immédiate de la poudre Corne et Demeaux est en partie due à l'intervention du coaltar agissant comme corps odorant.

Si nous passons maintenant à l'action conservatrice des poudres, nous voyons encore qu'une poudre quelconque, comme celles de quinquina, de mauve, de lycopode, la cendre tamisée, le plâtre ordinaire, etc., jouissent des mêmes propriétés conservatrices à l'égard des matières organiques; mais l'odeur préexistante de ces matières n'est point neutralisée sensiblement dès qu'on fait usage d'une poudre inodore autre que le charbon, regardé à juste titre comme le désinfectant par excellence. Avec le charbon de bois non mélangé, nous avons toujours réussi à priver d'odeur les substances les plus infectes, telles que des chaussures imprégnées de sueur, l'huile de cade, le baume de copahu, des pièces anatomiques très avancées, l'eau des égouts; l'odeur même du coaltar ne résiste pas à la vertu désodorante du charbon.

En ajoutant à la poudre de charbon une petite quantité de chlorure de chaux, ainsi que nous l'avons fait avec notre collègue en pharmacie M. Dubrac, on obtient un désinfectant des matières fécales aussi parfait qu'on puisse le désirer. Les composés hydrogénés très-volatils qui échappent à l'action spéciale du charbon, agissant comme *grille* à l'égard des substances odorantes (Stenhouse, Normandy) (1), sont à leur tour neutralisés par les rares vapeurs de chlore, qui se dégagent d'une manière insensible et continue. Une faible quantité de cette poudre projetée dans un vase de nuit empêche la manifestation de toute odeur ammoniacale, lors même qu'on laisse séjourner l'urine plusieurs jours.

Je ferai observer que depuis longtemps, dans les salles des femmes en couches, on réussit à masquer l'odeur des déjections en projetant sur ces matières quelques gouttes d'éther sulfurique (Charrier).

Dans l'étude des désinfectants, on est tout de suite conduit à compliquer les moyens par la considération de ce fait bien simple, qu'un même foyer d'infection produit des odeurs tellement complexes (Chevreul) qu'il serait irrationnel d'attribuer à un seul produit la propriété de neutraliser toutes les émanations odorantes possibles; car, pour nous, une substance n'est désinfectée que du moment où ses émanations sont détruites et non masquées par une odeur plus pénétrante.

Mais revenons à la poudre Corne et Demeaux.

Pour bien m'assurer qu'elle doit son *faible* pouvoir désinfectant à la *faible* proportion de sa matière charbonneuse, j'ai épuisé par les acides forts et l'eau bouillante une certaine quantité de coaltar, et j'ai obtenu ainsi, après avoir desséché et pulvérisé, une poudre charbonneuse presque inodore ayant la propriété désinfectante du charbon ordinaire. Cette espèce de coke, mélangé au plâtre dans les proportions de la formule Corne et Demeaux, se comporte comme un pareil mélange de plâtre et de charbon, qui, abstraction faite de l'empyreume, jouit des mêmes propriétés que la poudre au coaltar.

Il ne m'a pas été donné non plus de faire disparaître, par l'usage de la poudre Corne et Demeaux, l'odeur qui persiste, au moins après une autopsie ou une longue dissection. Une vigoureuse friction faite avec ce mélange substitue, il est vrai, momentanément l'odeur du bitume à l'infection cadavérique; mais peu de temps après l'infection, quoique moins forte, succède de nouveau d'une manière fort désagréable aux exhalaisons bitumineuses. C'est toujours, en un mot, le phénomène de substitution qui prédomine.

Dans les mêmes circonstances, le charbon pulvérisé, employé en quantité moins considérable, purge instantanément les mains de presque toute mauvaise odeur sans en substituer aucune. La poudre Corne et Demeaux, additionnée d'une fois son volume de charbon broyé, est en partie privée de son odeur empyreumatique, et son pouvoir désinfectant est décuplé pour la raison indiquée.

Avec un peu d'habitude et en faisant ces expériences sur des matières ayant des odeurs fortes et caractéristiques, chacun pourra vérifier ces faits. La méthode chimique suivie par MM. Follet et Rigault permettrait de constater mathématiquement ces résultats.

On a dit aussi que l'odeur du coaltar fait fuir les mouches des amphithéâtres de dissection, et que depuis qu'on en fait usage à la Charité, on ne voit plus de larves sur les pièces anatomiques. Sans mettre en doute la vérité des assertions de M. Fauvel, je ne puis m'empêcher de dire que depuis longtemps nous jouissons à Bicêtre des mêmes avantages sans avoir rien fait pour cela. Nous n'attribuons ce bienfait qu'à la saison de l'année, qui n'est plus celle de l'active multiplication de ces insectes. Je crains bien qu'au mois de juin prochain le coaltar ne nous débarrasse pas si facilement de ce fléau, car j'ai vu plusieurs fois dans ma chambre des mouches braver la poudre *désinfectante* pour atteindre des lambeaux mal couverts de matière animale en voie de désorganisation.

Nous avons essayé également le coke de boghead que M. Moride tient à ne pas rapprocher du coaltar de houille ordinaire. Je dois avouer que je n'ai pas encore pu saisir les nuances d'action dont parle cet auteur. Il y a là plus de théorie qu'autre chose. Du reste M. Moride, en employant le coke pulvérisé sans le mélanger à une autre poudre, met au contact du foyer de l'infection une plus grande masse de matière charbonneuse et obtient par cela même une désinfection plus complète et plus durable. La poudre du brai sec de toute espèce de houille n'agit pas autrement.

Non content d'employer le coke de boghead à des applications industrielles, M. Moride, jaloux sans doute de l'innovation de M. Demeaux, pense que ce même coke, additionné de coaltar, pourrait être utilisé pour la *désinfection des plaies d'hôpital*.

C'est encore là une idée que l'on pourrait rapprocher de celle de M. Collas, qui a pensé aussi que le gypse benziné pourrait faire concurrence à la poudre Corne et Demeaux. Je dirai plus loin, en parlant de ces poudres appliquées à la thérapeutique, ce que je pense de cette dernière tentative, plutôt industrielle que rationnellement médicale.

Rappellerai-je ici que déjà le gypse n'a pas été heureux dans son association à d'autres matières pour la composition des mélanges désinfectants? Cela tient sans doute à la facilité avec laquelle l'humidité durcit le sulfate de chaux. Quelque temps avant la révolution française, un nommé Marcorelle publiait dans la sixième édition de la *Bibliothèque physico-économique instructive et amusante* les résultats d'expériences faites avec différents mélanges désinfectants. Il ne rappelle, dit-il, les expériences tentées avec le gypse que pour empêcher d'autres expérimentateurs de perdre leur temps à les recommencer. Les conclusions de cet auteur n'ont pas été entendues. Cependant on commence à ne plus croire à la nécessité absolue du plâtre dans la fabrication de la poudre Corne et Demeaux, puisque M. Burdel (de Vierzon) lui a déjà substitué la marne. Il est à présumer que d'autres substitutions de ce genre ne tarderont pas à être révélées.

Marcorelle donnait à un mélange de lait de chaux et de lie-de-vin calcinée la même importance que M. Corne à son plâtre coaltarisé.

Le mélange de Marcorelle, comme celui de M. Corne, devait opérer une véritable révolution dans l'engrais des terres. Nous faisons des vœux pour que la dernière promesse ait plus de résultat pratique que la première.

Pour me résumer sur ces premières considérations, je dirai :

1° Que la poudre Corne et Demeaux agit comme désinfectant, en raison directe de la matière charbonneuse qu'elle contient;

2° Qu'ainsi que l'ont établi MM. Follet et Rigault, on est généralement trop disposé à prendre pour une désinfection réelle une substitution d'odeur;

3° Qu'au sujet des propriétés conservatrices de ce mélange on n'a pas assez tenu compte de l'action des poudres en général, qui retardent toutes plus ou moins la marche de la putréfaction;

4° Que le charbon reste encore le meilleur désinfectant connu, et que la question actuelle n'a jusqu'ici rien ajouté à ce que l'on savait déjà;

5° Que cependant, s'il s'agissait de masquer l'odeur d'un foyer d'infection liquide ou mou, nous donnerions la préférence à la poudre Corne et Demeaux, à cause de la fixité de l'odeur du goudron de houille; tandis que nous choisirions le charbon, les chlorures ou le liquide Le Doyen, si la matière à désinfecter était solide et sèche, et qu'il fût utile d'obtenir une désinfection complète;

6° Qu'en définitive, un désinfectant répondant à tous les besoins de l'industrie et de l'hygiène est encore à trouver.

Il nous reste à dire un mot de nos résultats cliniques obtenus par quelques-unes de ces poudres employées comme topiques dans le pansement des plaies. Ce sera le sujet d'un deuxième article.

OBSERVATION D'UN CAS D'HÉMATURIE IDIOPATHIQUE,

heureusement combattue par les injections d'eau froide et les préparations ferrugineuses à l'intérieur;

Par M. le Dr A. Legrand.

(Communiquée à l'Académie de médecine dans sa séance du 17 mai 1859.)

Le nommé R..., âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament nerveux, me fut adressé le 10 janvier dernier pour un *pissement de sang*, qui s'était déclaré (le 19 août 1858) spontanément et sans cause appréciable. A l'examen des urines rendues la nuit, je reconnus facilement que le sang était mêlé au liquide provenant de la sécrétion rénale, et le malade me déclara, en outre, que jamais en dehors de la miction il ne rendait de sang par l'urèthre. Ce mélange, presque intime, persistait malgré l'état de repos où on le laissait; seulement alors le fond du vase était plus chargé de sang, *mais il ne s'y formait jamais de caillots*. La fréquence et par suite l'abondance de cette perte de sang l'avaient considérablement affaibli, et l'avaient amené, malgré la force de sa constitution, à un état presque anémique.

Quelle était la source de cette exhalation sanguine? C'est ce qu'il importait de savoir avant d'avoir recours à aucune médication. Pour être éclairé à ce sujet, j'adressai le nommé R... à M. le docteur Ségalas, dont tout le monde apprécie la valeur scientifique, la haute expérience dans les maladies de ce genre et la parfaite obligeance.

Voici la lettre que cet excellent confrère me fit l'honneur de m'adresser le 15 janvier :

« Il n'y a pas de corps étranger dans la vessie; je pense que le sang » vient d'un des reins. Je serais d'avis de faire quelques injections » froides dans la vessie. J'ai obtenu plusieurs fois d'heureux résultats » de cette médication. »

De ce moment le traitement fut arrêté dans ma pensée. Je commençai à pratiquer tous les matins une double injection d'eau, d'abord tiède, puis froide; la première était rendue immédiatement, mais la seconde devait être gardée le plus longtemps possible. Je prescrivis en même temps l'usage d'une potion de 150 grammes (eau et sirop de sucre) qui renfermait 25 centigrammes de perchlorure de fer cristallisé, dont plusieurs publications intéressantes de M. le docteur Deleau tendent à généraliser l'emploi. Cette potion devait être prise par cuillerées à bouche, d'abord une le matin à jeun, puis une le soir en se couchant. Plus tard le sel ferrugineux fut porté à 50 centigrammes; on y joignit l'usage du chocolat ferrugineux.

A dater du 27 janvier, les injections, facilement supportées, furent faites avec de l'eau froide et à deux reprises (le 31 de ce même mois

(1) *Notice sur l'appareil destiné à transformer l'eau de mer en eau douce.*

et le 9 février). J'essayai des injections avec l'eau de goudron froide. Mais il me fallut renoncer à ce moyen ; la première fois à cause de douleurs assez vives qui s'étaient manifestées dans la région des reins, et la seconde fois par suite d'un commencement de cystite. Après la première suspension, j'étais revenu aux injections avec l'eau froide ; mais après les seconds accidents, il se manifesta une amélioration telle que je ne crus plus devoir revenir à ce moyen.

C'est qu'en effet, à dater des premiers jours de février, il n'y avait plus que les urines de la nuit qui continssent du sang. A dater du 5, ces dernières mêmes avaient cessé d'être colorées, et au moment où je rédige cette observation, elles ont pris depuis le 10 février leur teinte et leur limpidité normales.

En même temps que les urines revenaient à l'état normal, la santé générale, affaiblie au point qu'on commençait à concevoir quelques inquiétudes pour la vie du malade, se raffermissait de jour en jour; les forces revenaient, le teint reprenait de l'animation, et aujourd'hui (10 mai 1859), R... se retrouve dans les mêmes conditions que celles où il était avant de tomber malade.

Quelle a été dans ce cas, pour procurer la guérison, la part du traitement interne et celle des injections ? Si c'est à l'usage du perchlorure de fer à l'intérieur qu'il faut l'attribuer, l'hématurie était alors la conséquence de l'appauvrissement du sang, rendu présumable par l'absence de caillots dans le liquide conservé dans le vase de nuit. C'était alors une simple déviation d'une sécrétion morbide cependant, mais qui aurait pu avoir lieu par toute autre voie, et c'est en modifiant l'état du sang que la guérison s'est faite. Si, au contraire, on admet un état particulier de la vessie ou des reins, on peut alors rapporter la guérison à l'influence favorable du traitement local.

La question ne laisse pas que d'être fort difficile à décider. L'hématurie idiopathique étant en effet une maladie peu commune, et cette maladie ne se terminant que fort rarement par la mort, on n'a guère d'occasions de constater après cette terminaison fatale l'état des organes qu'on pouvait considérer comme étant le siége principal de la maladie. Cependant Chopart (*Traité des maladies des voies urinaires;* Paris, 1821) cite l'exemple d'une femme sujette à des hématuries qui succédaient assez souvent à des menstrues peu abondantes. Elle mourut ayant offert ce phénomène pendant dix-huit ans. Après sa mort, on ne trouva aucune lésion dans les organes génito-urinaires. On n'en aurait sans doute pas trouvé davantage chez un autre malade dont le *Journal de la Société de médecine de Bordeaux* (décembre 1837) rapporte l'histoire, fort remarquable du reste, puisque c'était un exemple d'*hématurie intermittente*, qui céda à l'usage du sulfate de quinine.

Chopart cite bien encore un autre cas d'hématurie, qui s'est aussi terminé par la mort; mais chez ce malade on reconnut que le sang s'échappait des orifices ou des porosités des veines vésicales (*loc. cit.*, t. II, p. 52) ; de même que chez le malade de M. Rognetta (*Dictionnaire des dictionnaires de médecine*, t. IV, p. 536), qui succomba à une cystite aiguë *compliquée d'hématurie!*

A l'autopsie, on reconnut aussi que le sang s'exhalait de la muqueuse vésicale.

On voit que, dans ces deux cas, les lésions matérielles que l'autopsie a révélées sont en définitive peu significatives. Cependant le fait suivant, rapporté par M. Rayer (*Traité des maladies des reins*, t. III, p. 364), démontre mieux encore la possibilité de l'hématurie idiopathique.

Il s'agit en effet d'un homme âgé de 56 ans, qui succomba à l'hôpital Saint-Antoine, par suite d'une hématurie qui avait duré à peine quatre mois.

A l'autopsie, on ne trouva que des symptômes assez vagues de néphrite, et la preuve matérielle que les deux reins étaient bien la source de l'hémorrhagie.

Enfin, des faits d'hémorrhagies rénales périodiques et supplémentaires, relatés par Chopart et par M. Rayer, prouvent encore plus péremptoirement l'existence de l'hématurie essentielle, mais développée sous l'influence de causes très-variables, chez des individus offrant des conditions de tempérament fort différentes aussi, exigeant par conséquent quelquefois des médications opposées, dont les deux extrêmes seraient l'usage des préparations de fer et les émissions sanguines.

Quant à la médication locale, sans nier absolument ses avantages, je suis cependant très-disposé à les considérer comme très-secondaires, toutes les fois qu'il n'existe aucune lésion appréciable du côté des reins ou de la vessie, ce qui ne doit pas empêcher toutefois d'y avoir recours.

CORPS ÉTRANGERS DANS LE CERVEAU ;

suppuration ; absence de symptômes.

Observation par M. HUGUES.

Ce n'est pas à titre de stérile curiosité, de cas rare, que nous reproduisons ce fait, mais parce qu'il renferme un enseignement pratique important, sur lequel il n'est jamais inutile d'insister : le pronostic des plaies de tête, toujours sérieux en raison des complications qui peuvent survenir, ne saurait en effet être porté avec trop de réserves, si l'on veut bien se rappeler qu'une lésion cérébrale peut s'être produite sans se manifester d'abord par le plus léger trouble, puis entraîner tout à coup les accidents les plus terribles, et se terminer par une mort imprévue.

Un homme condamné à six mois de travaux forcés entra au bagne de Stafford, quatorze mois après avoir été blessé au front par un fragment d'un canon de fusil qui avait fait explosion entre ses mains. On avait constaté une fracture de l'os frontal, mais aucun accident ne s'était produit du côté du cerveau ; le malade se plaignait seulement d'une grande pesanteur de tête. Lors de son entrée au bagne, sa plaie était presque cicatrisée. Il travailla pendant trois semaines, après lesquelles il éprouva de la céphalalgie et un malaise général ; la plupart des forçats présentaient d'ailleurs les mêmes symptômes, qu'on attribua à l'influence de la chaleur, etc. Après une indisposition de huit jours environ, cet homme mourut presque subitement, avec des symptômes de compression.

A l'autopsie, on trouva dans le lobe antérieur de l'hémisphère cérébral droit, qui était très-ramolli, un abcès contenant environ 11 grammes de pus. Un morceau de fer (fragment du canon de fusil), pesant un peu plus de 45 grammes, était situé entre l'apophyse cristagalli et la fosse orbitaire ; il était entouré d'un kyste formé, en partie du moins, par la dure-mère refoulée ; cette poche contenait également quelques séquestres. Le fragment de fer avait laissé une empreinte sur la face inférieure du lobe cérébral enflammé. Au niveau de la plaie, l'os frontal présentait une fente longue d'un pouce, comblée par une cloison membraneuse. (*Lancet*, 18 septembre 1858.) (*Gaz. hebd.*)

CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ACÉTATE DE MORPHINE,

Par le docteur Théodore SALVIAT.

Le sieur X..., élève en pharmacie, âgé de trente ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, a eu, à l'âge de quatorze ans, une méningite très-grave. Depuis cette époque, il a été sujet à des céphalalgies très-intenses, et a eu plusieurs congestions cérébrales.

Le 19 avril dernier, se trouvant réduit à une position très-précaire par suite de manque d'emploi, et ses parents, dont il avait probablement lassé la patience, refusant de venir à son aide, il prend la malheureuse résolution d'en finir avec la vie. A cet effet, le soir, en sortant de dîner, il prend, englobé dans de la mie de pain, 1 gramme d'acétate de morphine. Un quart d'heure après il rentre chez lui, fort calme en apparence; puis tout à coup il tombe comme foudroyé au milieu de la famille chez laquelle il loge. Ces braves gens, effrayés, au lieu de courir chercher de suite un médecin, perdent un temps précieux à aller prévenir son frère, qui habite à l'extrémité opposée de la ville, en sorte que ce n'est que deux heures après l'ingestion du poison que l'on vient m'appeler pour lui donner des soins.

Je trouve le malade étendu par terre sur un matelas, dans un état d'insensibilité complète, les dents crochetées, les membres dans la résolution, les yeux fixes, insensibles à la lumière, le visage coloré, le pouls plein, légèrement accéléré. Ignorant la cause qui l'a mis dans cet état, cause qui n'était connue que de lui seul, je pensai tout d'abord avoir affaire à une simple congestion cérébrale, et je pratiquai immédiatement une saignée du bras assez copieuse.

Pendant que le sang coulait, le malade ouvrit les yeux et parut un peu reprendre ses sens. Je le questionnai aussitôt sur la cause de son mal ; il me dit alors qu'il s'était empoisonné en prenant 1 gramme d'acétate de morphine.

J'envoyai chercher aussitôt 20 centigrammes de tartre stibié que je mis dans une petite quantité d'eau sucrée. Mais lorsque je voulus les faire prendre à mon malade, il était retombé dans un état d'insensibilité complète et avait les dents serrées, de sorte qu'il me fut impossible de lui en faire avaler une seule goutte. J'eus recours alors au marteau de Mayor, dont je lui fis de fortes applications sur les différentes parties du corps, et principalement à l'épigastre ; mais tout fut inutile, je n'obtins que quelques mouvements convulsifs qui bientôt cessèrent pour faire place à une insensibilité complète. Le pouls était devenu très-faible ; la chaleur de la peau avait baissé sensiblement; enfin, voyant que tout était inutile, je quittai le malade vers une heure du matin, avec la conviction qu'il ne passerait pas la nuit. Cependant, sachant qu'il ne faut jamais désespérer des efforts de la nature tant qu'il reste un peu de vie, je recommandai aux personnes qui resteraient auprès du malade, que si par hasard il venait à reprendre ses sens, on lui donnât le vomitif et qu'on vînt me prévenir.

En effet, vers quatre heures du matin, le sieur X... fit quelques mouvements, il ouvrit les yeux, et l'on put, quoique avec assez de peine, lui faire prendre l'émétique, qui produisit plusieurs vomissements assez copieux; il but ensuite un peu de café que j'avais fait préparer. Vers sept heures, j'arrivai, et je fus agréablement surpris de la grande amélioration qui s'était produite. Le coma était encore profond, mais la sensibilité était revenue ; le malade répondait assez bien aux questions qu'on lui adressait ; il me dit qu'il pensait avoir rendu une partie du poison, dont il avait retrouvé le goût dans les matières qu'il avait rendues. Cependant, comme les vomissements n'avaient pas été très-abondants, du moins d'après le rapport des personnes qui étaient auprès du malade, car à mon grand regret on n'en avait pas conservé la matière, je jugeai utile de faire prendre une nouvelle dose de tartre stibié, et je fis préparer une forte solution de tannin que je recommandai de faire prendre dès que les vomissements auraient cessé.

A deux heures de l'après-midi, je revis le malade, que je trouvai dans un état très-satisfaisant, quoique encore sous l'influence du poison; c'est même à ce moment que je pus le mieux constater l'ensemble des symptômes de l'empoisonnement par la morphine, qui jusque-là avaient été masqués par la prédominance du principal symptôme, le coma, qui, comme on l'a vu, avait été porté au plus haut degré, mais qui n'existait plus qu'à un degré assez faible. Mouvements convulsifs, fourmillements dans tout le corps, douleur épigastrique, nausées, sueurs copieuses, soif ardente, constipation, suppression des urines, tel est l'ensemble des symptômes que présentait le malade ; le seul que je n'aie pu constater parmi ceux que les auteurs donnent comme caractéristiques de l'empoisonnement par la morphine, c'est le resserrement des pupilles.

Le soir, les mêmes symptômes subsistaient, mais à un degré bien moindre. Enfin, le lendemain matin, 21 avril, trente-six heures après l'ingestion du poison, je trouvai le malade debout, ne se plaignant que d'une grande fatigue, de quelques fourmillements dans les membres, et d'une forte douleur à l'épigastre que je reconnus n'être due qu'aux eschares produites par l'application du marteau de Mayor.

Je questionnai alors de nouveau M. X... sur la dose énorme d'acétate de morphine qu'il avait prise ; il me confirma ce que déjà il m'avait dit, et ajouta qu'il était bien sûr et de la quantité et de la qualité du poison, puisque c'était lui-même qui l'avait préparé dans une maison de droguerie en gros où il avait été élève à Paris.

Ne pouvant mettre en doute la véracité de son assertion, je cherchai à m'expliquer comment il s'était fait qu'une dose aussi forte que 1 gramme d'acétate de morphine n'avait pas eu des effets plus funestes, car on en a vu des doses bien moindres donner la mort. Voici l'explication qui m'a paru la plus raisonnable :

Le poison ayant été pris immédiatement après le dîner, une faible partie aura été absorbée ; le reste, enveloppé dans de la mie de pain, s'est mélangé avec les aliments ; la digestion ayant été suspendue par l'effet de l'intoxication, il n'a pu être absorbé, et a été plus tard rejeté par les vomissements; et, en effet, on a vu que le malade en a reconnu le goût dans les matières qu'il a rendues après avoir pris la première dose de tartre stibié. Une autre cause a pu aussi intervenir avec celle-ci pour empêcher l'acétate de morphine de produire des effets plus graves : c'est une disposition particulière de l'organisme du sujet, qui le rend jusqu'à un certain point rebelle à l'action de cette substance. On sait, en effet, combien sont variables, suivant les individus, les résultats produits par une même dose de médicaments. Je n'en citerai que deux cas que j'ai pu observer dans ma clientèle :

Une dame a eu des symptômes d'empoisonnement pour avoir pris deux cuillerées d'une potion contenant 30 grammes de sirop diacode sur 150 grammes. Par contre, un jeune homme à qui j'ai donné mes soins l'an dernier pour une perte séminale involontaire très-grave, avait pris à la fois 20 grammes de laudanum de Sydenham dans une intention criminelle, et non-seulement il n'éprouva aucun symptôme d'empoisonnement, mais il n'en obtint même pas une légère modification à une insomnie presque complète qui le tourmentait depuis près de six mois. (*Union médicale de la Gironde.*)

QUELQUES MOTS EN RÉPONSE A M. BYGRAVE,

au sujet de ses observations sur l'extraction des dents (1).

Par M. Ed. VAUTIER, médecin-dentiste à Paris.

Les numéros de la *Gazette des Hôpitaux* du 26 juillet et du 2 août renferment deux articles publiés par M. Bygrave. Qu'il me soit permis de répondre en quelques mots aux faits avancés par l'auteur de ces articles.

M. Bygrave dit : « La clef de Garengeot, si longtemps employée pour l'extraction des dents, est un instrument *brutal*, *barbare*, *inintelligent* et insuffisant, qui détermine souvent des accidents, et dont les dentistes doivent abandonner l'usage. »

La mémoire du célèbre Garengeot a droit à plus d'égards. Que M. Bygrave soutienne que l'instrument dont il parle n'est pas parfait, nous pourrons nous entendre; mais qu'il nous permette de lui dire que l'instrument le plus parfait, manié par des mains inhabiles, fût-il même l'un des quatorze daviers anglais qu'il vante, peut et doit même déterminer les accidents qu'il attribue si généreusement à la clef de Garengeot, dont la simplicité n'est pas un des moindres mérites. Bien conduite, cette clef a jusqu'à ce jour suffi à de nombreux praticiens remplis de mérite; et si des anomalies se sont présentées, si quelques opérations ont été suivies de complications rares, on sait que tel est le sort de toute opération chirurgicale.

J'ai eu l'occasion de voir opérer au moyen des daviers anglais, j'ai dû les manier moi-même, et, praticien exerçant depuis vingt ans, j'ai été à même de les juger. J'avance bien humblement, dussé-je être taxé d'hérésie, que je n'ai pas trouvé en eux tous les avantages que mon confrère leur reconnaît.

D'abord, les extractions opérées au moyen de ces nouveaux daviers sont toujours plus longues et plus douloureuses que par la clef de Garengeot. Et puis, cet arsenal vraiment effrayant à étaler devant les yeux du patient, le temps employé à chercher lequel des quatorze daviers on doit choisir (car M. Bygrave avoue que le nombre de quatorze est le minimum), ne sont-ce pas de nouvelles tortures imposées au malade?

J'avance encore un fait certain, c'est qu'à *inhabileté égale*, les daviers anglais seront la cause d'autant d'accidents que la clef de Garengeot; qu'il faudra plus d'étude pour apprendre à manœuvrer avec adresse quatorze instruments qu'un seul.

Oui, des individus se disant dentistes, et n'offrant au public aucune garantie d'études spéciales préalables, opérant à tort et à travers, ont souvent vu leur inexpérience suivie de fâcheux résultats. Mais, je le répète, l'instrument dont ils pourraient se servir ne changerait rien à cet état de choses ; et M. Bygrave doit être un homme trop sérieux pour accuser les praticiens reçus par la Faculté de médecine d'être de maladroits opérateurs.

Enfin, M. Bygrave a dû bien peu fréquenter nos hôpitaux, pour avancer aussi légèrement qu'il le fait une grave accusation contre nos élèves en médecine, « auxquels, dit-il, pendant tout

(1) L'impartialité bien connue de la *Gazette des Hôpitaux* nous fait un devoir d'accueillir les objections présentées par l'auteur de cet article au travail de M. Bygrave. Cependant, nous devons dire que l'expérience personnelle de deux des membres de la rédaction de ce journal, qui ont, dans ces derniers temps, eu affaire aux daviers anglais, les a convaincus des excellents effets de ces daviers, au point de vue de la rapidité et de la sûreté de l'opération, comme aussi de la moindre intensité de la douleur, trois circonstances que la théorie avait permis de prévoir. (*Note de la Rédaction.*)

le cours de leurs études, jamais personne n'a donné la moindre instruction, le moindre conseil, etc. »

Pour moi, qui fréquente assidûment nos hôpitaux, j'affirme que la majorité, sinon la totalité des élèves en médecine, travaillent avec conscience à devenir habiles, *même pour arracher les dents.* Ils s'exercent d'abord sur le cadavre, et *non sans s'inquiéter* s'ils brisent ou non les alvéoles, puis regardent opérer sur les sujets vivants et opèrent enfin, toujours dirigés par de plus expérimentés. Et lorsque leurs études sont terminées et qu'ils se livrent à la pratique, beaucoup d'entre eux ont même approfondi cette branche de la chirurgie, et ont reçu de nombreuses leçons de médecins-dentistes. J'ai eu, pour ma part, l'honneur de diriger un grand nombre d'élèves qui exercent aujourd'hui honorablement en France comme à l'étranger. Disons-le donc hautement, les médecins ont, sauf des exceptions trop rares pour en parler, l'éducation pratique voulue pour offrir toute sécurité dans les opérations de la bouche; et du jour où la législation actuelle, qui tolère la pratique de l'art du dentiste par le premier venu, du jour, dis-je, où la sollicitude éclairée du pouvoir mettra fin à cette regrettable tolérance par une loi exigeant des opérateurs un titre scientifique obtenu à la suite d'études spéciales, les accidents signalés par M. Bygrave deviendront tellement rares, qu'on pourra justement les classer parmi ceux dus aux dispositions particulières et individuelles des sujets qui en seraient les victimes.

Concluons en disant : que M. Bygrave dote la science dentaire d'un instrument plus simple, plus satisfaisant que ceux qui existent, et nous lui en serons reconnaissants. Mais nous ne pouvons pas être de son avis jusqu'à présent.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 septembre 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Poudre désinfectante. — M. BONNAFONT lit un mémoire renfermant les résultats des expériences qu'il a faites à l'infirmerie de l'hôtel impérial des Invalides, avec la poudre désinfectante de coaltar et de plâtre, dans le service des blessés.

Sur l'invitation de M. Faure, médecin en chef de l'hôtel impérial des Invalides, la poudre de coaltar et de plâtre, préparée par les soins de M. Langlois, pharmacien en chef, selon la formule donnée par M. Velpeau, a été expérimentée à la *salle de la Valeur* sur plusieurs blessés, dont deux seulement sont l'objet des réflexions qui suivent. Le premier est un invalide atteint d'un vaste ulcère au pied gauche, résultant d'une gangrène sénile qui a détruit toutes les parties molles des phalanges, une grande étendue de celles de la région plantaire, en mettant à nu toutes les phalanges et la moitié des métatarsiens; la suppuration entretenue par des lambeaux d'aponévroses et de tendons, ainsi que par des os sphacélés, était très-abondante et d'une fétidité extrême. Le second malade présentait une vaste eschare gangréneuse, également sénile, qui embrassait toute la région métatarso-phalangienne du pied gauche, d'où s'échappait une odeur très-infecte, mais donnant peu de suppuration.

Afin de donner à ces expériences les garanties de vérité que M. Faure et moi désirions, il fut prescrit à tous les chirurgiens de garde d'inscrire sur leur rapport les résultats des pansements du soir, ainsi que les phénomènes qu'ils auraient observés. Ces observations prises successivement par tous les médecins de l'hôtel, jointes à celles que je prenais moi-même à chaque pansement du matin, durant une période de trente-deux jours, nous ont paru suffisantes pour formuler un jugement sur ce mélange; mais afin d'abréger et pour ne pas répéter ce qui a été dit à ce sujet depuis l'intéressante communication de M. Velpeau, nous croyons pouvoir résumer les expériences faites dans notre service par les conclusions suivantes :

1° La poudre de coaltar et de plâtre a la propriété incontestable de détruire ou de masquer l'odeur qui s'exhale des plaies.

2° Le degré d'action de ce mélange est en raison inverse de la quantité de suppuration produite d'un pansement à l'autre.

3° Cette poudre ne possède que peu ou point de propriétés absorbantes. La preuve en est que si on en applique une couche un peu épaisse sur une plaie ou ulcère fournissant une suppuration abondante, celle-ci, après avoir imbibé la couche de poudre le plus immédiatement en contact avec elle, rend le mélange imperméable, et le reste du pus sécrété demeure ainsi cloîtré dans la plaie. Pendant que ce phénomène se passe à l'intérieur, le restant de la poudre et le linge à pansement qui la recouvre conservent leur sécheresse.

4° Quand on renouvelle le pansement dans les conditions qui précèdent, l'odeur du coaltar est la seule qui domine d'abord; mais aussitôt que la poudre est enlevée, la suppuration qu'on trouve accumulée sur la plaie n'a perdu que peu ou point de son odeur. Cette observation a pu être faite et vérifiée plusieurs fois, mais beaucoup mieux au pansement du matin qu'à celui du soir. Cette différence s'explique par l'intervalle qui existe entre chacun d'eux.

5° Si on n'a pas mis une couche suffisante de poudre, ou que la suppuration soit assez abondante pour la traverser et pour imbiber la charpie et le linge du pansement, il y a cela de remarquable que le pus qui a traversé la couche de coaltar n'a perdu que fort peu son odeur spécifique, laquelle domine celle de la poudre tant que celle-ci n'a pas été mise à découvert.

6° Il résulte de ce qui précède que l'odeur du pus n'est nullement détruite, mais seulement masquée par celle du coaltar; ces deux odeurs ne seraient donc, s'il est permis de s'exprimer ainsi, que juxtaposées.

7° Tout mode de pansement d'une plaie qui suppure abondamment, et qui ne réunit pas les conditions essentielles d'absorber le pus au fur et à mesure qu'il est sécrété, est essentiellement vicieux et difficilement applicable à un grand service de blessés, à cause de la nécessité de renouveler trop souvent les pansements. Or, on sait combien dans un grand service militaire, et en campagne surtout, il est difficile de panser deux fois seulement les blessés dans les vingt-quatre heures.

8° Comme toutes les poudres, celle de coaltar exige en outre un certain temps pour être enlevée des surfaces de la plaie, et rend ainsi les pansements plus longs; c'est encore là un inconvénient qui mérite d'être pris en sérieuse considération pour le cas surtout où le médecin a plusieurs malades à panser dans un temps donné : il faut noter cependant que le mélange de coaltar et de plâtre s'enlève bien plus facilement que les autres mélanges pulvérulents.

9° La poudre de coaltar a cela de commun encore avec toutes les poudres carbonifères, qu'elle salit ce qu'elle touche, et enlève ainsi aux pansements tout caractère de propreté. Il y aurait peut être avantage, si cela n'était si coûteux, d'imiter MM. Poinçot (1) et Malapert de Poitiers, en renfermant, comme ils l'ont fait pour leur poudre désinfectante, celle de coaltar dans des sachets en gaze de dimensions diverses; ces sachets ont l'avantage d'en simplifier l'application, de rendre la poudre plus perméable au pus, et de l'empêcher surtout de se répandre.

10° Quant à l'action de ce topique sur les surfaces ulcérées, blafardes, elle est incontestablement salutaire; mais il serait difficile, d'après les essais faits aux Invalides, d'assurer que cette propriété fût supérieure à celle des poudres simples ou composées, employées depuis longtemps dans les mêmes cas.

Ces conclusions ont été rédigées d'après les observations prises en commun par MM. Ossian Henry, chef de clinique, Drouet, Daussure et Harmand, attachés au service des blessés. (Commissaires, MM. Chevreul, Velpeau et J. Cloquet.)

— **M. GRIMAUD**, d'Angers, lit un mémoire sur le tétanos, son siége et son traitement.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Cl. Bernard, J. Cloquet.

Action désinfectante de la solution de perchlorure de fer. — M. DELEAU, médecin en chef de l'infirmerie de la Roquette, adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» Je vous prie d'avoir la bonté de m'accorder le droit, par la lecture de ma lettre, de rectifier une erreur injustement propagée sous le rapport chimique et thérapeutique dans le Compte rendu de l'Académie des sciences.

» M. le docteur Terreil a communiqué, dans la séance du 16 août 1859, une série de faits pratiques sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des plaies dites suppurantes. Je suis loin de faire un reproche à mon honorable confrère de ne pas connaître mes expériences, publiées depuis longtemps dans l'*Union médicale de la Gironde*, sur l'action désinfectante de la solution de perchlorure de fer contre l'excrétion purulente des plaies de toute nature, et d'ignorer complétement la puissance antiputride de cet agent précieux sur le pus ingéré dans les voies digestives des animaux.

» Mais, compétent sur cette matière, je ne puis sanctionner l'erreur injuste que mon honorable confrère propage à l'égard de la solution normale préparée par feu Soubeiran, et utilisée journellement avec succès dans les hôpitaux et les prisons de la Seine. Cette solution normale est inattaquable dans sa composition chimique. J'obtiens par son usage les mêmes résultats thérapeutiques que j'ai obtenus à mon infirmerie pendant l'espace de dix-huit mois d'expériences avec ma solution mathématiquement formulée. Je le répète, la solution normale de la pharmacie centrale de Paris est inattaquable; elle a toute l'efficacité du perchlorure de fer sans qu'elle apporte une action corrosive sur les parties organiques mises en contact avec elle. Ma solution rivalise d'action avec cette dernière dans son efficacité thérapeutique; mais je ne puis avoir de même confiance dans les solutions normales perchloro-ferriques préparées généralement dans le commerce.

» Je suis avec respect, etc. D[r] DELEAU. »

(Comm., MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

— **M. ÉTIENNE** adresse une note concernant les divers *mélanges désinfectants* proposés depuis quelques années et qui présentent dans leur composition plus ou moins de rapport avec celui de MM. Corne et Demeaux. Il cite en particulier celui que M. Bayard avait soumis en 1844 à la Société d'encouragement; mélange en proportions déterminées de sulfate de fer, d'argile ferrugineuse et de sulfate de chaux, avec addition de goudron de houille en quantité variable suivant les cas. (Même commission.)

De la fécule végétale et animale sous le rapport de l'influence transformatrice qu'exerce sur elle la lumière solaire. — MM. NIEPCE DE SAINT-VICTOR et L. CORVISART communiquent sous ce titre une note contenant la relation d'une série d'expériences qu'ils ont exécutées en commun sur l'influence transformatrice de la lumière solaire sur divers produits organiques, et en particulier la fécule animale (matière glycogène).

Voici les conclusions de cette note qui ont plus particulièrement trait à la fécule animale :

1° La lumière solaire, par une action à elle propre, modifie et transforme certaines substances amyloïdes et quelques-uns de leurs dérivés.

2° L'action seule, mais prolongée, de la lumière transforme la fécule pure et soluble à l'état de dextrine et surtout de sucre.

3° Cette action transformatrice est entravée par les lactate, citrate de fer en dilution au centième, et entièrement empêchée par le deutochlorure de mercure. Le tartrate ferrico-potassique (1/100) augmente la transformation soit à l'obscurité, soit à la lumière, mais au moins un tiers plus à la lumière. L'azotate d'urane (1/100) favorise puissamment l'action de la lumière solaire, etc....

9° Le sucre animal, que depuis la découverte de M. Cl. Bernard on tend avec juste raison à considérer comme jouant un rôle aussi important dans l'économie que le sucre dans les plantes, vient d'un amidon animal.

10° Suivant les expériences directes que nous avons tentées, la fécule animale (matière glycogène) s'use et se transforme en sucre plus rapidement et plus abondamment sous l'influence de la lumière qu'à l'obscurité; mais l'azotate d'urane entrave et n'active pas l'influence solaire sur la fécule animale.

11° La fécule animale reste dans le foie sans devenir sucre pendant l'hiver chez les grenouilles. La plus haute richesse du sucre de foie chez elles coïncide avec l'époque de la maturation des fruits, fin juin, juillet, août. (Recherches propres de M. le professeur Schiff, entreprises à un autre point de vue que le nôtre, mais qui nous fournissent de précieux éléments de jugement.) La matière glycogène peut être immobilisée dans le foie, comme l'amidon végétal dans les tubercules ou les graines, si les grenouilles sont entièrement soustraites à la lumière; il ne se produit point alors de sucre. On pourrait expliquer comment l'abondante présence de la matière glycogène dans le tissu cutané du fœtus disparaît de ce tissu aussitôt après la naissance par un brusque passage de l'obscurité à la lumière.

12° On doit rappeler néanmoins, qu'il ne soit nécessaire que d'une lumière faible, ou que l'action de celle-ci soit corroborée par la présence de certains sels ou de certains ferments, que, chez la plupart des animaux et chez l'homme, les fonctions amylogéniques comme les glycogéniques n'éprouvent jamais l'intermittence bivernale.

13° Les actions de la lumière quo nous avons ébauchées sont généralement lentes. On sait d'ailleurs combien cette action de lumière, journellement faible, met de temps à concourir à la formation du blé, à la maturation des fruits, etc., et cependant combien en somme elle est puissante. Donc si, sans augmentation de lumière, certaines substances d'un côté doublent, triplent ou sextuplent les effets de l'action solaire, par exemple sur la formation du sucre animal ou végétal; si, de l'autre, sans diminution de l'intensité solaire, d'autres substances annihilent ou entravent l'usure, par exemple de l'amidon sous l'action solaire, on ne peut se dissimuler que des études très-analytiques dirigées dans cette voie ne soient fort utiles tant pour la physiologie végétale que pour l'agriculture, et peut-être tout autant pour la médecine. Il suffit de rappeler le diabète et l'influence de l'insolation sur la scrofule. Les actes intimes de nutrition sont en effet bien peu connus.

(1) Nous pensons que c'est Pichot qu'a voulu dire l'auteur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes et pour l'internat, sera ouvert le lundi 10 octobre prochain. Le registre d'inscription, ouvert à partir du 15 septembre, sera clos le 3 octobre.

— La mémoire d'Orfila vient d'être honorée d'une manière bien touchante par son pays natal. Un élégant médaillon en marbre de Carrare, avec le buste très-ressemblant de l'illustre doyen de la Faculté de médecine de Paris, a été placé sur la façade de la maison où il est né, rue de *las Morreras*, à Mahon (îles Baléares). Sous ce médaillon, on lit l'inscription suivante: *El D[r] don Mateo Orfila y Rotger nació en esta casa el dia 24 de abril de 1787.*

(*El Siglo medico.*)

— Dans ses intéressantes lettres sur la campagne d'Italie, M. Bertherand signale, parmi les causes des maladies régnantes, l'abus des liqueurs frelatées.

« L'art de l'adultération des vins, dit-il, a dû naître chez les cantiniers des armées : fabriquer du vin sur place, n'est-ce pas un moyen sûr de se soustraire aux frais et aux risques d'un transport onéreux?

» Prenez : eau du fossé voisin, alun, jus de betterave, alcool amylique ou tout autre produit de distillation inférieure; *ana* Q. S. en raison du cru ou de l'étiquette demandés, puis mélangez dans un vieux fût.

» La recette, vous en conviendrez, est expéditive et permet encore d'affronter les rigueurs de la taxe. »

— Par un oukase adressé au chapitre des ordres impériaux et royaux de Russie, S. M. l'empereur a conféré l'ordre de Saint-Stanislas de deuxième classe, avec les insignes ornés de la couronne impériale, à M. Le Roy (d'Étiolles), docteur en médecine. (C'est l'équivalent du grade de commandeur.)

De son côté, l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg a élevé M. Le Roy (d'Étiolles) à la dignité de membre honoraire. L'élection, dit le *Journal de Saint-Pétersbourg*, a eu lieu à l'unanimité des suffrages.

— Au dernier meeting de la Société anglaise de statistique, présidée par le docteur Farr, le docteur Guy a lu un travail sur la durée de la vie des gens de lettres, et il a été amené par les chiffres à conclure que les travaux littéraires ne sont pas un obstacle à la longévité. D'après ses recherches, au seizième siècle, la moyenne de la durée de la vie des écrivains a été de soixante-quatre ans; au dix-septième siècle, de soixante-trois ans; au dix-huitième siècle, de près de soixante-cinq ans.

La moyenne de la durée de la vie dans l'aristocratie, depuis un siècle, d'après l'*Annual Register*, est de 67 ans 3 mois; dans la haute bourgeoisie, de 70 ans 3 mois; dans les professions relevées, de 68 ans 9 mois; dans le commerce, de 68 ans 9 mois; dans l'armée et la marine de 67 ans 6 mois; dans la classe des littérateurs et des savants, de 67 ans 6 mois; dans celle des artistes, dé 66 ans. La moyenne de la durée d'existence des gens mariés des classes sus-énoncées est de 63 ans 9 mois, et celle des célibataires de 62. Il résulte de là, dit le *Morning Chronicle*, que la meilleure condition d'existence en Angleterre est celle de la haute bourgeoisio, qui réunit aux avantages du comfort aristocratique ceux de l'activité physique et morale.

(*Journ. des connaiss. méd.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Recherches sur la contagion du chancre, par ALFRED FOURNIER, ex-interne de l'hôpital du Midi. In-8° de 111 pages. Prix : 2 fr. Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine, 23.

Études sur le chancre céphalique, par ALFRED FOURNIER, ex-interne de l'hôpital du Midi. In-8° de 47 pages. Prix : 1 fr. 25 c. Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 108. — JEUDI 15 SEPTEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 108. — JEUDI 15 SEPTEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 SEPTEMBRE 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Trousseau a répondu hier à M. Bouvier sur la question de la chorée. M. Trousseau s'est proposé d'établir en fait ces quatre points, savoir :

1° Que depuis plus de trois siècles on désigne par le nom de danse de Saint-Guy des névroses très-diverses;

2° Que depuis bientôt un siècle on désigne sous le nom de chorée des névroses très-différentes ;

3° Que cette erreur existe encore aujourd'hui ;

4° Enfin, que Sydenham a exclusivement désigné sous le nom de danse de Saint-Guy ce qu'aujourd'hui on entend vulgairement par ce mot.

Tout ceci, pour arriver à démontrer la nécessité, si l'on veut sortir du chaos, « de ne pas confondre le genre avec l'espèce, et de se servir, pour désigner le premier, d'une expression différente de celle qui sert à nommer la seconde », ou, en d'autres termes, d'adopter, indépendamment du mot chorée qui s'applique au genre, un terme particulier pour exprimer l'espèce.

M. Trousseau a commencé sa démonstration, et il n'a pas eu beaucoup de peine à nous convaincre que tout ce qui a été désigné dans les siècles précédents sous le nom de danse de Saint-Guy, ne représente pas à l'esprit une identité bien parfaite; puis la verve est venue, et chacun de redoubler d'attention pour ne pas perdre un mot de ces sémillantes digressions, qui ont fait oublier à l'auditoire et un peu à l'orateur lui-même ce qu'il s'agissait de démontrer.

Entre autres digressions, nous ne nous rappelons plus trop à quel propos M. Trousseau, invoquant les exemples de Corneille et de Voltaire, a cru devoir prémunir M. Bouvier, et se prémunir lui-même contre les mécomptes de la sénilité. C'était évidemment s'y prendre de trop loin, sans quoi nous eussions volontiers plaidé en faveur de l'esprit de M. Trousseau et contre lui-même, le bénéfice de l'insénescence.

M. Bouvier, à qui revenait le droit de répliquer, a désiré qu'on renvoyât à la séance prochaine la suite de cette discussion; M. Piorry a saisi immédiatement l'occasion de glisser quelques mots entre les deux orateurs. Il s'est élevé, comme on devait s'y attendre et comme c'était son droit, contre ce qu'il a appelé la manie de spécialiser les maladies, contre les entités morbides imaginaires, les divisions et subdivisions nosologiques, qu'il considère comme la négation de tout progrès. Il veut que, au lieu de chercher à classer des unités morbides, on s'attache à définir les troubles physiologiques, à les rattacher à leur véritable cause anatomique, et à saisir le rapport du dérangement fonctionnel avec la lésion matérielle de l'organe, etc. ; seule condition, suivant lui, pour déterminer les indications thérapeutiques, préciser et instituer pour chaque état organopathique un traitement rationnel. Cette thèse a du bon assurément; ces principes sont même excellents; mais encore faudrait-il qu'ils fussent applicables à la maladie qui nous occupe. Or, le siége, la cause anatomique et la lésion matérielle correspondant au dérangement fonctionnel, qui les connaît ici ?

L'ajournement de la suite de cette discussion a permis à M. Bonnafont de venir à la tribune réclamer en faveur de Bayard, dont le souvenir est encore présent à l'esprit de presque toute la génération médicale actuelle, la priorité de la découverte des propriétés désinfectantes du coaltar mélangé avec le plâtre. Il était permis assurément à la plupart d'entre nous d'ignorer qu'il y a une quinzaine d'années la Société d'encouragement avait décerné une médaille à Bayard pour avoir fait connaître cette utile propriété. Mais ce qui pourra étonner peut-être, c'est que cette circonstance ait été oubliée de ceux-là mêmes qui ont concouru, par leur vote, à encourager la découverte de Bayard, et qui acclament aujourd'hui la découverte de MM. Corne et Demeaux. Qui donc disait que le dix-huitième siècle avait été distrait ? Les distractions sont-elles moins communes aujourd'hui ?

Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. DEPAUL, suppléant de M. P. DUBOIS.

Mort apparente des nouveau-nés. — Des moyens de rappeler les enfants à la vie, et en particulier de l'insufflation pulmonaire.

On a pu voir plusieurs fois depuis quelque temps dans les salles de la clinique d'accouchement des enfants naître en état de mort apparente, ne présentant plus aucun battement du cœur. On sait que cet état de mort apparente peut dépendre de deux conditions organiques très-différentes. Dans l'une, les enfants présentent tous les signes de l'apoplexie. Dans l'autre, au contraire, la mort apparente a lieu avec tous les caractères de l'anémie la plus prononcée.

Dans la mort apparente avec apoplexie ou état apoplectiforme, le visage est le siége d'une congestion sanguine considérable ; il est d'un rouge violacé, les lèvres sont violettes, les yeux sont gros, saillants, comme chassés de leur orbite; le cordon ombilical est gros, dur, tendu; les membres présentent souvent une grande rigidité; tout témoigne, en un mot, d'une exubérance de sang. Si les enfants succombent dans cet état, et si l'on en fait l'autopsie, on trouve tous les viscères gorgés de sang noir. Presque toujours, dans ce cas, les enfants avant de naître ont rendu du méconium.

Dans quelles conditions de l'accouchement observe-t-on plus particulièrement cet état ? C'est le plus souvent chez les enfants qui naissent à la suite d'un travail très-prolongé, quelle que soit d'ailleurs la cause de cette prolongation.

On voit également cet état se manifester chez les enfants qui se sont présentés par la face. Il se produit alors une congestion sanguine vers le crâne par suite de la compression à laquelle se trouve soumise la partie antérieure du cou au niveau des veines jugulaires surtout. Ce genre d'accident arrive enfin chez les enfants dont le cordon a été longtemps comprimé, soit qu'il ait été entortillé autour du cou de l'enfant, qu'il ait fait procidence dans le vagin à côté d'une des parties solides de l'enfant, ou bien qu'une portion même du placenta ait été pressée entre l'utérus et la tête de l'enfant; en un mot, toutes les fois qu'il existe une cause quelconque de gêne dans la circulation placento-fœtale. On l'observe quelquefois aussi à la suite d'une application de forceps qui a comprimé longtemps les côtés de la tête.

Il vient d'être question de l'état apoplectique qui survient pendant le travail. Mais on voit cet accident se produire aussi quelquefois après la naissance. De quoi dépend-il dans ce cas ? D'une gêne quelconque apportée à la respiration. Dans quelques cas, on le voit dépendre de ce que la poitrine de l'enfant a été trop fortement comprimée par le maillot; d'où l'asphyxie, et secondairement l'état apoplectique. Il a suffi quelquefois, dans ce cas, de dégager l'enfant des liens qui le comprimaient pour voir cesser aussitôt tous les accidents.

L'état anémique, au contraire, est caractérisé par la pâleur extrême, la décoloration presque complète de toute la peau; les muqueuses sont également exsangues et décolorées; les membres sont mous, flasques et se ploient comme des chiffons; la mâchoire inférieure est tombante et la bouche entr'ouverte; le corps tout entier s'affaisse sur lui-même; les pulsations du cordon sont faibles, lentes, quelquefois nulles; il y a en un mot un état de résolution générale. Tantôt cet état se manifeste immédiatement après la naissance, alors que l'enfant n'a ni respiré ni crié; d'autres fois, il ne survient que quelques instants après; l'enfant fait quelques inspirations, il pousse un cri, puis il tombe dans la prostration.

On rencontre cet état anémique chez des enfants nés prématurément, pour peu surtout que le travail ait été prolongé. On le rencontre encore dans tous les cas où, par suite d'une cause quelconque, il y a un obstacle à la respiration ; on le rencontre enfin chez les enfants faibles, et chez ceux qui sont nés après des hémorrhagies dépendant de quelques lésions du placenta ou du cordon.

Que faut-il faire en présence de ces deux états ? Il est clair que la conduite dans l'un et l'autre cas doit être toute différente, et que celle qui s'adresse au premier ne saurait convenir au second.

Quand l'enfant naît avec les symptômes de la congestion cérébrale, il faut commencer par laisser saigner le cordon.

Lorsqu'on veut faire saigner le cordon, il faut avoir soin de ne pas le couper trop court; il faut lui laisser assez de longueur pour pouvoir lui faire subir plusieurs sections successives si cela est nécessaire, sauf à le couper ensuite définitivement au niveau ordinaire. On peut ainsi, à l'aide de ces sections successives et de légères pressions exercées sur le cordon, retirer une certaine quantité de sang. On juge que la perte est suffisante à l'apparition d'une coloration rosée des lèvres et des joues qui succède à la teinte livide qui existait au moment de la naissance. La perte de sang ne doit jamais dépasser la valeur de deux ou trois cuillerées à bouche environ. Lorsqu'on a jugé par les signes ci-dessus que la quantité de sang écoulé est suffisante, il faut aussitôt appliquer la ligature. Les autres moyens adjuvants de la saignée consistent en tout ce qui peut exciter fortement la sensibilité générale et ranimer les battements du cœur, comme les frictions, la percussion sur les joues et sur les fesses, le grattage, etc. ; mais l'indication la plus urgente en pareil cas, et à laquelle il faut toujours subvenir immédiatement et pendant même que le sang coule, c'est de débarrasser le fond de la bouche et de la gorge des mucosités qui les obstruent presque constamment.

On y parvient assez aisément, soit avec l'indicateur porté à plusieurs reprises en forme de crochet sur la base de la langue, soit à l'aide d'une barbe de plume; le doigt recouvert d'un linge est encore ce qu'il y a de mieux. Mais quelquefois les mucosités se sont accumulées jusque dans la trachée; ces moyens simples, dans ce cas, ne suffiraient plus, il faut avoir recours alors au tube laryngien de Chaussier et à l'aspiration. On retire quelquefois, par ce moyen, de grandes quantités de mucus qui se seraient opposées d'une manière invincible à l'établissement de la respiration.

Si après l'expulsion de ces mucosités la respiration ne se rétablit pas, si au bout de quelques minutes les diverses stimulations de la peau ne réveillent pas la sensibilité et les mouvements du cœur, il ne faut pas perdre son temps à continuer ces manœuvres désormais inutiles; il faut recourir aussitôt au moyen extrême, à la ressource ultime dont nous parlerons avec détails plus loin, l'insufflation pulmonaire.

Dans le cas d'anémie, les moyens, avons-nous dit, doivent être différents. C'est ici le cas de lier immédiatement le cordon, afin de retenir dans le système circulatoire tout le sang qui s'y trouve au moment de la naissance; puis de remédier immédiatement par tous les moyens possibles au refroidissement. De tous ces moyens, le plus actif et le meilleur, sans contredit, est le bain chaud, rendu stimulant par l'addition d'une certaine proportion de vin ou d'alcool. Les stimulations de la peau ensuite par des frictions sèches, la titillation de la luette, la désobstruction des voies aériennes des mucosités qui les engouent, etc., seront mises en œuvre comme dans le cas d'apoplexie.

On a conseillé aussi dans ce cas l'usage du galvanisme, de l'électricité, les lavements irritants avec une décoction de tabac, etc. Ces moyens sont bons sans doute, mais on ne les a pas toujours sous la main, les premiers du moins, et les lenteurs, les difficultés de leur application, font perdre un temps précieux.

On parvient à ranimer un grand nombre d'enfants en combinant quelques-uns des moyens que nous venons d'énumérer; il est donc toujours utile et sage d'y avoir recours tout d'abord et avant d'en venir aux ressources extrêmes. Mais il est des cas où tous ces moyens sont tout à fait insuffisants. C'est alors qu'il faut dans un cas comme dans l'autre user de la ressource beaucoup plus puissante dont il a été question tout à l'heure, l'insufflation pulmonaire.

L'insufflation pulmonaire, employée très-anciennement chez l'adulte, n'est usitée que depuis quelques années seulement chez les enfants nouveau-nés. J'ai dû, avant d'en introduire l'usage dans la pratique, m'attacher à démontrer son innocuité d'abord et son efficacité ensuite.

Ce qui pendant longtemps a éloigné les médecins et les accoucheurs de cette pratique, c'est la crainte d'un danger imaginaire. Dans un mémoire publié il y a aujourd'hui une trentaine d'années, M. Le Roy (d'Étiolles), se fondant sur des expériences

pratiquées sur des animaux, avait cru démontrer que l'insufflation pulmonaire donne souvent lieu à la rupture des vésicules pulmonaires et à un emphysème traumatique consécutif; d'où le précepte, reproduit depuis dans tous les ouvrages classiques, de n'user qu'avec une très-grande réserve d'un moyen aussi dangereux. Depuis la publication de mon mémoire de 1845, on est revenu sur ce précepte. Moi-même, avant cette époque, ce n'a été d'abord qu'en tremblant et dans des cas désespérés, que j'ai eu recours à ce moyen; mais bientôt des succès inattendus sont venus m'encourager, et des expériences que j'ai rapportées dans ce mémoire ont bientôt achevé de me convaincre que l'insufflation pulmonaire était loin d'avoir les dangers qu'on lui avait attribués.

Je ne reproduirai pas ici la série de faits et d'expériences qui m'ont conduit à cette conviction; mais je ne puis résister à rappeler, en quelques mots au moins, l'un des faits qui m'ont le plus frappé, autant par l'évidence du résultat que par l'exemple de la persévérance qu'il faut apporter dans l'application du moyen.

Appelé par un jeune confrère auprès d'une femme qui venait d'accoucher et qui avait été prise d'un frisson violent qui lui fit concevoir quelque inquiétude, je ne tardai pas à me convaincre que cet état était sans gravité, et je fis bientôt pénétrer ma sécurité dans l'esprit de mon confrère. Mais au moment où j'allais me retirer, j'aperçus sous une table l'enfant enveloppé dans un lange. On m'apprit alors qu'il était né anémique, sans avoir donné aucun signe de vie, et qu'après avoir vainement essayé quelques-uns des moyens ordinaires conseillés en pareil cas, on avait dû renoncer à tout espoir de le rappeler à la vie. M'étant approché par simple curiosité pour voir l'enfant, il me sembla que la région précordiale était encore le siége de quelques vagues frémissements. Je pris aussitôt mon tube laryngien, je l'introduisis sans trop de difficulté dans la trachée, et je me mis à pratiquer l'insufflation. Il y avait alors 30 à 35 minutes environ que l'accouchement avait eu lieu. Tout le corps fut en même temps enveloppé de linges chauds. Bientôt la circulation se ranima, il se manifesta quelques battements évidents au cœur et au cordon. Une première inspiration eut lieu au bout d'un quart d'heure d'insufflation; une seconde survint quelques instants après. Elles se multiplièrent à dater de ce moment, en se rapprochant de plus en plus; la peau se colora. Au bout de 40 minutes environ d'insufflation, la respiration était à peu près aussi fréquente et aussi régulière que dans l'état normal; l'enfant était définitivement ranimé.

C'est assurément là un fait digne d'intérêt. Il était curieux de voir les battements du cœur, qui étaient interrompus ou se manifestaient à peine par un frémissement presque imperceptible, se rétablir peu à peu à mesure que je pratiquais l'insufflation, reprendre peu à peu leur force et leur régularité normales; puis la respiration se rétablir également peu à peu; de voir, en un mot, cet enfant rappelé ainsi littéralement à la vie.

Il ne faudrait pas toutefois s'attendre à avoir toujours un aussi heureux résultat. Dans quelques cas, on voit bien, sous l'influence de l'insufflation, les battements du cœur et la respiration se rétablir, mais pour s'éteindre au bout de quelques instants.

Au bout de combien de temps peut-on espérer de rappeler les malades à la vie par l'insufflation pulmonaire; ou, en d'autres termes, combien de temps convient-il de pratiquer l'insufflation avant de renoncer définitivement à tout espoir de salut? D'après l'expérience que j'ai acquise, on ne doit point se décourager avant deux heures. Chez le premier enfant auquel j'ai eu l'occasion de pratiquer l'insufflation à la Maternité, ce n'a été qu'au bout d'une heure et demie, et sans avoir obtenu jusque-là d'autre résultat que le rétablissement de la circulation dans son état à peu près normal, que j'ai eu la satisfaction de voir se produire la première inspiration spontanée. Encore fallut-il près d'une heure après cette première inspiration pour que la respiration acquît sa fréquence et sa régularité normales. En un mot, il faut insuffler tant que le cœur bat. Il m'est arrivé quelquefois d'insuffler jusqu'à quatre heures de suite. On entretient ainsi les battements du cœur presque à volonté pendant plusieurs heures, mais sans jamais parvenir dans quelques cas à ranimer complétement les enfants. Quand au bout de deux heures on n'a pas obtenu le rétablissement de la respiration spontanée, il n'y a plus guère rien à espérer. Ce serait en vain que l'on persisterait à pratiquer l'insufflation.

Il y a plusieurs manières de pratiquer l'insufflation pulmonaire. Le procédé le plus ancien et le plus simple de tous consiste dans l'insufflation bouche à bouche, après l'occlusion préalable des narines; mais indépendamment de la répugnance que ce moyen de procéder inspire le plus souvent à l'opérateur, il a l'inconvénient de ne laisser pénétrer dans la trachée qu'une quantité d'air presque toujours insuffisante, et qui trouve plus souvent un accès plus facile dans l'œsophage que dans le conduit aérien; aussi l'a-t-on abandonné généralement et avec raison.

Je ne ferai pas ici l'histoire des différentes sortes de tubes et de canules qui ont été imaginés pour remplacer l'insufflation bouche à bouche. Le meilleur de tous ces instruments est, sans contredit, le tube de Chaussier. C'est de cet instrument que je me suis servi dans mes premiers essais. Mais je n'ai pas tardé à reconnaître la nécessité de le modifier dans quelques-unes de ses dispositions, pour mieux l'adapter à ce genre d'opération. Ce tube, que tout le monde connaît et dont je n'ai pas besoin de faire ici la description, présente, comme on le sait, deux ouvertures placées sur les côtés de son extrémité laryngienne et à une certaine distance, un centimètre environ, de cette extrémité, qui est imperforée. Or, il résulte de cette disposition plusieurs inconvénients dont je n'ai pas tardé à être frappé dès les premières applications que j'ai faites de cet instrument. D'une part, par suite de cette disposition latérale des orifices, les deux colonnes d'air auxquelles ils livrent passage, au lieu de descendre directement suivant l'axe de la trachée, viennent se briser sur les parois du canal pour se porter ensuite dans différentes directions; une grande partie de cet air est ainsi perdue; ils sont, en outre, facilement obstrués par les mucosités qui tapissent le larynx. D'autre part, la prolongation de l'extrémité imperforée de l'instrument au-dessous des orifices ne peut que porter obstacle elle-même à la pénétration de l'air insufflé. Pour obvier à ce double inconvénient, j'ai fait modifier cet instrument: j'ai fait disparaître les deux ouvertures latérales, que j'ai remplacées par une seule ouverture terminale ayant à peu près le diamètre de l'instrument lui-même, de manière à permettre à l'air insufflé de passer directement et en totalité dans les divisions bronchiques.

Voici maintenant comment, à l'aide de cet instrument ainsi modifié, je procède à l'insufflation.

L'enfant, dont on entretient la température par des linges chauds souvent renouvelés, doit être placé de manière que la poitrine soit beaucoup plus élevée que le bassin; il est bon toutefois que la tête soit un peu inclinée en arrière pour rendre saillante la partie antérieure du cou. Je débarrasse d'abord la bouche et le pharynx des mucosités qui peuvent s'y trouver; puis, avec l'indicateur ou le petit doigt de la main gauche, je suis la langue sur la partie médiane jusqu'à l'épiglotte. Je saisis alors de la main droite et comme une plume à écrire le tube de Chaussier, très-près de son extrémité renflée, et je le fais pénétrer dans la bouche par sa petite extrémité en la conduisant le long du doigt qui est déjà placé dans cette cavité. Quand l'instrument est parvenu au niveau de l'entrée du larynx, je l'incline vers la commissure gauche des lèvres, et, par quelques légers mouvements, je cherche à soulever l'épiglotte, ce que j'obtiens en général avec assez de facilité; il suffit alors de redresser l'instrument et de le porter en même temps vers la ligne médiane pour que son extrémité traverse la glotte. Il est bien rare, en suivant les préceptes que je viens de tracer, de le voir s'engager dans l'œsophage. Cependant, pour plus de sûreté, on doit, avant de commencer les insufflations, promener le doigt sur le larynx et la trachée et s'assurer de sa convenable introduction. Les changements produits par l'introduction de l'air peuvent aussi le plus souvent faire juger de la bonne ou de la mauvaise situation de la canule. Quand il est poussé dans les voies digestives, un soulèvement considérable de la région épigastrique s'observe tout d'abord, et la base de la poitrine n'est soulevée que consécutivement. S'il est dirigé, au contraire, dans les organes de la respiration, la dilatation de la poitrine est uniforme, et l'abaissement du diaphragme seul produit la saillie de la partie supérieure du ventre.

Lorsqu'on a constaté que le tube a pénétré dans le larynx, il est indispensable de prévenir le reflux de l'air que l'on va pousser; car la plaque circulaire garnie d'éponge qui appuie sur la glotte, ne bouche que très-imparfaitement cette ouverture. On peut obtenir ce résultat par deux procédés également bons. Par l'un on se propose de fermer exactement l'entrée du larynx, et c'est avec l'extrémité du doigt indicateur porté dans le fond de la bouche qu'on y parvient. Par l'autre, que j'ai plus souvent employé, on force l'air à pénétrer dans les voies aériennes, en lui fermant toute issue par l'œsophage, la bouche et les narines. Une pression modérée exercée avec l'instrument sert à appliquer la paroi antérieure de l'œsophage contre la postérieure. Avec le pouce et l'indicateur de chaque main, on pince fortement les lèvres des deux côtés de la canule, et on bouche les narines en pressant le nez entre les doigts médius relevés.

On a beaucoup discuté pour savoir dans quelles conditions devait se trouver l'air que l'on insuffle dans la poitrine; si ce devait être de l'air aussi pur que possible; s'il devait être à la température de l'atmosphère ou à une température plus élevée, etc. Je déclare que je n'hésite pas pour ma part à donner la préférence à l'air expiré. Les changements que lui fait subir la respiration sont si minimes, et, d'autre part, sa température et l'humidité dont il est imprégné sont si bien appropriées aux conditions et au but qu'on se propose de remplir, que presque tous les praticiens sont d'accord aujourd'hui sur ce point.

Quant au degré de force nécessaire pour faire pénétrer l'air convenablement dans les ramifications bronchiques, sans s'exposer à les rompre, il ne serait pas très-facile de l'indiquer avec quelque précision; mais heureusement, ainsi que je l'ai démontré par mes expériences, les vésicules pulmonaires ne sont pas aussi fragiles qu'on le croyait généralement; on peut non-seulement les dilater, mais encore les distendre avec force, sans les déchirer. Ce n'est que par des essais sur des cadavres de nouveau-nés qu'on peut parvenir à se faire une idée assez précise de la force d'impulsion qu'on devra donner à l'insufflation.

Je ne reviendrai pas ici sur le temps pendant lequel on doit insister sur les insufflations. J'ai indiqué plus haut les limites jusqu'où il me paraissait nécessaire d'atteindre, et qu'il serait, je crois, inutile de dépasser.

Lorsque par l'insufflation pulmonaire on ne parvient pas à ranimer les enfants, on trouvera presque toujours à l'autopsie le pourquoi de l'insuccès, soit dans quelque lésion du poumon ou du cerveau, soit dans toute autre condition organique échappant par sa nature à l'influence de l'insufflation.

En résumé, la manière de se conduire en présence d'un enfant nouveau-né en état de mort apparente par anémie, est bien simple; elle se réduit à ceci:

Débarrasser la trachée et la bouche des mucosités qui les obstruent, exciter la sensibilité générale par les divers moyens que le praticien a à sa disposition; et si cette première série de moyens ne suffit pas, introduire le tube laryngien et pratiquer l'insufflation, sans se préoccuper de la rupture des vésicules pulmonaires; car si l'on pratique cette insufflation avec timidité, on ne réussira pas; si on y met, au contraire, une certaine force, on aura beaucoup plus de chances de réussir.

DE LA PUSTULE MALIGNE.

Cautère actuel et encens commun.

Par M. le docteur Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

Une vésicule produite par une matière septique provenant d'un animal infecté ou non; un tubercule circulaire, siége d'une vive démangeaison succédant à cette même vésicule, et un engorgement considérable de la partie, sont, avec l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de la région, et partant de la tumeur livide, les symptômes locaux caractéristiques de la pustule maligne. Les accidents généraux ne se déclarent qu'après que l'économie a subi l'influence de cette intoxication.

Malgré les points de contact qui existent entre la pustule maligne et le charbon, on signale cependant au point de vue de la marche des symptômes et de la gravité de l'affection, de très-grandes différences. Le charbon est une affection générale d'emblée; sa cause peut venir de l'intérieur, quelquefois de l'extérieur; et une fois développée, et il est impossible d'ordinaire, malgré les soins les mieux dirigés, d'enrayer le développement des accidents effrayants qui constituent cette affection, conduisant presque toujours à une terminaison fatale.

La pustule maligne, malgré l'intensité de ses symptômes locaux du début, ne présente pas la même gravité par cela même que l'économie n'est pas infectée d'emblée, les accidents généraux ne se déclarant qu'à une certaine période de la maladie. Aussi a-t-on proposé divers moyens de traitement, qui, employés avec méthode, réussissent en général. Le cautère actuel, le sublimé corrosif, la potasse caustique et l'azotate d'argent, ont été mis successivement en usage. En général, les chirurgiens donnent la préférence, et avec raison, au cautère actuel qui, malgré l'effroi qu'il inspire aux malades, constitue toujours un moyen prompt, rapide, et à la portée de tout opérateur. D'autres emploient le sublimé corrosif, qui est également un agent thérapeutique précieux, et qui compte des succès. Enfin, il y a une autre classe de praticiens qui ont une certaine prédilection pour d'autres caustiques; de ce nombre sont l'azotate d'argent et la potasse caustique.

Après l'emploi de ces caustiques, on a proposé des topiques auxquels les chirurgiens n'accordent qu'une très-médiocre importance, et qui malgré les attaques répétées dont ils ont été l'objet, peuvent être essayés lorsque surtout la thérapeutique est si pauvre de moyens à l'endroit de la pustule maligne. Ce sont l'encens commun (*Boswellia thurifera*), d'après les indications de M. Caifassi, et les feuilles fraîches de noyer, d'après celles de M. Pomayrol. Sans doute la guérison aurait peut-être lieu dans la plupart des cas sans ces auxiliaires. Mais pourquoi rejeter sans raison des agents proposés, reconnus efficaces dans certains cas, et qui n'ont que le tort d'être vulgaires? Lorsque leur administration ne présente aucun danger, il serait téméraire de les rejeter.

L'observation suivante, relative à un cas de pustule maligne, prouvera la justesse de cette assertion.

M. F. de P..., âgé de 33 ans, bien constitué et d'un tempérament essentiellement pléthorique, se livrait dans l'Adour, vers le 10 juillet, à l'exercice de la pêche au filet vulgairement nommé épervier. C'était par les fortes chaleurs du mois de juillet; ayant les bras nus, il sentit une mouche le piquer vivement à la partie externe et supérieure de l'avant-bras gauche, près de l'articulation du coude. Il ne fit attention à cette morsure que lorsqu'une petite vésicule, siége d'une démangeaison très-vive, l'engagea à porter la main sur cette partie, vésicule qu'il rompit, et qui laissa s'écouler un liquide.

Au lieu et place de cette vésicule, on distingue un tubercule circulaire dont le niveau se trouve situé plus bas que les tissus environnants, qui deviennent le siége d'un engorgement considérable, présentant près du tubercule de petites vésicules.

Enfin, à ce tubercule succède une petite tumeur livide, et dépassant alors le niveau des tissus engorgés.

Je suis appelé à cette période de la maladie, et voici l'état dans lequel je trouve le malade, qui paraît en proie à l'anxiété la plus vive.

De la tumeur livide, située à la partie supérieure et un peu postérieure de l'avant-bras gauche, partent des traînées, des lignes rouges se dessinant sous la peau, et qui sont constituées par l'inflammation des vaisseaux lymphatiques envahis. L'engorgement occupe non-seulement le bras jusqu'à l'insertion inférieure du deltoïde, mais l'avant-bras tout entier, et toute la main jusqu'à la base des doigts. Il présente des caractères particuliers relatifs à sa dureté et à son aspect extérieur, qui est légèrement violacé par plaques.

Quant aux phénomènes généraux, le malade présentait avec beaucoup d'agitation une physionomie exprimant la tristesse, l'abattement, et qui contrastait singulièrement avec celle qu'il possédait habituellement. Insomnie depuis deux nuits: tristes pressentiments, nés proba-

blement de la rapide invasion de la maladie et de sa grande extension. Pouls assez fort, développé et précipité : 115 pulsations à la minute.

En présence d'accidents locaux et généraux aussi graves, de la nature étiologique de la maladie et de sa marche toute caractéristique, le doute n'était pas possible : nous avions affaire à une pustule maligne. Toute temporisation était condamnable, et il était de notre devoir d'agir énergiquement et rapidement.

Dans le but d'abattre les symptômes généraux et d'enrayer la marche des accidents inflammatoires développés, je pratiquai immédiatement une forte saignée du bras. A peine fut-il retiré que le sang devint couenneux. Quelques instants après l'émission sanguine, je portai six fois et à deux reprises le cautère actuel sur la tumeur, qui s'affaissa sous l'influence du feu. Quelques compresses trempées dans l'eau froide furent appliquées sur l'eschare, et puis des cataplasmes de farine de graine de lin entourèrent le bras, qui fut méthodiquement placé sur un coussin.

Vers sept heures du soir, je revis le malade accompagné de mon père. Une amélioration assez marquée avait suivi l'application répétée du fer rouge. En effet, la douleur vive avait disparu. Le bras, qui avait diminué de volume, présentait encore une certaine lourdeur. Les vaisseaux lymphatiques ne paraissaient pas aussi enflammés.

Les phénomènes généraux étaient tombés probablement sous l'influence de l'émission sanguine et de la cautérisation qui avait arrêté le développement des symptômes locaux. La physionomie du malade reprenait son expression habituelle. Mais la langue était encore sèche, et la soif vive. En outre, il y avait de la constipation qui existait depuis quatre jours.

Nous procédâmes alors au pansement suivant de la pustule maligne. Il consista dans l'application sur l'eschare du *Boswellia thurifera* ou encens commun. Je fis une pâte assez épaisse avec de la poudre de cette substance, de l'eau et quelques gouttes d'alcool. Cette pâte fut étendue sur un carré de sparadrap, et placée *loco dolenti*. Puis, pour l'acquit de ma conscience, et sur la foi d'un célèbre chirurgien, j'entourai l'avant-bras engorgé avec des feuilles fraîches de noyer, qui devaient être renouvelées toutes les quatre heures, tandis que le pansement général ne devait se faire que de dix en dix heures. Pour combattre certains symptômes d'adynamie, et pour provoquer un sommeil artificiel, on administra le quinquina en décoction et l'opium en pilules. Enfin, le lendemain, le malade prit une bouteille d'eau de Sedlitz.

Une amélioration très-marquée suivit deux jours après ce traitement. Est-ce la cautérisation faite avec le cautère actuel, ou bien l'application de l'encens commun aidé des feuilles fraîches de noyer, qui, en modifiant l'état local, ont arrêté le développement des accidents généraux, d'ordinaire si graves et sur le point d'éclater; ou bien, est-elle due à l'ensemble des moyens employés? Quoi qu'il en soit, le danger fut conjuré, car la fièvre était tombée, le volume du bras diminué et l'aspect de la plaie satisfaisant.

La convalescence, qui s'établit dès le sixième jour, se compliqua néanmoins de fièvres intermittentes, caractérisées surtout par des accidents adynamiques et névralgiques, se montrant dans la contrée sous forme épidémique depuis un mois environ : périodicité très-bien établie; prostration générale et subite des forces; douleurs vagues dans les membres inférieurs et supérieurs; céphalalgie sus-orbitaire intense: tous accidents assez graves qui cédèrent néanmoins rapidement au sulfate de quinine à haute dose.

Cette observation était rédigée, lorsque le *Bulletin général de thérapeutique* et la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* ont rapporté une observation de pustule maligne traitée par la poudre d'encens et les feuilles fraîches de noyer. En considérant avec M. Vaillandet l'encens pur de l'Inde comme un topique puissant, d'un emploi facile et d'une innocuité constante, nous sommes loin d'admettre qu'il puisse suffire dans tous les cas sans le secours de la cautérisation. Nous croyons, au contraire, que la prudence chirurgicale commande l'alliance de la cautérisation avec les topiques signalés. Alors on réalisera le triple *desideratum* classique, d'après cet honorable médecin, de la perfection thérapeutique : *Tuto, cito, et jucunde.*

THROMBUS DE LA VULVE
au huitième mois de la grossesse;

Par M. WOODWORTH.

Mme C..., âgée de vingt ans, arrivée au huitième mois de sa première grossesse, éprouva le 22 janvier 1858, après une longue promenade, une légère douleur dans l'aine, avec impossibilité de se tenir debout. Une tumeur livide, tendue, pouvant contenir une pinte de sang, existait au côté gauche de la vulve; elle avait un peu augmenté le lendemain et avait gagné la partie inférieure de la grande lèvre droite.

Comme les applications d'eau froide et la compression n'avaient rien produit le quatrième jour, on pratiqua l'incision, on vida la tumeur des caillots et du sang liquide qu'elle contenait, et, au bout de dix jours, elle avait presque entièrement disparu; puis il s'y forma une collection purulente, qui avait acquis au bout de cinq jours le même volume que le thrombus; elle s'ouvrit après trois jours de cataplasmes; guérison complète dix jours plus tard. Accouchement normal le 13 mars.

On n'a pas souvent l'occasion d'observer le thrombus de la vulve avant l'accouchement, et il n'est pas sans utilité de publier les faits de ce genre qui ne sont pas mentionnés dans certains traités d'obstétrique, celui de M. Churchill, par exemple. (*The Cincinnati Lancet*, mai 1858. — *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 septembre 1859. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de la justice transmet un dossier relatif à une affaire d'assassinat suivi d'incendie du cadavre, et demande à cette occasion à l'Académie de vouloir bien résoudre la question suivante : Déterminer avec autant de précision que possible, d'après l'état du cadavre et les circonstances relevées dans le rapport, le temps qu'a duré l'incendie qui a brûlé le cadavre. (Commissaires : MM. Adelon, Larrey, Gavarret et Tardieu.)

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans le département de la Haute-Loire;

2° Un rapport de M. Bourdin sur une épidémie de fièvre typhoïde, qui a régné cette année à Pesmes (Haute-Saône);

3° Un mémoire de M. le docteur Hullin (de Mortagne) sur une épidémie de croup, qui a régné dans cette ville en 1858;

4° Un rapport de M. le docteur Laroche sur les épidémies qui ont régné dans la même année dans l'arrondissement d'Angers. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Douré, de Clermont-Ferrand, sur l'emphysème sous-cutané comme complication de la fièvre typhoïde (commissaires, MM. Barthe et Beau);

2° Une note de M. Lecœur, de Caen, sur les alcooliques en chirurgie (commissaires, MM. Gimelle et Larrey);

3° Une note sur la constitution médicale régnante et sur l'esprit d'Hippocrate, par M. le docteur Pons, de Bez, près le Vigan (Hérault). (Commission des épidémies).

— M. LE PRÉSIDENT, sur la demande de M. le docteur Handvogel, ouvre un pli cacheté déposé dans la séance du 2 juin 1857, et donne lecture du contenu, qui est relatif à des expériences entreprises dans le but de faire passer certaines substances minérales médicamenteuses (fer, iode, arsenic, etc.) dans le lait des animaux.

— M. DEPAUL présente une observation intitulée : *Fracture des os de la jambe observée chez un enfant né d'une mère ayant fait une chute au troisième mois de sa grossesse*, par M. H. Benoist. (Commissaires, MM. Bouvier et Depaul.)

— M. LARREY dépose sur le bureau un exemplaire d'un *Eloge de Bégin*, par M. X...

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que M. Lawrence, membre associé étranger de l'Académie, assiste à la séance.

— La parole est à M. Trousseau.

Discussion sur la chorée.

M. TROUSSEAU. Messieurs, dans l'avant-dernière séance, M. Bouvier, en montant à cette tribune, réclamait l'indulgence de l'Académie, dont il n'avait certes pas besoin (son très-remarquable discours nous l'a suffisamment prouvé); quant à moi, qui prends la parole pour la seconde fois dans cette discussion, je demande un peu de patience de la part de mes auditeurs.

J'ai été accusé de vouloir réhabiliter une dénomination surannée, qui n'appartiendrait plus à une maladie telle qu'on la comprend aujourd'hui, en cherchant à restituer à la chorée le nom très-ancien de danse de Saint-Guy.

Et là-dessus M. Bouvier s'est livré à un examen d'érudition très-intéressant pour démontrer que la danse de Saint-Guy du quinzième et du seizième siècle était une chose toute différente de la chorée d'aujourd'hui, et que maintenant le mot chorée avait pour tous les médecins une signification très-précise, plus précise que le mot vague de danse de Saint-Guy.

Je répondrai à mon honorable contradicteur en posant une série de questions que je commencerai tout d'abord par résoudre affirmativement. Ce sera là ma thèse, que je m'efforcerai ensuite de développer et de soutenir.

1° Depuis plus de trois siècles désigne-t-on par le nom de *danse de Saint-Guy* des névroses très-diverses? — Oui.

2° Depuis bientôt un siècle désigne-t-on sous le nom de *chorée* des névroses très-différentes? — Oui.

3° Cette erreur existe-t-elle encore aujourd'hui? — Oui.

4° Sydenham a-t-il exclusivement désigné sous le nom de danse de Saint-Guy ce qu'aujourd'hui l'on entend vulgairement par ce mot? — Oui.

Messieurs, si je parviens à justifier la réponse affirmative que j'ai faite à chacune de ces questions, l'Académie comprendra sans doute qu'il est essentiel, pour sortir de cette sorte de chaos, de ne pas confondre le genre avec l'espèce, et de se servir pour désigner le premier d'une expression différente de celle qui sert à nommer la seconde; en d'autres termes, que, indépendamment du mot chorée qui s'applique au genre, il faudra un terme particulier pour exprimer l'espèce. Peu m'importe celui qu'on emploiera! Je ne tiens pas à l'expression de danse de Saint-Guy; mais puisqu'elle est déjà dans la science, pourquoi ne la conserverait-on pas?

Je reprends une à une les questions précédemment posées.

I. — Depuis plus de trois siècles, ai-je dit, on a désigné sous le nom de danse de Saint-Guy des névroses très-diverses.

Vous le savez, Messieurs, dans le courant du quinzième et du seizième siècle, une chapelle était fameuse dans toute l'Allemagne pour les cures miraculeuses qui s'y accomplissaient par l'intercession du bienheureux saint Vite. C'était spécialement sur les maladies nerveuses et convulsives que s'exerçait la puissance du saint. M. Bouvier est-il bien exactement dans le vrai lorsqu'il prétend qu'il ne se rendait dans ce lieu que des choréomanes, et que, partant, l'expression de danse de Saint-Guy ne s'appliquait alors qu'à la seule choréomanie? — Qu'il veuille bien lire attentivement les auteurs de l'époque, et il verra que parmi les pèlerins de la chapelle de Saint-Guy, il y avait des choréomanes, des choréiques, des maniaques, des hypochondriaques, des hystériques, des sujets atteints de tremblements divers, en un mot, des malades affectés des névroses les plus variées et les plus différentes.

Mais comme sous l'influence d'imitations fâcheuses, la plupart des individus se mettaient à exécuter les danses les plus étranges, on appela du nom collectif de danse de Saint-Guy toutes les maladies convulsives, très-diverses, qui étaient réputées guéries par l'invocation du saint. On comprend la confusion qui dut en résulter. Mais de quel droit pourrions-nous exiger des dénominations rigoureuses, une diagnose précise de la part de ces individus, pour la plupart ignorants et rustres, lorsque, aujourd'hui encore, nous médecins, nous sommes si embarrassés sur le diagnostic des maladies convulsives?

A une époque plus rapprochée de nous, n'a-t-on pas vu des faits qui rappellent l'histoire des pèlerins de la chapelle de Saint-Vite? Avant la révolution de 1668, les rois d'Angleterre, à l'imitation des rois de France, avaient coutume, après leur sacre, de recevoir sur leur passage les individus scrofuleux qui venaient implorer leur guérison du nouveau souverain; et on lit dans la vie de Jacques II, qu'il eut, en un seul jour et dans une seule ville, à imposer ainsi les mains à plus de 22,000 de ses sujets atteints de la *maladie du roi* (king's evil) : — c'est ainsi que l'on désignait alors les écrouelles, et qu'on les désigne même encore vulgairement en Angleterre. — Pensez-vous que dans ce cas, comme dans celui des choréomanes de saint Vite, le diagnostic fût bien rigoureusement établi? Est-il possible d'admettre que sur ces 22,000 individus il n'y eût que des scrofuleux? N'est-il pas vraisemblable que les affections cancéreuses et les maladies vénériennes jouaient un très-grand rôle et occupaient une très-large place dans le *king's evil*? Les malades, croyez-le bien, venaient chercher leur guérison sans un certificat d'identité de la part de leur médecin.

Ce chaos ne pouvait pas toujours durer; il a bien fallu nettoyer enfin cette étable d'Augias qu'on nommait le *king's evil*. C'est ce qu'ont fait des nosographes distingués; ils sont parvenus successivement à constituer la classe des scrofules telle que nous la comprenons aujourd'hui.

Sydenham a entrepris la même tâche pour les névroses, si disparates et si diverses, universellement confondues avant lui sous la dénomination collective de danse de Saint-Guy. Lisez l'admirable description que nous a laissée cet illustre observateur, et vous verrez qu'élaguant avec soin les autres névroses convulsives, il réserve exclusivement le nom de *choræa sancti Viti* à la chorée telle que la comprenait Bouteille et telle que la comprennent MM. Blache et Bouvier. (L'orateur cite un passage de Sydenham.)

J'avais donc raison de dire qu'avant Sydenham les maladies nerveuses les plus différentes étaient désignées par le mot danse de Saint-Guy, et qu'à Sydenham le premier appartient le mérite d'avoir débrouillé ce chaos et d'avoir nettement séparé l'affection à laquelle MM. Blache et Bouvier donnent le nom de chorée.

II. J'ai avancé, en second lieu, que depuis bientôt un siècle la dénomination de chorée (sans épithète) s'appliquait à plusieurs névroses différentes. M. Bouvier me défie de lui citer une seule autorité à l'appui de mon assertion. Eh bien, Messieurs, la confusion que je signale ici se trouve dans l'ouvrage de Bernt (1810), dans le livre de Bouteille, que M. Bouvier a cité avec tant d'éloge, et enfin dans l'histoire que Joseph Frank trace de la chorée (1821).

La monographie de Bernt jouissait, parmi les médecins allemands, d'une telle réputation, que Frank adopte la définition qu'il donne de la chorée, en déclarant qu'il regarderait comme un crime d'en changer le plus petit mot, *verbulum*.

Voyons donc si Bernt et ceux qui l'ont suivi ont bien commis l'erreur dont je les accuse. Vous allez voir, Messieurs, combien ces auteurs ont admis de variétés de chorée!

Bernt distingue une *choræa circumrotatoria*, à propos d'une jeune fille qui tournait convulsivement sa tête en arrière, d'une manière si complète, qu'on eût dit qu'elle avait, comme Janus, une face du côté du dos.

N'est-il pas évident que ce que Bernt décrivait là comme une forme de chorée, se rapportait en réalité à une affection hystérique?

Frank cite aussi comme un exemple de chorée *circumrotatoire* l'observation d'un soldat polonais qui, ayant été frappé d'une balle dans le dos à la prise de Vilna, en 1814, agitait sa tête avec une violence excessive et la renversait au point d'appliquer l'occiput sur la région dorsale.

Le même auteur parle, au même endroit, d'une jeune fille qui élevait fréquemment les membres supérieurs « comme une oie qui veut s'envoler; » et d'un jeune garçon qui imprimait souvent à un de ses bras un mouvement de fronde.

Sous le nom de *choræa circumambulatoria*, Bernt décrit la course irrésistible qu'un valet exécutait quelquefois autour de la table où ses maîtres mangeaient.

Bernt et Frank admettent encore une *choræa saltatoria*; et l'un de ces auteurs rapporte à l'appui le cas d'une jeune fille qui tout à coup, par un mouvement qu'elle ne pouvait maîtriser, sautait sur les épaules de son père, puis revenait tranquillement s'asseoir à sa place.

J'ai été témoin d'un fait à peu près analogue avec M. Béhier, un de nos pathologistes les plus éminents, vous le savez, et qui soutenait et soutient encore, contrairement à mon opinion, que c'était bien un cas de chorée.

De même, il y a deux ans, j'ai vu, avec M. Horteloup, une jeune demoiselle qui, à la suite de chagrins violents, était devenue sujette à des mouvements convulsifs d'une véhémence extraordinaire et presque incessants; mais, chose surprenante! sitôt qu'elle était à son piano, elle redevenait d'un calme parfait, et elle exécutait pendant des heures entières les morceaux les plus difficiles avec une merveilleuse précision. Pour tous les médecins qui virent la malade, c'était un cas de chorée : je l'accorde, si l'on donne au mot chorée un sens générique; mais je suis d'un tout autre avis, si on prend ce terme comme synonyme de danse de Saint-Guy; car, bien certainement, Messieurs, ce n'était pas une danse de Saint-Guy.

On trouve encore dans les écrits de Bernt et de Frank d'autres formes de chorées, désignées sous les qualifications de *statoria*, *procursiva seu festinans*, etc.

Bernt, Frank et Bouteille ne sont pas les seuls qui aient confondu sous le nom de chorée des névroses différentes, et Bouteille n'est pas le premier qui se soit servi du mot *choræa* pour désigner la danse de Saint-Guy (de Sydenham), comme l'a prétendu M. Bouvier. Nous trouvons la même erreur et la même dénomination dans Ewart en 1786, dans Salt en 1793, dans Salmon en 1796, et dans Forgues en 1811. Mais cette confusion s'est perpétuée encore bien au delà, et, comme je l'ai dit plus haut, elle s'est perpétuée jusqu'à nos jours. J'en prends à témoin M. Bouvier lui-même, qui a contribué à faire

récompenser en 1849 un excellent mémoire de M. Sée sur la chorée, mémoire dans lequel l'auteur, rejetant toutes les formes admises par Bernt et par Frank, s'efforce de spécialiser le mot de chorée et de démontrer qu'il n'y a de véritable chorée que la danse de Saint-Guy.

N'avais-je donc pas le droit aussi de demander qu'on voulût bien spécifier; que, au lieu de se servir du terme vague et générique de chorée, on indiquât par une épithète ou par un autre mot de quelle chorée il s'agissait.

Ceci, Messieurs, n'est point une fantaisie, mais bien une question de nosologie et de diagnostic. Comment nous y reconnaître au milieu de toutes les formes si diverses des affections convulsives, si nous ne faisons point la part exacte, précise de la véritable chorée? Je ne tiens pas, quoi qu'en dise M. Bouvier, à la vieille dénomination de *danse de Saint-Guy*. Si on la trouve mauvaise, qu'on la change, qu'on en donne une autre, une meilleure! Encore une fois, je vous l'abandonne; mais, au nom du ciel, veuillez spécifier.

Maintenant j'arrive à un autre point, sur lequel M. Bouvier n'a fait que glisser, et qu'il s'est contenté de traiter sous forme d'une figure de rhétorique qu'on nomme prétérition; je veux parler de l'état mental dans la chorée. M. Bouvier a déclaré qu'il était là-dessus de l'avis de M. Blache; or, vous savez que M. Blache ne considère point les troubles intellectuels comme très-communs dans la chorée.

Cependant, en remontant un peu haut dans l'histoire de la chorée, nous voyons que presque tous les auteurs parlent de certains troubles intellectuels; et ceux qui ne signalent pas de troubles de l'intelligence ne manquent pas de noter des changements très-notables dans les facultés affectives. Qui ne sait, en effet, que les enfants atteints de danse de Saint-Guy sont tous maussades ou moroses, emportés, violents et taquins? Or, n'est-il pas également avéré que le trouble des facultés affectives est le commencement de la plupart des vésanies? Ce symptôme est expressément signalé par Bouteille, que M. Bouvier m'accuse de ne pas avoir lu. A ce propos, je demande à mon honorable confrère la permission de lui rappeler le mot de Jean-Jacques à monseigneur de Beaumont, archevêque de Paris. Celui-ci ayant lancé contre les encyclopédistes un assez pitoyable mandement, rencontre Rousseau et lui dit: « Avez-vous lu mon mandement, monsieur Rousseau? — Et vous monseigneur? » répliqua Jean-Jacques.

Il est vrai que le livre de Bouteille est si mal écrit qu'il est *illisable*, passez-moi cette expression, et que ceux qui en ont commencé la lecture seraient très-excusables de ne pas avoir eu le courage de le lire jusqu'à la fin. Eh bien, dans ce livre dont M. Bouvier fait si grand cas, il est dit expressément que la chorée est très-souvent accompagnée d'un idiotisme plus ou moins avancé. Georget a dit également que la chorée s'accompagnait d'une légère altération des facultés intellectuelles.

Je n'ai jamais été si loin que Bouteille à cet égard; je n'ai jamais prétendu que les choréiques fussent atteints d'un véritable état d'imbécillité, mais j'ai parlé d'un certain degré de faiblesse intellectuelle; j'ai dit que les adolescents atteints de chorée avaient une intelligence sénile.

Or, que faut-il entendre par intelligence sénile? Pour mieux me faire comprendre, que M. Bouvier me permette une comparaison.

A l'époque où Corneille composait entre deux psaumes *Agésilas* et *Attila*, il trouvait que Racine, l'auteur d'*Andromaque* et d'*Athalie*, faisait de pitoyables médiocrités, et que les gens avaient bien mauvais goût d'applaudir aux tragédies de ce jeune homme. Corneille, à l'âge de soixante-dix-huit ans, se croyait encore le Corneille du *Cid* et de *Cinna*. Voltaire, âgé de plus de quatre-vingts ans, alors qu'il était gentilhomme de la chambre du roi et qu'il était couvert de fleurs dans le foyer de la Comédie française, se faisait illusion au point de s'imaginer qu'il était encore ce même Voltaire qui chaque jour, au dîner, glissait sous la serviette de son illustre hôtesse un acte de *Zaïre*. Assurément ni Corneille ni Voltaire n'étaient des fous, mais ils avaient alors l'intelligence sénile.

Et si, après ces noms fameux, nous osons parler de nous, je dirai à mon camarade, à mon contemporain, M. Bouvier, que nous touchons à cette époque de la vie où la virilité de l'intelligence s'émousse, et où, comme l'a dit un homme d'esprit, les faits dans leur copulation ne font plus de conception. Je demanderai à M. Bouvier s'il pense, lorsqu'il fait ses magnifiques leçons sur les lésions de l'appareil locomoteur, que son amphithéâtre sera toujours rempli de la même foule qui jusqu'à présent s'est pressée autour de sa chaire? Quand nous ne verrons plus, lui et moi, devant nous, que l'hémicycle étroit, mais consolateur, des auditeurs officiels en tablier blanc, en accuserons-nous notre âge, notre décrépitude? Eh non! Comme Corneille, nous nous en prendrons à l'envie, à des rivalités jalouses, aux mauvaises doctrines, au mauvais goût des jeunes gens, à la coalition peut-être. Certes, nous ne serons pas des sots; mais, à notre insu, nous aurons perdu de notre intelligence, et, s'il m'est permis de le dire, nous ne serons plus que la rinçure de nous-mêmes.

Cette indulgence que nous avons pour nous, les parents l'ont pour leurs enfants. Si vous interrogez un père ou une mère sur le degré d'intelligence d'un enfant atteint de chorée, ils vous répondront que le petit malade est plein d'esprit, qu'il pétille d'intelligence, qu'il a tant d'idées dans la cervelle qu'elles se pressent tumultueusement à la porte de son intelligence et en sortent confuses. Gardez-vous donc bien de questionner la famille, si vous voulez être édifiés sur le degré d'intelligence des enfants choréiques; prenez vos renseignements auprès du médecin ordinaire de la maison, des amis de la famille et des domestiques; et vous acquerrez la conviction, comme il m'est arrivé mainte fois, que chez ces enfants l'intelligence a subi un notable affaissement.

M. PIORRY. M. Trousseau assigne des caractères spéciaux à la danse de Saint-Guy; il veut absolument en faire une maladie spécifique (c'est l'expression dont il s'est servi; il a sans doute voulu dire *spéciale*); mais tout ce qu'il a dit à l'appui de sa thèse est sans fondement et dénué de solidité. Il compose une danse de Saint-Guy à sa façon; il peut nous jeter en pathologie dans l'arbitraire et dans la fantaisie. C'est une déplorable chose que cette manie de chercher à spécialiser les maladies, à créer des entités morbides imaginaires, et de proposer des divisions et des subdivisions à l'infini, qui ne reposent sur rien de vrai, rien de stable. J'ai vu bien des exemples de ce que les uns appellent chorée, et de ce que les autres appellent danse de Saint-Guy; eh bien, je déclare que j'ai rarement observé que ces névroses fussent tellement identiques, qu'on fût autorisé à les rattacher à un même genre. J'ai toujours constaté des différences notables dans la physionomie de l'affection, dans la marche, dans l'apparition et la manifestation des accès, dans la forme des troubles nerveux, dans la nature des causes, dans la constitution des sujets, etc., etc.

Voilà, Messieurs, les éléments dont il importe surtout de tenir compte. Quoi de plus stérile que de chercher à classer les maladies et à en faire des genres et des espèces! Comme si l'organisation humaine se prêtait à de semblables utopies! D'ailleurs, quels sont les résultats auxquels peut conduire une semblable méthode? Je n'hésite pas à la considérer comme la négation de tout progrès! Je le répète, cette pitoyable manie de fabriquer des unités morbides et de les classer ensuite, ne peut que faire reculer la médecine au lieu de la faire avancer.

Voyez ce qu'ont produit jusqu'à présent les travaux et les efforts des nosologistes! Le seul moyen d'éviter l'erreur et de marcher en avant, c'est de s'appliquer à bien définir les troubles physiologiques, à les rattacher à leur véritable cause anatomique, et à saisir le rapport du dérangement fonctionnel avec la lésion matérielle de l'organe, en tenant toujours compte de l'état particulier et de la constitution du malade. C'est seulement à cette condition que vous parviendrez à faire de la médecine une science exacte, à déterminer des indications thérapeutiques précises et à instituer pour chaque état organopathique un traitement rationnel.

De grâce, qu'on ne se laisse pas abuser par les étranges énormités que l'on vient d'entendre, et que l'orateur a eu le talent de présenter d'une façon si séduisante et sous les couleurs éblouissantes d'un style richement imagé! Que viennent faire Corneille, Racine et Voltaire, je vous le demande, dans une discussion sur la chorée? Qu'y a-t-il dans le long discours que vous venez d'entendre? Si vous vouliez prendre la peine d'en ôter le superflu, je crois bien qu'il n'en resterait pas grand'-chose.

LECTURE.

Note sur la découverte du mélange désinfectant de poudre de plâtre et de coaltar improprement nommé poudre Corne et Demeaux. — **M. BONNAFONT** lit sous ce titre la note suivante:

La manière dont le mélange désinfectant de plâtre et de coaltar a été annoncé, accueilli et discuté, a fait croire que ce composé était inconnu jusqu'alors, et que MM. Corne et Demeaux en étaient réellement les inventeurs. Les recherches auxquelles je me suis livré à ce sujet, conjointement avec mon estimable confrère M. Ossian Henri fils, depuis les expériences que j'ai faites aux Invalides, m'ont conduit à quelques découvertes que dans l'intérêt de la vérité et de l'histoire de l'art, je crois devoir communiquer à l'Académie. Je le dois aussi à la mémoire d'un jeune confrère avec qui j'avais eu de fréquents rapports, et qui, mort si jeune, a laissé pourtant des travaux que les médecins légistes peuvent consulter avec fruit: tout le monde a deviné que je veux parler de Bayard, de ce praticien qui, sous l'intelligente direction d'Ollivier (d'Angers), s'occupait avec tant de zèle et d'ardeur de tout ce qui a trait à la médecine légale et à l'hygiène publique. Eh bien, il résulte de mes recherches que Bayard est réellement l'inventeur de la poudre désinfectante de plâtre et de coaltar. C'est ce qu'il me sera facile de prouver.

En 1846, la Société d'encouragement mit au concours cette question: « De la désinfection des matières fécales et des urines, » et proposa un prix de deux mille francs à cet effet (*Mém. de la Société*, t. XLVI et XLVII, années 1847 et 1848).

« M. Bayard, l'un des concurrents, envoya un long et intéressant
» travail auquel la Société décerna une médaille d'argent. Dans ce
» mémoire, l'auteur conseillait de prévenir la fermentation ammonia-
» cale de l'urine en versant dans le réservoir qui la contient une cou-
» che d'huile mêlée d'une certaine proportion de goudron de houille
» (coaltar) ou de suie en poudre, mélange d'une densité légère et qui
» surnage.

» L'action préservatrice exercée par le goudron de houille (coaltar)
» sur l'urine fraîche est impuissante sur l'urine en fermentation, parce
» que l'acidité du goudron ne suffit pas pour saturer l'alcalinité du
» liquide dès qu'il se dégage du carbonate d'ammoniaque. Il faut alors
» avoir recours à des agents plus énergiques qui rendent fixes les sels
» ammoniacaux. Les acides et les sulfates arrêtent la fermentation en
» décomposant les liquides. »

Après avoir proposé de diviser les fosses en deux parties, M. Bayard proposa, pour la désinfection des matières solides « une substance désinfectante et permanente qui n'est autre que le goudron de houille mêlé à des substances pulvérulentes, telles que l'argile, le plâtre, etc., ou bien à une poudre composée ainsi:

Sulfate de fer.	250
Argile ferrugineuse.	200
Plâtre.	150
Coaltar.	quant. var.

» La pâte compacte obtenue par ce mélange avec les matières solides est sans odeur aucune. »

Ne trouve-t-on pas dans cette note le résumé de tout ce qui a été dit sur le désinfectant de plâtre et de coaltar? Tout, jusqu'à la fameuse brique désinfectante de M. Bouley, y est indiqué.

On dira peut-être que MM. Corne et Demeaux ont mieux précisé la dose de ce mélange; cela peut être vrai pour ce qui concerne le pansement des plaies, et encore je ne vois pas dans la proportion de 1 à 3 de coaltar sur 100 parties de plâtre une grande différence avec la formule de Bayard, qui sur 150 parties de plâtre indique une quantité variable de goudron de houille (coaltar); je crois que la dose de coaltar ne saurait être précisée, puisque, pour en obtenir de bons effets, elle doit varier suivant la nature de la plaie, la quantité de suppuration produite et suivant sa fluidité. Je sais qu'on peut m'objecter que ce mélange étant préparé d'avance suivant une formule donnée, on peut en rendre l'effet plus ou moins actif, en augmentant ou en diminuant la quantité employée. Mais cette poudre n'agissant que par l'odeur qu'elle exhale, je crois qu'on atteindra plus facilement le but qu'on se propose en variant suivant les cas la dose du coaltar.

En somme, il est bien démontré maintenant:

1° Que le mélange désinfectant de plâtre et de coaltar était connu depuis au moins 1846;

2° Que M. Bayard paraît en être l'inventeur, puisque la Société d'encouragement, par l'organe de M. Chevallier, rapporteur, lui décerna une médaille d'argent;

3° Que MM. Corne et Demeaux n'ont fait que le retirer de l'oubli où il était tombé, et en supposant, ce que j'admets sans peine, qu'ils n'en eussent aucune connaissance, rien ne peut les empêcher de restituer à qui de droit le mérite de cette invention. Il leur restera toujours la part assez grande et très-méritoire d'en avoir étendu l'usage à la thérapeutique.

D'ailleurs, le désintéressement avec lequel ils ont abandonné le prétendu secret de cette composition, est un sûr garant qu'ils restitueront aussi généreusement à ce mélange le nom de son propre inventeur; et l'Académie, au jugement de laquelle j'ai l'honneur de soumettre ces réflexions, ne voudra pas que la mémoire d'un praticien dont je plaide si modestement la cause, reste dépouillée d'un mérite que Bayard revendiquerait avec bien plus d'éloquence s'il était encore parmi nous.

M. BOULEY. Je proteste contre l'espèce d'usurpation dont M. Bonnafont semble accuser MM. Corne et Demeaux. Il est possible, puisqu'il l'affirme, que le mélange de plâtre et de coaltar ait été imaginé par M. Bayard et proposé par lui à la désinfection des fosses d'aisances et des vidanges; mais il est certain que ce procédé était tombé dans l'oubli. D'ailleurs, la Société d'encouragement, qui en 1846 avait décerné une médaille d'argent à M. Bayard, a bien dû avoir ses raisons pour en voter *d'acclamation* une d'or à MM. Corne et Demeaux. C'est qu'elle reconnaissait qu'il y avait quelque chose de nouveau dans leur procédé et de très-utile dans son application. Et, en effet, Messieurs, MM. Corne et Demeaux ne sont-ils par les premiers qui aient proposé le mélange de plâtre et de coaltar comme topique désinfectant dans le pansement des plaies et des ulcères de mauvaise nature? De sorte qu'à vrai dire, pour les chirurgiens, MM. Corne et Demeaux sont les véritables inventeurs de la poudre qui porte maintenant leurs noms.

M. LARREY. Il résulte des expériences nombreuses qui ont été faites dans les hôpitaux d'Italie et des rapports que j'ai reçus jusqu'à présent de MM. les chirurgiens militaires, que la poudre de plâtre et de coaltar est très-favorable comme moyen désinfectant; mais elle est loin de présenter tous les avantages que lui attribuent quelques-uns de ses trop zélés partisans. Je crois donc que tout en proclamant les services réels qu'elle peut rendre, il faut se garder de se laisser aveugler par des témoignages manifestement exagérés.

M. ROBINET. C'est aussi contre de semblables exagérations que j'ai cherché, dans une discussion récente, à mettre en garde les chirurgiens de cette Académie et ceux du dehors. Je saisis donc cette occasion pour protester contre une énormité que m'a prêtée gratuitement le chroniqueur de la *Patrie*, en me faisant dire qu'en thérapeutique je ne croyais que ce que je voyais. Nullement, Messieurs, j'accepte très-volontiers le témoignage de mes confrères, et je crois très-fermement aux assertions des chirurgiens très-éminents qui ont pris la parole en faveur de la poudre de plâtre et de coaltar.

Seulement j'ai fait mes réserves: j'ai demandé si, avant d'essayer la poudre nouvelle, on avait eu recours à l'une des 150 substances désinfectantes indiquées par le Codex; j'ai cherché à calmer l'enthousiasme excessif qu'excitait le topique de MM. Corne et Demeaux, dans la crainte que cet engouement ne fût suivi des mêmes déceptions et de la même négligence qui ont succédé à la vogue très-grande qui avait accueilli naguère la liqueur de Labarraque.

M. BOULEY. M. Robinet vient de plaider la cause de MM. Corne et Demeaux, puisqu'il reconnaît que ces deux inventeurs ont au moins le mérite d'avoir relevé le grand principe de la désinfection des plaies. N'est-ce pas un immense service rendu à la chirurgie?

M. LARREY. Je persiste à croire qu'il ne faut pas exagérer les avantages de la poudre de plâtre et de coaltar. Il faut bien convenir qu'on n'en aurait point parlé avec tant d'éclat, si ce mélange eût été imaginé par un modeste inventeur. La poudre de MM. Corne et Demeaux n'aurait pas fait autant de bruit, si elle n'avait pas été patronnée par un grand chirurgien et par un maréchal de France, tous deux membres de l'Institut, M. Velpeau et M. le maréchal Vaillant.

M. BONNAFONT répond que les expériences qu'il a faites jusqu'à ce jour l'engagent à partager les sages réserves de M. Robinet et de M. Larrey.

— La séance est levée à cinq heures.

Le puits gelé de Brandon (Vermont) est une des curiosités naturelles du Nord-Amérique. MM. Jackson et Blake viennent de l'examiner attentivement et de donner quelques renseignements à M. Elie de Beaumont. Ce puits a 10 mètres 48 c. de profondeur: il a été creusé à travers un *gravier gelé* qui a été rencontré à la profondeur de 15 à 20 pieds au-dessous de la surface. Au moment où MM. Jackson et Blake l'ont visité, le puits était incrusté de glace dans toute sa partie inférieure et ne contenait d'eau liquide que sur une hauteur de 5 pieds. Cette eau gèle quelquefois. Elle vient d'en bas, au fond du puits, dans une couche de sable qui n'est pas gelée. Le massif de calcaire gris bleuâtre qui supporte le gravier porte les traces très-marquées des efforts d'un transport violent, et présente l'aspect des roches moutonnées. Sur sa surface se trouvent des blocs de roches qui n'appartiennent pas à la contrée.

Les mêmes observateurs ont l'intention de continuer leurs recherches, et d'examiner deux autres puits gelés qu'on a dit exister, l'un à Pioga, sur la rivière Susquehanna (New-York), et l'autre à Strasford (Connecticut), afin de découvrir, s'il est possible, l'origine de la glace des couches gelées.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 • Un an. 30 •

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la paralysie ascendante aiguë (1).

L'observation très-remarquable de paralysie ascendante aiguë suivie de mort, sans lésion appréciable des centres nerveux, rapportée dans la *Revue* dernière, et que nous avons cru devoir rapprocher d'un cas analogue observé par nous il y a plusieurs années, a été de la part de M. Landry le sujet de recherches cliniques intéressantes, qui tendent à faire établir un genre nouveau dans la grande famille des paralysies, la paralysie ascendante aiguë.

M. Landry a observé personnellement, dit-il, quatre faits semblables, et dans le cours de ses recherches bibliographiques, il en a encore réuni cinq, qui, ajoutées aux précédentes, composent un total de dix cas. Si nous y ajoutons l'observation que nous avons rapportée en 1854, et rappelée dans la *Revue* de samedi dernier, ce serait un total de onze faits, dont l'analyse peut fournir les premiers éléments d'une histoire générale de cette affection. Voici, d'après les documents cliniques que notre confrère a pu réunir, l'esquisse qu'il en a tracée.

Dans la paralysie essentielle dite ascendante, la sensibilité et la motilité peuvent être également compromises ; cependant, en général, les troubles fonctionnels portent surtout sur le mouvement et sont alors caractérisés par la diminution graduelle de la force musculaire, avec flaccidité des membres, et sans tremblement, sans contracture, sans convulsions partielles ou générales ni mouvements réflexes ; dans la presque totalité des cas, la miction et la défécation restent normales ; on n'observe aucun symptôme immédiat du côté des centres nerveux, pas de rachialgie spontanée ou développée par la pression, pas de céphalalgie ni de délire; jusqu'à la fin les facultés intellectuelles sont complétement conservées.

Comme chez le malade du service de M. Gubler, dont l'observation a été le point de départ de ces recherches, le début des accidents paralytiques peut être précédé d'un sentiment de faiblesse universelle, de fourmillements et même de quelques crampes passagères ; ou bien l'invasion est brusque et inopinée. Dans l'un et l'autre cas, la paralysie se propage rapidement des parties inférieures vers les supérieures avec une tendance constante à se généraliser. Toujours les premiers phénomènes se manifestent aux extrémités des membres, et, le plus souvent, des membres inférieurs. De là ils envahissent tout l'appareil musculaire de la vie animale, en suivant une marche progressivement ascendante et d'après un ordre à peu près constant :

1° Muscles moteurs des orteils et des pieds, puis muscles postérieurs de la cuisse et du bassin, et, en dernier lieu, les muscles antérieurs et internes de la cuisse ;

2° Muscles moteurs des doigts, de la main et du bras, sur le scapulum, et ensuite muscles moteurs de l'avant-bras sur le bras ;

3° Muscles du tronc ;

4° Muscles respirateurs, langue, pharynx, œsophage, etc. La paralysie est alors générale, mais elle est d'autant plus complète qu'on se rapproche davantage des extrémités.

Cette période de progrès a été, dans les divers cas observés, plus ou moins rapide ; elle a été de huit jours chez le malade de M. Gubler, de quinze jours dans un autre exemple que M. Landry croit devoir classer aussi parmi les cas aigus (elle a été aussi de quinze jours chez la malade dont nous avons rapporté l'histoire dans le numéro du 25 février 1854, rappelée dans la dernière *Revue*) ; plus souvent elle a été à peine de deux ou trois jours, et parfois de quelques heures seulement.

Quand la paralysie est parvenue à son summum d'intensité, la mort par asphyxie est toujours imminente ; cependant 8 fois sur 10 (sur 11 en comprenant notre fait) cette fatale terminaison a été évitée, soit par l'intervention de l'art, soit par un temps d'arrêt spontané dans la marche du mal.

Lorsque la paralysie rétrograde, elle présente dans sa période de décroissance des phénomènes inverses de ceux qui caractérisent sa période de progrès. Les parties supérieures, les dernières envahies, sont les premières à recouvrer leur motilité, qui reparaît ensuite successivement de haut en bas. Tantôt alors les malades guérissent très-promptement; tantôt l'affection passe à l'état chronique, et l'amélioration se fait avec lenteur. Dans un cas observé par M. Landry, il y a eu des alternatives fréquentes de mieux et de pis, de véritables intermittences, et la mort n'est arrivée qu'au bout de plusieurs mois, au milieu d'un paroxysme. Chez une femme dont l'histoire a été rapportée par M. Cavaré (de Toulouse), la paralysie s'est présentée sous forme d'accès réguliers, et parcourait toutes ses périodes en quelques heures.

A défaut d'éléments suffisants pour l'étude de l'étiologie de cette affection, M. Landry a tenu compte des circonstances au milieu desquelles elle s'est développée.

Deux fois, dit-il, elle s'est produite pendant la convalescence de maladies aiguës. (Notre observation dans laquelle la paralysie est survenue pendant la période de desquamation d'une variole confluente, porte ce chiffre à trois.) Des deux sujets chez lesquels M. Landry a constaté le rapport du développement de la paralysie avec la convalescence d'une maladie aiguë, l'un est le malade de M. Gubler, convalescent d'une pneumonie qui avait été ellemême précédée d'une série de phénomènes morbides indéterminés ; le second relevait d'une longue fièvre typhoïde.

Deux fois la paralysie ascendante aiguë s'est manifestée au milieu de phénomènes dysménorrhéiques. Chez l'une des malades, les règles s'étaient supprimées sous l'influence du froid ; des sangsues furent appliquées à la vulve, et la guérison était complète le septième jour. Chez l'autre, également après une suppression des menstrues à la suite d'une impression morale, se développèrent des symptômes nerveux multiples, puis une paralysie ascendante, généralisée dès le troisième jour, et qui mit la vie en péril. Des inspirations de chloroforme et l'opium produisirent dans ce cas une amélioration subite et considérable ; mais à travers des rémittences fréquentes, l'affection prit une marche chronique, et un paroxysme imprévu détermina la mort.

Deux fois encore, M. Landry a constaté comme cause apparente, ou tout au moins comme circonstance coïncidente, l'influence du froid. La maladie, d'abord très-aiguë et très-menaçante, s'arrêta spontanément, et l'amélioration chez l'un des sujets, la guérison chez l'autre, marchèrent avec lenteur.

Une fois la paralysie s'est déclarée chez une femme convalescente d'une couche. La mort est survenue le deuxième jour.

Une fois le malade présentait des signes de diathèse syphilitique; les progrès de l'affection furent plus lents que dans les autres cas, et ses effets moins alarmants. Un traitement antisyphilitique fut institué, et tous les symptômes paralytiques disparurent rapidement.

Enfin deux fois M. Landry n'a eu aucun renseignement relatif aux causes des accidents.

D'après les résultats nécropsiques constatés dans les deux seules autopsies relatées dans ce travail et auxquels il faut joindre le résultat également négatif au point de vue anatomo-pathologique de notre observation, M. Landry se croit foudé, et avec raison, suivant nous, à placer cette forme morbide dans la classe déjà nombreuse des paralysies dites essentielles, c'est-à-dire sans lésion saisissable du système nerveux.

Cette opinion est également partagée par M. Gubler, qui dans une note additionnelle au travail de M. Landry, exprime cette opinion que la lecture des observations de M. Landry avait déjà fait naître dans notre esprit, savoir : qu'un certain nombre de cas de morts prétendues subites dont les symptômes précurseurs ont pu souvent échapper à l'attention des observateurs, telles, par exemple, que les morts subites des nouvelles accouchées, et celles qui surviennent pendant les convalescences des maladies graves, pourraient bien appartenir à cette affection paralytique ascendante à marche si rapide. Cette paralysie progressive et ascendante à marche aiguë, ne serait, d'après ces vues — que nous sommes très-disposé à adopter, — que « l'effet secondaire d'un grand nombre de maladies très-diverses ayant pour résultat commun d'épuiser le système nerveux, d'appauvrir la constitution, d'abaisser, en un mot, le niveau des forces organiques. »

(1) Voir le numéro du 10 septembre.

De l'emploi des lavements vineux associés à l'opium dans le traitement consécutif des hémorrhagies puerpérales.

Le danger des hémorrhagies puerpérales n'est pas passé au moment où vient de cesser l'écoulement de sang ; il se prolonge au delà et souvent longtemps encore au delà de la perte, surtout lorsqu'elle a été abondante. Aussi le rôle du praticien n'est pas fini quand l'hémorrhagie est arrêtée ; il a à lutter encore contre les suites de l'anémie et de l'épuisement profond des forces qui menacent pendant plusieurs jours encore la vie des malades ; il a à relever les forces épuisées, à exciter la circulation ralentie, à rappeler la calorification presque éteinte, et à remettre, en un mot, l'organisme en état de se réparer et de se reconstituer luimême par l'assimilation ; il y a surtout, et c'est peut-être là une des indications les plus difficiles en même temps que des plus urgentes à remplir, à combattre l'état syncopal, cette tendance incessante aux défaillances et aux vomituritions qui perpétuent en quelque sorte le danger en portant obstacle à la réparation. Nous n'avons pas besoin de rappeler ici aux praticiens tous les moyens usités en pareil cas pour ranimer, réchauffer les malades et relever leurs forces ; mais ce que nous croyons utile de leur rappeler, c'est l'efficacité d'un moyen que nous avons déjà signalé à leur attention pour lutter contre les difficultés que nous venons de signaler, pour exciter et entretenir le travail de réparation ou de récorporation sans avoir à lutter vainement contre les résistances de l'estomac. Ce moyen, c'est l'usage des lavements vineux associés à l'opium.

On trouvera un très-remarquable exemple de l'efficacité de ce moyen dans le fait suivant, recueilli par M. le docteur Charrier, à l'hôpital de la Clinique, dans le service de M. le professeur P. Dubois, pendant les derniers temps de son exercice de chef de clinique, et publié tout récemment par lui dans le *Bulletin de thérapeutique*.

Une femme de trente-neuf ans (Joséphine M...), d'une bonne constitution, enceinte de son dixième enfant et à terme, entre à l'hôpital de la Clinique le 15 septembre de l'année dernière, pour une hémorrhagie légère survenue en même temps que quelques douleurs, qui durait depuis une heure, et que le repos seul arrête. Elle va bien les jours suivants ; mais le 22, dans la nuit, les douleurs reviennent, et vers quatre heures du matin l'hémorrhagie se reproduit avec assez d'intensité ; les membranes se rompent, l'hémorrhagie se suspend. On constate alors le décollement d'une partie du placenta. A neuf heures, la dilatation étant complète, M. Charrier, en l'absence de M. Pajot, chargé alors de la direction du service, procède à la version, après avoir préalablement chloroformisé la patiente. La malade perdant assez abondamment, on prescrit 4 grammes de seigle ergoté en deux fois, à quinze minutes de distance. L'hémorrhagie continue malgré la rétraction de l'utérus ; 2 nouveaux grammes de seigle ergoté donnés en deux heures la suspendent, mais elle reparaît à deux heures de l'après-midi avec plus d'intensité. Des compresses froides sur le ventre et les cuisses, renouvelées incessamment, n'amènent aucun amendement; un tampon de charpie imbibé de perchlorure de fer, est introduit dans le vagin et arrête définitivement le sang.

A trois heures, la malade est très-mal ; la face est blême, presque livide ; les lèvres, les gencives sont complétement décolorées ; la langue est froide, sèche ; l'haleine est froide ; le bout du nez est comme gelé, ses ailes pincées ; les yeux ternes et hagards, la pupille énormément dilatée. La peau des mains est froide et visqueuse ; les pieds sont dans le même état, les ongles sont complétement bleuâtres. La voix est éteinte, cassée, comme dans la période ultime du choléra. Le pouls est imperceptible à la radiale, on ne le sent qu'à l'humérale ; il bat 110 fois par minute, il est d'une dépressibilité extrême. Hoquet, respiration saccadée, envies de vomir continuelles, soif ardente ; subdélirium, marmottement continuel, soubresauts des tendons. Tout, en un mot, indiquait une mort imminente et prochaine.

L'hémorrhagie étant complétement arrêtée, on entoure les pieds et les avant-bras de sinapismes ; on en applique sur la région du cœur ; une bassinoire est continuellement promenée sur tout le corps ; bouillon froid à la glace, vin de Bordeaux à la glace, glace en fragments. La glace est la seule chose que l'estomac supporte ; dès que les boissons ne sont pas glacées, elles sont aussitôt rejetées.

Au bout de trois heures de soins continus, de toniques (la malade a bu près de 100 grammes de vin et autant de bouillon), la chaleur tend à revenir, les lipothymies deviennent moins fréquentes, le pouls est perceptible à la radiale. La réaction commence à se faire. On prescrit : opium 0,06 en 3 pilules, à deux heures de distance, jusqu'à production du sommeil. A la troisième pilule, la malade s'endort, mais d'un sommeil agité, avec soubresauts des tendons.

Le 24 septembre au matin, la malade est d'une faiblesse ex-

trême, elle ne peut pas remuer sans se trouver mal. Même état que la veille, sauf un peu plus de chaleur. Trois lavements vineux de 100 grammes de vin chacun sont ordonnés dans la journée. — Les deux premiers sont rejetés presque immédiatement. M. Charrier en fait donner un alors additionné de 20 gouttes de laudanum de Sydenham. Celui-ci est gardé. Il prescrit en outre : 0,05 d'opium pour la nuit ; bordeaux, 125 grammes ; 4 bouillons à la glace.

Le 25, il y a un peu de mieux ; le pouls est à 114, très-faible encore ; la malade a un peu dormi ; il reste toujours de la tendance à la syncope. Trois lavements vineux et laudanisés. Une demi-heure après le premier, la malade se sent beaucoup mieux, elle sent la chaleur revenir ; l'haleine est encore froide, le pouls à 106. — Opium pour la nuit.

Le 26, le tampon de perchlorure de fer est retiré ; l'hémorrhagie ne reparaît pas, mais la tendance aux syncopes persiste. — 2 potages, 3 lavements vineux laudanisés.

Pendant dix jours, le même traitement fut rigoureusement suivi, jusqu'à ce que la tendance aux syncopes eût complétement disparu. Durant les cinq derniers jours, on ne donna plus qu'un lavement vineux le matin.

Le 3 octobre, c'est-à-dire le dixième jour de la couche, il se fit une légère montée de lait.

Le 12, vingtième jour, la malade commença à faire quelques pas dans la salle ; le sommeil naturel, sans le concours de l'opium, ne revint que le vingt-deuxième jour.

Enfin, le 20, elle sortit de l'hôpital parfaitement rétablie.

Nous n'insisterons pas pour faire remarquer l'utilité, si évidente par elle-même, des lavements vineux dans ce cas, et de leur association avec l'opium qui les a fait tolérer, comme l'opium, administré par l'estomac avec le concours de la glace, a fait tolérer l'administration simultanée du vin par cette voie. Mais ce que nous voulons faire remarquer ici accessoirement, c'est le bon effet du tampon imprégné de perchlorure de fer. Ce fait nous rappelle, en effet, l'excellent résultat que nous avons obtenu nous-même, il y a dix-huit mois ou deux ans bientôt environ, alors que la médication perchloro-ferrique en était encore à ses essais, en pratiquant dans un cas analogue, c'est-à-dire pour arrêter une hémorrhagie utérine incoercible, mais hors de l'état de grossesse, le tamponnement non pas du vagin mais du col utérin avec une boulette de coton fortement serrée et imprégnée de perchlorure de fer. L'hémorrhagie, qui avait résisté jusque-là à l'emploi des réfrigérants, du seigle ergoté, des astringents et acides de toute sorte usités en pareil cas, et finalement du tamponnement vaginal méthodiquement pratiqué, et qui menaçait les jours de la malade, fut arrêtée immédiatement par la simple application de ce tampon. Nous signalons ce moyen très-simple et d'un emploi très-facile à l'attention de nos confrères.

Luxation externe complète du coude, réduction six heures après l'accident.

M. le docteur Albert Puech, ancien chirurgien chef-interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon, aujourd'hui médecin à Nîmes, nous a adressé un petit fascicule d'observations cliniques médico-chirurgicales intéressantes, qu'il a recueillies pendant l'exercice de ses fonctions. Parmi ces observations nous trouvons la relation d'une luxation rare en réalité, et peut-être même sans analogue dans la science, si l'on a égard à son type, bien qu'elle ait été décrite dans les auteurs, plutôt d'après des prévisions théoriques que d'après l'observation clinique. Il s'agirait d'une luxation externe complète du coude, réduite six heures après l'accident. Nous laissons notre confrère exposer lui-même l'état de la science sur ce point, et raconter le fait.

Lorsqu'on parcourt l'histoire des luxations, dit M. Albert Puech, on n'est pas peu surpris de voir des espèces depuis longtemps décrites, qui, à l'heure d'aujourd'hui, ne sont que rarement rencontrées. Cet étonnement cesse lorsqu'on recourt au texte : on reconnaît alors que la plupart du temps l'imagination de l'auteur et une connaissance superficielle de la syndesmologie ont fait les frais de la description. Sous ce rapport, il est des ouvrages on ne peut plus remarquables ; ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, le métacarpien du pouce se meut en quatre sens, on décrira et on admettra quatre espèces de luxations. Ces réflexions, applicables aux luxations en général, le sont aux luxations externes du coude en particulier. On les a décrites de tout temps, et pourtant les observations qui les constatent ne remontent pas à une époque bien éloignée.

A en croire MM. Malgaigne et Denucé, Delpech en aurait consigné le premier exemple dans son *Précis des maladies réputées chirurgicales ;* depuis leur nombre s'est accru, mais bien lentement, puisque aujourd'hui leur histoire ne s'étaye que sur onze faits, et encore faut-il y comprendre les cas de MM. Nélaton et Robert, dans lesquels le déplacement était très-ancien.

Ces considérations donneraient à elles seules de l'intérêt au fait qui suit, s'il ne venait s'en joindre d'autres. Nous les exposerons plus bas, après avoir rapporté le fait qui les motive.

Barthélemy D..., âgé de quarante et un ans, était occupé à travailler aux nouveaux remparts, lorsque, au moment où il posait le pied sur une poutre, celle-ci vacilla, et il tomba de la hauteur d'un demi-mètre. Dans cette chute, le coude gauche vint frapper contre des moellons ; il fut relevé aussitôt et conduit à l'Hôtel-Dieu.

A la vue du membre, ce qui frappait tout d'abord, c'était en dedans une saillie énorme constituée par l'extrémité inférieure de l'humérus, saillie suivie d'une dépression brusque due à l'absence des os de l'avant-bras. Ceux-ci, déplacés dans leurs rapports articulaires, sont portés en dehors, et, grâce au peu d'embonpoint du sujet, à la date récente de l'accident, il est aisé de vérifier leur position respective. Procède-t-on à cet examen de dedans en dehors, on constate successivement sur la face postérieure :

1° A la partie la plus interne, la saillie de l'épitrochlée ; au niveau de cette tubérosité, la peau est rouge, tendue et légèrement excoriée ;

2° Le bord interne de la trochlée ;

3° Le bord externe, et entre les deux et au-dessus, un vide formé par la cavité olécrânienne ;

4° Un peu plus haut et plus en dehors une tubérosité, l'olécrâne et enfin un peu plus haut que l'humérus, mais plus bas que l'olécrâne ;

5° Le radius, dont on perçoit la cupule lorsqu'on déprime les téguments.

Le radius est immobile et a conservé ses rapports normaux avec le cubitus ; quant à l'humérus, son bord externe se trouve au-dessous de l'épicondyle avec la grande cavité sygmoïde du cubitus. L'olécrâne est remonté et dépasse de 35 millimètres l'extrémité humérale : de là un raccourcissement dans la longueur du membre. Il y a par contre accroissement du diamètre transversal ; le coude malade mesure 29 centimètres, tandis que le coude sain en compte 25 dans sa plus grande étendue (1).

Le tendon du biceps incliné en dehors ne fait point saillie sous la peau ; pour le triceps incliné du même côté, son tendon, plus nettement accusé, circonscrit en dedans une tumeur qui est circonscrite en bas par la cupule radiale. Cette tumeur, peu volumineuse au reste, mollasse et élastique, est constituée par du sang extravasé.

Les mouvements volontaires sont abolis, mais avec la main on peut faire exécuter un mouvement de flexion qui n'arrive pas à l'angle droit. La pronation est impossible, ainsi que les mouvements de latéralité.

La supination est l'attitude obligée du membre.

L'examen et les mouvements communiqués sont douloureux, mais à l'état de repos les douleurs n'en existent pas moins, et, se propageant dans tout le membre, déterminent des espèces de crampes.

Ces diverses particularités accusaient une luxation complète en dehors : le malade étant dans son lit, la réduction fut en vain tentée.

Après la visite, c'est-à-dire six heures après l'accident, le malade fut conduit à la salle d'opération et placé sur une chaise. Pour détruire le chevauchement considérable des os auquel j'attribuais mon premier insuccès, deux aides vigoureux firent une extension et une contre-extension préalables, pendant que je cherchais à agir à la fois sur l'humérus et le cubitus. A cet effet, les doigts des deux mains furent appliqués sur l'épitrochlée et pressèrent de dedans en dehors, tandis qu'avec les deux pouces agissant en sens inverse sur l'olécrâne, je le portai de dehors en dedans. Lorsque le chevauchement parut détruit, je fis exécuter à l'avant-bras un mouvement de flexion, et un craquement très-perceptible et caractéristique annonça le rapprochement des os. L'examen du coude prouva alors que le cubitus était seul en contact avec l'os du bras, que l'olécrâne s'était abaissé, qu'en un mot, la luxation de complète était devenue incomplète. Une nouvelle tentative ayant été infructueuse pour obtenir la résolution musculaire, je recourus au chloroforme, et en agissant comme précédemment, la réduction fut vite obtenue.

Des compresses résolutives et une bande en huit de chiffre furent apposées autour du coude pendant qu'une écharpe soutenait le membre.

Aucun accident ne survint ; le gonflement diminua peu à peu, et le malade sortit de son plein gré six jours après : au douzième jour, il a repris son métier de maçon.

Cette observation, recueillie pendant le congé de M. Long, chirurgien en chef, et dont le service m'avait été confié en son absence, m'a paru différer des faits connus par quelques points que je vais m'attacher à relever.

A part un cas dont il sera fait mention spéciale, dans les faits publiés la luxation n'a été latérale que pendant un temps fort court, et la contraction des pronateurs, en imprimant un mouvement de rotation, l'a transformée presque immédiatement. Dans notre cas, la contraction des pronateurs n'a pas eu lieu, de là des différences : ainsi, différences dans la position des os, différences dans la possibilité des mouvements et l'attitude du membre.

(1) Les rapports pathologiques des surfaces articulaires ne nous semblent pas avoir été déterminés avec toute l'exactitude nécessaire. 1° Nous ne savons ce que l'auteur a voulu dire par cette phrase : Quant à l'humérus, son bord externe se trouve au-dessous de l'épicondyle avec la grande cavité sigmoïde du cubitus. 2° L'olécrâne dépasse de 35 millimètres l'extrémité de l'humérus. Mais quel point de cette extrémité a été pris pour repère ? Nous invitons vivement M. Puech à nous donner de nouveaux détails, sans lesquels il est impossible de déterminer quel est l'aspect de la luxation. A. JAMAIN.

Ainsi le radius est resté en place au lieu d'être porté en avant, la supination a été la position ordinaire au lieu d'être difficile, la pronation a été impossible au lieu d'être naturelle. Voilà les différences saillantes ; comme elles n'existent pas dans l'observation de M. Chapel (de Saint-Malo), on serait tenté de l'assimiler à la nôtre ; on aurait tort, car ici encore on a affaire à un déplacement mixte, seulement ce déplacement est l'opposé du précédent ; il est externe pour le radius et antérieur pour le cubitus, l'épicondyle passant en arrière de ce dernier os.

Partant, notre fait se trouve sans analogue dans la science, et offre le type le plus pur de la luxation latérale externe du coude.

En somme, dans le sens latéral externe, il existe une luxation type très-rare, en deux variétés : la plus fréquente est externe par la position du cubitus, antérieure par la position du radius ; tandis que la seconde est l'opposé de la précédente.

DE LA RECHERCHE DES CORPS ÉTRANGERS

de fer, d'acier ou de fonte, au moyen de l'aiguille aimantée

Par M. le docteur ANSELMIER.

(Note communiquée à l'Académie de médecine, dans la séance du 7 septembre.

La recherche des corps étrangers qui ont pénétré nos organes est quelquefois si difficile, que malgré les nombreux éléments de diagnostic dont dispose le chirurgien, sa sagacité se trouve quelquefois mise en défaut.

La certitude de leur présence ne peut souvent être acquise qu'au prix d'incisions exploratrices multiples dont l'effet est toujours d'aggraver le pronostic.

Aussi, nous croyons utile de faire connaître les services que nous avons retirés plusieurs fois de l'emploi de l'aiguille aimantée lorsqu'il s'agissait de corps étrangers tels que fragments de fer, d'acier ou de fonte, éclats d'obus, morceaux d'aiguilles à coudre, etc., pour établir un diagnostic *à priori*, c'est-à-dire dans les meilleures conditions pour ménager la sensibilité des malades et simplifier l'accident.

A cet effet, nous suspendons à un point fixe, au moyen d'un fil sans torsion, une aiguille aimantée de 15 à 20 centimètres ; lorsqu'elle est devenue immobile, nous approchons de l'un de ses pôles la partie où nous supposons la présence de l'un des corps étrangers dont nous avons parlé : la déviation ou l'immobilité de l'aiguille rendra certain le diagnostic.

C'est par l'emploi de ce moyen qu'il nous a été possible de déterminer le point précis qu'occupait dans l'avant-bras gauche un petit éclat d'obus qui déterminait depuis dix mois un œdème de tout le membre, chez un voltigeur de la garde blessé en Crimée. Cet homme, qui avait inutilement suivi plusieurs traitements pour cet œdème, fut guéri en quatre jours après l'extraction de ce corps étranger.

Nous nous sommes deux fois servi de ce moyen pour reconnaître avec certitude la présence dans la main de fragments d'aiguilles à coudre qui s'étaient brisées après avoir profondément pénétré. L'extraction qui en fut faite prévint toutes les suites graves qui en résultent d'ordinaire.

Enfin, chez un tapissier qui croyait avoir dans la gorge quelques-uns des petits clous qu'il avait imprudemment placés dans sa bouche, il nous fut permis de constater leur présence dans l'estomac, et d'expliquer par quelques éraillures de la muqueuse du pharynx produites par le mouvement de déglutition, la gêne et la sensation qu'il y éprouvait.

On retrouva deux petits clous dans les matières fécales cinq jours après l'accident.

Ici encore nous devons faire remarquer l'utilité de ce nouveau moyen de diagnostic, car il a servi à guider le traitement et à épargner au malade les manœuvres toujours si pénibles de la sonde œsophagienne.

SOLUBILITÉ DE DIVERS ALCALOÏDES

dans le chloroforme et les huiles grasses.

D'après des expériences de M. Pettenkoffer, 100 parties de chloroforme dissolvent : 0,57 de morphine, 37,17 de narcotine, 4,31 de cinchonine, 57,47 de quinine, 20,16 de strychnine, 56,79 de brucine, 51,69 d'atropine, 58,49 de vératrine. — 100 parties d'huile d'olives dissolvent : 0,00 de morphine, 0,25 de narcotine, 1 de cinchonine, 4,2 de quinine, 1 de strychnine, 1,78 de brucine, 2,62 d'atropine, 1,78 de vératrine.

(*Journal de pharmacie d'Anvers.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 septembre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. CHASSAIGNAC, à l'occasion du procès-verbal, prend la parole pour donner des nouvelles à la Société du malade à qui il a pratiqué la ligature de l'artère carotide primitive.

Ce malade va très-bien ; l'hémorrhagie n'a pas reparu ; la plaie est en bon état ; mais la tumeur pharyngienne subsiste encore. Cette tumeur a pour siége la paroi latérale gauche du pharynx. Dure vers sa partie supérieure, elle est un peu molle vers la partie inférieure, qui

se termine en fuseau. On n'y perçoit absolument pas de battements. Sa nature reste toujours indécise pour M. Chassaignac, qui ne pourrait affirmer qu'elle soit un phlegmon, un anévrysme ou un cancer.

Revenant sur la question de la rareté des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques, soulevée dans la séance dernière par M. Ricbet, M. Chassaignac cite un assez grand nombre de chirurgiens qui ont donné des observations d'abcès rétro-pharyngiens existant sans lésions osseuses, et entre autres Mondière, qui en rapporte dans son mémoire dix-huit exemples, dont sept sur des enfants, sans aucune altération des vertèbres cervicales.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dépouille la correspondance, qui comprend, outre les journaux de la semaine :

1° Une note imprimée *sur l'usage des moules en plâtre dans le traitement des fractures des membres inférieurs par les armes à feu*, par M. le docteur Girou de Buzareingues;

2° Une seconde note imprimée *sur l'usage des canules en ivoire ramolli dans le traitement des abcès sinueux ou profonds*, par le même.

Ces deux notes sont présentées au nom de M. le docteur Girou de Buzareingues, par M. le baron Larrey.

RAPPORT.

Grossesse extra-utérine. — M. DANYAU donne lecture d'un rapport sur une observation de grossesse extra-utérine, adressée à la Société par M. Biebuyck (de Bailleul).

M. le docteur Biebuyck vous a adressé, dans la dernière séance, une observation de grossesse extra-utérine terminée au bout de vingt-neuf mois par une péritonite mortelle. Vous nous avez chargés, MM. Caseaux, Depaul et moi, de vous en rendre compte.

Bien que ce cas n'offre rien de très-extraordinaire, et qu'il ne jette aucun jour nouveau sur les points obscurs et encore controversés de la grossesse extra-utérine, il n'est pourtant pas sans intérêt, soit qu'on le considère au point de vue des faits déjà acquis à la science et qu'il confirme, soit qu'on l'envisage relativement à l'espèce rare dont il serait un exemple, soit enfin qu'on songe à la question si délicate qu'il soulève, celle de la gastrotomie, que l'auteur semble avoir voulu poser, dans cette circonstance, devant la Société de chirurgie. C'est à ce point de vue surtout que notre confrère s'est placé; c'est relativement à ce parti si grave qu'il cherche des lumières, qu'il demande une direction pour l'avenir, et qu'il voudrait pouvoir, au besoin, s'appuyer sur votre autorité.

Mais n'anticipons pas sur les remarques que le fait et les réflexions de M. le docteur Biebuyck nous inspirent, et permettez-moi de vous donner, avant tout, Messieurs, une analyse succincte du fait lui-même.

Une femme, âgée de vingt-sept ans, forte et bien portante, devint enceinte après trois ans de mariage, en février 1857. Cette grossesse, absolument exempte d'accidents et même de malaises, n'offrit rien de remarquable que la rapidité insolite du développement de l'abdomen et le siége manifestement plus superficiel que de coutume des mouvements de l'enfant.

Au terme présumé, le travail parturitif se déclara et se prolongea trois jours avec des douleurs d'abord faibles, puis de plus en plus violentes et enfin atroces, sans autre résultat que l'écoulement d'une matière blanche, glaireuse, légèrement sanguinolente, qui bientôt termina la crise. A cet écoulement succéda, au bout de trois jours, une sécrétion laiteuse remarquable par son abondance et sa longue durée. Ainsi apparurent dans leur succession naturelle, avortés ou complets, les phénomènes de l'accouchement et des suites de couches. Les mouvements du fœtus resté en place persistèrent pendant huit ou dix jours encore, puis cessèrent absolument.

La réapparition des règles, au bout de deux mois, annonça le retour de l'organisme aux conditions de l'état de vacuité; et pourtant le ventre restait volumineux, mais ce volume n'était plus dû qu'à un corps étranger privé de vie, qui laissait libre et n'avait même jamais occupé la cavité utérine. Rien ne s'opposait donc plus à l'évolution ovarienne périodique et à l'écoulement sanguin qui la termine.

La cessation des mouvements du fœtus avait été suivie de la diminution progressive de la tumeur, qui était devenue en même temps plus consistante.

Ce retrait s'était pourtant bientôt arrêté, et ne paraît pas, d'ailleurs, avoir été bien considérable, puisque, seize mois après la mort de l'enfant, le docteur Biebuyck, visitant pour la première fois sa cliente, qu'il trouva bien portante et capable de se livrer, sans incommodité, à de pénibles travaux, constata que le ventre avait à peu près le volume et la forme qui caractérisent une grossesse à terme; la tumeur était seulement un peu plus aplatie à sa partie antérieure, superficielle et très-dure dans toutes les parties accessibles à la main.

L'utérus, légèrement rétroversé à gauche et en même temps déprimé vers le plancher du bassin, avait son col dirigé à droite et un peu en haut; c'est ce que le toucher vaginal permit de constater; le toucher rectal ayant été pratiqué en même temps, ils fournirent ensemble des données précises sur les dimensions verticales et transversales de l'organe dont le volume était à peu près celui de l'état de vacuité; le palper abdominal, combiné avec l'exploration interne, mit enfin en évidence l'indépendance de la tumeur et de l'utérus, le doigt placé sur celui-ci ne recevant dans aucun cas l'impulsion communiquée à celle-là avec la main placée sur le ventre.

Au contraire, il y avait continuité évidente entre une tumeur que le doigt introduit dans le rectum sentait au-dessus de l'utérus, le débordant à droite et à gauche, remplissant la partie supérieure du petit bassin, et la tumeur saillante à la paroi antérieure du ventre.

Ainsi d'une part, utérus vide; de l'autre, tumeur engagée dans le bassin et s'élevant très-haut dans l'abdomen. Ce résultat d'une exploration attentive, rapproché de l'analyse et de l'appréciation de tous les antécédents, ne pouvait guère laisser de doute. M. le docteur Biebuyck diagnostiqua une *grossesse extra-utérine*.

La mort, survenue quatre mois après, à la suite d'une péritonite aiguë qui éclata tout à coup et ne dura que cinq jours, permit de reconnaître la justesse de ce diagnostic.

Insister sur les points remarquables de ce nouveau cas de grossesse extra-utérine, sur ces mouvements si superficiels de l'enfant que les vêtements en étaient soulevés, sur le début, au temps marqué par la nature, d'un travail qui ne devait pas aboutir, sur les douleurs et les autres phénomènes de ce faux travail, sur la persistance de la vie du fœtus quelques jours au delà du terme, sur cette sécrétion laiteuse si abondante et si prolongée, sur la diminution du volume de la tumeur à mesure que le liquide amniotique était résorbé, sur l'absence de gêne malgré la persistance d'un développement considérable, ce serait vouloir arrêter votre attention sur des faits déjà bien des fois constatés ensemble ou isolément, et qui n'ont, pour la fixer, ni le mérite ni l'attrait de la nouveauté. Faisons donc tout de suite connaître les résultats de l'autopsie, qui, heureusement, ne fut point refusée au docteur Biebuyck.

Un kyste, intimement adhérent par sa partie antérieure à la paroi abdominale, occupait l'espace compris entre le détroit supérieur et l'estomac, remplissant en même temps l'une et l'autre fosse iliaque. Les intestins refoulés en arrière étaient libres, excepté le côlon iliaque, uni à la poche par des adhérences récentes, dans l'étendue de 5 ou 6 centimètres.

Le kyste, complétement vide d'eau, renfermait, couché en travers, le dos en avant, la tête dans la fosse iliaque gauche, un fœtus pelotonné sur lui-même, dont le poids (2 kil. 300), la longueur ($0^m,495$), les diamètres de la tête ($0^m,12$ — $0^m,11$ — $0^m,10$), le développement des ongles, l'abondance et la coloration des cheveux annonçaient, indépendamment de la présence des testicules dans le scrotum et du volume du point d'ossification intercondylien du fémur, pour le terme de la grossesse avait été bien positivement atteint, sinon dépassé. — La peau de ce fœtus avait une teinte jaunâtre; la consistance générale était plus ferme que de coutume; les muscles avaient leur fermeté et leur couleur ordinaires; le tissu cellulaire était infiltré d'une matière granuleuse, dure, comme sablonneuse.

Le kyste n'avait guère qu'un millimètre d'épaisseur dans les parties libres d'adhérence. Sans s'expliquer sur sa composition dans ces points, ce qui n'était pourtant pas sans intérêt, l'auteur insiste sur l'absence dans ses parois de fibres musculaires, et sur l'impossibilité d'y placer le siége des contractions qui ont accompagné le faux travail. A la partie supérieure du kyste, au niveau de l'estomac, existe un renflement considérable de $0^m,15$ de diamètre et de $0^m,07$ à $0^m,08$ d'épaisseur. C'est le placenta, constitué par une masse jaunâtre, spongieuse, d'où part le cordon ombilical. S'il n'y a point d'erreur dans les indications de notre confrère, ce placenta aurait offert l'exemple bien rare d'une masse très-épaisse dans une espèce de grossesse où cet organe est ordinairement si mince, et ce cas pourrait être, sous ce rapport, rapproché de celui de Heim, qui, dans la description d'une grossesse extra-utérine abdominale, parle d'un placenta qui, au lieu d'être aplati, était rond comme une tête d'enfant. (*Wittlinger's Analekt. f. d. Geb.* I, 326.)

L'ovaire, la trompe et le ligament large du côté gauche sont sains et libres; l'utérus, légèrement augmenté de volume (hauteur, $0^m,08$, longueur, $0^m,06$; épaisseur, $0^m,025$), est incliné à gauche, placé au-dessous du kyste, auquel il adhère très-légèrement par la moitié droite de son fond. Quant à la trompe et à l'ovaire droits, ils sont accolés contre le kyste à quelques centimètres l'un de l'autre, mais ils ne sont point confondus avec lui, et il suffit de légères tractions pour les en détacher et *pour décoller également le feuillet péritonéal, qui, se repliant de ces organes sur la tumeur, semble la contenir dans l'écartement de ses feuillets.*

Ces derniers détails, les seuls donnés dans l'observation, et que je copie textuellement, *portent* l'auteur *à croire* que l'ovule s'est de prime abord logé entre les feuillets du ligament large, et *il lui semble* que la grossesse extra-utérine, qu'il a eue sous les yeux, appartenait à l'espèce désignée dans ces derniers temps sous le nom de *sous-péritonéo-pelvienne.*

Notre confrère a bien raison, et nous l'en félicitons, de ne classer qu'avec réserve le cas soumis à son observation. Si Dezeimeris n'en avait eu que d'aussi peu précis, il n'aurait certainement pas songé à constituer une espèce nouvelle. Parmi ceux qu'il a cités avec détail ou indiqués, il en est dont la description, dans son mémoire ou aux sources mêmes, ne laisse point de doute sur la présence du kyste dans l'épaisseur du ligament large. Mais le docteur Biebuyck dit seulement que la tumeur *semblait* être contenue dans l'écartement des feuillets de ce repli. Or ce n'est pas sur de simples apparences qu'une pareille question peut être tranchée, et l'on comprend qu'il n'ait point été affirmatif.

Une dissection plus complète et plus minutieuse lui eût peut-être permis d'émettre une opinion plus positive. En pareille matière, les doutes ne peuvent être levés que par des recherches poursuivies avec persévérance, et notre confrère, faute de temps sans doute, ne paraît pas avoir poussé les siennes sur certains points importants au delà d'une inspection assez superficielle. Tandis que lui-même ne peut rien conclure positivement de sa propre autopsie, on a pu quelquefois, de celles des autres et des détails très-complets fournis par eux, tirer une conclusion à laquelle ils n'avaient pas songé et qui se trouve pourtant pleinement justifiée par leur description. C'est ce qu'a fait Dezeimeris pour une observation de Baudelocque, dans laquelle l'état des parties est indiqué avec un soin, une minutie, une précision qui auraient pu servir de modèle à M. Biebuyck.

Il est un point, et ceci viendra peut-être à l'appui de la présomption qu'il a émise, sur lequel il n'a point insisté, et qui me paraît cependant digne de fixer un instant votre attention. Je veux parler du placenta, non pas relativement à son épaisseur extraordinaire (je suppose toujours qu'il n'y a point eu d'erreur de rédaction), mais au point de vue de son implantation. Il est évident qu'il ne s'agissait ici ni d'une grossesse ovarique, ni d'une grossesse tubaire, ni d'une tubo-ovarique, encore moins d'une tubo-interstitielle. Nous n'avons donc plus à choisir qu'entre une grossesse abdominale et une sous-péritonéo-pelvienne. Or, dans la grossesse abdominale, le placenta est greffé soit sur l'un des viscères, soit sur un point des parois de la cavité du ventre. On sait que c'est en général sur une portion d'intestin, un point du mésentère, l'une des fosses iliaques, les dernières vertèbres lombaires, la partie supérieure du sacrum. Or il n'est question, dans l'observation présente, d'aucun de ces points d'implantation, ni d'aucun autre, et ce ne peut être un oubli, puisque l'auteur signale le siége et les rapports de la masse placentaire, située à la partie supérieure du kyste et au voisinage de l'estomac.

Sur quelle surface ce placenta s'était-il donc greffé? A la surface interne d'une cavité accidentelle dans laquelle l'œuf s'était logé dès le principe, et qu'il avait progressivement agrandie à mesure qu'il se développait lui-même, c'est-à-dire dans l'intervalle des feuillets du ligament large, cavité accidentelle qui lui servait en quelque sorte de matrice. L'abondance des vaisseaux, artères et veines, logés entre les deux lames du ligament, leur hypertrophie facile et d'ailleurs nécessaire pendant l'augmentation de volume de l'utérus qui coïncide à peu près constamment avec la grossesse extra-utérine, et dont il restait encore ici des traces après vingt mois, rendent peut-être raison du développement insolite du placenta, que ce développement ait existé pendant la vie du fœtus, ou qu'il soit le résultat d'une végétation persistante de la partie maternelle après sa mort. En tous cas, la formation de ce placenta en dehors du péritoine, au milieu du tissu cellulaire sous-péritonéal, et non du côté de la surface séreuse, serait, si nous ne nous trompons, l'explication d'une circonstance autrement impossible à comprendre, à savoir, l'absence d'implantation de la masse placentaire sur un point quelconque des viscères ou des parois du ventre. Nous ne pouvons nous empêcher de regretter que la dissection des vaisseaux de la mère qui se rendaient à cet organe n'ait pas été faite ou tout au moins tentée, et qu'on n'ait pas cherché à reconnaître leurs branches d'origine ou de terminaison. On comprend l'importance de notions précises sur ce point, mais peut-être n'était-il pas possible de les obtenir.

Il n'est pas inutile de faire remarquer la situation singulière de l'utérus. Généralement porté en avant, sans changement de direction, de façon qu'on trouve le col derrière les pubis et le fond à une plus ou moins grande hauteur au-dessus, et par conséquent situé en avant du kyste fœtal, il était ici au-dessous et en rétroversion. A-t-il été ainsi placé et dirigé dès le principe, ou cette situation et cette direction sont-elles secondaires? Je crois plutôt à la dernière hypothèse; car alors qu'il était plus volumineux, on peut le présumer, il eût, ainsi couché, donné lieu à des accidents de compression que la femme n'a jamais éprouvés à une époque quelconque pendant les neuf premiers mois de sa grossesse. Le déplacement aura donc eu lieu probablement plus tard lorsque la réduction de volume l'aura rendu possible, et que le tassement graduel du kyste sur le détroit et son engagement partiel dans l'excavation auront déprimé l'utérus. Il était résulté de ce déplacement une telle épaisseur de parties au-dessous de la tumeur, que la nature n'eût sans doute pas pu, comme dans le cas de Noël (*Ancien journal de médecine*, t. LI), créer de ce côté une issue au fœtus entre l'utérus et la vessie. La tendance à l'élimination du côté des voies naturelles et la possibilité d'une opération d'extraction par le vagin, qui, suivant Dezeimeris, appartiennent spécialement à la grossesse sous-péritonéo-pelvienne, n'existaient point ici, et, sous ces rapports, ce cas, si c'est bien à cette espèce qu'il faut le rapporter, différerait de la plupart de ceux qu'on a rangés ou qu'on pourrait ranger dans cette catégorie. Cette anomalie, ou tout au moins cette différence, tient sans doute à ce que la tumeur s'était développée dans le cul-de-sac vésico-utérin, au lieu d'aller remplir le cul-de-sac recto-utérin en soulevant le feuillet antérieur du ligament, au lieu de soulever le feuillet postérieur, comme dans le cas de Baudelocque.

Mais passons à un autre ordre de considérations; car aussi bien, en ce qui concerne l'espèce de grossesse extra-utérine, même en venant en aide à M. le docteur Biebuyck, nous ne pouvons pas plus que lui arriver à une démonstration complète. On aura sans doute remarqué cette circonstance, que le kyste était intimement adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen. A quelle époque fixer le travail qui a donné lieu à cette adhérence? Rien, dans l'histoire de la maladie, ne pourrait nous l'apprendre. Rien même n'aurait pu faire soupçonner qu'elle existât, surtout dans une aussi grande étendue. Est-ce au moment du faux travail parturitif qui a eu lieu à neuf mois, et sous l'influence d'une forte congestion produite par ce travail si douloureux? Se serait-il fait alors, entre deux surfaces simplement contiguës, quelque exsudation plastique, transformée plus tard en adhérences celluleuses intimes? Nous sommes encore ici dans le champ des hypothèses. Contentons-nous donc de faire observer combien il est regrettable que la nature, quelquefois si bien inspirée dans le choix du point où elle établit le travail de décomposition par lequel l'élimination débute, n'ait pas choisi la paroi antérieure de la poche là où il n'y avait plus de surface séreuse, plus de péritoine proprement dit, par conséquent point de péritonite à craindre, et que, pour le malheur de la pauvre femme, ce soit précisément sur la paroi postérieure, libre d'adhérences, qu'elle ait dirigé ses efforts, efforts souvent conservateurs sans doute, mais destructeurs aussi, comme chacun sait, et comme on le voit encore par cet exemple. Quelques plaques noires existaient en effet en arrière, et avaient été le point de départ d'une péritonite mortelle; une seule avait contracté de faibles adhérences avec l'intestin, et là, sans doute, si la femme n'avait pas succombé, aurait pu s'établir une double ouverture qui aurait mis le kyste en communication avec l'extérieur, et rendu possible, sans la rendre facile pourtant, l'élimination des diverses parties osseuses et molles du fœtus. Je dis sans la rendre facile, car c'est avec le côlon iliaque que le kyste aurait communiqué, et une ouverture à une si grande hauteur, si loin de l'anus, n'aurait certainement point été favorable ni à l'issue spontanée ni surtout à l'extraction, si elle eût été nécessaire, et elle l'est souvent, des diverses parties du squelette fœtal.

Toutes ces réflexions se sont, nous n'en doutons pas, présentées à l'esprit de M. le docteur Biebuyck, et c'est parce qu'il les a faites qu'il s'est demandé si l'art n'aurait pas été tout-puissant dans ce cas, et s'il n'y avait pas un moment où son devoir eût été d'intervenir.

M. Biebuyck, qui n'a vu la femme que longtemps après le début de la grossesse, longtemps après que le terme en avait été annoncé par un travail qui semblait être celui de la délivrance, à une époque où elle ne souffrait pas, n'était pas même incommodée, et se livrait sans peine à ses travaux habituels, M. Biebuyck, qui ne lui a donné des soins que dans ses derniers jours, alors que sa vie était déjà grandement menacée, ne s'est véritablement trouvé, pour son compte, dans aucun moment où il ait eu à agiter la question de la gastrotomie. Il ne pouvait plus être question de cette opération après l'invasion de la pé-

ritonite. Au moment du travail, quand, pour prévenir la rupture du kyste et sauver l'enfant, on aurait pu y songer, notre confrère n'était pas présent, et, dans la période intermédiaire, l'absence d'accidents quelconques était un bien puissant motif de s'abstenir.

Il est cependant bien naturel de se demander, en présence de la triste issue de ce cas, qui semblait en promettre une meilleure, si la gastrotomie pratiquée dans cette période intermédiaire n'aurait pas eu un heureux résultat. Il est certain que si à ce moment on avait pu lire dans l'avenir, si on avait pu prévoir le brusque développement, la terminaison si promptement fatale d'une péritonite, on n'aurait pas craint de faire courir à la pauvre femme les chances d'une opération grave assurément, mais qui pourtant compte un assez bon nombre de succès. Nul doute que la connaissance, s'il eût été possible de l'obtenir, des adhérences intimes qui unissaient le kyste à la paroi antérieure de l'abdomen, n'eût été un motif déterminant de plus, puisque cette disposition permettait d'arriver dans le kyste sans ouvrir le péritoine et augmentait les chances de succès. Mais cette disposition favorable, on l'ignorait; mais dans les bonnes conditions où se trouvait la femme, qui n'eût songé à la terminaison possible de cette grossesse extra-utérine par une élimination ultérieure tout à fait spontanée ou secondée par l'art, ou à la transformation du produit total de la conception en une de ces masses osseuses, crétacées, éburnées, qui séjournent impunément au milieu des viscères pendant un nombre indéterminé d'années, quelquefois jusqu'à la mort? Et quand un pareil et si légitime espoir était laissé au médecin, quand un si grand nombre d'exemples de l'une ou de l'autre de ces terminaisons heureuses pouvaient être invoqués à l'appui de l'expectation, au moins d'une expectation vigilante, comment serait-on intervenu violemment au milieu de cette santé intacte? comment, pour détourner un péril éloigné, douteux, en tous cas probablement moindre, aurait-on, sans raison pressante, affronté un péril immédiat, certain, plus considérable peut-être? Que M. le docteur Biebuyck ne regrette donc pas d'être resté inactif; que la grande autorité de Baudelocque, qui aurait pu l'entraîner, et à laquelle il a su résister, laisse en paix sa conscience.

La conduite qu'il a suivie est celle que, dans les mêmes circonstances, il devrait suivre encore. C'est celle que la prudence conseille, que l'expérience justifie, et qui est devenue la règle. Les exceptions, car il n'est pas de règle qui n'en admette, n'existent que pour les cas où une gêne très-grande, des souffrances plus ou moins vives, des accidents plus ou moins pressants, font une loi de ne pas attendre le commencement du travail éliminatoire. Or tel n'était pas celui de la femme observée par le docteur Biebuyck. Et dans ces cas mêmes, que de prudence ne faut-il pas apporter dans la fixation du moment le plus opportun pour opérer! que de soins ne doit-on pas prendre, avant de procéder à l'opération, pour atténuer au moins les accidents qui pourraient en compromettre le succès! Ainsi notre confrère peut se trouver dans telles circonstances qui lui feraient un devoir d'opérer, après s'être trouvé d'abord en présence d'un cas où l'expectation était positivement indiquée. Les indications varient ici comme ailleurs; le vrai praticien sait les saisir et les remplir; il sait agir et s'abstenir à propos.

Son action n'est jamais mieux indiquée que lorsqu'il s'agit de favoriser, de diriger un travail d'élimination qui commence, qui se poursuit plus ou moins lentement, plus ou moins difficilement, et bien souvent non sans danger. C'est alors que l'intervention chirurgicale peut être souverainement utile et qu'elle compte le plus de succès.

Les résultats qu'elle obtient dans ces circonstances n'ont rien de brillant. Qu'est-ce, en effet, que quelques incisions faites à propos, quelques os ou quelques fragments osseux adroitement extraits? Qu'est-ce que ces petites opérations et ces manœuvres ainsi renouvelées à plusieurs reprises, en regard d'une grande opération qui extrait tout à la fois et accomplit l'œuvre dans une seule séance? Mais, parce qu'ils ne sont pas brillants, ces résultats n'en sont pas moins beaux, et à compter les faits on arrive à des chiffres en faveur de l'intervention tardive. C'est ce qu'on peut voir en particulier dans un relevé fait par Gerdy pour un rapport sur une opération de gastrotomie dans un cas de grossesse extra-utérine, inséré dans le tome VI[e] du *Bulletin de l'Académie*.

Mais les résultats qu'on peut attendre de la chirurgie dans le cas de grossesse extra-utérine ne peuvent-ils pas être plus brillants encore? Les opérations de détail applicables à la période d'élimination sont des procédés de délivrance éminemment utiles; la gastrotomie, faite même avant le début du travail éliminatoire, peut quelquefois sauver la femme dans un péril imminent. Mais le salut non pas d'un seul individu, mais des deux, le salut de la mère et de l'enfant, peut-on aussi l'espérer de la gastrotomie? Ce serait le triomphe de l'art. Ce triomphe a été obtenu dans un bien petit nombre de cas, il est vrai, et non-seulement par l'incision du ventre, c'est-à-dire par la gastrotomie proprement dite, mais encore par une incision au fond du cul-de-sac du vagin. Il est facile de voir qu'à l'occasion M. Biebuyck ne serait pas éloigné de prétendre à ce succès, ou du moins qu'il ne reculerait pas devant une opération qui lui donnerait la chance de l'obtenir. Il ne songe pas sans doute à une intervention chirurgicale avant le terme de la grossesse, avant le début des douleurs. Quelle ne serait pas, en effet, la gravité d'une opération préventive, et, quand la vie de la femme n'est pas actuellement menacée, qui ne reculerait, l'enfant fût-il viable, devant de si terribles chances et une si grande responsabilité? Mais l'insistance de notre confrère à demander si chez sa malade, au moment du travail infructueux auquel elle fut en proie pendant trois jours, et lorsque la rupture du kyste était fort à craindre; on n'aurait pas dû ou tout au moins si on n'aurait pas pu pratiquer la gastrotomie, annonce une opinion déjà assez arrêtée, et qui cherche une autorité pour se fortifier.

La perspective de sauver la mère et l'enfant est certainement séduisante, et l'on comprend qu'en pareil cas on prenne un grand parti; l'on comprend surtout qu'on opère quand la voie du vagin est celle qu'on peut choisir. Encore faut-il qu'il n'y ait aucun doute ni sur l'existence d'une grossesse extra-utérine, ni sur la vie, ni surtout sur le bon état de l'enfant. Si, pour son salut, on risque beaucoup, au moins faut-il qu'on soit sûr de le sauver. A son point de vue, dans ces conditions favorables, l'indication ne saurait être contestée. Il ne faut pourtant pas qu'un bien naturel empressement en sa faveur fasse perdre de vue le danger certainement très-grand que l'opération pratiquée à ce moment fait courir à la mère, et le but qu'on s'est proposé de sauver deux vies à la fois. L'opération, au moins la gastrotomie proprement dite, n'expose guère moins alors la vie de la mère que l'opération césarienne. Qu'on songe en particulier aux difficultés et aux dangers résultant d'adhérences très-intimes du placenta, de la non-occlusion des vaisseaux maternels après la séparation de cet organe, de la présence d'une large poche en communication avec l'air extérieur et dont l'ablation n'est pas toujours possible. Des conditions plus favorables peuvent se rencontrer, il est vrai, mais le sait-on jamais d'avance? Aussi faut-il reconnaître qu'en ce qui concerne la mère l'indication est moins sûre; elle existe cependant, non pas au point de commander, mais assez pour autoriser l'opération.

Quelque encourageants que soient aux yeux du chirurgien les exemples d'heureuse hardiesse disséminés, *rari, rarissimi*, dans les recueils scientifiques, qu'il ne perde jamais de vue que cette rupture redoutable du kyste pendant les efforts parturitifs, qu'il s'agit de prévenir, n'arrive pas à beaucoup près toujours, et qu'on ne peut jamais savoir d'avance si elle aura lieu ou non. Dans le cas du docteur Biebuyck, trois jours de travail violent ne l'ont-ils pas laissé intact? Si l'on était toujours sûr qu'il résistera, ne vaudrait-il pas mieux, pour assurer de meilleures chances à la mère, renoncer à la prétention, souvent trop élevée, d'obtenir un double succès? Mais l'incertitude est là, et pour un accoucheur qui a présente à l'esprit sa double mission, le *melius anceps* peut être une règle de conduite.

Pour nous, nous n'en poserons point d'absolue; car c'est ici plus qu'ailleurs le cas où, pour sortir d'une situation perplexe, le chirurgien doit surtout prendre conseil des circonstances, de ses lumières et des inspirations de sa conscience. Nous ne doutons pas qu'au besoin M. le docteur Biebuyck ne les consulte avec fruit, et qu'il ne sache dans le danger allier la prudence à la décision.

Le choix d'ailleurs ne lui sera pas toujours laissé. Des résistances prolongées ou des refus absolus amèneront des temporisations qu'il est facile de prévoir, et pendant ce temps la nature se chargera de trancher la question. Ou l'orage se calmera peu à peu, ce qui n'est pas si rare, ou le kyste éclatera, accident qui n'est pas toujours mortel, et qui, loin d'exclure la gastrotomie, laisse subsister l'indication d'y recourir et la chance de la faire avec succès, si on y procède dès que l'hémorrhagie est arrêtée et quand le trouble profond que le système nerveux avait subi est dissipé.

Je conclus, Messieurs, il en est temps, en vous proposant:

1° D'adresser à M. le docteur Biebuyck une lettre de remercîments pour l'intéressante communication qu'il a bien voulu nous faire;

2° De publier son observation dans le *Bulletin* de la Société.

M. DEPAUL désirerait avoir quelques éclaircissements sur un point fort intéressant de l'observation, à savoir: le diagnostic. Les caractères d'après lesquels l'auteur l'a établi, c'est-à-dire les mouvements du fœtus très-superficiels et sentis avec la plus grande facilité, lui paraissent insuffisants, et pour sa part, d'après les signes seuls, ce diagnostic ne lui paraît pas acceptable.

De plus, a-t-on diagnostiqué la grossesse extra-utérine au début ou ultérieurement?

S'est-on, à cet effet, servi de l'auscultation?

Dans ce dernier cas, M. Depaul serait curieux de savoir si le bruit de souffle a été entendu.

M. DANYAU répond que M. Biebuyck n'a observé la maladie qu'après vingt mois depuis son début; que son diagnostic a été porté non-seulement d'après l'exploration directe de la malade, mais encore d'après les renseignements donnés et l'ensemble des symptômes observés, sans recourir à l'auscultation.

M. DEPAUL insiste sur l'intérêt qu'eût présenté l'auscultation, car il pense que le bruit de souffle de la grossesse peut exister dans une grossesse extra-utérine; et cependant, dans cette circonstance, le placenta n'étant pas en rapport avec la face interne de la matrice, il est permis d'en conclure que le bruit de souffle n'est pas le résultat du passage du sang maternel dans le placenta.

MM. CAZEAUX et DEPAUL échangent à ce sujet quelques paroles de controverse, sans vouloir approfondir la discussion.

Les conclusions du rapport de M. Danyau sont mises aux voix et adoptées.

La Société décide que l'observation de M. Biebuyck et le rapport auquel elle a donné lieu seront envoyés au *Bulletin*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le personnel des pharmaciens en chef des hôpitaux de Paris:

M. Fordos a été nommé pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, en remplacement de M. Regnauld, nommé directeur de la pharmacie centrale.

M. Joulie a été nommé pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine, en remplacement de M. Fordos, nommé pharmacien de l'hôpital de la Charité.

M. Adam a été nommé pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon, en remplacement de M. Joulie, nommé pharmacien de l'hôpital Saint-Antoine.

— Un concours va avoir lieu à Bordeaux pour la place de chef interne, médecin résidant à l'hôpital Saint-André. Ce concours sera ouvert le samedi 24 décembre prochain. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 24 novembre inclusivement, au secrétariat de l'Administration des hospices, rue de Cheverus, 13.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 110. — MARDI 20 SEPTEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 110. — MARDI 20 SEPTEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 SEPTEMBRE 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous avons mentionné déjà plusieurs fois les recherches de MM. Bataihé et Guillet sur l'emploi de l'alcool et des alcooliques en chirurgie, mais sans faire connaître à nos lecteurs en quoi consistent ces recherches et quels en ont été les résultats. Une nouvelle communication qu'ils viennent de faire à l'Académie nous permet de réparer cette omission.

Ayant remarqué que la plupart des recettes et formules des topiques que les anciens chirurgiens employaient contre les plaies, contenaient de l'alcool ou des liqueurs alcooliques, MM. Bataihé et Guillet ont eu l'idée d'examiner si l'alcool ne serait pas l'agent actif principal de ces topiques, et si cet agent et ses composés ne pourraient pas encore rendre les mêmes services à la chirurgie. Ils ont examiné cette question au triple point de vue de la théorie, de l'expérimentation et de l'histoire, et ils sont arrivés aux résultats suivants :

L'alcool coagule l'albumine, dans quelque liquide qu'elle se trouve; et par suite il coagule le sang, la synovie des séreuses tendineuses, des séreuses articulaires, la sérosité qui baigne les mailles du tissu cellulaire, celle qui humecte les surfaces des séreuses splanchniques. L'alcool appliqué sur les tissus vivants, à la surface des plaies, ne provoque aucune espèce d'accident. A la surface de ces plaies, il coagule instantanément l'albumine, qui forme une pellicule blanc-grisâtre. Il arrête l'hémorrhagie des petits vaisseaux. Il accélère la sécrétion de la lymphe plastique à la surface des plaies.

De ces faits MM. Bataihé et Guillet ont cru pouvoir conclure que l'alcool doit exercer une grande influence sur la réunion immédiate; qu'il empêche les phlegmons diffus; qu'il empêche les fusées purulentes des synoviales tendineuses; qu'il prévient l'infection purulente, etc.

L'alcool favoriserait la réunion immédiate en arrêtant l'hémorrhagie des petits vaisseaux, en produisant un coagulum immédiat à la surface des plaies, et en accélérant la sécrétion plastique.

Il préviendrait le phlegmon diffus en coagulant l'albumine du tissu cellulaire, qui devient ainsi dense immédiatement, et imperméable aux liquides qui baignent la surface des plaies.

Il préviendrait les fusées purulentes des synoviales tendineuses, en coagulant instantanément l'albumine de la synovie de ces membranes, en faisant adhérer leurs surfaces en contact, en les rendant imperméables aux liquides qui baignent la surface des plaies récentes, et en favorisant la phlegmasie adhésive de ces synoviales tendineuses au voisinage de la plaie.

Il préviendrait, enfin, l'infection purulente en coagulant le sang dans les veines ouvertes et quelquefois béantes à la surface des plaies, et par conséquent en les obstruant instantanément, et en favorisant une prompte phlébite adhésive.

Telles sont les propositions principales que MM. Bataihé et Guillet ont formulées dans une brochure qu'ils viennent de publier, et qui résume les différentes communications académiques que nous avons rappelées plus haut. Ces propositions sont appuyées sur des faits et des expériences qu'il serait trop long de reproduire ici. Nous nous bornons à les énoncer, comme dignes d'être sérieusement examinées et méditées par les chirurgiens, auxquels elles s'adressent plus spécialement.

Déjà M. le docteur Lecœur, de Caen, — et c'est là l'objet spécial des deux dernières communications de MM. Bataihé et Guillet aux Académies de médecine et des sciences, — M. Lecœur a fait savoir dans une lettre adressée à M. Bataihé, qu'il a employé un grand nombre de fois les alcooliques dans le pansement de plaies offrant toutes des conditions plus ou moins graves, et toujours avec le même succès. Nous ferons connaître plus tard quelques-uns de ces faits.

M. Manec a informé l'Académie qu'un cas de tétanos traumatique s'étant présenté dans son service à l'hôpital de la Charité, il avait cru devoir essayer le curare, recommandé, comme on le sait, dans une récente communication. Cet essai a malheureusement échoué. L'observation détaillée sera communiquée ultérieurement à l'Académie. Nous la reproduirons.

Dr Brochin.

DES MODIFICATIONS DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE ET SPÉCIALE,

envisagées comme éléments du diagnostic différentiel de l'hystérie et de l'épilepsie, et de la contre-indication de l'hydrothérapie et de l'électrisation dans le traitement de cette dernière maladie.

Par M. le docteur MICHÉA.

Il est parfois extrêmement difficile de séparer nettement l'hystérie de l'épilepsie, et cependant, dans l'intérêt des malades comme dans celui de la société, il est très-important de savoir bien distinguer ces deux névroses. En effet, on tolère les hystériques dans le monde; les familles du moins s'en séparent rarement. Il n'en est pas de même des épileptiques, dont les attaques inspirent en général tant d'effroi, et dont le hideux tableau peut porter une atteinte si funeste aux organisations délicates. Les familles riches ou aisées isolent ces malades dans des maisons de santé, et ceux qui sont admis à titre d'indigents dans les hospices spéciaux n'ont point de quartiers distincts de ceux des aliénés atteints de mal caduc; car par le fait des lacunes qui existent dans la loi de 1838, c'est parce qu'ils sont réellement aliénés ou parce qu'ils sont censés l'être que le gouvernement les admet dans ses asiles. Or, si dans ces maisons le mélange des simples épileptiques avec les épileptiques aliénés est déjà une mesure fâcheuse, il serait bien plus déplorable encore d'isoler dans le quartier des épileptiques des malades qui ne seraient qu'hystériques.

Au point de vue social, le diagnostic différentiel de l'hystérie et de l'épilepsie est non moins utile à bien établir. Quoique le mariage soit un moyen d'une efficacité douteuse pour triompher de l'hystérie, des médecins le conseillent encore aux jeunes filles atteintes de cette maladie, tandis qu'aucun n'oserait aujourd'hui le prescrire aux épileptiques, comme on le faisait du temps de de Haën. Mais, de nos jours, des praticiens ont malheureusement conseillé l'union conjugale à des filles épileptiques, croyant qu'elles étaient simplement hystériques. Or toutes les législations de l'Europe ne sont pas comme celle du Danemark, où l'on peut demander le divorce quand l'un des conjoints est atteint de mal caduc, pourvu que, avant le mariage, la partie plaignante soit restée dans l'ignorance de la maladie. S'il en était ainsi partout, on éviterait du moins au sein des familles beaucoup de récriminations amères ou de ruptures violentes.

Convaincus à juste titre, d'une part, que l'adduction du pouce dans la paume de la main ne pouvait pas être considérée comme un signe pathognomonique de l'épilepsie, et de l'autre, que certaines femmes hystériques avaient des convulsions aussi violentes, un assoupissement aussi profond, une écume à la bouche aussi épaisse que les épileptiques, les pathologistes durent chercher d'autres moyens de diagnostic différentiel.

Pour Sennert et pour Tissot, l'oubli complet de ce qui s'est passé dans le paroxysme était le seul signe caractéristique de l'épilepsie. « Quelque violentes, quelque générales que soient les convulsions, disait ce dernier auteur, si elles ne sont pas accompagnées de perte de sentiment et de connaissance, ce n'est point l'épilepsie. »

Portal était du même avis. Avant lui, un élève de Pinel, Maisonneuve, assurait pourtant avoir observé des cas d'épilepsie dans lesquels on ne rencontrait point le caractère en question; mais il les regardait comme ne devant pas faire exception à la règle générale, d'abord parce qu'ils étaient assez rares, et ensuite parce qu'on pouvait toujours les considérer comme les préludes d'attaques plus ou moins éloignées, dans lesquelles la perte *complète* du sentiment et de la connaissance ne manquait jamais. Une raison toute théorique l'engageait aussi à adopter l'opinion de Sennert et de Tissot, c'est que, en la rejetant, il n'y avait plus de ligne de démarcation possible entre l'épilepsie et l'hystérie.

Aujourd'hui l'on sait que le prétendu signe pathognomonique établi par les deux auteurs que je viens de citer peut faire complètement défaut dans un plus grand nombre de cas qu'on ne le pensait jadis. De là la dénomination vicieuse d'*hystéro épilepsie* ou *d'épilepsie hystériforme* donnée à ces cas équivoques.

L'état de l'intelligence après les attaques, indiqué par Esquirol comme autre élément de diagnostic différentiel, n'a pas non plus la valeur que cet auteur lui accorde, car l'on voit des hystériques qui non-seulement ont un affaiblissement de la mémoire à la suite de leurs crises, comme cela s'observe chez les épileptiques, mais qui tombent encore comme ceux-ci dans l'apathie et la stupeur.

L'état moral, précédant plus ou moins immédiatement la crise, offre la même insuffisance. Beaucoup d'hystériques sont alors, comme les épileptiques, en proie à des idées tristes, à de fâcheux pressentiments, à des bizarreries de caractère. Maisonneuve, d'une autre part, soutenait que pendant leurs accès les hystériques ne supportent pas des irritations extérieures aussi violentes que les épileptiques durant les leurs. Mais Portal n'était pas de cet avis, et l'expérience journalière donne raison à son témoignage.

Dira-t-on, avec feu le professeur Chomel, que les attaques hystériques se manifestent rarement en public, qu'elles peuvent être volontairement ajournées, au moins le temps nécessaire pour permettre aux personnes qui en sont atteintes de se soustraire aux yeux de la foule, tandis que les attaques épileptiques sont instantanées et tout à fait involontaires ?

Ce signe n'a encore rien de constant, puisque certains épileptiques sont avertis très-exactement de la manifestation de leurs crises par des sensations plus ou moins nettes, externes ou internes, qui leur laissent le loisir soit d'entrer dans une maison pour ne pas tomber au milieu d'une rue, soit de se jeter sur un lit pour éviter de se blesser, soit de placer eux-mêmes ou de faire placer une ligature autour d'un membre dans le but de prévenir l'attaque. Un négociant âgé de trente ans, auquel je donne des soins depuis onze mois, et dont les crises se sont affaiblies et éloignées beaucoup sous l'influence du valérianate d'atropine, se trouve dans ce dernier cas. Epileptique depuis trois ans, et sujet à des attaques qui se répétaient environ trois fois par mois, le jour et jamais la nuit, il éprouve chaque fois, plusieurs minutes avant l'explosion de l'accès, une sensation vague de constriction épigastrique. Or, s'il est en plein air quand il sent venir une crise, il se met à courir pour rentrer chez lui ou pour entrer dans une maison quelconque, de telle sorte qu'il ne lui est jamais arrivé encore d'avoir une chute au milieu d'une rue, circonstance qu'il appréhende au suprême degré.

Un médecin anglais, M. Wilson, signala le premier, il y a environ vingt ans, l'existence des paralysies du sentiment dans l'hystérie, symptômes dont se sont depuis occupés en France MM. Piorry, Macario, Landouzy, Gendrin, Beau, et tout récemment M. Briquet. On crut d'abord que l'anesthésie concernait plutôt le domaine de la sensibilité spéciale que celui de la sensibilité générale; que l'amaurose et ensuite la surdité en étaient les formes les plus communes. Mais on ne tarda pas à s'apercevoir que l'anesthésie de la sensibilité générale était, au contraire, beaucoup plus fréquente. Dans l'immense majorité des cas d'hystérie, et même dans tous, elle existerait, s'il faut en croire M. Gendrin, depuis le début de la maladie jusqu'à sa terminaison complète, tantôt générale, tantôt partielle, soit à la peau, soit aux muscles, soit aux principales muqueuses, et cela conjointement avec des hyperesthésies cutanées très-circonscrites, causes immédiates des attaques dans beaucoup de cas. Tous les pathologistes savent en effet aujourd'hui, et je me suis assuré moi-même bien des fois que, malgré les points dermalgiques qu'elles ressentent principalement à la tête, à l'épigastre, au rachis, points qu'on appelait *clous* autrefois, les hystériques, soit avant, soit pendant, soit après leurs attaques, sont toutes plus ou moins insensibles au chatouillement, à la brûlure, à la piqûre simple ou à l'électro-puncture, soit aux extrémités supérieures ou inférieures, soit à la tête, au cou ou au tronc.

L'analgésie cutanée, si remarquable et si constante dans l'hystérie, est au contraire excessivement rare chez les épileptiques, dans l'intervalle de leurs crises bien entendu. Je ne l'ai pas rencontrée une fois sur vingt-cinq sujets atteints de mal caduc à tous les degrés, chez lesquels je l'ai cherchée avec beaucoup de soin. Tous ces sujets étaient fort sensibles, au contraire, soit à la piqûre, soit à la brûlure, soit à l'électro-puncture. Chez plusieurs

il y avait même hyperesthésie sur quelques points, principalement à la peau du cou. Chez un jeune professeur, affecté de semi-pertes de connaissance sans convulsions, qui se trouva également bien de l'usage du valérianate d'atropine employé pendant environ un an, je ne pouvais dans le commencement jamais piquer, même très-faiblement, cette région de la peau, sans provoquer immédiatement un accès de vertige.

Ce fait et plusieurs autres du même genre qui se sont toujours manifestés chaque fois que je cherchais à les produire, se trouvent d'accord du reste avec des expériences tentées récemment sur des animaux vivants; car, selon M. Brown-Séquard, les cochons d'Inde auxquels on pratique une blessure profonde du cordon spinal, la section transversale complète de cet organe, celle d'une des moitiés latérales, ou seulement la section des colonnes postérieures, éprouvent trois semaines ou un mois après le traumatisme, des convulsions épileptiformes toutes spontanées, mais qui peuvent aussi se manifester par suite d'excitations extérieures, surtout en pinçant la peau en certains points limités de la face et du cou.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. A. Jamain.

Rupture de l'urèthre. — Infiltration urineuse. — Fracture du pubis. — Mort le huitième jour.

G..., âgé de trente-cinq ans, charretier à la Villette, est entré à l'hôpital Saint-Louis le 26 août, salle Sainte-Marthe, nº 20.

Le jeudi 25 août, occupé à décharger d'énormes tuyaux à gaz qu'il venait de transporter, cet homme, faisant un faux pas, fut atteint dans sa chute par une de ces lourdes masses, et serré entre deux tuyaux au niveau de la région abdominale et inguinale gauche. Il fut immédiatement transporté à son domicile.

Le médecin appelé auprès de lui remarqua une difformité dans la cuisse gauche, qu'il n'examina que très-superficiellement, le moindre mouvement causant des douleurs intolérables.

Atteint depuis longtemps d'un rétrécissement, le malade pria instamment le médecin de le sonder, disant qu'il n'avait pas uriné depuis plusieurs heures, et qu'il en avait un impérieux besoin. Le cathétérisme fut aussitôt tenté avec une sonde d'argent; mais l'obstacle ne put être franchi, et la manœuvre n'eut d'autre effet que d'érailler la membrane muqueuse et de déterminer un léger écoulement sanguin.

D'après les renseignements qui ont été donnés, un second médecin tenta de nouveau le cathétérisme sans meilleur résultat.

Le malade n'avait donc pas été soulagé de son besoin d'uriner; la situation devenait grave, et il entra à l'hôpital le 26 août, dans l'après-midi.

A son arrivée, on constate l'état suivant:

Physionomie exprimant la souffrance; pouls légèrement fébrile; douleur profonde et gravative dans la cavité abdominale au-dessous de l'ombilic, et s'étendant du côté de l'aine et de la cuisse gauches; celle-ci ne peut être remuée sans douleur; ballonnement du ventre, produit par une tumeur bien nettement limitée, de forme oblongue et elliptique, occupant toute la région sous-ombilicale, et si douloureuse qu'il est difficile d'évaluer par la percussion son véritable degré de matité.

Ces caractères font supposer que la vessie a subi une distension extrême par la rétention de l'urine.

Le malade se plaint, en effet, du besoin d'uriner; mais, chose remarquable, c'est plutôt par un instinct irréfléchi, car la sensation qu'il éprouve diffère de cette douleur si poignante et si caractéristique qu'éprouvent les individus affectés de rétention d'urine.

On le sonde sans succès, malgré l'emploi de bougies en gomme élastique du plus fin calibre. — Bain complet; diète absolue.

Le 27, à la visite du matin, le malade se plaint toujours du besoin d'uriner; la tumeur paraît bien limitée sous les parois abdominales qu'elle distend. Le pouls est bon, pas d'état fébrile.

On réitère les mêmes tentatives que la veille, mais tous les efforts de cathétérisme restent infructueux. La sonde sort imbibée de sang, à cause sans doute de la fausse route qui a été faite antérieurement. On se trouve arrêté au commencement de la portion membraneuse de l'urèthre au niveau du bulbe. Le malade interrogé répond qu'étant au service militaire, il a contracté une blennorrhagie qu'on a traitée par des injections, et qu'il s'en est suivi un rétrécissement dont il est atteint depuis cinq ans.

Opération. — M. Richet, après avoir reconnu par la percussion une matité occupant toute la zone hypogastrique et remontant même jusqu'à l'ombilic, se décide à pratiquer la ponction de la vessie au-dessus du pubis, tout en faisant observer qu'il est fort singulier que la vessie, ainsi distendue, ne puisse être appréciée par le toucher rectal; mais le malade n'urinant pas depuis plus de 48 heures et éprouvant d'atroces souffrances, il n'y avait pas à hésiter. Un long trocart est plongé au-dessus du pubis, et la canule étant retirée, il n'en sort qu'un liquide séro-sanguinolent ayant une forte odeur urineuse. Il était dès lors évident qu'on avait affaire, non à une accumulation d'urine dans la vessie, mais à une infiltration urineuse dans le bassin, suite de la rupture de la poche urinaire.

Le chirurgien se résout alors, sans hésitation à pratiquer à la paroi abdominale antérieure une large ouverture comme celle qui conduit à la paroi antérieure de la vessie, quand on pratique la taille hypogastrique. On pénètre ainsi successivement à travers la couche sous-cutanée et dans l'intervalle des muscles pyramidaux et grands droits, puis on arrive dans le tissu cellulaire péri-vésical, qu'on trouve infiltré d'un liquide séro-sanguin analogue à celui qui est sorti par la canule. Ce liquide, c'est du sang mélangé à de l'urine. Le doigt introduit dans le fond de la plaie ne peut reconnaître d'une manière certaine la vessie, qui paraît affaissée; mais on touche, en l'inclinant du côté du petit bassin, un corps arrondi et résistant, qu'on reconnaît être la prostate. En pressant sur ce point, on fait sortir une notable quantité d'urine mélangée de sang. Le doigt indicateur droit, introduit dans le rectum tandis que le gauche reste dans la plaie, vient démontrer que la vessie est réellement affaissée, puisque les deux doigts parviennent presque à se toucher. Le diagnostic se trouve donc confirmé : rupture de la poche vésicale avec épanchement urineux dans le tissu cellulaire situé sous le péritoine.

Mais on se perd en conjectures sur la cause de cette rupture. Est-elle déterminée par une fracture du bassin? Cela est très-probable; mais le malade est dans un tel état de prostration qu'il y aurait réellement inhumanité à faire des recherches dans ce but, d'autant mieux que ce serait là une simple affaire de curiosité, le traitement ne devant en rien s'en trouver modifié.

Le malade déclare d'ailleurs être considérablement soulagé; le liquide sort en abondance par la large ouverture faite à la paroi abdominale, et une mèche de charpie longue est interposée entre les lèvres de la solution, pour les empêcher de se rapprocher, mais surtout pour conduire par imbibition l'urine au dehors.

Le 28 et le 29 août, une diarrhée abondante se déclare. Le malade a près de dix selles dans la journée. Les douleurs n'ont que fort peu diminué depuis l'opération.

Pouls un peu fébrile; chaleur à la peau; soif vive. — Dix gouttes de laudanum dans une tasse de tisane; un bouillon.

Le 30, état local toujours stationnaire; douleur dans la région abdominale; écoulement par les lèvres de la plaie d'une sérosité sanguinolente; ventre moins ballonné; douleur dans la cuisse gauche. — Tisane rafraîchissante.

Le 31, aggravation des symptômes; pouls petit, serré; stupeur générale; soif vive; douleurs plus intenses à la partie interne des cuisses. On constate dans ce point l'érythème œdémateux de l'infiltration urineuse. M. Jamain pratique une large incision, qui donne issue à du sang mélangé à une petite quantité d'urine; le tissu cellulaire sous-cutané, infiltré d'urine, est sphacélé. L'état du malade va toujours en s'aggravant; il succombe le lendemain, 1er septembre, à huit heures du matin.

Autopsie vingt-six heures après la mort. — Toute la paroi abdominale antérieure est enlevée, un énorme caillot sanguin apparaît entre le péritoine et la paroi abdominale antérieure; et, à la partie inférieure, entre la membrane séreuse abdominale et la paroi postérieure de la vessie. Le cul-de-sac recto-vésical est d'ailleurs intact. Pas de traces de péritonite.

Les *reins* et les *uretères* sont sains, et ne présentent point de déchirures ou d'inflammation.

Pour mieux examiner les organes contenus dans le bassin, on fait à droite une section antéro-postérieure, perpendiculaire, au milieu de la branche horizontale des pubis.

A gauche, l'usage de la scie était inutile, car il suffisait de porter l'incision sur une solution de continuité de l'os iliaque, siégeant au niveau du tiers interne avec les deux tiers externes de la branche du pubis. La coupe de la fracture est inégale, denticulée; on trouve trois esquilles implantées dans les parties molles de la cuisse, infiltrées d'urine, et dont le tissu cellulaire est presque entièrement désorganisé par la gangrène.

Le canal de l'urèthre est fendu dans toute sa longueur, depuis le méat jusqu'au niveau du rétrécissement. On rencontre au niveau du bulbe un rétrécissement considérable d'un centimètre. En avant du rétrécissement, on trouve deux érosions (fausses routes), au niveau desquelles la muqueuse offre une couleur plus foncée.

La prostate est saine, ainsi que toute la muqueuse de l'urèthre qui s'étend depuis le vérumontanum jusqu'au col de la vessie. Nous avons dit qu'il existait un rétrécissement au niveau du bulbe. Là se trouve un obstacle que l'on ne peut franchir avec une sonde du plus petit calibre, et, lorsque l'incision du canal a été pratiquée, il est à peine possible d'apercevoir le pertuis qui faisait communiquer la portion antérieure de l'urèthre avec la portion vésicale; on dut donc, après avoir incisé la vessie par sa face antérieure, conduire une sonde d'arrière en avant, et on finit par faire franchir à l'extrémité d'une bougie extrêmement fine le point rétréci du canal; la branche des ciseaux avec lesquels on avait coupé l'urèthre sur sa face dorsale s'était engagée dans une fausse route récente, qui remontait probablement au jour de l'accident.

Au niveau du rétrécissement, la membrane muqueuse uréthrale est blanche, résistante; mais on ne trouve point au-dessous d'elle ce tissu cellulaire induré, épaissi, qu'il est si fréquent d'observer au niveau des rétrécissements anciens du canal de l'urèthre.

Cet état pathologique offrait certainement un grand intérêt, mais il s'effaçait devant les lésions qu'il nous restait à observer, c'est-à-dire les causes de l'épanchement urineux qui avait déterminé la mort; il nous restait donc à examiner la vessie et la portion de l'urèthre comprise entre le rétrécissement et le col de la vessie.

La vessie était peu volumineuse; revenue sur elle-même, elle ne contenait point d'urine; dans aucun point de sa surface on ne constate la moindre déchirure; la membrane muqueuse est saine, mais la tunique musculeuse est épaisse, hypertrophiée; elle se dessine sur la face interne de l'organe sous la forme de saillies assez considérables. Cet état d'ailleurs n'offrait rien de bien extraordinaire; il y avait à l'hypertrophie musculaire qu'il est si fréquent d'observer chez les individus atteints de rétrécissements.

La portion postérieure de l'urèthre, saine dans la plus grande partie de son étendue, présente sur la limite de la région membraneuse une solution de continuité assez large pour recevoir une plume à écrire; c'est par cette plaie que s'est échappée l'urine qui s'est infiltrée entre l'aponévrose supérieure du périnée et l'aponévrose moyenne, et qui par le fait des déchirures déterminées par la fracture a pénétré dans le tissu cellulaire sous-cutané du périnée, dans les cuisses, etc. Le col de la vessie, très-élargi, laissait échapper toute l'urine, qui filtrait ainsi goutte à goutte dans le tissu cellulaire du bassin.

Chercherons-nous à déterminer le mécanisme de la rupture de l'urèthre? Nous ne pourrions tout au plus que formuler des suppositions sans grand intérêt pratique. Le canal a-t-il été déchiré par une esquille, s'est-il rompu sous l'influence de l'énorme pression qui a été exercée sur le bassin? Cela est possible, et il est d'autant plus permis de le supposer, que le canal était lui-même distendu par l'urine, qui ne pouvait franchir qu'avec peine le rétrécissement.

Il est deux points dans cette observation sur lesquels nous désirons appeler l'attention; nous avons dit d'abord que le malade n'avait point uriné, que l'abdomen était distendu par une tumeur globuleuse : tout portait donc à penser que la vessie était distendue; mais, ainsi que l'avait bien vu M. Richet, appelé à examiner d'abord ce malade, la vessie ne faisait pas saillie dans le rectum, il y avait là quelque chose d'insolite que l'opération pratiquée ultérieurement devait bientôt apprendre. En effet, nous l'avons vu, la vessie ne contenait pas d'urine; la tuméfaction était causée par l'infiltration sanguine dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et l'infiltration urineuse; il y avait donc tout lieu de croire à une rupture de la vessie. Eh bien, l'autopsie est venue donner un démenti à cette supposition. La rupture portait sur la portion membraneuse de l'urèthre.

On sait que le muscle de Wilson, entre autres, applique les parois du canal de l'urèthre l'une contre l'autre; la déchirure existant en arrière de ce muscle, il ne pouvait donc mettre obstacle à la sortie de l'urine. Le sphincter vésical, en raison de l'obstacle considérable que nous avons signalé, n'avait plus ses propriétés physiologiques normales, il laissait passer l'urine à mesure qu'elle était amenée dans la vessie. Aussi ce réservoir était-il complétement vide, et le liquide s'était-il incessamment infiltré dans le tissu cellulaire.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Després.

Mode d'action des nouvelles poudres dites désinfectantes. Propriétés conservatrices des poudres en général. Avantages et inconvénients de la poudre Corne et Demeaux dans le pansement de certains foyers de suppuration (1).

(Par M. Chalvet, interne du service.)

La découverte de MM. Corne et Demeaux s'offrait au monde médical sous de trop respectables protections, pour qu'elle n'inspirât pas à nos maîtres dans les hôpitaux une généreuse émulation à vérifier la réalité de ses avantages sur les moyens déjà connus. Un topique remplissant la double indication de désinfecter et de modifier favorablement certains foyers de suppuration, était une véritable conquête faite au profit de l'art de guérir. Aussi le coaltar n'a pas eu la destinée d'autres substances médicales devenues précieuses; il n'a pas eu à lutter contre la résistance de l'habitude ou des idées préconçues; il a partout trouvé des praticiens prêts à l'accepter. On peut bien dire que s'il venait à s'arrêter en si bonne voie, il ne devrait sa ruine qu'à l'insuffisance de son action.

Puissions-nous, pour le bien de l'humanité, être les seuls à enregistrer des résultats peu favorables à la nouvelle poudre.

Tout à la fois convaincu des bons effets et de l'insuffisance des topiques usités dans le pansement des plaies fétides, M. Després n'hésita pas à faire dans ses salles l'essai du nouveau désinfectant chirurgical.

Je fus chargé d'abord de la préparation du mélange, que la pharmacie ne possédait pas encore. Je dois avouer que je fis dès le principe une erreur dans le choix des matières premières. Le produit de la distillation de la houille n'est pas un produit invariable; il comprend, en effet, le goudron de houille, le brai gras et le brai sec inclusivement. Rien n'indiquait dans les comptes rendus à quel degré on avait arrêté la distillation. Une personne ayant causé souvent avec l'un des inventeurs, avait appris de lui que ledit coaltar n'était d'aucun usage dans l'industrie. On ne pouvait guère s'exprimer ainsi au sujet du goudron de houille. Si l'on ajoute à tout cela le souvenir que j'avais de l'usage bien ancien que font les matelots du *brai gras* du Nord dans le pansement des plaies et des blessures qu'ils reçoivent si souvent aux mains, pendant les manœuvres, on concevra la possibilité d'une erreur momentanée.

En mélangeant 3 parties de brai bien broyé à 100 parties de plâtre commun, j'obtins une composition ayant les caractères physiques de la poudre préconisée.

Dès le principe, deux malades seulement furent traités par ce mélange bâtard.

Le premier de ces malades est un vieillard âgé de soixante et onze ans, qui porte depuis 1838 un vaste ulcère, dont le centre correspond à la malléole externe gauche.

Plusieurs fragments d'os sont sortis par cette plaie à différentes époques; aussi est-elle profonde, anfractueuse, et sécrète-t-elle une grande quantité de pus fétide. Lorsque cette fétidité gêne par trop le malade et ses voisins, on imbibe les linges du pansement avec une solution convenablement étendue de chlorure de chaux, et la mauvaise odeur s'amoindrit assez pour n'être plus incommode.

Au commencement nous employâmes la poudre seule, et il nous fut facile de constater, ainsi qu'on l'avait annoncé, l'instantanéité de la désinfection. Durant les premières heures qui suivaient le pansement, on ne sentait guère que le bitume; mais peu à peu l'odeur spéciale de la plaie reprenait le dessus, et lorsqu'on renouvelait le pansement, surtout le matin, l'infection ne paraissait que faiblement diminuée.

Le quatrième jour, nous nous aperçûmes que la plaie devenait blafarde, et que la suppuration était moins abondante. En même temps, le malade accusait quelques élancements dans la partie malade. Je venais de reconnaître le vice de fabrication de notre poudre, nous en

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 13 septembre.

cessâmes l'usage. Quant à l'ulcère, des cataplasmes rappelèrent la suppuration en un seul jour, et les élancements se calmèrent. Nous préparâmes de suite une nouvelle poudre d'après la vraie formule Corne et Demeaux, et nous reprîmes le pansement de l'ulcère quatre jours après avec la pommade de coaltar, qui nous donna le même résultat immédiat, c'est-à-dire que, après le pansement, la désinfection était complète; tandis que, au renouvellement de l'appareil, il s'exhalait une odeur de pus trop caractéristique pour nous laisser croire à une désinfection réelle.

Nous avons pu constater bien des fois que ce cataplasme de plâtre ne se laisse que difficilement traverser par le pus, ainsi que l'a bien observé M. Bonnafont. Le pus restait à la surface de l'ulcère, et les linges qui le recouvrent n'étaient plus imbibés que par l'huile et la matière colorante du goudron.

Les plaintes du malade nous forcèrent encore à abandonner ce pansement double quotidien, après six applications successives.

Cet insuccès tenait-il à la poudre elle-même? Nous nous sommes bien assurés depuis qu'elle ne différait en rien de celle que nous a envoyée plus tard la Pharmacie centrale.

Quelque temps après, il se passa un fait que je ne dois pas omettre. Mon collègue M. Laborde reçut un flacon rempli d'une poudre blanche et ayant pour étiquette manuscrite : *Gypse benziné pour la désinfection des plaies*. M. Després ne crut pas devoir repousser ce nouveau désinfectant, dont notre collègue était chargé de vérifier les bons effets. Du reste, nous ne sortions pas des produits de la distillation de la houille mélangé au plâtre.

Le gypse benziné, appliqué en pommade sur le même ulcère, eut le même effet immédiat que les deux premières poudres. L'odeur du pus fut immédiatement masquée par celle peu agréable, du reste, de la benzine; mais, chose plus sérieuse, quelques instants après le malade éprouva une cuisson assez vive sur toute la surface ulcérée.

Le même accident se renouvela à chaque application, si bien qu'à la quatrième, la suppuration de l'ulcère tarissait, le malade éprouvait des douleurs vives dans la plaie et dans la tête; il fallut vite recourir aux cataplasmes. Consécutivement, la face se grippa, la langue devint sèche, la diarrhée s'établit. Des soins appropriés triomphèrent fort heureusement de ces symptômes graves, dont la rapide manifestation peut être attribuée, d'une part, à l'action irritante de la benzine, et de l'autre à l'imperméabilité de la pommade faite avec du plâtre très-fin.

Après cette dernière tentative, le malade jura qu'il ne se laisserait plus traiter par aucune espèce de poudre. Cependant, lorsqu'il fut rétabli, il se laissa panser par la poudre carbonifère, d'après le procédé de MM. Malapert et Pichot, de Poitiers. Sans appliquer le charbon directement sur le foyer de la suppuration, nous avons réussi à neutraliser l'odeur de la plaie dans l'intervalle des pansements. Lorsqu'on la découvre pour renouveler l'appareil, on retrouve l'odeur du pus, mais seulement de la petite quantité qui n'a pas encore imbibé la charpie carbonifère. Un tel mode de pansement ne peut en rien gêner la suppuration; aussi, depuis quelques années, les chirurgiens de Poitiers donnent-ils la préférence à la charpie carbonifère et aux sachets de charbon, quand il s'agit de neutraliser l'odeur d'une plaie.

Le second malade est atteint d'un cancroïde ulcéré qui a détruit toute la lèvre inférieure. Depuis longtemps, il nous avait fait observer que le suintement continuel de l'ulcération l'incommodait beaucoup en se mêlant à la salive. Nous avions eu alors l'idée de saupoudrer plusieurs fois dans la journée la surface malade avec de la poudre d'os spongieux calcinés à l'air libre. Cette poudre avait l'avantage de dessécher l'ulcération, et *d'être difficilement entraînée par les liquides*. Nous nous empressâmes de remplacer la poudre d'os successivement par le mélange de plâtre et de brai, puis de plâtre et de coaltar. Le malade s'est également bien trouvé de toutes ces poudres, il continue à faire indistinctement usage de l'une et de l'autre, et lorsqu'il a soin de saupoudrer plusieurs fois par jour la surface ulcérée, elle est sèche et sans odeur.

Le troisième malade n'a été traité que par la poudre Corne et Demeaux, envoyée de la Pharmacie centrale. Cet homme, encore dans la vigueur de l'âge, était couché au nº 14 de la salle Saint-Victor. Il nous venait comme incurable de l'un des hôpitaux du centre. Il portait à la cuisse gauche un vaste ulcère qui s'étendait depuis cinq centimètres au-dessous du pli de l'aine jusqu'au ligament rotulien, et comprenait les deux tiers de la circonférence du membre.

Je ne puis entrer ici dans les détails de cette observation; il me suffit de dire que cette plaie était profonde, irrégulière sur ses bords, inégale dans son centre, où des bourgeons charnus, s'élevant çà et là, lui donnaient l'aspect d'un plan en relief.

Lorsqu'on renouvelait le pansement, on la trouvait couverte d'une couche visqueuse et d'un mélange de sérosité et de pus.

De nombreuses traînées brunâtres, qui n'étaient autre chose que du tissu cellulaire sphacélé, la sillonnaient sur plusieurs points dans la direction de l'axe du membre. Elle exhalait une odeur des plus fétides, qui rappelait à la fois celle du cancer et du pus altéré.

Lorsqu'on levait les pièces du pansement, on était suffoqué par une bouffée de puanteur, qui forçait les malades de tout le rang à tirer leurs rideaux.

La jambe et le pied du même côté étaient œdématiés, et, chose étrange, les ganglions de l'aine commençaient à peine à s'engorger. L'état général se soutenait bien, le malade avait de la vigueur, n'accusait pas de douleurs spontanées bien vives.

Sur divers points de la surface de la plaie on trouvait encore des traces de la poudre de coaltar, preuve qu'on avait tenté ailleurs de la désinfecter.

Le malade nous dit, en effet, qu'on l'avait traité pendant 15 jours avec cette poudre, et que l'on n'était pas parvenu à détruire sensiblement l'odeur, puisque les plaintes de ses voisins avaient été la cause de son évacuation sur Bicêtre.

Le cas nous parut si opportun pour mettre à l'épreuve le plâtre coaltarisé, que nous nous empressâmes de lui proposer le même traitement. Le souvenir des premières tentatives fit échouer d'abord notre proposition.

Du 19 au 29 août, nous appliquâmes d'abord des cataplasmes pour déterger un peu l'ulcère, puis on appliqua de la charpie trempée dans une solution de chlorure de chaux étendue jusqu'à ce qu'elle ne produisît plus sur la surface dénudée qu'un léger chatouillement. Sous l'influence de ce pansement, nous étions arrivés non à désinfecter la plaie, mais à rendre son odeur supportable, surtout lorsque le malade ou les infirmiers n'oubliaient pas d'arroser souvent les compresses. La plaie commençait à prendre un meilleur aspect, elle se détergeait.

Ayant lu dans un journal que l'on employait aussi une pommade de coaltar, le malade imagina qu'elle devait mieux réussir que la poudre seule, et il voulut en essayer.

Le 30 août, à 10 heures du matin, je couvris l'ulcère d'une épaisse couche de pommade de coaltar étalée sur un linge comme un cataplasme.

Une fois le pansement terminé, l'odorat ne saisissait à travers les linges que l'odeur du goudron de houille. Mais tout le monde sait qu'immédiatement après un pansement bien fait, les plaies les plus infectes n'exhalent aucune odeur, même lorsqu'on ne fait usage que des topiques les plus simples : il n'y avait donc là rien d'extraordinaire.

Nous persistâmes à renouveler la poudre deux fois par jour jusqu'au 4 septembre. Durant cet intervalle nous n'avons eu que des désavantages à constater. Défaut de propreté du côté de la poudre, productions pseudo-membraneuses du côté de la plaie, persistance de l'infection malgré la profusion que nous faisions du mélange en le projetant, en dernier lieu, entre les compresses et la charpie, et jusque dans le lit du malade. Nous parvenions ainsi à masquer un peu plus longtemps l'odeur de l'ulcère, ce qui n'empêche pas que les autres malades n'ont jamais voulu convenir que l'infection commençât à diminuer. Nous étions bien résolus à poursuivre encore l'expérience, lorsque le 4, à la visite du matin, nous trouvâmes les choses bien changées. Le malade souffrait beaucoup, il était dans un état de prostration extrême. On ne pouvait le toucher sans lui arracher des cris. Loin de se déterger, la plaie s'était recouverte d'une couche gangréneuse. La suppuration était aux trois quarts supprimée. Je passe les autres détails pour dire que les cataplasmes furent impuissants à rétablir la suppuration, et que le malade mourut le 6, à trois heures du matin, avec tous les signes de la résorption purulente.

L'autopsie n'a rien révélé sur les causes de la mort; nous n'avons trouvé d'abcès nulle part.

Devons-nous attribuer la fin rapide de ce malade au pansement que nous lui avons fait subir, ou bien au seul progrès naturel de l'affection grave dont il était atteint? On ne saurait se prononcer d'une manière absolue sur un fait de cette nature. Cependant M. Després ne doute pas, vu l'état général du malade avant l'usage du désinfectant, que l'application de la pommade au coaltar, en desséchant la plaie et en retenant le pus à sa surface, n'ait été la cause de la suppression de la suppuration, et par suite des funestes désordres qui l'ont amené à la mort.

M. Després a vu plus d'une fois nos vieillards offrir les mêmes symptômes, et succomber lorsque, par une cause quelconque, un vieil ulcère venait à ne plus suppurer. Aussi ce chirurgien est-il bien convaincu que toute espèce de topiques tendant à supprimer la sécrétion du pus doit être prohibée dans le pansement de ces ulcères, et toutes les poudres et pommades qui durciront en s'hydratant auront ce désavantage.

Il résulte de ces faits que la poudre Corne et Demeaux, en supposant qu'elle réussisse, comme on le dit, ne serait sagement applicable que pour les plaies qui ont une tendance à la cicatrisation, c'est-à-dire celles où la nécessité de la désinfection se fait le moins sentir; tandis qu'elle peut avoir de sérieux inconvénients lorsqu'on l'applique sur un foyer de suppuration chronique, qu'il est quelquefois utile de respecter.

Là s'arrêtent nos observations particulières. Je ne parlerai pas d'autres applications insignifiantes, parce qu'elles ne prouvent rien, ni d'un nouveau cancéré qui nous est arrivé de Paris tout sale de coaltar et non désinfecté. Ce malade refuse le traitement.

Peut-être, à côté de ces insuccès, est-il bon de dire que pendant les grandes chaleurs de l'été nous avons réussi à désinfecter et à guérir de la pourriture d'hôpital les plaies les plus graves qu'il soit donné à un chirurgien d'observer. La solution de chlorure de chaux, employée à des degrés variables de concentration suivant les cas, nous a toujours suffi. Toutes les fois que nous aurons pour les plaies un désinfectant liquide, d'une application aussi facile que celle de l'eau chlorurée, nous le préférerons aux poudres pour des raisons faciles à concevoir.

TUMEUR CANCÉREUSE DU MÉDIASTIN;

obstruction de la veine-cave supérieure;

Par le docteur Murchison.

Un homme âgé de vingt ans fut pris d'un œdème de la face, du cou, des extrémités supérieures et de la partie supérieure du thorax; les veines superficielles des extrémités supérieures et du tronc étaient dilatées, celles du thorax présentaient de nombreuses flexuosités; les mains étaient bleuâtres et engourdies, et le malade y éprouvait une sensation de froid continuelle. Il avait des vertiges, sa face se cyanosait au moindre effort, et il éprouvait une sensation de strangulation à la gorge. Le système veineux de la partie sous-diaphragmatique du corps ne présentait rien d'anormal. Un examen minutieux de la poitrine ne révéla rien d'anormal à cette époque.

La sensation d'étranglement qu'éprouvait le malade cessa au bout de quelques jours, et l'œdème disparut quelques semaines plus tard; mais les veines superficielles désignées plus haut continuèrent à se dilater, et celles du thorax devinrent plus tortueuses encore. Bientôt on constata une matité prononcée au-dessous de la clavicule droite, le murmure vésiculaire et le retentissement vibratoire de la voix étaient très-affaiblis dans cette région; on entendait de gros râles muqueux dans toute l'étendue du poumon droit.

A la même époque survint une toux spasmodique, accompagnée d'orthopnée, de vomissements opiniâtres et d'aphonie. L'expectoration, peu abondante, ne présentait rien de particulier, si ce n'est une seule fois quelques stries de sang. Le pouls radial ne différait pas d'un côté à l'autre, et les deux pupilles étaient également dilatées. Vers la fin de sa maladie, le patient eut des accès violents de dyspnée; c'est pendant une de ces attaques qu'il succomba, quatre mois seulement après l'apparition des premiers symptômes.

Autopsie. —Une tumeur, qui présentait à l'œil nu et au microscope tous les caractères d'un cancer squirrheux, occupait la partie supérieure du côté droit du thorax antérieur, mais elle avait également envahi, dans une étendue considérable, le poumon droit. Dans son épaisseur étaient compris le nerf pneumo-gastrique droit et les deux nerfs phréniques, le tronc brachio-céphalique et l'origine de ses deux branches, l'artère pulmonaire droite, la terminaison de la veine azygos, celle des deux troncs innominés veineux, et enfin la veine cave supérieure. Celle-ci était rétrécie au point d'avoir à peine le calibre d'une plume de corbeau. Le tissu cancéreux s'était étendu le long de ses parois jusque dans le péricarde, très-près du cœur; il envoyait également un prolongement dans l'extrémité inférieure de la trachée, et un autre dans la bronche droite.

Le poumon droit était hépatisé et infiltré de pus dans toute son étendue; il contenait un grand nombre de petits abcès. La veine-cave inférieure, l'azygos et toutes les veines abdominales étaient très-dilatées et gorgées de sang. (*Medical Times and Gazette* et *Gaz. hebdomad.*)

DIARRHÉE LIÉE A LA DENTITION.

Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* a reproduit des leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu par M. Trousseau, sur la diarrhée des enfants liée à la dentition. La fréquence de cette affection, ses récidives nombreuses, les soins minutieux qu'elle exige souvent, nous engagent à extraire de cet enseignement des conseils très-utiles, à notre sens.

L'éminent professeur de clinique médicale s'élève tout d'abord contre ce préjugé qui tend à faire respecter la diarrhée liée à la dentition. Tant qu'elle est modérée, le mal n'est pas bien grand; mais il est toujours utile de combattre un état morbide qui pourrait avoir les suites les plus fâcheuses. Le *cholera infantilis* est celle qu'il faut le plus redouter, surtout pendant la saison des chaleurs.

Voici les moyens que M. Trousseau emploie : Il fait mélanger avec du lait ou du sirop de gomme de l'eau de chaux à la dose de 40 à 60 grammes, ou délayer avec du sucre, dans du lait, dans de l'eau albumineuse ou dans tout autre liquide approprié, un des sels suivants :

Carbonate de chaux lavé.	1 gramme.
Bicarbonate de soude.	50 centigr.
Carbonate de magnésie.	25 —

On peut encore employer la décoction blanche de Sydenham. Si les accidents persistent, on donne 3 ou 4 grammes de sous-nitrate de bismuth, et tous les trois jours on prescrit un sel neutre, comme le sel de Seignette ou le tartrate de potasse et de soude, à la dose de 4 à 6 grammes dissous dans de l'eau ou du lait. S'il y a des vomissements, on fera bien d'administrer de la poudre de mercure et de craie (*hydrargyrum cum cretâ*) mélangée comme suit :

Carbonate de chaux lavé.	3 parties.
Mercure cru.	2 —

5 à 10 centigrammes suffisent pour faire cesser les vomissements, et convertir les garde-robes séreuses en garde-robes bilieuses. Ce résultat obtenu, on a de nouveau recours aux absorbants, à la craie préparée, à l'eau de chaux, au sous-nitrate de bismuth; puis, si ces moyens échouent, on donne des lavements avec :

Sulfate de cuivre.	8 à 10 centigr.
Eau distillée.	60 grammes.

ou bien la potion suivante :

Azotate d'argent.	2 centigr.
Eau distillée.	30 grammes.
Sirop simple.	20 —

A prendre par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures.

Une bonne médication est encore celle employée avec succès aux Enfants-Trouvés de Moscou. Elle consiste à donner au petit malade de la viande crue, hachée très-menu, pilée dans un mortier et passée au tamis ou à travers une passoire très-fine. On la mélange avec du sucre, de la confiture de groseilles ou de la conserve de roses. La viande qui convient le mieux est le filet de bœuf ou la noix de côtelette de mouton. La dose est de 10 grammes le premier jour, 20 grammes le deuxième, 30 grammes le troisième.

On donnera en même temps de l'eau albumineuse.

Il est bon d'être prévenu que, dans les premiers jours, les garde-robes sont d'une couleur rougeâtre et d'une odeur infecte.

Nota. Nous avons reproduit (*Union médic. de la Gironde*, p. 384, 1858) une observation de M. le docteur A. Mayer, tendant à prouver les bons effets de la viande crue chez les enfants

atteints de carreau. Nous avons eu à traiter dernièrement une petite fille de 2 ans, affligée de cette maladie : les selles étaient séreuses et parfois sanguinolentes ; le ventre dur, bosselé ; les traits amaigris et les membres émaciés. Au bout de deux mois d'usage de la viande crue, l'enfant était complétement rétablie. Nous avons seulement associé à ce traitement l'usage du sirop de Portal. (*Union médic. de la Gironde.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 septembre 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Emploi de l'alcool en chirurgie. — MM. BATAILHÉ et GUILLET, qui avaient précédemment soumis au jugement de l'Académie des expériences sur l'emploi en chirurgie de l'alcool et des alcooliques, lui adressent aujourd'hui un opuscule qu'ils viennent de publier sur le même sujet, et y joignent copie d'une note de M. Lecœur, concernant les bons effets que ce médecin a obtenus dans le traitement de diverses sortes de plaies au moyen de la teinture alcoolique d'aloès.

(Renvoi à l'examen de MM. Chevreul, J. Cloquet, désignés dans la séance du 16 août dernier pour le mémoire de MM. Batailhé et Guillet.)

Tétanos traumatique traité sans succès par le curare. — M. MANEC adresse la lettre suivante :

« Un cas de tétanos traumatique vient de se présenter dans mon service à l'hôpital de la Charité, et j'ai cru devoir essayer le curare, recommandé dans une récente communication faite à l'Académie. Dans ma longue pratique chirurgicale, n'ayant jamais vu guérir de malade affecté de cette espèce de tétanos, je me suis attaché à employer ce nouveau moyen avec d'autant plus de prudence, que l'observation de M. Vella, qui a servi de base à la savante discussion qui a eu lieu dans l'Académie, laisse beaucoup à désirer relativement à la dose du médicament employé.

» L'absence de M. Claude Bernard ne me permettant pas, pour cette tentative sur l'homme, de recourir à son expérience sur les effets du curare, je me suis adressé à un de mes collègues des hôpitaux, M. Vulpian, qui, lui aussi, a beaucoup expérimenté ce poison sur les animaux. C'est avec son concours que j'ai fait cet essai, qui malheureusement a complétement échoué sur notre malade, qui a succombé samedi dernier dans la nuit, trente heures après l'invasion du tétanos traumatique.

» J'ai fait recueillir avec soin cette observation, que j'aurai l'honneur de communiquer lundi prochain à l'Académie, avec tous les détails que son importance actuelle exige. »

M. G. POMMERET présente une note concernant un moyen qu'il dit employer avec succès pour faire tomber les verrues. (Commissaire, M. Serres.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 7 septembre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

M. GOSSELIN rend compte d'une opération qu'il a pratiquée il y a quelques mois pour une fistule salivaire du canal de Sténon. Cette fistule avait été consécutive à l'ablation d'une tumeur de la joue. M. Bodard, chirurgien distingué à Calais, après avoir employé vainement la cautérisation et la compression, donna au malade, qui désirait être débarrassé le plus promptement possible de cette infirmité, le conseil de venir à Paris. La situation de l'ouverture fistuleuse et l'écoulement d'une quantité considérable de liquide clair pendant les repas, ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une fistule salivaire du canal de Sténon, à droite.

M. Gosselin pensa qu'il fallait s'efforcer de créer un canal artificiel du côté de la bouche, et songea de suite au procédé classique de Deguise et à la modification de Béclard. Il n'avait pas encore pratiqué ces opérations, mais il les avait vu faire par A. Bérard, et il avait remarqué que l'insuccès était dû à ce que la plaie extérieure, réunie après avivement, avait suppuré, et à ce que les orifices étroits établis du côté de la bouche par le fil métallique, s'étaient cicatrisés plus vite que la plaie extérieure devenue granuleuse après la non-réunion immédiate. Comme il y avait chez le malade quelques décollements de peau dont l'incision était nécessaire, et que par suite la plaie extérieure, granuleuse, se serait trouvée dans des conditions encore plus défavorables pour la réunion immédiate, M. Gosselin pensa que l'indication principale était d'établir d'emblée du côté de la bouche une ouverture plus large que celle qu'on fait avec le fil métallique laissé en place ou même serré progressivement chaque jour, et le mode d'exécution le plus sûr, tant pour éviter l'hémorrhagie que pour avoir une solution de continuité facile à maintenir ouverte, lui parut être l'écrasement linéaire.

Il plaça donc un fil de fer suivant les préceptes de Deguise et de Béclard, c'est-à-dire que l'anse correspondait à la fistule, et que les deux chefs, traversant la muqueuse par des orifices distants l'un de l'autre de plus d'un centimètre, sortaient par la bouche. Ces deux chefs furent attachés au serre-nœud de Mayor, et le fil fut serré progressivement pendant environ trois quarts d'heure. La douleur fut très-vive ; il fut nécessaire de laisser reposer le patient pendant deux heures, au bout desquelles la constriction fut exercée de nouveau et la section achevée. Il y avait ainsi une large perforation par laquelle, dès le lendemain, on vit sortir la salive. Un appareil compressif fut ensuite appliqué sur la fistule extérieure.

Pendant quelques jours (il est vrai que le malade mangeait peu), la salive ne s'écoula pas sur la joue, mais au bout de six jours elle s'écoula de nouveau, et en portant la sonde cannelée au fond de l'ouverture buccale, M. Gosselin reconnut que ce fond s'était resserré. A partir de ce moment, il prit le parti d'introduire chaque jour le même instrument deux ou trois fois par jour, pour empêcher la réunion de ce fond jusqu'au moment où la plaie extérieure serait cicatrisée. Les décollements de la peau furent en même temps incisés, et l'on en profita pour mettre deux points de suture au niveau de la fistule. La réunion immédiate n'eut pas lieu, et pendant que la plaie suppurait, on eut soin de continuer la compression et de favoriser l'écoulement de la salive par la bouche au moyen du décollement quotidien du fond de la plaie buccale avec la sonde cannelée. La cicatrisation extérieure était complète le vingt-quatrième jour, et l'on pouvait voir la salive couler dans la bouche par l'ouverture accidentelle. Depuis ce temps la guérison ne s'est pas démentie.

Sous ce double rapport de la section faite avec l'écraseur linéaire, et de l'introduction journalière de la sonde cannelée pour assurer la permanence du trajet buccal artificiel, M. Gosselin a pensé que ce fait était digne de l'intérêt de la Société.

M. VERNEUIL fait remarquer que l'histoire de ce malade démontre combien peu l'écoulement de la salive exerce d'influence sur la cicatrisation des plaies.

Il demande à ceux de ses collègues qui ont vu des opérations de fistules salivaires par les procédés qui consistent à créer une voie nouvelle à la salive, ce que devient le nouveau canal, à savoir : s'il s'oblitère ou s'il persiste, et cela combien de temps après l'opération.

Car l'incision du périnée dans l'opération de la boutonnière se cicatrise, quoi qu'on fasse, malgré le passage de l'urine ; la perforation de l'unguis, pratiquée dans le but d'ouvrir une voie artificielle aux larmes, s'oblitère après un certain temps, à moins que l'os n'ait subi une perte de substance très-considérable.

M. DEGUISE croit que la voie créée par les fils de plomb persiste, sans oser cependant l'affirmer : aussi se propose-t-il de rechercher l'observation donnée par son aïeul.

M. VERNEUIL insiste pour qu'une preuve de la persistance de la voie nouvelle soit recherchée et donnée, car dans les observations qu'il connaît, on ne dit même pas qu'on ait vu la salive s'écouler dans la bouche par le canal artificiel ; de sorte qu'on est en droit de demander si on n'intercepte pas l'excrétion d'une manière absolue, et si la guérison n'est pas obtenue par l'atrophie de la glande parotide.

Il pense que, dans des opérations de ce genre, les procédés anaplastiques peuvent seuls donner des résultats durables.

M. BOINET est d'avis que M. Verneuil, en généralisant ainsi son opinion, est beaucoup trop absolu, et se met en contradiction avec les faits mêmes.

En effet, si la fistule interne établie par le chirurgien se fermait toujours, quoi qu'on fasse pour l'en empêcher, il devrait en être de même de la fistule externe ; or la multiplicité des procédés mis en usage pour arriver à fermer cette dernière démontre, au contraire, combien il est difficile d'en obtenir la cicatrisation et de tarir l'écoulement de la salive.

M. VERNEUIL rappelle que, dans un mémoire publié dans les *Archives de médecine*, il croit avoir démontré qu'il existe plusieurs causes de la persistance des fistules, causes tout autres que le passage par leur trajet d'un liquide quel qu'il soit.

Il tient de M. Leblanc, médecin vétérinaire, qu'il est impossible d'obtenir une fistule salivaire chez le cheval par la simple section du canal de Sténon, et qu'il faut pour cela en réséquer une quantité considérable.

Il se demande donc si la création d'une voie artificielle est logique, comme procédé d'opérer les fistules salivaires ; car si cette voie ne persiste pas, elle n'est pour rien dans la guérison, et celle-ci n'est obtenue que par atrophie de la parotide.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Arrêt de développement congénital de plusieurs os longs. — M. BOUVIER, tout en étant convaincu de l'existence du rachitisme congénital, qui ne lui paraît pas admise par son honorable collègue M. Depaul, pense comme lui que certains arrêts de développement ont pu être confondus avec cette affection. La petite fille de trois mois qu'il place sous les yeux de la Société offre un cas de ce genre. Sa principale difformité est une brièveté native des humérus, réduits à la moitié environ de leur longueur normale. Le raccourcissement est plus prononcé à droite qu'à gauche. Les humérus ne sont pas très-légèrement courbés. La peau est plissée en travers, comme si elle avait conservé trop d'étendue pour les dimensions de l'os. Les avant-bras ont une forme et une longueur à peu près normales. Ils ne sont point flexibles ; les humérus ne le sont pas davantage. Les deux membres supérieurs ne jouissent que de faibles mouvements du coude, de la main et des doigts. La supination est impossible, l'extension de l'avant-bras est incomplète. On ne peut imprimer à l'humérus que des mouvements limités, et les omoplates semblent retenues dans une situation fixe par des brides fibreuses ou musculaires.

Les muscles de l'épaule sont d'ailleurs atrophiés.

Les fémurs présentent un raccourcissement analogue à celui des humérus, mais beaucoup moins marqué ; ils sont légèrement courbes.

Les cuisses et les genoux sont affectés de rétraction musculaire, et ne peuvent être complétement étendus. Les adducteurs sont aussi un peu rétractés. Les jambes sont droites. Les extrémités articulaires paraissent un peu renflées, peut-être à cause de la maigreur de l'enfant.

Le thorax est à peine déprimé latéralement, le *chapelet* costal à peine sensible.

La colonne lombaire décrit une assez forte convexité en arrière, quand le tronc est placé verticalement.

La tête est bien conformée.

Cette enfant est chétive ; elle n'a qu'un souffle de vie, et on assure qu'elle n'a pas pris d'accroissement depuis la naissance. Cependant elle prend bien le sein ; on lui donne même à manger, et elle digère bien.

Elle n'a qu'une sœur de quatre ans et demi, bien développée et bien portante, n'offrant d'autre trace de rachitisme qu'un excès de saillie des bosses frontales.

La mère dit n'avoir éprouvé ni maladie, ni accident, ni révolution morale dans sa seconde grossesse, qui n'aurait pas différé de la première.

Quelle cause a pu arrêter les humérus et les fémurs dans leur développement ?

Il paraît difficile à M. Bouvier de dire, dans ce cas, que c'est le rachitisme ; il est trop peu prononcé. Pourquoi son action se serait-elle concentrée dans les bras, qu'elle aurait simplement raccourcis, au lieu de les ramollir et de les déformer ? M. Houel a bien fait voir que l'accroissement des os pouvait être arrêté par une éburnation rachitique accomplie dans l'utérus ; mais nous ignorons la nature du tissu osseux chez cette enfant, et son aspect extérieur n'est pas tout à fait celui que l'on rencontre dans ces cas où le rachitisme a parcouru toutes ses périodes avant la naissance. L'atrophie des muscles au voisinage de la lésion, les rétractions qui se voient dans plusieurs régions, indiquent une affection primitive de l'axe cérébro-spinal. Cette affection serait-elle plus qu'une complication ? donnerait-elle la clef de l'arrêt de développement qui a frappé certains os ?

M. BOINET serait disposé à admettre une arthrite pendant la vie intra-utérine comme cause de la difformité de l'enfant présenté par M. Bouvier. Il a vu dans sa pratique une femme de trente ans, qui à l'âge de deux ans eut une arthrite de l'épaule, et dont l'humérus de ce côté est resté de 12 à 15 centimètres plus court que celui du côté opposé.

M. HOUEL a montré jadis à la Société des pièces pathologiques qui peuvent servir à expliquer ce fait de difformité congénitale des deux humérus.

Il est trois espèces de lésions des os :

1° Les anomalies ;

2° Les lésions rachitiques ;

3° Enfin les lésions dont il a fait voir quatre ou cinq exemples, lésions symétriques dans lesquelles les os sont courbés, mais présentent une très-grande consistance qu'il suppose être le résultat d'une réorganisation osseuse après ramollissement.

C'est cette dernière affection qui existerait chez cette enfant.

— M. CHASSAIGNAC présente une jeune fille atteinte d'une tumeur veineuse de l'aisselle droite, qui, ayant été ouverte d'un coup de bistouri, donna lieu à une hémorrhagie très-grave pour laquelle on vint réclamer ses soins, et qu'il eut beaucoup de peine à arrêter. Cette tumeur ne grossit pas, mais elle devint douloureuse au point d'interdire tout travail.

Cette jeune fille offre, de plus, un exemple d'hypertrophie du membre inférieur gauche, qui non-seulement est plus gros, mais plus long que l'autre. Des faits semblables ont déjà été signalés par M. Chassaignac chez des sujets présentant des taches vasculaires sur la peau ; mais chez les sujets précédemment soumis à son observation, les taches siégeaient sur le membre hypertrophié ; tandis que chez cette jeune fille elles affectent le membre qui a conservé son volume normal, l'autre membre n'en présentant pas de traces.

Le secrétaire, LEGOUEST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On lit dans une correspondance de Londres adressée au *Moniteur de la Flotte* :

« La commission mixte, nommée il y a quelques mois afin d'étudier les meilleurs moyens à employer pour entretenir la santé des troupes, a décidé que les moyens les plus efficaces consistaient à apprendre aux soldats la danse, le jeu de billard, la paume et la gymnastique. Cette opinion a été adoptée par le ministre de la guerre, qui a prescrit à tous les colonels de l'armée anglaise de se procurer, sur les fonds de leurs régiments, le matériel et le personnel nécessaires pour pouvoir mettre à exécution, à compter du 1er janvier prochain, la décision qu'il vient de prendre. »

— Le tribunal correctionnel de Tongres (Belgique) a eu à s'occuper du fait suivant :

Un médecin de campagne prescrivit de la santonine pour des enfants chez lesquels il avait constaté la présence de vers ; l'aînée, âgée de sept ans, prit la première le fatal vermifuge, et en mourut au bout de quelques heures d'horribles convulsions ; or l'analyse montra que les cinq sixièmes de cette santonine étaient de la strychnine. Le magasin de droguerie d'où ce médecin, dont la pharmacie est parfaitement tenue, avait tiré cette santonine, est dans un état déplorable : les poisons y sont mêlés aux autres substances, et le maniement et l'expédition des drogues sont confiés à un magasinier des plus illettrés. Le seul tort du médecin est de n'avoir pas analysé et vérifié la pureté des médicaments qu'il recevait ; obligation légale que des praticiens n'ont ni l'habitude, ni le temps, ni les moyens de faire. Le tribunal a condamné le droguiste à un mois de prison, 200 fr. d'amende, et à la moitié des frais ; le magasinier à 15 jours de prison, 100 fr. d'amende et à un quart des frais, et le médecin au minimum de la peine, 50 fr. d'amende et à un quart des frais. Les deux premiers ont interjeté appel de leur condamnation.

— L'ancienne et recommandable Académie de chirurgie de Madrid vient de changer son nom contre celui de *Académie médico-chirurgicale de Madrid*. Elle a élu pour président le docteur Pedro Mata.

— On lit dans la *Gazette médicale de Lyon :*

« Nos compatriotes apprendront avec plaisir qu'un ami de M. le docteur Gensoul, M. Mouterde, vient de graver une magnifique médaille qui reproduit admirablement les traits et la physionomie de l'illustre chirurgien lyonnais. Elle se vend chez M. Mégret, libraire, quai de l'Hôpital, 51, qui est également dépositaire de la *Notice historique sur le docteur Gensoul*.

La médaille et la notice se vendent au profit de l'hospice des Vieillards de la Guillotière, dont le docteur Gensoul était administrateur.

— On vient de frapper d'un impôt en Russie les objets que l'on considère comme mauvais ou dangereux. Ainsi, au lieu d'interdire les allumettes phosphoriques ordinaires, causes de tant de sinistres, et de recommander les allumettes à phosphore amorphe, qui sont sans danger, on a décrété un impôt de trois kopecks par boîte d'allumettes.

Pour obliger les étameurs de glaces à se servir de l'argenture, on a fortement imposé les glaces étamées au mercure. Le cirage à l'acide sulfurique, qui brûle et durcit le cuir au bout de peu de temps, est également l'objet d'un impôt, tandis que le cirage à la glycérine ne l'est pas.

N'est-ce point là une très-heureuse manière d'entendre la liberté du commerce, profitable à la fois à l'État et aux consommateurs ?

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 111. — JEUDI 22 SEPTEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 111. — JEUDI 22 SEPTEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 SEPTEMBRE 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Bouvier a clos la discussion qu'il avait engagée sur la chorée ou plutôt sur la question de nomenclature et de nosologie relative à la chorée; il l'a close par un bel et bon travail, vrai travail de bénédictin, qui à notre avis, — et c'est probablement aussi celui de M. Trousseau, puisqu'il a déclaré n'avoir rien à répliquer, — a dissipé maintes obscurités qui subsistaient encore dans les esprits sur les rapports de la chorée de nos jours avec la danse de Saint-Guy ou chorémanie des quatorzième, quinzième et seizième siècles. M. Bouvier a montré, en effet, textes en main, que dans l'esprit même des auteurs qui ont été témoins des dernières manifestations de ce singulier délire épidémique du moyen âge, ce que nous considérons aujourd'hui comme la vraie chorée, la maladie convulsive dont tout le monde connaît les caractères, n'avait jamais été confondu avec le délire dansant des pèlerins de la chapelle de Saint-Guy, et que ces deux affections n'ont jamais eu rien de commun ensemble.

Ce premier point de nosologie établi, d'après les données historiques empruntées aux auteurs du temps, restait à résoudre la question de nomenclature. C'est à Sydenham que M. Bouvier a fait incomber tout entière la responsabilité de la confusion qui a régné jusqu'à ce jour sur cette question, précisément en donnant à la maladie convulsive, qu'il a si bien déterminée d'ailleurs, ce nom de danse de Saint-Guy qui rappelait à l'esprit la maladie délirante devenue déjà historique de son temps, ce même nom que M. Trousseau voudrait restaurer aujourd'hui pour désigner la vraie chorée, et la distinguer du groupe de maladies diverses confondues sous cette dénomination générique. De telle sorte que si l'on admet avec M. Trousseau la nécessité d'assigner une dénomination spéciale à la vraie chorée, à la chorée classique de nos jours, la dénomination de danse de Saint-Guy serait de toutes celle qui conviendrait le moins.

Voilà en substance l'argumentation de M. Bouvier sur cette double question de nosologie et de nomenclature; argumentation tellement corroborée de textes et d'autorités, qu'elle a dû paraître, et qu'elle est de fait, suivant nous, sans réplique.

Sans cesser donc d'être d'accord avec M. Trousseau sur le principe qui l'a guidé dans son premier discours, — savoir la nécessité de ne pas confondre sous une seule et même dénomination des espèces morbides souvent très-différentes au fond, bien qu'assez analogues par leurs formes ou leurs apparences, pour qu'on ait cru devoir les ranger dans un groupe commun, — nous sommes obligé de l'abandonner sur l'application de ce principe dans l'espèce et de rejeter de la nomenclature moderne la dénomination de danse de Saint-Guy, désormais purement historique.

Peut-être parmi nos lecteurs s'en trouvera-t-il quelques-uns qui jugeront le résultat un peu minime pour tant de bruit de tribune, et pour qui quelque brin de thérapeutique aurait bien mieux fait l'affaire. Ils pourraient bien n'avoir pas tout à fait tort, s'ils n'ont pas eu surtout le petit bénéfice que la galerie retire toujours de ces discussions. Cependant nous ne voudrions pas laisser croire que nous considérons ces discussions comme tout à fait inutiles et sans avantages réels pour la science. Il y a avantage pour la science, et par conséquent pour l'art, qui en est inséparable, toutes les fois qu'on dissipe quelques erreurs historiques, qu'on apporte plus d'ordre et plus de précision dans l'examen des faits, et plus de justesse dans leur désignation. — Dr Brochin.

DES MODIFICATIONS DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE ET SPÉCIALE,

envisagées comme éléments du diagnostic différentiel de l'hystérie et de l'épilepsie, et de la contre-indication de l'hydrothérapie et de l'électrisation dans le traitement de cette dernière maladie.

Par M. le docteur MICHÉA (1).

Les praticiens qui voient beaucoup d'épileptiques savent que ces malades, à l'opposé des hystériques, sont très-sensibles à l'impression du froid, principalement à la tête; que plusieurs, par exemple, sont pris d'attaques peu de temps après avoir reçu des douches sur cette région. De là le danger de l'hydrothérapie dans le traitement du mal caduc.

Un homme de trente-quatre ans, malade depuis dix ans, qui m'avait été adressé par M. le professeur Malgaigne, s'était vu, à cause de cela, contraint de renoncer à cette méthode. Une simple douche en arrosoir, de quelques secondes de durée, suffisait presque toujours à rappeler ses attaques, et l'on ne pouvait attribuer, dans ce cas, leur provocation à aucune cause morale, on ne pouvait pas surtout l'attribuer à la contrariété de recevoir ces douches, car le malade s'y était soumis avec beaucoup de confiance et beaucoup de bonne grâce, jusqu'au jour où il lui fut bien démontré qu'elles avaient augmenté le nombre de ses crises.

Ce que je dis des douches froides sur la tête peut s'appliquer aussi à l'électrisation, que les hystériques supportent sans aucune douleur, et à laquelle les épileptiques sont, au contraire, fort sensibles. J'ai vu plusieurs fois, chez ces derniers, la galvano-puncture, mise en usage comme moyen d'exploration, produire une souffrance si vive, que des attaques survenaient presque toujours quelques heures et même quelques minutes après son emploi.

M. le docteur Auzouy, médecin de l'hospice de Maréville, a observé, de son côté, que la sensibilité à l'électrisation, qui est éteinte ou considérablement diminuée dans l'idiotie simple, se trouve intacte chez les idiots épileptiques. Aussi, par un sentiment de prudence très-louable, ne crut-il pas devoir continuer à employer l'électricité comme moyen de traitement chez les individus atteints de mal caduc (2).

Mais si la sensibilité générale est abolie ou considérablement diminuée dans l'immense majorité des cas d'hystérie, il n'en est pas de même de la sensibilité spéciale. Celle-ci, au contraire, est très-souvent exagérée. Or, de toutes les hyperesthésies de ce dernier genre, celle du tact est la plus commune; et c'est au front, à l'épigastre, au rachis qu'on l'observe le plus ordinairement. Le réseau nerveux papillaire qui s'étale sur la surface du derme devient alors si impressionnable, qu'on perçoit très-vivement la présence des objets les plus délicats, les mouvements les plus légers des corps les plus subtils, entre autres, les plus faibles vibrations de l'air, ce qui fait croire à plusieurs hystériques que leurs sens sont déplacés, qu'elles peuvent, par exemple, entendre par la peau.

Après l'hyperesthésie de contact, la plus fréquente est celle de l'ouïe. Ce sens acquiert une finesse si grande, que ces malades perçoivent les sons qui échappent habituellement aux oreilles les plus exercées. Le tic-tac d'une montre placée sur un corps solide, qui ne s'entend plus guère au delà de la distance de deux mètres et demi, est perçu distinctement, par exemple, à une distance de quatre, cinq et six mètres. Aussi voit-on des hystériques s'emparer de ce fait pour s'amuser aux dépens des personnes crédules en jouant le rôle de devineresses.

J'ai vu, il n'y a pas très-longtemps, une jeune fille mystifiant ainsi continuellement sa famille en prétendant qu'elle pouvait prédire à coup sûr l'arrivée de telle ou telle personne; et, en effet, elle annonçait toujours très-exactement, plusieurs minutes à l'avance, l'instant où je devais venir la voir, quoique rien dans mes habitudes ne pût lui faire deviner ni le jour ni l'heure de mes visites. Questionnée en particulier sur ce prétendu don de prophétie, cette malade finit par m'avouer que le sens de l'ouïe était devenu très-délicat chez elle, et que depuis le fond de sa chambre, qui se trouvait au quatrième étage, sur le derrière, au fond d'une très-longue cour, elle distinguait, même au milieu du jour, l'arrivée de presque toutes les personnes de sa connaissance, à la façon dont ces personnes sonnaient à la porte, fermaient celle-ci, marchaient dans le corridor ou montaient son escalier.

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

(2) *Des troubles fonctionnels de la peau et de l'action de l'électricité chez les aliénés.* Nancy, 1859, p. 28.

Un fait entièrement semblable se trouve rapporté par MM. Monneret et Fleury (*Compendium de médecine*, année 1842, 17e livraison, page 74) : « Une femme hystérique que nous avons eu occasion d'observer, disent ces deux auteurs, fut prise d'une forte attaque après laquelle elle annonça aux personnes qui l'entouraient que son mari, qu'elle n'avait pas vu depuis longtemps, venait lui rendre visite. En effet, quelques minutes après cette devination, le mari se présenta. Elle nous a positivement assuré plus tard qu'elle l'avait reconnu à son pas au moment où il entrait par une porte cochère fort éloignée de l'endroit qu'elle habitait. »

L'hyperesthésie de l'odorat est aussi assez fréquente chez les hystériques. Beaucoup de ces femmes sont, en effet, vivement affectées par l'odeur des plumes brûlées, par le parfum des fleurs, qu'elles ne peuvent conserver dans leurs chambres, et cependant elles supportent les émanations de l'ammoniaque sans larmoyer, comme celles du tabac en poudre ou de tout autre sternutatoire sans éternuer. Enfin, il est des hystériques qui ont l'odorat si fin qu'elles distinguent au nez, à l'instar du meilleur chien, à qui appartiennent ou d'où viennent les objets qu'on leur présente. J'ai vu une femme de vingt-huit ans qui, le lendemain d'une violente attaque, était poursuivie chez elle par une odeur d'écurie perceptible pour elle seule. Après avoir longtemps cherché la source de cette odeur, elle finit par se rappeler qu'elle provenait d'une lettre apportée la veille par un palefrenier, lettre qui se trouvait enfermée dans un tiroir de commode.

Dans l'épilepsie à tous les degrés, chez les femmes comme chez les hommes, durant l'intervalle des attaques il n'existe pas plus d'hyperesthésie de la sensibilité spéciale que d'anesthésie de la sensibilité générale : je n'ai pas constaté une seule fois la plus légère exaltation de l'ouïe et de l'odorat chez nos 25 épileptiques, dont 3 offraient quelques jours avant leurs attaques des illusions de la vue, symptômes qui ne s'observent guère dans l'hystérie simple.

En résumé, dans les attaques convulsives avec semi-perte de connaissance, les modifications de la sensibilité générale et spéciale sont un bon moyen de différencier l'épilepsie de l'hystérie. Dans cette dernière névrose, durant l'intervalle des crises, tant que dure la maladie, il y a presque toujours, pour ne pas dire constamment, soit à la peau, sauf quelques points assez circonscrits, soit dans les muscles, soit dans les membranes muqueuses, soit dans les os, anesthésie plus ou moins complète, et il y a très-souvent exagération de la sensibilité spéciale, principalement hyperesthésie du tact, de l'ouïe, de l'odorat. Dans l'épilepsie, au contraire, toujours durant l'intervalle des crises, il y a plutôt surexcitation de la sensibilité générale, ou du moins celle-ci est toujours intacte, et on ne constate jamais d'exagération de la sensibilité spéciale. Enfin, comme conclusion thérapeutique, les bains froids, les douches froides, l'électrisation, les frictions, le massage, en un mot, tous les moyens qui agissent sur la peau, moyens qu'on peut employer sans inconvénient dans le traitement de l'hystérie, offrent, au contraire, du danger dans le traitement de l'épilepsie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MANEC.

Etranglement interne coïncidant avec une hernie oblique externe. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. de WALZ, interne du service.)

Le 5 novembre 1858 est entré, salle Saint-Jean, n° 19, à la Charité, un jeune malade nommé L... (François). Ce jeune homme, d'une très-bonne constitution et d'une forte santé habituelle, se plaint d'avoir eu dès son enfance une hernie du côté droit. Elle n'avait jamais donné lieu jusque-là à aucun accident sérieux, lorsque le 1er novembre ce jeune homme commença à éprouver des coliques et à vomir. Les matières évacuées présentèrent d'abord l'aspect des matières alimentaires, mais bientôt leur odeur devint intestinale, et puis enfin, dans la soirée, cette odeur était tout à fait fécale. Ces vomissements coïncidaient avec une constipation absolue.

L'avant-veille du jour de son entrée dans le service, il avait pris une bouteille d'eau de Sedlitz, qui resta sans effet.

Voici ce que le premier examen a fait reconnaître :

Ce malade présente dans l'aine droite une tumeur volumineuse, évidemment herniaire, curieuse sous le double rapport de sa consistance et de son aspect. Elle est généralement molle et pâteuse, mais en dedans on sent une sorte de plaque indurée, qui est ferme sous le doigt, mais ne présente pas la consistance ordinaire de la hernie étranglée. Partout ailleurs la hernie est très-molle; toutes les tentatives de taxis

échouent ; la tumeur n'est pas douloureuse, ou du moins elle l'est peu. Enfin, la couleur de la peau n'est nullement changée, bien que les accidents remontent à plusieurs jours.

Cependant les phénomènes généraux sont très-caractéristiques.

Le ballonnement exagéré du ventre, la constipation absolue malgré les lavements et les purgatifs, les vomissements stercoraux, l'aspect grippé de la face, la petitesse extrême du pouls, sont autant de signes de péritonite, et comme il existe une hernie, aucun des assistants n'hésite à attribuer à cette dernière tous les accidents produits.

Cependant ne reconnaissant pas à la tumeur la physionomie propre à la hernie étranglée, M. Manec hésite à se prononcer et surtout à opérer. Les signes généraux peuvent dépendre d'un étranglement interne, d'autant mieux que le caractère local de l'affection n'est pas celui de la hernie étranglée, la tumeur n'étant ni rénitente ni très-douloureuse au toucher.

Dans la journée du 6 novembre, l'interne de garde ayant observé un peu de crépitation gazeuse, fit appeler M. Manec, qui ne se laissa pas prendre à cet autre signe. Il resta dans son hésitation, ou plutôt il crut plus que jamais à l'existence d'un étranglement interne.

Quoi qu'il en soit, les anses intestinales étant distendues par les gaz, et rien ne sortant par le rectum, M. Manec fit avec un très-mince trocart explorateur plusieurs ponctions pour les débarrasser des gaz ; mais cette opération ne fut pas d'une très-grande efficacité.

Les signes généraux s'aggravèrent de plus en plus, le pouls devint plus fréquent et irrégulier ; la face était grippée et les yeux tellement cernés que le malade était défiguré. Les vomissements stercoraux étaient plus rares ; mais le malade rendait tout ce qu'il prenait, même les gorgées de tisane.

Il mourut le 7 novembre.

Autopsie. — Le ventre est distendu par une grande quantité de gaz. La paroi abdominale incisée, on trouve les anses intestinales énormes, rouges, légèrement adhérentes entre elles. Il n'y a point d'épanchement dans la cavité du péritoine ; seulement il y a un dépôt linéaire de lymphe plastique sur le côté de chaque anse, aux différents points de son adhérence avec les anses voisines.

L'épiploon, au lieu de s'étendre comme un rideau au-devant de la masse de l'intestin grêle, ne recouvre que la moitié droite de celle-ci. A peu près sur la ligne médiane, il forme un bord tranchant, dur, qui est son côté gauche, et plonge dans le canal inguinal du côté droit, où il forme une hernie volumineuse dont le sac touche la partie supérieure de la tunique vaginale, et communique avec la cavité de cette dernière par un orifice étroit qui livre passage à un petit paquet d'épiploon.

Ceci donne à penser que la hernie était congénitale, ou que c'est accidentellement qu'une cloison, se formant dans le prolongement scrotal du péritoine, l'a tardivement et incomplètement séparé en deux cavités distinctes.

C'est l'épiploon qui formait dans la tumeur cette partie dure et obtuse qui se trouvait au côté interne. Le cordon est en arrière.

Jusqu'ici, pas d'explication des phénomènes d'étranglement.

Sous l'épiploon, on voit une anse d'intestin tellement rétrécie qu'on la prend pour l'appendice iléo-cæcal. M. Manec s'aperçoit que c'est non pas cet appendice, mais le bout inférieur de l'intestin grêle étranglé sur un point plus ou moins élevé.

On ouvre le canal inguinal en incisant sa paroi antérieure et conservant intact l'anneau abdominal. On trouve là une petite anse rouge injectée, qui paraît vide, mais qui ne semble pas être fortement étreinte. En effet, elle se déplace avec la plus grande facilité. L'anneau ne la serre pas.

On pénètre plus profondément, et on trouve une cause bien curieuse d'étranglement.

Une anse de l'intestin grêle voisine de l'anneau présente sur une des faces de son mésentère une adhérence ancienne qui la relie à la fois au côté inférieur du pourtour de l'anneau, et à l'épiploon, qui sort de l'abdomen. De cette adhérence résulte une espèce de pont très-court, qui a été la cause de l'étranglement.

Voici le mécanisme de celui-ci :

L'anse qui adhère par son mésentère s'est infléchie sur elle-même, et, au lieu de rester sous la bride, elle s'infléchit de nouveau pour passer au-dessus d'elle. Il en résulte pour l'anse intestinale sur laquelle porte cette brusque flexion, une oblitération presque complète de sa cavité. C'est le bout inférieur de cette anse ainsi oblitérée qui fournit le petit prolongement intestinal situé sous la hernie épiploïque. Il avait 10 centimètres de long, et, comme il a été déjà dit, il était vide et fortement rétracté sur lui-même.

Ainsi donc, c'est bien un étranglement interne, puisque la cause est étrangère au canal inguinal, et due à une ancienne bride accidentelle. Et ce n'est pas à proprement parler l'anse inguinale qui est le siége de l'arrêt de circulation, mais bien celle à laquelle elle fait suite.

C'est cette circonstance du siége de l'étranglement en dedans du ventre qui fournit l'explication de la sensation que donnait le toucher de la hernie, et qui différait tout à fait de celle que donne habituellement la hernie étranglée. Elle n'offrait, en effet, ni tension ni rougeur, et n'était point douloureuse ; la douleur, au contraire, était très-vive entre l'ombilic et la fosse iliaque droite.

APOPLEXIE SÉREUSE

consécutive à une hydropisie générale.

Par M. le docteur J. Gourdon (de Toulouse).

L'apoplexie séreuse, bien que suffisamment caractérisée nosologiquement tant par ses symptômes que par les lésions anatomo-pathologiques qui l'accompagnent, ne s'offre pas toujours à l'observateur sous une forme tellement accusée qu'il ne puisse rester aucun doute sur son existence, alors même qu'on a les meilleures raisons de la soupçonner.

Apparaissant le plus souvent à la suite de certaines maladies aiguës de l'encéphale, soit primitives, soit consécutives aux affections éruptives, telles que la variole, la rougeole et la scarlatine, qu'on observe particulièrement chez les enfants, l'apoplexie séreuse devient alors une simple complication, un épiphénomène dont les signes se confondent tellement avec ceux de l'affection qui lui a donné naissance, que son étude en pareil cas ne saurait offrir aux médecins les éléments d'une description vraiment rigoureuse ou tout au moins satisfaisante.

D'autres fois l'apoplexie séreuse, comme tous les auteurs l'enseignent, se manifeste consécutivement à une hydropisie siégeant sur une partie quelconque du corps. Alors survient un épanchement qui remplit les diverses cavités séreuses de l'encéphale, et qui, suivant le degré de rapidité avec lequel il se produit, donne à la maladie une forme plus ou moins apoplectique. Tel est le cas dont on lira ci-après l'observation, bien incomplète sans doute en beaucoup de points, mais qu'il n'a pas dépendu de moi de recueillir plus en détail. Peut-être même, en l'absence d'une preuve absolument démonstrative de la nature de la maladie, pourra-t-on contester notre diagnostic, reposant principalement sur les circonstances qui ont accompagné le développement de l'affection.

Le lecteur en jugera.

Dans tous les cas, voici le fait. Tel qu'il est, il m'a paru encore assez intéressant, au moins sous le rapport de la symptomatologie de l'affection observée, pour être publié.

M. C..., fonctionnaire retraité, âgé de soixante et un ans, d'un tempérament sanguin, de haute taille et légèrement obèse, me fait demander le 23 avril dernier. Il souffrait, dit-il, depuis quelques mois, sans pouvoir spécifier, quand il cherchait à se rendre compte de son mal, autre chose qu'un affaiblissement général, une perte de forces et d'appétit qui contrastait sensiblement avec l'état de vigueur et de santé dont il avait joui jusque-là. Pourtant il portait à cela peu d'attention. Ce qui l'inquiétait davantage était une hernie inguinale qu'il avait eue dix-sept ans auparavant, qui avait été alors parfaitement réduite, mais dont il craignait le retour.

J'examinai aussitôt les bourses ; je les trouvai fortement distendues par une infiltration séreuse, au point d'avoir acquis presque le volume d'une tête d'enfant ; mais il n'y avait aucune apparence réelle de hernie. Je pus, en conséquence, faire retirer un bandage que le malade s'était fait appliquer de lui-même quelques jours auparavant.

Portant mon examen sur d'autres points du corps, je m'assurai que l'hydropisie ne se bornait pas aux bourses. Elle commençait aux membres inférieurs, siége d'un œdème assez considérable, et s'étendait au ventre, gonflé par une ascite non moins manifeste. M. C... me dit alors avoir perdu précédemment une sœur des suites d'une ascite, et cette circonstance ne put qu'ajouter, on le conçoit, à la gravité du pronostic que je portai sur l'état du malade.

En présence d'une affection semblable, ma préoccupation fut tout d'abord de combattre la décomposition du sang à l'aide des prescriptions d'usage en cas pareil : régime tonique et fortifiant, exercice régulier, emploi du fer ; moyens auxquels je joignis une potion diurétique dans laquelle entrait, outre l'acétate et l'azotate de potasse, le tannin à haute dose, récemment indiqué par M. Garnier comme un médicament tout-puissant contre l'anasarque albumineuse, et dont j'avais eu d'ailleurs, peu de temps auparavant, l'occasion de vérifier moi-même la prompte et énergique efficacité en cette circonstance.

Je comptais déterminer de la sorte une forte diurèse, le meilleur mode d'évacuation, sans contredit, que l'on puisse opposer aux épanchements séreux quels qu'ils soient. Dans le cas actuel, le tannin m'eût paru plus véritablement indiqué encore, si j'avais pu constater la présence de l'albumine dans l'urine, où il me fut permis de la soupçonner d'après les renseignements qui me furent fournis sur l'état de ce liquide. Mais je ne pus faire cette constatation, le malade n'ayant pas conservé de son uriné au moment où il fit réclamer mes soins, et quand je le revis, peu d'heures après, il n'était plus temps de songer à en recueillir.

Je quittai M. C... vers quatre heures de l'après-midi, comptant le revoir le lendemain. Je n'attendis pas jusque-là. A deux heures du matin, je fus rappelé en toute hâte, et en arrivant je trouvai M. C... plongé dans un sommeil profond, invincible, du caractère le plus alarmant. Comment cela était-il survenu ? Je ne pus me l'expliquer d'abord, surpris par une invasion aussi prompte d'une maladie que peu d'heures auparavant j'étais loin de soupçonner. Cependant, la mémoire me revenant, je me rappelai que durant toute ma consultation de la veille j'avais remarqué, sans cependant m'y arrêter, rien n'appelant de ce côté mon attention, quelque chose de singulier dans l'attitude et la physionomie de M. C... Son regard était fixe, légèrement hagard, et semblait ne lui donner qu'une perception imparfaite des objets environnants. Les paroles s'échappaient de sa bouche avec cette précipitation qu'affectent quelquefois les personnes prises d'ivresse alcoolique ; et dans sa conversation, entrecoupée de phrases saccadées, M. C... paraissait surtout tenir, comme on l'observe souvent en pareil cas, à me persuader qu'il n'était pas aussi malade que le croyait sa famille, et qu'il me souffrait pour le moment que d'une indisposition légère déterminée uniquement par la crainte de sa hernie.

Les mouvements du malade offraient également ce caractère anormal. Lorsque je lui fis prendre une position convenable pour l'examen de l'anneau inguinal, il se leva, se rassit, se coucha avec la même brusquerie qu'il affectait dans son langage, comme s'il eût tenu, en me montrant une complète docilité, à me prouver sa parfaite lucidité d'esprit, que cependant je ne cherchais pas à mettre en doute.

Ces divers symptômes, je le répète, ne m'apparurent pas de suite aussi nettement qu'on pourrait le croire d'après l'énumération qui précède. Je n'avais fait pour ainsi dire que les entrevoir dans ma première visite, d'autant qu'ils étaient assez peu prononcés ; et comme c'était la première fois que je voyais le malade, ce qui pouvait me laisser supposer que telle était sa manière d'être habituelle, je ne m'étais pas arrêté à les analyser, à leur chercher une signification. Mais en présence des accidents nouveaux que j'observais, ils me revinrent immédiatement à l'esprit, et me permirent de me rendre compte de ce qui se passait. D'autres renseignements, d'ailleurs, qui me furent en même temps fournis par la famille sur les antécédents du malade, m'éclairèrent alors suffisamment pour ne me plus laisser de doute sur la nature et la marche de la maladie.

Voici ce qu'on me rapporta : M. C..., au commencement de 1858, sauf quelques troubles légers et peu caractérisés, se trouvait encore dans un assez bon état de santé. Mais vers la fin de l'année, à la suite d'un voyage à Rennes, son pays natal, où il avait eu à débattre des matières d'intérêt, il tomba dans un grand état d'abattement joint à une sorte d'imbécillité. Indifférent aux caresses de sa famille, qu'auparavant il accueillait avec empressement, il étonnait ses proches par des singularités de caractère qu'il n'avait jamais montrées.

Il se remit pourtant un peu. Mais les jambes étaient devenues et restèrent enflées ; en même temps d'énormes taches dartreuses se développèrent sur diverses parties du corps. M. C..., toutefois, crut pouvoir accepter un emploi de comptable ; mais quelques absences de mémoire qui se manifestèrent l'obligèrent à cesser ce travail. Il fit un second voyage, durant lequel il ne put s'occuper d'aucune affaire, son corps souffrant d'une enflure totale qui le retint constamment dans son lit. Il revint après six semaines, plus fatigué encore que la première fois, et ayant toujours les jambes fortement tuméfiées.

Un mieux sensible se fit pourtant sentir. Le malade s'exprimait plus facilement, mais sans que ses idées en fussent plus nettes. En outre il se tenait presque toujours couché, et chaque jour demeurait quatre ou cinq heures dans un profond sommeil. Il ne faut pas omettre de mentionner une épistaxis nerveuse avant le second voyage, et qui avait été comme le point de départ d'un prompt affaissement. Depuis ce moment, en effet, on put voir le malade décliner chaque jour, le visage maigrir et le corps enfler de toutes parts, en même temps qu'apparurent avec plus d'intensité les signes indicateurs d'un trouble dans les facultés cérébrales, principalement dans la mémoire. Il oubliait ainsi les jours de la semaine et d'autres particularités qui ne lui étaient pas moins familières auparavant ; il restait longtemps sans mot dire, la bouche béante, les yeux ternes et fixes. Le malade n'avait pas conscience de cet état, mais il se plaignait d'une démangeaison constante dans la jambe, surtout à ses veines, et de douleurs d'estomac. Enfin se forma à l'épigastre une tumeur molle au toucher, réductible, qui se dissipa peu à peu par les progrès de l'ascite.

Ce fut dans cet état que je vis M. C..., et que, pour les raisons exposées plus haut, ayant une prescription à formuler, je le fis en me préoccupant plus de l'anasarque générale qui menaçait le malade que de l'état du cerveau. Aurais-je d'ailleurs porté de suite un diagnostic complet, que ma conduite eût été la même à très-peu près.

Quand j'arrivai, à deux heures du matin, près de M. C..., on me dit que, sitôt après avoir pris une première cuillerée de la potion diurétique, il s'était endormi ; mais que bientôt son sommeil avait affecté le caractère que j'apercevais alors : la respiration était embarrassée, bruyante ; les lèvres étaient violettes ; enfin toute la physionomie offrait une apparence apoplectique.

En excitant vivement le malade, je parvins à l'éveiller ; mais il se rendormit aussitôt, et cette somnolence persista avec une opiniâtreté extrême. J'essayai de la combattre par divers moyens, notamment par l'application du marteau de Mayor sur le cou, sur les tempes, sur la poitrine, rien n'y fit ; le sommeil, un moment interrompu, revenait toujours.

Dans les courts moments où il me fut possible de tenir M. C... éveillé, il parlait, mais ne prononçait que quelques phrases sans suite. Il cherchait à émettre ses idées ; mais perdant la mémoire des mots à mesure qu'il les articulait, il ne pouvait soutenir une conversation. Et tout cela, chose remarquable, sans que l'intelligence elle-même fût attaquée. Le malade, en effet, avait conscience du trouble de sa mémoire. Il avouait tout haut que le souvenir de ce qu'il disait lui échappait à mesure, et que c'est là ce qui l'empêchait d'achever une phrase. Il annonçait d'ailleurs ne souffrir précisément nulle part, accusait seulement un peu de céphalalgie, une agitation de tout son corps, et c'était tout. Il n'y avait ni fièvre, ni délire, ni paralysie d'aucun membre, ni contracture de muscles, et sans un affaissement général prononcé qui le retenait dans son lit, M. C... ne se serait pas cru malade.

En présence de tous ces symptômes, guidé en outre par les divers renseignements que j'ai énumérés, il me fut facile d'établir mon diagnostic. Je crus voir les effets d'une compression cérébrale déterminée par un épanchement séreux dans la cavité du cerveau, une apoplexie séreuse enfin, consécutive à une hydropisie générale résultant d'une altération profonde du sang. La lenteur relative de l'invasion des symptômes apoplectiques, la présence du coma dès le début, la résolution des membres sans paralysie, tous ces signes de la compression du cerveau donnés par les auteurs comme caractérisant spécialement ce genre d'apoplexie, existaient en effet et justifiaient le diagnostic que je portais. Je dis plus ; il me paraît difficile de rencontrer en dehors des données fournies par l'anatomie pathologique, un concours de symptômes antécédents et actuels plus propre à caractériser une semblable affection, assez difficile à reconnaître en général.

Quoi qu'il en soit, ayant de la sorte déterminé la maladie du sujet, je n'eus pas à hésiter sur le traitement à mettre en pratique. Je conseillai de continuer l'emploi de la potion déjà prescrite ; et j'allais en outre recourir aux purgatifs, appliquer des vésicatoires au cou et aux tempes, etc., lorsque la famille, avec toutes les précautions d'ailleurs exigées par la politesse, m'annonça que le malade, en mon absence, avait manifesté le désir formel de recevoir les secours d'un médecin homœopathe.

Très-étonné de cette détermination, je cédai la place, non sans avoir présenté les observations que me dictait ma conscience, au médecin homœopathe requis pour la circonstance, et celui ci, après avoir diagnostiqué une apoplexie ordinaire, ordonna, avec une presque entière conviction de succès, des globules d'arnica et d'aconit à la 4e dilution. On sait ce que cela signifie dans le langage des disciples d'Hahnemann : quelque chose comme une goutte du médicament dilué à un dix-billionième. Peut-être les doses étaient-elles encore trop fortes, car le soir même, vers six heures, M. C... succombait. Je ne le revis pas, mais il mourut, dit-on, sans agonie, sans effort ; il s'endormit et ne se

réveilla plus. Dans la nuit qui suivit, une assez grande quantité de sérosité jaunâtre s'échappa par le nez et par les oreilles.

Je n'aurai que de courtes réflexions à présenter à la suite de cette observation. D'abord je dois dire que j'étais loin de prévoir une mort aussi prompte, surtout en l'absence des symptômes les plus graves qui accompagnent habituellement les attaques apoplectiques. Mais par cela même le fait doit offrir quelque intérêt; il aidera à l'étude du pronostic de la maladie, et d'autant plus utilement que l'aspect du malade laisse moins prévoir la proximité extrême d'une solution fatale.

Une autre question se pose ici. On peut se demander si l'épanchement séreux constitue seul l'affection ou s'il est accompagné d'une lésion organique des tissus de l'encéphale? Il est difficile, en principe, de répondre à une semblable question, les symptômes qui apparaissent ne permettant de rien conclure sur ce point, et, d'un autre côté, l'opinion n'étant pas universellement fixée sur le fait même de l'existence de lésions locales concurremment avec la maladie qui nous occupe. En effet, l'épanchement sans altération des enveloppes du cerveau est un accident pathologique généralement considéré comme très-rare, au point que plusieurs auteurs, tels que Abercromby, MM. Rostan, Charpentier, etc., en ont nié l'existence, pensant qu'une affection de cette nature ne peut être que la conséquence d'une inflammation des méninges.

On conçoit que je ne tenterai pas de me prononcer dans le débat, l'expérience me faisant défaut pour cela, et n'ayant pu, dans le cas actuel, profiter des lumières que m'eût fournie l'anatomie pathologique, puisque l'autopsie n'a pas été faite. Toutefois, s'il m'était permis de hasarder une présomption sur les caractères anatomiques de la maladie de M. C..., je serais disposé à la considérer comme un épanchement simple sans altération organique essentielle du cerveau ou de ses enveloppes, me fondant, pour motiver cette opinion, sur l'observation antérieure des symptômes caractéristiques de la méningite, soit aiguë, soit chronique, et sur la promptitude de la mort à la suite des symptômes seuls de la compression cérébrale.

Je ne m'arrêterai pas maintenant à discuter si cet épanchement a eu lieu dans une partie ou dans l'autre du cerveau, dans la cavité arachnoïdienne, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ou dans les ventricules; la question, dans les circonstances présentes, n'offrant pas de solution possible en l'absence des éléments qu'eût pu fournir l'autopsie.

En résumé, si le fait que j'ai rapporté dans cette note mérite quelque attention, c'est par l'exemple qu'il offre d'un épanchement séreux dans l'encéphale chez un sujet atteint d'une hydropisie générale et sans altération appréciable du cerveau ou de ses enveloppes; c'est par les lumières assez nettes qu'il offre pour le diagnostic et le pronostic de cette affection, c'est par l'espoir qu'il laisse qu'on pourrait peut-être le combattre avec succès par tous les moyens employés contre l'anasarque.

FORMULES CONTRE LES SYPHILIDES.

Le mercure et les iodures constituent à l'Hôpital des maladies de la peau de Londres, dit M. le docteur Noirot dans son *Annuaire de littérature médicale étrangère* pour 1859, presque toutes les médications formulées contre les syphilides. Ces formes de maladies cutanées se traitent presque invariablement à la fois par des moyens internes et des applications externes. On prescrit quelquefois, surtout dans les formes squameuse et papuleuse, le calomel et l'opium en pilules; mais on administre le plus souvent le bichlorure de mercure en solution. Voici d'après le *Medical Times and Gazette*, la formule de la mixture de sublimé :

Bichlorure de mercure.	8 grammes.
Acide chlorhydrique concentré	4 —
Esprit de camphre.	8 —
Sucre brûlé	2 —
Eau.	3 litres 2/3.

La dose est de 4 à 8 grammes. On fait aussi un grand usage du biiodure de mercure, que l'on prépare extemporanément de la manière suivante :

Bichlorure de mercure.	8 grammes.
Iodure de potassium.	180 —
Teinture de cardamome	60 —
Eau.	3 litres 2/3.

La dose, qui est de 4 grammes, contient environ un demi-centigramme de bichlorure de mercure et 10 centigrammes d'iodure.

M. Startin emploie presque toujours, indépendamment de l'une ou de l'autre de ces mixtures, une pommade appelée *pommade rouge*, et qui se compose de :

Bisulfure de mercure	15 grammes.
Oxyde nitrique de mercure	15 —
Créosote	20 gouttes.
Axonge fraîche	480 grammes.

Cette pommade s'applique sur les taches et même sur les ulcères, s'il en existe. (*Presse méd. belge.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 septembre 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Colson, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1858 à Commercy. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une nouvelle note de M. Lemaire sur les propriétés désinfectantes de l'émollient de coaltar par la teinture alcoolique de saponine (Commissaires, MM. Larrey, Bouley et Velpeau.)

2° Une note de M. le docteur Cabanes, de Béziers, sur l'emploi du coaltar comme désinfectant en chirurgie.

L'auteur, ayant reconnu que le plâtre a l'inconvénient de se solidifier, a cherché à lui substituer d'autres agents moins incommodes. Toutes les poudres minérales, végétales ou animales, pourvu qu'elles soient fines et tamisées, lui ont paru susceptibles d'être coaltées et appliquées avec le même avantage à la désinfection. Pour les usages de la chirurgie, il coalte les farines de graine de lin, de blé, la charpie, les compresses, les bandes, les graisses, etc., en un mot tous les agents habituels de pansement. (Commission nommée, MM. Velpeau et Larrey.)

3° Un travail de M. le docteur Uvedale-West, intitulé : *Étude statistique de certaines influences sur l'état puerpéral de la mère.* (Commissaires, MM. Dubois, Depaul et Danyau.)

4° Un mémoire sur l'exomphale chez l'enfant nègre par M. le docteur Léotaud, de la Trinitad. (Commissaires, MM. Cruveilhier, Barth et Depaul.)

5° Une observation de gangrène de la bouche consécutive à la fièvre typhoïde, recueillie par M. Laurent Ferrand et envoyée par M. le professeur Barrallier, de Toulon. (Commissaires, MM. Huguier, Bouvier et Blache.)

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Delacroix, secrétaire archiviste de la Société d'encouragement, qui déclare que cette Société n'a point décerné de médaille à M. Corne, ainsi que cela a été dit sans doute par erreur à l'Académie.

— M. Robinet dépose sur le bureau une note de M. le docteur Boinet, intitulée *De l'iode comme désinfectant dans les suppurations fétides, sanieuses, virulentes et de mauvaise nature* (nous publierons cette note dans un des prochains numéros).

— M. Depaul fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur J. Rouyer, d'un ouvrage intitulé *Études médicales sur l'ancienne Rome.* L'auteur, dit M. Depaul, connu par plusieurs publications intéressantes, étudie, dans cet ouvrage, les bains publics de Rome, les magiciennes, les philtres, l'avortement, la castration, l'infibulation, la cosmétique, les parfums, et enfin l'histoire des femmes qui ont exercé la médecine depuis les temps anciens jusqu'à nos jours.

— M. Larrey chargé de faire un rapport sur la communication de M. Lecœur (de Caen), relative à l'emploi des alcooliques en chirurgie, déclare que cette note ayant été publiée à la suite d'une seconde édition du mémoire de MM. Batailhé et Guillet, il n'y a plus lieu de faire un rapport.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, fait une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

Discussion sur la chorée.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la chorée.

La parole est à M. Bouvier.

M. BOUVIER. Permettez-moi, en commençant, d'écarter tout d'abord trois petites récriminations de mon excellent collègue M. le professeur Trousseau.

1° M. Trousseau vous a dit que je l'avais accusé de n'avoir pas lu Bouteille. J'ai eu beau chercher dans mes souvenirs, dans mes notes, dans mon discours imprimé, je n'y ai rien trouvé de pareil. J'ai toujours été convaincu, comme je le suis encore, que M. Trousseau avait dû lire Bouteille avant moi, et mieux que moi.

2° Suivant mon honorable ami, je l'aurais *défié* de citer un auteur moderne qui multiplie comme lui les espèces de *chorées.* Voici mes propres paroles : « Quant à moi, je ne connais pas d'auteur moderne qui, ainsi que M. Trousseau, fasse des *chorées* de telles et telles affections. » Est-ce là un défi? *Je n'en connais pas, moi*, c'est-à-dire que d'autres peuvent en connaître, que M. Trousseau peut en connaître; nous verrons tout à l'heure s'il en connaît.

3° Enfin, M. Trousseau a supposé que j'avais attaqué, par *prétérition*, ses opinions sur l'état mental dans la chorée. Mon collègue se fonde sur ce que j'ai déclaré « m'associer purement et simplement *aux éloges et aux critiques contenus dans le rapport de M. Blache.* » Or, il n'est nullement question de M. Trousseau ni de ses opinions dans ces éloges et ces critiques.

J'arrive à des choses un peu plus sérieuses.

M. Trousseau abandonnera volontiers le nom de *danse de Saint-Guy*, pourvu qu'on lui en donne un autre pour *l'espèce* que ce nom représente, suivant lui, le mot *chorée* devant désigner le *genre.* De mon côté, je ne tiens pas davantage au nom de *chorée.* Je pense à cet égard comme en 1853; je disais alors :

« Quel rapport y a-t-il entre ces phénomènes (ceux de l'ancienne *chorea sancti Viti*) et les mouvements convulsifs, désordonnés, involontaires, de notre chorée? Aucun; les deux affections n'ont de commun que le nom. Pourquoi leur laisser cette dernière apparence de similitude qui expose sans cesse à attribuer à l'une ce qui n'appartient qu'à l'autre? Sans doute, il n'est pas facile de changer le langage reçu.... Mais que du moins, *en attendant la bonne fortune d'un nom assez court, assez euphonique pour remplacer le nom de la chorée moderne*, que du moins on la sépare entièrement dans le cadre nosologique de l'ancienne *chorea sancti Viti*, etc. »

Ainsi, vous le voyez, ce n'est que faute de mieux que je désire conserver le nom de *chorée.*

Dira-t-on *myotirbie?* C'est un mot un peu long et d'un sens bien vague.

Dira-t-on, avec Sauvages, *scélotyrbe?* Ce serait consacrer une erreur de ce grand nosologiste, car la scélotyrbe de Galien n'est pas la chorée, c'est une sorte de paraplégie.

Maintenant, pourquoi ai-je préféré *chorée* à *danse de Saint-Guy?* Par la même raison que Bouteille : parce que l'absurdité du mot *danse* choque moins dans le latin francisé, et parce qu'on est dispensé d'ajouter les mots *de Saint-Guy*, qui sont un non-sens.

D'ailleurs, quoi qu'en dise M. Trousseau, le nom de *chorée* est aussi bon pour désigner l'*espèce* que pour dénommer le *genre.* Il n'y a là aucune confusion possible, comme le craint mon savant collègue. Il suffit d'une épithète pour s'y reconnaître.

Un dernier mot, je vous prie, sur cette question de nomenclature. M. Trousseau paraît croire que le nom de *danse de Saint-Guy* ne s'applique pas habituellement au genre *chorée*, qu'on ne l'entend que de l'*espèce*, c'est-à-dire de la chorée vulgaire. Cela est peu conforme au langage des auteurs. Ces divisions, que M. Trousseau vous a lui-même rappelées, et qui se trouvent dans les ouvrages de Bernt, de Bouteille, de Jos. Frank, ce sont des divisions de la *danse de Saint-Guy*, de la *chorea sancti Viti*, aussi bien que de la *chorea* tout court, car les auteurs emploient indifféremment toutes ces expressions pour désigner une seule et même chose. Sydenham, à la vérité, n'a appliqué le nom de *chorea sancti Viti* qu'à notre chorée vulgaire; mais c'est tout simplement parce qu'il n'en connaissait pas d'autres; son *genre*, à lui, n'avait qu'une *espèce*, les autres sont venues depuis.

Ceci m'amène à répliquer à mon honorable collègue sur la question de nosologie.

Pour prouver la nécessité de procéder par genres et par espèces, mon savant ami vous a rappelé les espèces établies par les nosologistes modernes, et les névroses différentes auxquelles on a appliqué et on applique encore le nom de *chorée.*

Je rappellerai à mon tour que, à l'exemple de M. Sée, j'ai reconnu, moi aussi, un genre *chorée*, divisé en deux espèces, qui sont :

1° La chorée vulgaire, gesticulatoire;

2° La chorée rhythmique ou anormale.

Je ferai seulement remarquer que cette dernière espèce se sous-divise en de nombreuses variétés.

Mais j'ai reproché à mon éminent collègue d'avoir trop multiplié les chorées, d'avoir trop élargi son genre, en y rangeant des affections qu'aucun auteur moderne, du moins à ma connaissance, n'avait appelées des *chorées.* Examinons si les faits produits par M. Trousseau répondent suffisamment à ce reproche.

Mon excellent collègue a cité Bouteille, Joseph Frank et Bernt. Il ne s'est pas arrêté à Bouteille, dont il fait peu de cas.

Bernt et Frank ont décrit une *chorea circumrotatoria*, une *chorea rotatoria*, une *chorea circumambulatoria*, une *chorea procursiva seu festinans*, une *chorea saltatoria.* N'est-ce pas la preuve, dit M. Trousseau, de l'étendue que les auteurs, même modernes, donnent au genre *chorée*, et du grand nombre de névroses qu'ils y font entrer?

Comment M. Trousseau n'a-t-il pas vu que toutes ces espèces de chorées ne sont que des variétés de la chorée rhythmique; qu'elles sont comprises, par conséquent, dans la division que j'ai admise; et qu'elles ne le justifient nullement d'avoir appelé *chorée* la choréomanie hystérique, le tarentisme, le tremblement mercuriel, le *delirium tremens*, la *paralysis agitans*, l'ataxie locomotrice progressive?

En définitive, mon savant collègue ne nous a pas fait connaître d'auteur moderne qui tienne pour des chorées les affections qu'il regarde comme telles; il n'est pas étonnant que, de mon côté, je n'aie pu en trouver. Un dernier point me reste à discuter.

A entendre M. Trousseau, j'aurais eu tort de séparer aussi complétement l'ancienne chorée, la chorée avant Sydenham, de la nouvelle, de la chorée après Sydenham. L'ancienne chorée ne serait pas une pure choréomanie, ce serait un mélange de plusieurs névroses confondues pêle-mêle. Sydenham aurait le mérite d'avoir débrouillé ce chaos, d'en avoir tiré la vraie chorée, celle que nous connaissons sous ce nom. Le peuple, en effet, continue M. Trousseau, ne pouvait faire un diagnostic certain des maladies qui réclamaient l'intercession de saint Guy, et l'on se rendait à la chapelle d'Ulm pour des paralysies, des hystéries, de vraies chorées, des folies, etc. Un nom commun, celui de *chorea sancti Viti*, fut donné à toutes ces affections; il fut inspiré par les danses étranges qu'excitait chez tous ces malades l'invocation du saint.

J'aurais bien voulu m'éclairer aux mêmes sources que mon honorable collègue; malheureusement M. Trousseau, sans doute pour ménager vos instants, a mis une telle discrétion dans l'indication des textes où il doit avoir puisé, que je n'ai pas pu remonter à une seule autorité qu'il ait citée. Force m'a été de m'en tenir aux sources connues, et c'est avec des textes qui sont partout, que je viens vous présenter à mon tour l'histoire de la chorée du moyen âge, telle qu'il m'a été donné de la comprendre.

Les plus anciens documents sur la *chorea sancti Viti* sont des légendes et des chroniques, dont les récits sont naturellement entachés de la superstition du temps.

Ainsi, il est d'abord question, au onzième siècle, d'une vingtaine d'individus des deux sexes atteints de manie dansante pour avoir encouru la malédiction d'un prêtre en dansant et en criant dans un cimetière. Au treizième, plus de cent enfants, saisis de la même fureur, vont en sautant et en dansant d'Erfurt à une lieue de là, à Arnstadt, où ils tombent épuisés de fatigue. A Utrecht, deux cents danseurs, considérés comme des possédés, se démènent sur un pont, et ne se calment qu'au passage du saint-sacrement.

Au quatorzième siècle, en 1374, et même dès 1373, ces danseurs abondent en Allemagne, en Hollande, en Flandre, en Lorraine. Les récits se multiplient; ils ont permis à M. Hecker de donner une description fort détaillée de cette sorte de danse épidémique. « Des troupes d'hommes et de femmes, dit-il, réunis par un délire commun, offraient au peuple, dans les rues et dans les églises, un étrange spectacle. Se tenant par la main, ils dansaient des heures entières, jusqu'à ce qu'épuisés ils tombassent à terre. »

Cet état s'accompagnait de tympanite, d'extase, d'hallucinations; il était souvent précédé ou suivi de convulsions. On l'attribuait au diable, et on le traitait par les exorcismes.

Le nombre de ces pauvres fous était considérable. Rien qu'à Metz, suivant un chroniqueur :

Dans la ville y eut des dansants,
Tant grands que petits, onze cents.

Leur foule se grossit, à la vérité, des vagabonds, des débauchés de l'un et de l'autre sexe; mais ceux-ci n'étaient pas en majorité.

Au commencement du quinzième siècle, en 1418, l'Alsace eut son tour ; une très-ancienne chronique rapporte le fait en six vers allemands, qui commencent ainsi :

Strasbourg vit sautants et dansants
D'hommes et femmes plusieurs cents.

Comme ceux des siècles précédents, ces insensés dansaient avec fureur dans les rues, sur les places publiques. Les magistrats les firent conduire dans des chapelles voisines dédiées à saint Guy. Là, leur frénésie était, dit-on, suspendue par l'influence des cérémonies religieuses.

Je n'ai pas encore fait parler les médecins : c'est qu'en effet, à cette époque, ils gardent un silence presque absolu sur cet état singulier. Et pourtant la *chorea sancti Viti* était déjà tellement connue et redoutée du peuple, qu'elle entrait, comme la peste, dans une formule d'imprécation usuelle ; on disait : « Que la danse de Saint-Guy te prenne ! » comme on a dit longtemps : « Que la peste t'étouffe ! » Mais cette affection, attribuée alors à des causes surnaturelles, ne paraissait pas être du ressort de la médecine. Ce n'est qu'à dater du seizième siècle qu'il en est question avec quelque détail dans les écrits de nos devanciers.

Othon Brunsfelds, dans son *Onomasticon medicinæ* (1524), et Paracelse, sont les premiers qui en traitent. Brunsfelds assimile la maladie au corybantisme ou à la fureur fanatique des anciens corybantes ; Paracelse ne nous apprend aucun fait nouveau, et il décrit d'une manière tout à fait insuffisante les trois sortes de chorées ou *danses* qu'il établit.

Je vous fais grâce de Monavius (1576) et de quelques autres, qui n'ont dit qu'un mot de la *chorea sancti Viti*.

Des renseignements plus précis nous sont fournis par Schenck de Grafenberg (1585). Ils s'accordent pleinement avec les relations des chroniqueurs et des historiens. Le langage de Schenck se ressent encore de la vive impression que ce fléau avait laissée dans l'esprit des populations. Il appelle ce mal : *rara et horrenda insaniæ species, qua corrupti miro saltandi furore agitantur, unde sancti Viti nomen invenit.*

Schenck retrace, d'après la tradition ou les récits des auteurs, ce qui s'était passé du temps de ses pères. C'est toujours le même tableau. Des bandes furieuses, hommes, femmes, enfants, vieillards, couraient de tous côtés et dansaient à en perdre haleine, si on ne les arrêtait à temps. Ils y mettaient une telle violence qu'on en voyait se briser le corps contre les murs, ou se précipiter, sans s'en apercevoir, dans les rivières qui se trouvaient sur leur passage.

Quelques faits analogues paraissent s'être produits à une époque plus rapprochée de Schenck ; il dit, en effet : « Une chose qui semble tenir du prodige, c'est qu'on vit des femmes sur le point d'accoucher se livrer aux mêmes fureurs, avec une bande autour du ventre, sans dommage pour leur enfant ; ce qu'on croirait à peine, ajoute-t-il, si *cela n'était confirmé par des exemples plus récents.* »

Il est aisé de voir que ces détails concernent uniquement la manie dansante et non les autres névroses dont M. Trousseau vous a parlé.

Enfin, ce qui achève bien de montrer l'idée nette que Schenck se faisait de la maladie, c'est un long parallèle qu'il établit entre cette vésanie et l'*enthusiasmos* de plusieurs auteurs grecs, sorte d'extase attribuée à l'inspiration divine, et aussi accompagnée de sauts et d'agitation musculaire.

Félix Plater (1602), contemporain de Schenck, comprend comme lui la danse de Saint-Guy, qu'il nomme *saltus Viti*.

Il raconte avoir vu à Bâle, dans sa jeunesse, une femme qui dansa ainsi publiquement, presque sans interruption, pendant un mois, quoiqu'elle en eût la plante des pieds toute meurtrie. Le bourgmestre lui avait fait donner des hommes vigoureux pour danser avec elle, l'un après l'autre, jour et nuit, *qui alternatim, uno fesso, altero succedente, cum ea dies noctisque tripudiarunt.* Lorsqu'elle était forcée de s'asseoir pour prendre un peu de nourriture ou de sommeil, *elle agitait encore ses membres comme si elle dansait.* Cette dernière circonstance, également notée par d'autres auteurs, explique peut-être comment on a confondu, plus tard, cette choréomanie avec notre chorée. Cette femme finit par tomber dans une grande prostration et entra à l'hôpital, où elle guérit.

« Quelques Arabes, dit Plater, ont voulu faire de cette maladie une espèce de convulsion; mais *il n'y a ici aucune convulsion des membres;* il n'y a qu'un esprit dérangé, que des désirs pervertis... »

On le voit, Félix Plater, qui ne paraît pas avoir connu notre chorée convulsive, n'en avait pas moins parfaitement posé le caractère distinctif des deux affections, trop oubliées depuis.

Après le seizième siècle, la *chorea sancti Viti*, déjà fort rare du temps de Schenck et de Plater, ne se montre plus qu'isolément et à de longs intervalles ; elle a entièrement perdu son caractère en apparence épidémique. Mais nous trouvons dans les écrits des médecins de nouveaux témoignages sur la chorée des siècles précédents.

Horst ou Horstius (1623), qu'on appelait dans son temps l'*Esculape de l'Allemagne*, n'a parlé qu'incidemment de la danse de Saint-Guy dans sa réponse à Eckoldt, que j'ai déjà cité. Mais on a donné plus tard une telle importance au peu qu'il en a dit, qu'il ne sera pas inutile de ramener son récit à ses véritables proportions, comme M. Roth a déjà tenté de le faire.

(Horst raconte qu'il a causé avec quelques femmes qui vont tous les ans en pèlerinage depuis plus de vingt ans à une chapelle de Saint-Guy, dans le district d'Ulm, où elles dansent jour et nuit, l'esprit égaré, jusqu'à ce qu'elles tombent à terre comme en extase, etc. Horst compare ces femmes aux tarentistes. C'est cette relation de Horst qui, très-diversement commentée, a donné lieu à des interprétations erronées dont M. Bouvier cherche ici à rétablir le véritable sens.)

Les seules conséquences que je tirerai de l'article de Horst, continue M. Bouvier, c'est qu'au commencement du dix-septième siècle tout vestige de la *chorea sancti Viti* n'avait pas encore disparu ; c'est qu'à l'occasion de la chapelle d'Ulm, comme des autres chapelles dont j'ai parlé, il n'est question dans les auteurs que de pèlerins dansomanes ; c'est enfin que Horst, comme Schenck, comme Phil. Camerarius, comme Félix Plater, appelait danse de Saint-Guy une pure choréomanie, qu'il ne confondait pas avec l'affection nommée aujourd'hui chorée. Et, en effet, son livre contient un exemple de cette dernière affection, de notre chorée vulgaire, qui lui a été communiqué par Eisenmenger sous le nom de *tremor singularis*, et Horst se garde bien d'y voir une *chorea sancti Viti*.

Une soixantaine d'années nous séparent encore de Sydenham. Il y a beaucoup d'auteurs dans cet intervalle. Je ne vous entretiendrai plus que de Rodolphe Camerarius, Sennert, Willis et Wedel.

Jean-Rodolphe Camerarius est, comme Horst, du commencement du dix-septième siècle. Pour écrire son article sur la chorée, il s'est contenté de copier littéralement ce qu'en avaient dit Félix Plater, Horst et Monavius ; il est donc de leur avis.

Sennert est encore un contemporain de Horst. Il définit la *chorea sancti Viti :* un désir continuel et insensé de danser, *perpetuum et insanum saltandi desiderium;* il se borne à résumer en quelques lignes les principaux traits de cette vésanie.

Willis est du même temps que Sydenham, mais ses écrits sont un peu antérieurs à ceux de l'Hippocrate anglais. Il parle de la danse de Saint-Guy d'après Horst, dont il reproduit la description. Il trouve, comme lui, que cette affection a de l'affinité avec le tarentisme. Willis donne dans un autre chapitre deux observations de notre chorée vulgaire, et, de même que Horst, il ne songe nullement à les rapporter à la *chorea sancti Viti*.

Wedel, savant professeur à Iéna, fit soutenir sous sa présidence, en 1682, par son élève Profius, une thèse sur la chorée. Quelle chorée ? demandera-t-on. Veuillez remarquer la date, et vous serez en état de répondre à cette question. 1682 ! Sydenham n'avait pas encore publié sa *Schedula monitoria*, ou *Lettre sur une nouvelle sorte de fièvre*, dont la première édition n'a paru que 4 ans plus tard, en 1686, et dans laquelle il parle pour la première fois de ce qui est devenu notre chorée. Donc la chorée de Wedel est celle de tous les auteurs qui ont précédé Sydenham; c'est la *chorea sancti Viti* du moyen âge; c'est, en un mot, la choréomanie, et ceci, je crois, répond péremptoirement à cette assertion de M. Trousseau, que notre chorée vulgaire a été désignée sous ce nom dès le milieu du dix-septième siècle.

Pour Wedel, la danse de Saint-Guy est, comme pour les médecins que j'ai cités jusqu'ici, un désir insensé et insatiable de danser, *insana et insatiabilis saltandi libido*.

Notre auteur traite du tarentisme en même temps que de la chorée ; il emprunte ici des vues judicieuses à Grubius ou Grube, médecin de Lubeck, auteur d'un *Traité sur la morsure de la tarentule*, publié en 1679. Grube, en effet, ayant observé un cas qui appartient à notre chorée vulgaire, insiste avec Plater sur la différence qui existe entre cette sorte d'affection convulsive et la *chorea sancti Viti*. « Il y a, dit-il, certaines espèces de convulsions qui revêtent quelques apparences de la danse de Saint-Guy ou du tarentisme, mais qui, en réalité, en diffèrent beaucoup... Dans un cas, les malades sont excités à danser par le trouble de la raison ; dans l'autre, l'esprit est sain et les membres sont seulement agités de mouvements involontaires surprenants, qui simulent grossièrement une espèce de danse. »

« Dans ce dernier cas, dit de son côté Wedel, les malades sont si loin de danser qu'ils tremblent bien plutôt, et que, toutes les fois que par nécessité, ou pour se distraire, il leur faut marcher, ils se meuvent avec peine. »

Tout cela se disait, s'imprimait à côté de Sydenham, qui n'y fit pas attention.

Ce grand homme a-t-il donc, comme le soutient M. Trousseau, le mérite d'avoir débrouillé le chaos des chorées ? Ne serait-il pas plus exact de dire qu'il l'a plutôt créé ? Voyons encore une fois, je vous prie, ce qui lui revient dans tout ceci.

Sydenham a vu cinq cas de notre chorée vulgaire, ou de cette espèce de convulsion que Willis, que Grube, que Wedel, ont, de son vivant, nettemen distinguée de la chorée. Il a retracé en moins de vingt lignes les principaux symptômes qui l'ont frappé chez ses cinq malades. C'est ce qu'on est convenu d'appeler l'*admirable description* de Sydenham. Quant à moi, je reconnaîtrai seulement que cette description, toute incomplète qu'elle est, a le mérite d'être la première qui soit basée sur une analyse même imparfaite d'un certain nombre de faits.

Mais qu'a fait encore Sydenham ? Il fallait une étiquette à ces faits. C'est ici qu'il s'est mépris, tranchons le mot, grossièrement. Sydenham a donné à une maladie qui n'avait pas de nom, le nom d'une affection qui n'avait avec la première qu'une grossière ressemblance. Telle est l'origine de la *chorea sancti Viti Sydenhami*.

M. Trousseau vous a rappelé que Sydenham désigne ainsi la maladie qu'il décrit : « *Quædam convulsionis species quæ chorea sancti Viti vulgo appellatur*, une certaine espèce de convulsion appelée *communément danse de Saint-Guy*. Appelée *communément, vulgo*, par qui ? Sydenham aurait bien dû le dire ; il nous eût épargné, à M. Trousseau et à moi, la peine de le chercher, et de le chercher en vain. La thèse de Wedel ou de Profius nous donne peut-être la clef de ce *vulgo appellatur*. On y lit, en effet, article *Diagnostic :* « Comme il existe d'autres mouvements ou tremblements qui ont avec la *chorea sancti Viti* une certaine affinité, ou qui sont *vulgairement* considérés comme semblables, *vel* VULGO *reputantur pro iisdem*, il est à propos d'indiquer des signes certains à l'aide desquels on puisse reconnaître infailliblement en quoi et à quel point ces affections diffèrent. »

Il résulte de ce passage, rapproché de celui que j'ai cité plus haut, que, en 1682, le *vulgaire* des praticiens commettait quelquefois la faute d'appeler *danse de Saint-Guy* l'espèce de mouvements convulsifs décrite peu après par Sydenham. L'auteur anglais aura suivi le vulgaire cette fois, au lieu de le redresser.

Maintenant, en quoi Sydenham aurait-il débrouillé un chaos ? Rien n'était plus clair que l'histoire de l'ancienne danse de Saint-Guy ; il n'y avait là rien à débrouiller. Il y avait un chapitre de pathologie à créer avec les observations des auteurs ou avec de nouveaux faits. Sydenham a créé ce chapitre avec ses observations propres. Voilà son mérite; je le reconnais, je le proclame. Mais cela n'efface pas son tort d'avoir été si peu au courant de la littérature médicale de son époque, et d'avoir détourné un nom de maladie de son acception véritable sous l'influence d'une fausse application de ce nom par des médecins obscurs.

Ce qui est résulté de cette erreur de Sydenham, vous le savez déjà ; c'est une confusion qui s'est prolongée jusqu'à nos jours, une confusion telle que voici un mois que mon bon ami M. Trousseau et moi nous ne pouvons venir à bout de nous entendre.

Veut-on une nouvelle preuve des suites regrettables de cette méprise? Je vous ai cité un savant dont le nom est européen, M. Hecker. On lui doit de beaux travaux sur les épidémies du moyen âge, sur la chorée en particulier. Eh bien, son œuvre, des plus remarquables à tous autres égards, est entachée de cette hypothèse, savoir : que l'ancienne chorée se serait peu à peu transformée ; que ses symptômes, en s'affaiblissant par degrés, l'auraient en quelque sorte transfigurée, et qu'elle serait ainsi devenue la chorée moderne, la chorée Sydenhamienne. A cela une réponse suffit : notre chorée actuelle existait de son côté, alors que l'ancienne chorée sévissait du sien. Les faits rassemblés par M. Roth le prouvent surabondamment. Mais M. Hecker a été trompé par ce mot fatal, par cette dénomination identique de deux choses différentes, que l'on doit à Sydenham. Ai-je donc eu tort de l'accuser de nous avoir plongés, à ce point de vue, dans un vrai chaos ?

Je ne crois pas nécessaire d'appuyer sur de nouvelles autorités l'opinion que j'ai émise, et qui a été attaquée par M. Trousseau, sur la nature purement choréomaniaque de l'ancienne danse de Saint-Guy. Cette opinion, qui était celle de Sauvages dans le siècle dernier, est généralement adoptée dans le nôtre. Il me suffira de rappeler que c'est celle de MM. Hecker, Alfr. Maury, Sée, Roth, et de tous les aliénistes, de M. Calmeil, par exemple, dont j'ai le livre sous la main. Si l'on a admis que l'épilepsie, l'hystérie et d'autres névroses, figuraient dans les scènes choréiques du moyen âge, ce n'est qu'à titre de complications, de prodromes ou d'effets consécutifs; ces affections n'ont jamais fourni les traits caractéristiques de la maladie. (Applaudissements.)

M. LE PRÉSIDENT demande à M. Trousseau s'il a quelques observations à faire.

M. TROUSSEAU déclare qu'il n'a rien à répliquer.

La discussion est close.

— La séance est levée à quatre heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 8 septembre, MM. Dufresne, médecin major au 56e régiment de ligne, et Dupont, vétérinaire, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Edmond Simonin, inspecteur des médecins cantonaux du département de la Meurthe, vient de faire paraître un rapport dont voici le sommaire :

Pendant l'année 1858, 19,958 visites ont été faites aux malades indigents dans la circonscription du département ; 11,571 consultations ont été données. Le chiffre de la mortalité a été de 702.

Il y a 52 médecins cantonaux dans le département. Des rapports sont donnés par ces médecins à la fin de chaque année. Dix-huit sont remarquables par leurs observations scientifiques. Ce sont ceux de MM. de Schaken père, Edmond de Schaken, Sullikowski, Grand, Bastien, Mayeur, Éby, Simon, Saucerotte, Rouyer, Gény, Bernard, Marchal, Neubaüer, Weiss, Valentin, Petit, Mangin et Bancel.

26 rapports fort importants, relatifs à la vaccine, ont été adressés par MM. Duvivier, de Schaken père, de Schaken fils, Sullikowski, Pichon, Jouel, Bagré, Mangin, Bastien, Mayeur, Lotz, Simon, Saucerotte, Vallois, Nollet, Gény, Bernard, Joly, Cugnien, Michaux, Marchal, Neubauër, Brundsaux, Nicolas, Valentin et Bancel.

Des médailles sont données tous les ans, à titre de récompense, aux médecins qui se sont le plus distingués.

Les médailles de 1re classe ont été décernées à MM. Weiss, médecin cantonal à Sarrebourg ; Bernard, médecin cantonal à Dieulouard; Bagré, médecin cantonal à Vic.

Celles de 2me classe à MM. Eby, Marchal, Michaux, Bellaire, Lotz et Neubauër.

Celles de 3me classe à MM. Nicolas, Grandys, Virlet, Bastien et Valentin.

Enfin des mentions honorables ont été accordées à MM. Bernard, curé à Burthicourt-aux-Chênes; Michel, curé à Masbache; Mme Bathilde, supérieure des sœurs de la congrégation du Divin Rédempteur, à Phalsbourg; MM. Vinot, instituteur, à Dieulouard; Thiébaut, propriétaire, à Belleville.

— L'*Hydrothérapie*, tel est le titre d'un journal rédigé par M. E. Duval, qui a commencé à paraître le 1er de ce mois. Le cadre de cette feuille est en réalité plus vaste que son titre ne semble l'indiquer, car elle comprend l'étude des applications de l'eau, soit minérale, soit naturelle, à la guérison des maladies.

— M. Jacob Bell, fondateur et éditeur-propriétaire du *Pharmaceutical journal and transactions*, est mort récemment à Tunbridge Wels; il avait fait la cession de son journal à la Société de pharmacie de Londres douze jours avant sa mort. Directeur d'une des plus importantes pharmacies de cette ville, il a été pendant vingt ans à la tête du mouvement pharmaceutique en Angleterre, plaidant les droits et les intérêts de la corporation devant le Parlement, dans la presse, dans les meetings. Pour honorer sa mémoire, la Société pharmaceutique de Londres a décrété de fonder des bourses pour les élèves en pharmacie sous le nom de *the Bell memorial pharmaceutical scholarships*.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 112. — SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 112. — SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Maladies régnantes ; épidémie d'angine gangréneuse ; emploi de l'iode. — Empoisonnement par le sublimé corrosif, suivi de mort le douzième jour. — Médecine légale. Naissance tardive. — Note sur un moyen très-simple de pratiquer la ligature des polypes fibreux utérins. — Deux cas d'empoisonnement par la morelle, dont l'un s'est terminé par la mort. — Société de chirurgie, séance du 14 septembre. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Épidémie d'angines gangreneuses. — Emploi de l'iode.

Nous avons fait connaître au commencement de cette année (voir le numéro du 12 février 1859) les résultats que M. le docteur Silva, de Bayonne, a obtenus de l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des angines couenneuses épidémiques et du croup. Ce médecin vient d'exposer récemment, dans une lettre adressée à l'*Union médicale de la Gironde*, les résultats que lui a donnés l'usage de la teinture d'iode dans le traitement des angines gangréneuses.

« Dans le courant du mois d'avril dernier, dit M. le docteur Silva, j'ai observé, dans la station de Boniau, une épidémie d'angines tonsillaires malignes ou gangréneuses, qui a sévi sur les enfants de trois à douze ans avec un caractère contagieux. Cette nouvelle maladie, venant remplacer les angines couenneuses et les croups dont cette contrée avait été si cruellement frappée, s'est manifestée brusquement par une tuméfaction des amygdales ; puis le deuxième ou troisième jour, on remarquait, au centre des tonsilles, l'apparition de phlyctènes brunâtres qui, en se crevant, se convertissaient en une eschare ou croûte noirâtre. Le voile du palais et la luette étaient d'un rouge violacé.

» Cet état était accompagné de fièvre, de la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, de la fétidité de l'haleine et de difficulté de la déglutition, sans aphonie ni gêne de la respiration ; la voix était nasillarde.

» Après le cinquième ou sixième jour de l'invasion, il se déclarait des phénomènes d'intoxication : apathie, somnolence, inappétence, syncopes, faiblesse du pouls, sensation de froid, altération de la face avec une teinte jaune ou plombée, et la mort survenait ordinairement du huitième au dixième jour. »

Telle est l'esquisse que M. Silva trace de cette épidémie, esquisse suffisante pour en faire apprécier la gravité. Néanmoins notre confrère de Bayonne annonce que dans la plupart des cas, il est parvenu à enrayer la maladie, et souvent à la faire avorter au début, quand il était appelé à temps, au moyen du traitement suivant.

Il pratiquait sur les amygdales des badigeonnages avec un pinceau chargé d'iode caustique, qu'il renouvelait le lendemain s'il n'avait obtenu le résultat voulu, c'est-à-dire un certain degré d'inflammation aiguë, franche, substituée à la phlegmasie de mauvaise nature qu'il avait à combattre. Son but, en choisissant comme agent modificateur l'iode caustique, avait été, en effet, de produire cette inflammation substitutive sans mortification des tissus, ainsi que cela a lieu ordinairement par les caustiques usités en pareil cas. Après les applications d'iode, les amygdales tuméfiées diminuaient de volume, la voix était moins nasillarde et la déglutition plus facile, résultat que M. Silva attribue à la coagulation des liquides dont les amygdales étaient imprégnées. Il soumettait, en outre, les malades à un traitement général rationnel. Quand les phénomènes d'intoxication générale se manifestaient, il donnait, par exemple, à l'intérieur la solution de perchlorure de fer, dont il dit s'être bien trouvé, comme dans l'empoisonnement diphthéritique, du vin de quinquina, du sulfate de quinine uni au camphre en lavements, des gargarismes avec chlorate de potasse, etc., etc. Il insistait principalement, selon les préceptes de M. Trousseau, sur l'alimentation des malades, malgré l'inappétence et la douleur éprouvée lors du passage des aliments dans la gorge. Dans le cas où l'alimentation était impossible par cette voie, il faisait administrer des lavements de bouillon et de vin.

Quant au traitement abortif, il consistait à pratiquer sans perte de temps, dès l'apparition de la tuméfaction des amygdales, des attouchements sur ces parties avec l'iode caustique, suivis de gargarismes alunés, et chez les enfants trop jeunes pour faire usage des gargarismes, à toucher souvent les parties affectées avec un collutoire composé de 50 grammes de sirop de mûres et 15 grammes de sulfate d'alumine.

M. Silva dit avoir traité ainsi jusqu'au mois d'août 45 enfants ; 20 atteints d'angines gangréneuses, dont 5 décès, 15 guéris ou en voie de guérison. Les 25 autres, traités par la méthode abortive, ont promptement guéri. Sur 2 malades de cette catégorie, il a voulu à dessein négliger le badigeonnage au début, pour observer la marche de la maladie ; le lendemain, ayant remarqué déjà des phlyctènes sur les amygdales, il s'empressa d'appliquer l'iode, ce qui suffit pour enrayer les progrès de la maladie.

M. Silva ajoute qu'il n'en est venu à adopter cette médication qu'après avoir essayé d'abord, mais sans succès, l'application topique des acides chlorhydrique, sulfurique, nitrique, du nitrate d'argent, et même du perchlorure de fer, qui avait continué à lui faire obtenir de belles cures dans les angines couenneuses.

Empoisonnement par le sublimé corrosif, suivi de mort le 12e jour.

Un malade, entré dans le service de M. Vigla, à la Maison municipale de santé, en proie aux symptômes de l'empoisonnement par le sublimé corrosif (intentionnellement ingéré dans un but de suicide), et mort au bout de 12 jours, a fourni à notre savant confrère l'occasion de comparer les phénomènes qu'il a observés jour par jour chez ce malade, avec ceux qui ont été décrits par les auteurs qui se sont plus spécialement occupés de ce point de toxicologie, et de présenter par ce parallèle même un tableau aussi complet que possible de ce genre d'empoisonnement.

Voici d'abord l'observation, qui a été recueillie avec soin par M. Féron, interne du service. Nous la ferons suivre des réflexions que M. Vigla y a ajoutées dans la revue médicale qu'il publie dans le *Journal de pharmacie et de chimie*.

Un jeune homme de 27 ans entra à la Maison de santé le 24 mai dernier, après avoir avalé, dans le but de l'empoisonnement, une certaine quantité de sublimé corrosif délayé dans un verre d'eau ; ce poison, qui lui avait été délivré pour être versé dans un bain, avait, au dire du malade, environ le volume d'une noisette, et son poids pouvait être évalué à 3 ou 4 grammes.

Après l'injection du poison, il ressentit un goût métallique intense et une odeur très-prononcée qui déterminèrent presque aussitôt des nausées, puis des vomissements répétés, avec sensation de constriction à la gorge, tremblement des pieds, sans douleurs vives de l'œsophage ni de l'estomac.

Les vomissements étaient composés de matières alimentaires d'abord, puis séreuses ; ils cessèrent au bout de quelques heures, après l'administration d'un émétique prescrit par un médecin qu'on avait appelé aussitôt, et le malade entra le jour même de l'empoisonnement dans le service de M. Vigla, où l'on prescrivit du lait et de l'eau albumineuse.

Dès le lendemain de l'accident, la constriction du pharynx se changea en vive douleur accompagnée de chatouillement incommode, et se manifestant sous forme d'accès de peu de durée, quelques secondes seulement, pendant lesquelles se développait de la toux convulsive, s'accompagnant d'une vive angoisse, toux pharyngienne, semblable à celle que fait naître la présence du doigt porté dans l'arrière-bouche. Ces secousses convulsives de toux sont suivies de l'expectoration d'un mucus sanguinolent ; le malade suffoque alors, et est en proie à une vive anxiété ; elles se répètent à de courts intervalles.

Dans la journée du 25, il se développa des symptômes d'entérite caractérisés par des coliques assez vives, du ténesme rectal et des évacuations fréquentes (vingt au moins en vingt-quatre heures) de matières muqueuses mélangées à une assez forte proportion de sang. Ces excrétions étaient douloureuses et arrachaient des gémissements.

Le lendemain 26, on constate à l'inspection de la bouche les lésions suivantes :

Rougeur très-marquée des gencives, des parois buccales et du pharynx, annonçant une inflammation intense de ces parties, lesquelles exhalent une odeur nauséabonde ; les gencives légèrement tuméfiées, rouges, sécrétant au niveau du collet des dents une matière pultacée, jaunâtre. Tuméfaction prononcée des parois buccales, au niveau surtout des dernières molaires ; du côté gauche, on constate un noyau induré, fort douloureux au toucher, et résultant du développement à ce niveau d'une inflammation qui a gagné le tissu cellulaire.

Au niveau des piliers du voile du palais, les signes d'inflammation sont surtout prononcés ; la luette, œdémateuse, est allongée ; les piliers tuméfiés, d'un rouge sombre ; dans la loge amygdalienne, sur les bords des piliers, on aperçoit des productions grisâtres, molles, assez étendues, et qui ont l'aspect ou d'escharres ou de fausses membranes. Sur les parois buccales, il s'est formé par places des dépôts de matière pultacée, comme pseudo-membraneuse, là où l'inflammation a le plus d'intensité. Le gonflement des piliers et de la luette bouche presque l'entrée du pharynx. La sécrétion de la salive est naturellement augmentée, ce qu'on doit plutôt rapporter à l'inflammation et à l'irritation locales qu'à l'absorption du poison. L'intelligence paraît légèrement atteinte, il y a un peu de stupeur ; le pouls est peu fréquent, à 86 seulement. L'excrétion des urines ne présente rien de remarquable.

Le 30, le pouls est de 72 à 76 ; il y a un peu de ptyalisme ; quelques garde-robes sanguinolentes, mais moins nombreuses ; le malade souffre moins.

Le 2 juin, l'inflammation de la bouche se limite et diminue ; les surfaces grisâtres se détachent, elles occupent encore l'intervalle des piliers du voile du palais et s'amincissent ; il y a toujours de la difficulté dans la déglutition ; la face devient pâle ; le sang a cessé presque complétement dans les garde-robes.

Le 4, le malade semble aller beaucoup mieux ; l'inflammation locale a beaucoup diminué ; il n'y a plus de diarrhée sanglante. Depuis plusieurs jours, on fait prendre au malade une potion avec 4 grammes de chlorate de potasse. Pouls à 84 environ. Le malade se lève et descend au jardin.

Les deux jours suivants, même état, sauf l'accroissement de la faiblesse.

Le 7, pâleur extrême avec prostration ; pouls à 88 ; état de cachexie mercurielle rapidement développée ; selles liquides, jaunâtres après le repas. Dans l'après-midi, il se développe une éruption de taches d'aspect ecchymotique, très-nombreuses, répandues sur le tronc et les membres, abondantes surtout dans la région des reins. Les urines, d'une teinte noirâtre, contiennent de l'albumine. Sensibilité exagérée de tout le corps ; pâleur générale ; bruit de souffle à la base du cœur, au premier temps ; hoquets provoqués par le moindre mouvement.

Le 8 juin, la cachexie est des plus prononcées ; à la visite du matin, on trouve le malade dans une prostration profonde ; une heure après, il s'éteint sans convulsions, sans agonie.

Action immédiate du poison, circonstance qui le fait différer de l'arsenic, dont l'action chimique est corrosive et plus lente ; — sensation d'une saveur métallique très-marquée, constriction à la gorge, pouvant donner lieu plus tard à des accès de suffocation et d'étranglement, de toux convulsive ; — nausées, vomissements de matières glaireuses et sanguinolentes avec douleur sur le trajet de l'œsophage ; garde-robes muqueuses, sanguinolentes, avec excrétion douloureuse, ténesme rectal, douleur abdominale, pâleur du visage, facies anxieux, pouls fréquent, petit, lipothymies ; — tuméfaction considérable de la membrane muqueuse buccale et pharyngienne, présentant une couleur blanche qui rappelle celle du muguet, de la diphthérite ou de la cautérisation avec une solution de nitrate d'argent ; — gonflement des glandes salivaires, avec augmentation de sécrétion de la salive, dans les deux ou trois premiers jours, puis plus tard véritable fluxion de nature spéciale, résultant de l'absorption mercurielle et pouvant occasionner la mort, tant par l'absence de sécrétion salivaire que par la mortification des gencives, notamment chez les enfants, — tels sont les caractères généraux que le docteur Taylor assigne à l'empoisonnement par le sublimé dans son *Traité des poisons*. Ce sont ces caractères que M. Vigla a pris pour éléments de comparaison avec le fait qui vient d'être rapporté. Enfin, parmi les symptômes propres à différencier l'action du sublimé corrosif de celle de l'arsenic, M. Taylor signale :

1° Le goût très-prononcé du sublimé corrosif ;

2° La violence des symptômes se produisant quelques minutes seulement après son ingestion ;

3° La présence plus fréquente du sang dans les matières évacuées.

Or, ces symptômes, pour la plupart au moins, sont aussi ceux qui ont été observés chez le malade de la Maison de santé, chez lequel on a pu remarquer en particulier l'invasion rapide des accidents, le goût métallique prononcé, la violence des accès de suffocation, les selles sanguinolentes, le ténesme, et enfin les effets nerveux graves consécutifs à l'action septique du mercure, qui ont fini par amener la mort.

Il a été difficile dans ce cas de savoir exactement la dose de sublimé qui a été absorbée, à cause du vomitif qui a été admi-

nistré peu de temps après l'ingestion du poison. Au reste, d'après les recherches que M. Vigla a faites à ce sujet, la quantité de sublimé nécessaire pour produire la mort est très-variable. 3 grains (15 centigr.) ont suffi pour causer la mort d'un enfant, et 6 ou 8 grains (de 30 à 40 centigr.) ont eu le même effet chez un adulte. D'autre part, on a vu 40 grains (2 grammes) administrés dans les conditions les plus favorables à l'absorption, ne pas être suivis de mort.

Le temps au bout duquel survient la mort, ajoute M. Vigla, n'est pas moins variable. Il a pu n'être que d'une demi-heure dans un cas cité par M. le docteur Welch. Le plus souvent, la terminaison fatale arrive du premier au cinquième jour. Le malade de la Maison de santé qui a vécu douze jours figurerait donc à cet égard dans les cas exceptionnels. Parmi les faits nombreux rapportés par Taylor, il n'y en a qu'un seul où la mort ait été plus tardive, au quinzième jour.

C'est à cette action prolongée du poison que M. Vigla croit devoir rapporter les symptômes exceptionnels offerts par son malade, c'est-à-dire ces taches ecchymotiques nombreuses qui apparurent en si grand nombre à la peau le onzième jour de l'hématurie, de l'albuminurie, et cet état exsangue, cachectique, qui forment en quelque sorte la transition de l'intoxication aiguë à l'intoxication chronique.

On ne trouve ces derniers symptômes ni dans les relations d'Orfila, ni dans celles de Taylor et de M. Devergie. M. Vigla insiste beaucoup sur l'existence de ces phénomènes hémorrhagiques, et ils méritent, en effet, d'autant plus d'être pris en considération, qu'ils ont coïncidé ici avec la manifestation brusque des symptômes de cachexie et de prostration qui ont immédiatement changé l'opinion qu'on avait cru pouvoir se faire jusque-là de l'issue de la maladie, regardée comme devant être favorable deux jours encore avant la terminaison fatale. Cette péripétie imprévue, survenue au dixième jour de la maladie, devra désormais faire apporter plus de réserve dans le pronostic.

La mort est survenue malgré la précaution qui fut prise de donner presque immédiatement un vomitif, et aussitôt après l'eau albumineuse et le lait en grande quantité. M. Vigla n'est pas éloigné de croire néanmoins que cette médication a diminué l'action du poison et éloigné le terme fatal; il pense même qu'elle eût peut-être pu prévenir la mort chez un sujet moins défavorablement disposé, car le sujet auquel il avait eu affaire était éminemment nerveux, éprouvé par des peines morales qui l'ont volontairement porté au suicide, et peut-être épuisé par plusieurs sortes d'excès.

MÉDECINE LÉGALE.

Naissance tardive (1).

Par M. Casper, professeur de médecine légale à l'Université de Berlin.

(Traduit de l'allemand par M. Gustave Baillière.)

On appelle *naissance tardive* la naissance d'un fruit provenant d'une grossesse qui a dépassé la durée moyenne de 280 jours. On a reconnu de tout temps l'importance de la question des naissances tardives à cause des questions de droit, telles que naissance légitime, paternité, hérédité, adultère, et depuis des siècles elle a été le sujet de mémoires et de rapports de la part des médecins et des facultés pour des cas où le moment de la conception d'un enfant né tardivement était contesté. Cette question importante de médecine légale demande la critique la plus sérieuse; les conclusions des anciens et même des modernes sont cependant incroyables; ils se plaisent à citer de bonne foi des cas pour prouver la possibilité des grossesses durant *plus de dix mois*, jusqu'à douze et treize mois, et leurs théories ne font que provoquer l'injustice la plus criante.

Nous allons examiner la plupart des observations les plus connues de naissances tardives.

Une femme (Alberti) accoucha onze mois et quinze jours après le départ de son mari, mort dans ce voyage (on ne dit rien de l'état de l'enfant). Le mandataire des enfants légitimes contestait la légitimité de ce fruit prétendu tardif; il disait que la mère avait vécu en désaccord avec son mari, qu'elle avait fait mettre une fois en prison, et que le mari était parti pour se rendre aux Indes. C'étaient certainement là des circonstances plus que suspectes. Néanmoins la Faculté de Halle (1727) se prononça pour la légitimité de cet enfant, s'appuyant sur « des exemples curieux de *cas analogues* qui, quoique très-rares, ont néanmoins » été observés. »

Voyons quels sont ces cas très-rares cités dans beaucoup d'auteurs, et en particulier dans Henke, invoqués comme preuves, mais simplement mentionnés sans le moindre détail.

La Faculté de Leipzig admit comme fruit tardif l'enfant d'une femme, veuve depuis un an et treize jours, disant que cette naissance appartenait au nombre de celles *qui rarissime et præter naturam accidunt*.

Un homme, qui avait été huit jours avant sa mort déjà *summe debilitatus*, mourut le 2 décembre. Le 25 octobre suivant, c'est-à-dire dix mois et vingt-trois jours après, sa femme accoucha. L'enfant n'est pas décrit. Et à quoi bon se donner cette peine, puisque la Faculté de Giessen base son jugement sur les faits suivants (1689) : « Petrus Aponensis dit » de lui-même qu'il est né après 11 mois; Caldanus dit que » son père est né après 13 mois; Sennert cite le cas d'un » fœtus dont le vagissement fut entendu dans l'utérus après » 11 mois et qui naquit après 12 mois; la Faculté connaît elle- » même un cas de naissance d'une fille après 17 mois; d'après » *ces faits* (*sic!*), on peut regarder l'enfant comme légitime. »

Une femme (Zittmann), dont le mari était parti en voyage, accoucha après 12 mois; la Faculté de Leipzig déclara (1675) que l'enfant était légitime; « car, puisque la nature avance quelque- » fois le terme de la grossesse de deux mois, par exemple les » enfants qui viennent à 7 mois, pourquoi ne pourrait-elle pas » le retarder de deux mois? »

En France, le défenseur acharné de la naissance tardive illimitée, Petit, raconte (1) parmi beaucoup d'autres cas le suivant, que l'Académie des sciences de Paris a consenti à mettre dans ses Mémoires : « Une femme, dans le canton de Souarre, est » restée enceinte pendant trois ans; elle a donné naissance à un » garçon fort et vivant. Vers le dixième mois de sa grossesse, » elle avait senti des douleurs et avait perdu trois litres d'eau, » mais tout fut interrompu par une saignée. L'histoire de ce fait » est soussignée par le maire de l'endroit, un notaire et deux » officiers de santé. » (Alors cela doit être vrai!!) Le rapport de Petit, dans lequel il est fait allusion à « cette histoire véridique », est daté de Paris, 22 janvier 1765, et soussigné par vingt-trois professeurs et médecins d'hôpitaux!

Une autre observation, qu'on trouve citée partout :

La femme de Fodéré sentit des douleurs à l'époque du 9e mois. 40 jours plus tard elle donna naissance à un enfant. (Comment était l'enfant?) Deux ans après elle redevint grosse et fut obligée de sevrer. Dix mois et demi après elle accoucha (elle est donc devenue enceinte pendant qu'elle nourrissait, et ici il est reconnu que les femmes se trompent toujours; de plus elle avait donc nourri le premier enfant pendant deux ans). Après 9 mois elle eut de même qu'à la première grossesse de fausses douleurs; la fille qui naquit « était si petite et chétive que la mère ne s'aperçut pas qu'elle accouchait, et que l'enfant ne put être conservée qu'au moyen d'une foule de soins artificiels. » Un enfant qui naît après 315 jours tombe sans que la mère s'en aperçoive, et a besoin, pour être conservé, d'une foule de moyens artificiels! On voit que ce cas n'est pas croyable, et doit être le résultat d'une mauvaise observation.

Klein rapporte : « Ma femme, arrivée au terme ordinaire de sa » grossesse, eut pendant quatre semaines tous les jours des dou- » leurs; à chaque instant nous attendions l'accouchement, qui, » après quatre semaines, s'accomplit très-vite. L'enfant pesait » une livre et demie de plus que nos autres enfants (*sic!*). Il » avait 2 pouces de plus de longueur, les fontanelles étaient » tout à fait fermées. » (Et la naissance d'un tel enfant se fit très-vite!)

Klein ajoute : « Je suis aussi parfaitement sûr que la com- » tesse X... eut une grossesse qui se prolongea de quatre semai- » nes. » Ces deux observations me paraissent aussi concluantes l'une que l'autre. Ces cas de Klein, Fodéré, sont très-fameux, et on y ajoute d'autant plus d'importance, qu'ils ont été observés sur des femmes de médecins. Ils sont cependant loin d'avoir été soumis à un contrôle scientifique, car ils ne résistent pas quand on en discute les détails. Écoutez maintenant le cas de Siebold (Henke). Une paysanne n'avait pas vu apparaître ses règles depuis douze semaines; se croyant enceinte, elle alla consulter un officier de santé; celui-ci la confirma dans son soupçon et obtint d'elle qu'elle se livrât à lui, parce que, disait-il, cela ne pouvait plus rien faire. Juste quarante semaines après cette visite, elle accoucha. Siebold attribue la première cessation des règles à la grande chaleur; ce qui est très-croyable. Il est inouï que ce cas, bien interprété par Siebold, ait été invoqué par Henke comme un exemple de naissance tardive. Taylor et Morphy citent aussi des exemples qui ne résistent pas plus à une critique sérieuse.

DURÉE ET DIAGNOSTIC DE LA NAISSANCE TARDIVE.

Durée. — Il n'y a cependant pas de doute que la grossesse puisse dépasser la durée moyenne de 275 à 280 jours. Mais la physiologie et l'observation sont d'accord pour lui assigner une certaine limite. Depuis les temps les plus anciens, on a considéré le cycle de dix périodes menstruelles comme la durée de la grossesse, et ce fut le mérite de Cederschjöld d'avoir remarqué le premier que l'intervalle entre deux menstrues n'est pas le même chez toutes les femmes, et que, par conséquent, la durée de la grossesse peut varier selon les organisations individuelles; ainsi on trouvera chez les femmes qui ont leurs règles tous les 28 jours, ce qui arrive le plus souvent, la grossesse durant $28 \times 10 = 280$ jours; chez celles qui ont leurs règles tous les 29 jours, la grossesse durant $29 \times 10 = 290$; enfin, chez celles qui ont leurs règles tous les 30 jours, la grossesse durant $30 \times 10 = 300$ jours. M. Schuster a continué les observations de Cederschjöld, il a communiqué dans son mémoire quatre observations, dont deux concernaient sa propre femme. Cette dame avait entre ses menstrues l'intervalle de 29 à 30 jours; la première grossesse avait duré 296 jours, et la seconde 300 jours. Une femme bien portante, qui avait entre ses règles un intervalle de 29 jours, accoucha une fois après 287 jours, et une autre fois après 288 jours.

D'après ce qui précède nous concluons :

1° La durée ordinaire de la grossesse est de 275 à 280 jours.

2° La grossesse peut sans aucun doute durer plus longtemps, savoir *jusqu'au* 300e *jour*.

3° Les durées plus longues, les naissances tardives de 11, 12 et 13 mois, sont complétement à rejeter. Il s'ensuit que les législations ont parfaitement adopté le *terminus ad quum*, et que la science ne saurait demander aucune modification.

Diagnostic. — Le diagnostic des naissances tardives est très-difficile en médecine légale. Les circonstances invoquées par les auteurs, telles que la bonne réputation de la femme, la grossesse annoncée dès le commencement, ne méritent pas d'être prises en considération. Quant aux signes scientifiques, ils laissent eux-mêmes beaucoup à désirer. Quelques-uns peuvent avoir une valeur négative, telles que les affections de la mère. On sait en effet que l'anémie, l'hydrovaire, les affections mentales, sont des causes qui précipitent l'accouchement. Le manque de développement de l'enfant est aussi un symptôme négatif; ainsi nous n'hésiterions pas devant un enfant chétif, comme celui décrit plus haut par Fodéré, « si petit que sa mère ne s'est pas aperçue de l'accouchement, » à déclarer qu'il n'y a pas naissance tardive. Les signes scientifiques sont donc très-imparfaits; ceux auxquels on attribuera le plus de valeur sont :

1° Apparition de douleurs au terme ordinaire de la grossesse. Ces douleurs ont été observées par les médecins les plus expérimentés.

2° La puissance incontestable du père au moment de la prétendue conception.

3° L'intervalle périodique des menstrues de la femme. Ce dernier signe sera malheureusement très-difficile à vérifier, surtout pour le médecin légiste, car il lui sera presque impossible d'obtenir des données hors de soupçon. Lorsque ces trois signes ne pourront pas lui permettre de poser un diagnostic évident, le médecin légiste devra exposer à la Cour les difficultés qu'il rencontre, et lui laisser le soin de décider.

NOTE SUR UN MOYEN TRÈS-SIMPLE de pratiquer la ligature des polypes fibreux utérins.

Par M. le Dr Hamon, de Fresnay (Sarthe).

Pour pratiquer la ligature des corps fibreux de l'utérus, il est toujours nécessaire de disposer d'un certain appareil instrumental. Ainsi il faut être muni : d'un ou de plusieurs porte-fils, d'une canule spéciale, d'un serre-nœud.

Or tous les praticiens ne possèdent pas ces divers instruments, qui sont loin d'être dans la pratique d'un usage journalier.

Telle était précisément la position dans laquelle je me trouvais le 28 mai dernier. Un léger effort d'imagination est heureusement bientôt venu à mon aide.

Mme B..., demeurant à 12 kilomètres de ma résidence, m'avait fait appeler pour remédier à des pertes de sang qui depuis trois ans l'avaient réduite au dernier état d'anémie. Plusieurs confrères, qui lui avaient donné leurs soins avant moi, l'avaient traitée pour de soi-disant accidents ménopausiques, et n'avaient même pas songé à examiner l'utérus.

Aux premiers renseignements fournis par la malade, je soupçonnai une affection organique, vraisemblablement parasitaire de l'utérus. Le toucher vint bientôt confirmer cette supposition.

Je trouvai, en effet, une tumeur consistante, me paraissant du volume du poing d'un enfant de cinq à six ans, entièrement sortie du col de l'utérus, au fond duquel elle semblait prendre attache par un pédicule assez épais, puisqu'il me sembla offrir une circonférence égale à celle de l'extrémité des cinq doigts réunis.

L'opération fut aussitôt offerte, acceptée, et remise à quelques jours de là.

La tumeur m'avait paru difficile à abaisser; la malade était profondément anémique. Cette double considération m'avait semblé devoir militer en faveur de la ligature. Je résolus donc de tenter d'abord de ce mode opératoire, sauf à recourir ultérieurement, s'il y avait lieu, à un autre moyen.

N'ayant pas à ma disposition, ainsi que je l'ai déjà dit, les instruments nécessaires usités en pareille circonstance, voici comment j'y suppléai.

Je fis pratiquer à une sonde de femme en argent, tout près de son bec et en un point correspondant à la concavité de l'algalie, un œil supplémentaire.

Je choisis un fil de fer recuit, assez fin, long de 60 centimètres environ. Sur l'une de ses extrémités, je pratiquai de 8 en 8 millimètres à peu près une quinzaine de nœuds simples. Cela fait, j'introduisis ce lien dans la sonde, en engageant successivement dans l'œil supplémentaire chacun de ses deux chefs. L'anse qui en résultait devait constituer le lien constricteur.

Pour en compléter la description, j'ajouterai que le fil simple, lorsque l'appareil est appliqué, doit être solidement attaché à l'anneau de la sonde, et ne peut plus être dérangé.

Toute la constriction doit être effectuée sur l'autre extrémité du lien, pourvue de la série de nœuds signalés plus haut.

La tumeur une fois bien saisie par le lien constricteur, on fait en sorte, en tirant sur l'extrémité simple, de faire remonter les nœuds de l'extrémité dans l'algalie, de telle sorte qu'il devienne possible d'opérer, à l'aide d'un nombre suffisant de ceux-ci, une constriction aussi étendue que possible.

Le polype étant étranglé convenablement dans l'anse métallique par la traction opérée sur l'extrémité simple, celle-ci solidement nouée à

(1) Extrait de la traduction française du *Traité de médecine légale*, par M. Casper (sous presse).

(1) *Recueil de pièces relatives à la question des naissances tardives*. Amsterdam, 1766.

l'anneau, il ne reste plus qu'à s'opposer au retrait du fil. Or l'extrémité noueuse pouvait seule remonter dans la sonde et faire cesser la constriction; rien de plus simple pour s'y opposer. Une cheville en bois, du diamètre du pavillon de la sonde, engagée dans cette dernière, suffit pour empêcher le dernier nœud de remonter.

Il est maintenant aisé de comprendre le mécanisme de ce petit instrument. Pour étrangler le polype, il suffit de tirer sur l'extrémité noueuse autant qu'il est nécessaire. Le lien resserré, on place aussitôt la cheville, et l'on peut aisément s'assurer, en comptant le nombre des nœuds sortis de l'algalie, du degré de constriction produit, et apprécier par là même, approximativement, les progrès de la section du collet fibreux.

Si l'on avait lieu de suspecter la solidité du fil de fer recuit, on pourrait parfaitement lui substituer un cordonnet de soie que l'on préparerait de la même façon, et dont les nœuds seraient également arrêtés par le moyen de la cheville en bois.

Il est aisé de s'assurer, en essayant l'instrument sur un corps quelconque, que la constriction qu'il est apte à produire est parfaitement suffisante pour atteindre le but que l'on se propose, pour peu que le cordon employé soit susceptible d'offrir le degré de solidité, de résistance indispensables.

Voici comment j'ai procédé chez ma malade à l'application de la ligature :

Saisissant le corps fibreux à l'aide d'une pince de Museux, je me suis efforcé de l'abaisser autant que possible pour rendre la manœuvre plus facile. Je n'ai pu, toutefois, lui faire franchir que très-incomplétement l'orifice vulvaire.

Confiant l'instrument à un aide, j'ai fait pénétrer la sonde, armée de son fil constricteur, jusqu'au collet du corps fibreux, en ayant eu la précaution de donner à l'anse une étendue assez considérable pour que sa portion moyenne dépassât le conduit vulvaire.

Faisant maintenir la sonde par un aide intelligent, j'opérai moi-même une traction ménagée sur les deux chefs du lien, de manière à réduire graduellement les dimensions de son anse, qu'il me fut aisé de conduire, portée dans la rainure de l'ongle de l'index droit, jusque sur le collet de la tumeur. Celui-ci bien saisi, je rassemblai les deux chefs de la ligature; je fis remonter dans la canule l'extrémité du fil marqué par les nœuds; je fixai l'autre chef solidement à l'anneau de l'algalie; opérant enfin une constriction assez énergique sur celui qui était demeuré libre, j'assurai la ligature à l'aide de la cheville, qui empêchait le dernier nœud de remonter.

Cela fait, je m'assurai que le lien était bien posé, que sa solidité était parfaite. Je détachai alors la pince de Museux, et l'utérus, en remontant aussitôt, entraîna avec lui le polype fibreux dans la cavité pelvienne.

Le lendemain, je trouvai la malade dans un état satisfaisant. Je serrai d'un nœud.

Le quatrième jour, je crus remarquer une légère sensibilité à l'hypogastre. A tort ou à raison je pris l'alarme; considérant, d'une part, l'épuisement de cette malheureuse femme, qui me faisait craindre les dangers d'une résorption putride (l'écoulement vaginal était devenu d'une fétidité repoussante); craignant, d'autre part, que l'éloignement de ma résidence ne me permît pas de la surveiller avec tout le soin désirable, je résolus d'en finir d'un seul coup.

J'abaissai donc de nouveau le corps fibreux avec une pince de Museux; je portai, à l'aide des deux index, une ligature d'attente aussi haut que possible sur le collet de la tumeur; puis, armé de ciseaux mousses courbés sur le plat, j'opérai, guidé par l'index gauche, la section de son pédicule.

L'utérus remonta aussitôt, emportant la ligature d'attente, le fil de fer constricteur et la sonde; je retirai aisément ces deux derniers. Je pus alors m'assurer que le col de l'utérus s'était refermé.

Quatre jours après l'opération, une légère traction suffit pour retirer la ligature.

L'examen de la tumeur ne tarda pas à témoigner du succès qui ne devait pas tarder à couronner ma tentative, si j'avais persisté dans ma première résolution.

Divisée suivant son diamètre longitudinal, je constatai que sa moitié centrale avait conservé sa coloration blanchâtre normale. Sa portion externe, au contraire, déjà légèrement ramollie, présentait une teinte noirâtre, qui décelait manifestement un commencement de décomposition.

Ce corps fibreux ne contenait aucun vaisseau de gros calibre. Il était constitué par une série de couches cellulo-fibreuses entrelacées d'une façon bizarre, et qu'il était assez aisé de séparer partiellement.

Les suites de cette opération ont été des plus heureuses. La malade est déjà méconnaissable, tant son teint a refleuri.

En résumé, je crois que la section des polypes fibreux par le moyen de la ligature a été frappée injustement d'une proscription trop générale.

Je n'hésiterais pas, pour mon compte, à y avoir recours dans les conditions suivantes :

Lorsque la femme est épuisée par d'abondantes pertes de sang. Je n'ignore pas que les hémorrhagies consécutives à l'excision sont rares, mais elles ne sont pas impossibles. D'un autre côté, il n'est pas toujours facile de poser une ligature d'attente.

Lorsque, dans ces dernières conditions principalement, le toucher permet de constater des pulsations artérielles.

Lorsque le polype fibreux, encore en partie contenu dans l'utérus, est beaucoup plus aisément accessible aux moyens de constriction qu'à l'instrument tranchant.

Lorsque son abaissement est impossible ou difficile.

En dehors, enfin, de toutes ces conditions, les cas dans lesquels les polypes fibreux se prêtent plus rationnellement encore à la ligature, ce sont ceux dans lesquels leur collet est mince, peu parenchymateux, et contient un vaisseau artériel.

Je crois, enfin, que le moyen si simple que j'ai indiqué pour pratiquer la ligature, est susceptible de remplacer, dans la plupart des cas, les instruments employés au même effet. Si l'élévation du collet du corps fibreux ne permettait pas de conduire jusqu'à lui, à l'aide de l'index, le lien constricteur, il faudrait avoir recours au procédé de M. Favrot (voyez Malgaigne, *Manuel de médecine opératoire*, p. 677, édition de 1849), ou tout simplement porter le cordonnet à la hauteur voulue, à l'instar de Mayor, à l'aide d'une tige de baleine, voire même de bois simple, terminée en pattes d'écrevisse.

DEUX CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LA MORELLE, dont l'un s'est terminé par la mort.

Par M. le docteur MAGNE (de Souillac).

La morelle, *solanum nigrum*, est considérée par plusieurs auteurs comme tout à fait inoffensive. Aux relations de faits établissant ses propriétés toxiques, on répond qu'il est vraisemblable que les accidents produits étaient dus aux fruits ou aux feuilles de la belladone, qui quelquefois est appelée vulgairement morelle. Cependant Orfila, dans sa *Toxicologie*, cite un exemple des effets délétères de cette plante; Alibert en cite un autre dans sa *Matière médicale*. Je viens joindre un nouveau fait à ceux déjà connus pour prouver que la morelle est réellement un poison, et un poison d'autant plus dangereux, que la saveur douceâtre de ses baies et de ses feuilles ne met pas les enfants assez en garde contre la tentation de les manger.

Le 10 août 1859, vers cinq heures du soir, Rose D... et Marie M..., de Souillac (Lot), âgées de trois ans et demi, suivirent la veuve M..., qui allait aux champs. Elles s'arrêtèrent sur un chemin bordé de murs, à 100 mètres environ des dernières maisons de la ville. La veuve M..., voyant les enfants s'amuser tranquillement dans un coin, ne s'occupa nullement de ce qu'elles faisaient. Elles rentrèrent chez elles vers sept heures du soir.

Marie M... ne voulut rien manger du souper de sa famille. Vers huit heures, elle se plaignit du ventre et demanda à se coucher. Cette enfant, qui avait eu la diarrhée pendant quelques jours, était à cette époque bien remise. Sur les neuf heures, la douleur de ventre augmenta et il survint quelques nausées sans vomissements. Il s'y joignit de l'agitation et bientôt du délire. Ces symptômes s'aggravèrent, et vers minuit la petite malade pouvait à peine être maintenue dans son lit, délirant, bredouillant et cherchant à s'échapper des mains qui la retenaient. On se borna à quelques remèdes insignifiants pendant le reste de la nuit.

Rose D..., qui jouissait précédemment d'une parfaite santé, fut prise des mêmes accidents, mais avec moins d'intensité. Elle passa toute la nuit très-agitée et sans sommeil, avec des frayeurs, des hallucinations et de la carphologie (crocidisme). Ce fut elle que je visitai la première, vers cinq heures du matin.

Je la trouvai endormie depuis quelques instants. Le pouls était presque normal, et la respiration calme. N'ayant encore reçu aucun renseignement sur la cause de ces accidents, je crus à une attaque d'éclampsie sur son déclin; je me bornai à prescrire des cataplasmes sinapisés promenés sur les extrémités inférieures et l'application éventuelle de quelques sangsues.

Je vis ensuite Marie M... Elle était dans l'état le plus grave : ventre excessivement développé et tendu, pouls très-fréquent, à peine perceptible, respiration précipitée, face pâle, dilatation énorme des pupilles, agitation des membres, avec carphologie, abolition de l'intelligence.

Ayant été deux fois témoin d'accidents produits par une trop forte dose d'extrait de belladone; éclairé du reste par la similitude des symptômes observés chez Rose D..., je n'eus pas de doute qu'elles ne fussent toutes les deux empoisonnées par une solanée vireuse. J'administrai 0,10 centigr. de tartre stibié que j'avais sur moi, et fis donner de suite des lavements avec de l'eau salée et du savon. Les vomissements, sollicités par la titillation de la luette et par l'ingestion d'eau tiède mélangée d'huile, ne purent s'effectuer : il y eut seulement quelques déjections bilieuses par le bas. L'affaiblissement fit des progrès rapides, et l'enfant succomba vers sept heures, sans avoir pu prendre de l'opium que j'avais prescrit. L'autopsie ne me fut pas permise.

Revenu près de Rose D... peu d'instants après ma première visite, je la trouvai réveillée et assise sur son lit; sa figure exprimait la frayeur et l'étonnement; les pupilles étaient complétement dilatées et immobiles; il y avait un reste de carphologie; elle commençait à reconnaître ses parents, ce qu'elle n'avait pas fait de toute la nuit. Pensant que le poison n'était plus dans l'estomac, je lui fis prendre quatre cuillerées d'huile d'olive avec de l'eau tiède et administrer des lavements purgatifs. Il y eut dans la matinée plusieurs déjections abondantes, mais sans traces de débris de morelle.

L'enfant se calma peu à peu et s'endormit. Ce sommeil se prolongeant très-profond et d'une manière inquiétante, je prescrivis une tasse ordinaire de café, qu'elle prit très-bien.

Le soir tout était rentré dans l'état normal, sauf les pupilles, qui restaient dilatées.

Cette enfant raconta à sa mère qu'elle et Marie avaient fait de la salade avec de l'herbe; que, la trouvant mauvaise, elle en avait peu mangé, tandis que sa compagne en avait beaucoup pris.

Je me transportai, le matin même de l'accident, sur le chemin où les petites filles s'étaient arrêtées la veille; je reconnus l'endroit où elles s'étaient amusées, et que l'on me désigna du reste. Le terrain était piétiné, et quelques débris de morelle étaient épars çà et là. Cette plante croissait en abondance sur les bords du fossé; plusieurs tiges paraissaient fraîchement coupées; partout ailleurs cette plante était intacte. Je la reconnus parfaitement à ses caractères botaniques; elle portait en même temps des fleurs et des fruits encore verts.

Il n'y a dans la contrée ni de jusquiame ni de belladone. Le *datura stramonium* ne croît que sur les sables d'alluvion de la Dordogne, rivière distante de 1,200 mètres environ de la ville. Le tabac, que l'on cultive dans les champs, n'était pas encore récolté le 10 août; il a une saveur âcre et repoussante qui l'eût fait rejeter par les enfants. Depuis plus de quarante ans que la culture du tabac est autorisée dans le Lot, je ne connais pas un seul exemple d'empoisonnement par cette plante. D'ailleurs, les symptômes eussent été différents. Enfin, il est constant que les petites filles ne s'étaient pas écartées du chemin où elles étaient surveillées par la veuve M..., et que de toute la journée elles n'étaient allées nulle autre part.

Toutes ces circonstances réunies, jointes à l'aveu de Rose D..., ne doivent pas laisser de doute. C'est bien la morelle qui a causé les accidents observés. Cette plante, prise en certaine quantité, est donc très-vénéneuse, et les symptômes qu'elle produit diffèrent peu de ceux de la belladone, dont l'action est seulement plus active.

SIROP DE SCILLE COMPOSÉ (PHARMACOPÉE ANGLAISE).

Scille en morceaux.	} ãã	120 gram.
Polygala seneca en morceaux. .		
Tartre stibié.		2 gr.,50
Eau.		1250 gram.
Sucre..		1750 —

Versez l'eau sur la scille et le polygala; faites bouillir et réduisez à moitié par l'ébullition; exprimez, ajoutez le sucre, faites évaporer jusqu'à réduction à 1750 grammes, et pendant que le sirop est encore chaud, ajoutez le tartre stibié. C'est le fameux *Hive syrup* des Américains.

Dose : pour les adultes, de 4 à 8 grammes; pour les enfants, de 5 à 15 gouttes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 septembre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. DEGUISE fils demande la parole à propos du procès-verbal, pour informer la Société qu'il n'a pu retrouver dans ses notes l'observation d'opération de fistule salivaire pratiquée par son grand-père par le procédé auquel il a laissé son nom; mais que son père a suivi avec intérêt et revu plusieurs fois après l'opération la jeune fille qui l'a subie, et qu'il a pu constater que les deux fistules, créées par le fil de plomb, persistaient encore après plusieurs années, et que toutes deux livraient passage à la salive.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les journaux de la semaine.

2° Un mémoire de M. Duchenne (de Boulogne), intitulé : *Recherches électro physiologiques et pathologiques sur les muscles qui meuvent le pied*. Paris, 1856.

3° Un travail de M. Sirus-Pirondi, intitulé : *Relation historique et médicale de l'épidémie cholérique qui a régné à Marseille pendant l'année* 1858. Paris, 1859.

4° Un mémoire de MM. les docteurs Bataihé et N. Guillet sur l'alcool et les composés alcooliques en chirurgie. Paris, 1859.

5° Le numéro 2 du tome IV du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*.

6° Une notice biographique sur L. J. Bégin, ancien inspecteur et président du conseil de santé des armées, par M. Grellois, secrétaire du conseil de santé. Paris, 1859.

Cette notice est présentée par M. Larrey, au nom de l'auteur.

La correspondance manuscrite se compose d'un travail sous forme de lettre, adressé à la Société par M. Andrieux (d'Amiens), à propos du rapport fait à la Société par M. Laborie, sur une opération césarienne dont notre confrère d'Amiens nous a donné l'histoire.

Consultée à l'effet de savoir si ce nouveau travail de M. Andrieux, tendant à mettre en discussion le rapport d'un de ses membres par un confrère étranger à la Société, doit être lu en public, la Société décide à la majorité des voix qu'il ne sera pas donné lecture publique de la lettre de M. Andrieux (d'Amiens).

M. BOUVIER présente, au nom de M. Duchenne (de Boulogne), un mémoire manuscrit sur l'emploi thérapeutique de la faradisation appliquée aux déviations du pied signalées par cet auteur dans son mémoire imprimé.

A ce mémoire sont joints quatre moules en plâtre : les numéros 1 et 2 de ces moules représentent un pied creux valgus, non douloureux, par contracture du long péronier latéral *seul*. La faradisation du jambier antérieur et le redressement brusque ont amené la guérison.

Les n°s 3 et 4 représentent un pied plat, valgus douloureux. Avant que M. Duchenne entreprît de le traiter, M. Richard avait fait sur ce pied la section du long extenseur des orteils et du court péronier, en ménageant le long péronier atrophié. Après la ténotomie le valgus fut réduit, mais la voûte plantaire resta effacée, et les douleurs du pied persistèrent. La faradisation du long péronier rétablit peu à peu la voûte, fit disparaître les douleurs et amena une guérison complète. (Commissaires, MM. Bouvier, Gosselin et Richet.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. DEBOUT demande l'avis de ses collègues sur le cas de vice de conformation suivant :

J'ai été consulté, dit M. Debout, par Mlle Louise D..., âgée de 20 ans, d'un tempérament nerveux, d'une bonne constitution, n'ayant jamais éprouvé de maladie grave, pour un vice de conformation des organes génitaux externes qui a fait regarder cette jeune fille comme un exemple d'hermaphrodisme.

Le moule en plâtre que je mets sous vos yeux vous permettra de vous rendre compte de la disposition des parties. Le clitoris, du volume du petit doigt, long de 4 ou 5 centimètres, se termine par un gland à la base duquel, comme dans les cas d'hypospadias, se trouve l'ouver-

ture par laquelle s'écoule l'urine. En arrière du gland, sur le corps de l'organe, existe un repli cutané qui simule un prépuce refoulé. Sous l'influence de la moindre idée lascive, et souvent même spontanément, cet organe entre en érection d'une façon désagréable pour la malade.

De chaque côté du clitoris existent les grandes lèvres, dont le développement est normal; celle du côté gauche offre à sa partie moyenne un relief dû à la présence de l'ovaire, sorti de la cavité du bassin par l'anneau inguinal. Cette saillie de la grande lèvre lui donne l'aspect de l'une des bourses; une particularité ajoute un nouveau trait à cette ressemblance. Chaque fois que le clitoris entre en érection, on voit un mouvement ascensionnel se produire dans les grandes lèvres, comme si elles étaient doublées d'un muscle crémaster.

Lorsqu'on écarte ces grandes lèvres, on ne trouve aucun vestige d'ouverture vulvaire; celle-ci est remplacée par une cloison formée à l'extérieur par une peau recouverte d'épithélium. Sur la ligne médiane existe un raphé, qui se prolonge de la commissure des grandes lèvres à l'ouverture située en arrière du gland du clitoris.

Voilà pour l'aspect extérieur des parties. Avant de chercher à vous rendre compte de la disposition des organes internes, je dois vous donner quelques détails sur le jeu fonctionnel de ces organes. Le réservoir urinaire est normal, ainsi que la miction. Il en est de même de l'utérus. La première apparition des règles a eu lieu il y a deux ans, sans autre phénomène que des douleurs de reins. L'écoulement sanguin dure un seul jour, mais il revient régulièrement chaque mois, précédé toujours de douleurs de reins, qui, lorsqu'elles sont très-vives, s'irradient dans l'aine droite seulement. A partir du jour où les douleurs commencent à se faire sentir, des envies très-fréquentes d'uriner ont lieu toutes les cinq minutes. Les urines deviennent brûlantes, elles se foncent en couleur jusqu'au jour où, suivant l'expression de la malade, elle n'urine plus que du sang.

Quelques jours avant et après l'époque menstruelle, les urines laissent déposer un mucus blanchâtre, dû, nous le verrons, à un écoulement leucorrhéique.

Les évacuations alvines sont régulières; néanmoins, pendant la journée des règles la malade ressent des douleurs très-vives dans le périnée et y éprouve la sensation d'un poids.

Ces notions permettaient de prévoir que non-seulement l'utérus existait, mais encore le vagin.

Si on introduit une sonde de femme par l'ouverture située au-dessous du clitoris, l'instrument pénètre dans une cavité qui n'est pas la vessie, car l'urine ne s'écoule pas. Le doigt placé dans le rectum sent le bec de l'instrument séparé seulement par une cloison peu épaisse. Le bec de la sonde peut être mû latéralement dans une certaine étendue. Enfin, si on retire l'instrument en ayant soin de boucher le pavillon avec le doigt, on ramène de cette cavité tantôt un liquide séro-muqueux semblable à celui fourni par les flux leucorrhéiques, d'autres fois un liquide moins abondant, mais plus épais, transparent, analogue à de la glaire d'œuf, comme celui que l'on observe surtout dans les cas de catarrhe utérin.

De l'ensemble de ces faits, j'ai pensé qu'il y avait lieu d'intervenir dans ce cas, et de pratiquer tout d'abord l'incision de la cloison peu épaisse qui bouche l'ouverture vaginale. Cette première opération aura pour résultat immédiat de fournir une issue facile au sang des règles et au flux leucorrhéique. Elle permettra ensuite d'apprécier l'état du vagin, et de juger s'il y a lieu de poursuivre plus loin les manœuvres opératoires.

M. CAZEAUX demande si, par le toucher rectal, on a pu constater la présence d'un utérus, sur laquelle il élève des doutes.

M. DEBOUT a porté très-haut le doigt dans le rectum sans rencontrer l'utérus; mais la présence de cet organe lui semble devoir être admise en raison de l'apparition régulière de la menstruation.

M. RICHARD est d'avis qu'il faut s'abstenir de toute opération; il a toujours vu en pareil cas les opérations suivies de résultats fâcheux. Il croit pouvoir affirmer que, malgré son aspect féminin, le sujet dont M. Debout vient de décrire le vice de conformation est un mâle. Le clitoris n'est autre chose qu'une verge; la fente vulvaire, le canal de l'urèthre divisé, et l'ovaire un testicule.

Tous les hermaphrodites, selon M. Richard, sont des mâles, parce que les mâles seuls peuvent présenter des arrêts de développement.

C'est pourquoi aucune des opérations entreprises pour restaurer les parties génitales n'a été couronnée de succès.

M. MOREL-LAVALLÉE donne le conseil de pénétrer dans la vessie avec une sonde en gomme élastique : cet instrument lui paraît plus propre par la courbure qu'on peut donner au mandrin que la sonde rigide en argent pour s'assurer de l'état des parties, dont une notion parfaitement exacte est indispensable avant de rien entreprendre.

M. HUGUIER, combattant l'opinion de M. Richard, lui oppose un fait dans lequel un sujet atteint de vice de conformation des parties génitales paraissait être mâle avant la dissection des pièces, et chez qui néanmoins il trouva un utérus à l'autopsie.

Il pense que la malade de M. Debout doit être touchée très-haut par les deux orifices, et qu'elle ne doit pas être opérée si le toucher ne révèle pas l'existence de l'utérus.

Il demande qu'on veuille bien s'assurer de la présence d'une vessie, et de la source du sang mêlé aux urines à certaines périodes, car le sang uriné peut provenir d'une exhalation de la muqueuse vésicale, et ne démontre pas qu'il existe une véritable menstruation.

Si l'utérus et la vessie existent, alors seulement il conseille de faire une opération consistant dans une simple incision pour diminuer la hauteur du périnée, opération sans aucune gravité.

M. DEPAUL regrette que l'examen de la malade n'ait pas été plus complet. Il croit possible de constater toujours la présence de l'utérus par le toucher rectal, en prenant la précaution de faire coucher les malades à plat sur le dos, sur le bord d'un lit.

M. Richard, selon lui, s'est montré beaucoup trop préoccupé de physiologie en formulant son opinion sur le cas dont il s'agit, cas qui ne lui paraît pas aussi grave qu'à son collègue. Tous les phénomènes décrits par M. Debout peuvent, en effet, s'expliquer par la soudure des petites lèvres, accident assez commun chez les petites filles et qui se produit à une époque plus ou moins éloignée de la naissance.

L'écoulement du sang, que M. Huguier explique par une exhalation de la vessie, serait pour M. Depaul l'écoulement menstruel normal, dont la sortie serait gênée par l'oblitération incomplète de la vulve.

D'après cette opinion, une opération exploratrice lui paraît possible et sans inconvénient.

M. VERNEUIL n'admet pas en principe l'opinion de M. Richard sur les hermaphrodites; il y a très-certainement des hermaphrodites à éléments mâles, et des hermaphrodites à éléments femelles.

L'apparition des règles dans le cas dont il est question lui paraît difficile à expliquer, et il est porté à admettre que cette jeune fille est atteinte d'oblitération de la vulve, avec fistule vésico-vaginale.

Il est donc d'avis qu'il convient de tenter quelque chose, et de pratiquer une incision qui peut faire disparaître la difformité sans courir d'autre risque que de ne rien réparer.

M. GUERSANT a vu huit ou dix enfants réputés hermaphrodites. Il a cru d'abord avoir affaire à des petites filles; mais sur le nombre de ces enfants, il put s'assurer par le toucher rectal que la matrice n'existait pas, et que trois ou quatre étaient des garçons.

Il pourrait croire que la malade de M. Debout est mâle, s'il n'avait vu, comme M. Depaul, bon nombre de petites filles présentant une vulve à leur naissance, et chez lesquelles, à un âge plus avancé, les petites lèvres agglutinées la faisaient disparaître.

Il conseille donc aussi une incision exploratrice.

M. RICHET, envisageant le fait à un autre point de vue pratique, rapporte qu'une jeune fille n'ayant jamais eu ses règles, et désirant se marier et jouir de toutes les conditions de la femme, vint réclamer ses soins.

S'étant assuré par le rectum de la présence de l'utérus, il incisa la membrane hymen, et trouva à deux centimètres au-dessus une oblitération du vagin. Il poussa son doigt contre l'obstacle, et, reconnaissant une fluctuation manifeste, il y plongea un trocart dont la canule donna issue à des mucosités. L'incision du diaphragme obturateur lui permit alors d'examiner le col de l'utérus, qu'il trouva imperforé.

M. Richet voit dans ce fait une raison péremptoire pour s'abstenir de toute opération lorsque le *molimen hemorrhagicum* des règles ne se manifeste pas.

M. CAZEAUX a pu constater chez une jeune fille que la présence de l'utérus n'est pas nécessaire à la manifestation du molimen menstruel, et que la présence des ovaires suffit pour le provoquer.

Il fait remarquer que la malade de M. Debout ne rend du sang qu'en urinant, et qu'à l'encontre du cours normal des règles, aucun écoulement de sang n'a lieu avant ou après la miction. Il pourrait donc bien se faire que l'utérus n'existât pas, et que la présence constatée de l'ovaire donnât lieu dans les organes voisins à une congestion et à une exsudation sanguine périodiques.

M. VERNEUIL ne pense pas que cette circonstance détruise son opinion; car dans le cas d'une oblitération de la vulve avec fistule vésico-vaginale, le vagin sert de réservoir à l'urine en même temps qu'au sang menstruel, et les choses ne doivent pas se passer autrement que chez la jeune fille dont M. Debout a entretenu la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEPAUL fait voir un polype pédiculé du rectum qu'il a enlevé par l'écrasement linéaire à une femme de soixante ans.

Les détails relatifs à ce fait seront donnés dans la prochaine séance.

Le secrétaire, LEGOUEST.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Bachelot, né à Loué (Sarthe); *De l'orchite blennorrhagique aiguë.*

Garrigou, né à Limoges (Haute-Vienne); *De l'hémorrhagie cérébrale, envisagée principalement au point de vue des symptômes et du traitement.*

Nansot, né à Varreddes (Seine-et-Marne); *Des quarantaines.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous croyons devoir publier comme un bon exemple, dit le *Journal de médecine de Bordeaux*, la lettre suivante que nous adresse M. Jeannel. Elle répond à une bonne inspiration du président regretté de l'Association générale.

Bordeaux, 8 septembre 1859.

Mon cher Confrère,

Je vous prie d'accepter, pour l'Association médicale de la Gironde, un coupon de rente de 12 fr., destiné au payement annuel de ma cotisation à perpétuité.

En cas de dissolution de l'Association médicale de la Gironde, je désire que ce coupon de rente soit offert à l'Association générale des médecins de France, et en cas de dissolution de celle-ci, à l'Association médicale de prévoyance et de secours mutuels comprenant le plus grand nombre de membres.

Recevez, etc. J. JEANNEL, D. M. P.

— Une assemblée générale de l'Association des médecins de la Gironde a eu lieu le 15 septembre, à Bordeaux, à l'effet de former au scrutin une liste de trois candidats pour la présidence, devenue vacante par la mort de M. Arthaud.

Voici le résultat de ce scrutin : 1° M. Mabit; 2° M. Moussous; 3° M. Froin.

M. Moussous laissant une place vacante dans le conseil d'administration, un nouveau scrutin a désigné pour le remplacer M. Reimoneincq.

— Les pharmaciens de Gand, membres de l'*Union pharmaceutique de la Flandre orientale*, se sont engagés, sur parole, à ne jamais compter moins cher que leurs confrères les médicaments qu'ils auraient à préparer après que ces mêmes médicaments auraient déjà été préparés dans quelque autre pharmacie de la ville. Le pharmacien qui exécute une ordonnance en dernier lieu, n'en doit remettre la copie qu'après y avoir apposé son cachet et y avoir marqué le prix de vente au moyen de signes conventionnels connus de tous les contractants.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 113. — MARDI 27 SEPTEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 113. — MARDI 27 SEPTEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 . Un an. . . 30 .

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 26 septembre 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Manec a communiqué à l'Académie les détails de l'observation de tétanos traumatique traité par le curare, qu'il n'avait fait qu'annoncer dans la précédente séance. Nous reproduisons textuellement dans le compte rendu cette observation, ainsi que les détails des expériences que MM. Manec et Vulpian ont faites simultanément sur deux chiens de forte taille, afin de s'assurer de la pureté et de l'activité du curare employé. On verra par les résultats de ces expériences que le curare n'avait rien perdu de ses propriétés, qu'il était pur et parfaitement actif ; on verra aussi par les détails de l'observation, non-seulement que l'administration du curare n'a eu aucune influence sur la marche des accidents tétaniques qui ont suivi leur cours habituel et se sont terminés par la mort, mais qu'il ne s'est même produit aucun phénomène qui ait témoigné d'une action quelconque de cet agent. Que faut-il en conclure ? Ce résultat négatif infirme-t-il la valeur du fait qui a inspiré à M. Manec l'idée de renouveler un pareil essai ? La différence du mode d'administration et des doses, vu d'une part les difficultés d'agir de la même manière, et d'autre part l'absence regrettable de précision relativement aux quantités du médicament utilisées dans le cas de M. Vella, ne permet qu'un rapprochement incomplet entre ces deux faits. Nous ne pouvons donc que suspendre notre jugement. Nous aurons d'ailleurs prochainement l'occasion de reprendre l'examen de cette intéressante question, car, si nous sommes bien informé, le curare aurait produit une nouvelle guérison entre les mains de l'un des chirurgiens de l'hôpital Lariboisière. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Beau.

De la dyspepsie (1).

Diagnostic. — Lorsque l'on peut constater les symptômes primitifs de la dyspepsie, le diagnostic est facile ; il n'y a quelque difficulté que pour reconnaître l'anorexie. En général, les malades ne l'accusent guère ; aux questions posées dans ce sens, ils répondent qu'*ils mangent bien.* Mais dans ce cas, il faut distinguer l'appétit actuel de l'ancien, et on sera bientôt convaincu de sa diminution.

Le diagnostic est plus obscur, si on ne peut constater que les symptômes secondaires. Dans ces circonstances l'esprit doit toujours rechercher les primitifs. Ainsi, qu'un malade ait des sensations isolées dans les membres, on devra penser à la dyspepsie et le questionner à ce sujet. C'était l'habitude de Baglivi, c'est aussi celle de M. Beau, avec cette différence que le premier s'arrêtait à l'hystérie, et que le médecin de la Charité poursuit la dyspepsie dans toutes ses manifestations.

Mais le diagnostic est surtout difficile à poser lorsqu'il s'agit de reconnaître la cause de la dyspepsie, et cependant c'est la chose la plus essentielle à savoir, car la cause étant connue, il ne s'agirait plus que de l'enlever pour guérir le malade ; *sublata causa, tollitur effectus.* Sa constatation est souvent impossible, car, ou les malades la connaissent ou ils l'ignorent. La connaissent-ils, ils ne veulent pas toujours la dire, et ici nous trouvons toutes les variétés des causes morales qui sont si nombreuses. Ils peuvent aussi l'ignorer, et alors c'est à l'expérience du médecin qu'appartient le soin de la trouver. Pour arriver à cette connaissance, le praticien devra se souvenir des causes nombreuses de la dyspepsie, dans le développement desquelles nous sommes entré ; il devra se souvenir qu'elle peut être produite par un embarras gastrique qu'il n'est pas toujours aisé de reconnaître, par des vers intestinaux dont la présence est difficile à constater, par les affections utérines, qui doivent constamment appeler l'attention du médecin, etc.

Pronostic. — La dyspepsie a une durée souvent longue et indéfinie. Sous le rapport de sa curabilité, on peut dire qu'elle est incurable quand elle est héréditaire, ou quand elle est passée à l'état chronique, quand elle existe depuis un grand nombre d'années. Il en est de même lorsqu'elle dépend d'une cause morale qu'il est impossible de détruire. Comment effacer le désespoir de cet homme du monde nageant autrefois dans le luxe et les plaisirs, tombé tout à coup et pour toujours dans la misère et l'abandon, et ne voyant devant lui qu'un avenir sombre et lugubre ?

Non, dans ce cas, les fonctions digestives ne sauraient se rétablir. Il n'en serait pas de même si la peine morale n'était que passagère ; car le temps, qui est un si grand et si puissant remède pour les maux de l'âme, amortirait d'abord, et plus tard effacerait les conséquences fâcheuses des chagrins.

Avant de passer au pronostic de certains symptômes de la dyspepsie, disons un mot de quelques états pathologiques qui peuvent se rattacher à cette maladie et qui sont sous sa dépendance. Nous voulons parler de la stérilité, de l'amaurose et de l'aliénation mentale.

On est dans l'habitude d'envoyer aux eaux les femmes stériles. Eh bien, la stérilité peut-elle guérir sous l'influence des eaux minérales ? Oui, si elle dépend de la dyspepsie, et si celle-ci est victorieusement combattue par ces eaux. Mais dans le cas contraire, les eaux minérales n'ont aucune puissance pour la modifier.

Nous ferons au sujet de l'amaurose une réflexion analogue. Si elle dépend de l'anémie, en guérissant la dyspepsie on la guérit également.

Quant à l'aliénation mentale, nous l'avons déjà dit, elle peut être une conséquence de la dyspepsie, et, dans ce cas, guérir avec elle. Mais quand les organes digestifs fonctionnent bien, il y a peu d'espoir de guérison. Les médecins aliénistes ont eux-mêmes proclamé cette vérité, quand ils ont dit que les fous qui engraissent sont incurables.

Un mot maintenant du pronostic de certains symptômes de la dyspepsie. Que doit-on penser de la gastralgie ? On peut la guérir par l'application des vésicatoires sur l'épigastre ; mais ici il faut distinguer : le symptôme est enlevé, il disparaît, et cependant la maladie principale persiste, la dyspepsie n'est pas guérie. Pour que la guérison soit véritable, ce n'est pas assez que les douleurs de l'estomac soient enlevées, il faut encore que l'appétit se fasse sentir, que les forces renaissent, et que le teint, l'embonpoint et le sommeil annoncent le retour complet des fonctions digestives.

Quelles que soient les conséquences fâcheuses des symptômes primitifs, il est bien rare de voir succomber les malades sous l'influence seule de ces symptômes.

Sous l'influence des symptômes secondaires la mort se montre plus souvent, et elle arrive dans certains cas d'anémie et de scorbut.

Mais c'est surtout dans la période des symptômes du troisième ordre qu'elle frappe fréquemment ses victimes. Elle n'épargne *guère* les tuberculeux et *jamais* les cancéreux. Nous devons, en effet, établir une différence entre le cancer et le tubercule. Celui-ci peut guérir comme conséquence de la guérison de la dyspepsie, soit par l'huile de foie de morue ou par tout autre moyen ; le cancer, au contraire, ne saurait s'arrêter, il marche toujours et emporte fatalement le malade.

Traitement. — La thérapeutique de la dyspepsie renferme deux indications.

1° *Il faut d'abord combattre la cause.* Il faut la chercher et la poursuivre partout, car souvent il suffit de l'enlever pour guérir la maladie, et cela sans le secours d'aucune médication ; mais cette cause est souvent bien difficile à connaître et à démêler. Comment distinguer, par exemple, un embarras gastrique vrai de certaine dyspepsie présentant tous les caractères de cette affection ? Les symptômes rationnels sont à peu près semblables. Dans ce cas, et comme pierre de touche, M. Beau a l'habitude de commencer son traitement par l'administration d'un éméto-cathartique. S'il a eu affaire à un embarras gastrique vrai, le malade est promptement rétabli ; si, au contraire, il a eu affaire à un faux embarras gastrique, il n'obtient aucune amélioration, et le malade en est quitte pour avoir eu quelques vomituritions.

C'est alors une dyspepsie pseudo-saburrale.

Parlerons-nous de la dyspepsie vermineuse ? Nous savons que sa cause est souvent bien difficile à deviner, et cependant on ne voit la fin de la maladie qu'avec l'expulsion des vers. A l'hôpital Saint-Antoine, M. le docteur Beau rencontra une jeune fille qui offrait tous les caractères de la dyspepsie et qui avait été traitée inutilement dans plusieurs hôpitaux. Il soupçonna la présence d'un tænia, et une seule dose de kousso fit rendre le ver et rétablit complétement la jeune fille. On devra penser encore que la dyspepsie peut être symptomatique d'une affection utérine, de granulations du col de la matrice, et que la cautérisation est alors le remède le plus puissant.

Quelles difficultés n'éprouvera-t-on pas avant de trouver la cause de la maladie dans l'abus du tabac, du thé, du café ? Et cependant on voit des individus guérir promptement quand ils veulent rompre avec l'habitude de fumer, ou cesser l'usage du thé, du café, des boissons alcooliques, de certains médicaments, de tisanes et même d'eau fraîche qu'ils buvaient en grande quantité pendant ou entre les repas.

Mais s'il est souvent si difficile de trouver la cause de la dyspepsie, il est aussi bien souvent difficile de la détruire, et nous n'en voulons pour preuve que les causes morales, sur lesquelles la médecine a si peu d'influence.

2° *Il faut combattre la maladie.* — Avant d'entrer dans le développement des moyens appropriés, disons d'abord ce qu'il ne faut pas faire. Ces indications négatives seconderont puissamment l'action des moyens positifs.

Il est important que les malades boivent peu de tisane. Ils devraient plutôt tromper le besoin de la soif.

Le médecin se gardera, autant que possible, de prescrire les narcotiques, opium, belladone, etc., car si ce genre de médication a l'avantage de calmer la douleur, il a aussi le grave inconvénient d'enlever l'appétit et d'enrayer la faculté digestive.

On évitera avec le plus grand soin de tirer du sang aux malades, craignant avant tout l'anémie et ses conséquences.

Pour la même raison, il ne faut pas mettre les dyspeptiques à la diète, ou réduire la quantité de leurs aliments.

Le séjour prolongé au lit leur sera également défendu. Enfin, on ne devra pas continuer trop longtemps l'emploi des mêmes médicaments, sous peine de voir s'aggraver la maladie. On ne doit pas faire d'exception, même pour l'eau de Seltz ou le vin de quinquina, dont la vertu cependant est souvent souveraine.

1° Passons maintenant au *traitement des symptômes primitifs.* Encore ici le praticien doit s'attendre à trouver des obstacles. Dans la dyspepsie tout est individuel. Chacun a son idiosyncrasie, et ne se laisse influencer que par des moyens spéciaux. De là la nécessité de tâtonner, et par suite la difficulté d'arriver d'emblée, du premier coup, au traitement qui doit guérir.

Nous allons donc énumérer les moyens qui ont été employés avec succès contre la dyspepsie. Nous les classerons d'après l'ordre de leur importance.

Au premier rang, nous plaçons les bains sulfureux frais, ou les bains de rivière si on est dans l'été, ou bien encore des ablutions d'eau froide, une ou deux fois par jour.

Vient ensuite le vésicatoire volant à l'épigastre. On peut le répéter plusieurs fois. M. Beau s'est vu forcé d'en appliquer jusqu'à sept ou huit avant d'obtenir une guérison durable.

Quant aux médicaments pris à l'intérieur, il faut être modéré dans leur emploi.

Voici, d'après leur mérite, la nomenclature de ceux dont M. Beau fait le plus souvent usage.

La poudre de charbon de peuplier (charbon de Belloc). On en prend une cuillerée à bouche après chaque repas. Chez les hommes, elle se montre plus efficace que chez les femmes ; cela tient-il à ce que ces dernières montrent plus de répugnance pour ce remède que les premiers, ou bien à ce que chez elles la dyspepsie est souvent sous la dépendance d'une cause morale ou d'une affection utérine ? Il est difficile de le préciser.

A l'exemple de M. Corvisart, on emploiera avec avantage la pepsine.

Nous devons signaler maintenant le sous-nitrate de bismuth, la magnésie, les toniques et les amers, comme la chicorée sauvage. On doit insister sur celui de ces agents qui excite le mieux l'appétit et les puissances digestives.

L'hygiène vient aider puissamment l'action de ces moyens thérapeutiques. Ainsi le malade fera trois ou quatre repas, consistant en potages, viandes, légumes, fruits cuits ou très-mûrs. Le vin sera coupé d'eau ; mais on pourra, dans certains cas, le remplacer par la bière, le cidre ou même l'eau pure, si ces der-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 23 juin, 21 juillet et 23 août.

nières boissons facilitent davantage la digestion. C'est ce qui s'observe souvent chez les femmes.

Dans tous les cas, la quantité de liquides sera modérée. Il sera nécessaire de se priver complétement de thé, de café, surtout de café au lait pour déjeuner. Les distractious seront recommandées, ainsi que les promenades à pied, à cheval ou en voiture. La gymnastique est surtout utile.

Parmi les symptômes primitifs de la dyspepsie, il en est quelques-uns à l'état de prédominance, et ceux-ci réclament des moyens spéciaux.

Le symptôme le plus fréquent et souvent unique est l'anorexie. On le combattra par les amers, l'eau de Seltz, les épices et les boissons glacées. Parfois tout cela échoue, et on est obligé de satisfaire le désir alimentaire du malade quel qu'il soit ; c'est ainsi qu'on guérit des dyspepsies de convalescence ou autres, en permettant des anchois, des huitres, de la salade, des raisins, des fruits, etc.

Contre la gastralgie on emploiera fort avantageusement les vésicatoires volants.

La névralgie intercostale cédera aussi admirablement à ces mêmes vésicatoires.

Les flatuosités seront combattues par le charbon, la magnésie calcinée.

La constipation sera traitée par l'aloès et les lavements d'eau fraîche. Les lavements tièdes ne font que relâcher l'intestin, et facilitent la constipation. Pour cette cause ils seront proscrits.

Aux vomissements on opposera la glace prise par petits fragments et les vésicatoires volants sur l'épigastre. Dans certains cas, cependant, le vomissement est la conséquence de la diète, et il est facile alors de le faire cesser. Dans un certain nombre de cas aussi, il obéit à un estomac capricieux qui rejettera les liquides, le bouillon, le potage, et qui conservera les solides, le pain, la viande. M. Beau cite plusieurs exemples de ces bizarreries de l'estomac.

Nous n'en finirions pas si nous voulions citer la liste de tous les médicaments employés contre la dyspepsie. Cependant, qu'il nous soit permis de passer en revue un certain nombre de moyens très-efficaces sous ce rapport, mais qui s'emploient moins souvent que les précédents.

Ces moyens thérapeutiques peuvent être appelés extraordinaires. Nous voulons parler des eaux thermales, des voyages, de l'hydrothérapie, etc.

Le déplacement, en changeant plus ou moins complétement les habitudes de la vie matérielle et les préoccupations de la vie intellectuelle et morale, est un puissant moyen thérapeutique contre la dyspepsie. Il faut en tenir un compte important dans le résultat attribué aux eaux thermales et aux voyages.

Les eaux thermales. — Vichy et Plombières semblent être les eaux les plus salutaires. Cependant, il ne faut pas être exclusif. Il est très-difficile d'indiquer d'avance la source thermale qui doit guérir le malade. Les indications les plus rationnelles, ajoute M. Beau, sont souvent démenties par la pratique. Quoi qu'il en soit, pour le savant médecin de la Charité, les eaux thermales ne guérissent les affections contre lesquelles on les emploie, qu'en rétablissant les fonctions de l'estomac, dont le mauvais état avait causé ou entretenu ces maladies.

Les voyages. — Ils agissent par le changement d'air, par le changement de nourriture, et par les distractions nombreuses dont ils sont la cause. Les voyages sur mer sont encore plus efficaces, car ils réalisent deux indications importantes, celle des éméto-cathartiques par les vomissements nautiques, et celle des toniques par la respiration de l'air maritime.

L'hydrothérapie. — Ce moyen guérit souvent et parfaitement certaines prédominances de la dyspepsie. Comment agit-il ? Est-ce par le contact de l'eau froide sur la peau ? On n'en sait rien, mais cela ne serait pas impossible. Ne voit-on pas l'air vif des montagnes exciter l'appétit, ranimer les fonctions digestives et guérir des dyspepsies ?

Parmi les moyens employés contre la dyspepsie, on doit citer encore le traitement par l'ingestion alimentaire forcée, qui a obtenu des succès réels (Bénech). Il consistait en un régime très-tonique ; le vin généreux, les viandes noires rôties et saignantes, les consommés, formaient la base de sa médication. Sous l'influence d'un tel régime, il y eut de véritables résurrections. C'est qu'alors il avait affaire à des estomacs débilités par les antiphlogistiques, à des estomacs qui, pour guérir de prétendues gastrites, étaient tenus à la diète lactée depuis des années. Ce qui fit la fortune de ce traitement, c'est qu'il fut employé après Broussais.

Parlerons-nous d'une poudre qui a été en grand honneur dans le siècle dernier, la poudre d'Ailhaud ? Elle était purgative, et jouissait de la réputation de guérir toutes les maladies.

Il y a une vingtaine d'années régnait aussi, avec la même vogue et les mêmes prétentions, un remède qui fit grand bruit : c'était la médecine Leroy. Elle consistait en un vomitif violent et un purgatif drastique.

De nos jours, nous voyons la graine de moutarde blanche préconisée également contre une foule d'affections.

2° *Traitement des symptômes secondaires.* — *L'anémie globulaire* est traitée habituellement par les ferrugineux. On avait pensé qu'on augmenterait le nombre des globules qui contiennent du fer, en faisant prendre aux malades du fer en nature. Mais il est d'observation que parfois le fer ne produit aucun résultat favorable ; parfois il est nuisible, et même on guérit parfaitement sans l'emploi de ce médicament. Au reste, quand il doit réussir, on s'en aperçoit promptement à l'heureuse modification survenue dans l'appétit et les fonctions digestives. Si, au contraire, il fatigue l'estomac, il faut le remplacer par les amers, les toniques, le changement d'air, etc. Dans l'un et l'autre cas, ce n'est ni le fer par lui-même, ni les amers, ou les toniques, ou le changement d'air par eux-mêmes qui augmentent directement le nombre des globules ; tous ces moyens n'agissent que sur la fonction digestive, laquelle seule est chargée de la mission de former les globules. Le fer ne saurait faire exception, et pour lui en particulier, c'est chose facile à comprendre, si on réfléchit aux expériences de M. Burck. Appliquant une série de métaux sur la peau analgésique de l'homme, il constata que les uns étaient influencés par le fer, les autres par le cuivre, d'autres par l'étain, l'or, l'argent, etc., et que, suivant l'idiosyncrasie particulière de chacun, ils recouvraient au moins temporairement la faculté de sentir ; il constata, de plus, qu'on ne pouvait d'avance prédire le résultat certain de l'application d'un métal. Ceci nous met sur la voie, et nous comprenons maintenant que *chez un certain nombre d'individus* le fer doive agir sur la muqueuse de l'estomac comme sur la peau, et faire cesser en quelque sorte l'analgésie stomacale et rendre à cet organe, au moins momentanément, toute sa force digestive, et par conséquent sa puissance de créer des globules.

L'anémie fibrineuse (scorbut) sera combattue par les acides végétaux, le cresson, le cochléaria, etc.

Quant à *l'anémie albumineuse* (hydropisie), elle sera souvent modifiée par le jalap, la scammonée, l'eau-de-vie allemande, en un mot, par les purgatifs drastiques.

Si la dyspepsie se présente entourée du cortége des névroses (du névrosisme), on devra lutter contre elle par deux ordres de moyens, dont les uns sont palliatifs et les autres curatifs. Parmi les premiers, on trouve les antispasmodiques, perles d'éther, eau de fleurs d'oranger, infusion de tilleul, etc. ; les seconds contiennent tous les moyens indiqués pour guérir la dyspepsie, c'est-à-dire pour rétablir les fonctions digestives, et en première ligne on doit compter les bains froids et les ablutions. On ne saurait aussi, dans certains cas, trop recommander la nécessité de l'exercice. C'est ce qui fit, il y a cent ans, la fortune de Tronchin. Par suite de l'oisiveté dans laquelle vivait le grand monde de cette époque, toutes les dames, en général, étaient en proie aux *vapeurs ;* Tronchin réussit à les guérir en leur ordonnant de faire elles-mêmes leur lit et de frotter leur appartement. Il rétablissait ainsi les fonctions digestives à l'aide de ces exercices.

Parfois, la dyspepsie qui aura résisté à tous les moyens rationnels cédera brusquement à de grandes commotions physiques ou morales, lesquelles auront amené une perturbation salutaire. Ainsi, plusieurs fois le choléra a fait cesser des dyspepsies chroniques, et les malades ont joui plus tard d'une parfaite santé. A la révolution de 1848, une dame hystérique, attirée par le bruit, ouvre sa croisée et aperçoit les insurgés défendant une barricade ; l'impression qu'elle en éprouve la guérit pour toujours. Les faits de ce genre sont nombreux.

Traitement des symptômes du troisième ordre. — Comme nous l'avons fait pressentir ailleurs, l'art est le plus souvent impuissant à guérir les symptômes tertiaires de la dyspepsie ; cependant, ils peuvent se dissiper avec cette maladie quand les altérations qu'ils représentent ne sont ni trop étendues ni trop anciennes. Quelques considérations sur la tuberculisation vont nous faire toucher du doigt cette importante vérité.

C'est depuis longtemps déjà un fait d'observation incontestable. Les tubercules peuvent se guérir, et l'anatomie pathologique nous l'a révélé et nous le montre tous les jours. Les moyens de curation sont nombreux, et ce serait une étude vraiment curieuse que de rechercher dans les auteurs toutes les substances préconisées pour la guérison de la phthisie pulmonaire. Sydenham recommande l'équitation ; Stoll l'admet aussi, tout en faisant la judicieuse remarque que l'équitation guérit principalement les maladies de l'estomac. On a aussi recommandé le tartre stibié, l'ipécacuanha ; on a encore vanté les toniques, le vin de quinquina, ou bien l'huile de foie de morue, surtout chez les enfants. Le sel de cuisine n'a-t-il pas été prôné par un médecin éclairé de nos jours, l'honorable M. Amédée Latour ? Malheureusement ce moyen curatif n'a pas donné tout ce qu'il avait promis dans les mains de nouveaux expérimentateurs. Salvadori, en Lombardie, assure avoir guéri des tuberculeux par l'usage de la charcuterie, du vin et des promenades. Avenzoar prétend avoir sauvé sa parente, grâce à la conserve de roses. Frédéric Hoffmann cite le fait d'un étudiant de Halle qui se rétablit en ne mangeant que des fraises. Les huîtres ont également eu l'honneur de plus d'une guérison. Il en est de même de la gymnastique.

Dans tous les cas, et quelle que soit la divergence et le disparate de tous ces moyens, on peut cependant trouver en eux une action commune et les considérer tous comme des moyens propres à rétablir les fonctions digestives, par conséquent à combattre la dyspepsie, cause occasionnelle des tubercules.

Mais ce n'est pas tout. On peut encore attaquer le tubercule directement. On avait déjà remarqué un certain antagonisme entre le miasme paludéen et l'affection tuberculeuse. On avait remarqué également pareil antagonisme entre le tuberule et les maladies saturnines. M. Beau, dans une de ses leçons cliniques à la Charité, a mis cette vérité hors de doute ; et, voulant vérifier la théorie par la pratique, il expérimenta le carbonate de plomb (blanc de céruse). Il le fait prendre en pilules de 10 centigrammes. Il commence par deux le premier jour, et augmente graduellement la dose jusqu'à six ou huit. Il s'arrête lorsque paraissent les symptômes de l'intoxication saturnine et en particulier le liséré. Des résultats incontestables ont été obtenus par ce moyen nouveau. On les fera connaître plus tard.

Le cancer se développe d'après les mêmes lois et sous les mêmes influences que le tubercule : nous en avons cité des exemples. Mais, contrairement à ce dernier, le cancer une fois caractérisé, rien ne peut enrayer sa marche. On doit chercher seulement à le détruire par les moyens chirurgicaux quand la chose est possible.

Les mêmes réflexions sont applicables au traitement des scrofules. Il faut toujours commencer par rétablir les fonctions digestives. Aussi voyons-nous recommander les amers, l'huile de foie de morue, etc.

Pour les enfants à la mamelle, le point essentiel pour les rétablir est le changement de nourrice.

En terminant ce résumé succinct des leçons de M. Beau, nous ferons cette dernière considération :

Dans les affections chroniques, il faut être très-réservé dans l'emploi de l'opium et des narcotiques. Leur usage est mauvais, car ils enrayent l'appétit. Ils ne doivent être prescrits qu'aux malades incurables, parce qu'alors il faut, avant tout, calmer la souffrance du patient.

D[r] Aug. Nicolas.

OPÉRATION DE GASTROTOMIE

chez un malade atteint de cancer de l'œsophage,

Par M. Habershon.

W. H..., âgé de quarante-sept ans, entra au Guy's Hospital en octobre 1857 avec des symptômes de tubercules pulmonaires et un rétrécissement commençant de l'œsopbage, qui s'aggrava rapidement en s'accompagnant d'ailleurs des symptômes babituels.

Le 19 mars, le malade ne pouvait plus avaler une goutte d'eau, et, au bout de quelques jours, les lavements nutritifs au moyen desquels on prolongeait son existence n'étaient plus supportés par le rectum; le malade souffrait horriblement de la soif, et le 16 mars la mort par inanition était imminente. On ne pouvait songer à pratiquer l'œsophagotomie, car le rétrécissement paraissait s'étendre jusqu'à la fourchette sternale. L'introduction d'une sonde exposait aux plus graves accidents, car on avait reconnu une communication de l'œsophage avec la trachée. Le pouls était déjà devenu très-faible, quand la gastrotomie fut pratiquée par M. Forster. L'estomac fut ouvert sans difficulté et sans que le malade en souffrît ou s'affaissât beaucoup. On réunit la muqueuse stomacale aux bords de la plaie cutanée et on introduisit fréquemment de petites quantités d'aliments dans l'estomac. Le malade se sentit soulagé; sa soif et sa faim furent apaisées, et il dormit bien pendant plusieurs heures; mais, au bout de vingt-quatre heures il s'affaissa, et malgré l'usage des stimulants, il mourut quarante-cinq heures après l'opération.

A l'autopsie, cancer épithélial de l'œsophage étendu du cartilage cricoïde jusque derrière le sternum, où il oblitérait presque entièrement le canal; œsopbage perforé au-dessus du rétrécissement, communiquant avec la trachée par une petite ouverture. Il n'y avait pas trace de péritonite ; l'estomac avait été ouvert au centre à peu près de sa face antérieure. Le poumon gauche était fortement congestionné et semé de quelques points de pneumonie lobulaire ; tubercules à droite. (*Medical Times*, 10 avril 1858.)

Voilà un quatrième insuccès de cette opération hardie, proposée d'abord en 1846 par M. Sédillot, qui l'a pratiquée deux fois (*Traité de médecine opératoire*, t. II, p. 272), et exécutée une fois par M. Senger, de Copenhague (*Archiv. für pathol. Anat.*, t. VI, p. 350), dans un cas tout à fait semblable à celui de M. Habershon. Ces échecs répétés ne permettent pourtant pas de proscrire l'opération de M. Sédillot. Ils prouvent seulement qu'il ne faut pas attendre, pour la pratiquer, que les malades soient à l'agonie ou à peu près. Quelle est, en effet, l'opération qui n'échoue dans ces conditions ? M. Habershon ne recourut, du reste, à la gastrotomie que pour diminuer les souffrances de son malade pendant les quelques heures qui lui restaient à vivre, et il y réussit pleinement ; il en fut de même dans le cas de M. Senger, et, sous ce rapport, la gastrotomie peut être rangée sans hésiter à côté du cathétérisme, qu'on a vu, dans des circonstances analogues, perforer l'œsophage, la trachée, la plèvre, et entraîner lui aussi la mort des malades en quelques heures.

(*Gazette hebdomadaire.*)

PERFORATION SPONTANÉE D'UN KYSTE OVARIQUE.

Par M. le docteur Goddard Rogers.

Obs. I. — La malade de M. Rogers était atteinte depuis sept ans d'un kyste de l'ovaire droit, qui n'avait jamais été ponctionné. Le 20 septembre 1830, elle se heurta violemment le ventre en tombant dans un escalier. Cet accident n'eut d'abord aucune suite remarquable, mais bientôt après la malade éprouva une sensation étrange dans l'abdomen et un besoin fréquent d'uriner; elle rendit plus d'un gallon (4 litres 1/2) d'urine dans les vingt-quatre heures.

Aucun traitement actif ne fut employé. La malade continua à uriner abondamment, et au bout de dix jours il ne restait plus de trace de la tumeur ovarique. La malade s'affaiblit et maigrit beaucoup ; mais elle finit par se rétablir complétement sous l'influence d'un traitement tonique.

En 1834, elle éprouva un peu de chaleur et de douleur vers la fosse iliaque droite, où l'on sentait vaguement une tumeur; ces symptômes cédèrent rapidement à un traitement antiphlogistique. Depuis, cette dame est restée guérie et a eu plusieurs enfants.

M. Rogers suppose que le kyste s'était ouvert, directement ou indirectement, dans la vessie, et non dans la cavité péritonéale. C'est une question que l'analyse des urines, au moment du flux exagéré de ce liquide, aurait permis de résoudre, à défaut d'autres signes décisifs.

Obs. II. — M. Fuller reçut, le 2 juin 1858, dans son service de l'hôpital Saint-Georges, une femme âgée de trente-cinq ans, qui portait un énorme kyste de l'ovaire, développé en moins d'un mois, au dire de la malade. Les symptômes locaux ne présentaient rien de particulier, mais la malade était dans un état cachectique assez inquiétant. On ponctionna le kyste quatre fois jusqu'au 28 août. L'état général s'améliora à cette époque; l'appétit revenait, la malade se levait, etc.

Après une nouvelle ponction, faite le 22 septembre, l'abdomen devint très-douloureux, les forces et l'appétit se perdirent, et la malade mourut épuisée le 21 octobre.

A l'autopsie, on trouva un kyste énorme, rempli d'un liquide brunâtre, mais limpide. En avant et en bas, il était soudé au péritoine par des adhérences faciles à détruire. Sa paroi postérieure était détruite, et sa cavité était complétée de ce côté par les intestins et les autres viscères abdominaux, qui se trouvaient ainsi en contact immédiat avec le liquide contenu dans le kyste. Sur les côtés de l'utérus, qui était volumineux, on voyait à la place des ovaires de nombreux dépôts encéphaloïdes disséminés dans les ligaments larges, et surmontés de petits kystes. Le kyste principal était également en rapport avec ces masses, dont la nature cancéreuse fut suffisamment établie par l'examen microscopique.

La complication d'une dégénérescence cancéreuse, que la marche rapide de l'affection avait rendue probable, avait décidé M. Fuller à s'en tenir à un traitement palliatif; mais, ajoute-t-il, si on avait eu recours aux injections iodées et que l'autopsie eût fait trouver ce liquide au milieu des intestins, n'aurait-on pas accusé l'opérateur d'avoir commis une faute grave? Il est bien permis de supposer que dans quelques cas où l'on a trouvé la teinture d'iode épanchée dans le péritoine, cela était dû à une disposition anatomique analogue à celle qui existait ici. C'est assez dire la prudence avec laquelle il faut aborder la critique des opérations qui ont été suivies de cet accident.

Un autre exemple de perforation spontanée d'un kyste ovarique dans le péritoine est consigné dans le deuxième volume du *British medical Journal* pour 1857, p. 769. Dans ce cas, la malade, moins heureuse que celle de M. Fuller, succomba. (*British medical Journal* et *Gaz. hebd.*)

EMPHYSÈME CUTANÉ CHEZ UN ENFANT TUBERCULEUX,

Par M. Mettenheimer.

Philippe S..., âgé de quatre ans environ, avait présenté depuis assez longtemps des symptômes de la phthisie pulmonaire, lorsqu'il fut atteint subitement, à la suite d'un accès d'oppression, d'emphysème cutané. L'emphysème se montra d'abord dans la région sous-claviculaire gauche, et gagna ensuite lentement le cou, là face, le thorax et le dos. Le gonflement était énorme. L'enfant, qui avait été soulagé d'abord, mourut au bout de soixante heures.

Autopsie. — L'emphysème, dans les régions indiquées plus haut, avait comme disséqué tous les muscles, les nerfs, les vaisseaux, etc., et même les divers faisceaux des muscles. Il avait également envahi le médiastin et la surface des deux poumons; la plèvre y était soulevée par une infinité de petites bulles emphysémateuses.

Le sommet du poumon gauche était converti en une seule caverne; mais l'origine de l'emphysème n'était pas là, il avait pour point de départ une perforation de la bronche gauche à son origine. Cette perforation avait été produite très-probablement par des ganglions tuberculeux ou suspects qui comprimaient la bronche. (*Deutsche Klinik*, 1859, n° 7.)

Dans une observation publiée par M. le professeur Cruveilhier dans la *Gazette hebdomadaire* (1856, p. 179), on a pu voir un autre exemple de cette complication de la phthisie pulmonaire; dans ce cas, c'était une caverne qui s'était ouverte directement dans le tissu cellulaire sous-cutané. M. Kuylenstjerna a aussi publié quelques observations analogues à celle de M. Mettenheimer. (Voyez *Schmidt's Jahrbucher* et *Gaz. hebd.*)

NOUVEAU TÆNIAFUGE.

Le *Journal de pharmacie et de chimie* rapporte que M. Hétet, professeur à l'Ecole de médecine de la marine à Toulon, a donné avec le plus grand succès, pour l'expulsion des tænias, le vernis du Japon (*ailanthus glandulosa*), dont il emploie la poudre des feuilles, la poudre, l'extrait aqueux et l'extrait alcoolique d'écorce, l'oléo-résine et la résine.

Le résumé suivant des observations publiées fera juger des heureux résultats obtenus par ce médicament :

Obs. I. — F..., ouvrier à l'Arsenal, trente-trois ans, entre le 9 septembre 1857. Douleurs vives dans le ventre et dans le côté gauche de la poitrine, etc. On remarque des fragments de tænia dans les selles; on emploie vainement les moyens ordinaires, l'éther, la racine de grenadier, l'huile de ricin, le sulfate de magnésie, etc.

On donne la poudre d'ailanthe; évacuation de nombreux anneaux. Nouvelle dose de 1 gramme de poudre; le malade rend un tænia long de 4m 20.

Dix mois après, il n'y avait pas eu de récidive.

Obs. II. — Abbé Z... Ce malade avait remarqué, dans ses selles, des anneaux très-forts de tænia. On lui donne de la poudre d'ailanthe en pilules à doses croissantes depuis 50 centigrammes; chaque jour il rend de nombreux anneaux. Au bout de quinze jours, il se décourage et cesse l'usage du remède. Néanmoins, les symptômes qui l'incommodaient disparaissent peu à peu, et la santé est revenue.

Obs. III. — L..., 49 ans, boucher, depuis longtemps a constaté dans ses selles des anneaux de tænia. Rien n'a réussi. On prescrit la poudre d'écorce d'ailanthe à prendre alternativement avec l'huile de ricin et le sulfate de soude pendant plusieurs jours. La dose de poudre variait de 75 centigrammes à 2 grammes. Après quinze jours de traitement, il rend un tænia long de 5m 50.

La poudre d'écorce a été donnée à la dose première de 50 centigrammes, et l'extrait aqueux à la dose de 25 centigr.; l'oléo-résine à la dose de 20 centigrammes, la résine à celle de 40 centigrammes. Notons que cette dernière a rarement réussi.

REMÈDE VULGAIRE CONTRE LES HÉMORRHOÏDES,

Par M. le docteur Henri Van Holsbeek.

La petite chélidoine (*scrofularia minor*, aut. anc.; *ficaria ranunculoïdes*, Haller; *ranunculus ficaria*, Linn.) est une plante vivace qui croît dans les terrains humides, dans les bois et les buissons. Elle émaille les prairies que serpente la *Senne*. Nos villageois des environs la connaissent et la désignent sous le nom heureux de *speen kruyd* (plante hémorrhoïdale). Elle fleurit pendant les mois d'avril et de mai. La racine seule est en usage. On l'arrache à la terre aussitôt que les fleurs sont épanouies. Elle est séchée au soleil ou à l'étuve. Voici les principales préparations de la racine de la petite chélidoine, et les doses auxquelles il convient de les administrer :

Décoction, infusion et fumigation : 50 à 60 grammes par kilogramme d'eau.

Sirop (1 sur 2 d'eau et 5 de sucre) : 50 à 60 grammes, en potion.

Teinture (1 sur 4 d'alcool) : 1 à 4 grammes, en potion.

Extrait (1 sur 6 d'eau) : 1 à 4 grammes, en bols, en pilules ou dans un liquide approprié.

Poudre : 2 à 4 grammes, en bols, en pilules ou avec du sucre.

Quand on feuillette les auteurs anciens, on découvre qu'ils connaissaient la petite chélidoine; mais ils en parlent vaguement, et la désignent en général sous le nom de *petite scrofulaire.* Ils employaient l'infusion de cette plante chez les personnes atteintes *d'un flux de sang.*

J'ai vu des habitants des villages voisins employer la décoction de la racine de la petite chélidoine contre les hémorrhoïdes. Étonné des succès qu'ils en obtenaient, je me suis livré à quelques expérimentations, en faisant usage des préparations que j'ai indiquées plus haut. J'ai pu me convaincre que l'administration de l'une ou de l'autre de ces préparations bien simples, continuée pendant quelque temps, suffisait pour guérir les hémorrhoïdes dans la majorité des cas. L'emploi simultané de l'*extrait* et des fumigations assure surtout une prompte guérison.

Dans les cas plus compliqués, lorsqu'il existait en même temps une constipation opiniâtre et que les tumeurs hémorrhoïdales étaient sorties et très-développées, j'ai associé à la racine de petite chélidoine d'autres moyens. Je n'ai eu qu'à me louer du traitement suivant : je faisais prendre au malade, matin et soir, deux pilules composées de: extrait de petite chélidoine, gr. ij; extrait de noix vomique, gr. 1/8; il faisait deux fumigations par jour, et il introduisait dans l'anus une mèche, dont la grosseur répondait à l'indication qu'il s'agissait de remplir, enduite de l'onguent suivant : onguent de peuplier, 15 grammes; huile de lin, 6 grammes; extrait de racine de petite chélidoine, 4 grammes; poudre d'opium, 30 centigrammes.

J'ai toujours vu que, par l'emploi des préparations de la petite chélidoine, les selles devenaient plus régulières, qu'elles avaient lieu sans douleur, que les écoulements sanguins et autres se tarissaient, et que les tumeurs hémorrhoïdales s'affaissaient bientôt et finissaient par disparaître. (*Presse méd. belge.*)

MIXTURE D'ACIDE ACÉTIQUE DILUÉ (1)

contre la scarlatine.

Par M. le docteur Brown.

Acide acétique dilué	30 grammes.
Sirop simple	15 —
Eau distillée	120 —

F. S. A. Pour un enfant de neuf ans, deux cuillerées à bouche toutes les quatre heures.

Cette mixture sera continuée pendant toute la durée de la maladie, quelle qu'en soit la forme, et une ou deux semaines après, jusqu'à ce que la desquamation ait complétement cessé. Elle agit, dit M. Brown, comme astringent sur le système lymphatique et les membranes séreuses, et prévient ainsi l'hydropisie.

(1) L'auteur entend par *acide acétique dilué* une partie d'acide acétique dans sept parties d'eau distillée.

MENTAGRE.

M. Duprez, médecin de régiment, à Gand, a publié, dans les *Archives belges de médecine militaire*, deux observations de mentagre guérie par le traitement de M. le docteur Richard, de Soissons.

On emploie les moyens généraux ordinaires; puis, quand les croûtes sont tombées, on fait de fréquentes lotions avec la solution suivante :

Sulfate de zinc	16 grammes.
Sulfate de cuivre	8
Eau distillée	500
Eau de laurier-cerise	15

(*Union médic. de la Gironde*).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 septembre 1859. — Présidence de M. de Sénarmont.

Tétanos traumatique. — Emploi du curare sans effet sensible. — Mort 30 heures après l'invasion de la maladie. — M. Manec communique à l'Académie, sous ce titre, le mémoire suivant :

Le nommé Belleville, âgé de trente-neuf ans, d'une constitution assez forte et d'un tempérament sanguin, est entré à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, le 7 septembre 1859. Ce malade avait reçu la veille un coup de timon de voiture qui avait fracturé l'omoplate droite et occasionné une chute suivie de la fracture de l'avant-bras du même côté. Son état général est assez satisfaisant; peu de fièvre; langue bonne. L'avant-bras est placé sur un plan incliné. Le malade accuse de vives douleurs. — Résolutifs laudanisés sur les parties contuses.

Le 9 au matin, la douleur est toujours vive; surtout à l'épaule et au côté droit de la poitrine. — Même prescription.

Le soir, vers cinq heures, le malade se plaint de n'avoir pu boire sa tisane et prendre son bouillon qu'avec difficulté. Il éprouve des crampes, de la roideur dans les mâchoires; douleur assez vive dans les régions frontale et pariétale. A huit heures, l'interne de garde est appelé. Le malade est pris d'un trismus violent. — Potion avec dix gouttes de chloroforme.

Pendant la nuit du 9 au 10, la maladie a marché : tous les symptômes du tétanos sont au complet. La tête est fortement portée en arrière, la région antérieure du cou est tendue, les muscles sterno-mastoïdiens font une saillie considérable. Tous les muscles du cou sont douloureux, surtout ceux de la région postérieure; cette douleur s'étend dans les lombes. Impossible au malade de fléchir le cou et la région dorsale. La bouche est entr'ouverte, les mâchoires contractées, impossibilité d'avaler. La respiration, anxieuse, est toute diaphragmatique; le pouls varie de 90 à 100 pulsations par minute; la face est couverte de sueur. A des intervalles irréguliers et assez éloignés, le malade pousse des cris: c'est lorsque les muscles se contractent. Ces contractions involontaires sont quelquefois provoquées lorsqu'on le touche; aussi demande-t-il en grâce qu'on ne le touche pas. Il est prescrit une potion fortement opiacée, qui n'est reçue qu'avec la plus grande difficulté et ne peut être avalée.

Dans cette grave circonstance, nous avons jugé que c'était le cas d'essayer le curare, tout récemment préconisé par M. Vella. Mais le curare est une substance si énergique, et l'observation de M. Vella si obscure en ce qui concerne les quantités employées, qu'avant de l'appliquer à l'homme nous aurions été bien heureux d'avoir les conseils de M. Cl. Bernard. A son défaut, M. Vulpian, médecin des hôpitaux, que ses recherches ont rendu si habile dans le maniement de ce toxique, a bien voulu nous aider de son expérience. C'est avec son concours que tout ce que nous allons rapporter a été prescrit et exécuté. L'observation qui suit a été rédigée d'après les notes prises d'heure en heure au lit du malade par M. Beaumetz, élève très-instruit, interne de la division.

On fait une incision de 1 1/2 centimètre avec une lancette à la partie moyenne du bras gauche, et à 2 h. 45 m., lorsque le sang est à peu près arrêté, on laisse tomber dans la plaie deux gouttes d'une solution aqueuse de curare contenant 1/2 milligramme par goutte. — A 2 h. 55 m., deux nouvelles gouttes de la même solution sont introduites dans la plaie: pas de résultat. — A 3 heures, on fait une nouvelle plaie de 1 1/2 centimètre à la région antéro-supérieure du thorax, à 3 centimètres au-dessous de la clavicule gauche. — A 3 h. 15 m., on introduit dans cette nouvelle plaie une goutte d'une solution contenant 1/2 centigramme de curare par goutte. — A 3 h. 25 m., une goutte de la dernière solution est placée dans la plaie du bras. — A 3 h. 32 m., une goutte de la même solution est introduite de nouveau dans la plaie thoracique.

Depuis l'administration des premières gouttes de curare le pouls a été compté de 5 en 5 minutes, les limites extrêmes ont été 130 et 96. Les mouvements respiratoires ont varié de 32 à 40 par minute. Il n'y a aucune amélioration dans l'état du malade.

A 3 h. 40 m., dans la plaie du bras on place une petite boulette pesant 2 1/2 centigr. de curare pur. Pas de changement. — A 4 h. 20 m., le malade est pris d'un accès convulsif assez violent. — A 4 h. 37 m., nouvel accès. Les accès se multiplient et se rapprochent. — A 4 h. 55 m., un granule de 2 1/2 centigr. est placé dans la plaie thoracique. Pas d'amélioration. Les accès continuent. — A 5 h. 12 m., avec la seringue à injections sous-cutanées on introduit dans le tissu cellulaire de la région sus-claviculaire droite cinq gouttes d'une solution aqueuse de 20 centigr. de curare dans 1 gr. d'eau. — A 5 h. 53 m., on injecte cinq gouttes de la même solution dans la région sus-claviculaire gauche. Il n'y a aucune amélioration. L'opisthotonos est de plus en plus prononcé, toute la région lombaire est prise, les accès se multiplient de plus en plus. Depuis le commencement du traitement, il n'y a eu aucune rémission dans les convulsions tétaniques des muscles du cou. — A 8 h., injection sous-cutanée dans la région sus-claviculaire droite de dix gouttes de la dernière solution. — De 8 à 9 h., les accès ne cessent pas; de 15 minutes en 15 minutes il y a des crises beaucoup plus violentes. — A 10 h. 15 m., le malade meurt.

En somme, depuis 2 h. 45 m. jusqu'à 8 h., on a donné, au malade 27 centigr. de curare, mais toute cette quantité n'a pas été absorbée. Il faut compter au moins 8 à 10 centigr. de perte ; et pendant toute la durée du traitement on n'a pu constater aucune amélioration.

Le 12, à 7 heures du matin, on fait l'autopsie; elle ne donne aucun résultat, seulement elle permet de constater une fracture multiple de l'omoplate. La fosse sous-épineuse est divisée en trois portions. Rien dans le cerveau.

En présence de tels faits, que faut-il penser? Nous avons cru d'abord que le curare employé pouvait être altéré, qu'il pouvait avoir perdu de son énergie. M. Vulpian nous a assuré l'avoir trouvé parfait quelques jours auparavant. Pour plus de certitude, de nouvelles expériences ont été faites avec cette substance prise dans le même flacon, et ont prouvé qu'elle possédait toute sa puissance.

Nous rapporterons les suivantes :

Première expérience. — Sur un chien de forte taille, du poids de 51 livres, M. Vulpian insinue dans le tissu cellulaire sous-cutané de la nuque 2 centigrammes de curare en solution dans trois ou quatre gouttes d'eau; quelque temps après, l'animal était chancelant, comme ivre; il était alors 12 h. 45 m.; à 2 heures, cet état était tout à fait dissipé.

A 2 h. 55 m., dans une nouvelle plaie du cou, on introduit 5 centigrammes de curare dans quelques gouttes d'eau. A 3 h. 6 m., l'animal est couché sur le flanc; à 3 h. 25 m., il est mort.

Deuxième expérience. — Sur un chien vigoureux du poids de 9 livres, on incise la peau de la région supérieure du cou, on écarte le tissu cellulaire de façon à faire une petite cavité, dans laquelle on introduit un granule du même curare, de 1 1/2 centigramme; il était 2 h. 11 m. Pendant 7 ou 8 minutes, l'animal n'offre aucun phénomène morbide; à 2 h. 20 m., il est couché sur le flanc, et à 2 h. 25 m. il est mort.

Puisque l'agent employé n'avait rien perdu de sa force, faut-il admettre, pour expliquer son inefficacité sur notre malade, que l'état tétanique rend l'organisme réfractaire à l'action du curare comme à celle de l'opium? (Commissaires : MM. Velpeau, Cl. Bernard et Jules Cloquet.)

Poudre désinfectante. — M. BURDEL adresse une note intitulée *De la poudre Corne et Demeaux considérée au point de vue de l'hygiène publique.*

M. Dumas, dans la séance du 25 juillet dernier, pour expliquer le phénomène qui se produit dans la désinfection des matières par la poudre Corne et Demeaux, faisait remarquer, dit l'auteur, que si l'on admettait « que les vapeurs du goudron ozonisent l'air, il ne faudrait pas chercher ailleurs que dans la combustion prompte des miasmes odorants produite par cet oxygène ozonisé, la cause de la destruction de l'odeur putride des matières animales en décomposition. »

J'ai désiré expérimenter et vérifier l'explication donnée par l'éminent chimiste. Voici le résultat de mes expériences. L'ozone, qui, en effet, disparaît toujours là où sont accumulées des matières en putréfaction, reparaît lorsque ces matières sont recouvertes ou mélangées en quantité notable avec de la poudre désinfectante. L'ozonomètre de Schoenbein m'a démontré la vérité de cette assertion en passant successivement de 0 jusqu'à 7 et 8 degrés.

Ainsi, dans le curage d'un canal d'où l'on venait d'extraire une grande quantité de vase fangeuse et extrêmement fétide, et auprès de laquelle l'ozonomètre ne révélait aucune trace d'ozone, j'ai fait mélanger et recouvrir cette vase de marne préparée au goudron. A l'instant même toute odeur marécageuse disparut, et l'ozonomètre, après douze heures, marqua 7 degrés.

En appliquant cette opération au curage des rivières, des canaux, des bassins, ainsi qu'aux défrichements des étangs et des terrains marécageux, sera-t-il possible, par ce moyen, d'anéantir et de neutraliser les effets délétères toujours dangereux qui sont la conséquence de l'évaporation et de la dessiccation des matières humides en décomposition qui reposent sur le sol? Je le crois. Aidé de plusieurs propriétaires, dont quelques-uns habitent la Sologne et d'autres la partie du Berry où les fièvres paludéennes sont endémiques, je me propose de poursuivre ces expérimentations sur une vaste échelle, et de faire part à l'Académie des sciences des résultats que j'obtiendrai. (Commissaires, MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

— M. BONNAFONT adresse une lettre ayant pour titre : *Sur le mélange désinfectant de plâtre et de coaltar, improprement nommé poudre Corne et Demeaux.*

L'auteur rappelle, comme l'avait déjà fait M. Etienne dans une lettre mentionnée au compte rendu de la séance du 5 de ce mois, la grande conformité de ce mélange avec celui que proposait en 1844 M. Bayard, qui d'ailleurs n'avait point eu l'idée de l'appliquer au pansement des plaies. (Commissaires, MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

La vogue qu'a obtenue le valérianate d'ammoniaque de Pierlot m'engage à appeler de nouveau l'attention du monde médical sur ce médicament.

Lorsque, il y a plus de dix ans, j'introduisis cette préparation en thérapeutique, je me proposais de remplacer par son principe actif une substance souvent infidèle, d'un emploi difficile et désagréable. A la valériane, je substituai l'acide valérianique hydraté, retiré directement de la plante et combiné à l'ammoniaque. L'addition de la matière extractive contenue dans la racine vint compléter le médicament.

Après quelques essais, je m'arrêtai à la formule suivante, comme la plus propre à remplir le but que je voulais atteindre :

Pr. Acide valérianique hydraté.	3	grammes.
Ammoniaque pure.	1	—
Extrait alcoolique de valériane.	2	—
Eau distillée.	94	—
	100	

Il résulte de mes recherches que la racine fraîche de valériane renferme 1/100 d'acide valérianique. — 100 grammes de ma préparation représentent donc 300 grammes de cette racine, ou 3 grammes d'acide.

Comme on le voit, les proportions de ce produit sont parfaitement définies, et sa posologie rigoureusement établie. On lui a reproché de ne pas affecter une forme simple, mais celle d'un composé galénique. Cette objection n'est pas sérieuse. En effet, mon intention n'a jamais été d'enrichir la matière médicale d'un produit chimique, mais d'un médicament avant tout efficace. Peu importe donc la forme sous laquelle il se présente, pourvu qu'il se prête à tous les usages auxquels il est destiné.

De même que l'acétate d'ammoniaque ne peut se conserver à l'état solide, tandis que l'esprit de Mindererus est d'une parfaite conservation, de même le valérianate d'ammoniaque solide aussitôt constitué se liquéfie et se décompose (fait constaté dès 1823 par M. Chevreul), sans qu'aucun procédé puisse lui assurer la moindre stabilité. Au contraire, sa dissolution aqueuse, préparée d'après mon procédé particulier, représente fidèlement les éléments de la plante et jouit d'une complète inaltérabilité.

Le succès, du reste, est venu couronner mes efforts. A la suite des résultats favorables obtenus en ville, des expérimentations régulières furent entreprises dans les hôpitaux de Paris. Sous l'influence de ce remède se produisirent des guérisons inespérées. A la Salpêtrière notamment, dans le service de M. Lélut, et sous les yeux de M. Moreau (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre, quelques épileptiques réputés jusque-là incurables lui durent une guérison qui ne s'est pas démentie après plusieurs années. Un grand nombre éprouvèrent une amélioration considérable et soutenue. Ailleurs, des névroses diverses furent guéries ou au moins avantageusement modifiées.

Le *Bulletin de Thérapeutique* a publié, entre autres, le fait remarquable observé par M. le docteur Desmarres, d'une névralgie oculaire atroce, rebelle à toutes les médications, et ayant cédé immédiatement à ce moyen.

C'est par suite des succès obtenus à l'aide de ma préparation que l'Académie de médecine a reconnu l'utilité du valérianate d'ammoniaque.

Tel que je le prépare, il est aujourd'hui le seul moyen rationnel d'administrer la valériane. D'une composition constamment identique, complètement inaltérable, il ne présente aucun des inconvénients de cette racine, que l'évaporation finit par priver de son acide volatil, et amène à l'état de substance ligneuse inerte.

Les cas dans lesquels il convient sont tous ceux où la plante elle-même est indiquée, et spécialement l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, les névralgies, les fièvres intermittentes, et toutes les fois que l'élément nerveux vient compliquer un état général plus ou moins grave et le rendre moins accessible aux moyens thérapeutiques.

Pour prévenir les rechutes si fréquentes dans ces affections, il est souvent nécessaire de modifier profondément l'état nerveux; l'innocuité de ma préparation permet, dans ce cas, d'en continuer longtemps l'usage.

La dose ordinaire pour les adultes est de une à trois cuillerées à café par jour, étendues dans un peu d'eau sucrée; elle est d'une demie à une cuillerée à café seulement pour les enfants. On peut aussi l'administrer en lavement aux mêmes doses.

Les explications qui précèdent suffiront, je l'espère, pour édifier vos lecteurs sur la valeur thérapeutique du valérianate d'ammoniaque de Pierlot, et les engager à l'adopter dans leur pratique.

Agréez, etc.

PIERLOT.
Pharmacien, rue Mazarine, 40.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un de nos confrères de l'armée nous écrit de Milan, 23 septembre :

Nos hôpitaux se vident, plusieurs se ferment. Quand on aura évacué les opérés qui, jusqu'à présent, n'avaient pas pu être déplacés, et quand les Autrichiens seront tous partis, le chiffre des malades sera aussi normal qu'il l'est pour la France. Nous n'avons plus de ces cas de fièvres typhoïdes qui se montraient il y a un mois ou six semaines. Enfin les fièvres intermittentes paraissent, ainsi que les affections intestinales, toucher à leur fin. Voilà pour Milan. Mais on m'assure que du côté de Pavie et de Lodi, les fièvres sévissent encore, quoiqu'elles ne présentent aucune gravité. Du reste, l'autorité se montre très-bienveillante et nous encourage à renvoyer, soit dans les dépôts, soit dans leurs foyers, les hommes qui comptent un long séjour dans les hôpitaux et ceux qui souffrent de récidives.

— Un concours a été ouvert le 6 de ce mois pour un nombre indéterminé de places d'élève à l'Ecole de médecine militaire près la Faculté de médecine de Strasbourg. Ce concours était présidé par MM. Michel Lévy, directeur de l'Ecole de perfectionnement de Paris, Lustreman et Laveran, professeurs de la même Ecole. Quarante et un élèves de notre Faculté étaient inscrits; trente-quatre auraient été déclarés admissibles. Le résultat définitif du concours ne sera connu qu'au mois d'octobre, après la clôture des concours qui auront lieu dans d'autres centres d'examen.

L'année dernière, la Faculté de Strasbourg n'a fourni que dix-sept candidats. Les motifs d'une augmentation si considérable pour cette année sont : 1° la mesure prise récemment et d'après laquelle les élèves sont admis à concourir après avoir pris les *quatre* premières inscriptions, au lieu de *huit* exigées l'année dernière; 2° les avantages plus grands attachés aux divers grades dans la médecine militaire.

Un jeune homme qui est reçu à l'Ecole de santé militaire après la première année d'études médicales, peut achever son instruction sans payer aucun des droits qui doivent être acquittés par les élèves civils pour inscriptions, conférences, examens, thèse, visa de diplôme. Le ministre de la guerre accorde même dans certains cas des subventions de 50 fr. par mois, dans le but de diminuer les charges des familles.

Reçu docteur, l'élève de l'Ecole de santé militaire va passer une année au Val-de-Grâce, à Paris, et reçoit déjà 2,160 fr. d'appointements. En sortant de cet établissement, il obtient le brevet d'aide-major de seconde classe, aux appointements de 2,200 fr., et, au bout de deux ans, il est aide-major de première classe, avec 2,800 fr. de traitement.

Il y a peu de carrières où un jeune homme jouisse de pareils avantages en quittant les bancs académiques. De plus, l'avancement est sûr et honorable. Aide-major de vingt-cinq à vingt-huit ans, le médecin militaire peut devenir major et même principal avant qu'il ait trente ans de service, et ces positions sont élevées dans la hiérarchie militaire, et largement rétribuées.

Enfin, l'heure de la retraite ayant sonné, le médecin militaire, tout en jouissant d'une pension qui lui assure une existence honorable, a encore par devers lui une vingtaine d'années de pratique civile, où il peut être d'autant plus recherché qu'il est supposé avoir acquis de l'expérience pendant les trente années qu'il a passées au service militaire. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— M. Lafosse, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, a entrepris une expérience consistant à inoculer la matière des *eaux aux jambes* du cheval à une vache, dans le but de contrôler si, comme l'affirme Jenner, cette matière fait développer la vaccine. Voici ce qui est arrivé :

Douze jours après l'inoculation, il existait des pustules assez nombreuses sur des points autres que ceux où la matière avait été déposée; le veau que nourrissait la vache a eu lui-même au mufle et aux lèvres des pustules que sans doute il avait contractées en tetant sa mère. En sorte que, sans pouvoir affirmer que la maladie en voie d'évolution soit la vaccine, il existe néanmoins des symptômes et des circonstances qui peuvent faire soupçonner l'invasion de cette maladie.

Afin d'acquérir plus de certitude, et en même temps de ne pas laisser échapper l'occasion d'utiliser du vaccin d'une source primitive, l'auteur a proposé à la Société de médecine de Toulouse l'inoculation de la matière pustuleuse à des enfants, si toutefois elle en a à sa disposition. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des suites de cette expérience, si elle se continue. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Dans une des séances du *Cercle de la presse scientifique*, M. l'abbé Moigno, dissertant sur les dangers qu'entraîne pour les ouvriers la fabrication des allumettes chimiques au phosphore blanc, a signalé deux faits nouveaux et dignes de figurer dans la pathogénésie d'un poison chargé déjà de tant de propriétés malfaisantes.

D'après ce savant, les femmes enceintes qui respirent l'air imprégné d'émanations phosphoriques dans les lieux où se fabriquent les allumettes, ne tardent pas à avorter, et cet accident serait si fréquent et si bien connu, que dans les localités où cette industrie occupe de nombreux ouvriers, des malheureuses le mettraient à profit pour se débarrasser du produit de la conception. Quant aux hommes soumis aux mêmes conditions, les vapeurs du phosphore auraient pour résultat d'amener chez eux, après un certain temps, une excitation véhémente du sens génésiaque. C'est aux médecins à vérifier l'exactitude de ces renseignements, pleins d'intérêt et susceptibles peut-être d'être utilisés non-seulement en vue de la prophylaxie, mais encore de la thérapeutique.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 114. — JEUDI 29 SEPTEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 114. — JEUDI 29 SEPTEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Bazin). Des affections cutanées d'origine dartreuse et arthritique, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les affections scrofuleuses, syphilitiques et parasitaires. — Les coliques de plomb et les vases vernis. — Encore un mot sur les indications et contre-indications de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 27 septembre. — Nouvelles.

PARIS, LE 28 SEPTEMBRE 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Dans la séance du 24 novembre dernier, M. Guérard avait donné lecture des conclusions et de ce que l'on peut appeler la partie officielle du rapport général sur le service des eaux minérales pendant l'exercice de l'année 1856. Avant de livrer à l'impression ce document, qui devra faire partie du prochain volume des *Mémoires de l'Académie*, M. Guérard en a communiqué hier à la Compagnie la partie scientifique. Quelques-uns des rapports de MM. les inspecteurs ont avec raison paru à la commission dignes d'être plus particulièrement signalés à l'attention de l'Académie. Dans la savante analyse qu'en a faite M. le rapporteur, nous avons remarqué, en effet, entre autres documents intéressants, des considérations pratiques très-judicieuses et très-sagement énoncées par M. le docteur Génieys, sur l'usage des inhalations sulfhydriques dans le traitement des affections de l'appareil respiratoire ; ainsi qu'une étude nosologique de M. le docteur Rérolle sur une question qui, bien que souvent débattue, est loin encore d'avoir reçu de la discussion tous les éclaircissements nécessaires pour guider les praticiens : nous voulons parler des rhumatismes viscéraux métastatiques, des dangers que peuvent avoir à cet égard les méthodes de traitement usitées en pareil cas (particulièrement dans les établissements thermaux), pour combattre le rhumatisme externe, et enfin des distinctions à établir au double point de vue clinique et thérapeutique entre la goutte et le rhumatisme. Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs quelques extraits du rapport de M. Guérard relatifs à ces deux sujets.

Une lettre adressée dans la dernière séance par le secrétaire de la Société d'encouragement au sujet d'une assertion de M. Bouley relative à la poudre désinfectante de MM. Corne et Demeaux, a provoqué hier de la part de cet honorable académicien une explication de laquelle il résulte qu'il y avait eu de sa part erreur de nom, et que la récompense accordée à l'inventeur du mélange désinfectant émanait d'une autre société. Cette explication nous impose, à notre tour, la nécessité de relever un honorable membre, qu'heureusement nous n'avons point nommé, du reproche de distraction dont à tort nous l'avions cru passible. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Des affections cutanées d'origine dartreuse et arthritique, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les affections scrofuleuses, syphilitiques et parasitaires.

(Leçons rédigées par M. Lucien SERGENT, interne des hôpitaux.)

Il y a quatre ans, je vous ai exposé les principes généraux qui me guident dans l'étude des affections cutanées. J'ai dit ce qu'il fallait entendre par maladie, symptôme et affection, lésion, trois états morbides qu'il ne faut pas confondre. Après avoir donné ces notions indispensables de pathologie générale, je me suis occupé de la séméiotique cutanée.

En 1856, je vous ai communiqué sur la scrofule mes opinions, basées sur les nombreux faits qui sont soumis à mon observation ; je vous ai montré les analogies et les différences qui existent entre les quatre maladies constitutionnelles : scrofule, syphilis, dartre et arthritis.

En 1857, je vous ai fait part de mes recherches sur les affections cutanées parasitaires. Je crois que mes travaux n'ont pas été sans quelque influence sur les progrès de cette partie de la pathologie cutanée et sur le traitement de ces affections, qui, avant moi, était abandonné à un empirisme aveugle.

En 1858, j'ai étudié les syphilides ; je me suis appliqué à les classer d'une manière méthodique, à les distinguer des éruptions dartreuses, scrofuleuses et parasitaires, avec lesquelles elles sont si souvent confondues. Cette année, je me propose d'étudier avec vous les affections de peau vulgairement désignées sous le nom de *dartres*.

Le mot *dartre* est un ancien terme générique employé pendant longtemps par les pathologistes français. Il n'est pas douteux que ce mot n'avait aucune signification précise, et que les anciens désignaient sous cette expression des affections cutanées chroniques ayant de la tendance à récidiver et à se généraliser. Comme ces affections chroniques sont très-fréquentes, ainsi que vous le verrez en parcourant le service, nous comprenons facilement qu'elles aient été observées dès les temps les plus reculés. Hippocrate, Galien, Celse les ont décrites sous des noms différents : ψωρα, ψωρα ελκωδης, scabies, varus, lichen, impetigo, etc. Le terme qui paraît répondre avec le plus d'exactitude au mot dartre tel que nous l'entendons, est l'expression *herpès*, employée principalement par Lorry, à une époque plus rapprochée de nous. Cependant, quelques auteurs avaient donné au mot dartre une signification mieux déterminée. Mercuriali (1776), Turner (1714), divisaient les affections cutanées en deux classes : celles de la tête, ou *teigne*, et celles du tronc, ou *dartres*. Cette dernière dénomination s'étendait alors à une nombreuse classe d'affections de nature très-différente. Plenck (1776), Willan et son école démontrèrent sans peine que le mot dartre avait un sens vague et indéterminé, et ils proposèrent sans hésitation de le rayer du vocabulaire nosologique.

Si les noms imposés aux affections cutanées variaient, les causes de ces affections ne variaient pas moins suivant les théories professées par les auteurs. Ainsi, pour Galien, les dartres étaient dues aux altérations des humeurs, soit en quantité, soit en qualité. Les médecins iatrochimistes faisaient jouer un grand rôle à l'acidité ou à l'alcalinité du sang dans la production des maladies de la peau. Les descriptions des affections cutanées n'étaient pas plus précises que les causes et les dénominations qu'on leur attribuait. Il faut arriver jusqu'à Mercuriali et à Turner pour trouver un essai de classification fondée sur le siége plutôt que sur le caractère propre des affections. Plenck et Willan prirent pour base de la classification des maladies de la peau les lésions élémentaires dans leur période d'état : les formes des affections cutanées furent décrites avec plus de soin, mais d'un autre côté les doctrines organiques professées par ces auteurs ont jeté de la confusion dans l'étiologie et la thérapeutique de ces affections. Jusqu'à Plenck et Willan, on décrivait des maladies dont les lésions cutanées étaient symptômes ; au contraire, l'école de Willan élève *les lésions ou les symptômes au degré de maladies*. Avec cette doctrine, on n'admet plus les *dartres*, affections variées quant à l'élément primitif, mais uniques par leur cause et par leur nature. La maladie est démembrée, puis niée complétement. Cette suppression de la maladie entraîne celle de l'étiologie, et la thérapeutique ne s'adresse plus à la maladie elle-même, mais à la lésion ou aux symptômes.

La doctrine de Willan a été importée en France par Biett, et, à part quelques modifications peu importantes, elle est encore aujourd'hui professée par la plupart des dermatologistes. Cependant, aucun progrès ne s'est-il accompli depuis Willan ?

On ne peut nier que l'étude étiologique des affections cutanées n'ait progressé depuis les travaux de Plenck et de Willan. En 1780, Pierre Lalouette, contemporain de Plenck, essaye de décrire les scrofulides bénignes, groupe naturel d'affections cutanées que j'ai réédifié il y a cinq ans, et dont j'ai fait connaître les caractères propres. Plus tard, Joseph Frank indique d'une manière assez vague les caractères des dartres arthritiques, qu'il confond avec les dartres herpétiques. A la même époque, Biett enseigne les symptômes des syphilides. M. Rayer fait une bonne étude des éruptions artificielles, qu'il divise en *éruptions directes* et en *éruptions indirectes*. Les éruptions artificielles directes sont produites par le contact d'un agent irritant sur la peau. On les trouve dans tous les ordres de Willan. Parmi les érythèmes sont les éruptions déterminées par la moutarde, l'*urtica urens*, etc. Dans les affections vésiculeuses et ecthymatiques se rencontrent les éruptions produites par l'huile de croton et le tartre stibié. Dans les affections bulleuses, on trouve celles qui résultent de l'action des cantharides, de l'ammoniaque, de l'huile de noix d'acajou. Vous connaissez tous l'éruption artificielle produite par les frictions répétées d'huile de cade. Cette éruption est caractérisée par des boutons pustuleux, durs à leur base, légèrement ombiliqués, traversés par un poil ; elle constitue un véritable *sycosis cadique*, qui est dû à une inflammation des follicules pileux provoquée par l'action irritante de l'huile de cade déposée sur l'orifice du follicule pendant les frictions.

Certains agents produisent sur la peau des éruptions variées. Chez les ouvriers des fabriques de papiers peints, et chez tous ceux qui manient les composés arsenicaux, on voit apparaître des affections papuleuses, pustuleuses et ulcéreuses, qui ont la plus grande analogie avec des éruptions syphilitiques, à tel point que les hommes les plus versés dans la connaissance des affections spéciales de la peau ont pu commettre de funestes méprises. Je ne saurais trop vous engager à lire le travail que M. Beaugrand a présenté dernièrement à l'Académie de médecine, sur les dangereux effets des verts arsenicaux. Ce sujet est intéressant à connaître au point de vue de la dermatologie, de l'hygiène et de la médecine légale.

A côté des éruptions artificielles, je place une grande famille d'affections cutanées, les affections cutanées parasitaires. Vous savez qu'il y a deux sortes de parasites, l'un végétal et l'autre animal. De là deux sortes d'affections cutanées parasitaires : les *insecto-dermides* et les *phyto-dermides*. Dans les affections cutanées parasitaires, j'ai établi le rôle du parasite, qui, pour moi, est la cause et non le produit de l'affection.

Les expériences de M. Pouchet ont-elles diminué l'importance du rôle du parasite ? Je ne le crois pas. Cette doctrine, qui admet la possibilité du développement spontané des êtres inférieurs, animaux ou végétaux, est, suivant moi, une doctrine fausse qui repose sur des faits mal observés. Plusieurs fois j'ai soumis des amas de spores à une chaleur qui dépassait 100 degrés, et la plupart des spores avaient encore la faculté de se développer. Il n'est donc pas exact de dire qu'une chaleur de 100° anéantit tout principe de vie dans les corpuscules reproducteurs des végétaux inférieurs.

Avant mes recherches, les affections phyto-dermiques étaient rangées au nombre des dartres ou des maladies idiopathiques de la peau ; mais actuellement le groupe des affections cutanées parasitaires est irrévocablement constitué. Il se distingue des dartres par deux caractères fondamentaux : 1° la contagion ; 2° la curabilité. Que sont, en effet, les dartres contagieuses des auteurs, sinon des affections parasitaires ? L'herpès circiné n'est pas une dartre : c'est une affection produite par le trichophyton tonsurant. On a aussi rapporté des faits de contagion observés dans le pityriasis versicolor, le porrigo decalvans, le lichen circonscrit, etc. Mais toutes ces affections ne sont-elles pas engendrées par nos parasites cutanés ?

Quant à la curabilité, il est facile d'apprécier à sa juste valeur ce signe distinctif. En interrogeant les malades du service, vous arriverez à établir deux catégories d'affections : dans l'une, vous trouverez les favus, les mentagres, les herpès circinés et tonsurants, les pelades admis à l'hôpital pour la première fois et guéris radicalement dans un espace de temps déterminé. Dans la seconde catégorie d'affections cutanées, vous rencontrerez les psoriasis, les eczémas, les lichens, qui disparaîtront ou auront déjà disparu sous l'influence du traitement approprié, mais qui ne tarderont à récidiver et à ramener le malade dans nos salles ou dans les autres services de l'hôpital.

Parmi les éruptions artificielles de M. Rayer, les éruptions indirectes correspondent à nos affections pathogénétiques. L'*urticaria ab ingestis*, la roséole qui est produite par l'administration du baume de copahu, les taches qui se produisent sous l'influence de préparations arsenicales, sont autant d'éruptions indirectes ou pathogénétiques.

Quand on élimine des affections apyrétiques de la peau les difformités et les affections artificielles, parasitaires, scrofuleuses, syphilitiques, il reste encore une classe très-nombreuse d'affections : ce sont les *dartres*.

Les *dartres* forment-elles un groupe naturel ? Se montrent-elles toutes sous l'influence d'une même cause, la diathèse dartreuse ? La plupart des auteurs répondent par l'affirmative. Je ne puis adopter cette opinion, qui est celle de notre excellent collègue M. Hardy.

Le groupe des affections dartreuses des auteurs est un assemblage incohérent d'affections cutanées qui diffèrent et par la forme et par la nature. Déjà J. Frank avait entrevu la diversité des dartres, qu'il partageait en plusieurs groupes naturels et parfaitement distincts : il admettait des impétigines arthritiques, gastriques et scorbutiques. Ces dernières sont rarement observées de nos jours ; elles étaient, à ce qu'il paraît, beaucoup plus

fréquentes il y a cinquante ans. Quant aux *impétigines gastriques*, qui sont placées sous l'influence d'une diathèse gastrique, je ne vois dans cette expression que le rapport des affections viscérales (estomac, foie, etc.) et des affections cutanées, qu'on trouve dans la dartre pure.

J'ai déjà dit que Pierre Lalouette avait entrevu le groupe des scrofulides bénignes.

En définitive, il n'existe pas, pour nous comme pour M. Hardy, une famille naturelle d'affections cutanées que l'on puisse appeler *dartres*. Ces dartres se rattachent à trois principes, à trois maladies constitutionnelles, et forment trois groupes différents par les caractères objectifs des affections qui les composent, par le traitement qu'ils réclament. Nous avons appelé l'un de ces groupes *scrofulides bénignes*; nous proposons de nommer les deux autres *arthritides* et *herpétides*, qui répondent aux impétigines arthritiques et gastriques de Frank. S'il fallait absolument donner la définition de l'expression *dartres*, qu'il est préférable de ne pas employer dans l'état actuel de la science, je dirais: Les *dartres sont des affections cutanées, non contagieuses, pyrétiques ou apyrétiques, récidivant avec opiniâtreté, survenant sous l'influence de trois maladies constitutionnelles, l'arthritis, la dartre et la scrofule.*

Pour se comprendre, il faut exactement définir les termes qu'on emploie, surtout quand on les emploie dans un sens différent de celui qui est généralement adopté.

Il est indispensable de vous dire tout d'abord ce que j'entends par *diathèse* et par *maladie constitutionnelle*; puis, dans un dernier paragraphe, je chercherai à vous indiquer la place que les dartres doivent occuper dans une bonne classification dermatologique.

Le mot *diathèse* (διαθεσις) est aussi ancien que la médecine elle-même; à lui seul il contient toute une doctrine. Aussi l'on peut dire qu'il a changé de sens chaque fois qu'une nouvelle doctrine a paru en médecine. Employé par le plus grand nombre des auteurs pour exprimer la nature de la cause prochaine, le terme *diathèse* a été appliqué à la désignation d'une modification hypothétique dans la constitution matérielle d'une partie ou de la totalité de l'organisme. D'autres auteurs n'ont donné aucune explication sur la nature intime de la *diathèse*, et l'ont confondue avec la prédisposition latente. Parmi ces derniers, quelques-uns ont restreint la signification du mot diathèse en ne l'appliquant qu'à la disposition du corps qui provoque le retour du même état morbide, ou bien à la seule prédisposition qui fait éclater la maladie sans le secours de la cause occasionnelle.

Ainsi, dans la théorie galénique, la diathèse n'est autre chose que l'intempérie des humeurs qui amène la maladie.

Dans les théories dichotomiques de Thémison, de Brown, de Rasori et de Broussais, la diathèse consiste dans le laxum et le strictum, dans l'asthénie et la sthénie, dans le stimulus et le contro-stimulus, etc.

Pour les humoristes modernes, la diathèse n'est que l'altération du sang.

Les auteurs contemporains adoptent presque tous la définition de Chomel. Je crois que pour ce motif il est intéressant de nous arrêter quelques instants sur les doctrines de ce pathologiste.

« La maladie est un désordre notable survenu soit dans la disposition matérielle des parties constituantes du corps vivant, soit dans l'exercice des fonctions.

» Quelques auteurs ont cherché à établir une distinction entre l'affection et la maladie..... Cette distinction doit être rejetée comme contraire à l'acception commune, et comme propre à porter de l'obscurité dans le langage sans répandre aucune lumière sur les choses..... Dans le langage médical, on emploie comme synonymes les mots *maladie* et *affection* (1). Les *causes éloignées* sont celles qui préparent ou déterminent l'altération intime qui forme l'*essence* ou la *cause prochaine* de la maladie... La cause *prochaine* n'est autre chose que l'essence même de la maladie, que la modification intime de l'organisme qui la constitue, et ne peut pas être comptée parmi les causes qui la produisent (2).

» Toutes les fois qu'une maladie se montre sans cause évidente, et c'est ce qui a lieu dans la plupart des cas qui sont du ressort de la pathologie interne, on est obligé, pour en expliquer la production, de recourir à une *prédisposition latente* qui elle-même semble devoir consister en une modification spéciale, mais entièrement inconnue dans son essence, soit de toute l'économie, soit d'une ou de plusieurs des parties qui la constituent.....

» L'observation a fait connaître que chez un certain nombre d'individus un organe est beaucoup plus fréquemment affecté que les autres, ou même est le siége exclusif de presque toutes les maladies qui se montrent pendant le cours entier de la vie, ou du moins pendant une ou plusieurs de ses grandes périodes, comme l'enfance, la jeunesse, l'âge mûr: chez l'un, c'est le poumon; chez l'autre, c'est l'estomac ou les intestins; chez un troisième, c'est le cerveau qui, suivant l'expression vulgaire, est l'organe *faible*, c'est-à-dire le plus disposé à recevoir l'action des causes morbifiques. Les partisans de la doctrine de l'irritation ont proposé de désigner par le mot *diathèse* cette disposition d'un organe à être affecté de maladies quelconques, et ils ont admis ainsi des diathèses pulmonaire, gastrique, cérébrale, utérine, etc.; mais dans les écrits de la plupart des médecins et dans le langage usuel de la science, ce mot a une acception différente.

» La *diathèse* est une disposition en vertu de laquelle plusieurs organes ou plusieurs points de l'économie sont à la fois ou successivement le siége d'affections spontanées dans leur développement et identiques dans leur nature, lors même qu'elles se présentent sous des apparences diverses. En effet, si plusieurs phlegmasies, une péritonite, par exemple, une pneumonie, une ophthalmie, se montrent simultanément chez un même sujet, et si chacune d'elles est produite par une cause extérieure manifeste, il n'y a point là de diathèse; mais si les mêmes affections viennent à se développer sans causes évidentes, on dit alors qu'elles sont dues à une disposition commune, qu'on nomme diathèse *inflammatoire* (1).

Telle est la doctrine de Chomel, admise par la plupart des médecins contemporains. En quoi cette doctrine diffère-t-elle de la nôtre? Le voici.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Chomel, *Eléments de pathologie générale*, 3me édition, page 16.
(2) *Id.*, pages 30 et 31.

(1) Chomel, *Éléments de pathologie générale*, 3me édition, pages 89 et 90.

LA COLIQUE DE PLOMB ET LES VASES VERNIS,

Par M. le docteur Gouriet (de Niort).

Parmi les maladies qui sévissent dans la classe ouvrière, les affections saturnines occupent un des premiers rangs: les usages multiples du plomb et de ses dérivés, les nombreuses industries qui mettent ces produits en œuvre, suffisent pour l'expliquer. Prévenir l'opinion publique contre des périls souvent méconnus; substituer aux corps malfaisants des corps moins dangereux, capables de rendre les mêmes services au commerce, telle est la tâche que le médecin hygiéniste est appelé à remplir.

A ce double point de vue nous publions ce qui suit:

Obs. I. — Le 19 janvier 1858, je suis appelé chez le sieur Pierre C..., jardinier, route de Prahecq, à un kilomètre de Niort.

Toute la famille est au lit depuis deux jours: le père, âgé de quarante-quatre ans; la mère, âgée de quarante-trois ans; le fils, ouvrier gantier, âgé de dix-huit ans. Vers les premiers jours du mois, ils ont été pris d'un malaise général, sans fièvre, avec perte d'appétit, constipation opiniâtre et coliques assez vives. Ils ont fait usage de remèdes de commères; puis, n'éprouvant pas d'amélioration et voyant même leur état s'aggraver, ils se sont adressés à la médecine.

Je les trouve en proie à la plus grande anxiété; ils sont abattus, découragés, et me conjurent d'une voix lamentable de leur porter secours. Tous les trois ont le teint ictérique, la face grippée, les yeux caves et enfoncés, la sclérotique jaunâtre. Le pouls est normal; la langue est blanche, couverte d'un enduit épais qui ressemble à du mastic. Les douleurs abdominales sont atroces. La femme est accablée; elle semble indifférente à l'état des deux autres. De temps en temps elle se roule avec des cris déchirants. Le père et le fils sont plus calmes. Chez aucun le ventre n'est rétracté.

Cette similitude de symptômes chez trois individus qu'abrite le même toit devait faire croire tout naturellement à une cause identique. L'idée d'une intoxication me vint à l'esprit, et je songeai à la colique de plomb. Mes prévisions ne tardèrent pas à se changer en certitude. Je regardai les gencives, et je vis sur leur bord ce feston gris d'ardoise qui caractérise les maladies saturnines. Chez le fils, ce liséré était moins large et en quelques points interrompu.

Le diagnostic ne laissait point de doute. Je mis mes malades à un traitement voisin, quoique différent, de celui de la Charité, cette médication (soit dit en passant) héroïque et absurde, qui consiste à faire le soir tout le contraire du matin.

Le 19 au soir, extrait thébaïque, 0,05 centigr. en deux pilules; tisane d'orge; diète. La nuit n'est guère plus calme, surtout pour la mère.

Le 20 au matin, tartre stibié, 0,10 centigr. Déjections par le haut et par le bas de matières bilieuses porracées.

Le 20 au soir, nouvelles pilules d'extrait thébaïque. Les deux hommes dorment un peu.

Le 21 au matin, un éméto-catarthique: sulfate de soude, 30 gram.; tartre stibié, 0,05 centigr.; lavements de mercuriale. Selles copieuses, de même nature que la veille.

Le 21 au soir, nouvelles pilules calmantes. Les deux hommes passent une nuit assez bonne; la femme ne dort pas du tout.

Le 22 au matin, une bouteille d'eau de Sedlitz. Nouvelles selles verdâtres.

Le 22 au soir, pilules opiacées. Les hommes vont de mieux en mieux; la femme souffre toujours très-cruellement.

Le 23, j'ajoute au traitement qui précède un liniment laudanisé sur le ventre, et je fais prendre toutes les trois heures à mes malades un verre de la boisson suivante:

Nitrate de potasse.	12 grammes.
Vin blanc.	2 litres.
Eau de Seltz.	4 —

Ce breuvage avait pour but de favoriser l'élimination du poison par les voies urinaires.

A partir du 25, un changement notable se fait sentir dans l'état de la femme. Tandis que les hommes marchent vers la convalescence, elle voit disparaître peu à peu ses coliques et commence à recouvrer le sommeil; mais, plus malade que son fils et que son mari, elle reste au lit jusqu'au 12 février, tandis que ceux-ci se lèvent le 3.

Dès qu'ils peuvent faire quelques pas, le père et le fils vont à la ville. Pensant réparer leurs forces, ils commettent des excès de vin.

Le 8 mars, le père est violemment repris; les symptômes sont les mêmes que la première fois. Le même traitement est prescrit; le mieux ne se fait pas attendre.

Le père est encore au lit, lorsque le 16 le fils est repris avec une nouvelle furie.

Le 17, à dix heures du soir, on vient me chercher en toute hâte. Je trouve ce malheureux jeune homme immobile, anéanti; ses yeux sont fermés... je les entr'ouvre et je vois une pupille très-dilatée, qui ne se resserre pas à l'approche de la lumière. Je le questionne en vain, je n'en puis tirer une parole. Soudain, à ce calme effrayant succèdent des mouvements convulsifs; il se roule sur son lit, fait voler les couvertures, pousse des cris inhumains et tient des discours sans suite, entremêlés de quelques réponses lucides; de temps à autre il se dresse violemment sur le siége et essaye de se jeter en avant... On est obligé de le maintenir avec force. Le pouls, d'abord tranquille, est devenu fréquent.

Des sangsues se trouvaient par hasard à la maison; j'en fais appliquer huit à l'anus.

A mesure que le sang coule, l'agitation diminue; le malade finit par s'endormir.

Le lendemain, 18, la raison est revenue, mais les coliques sont terribles. Je le remets à un traitement régulier.

Le 25, le père et le fils peuvent se lever; cette fois ils sont plus sages et sont guéris d'une manière définitive. La maigreur et la mauvaise mine ne se sont que très-lentement dissipées.

La femme, qui n'a pas commis d'excès, n'a pas de rechute, quoiqu'elle ait été beaucoup plus mal au début. Je reviendrai sur ce point.

Je signale en passant et sans y attacher trop d'importance, que plus d'un an après, c'est-à-dire en mars 1859, le père s'étant obstiné, malgré mon conseil, à ne pas se purger, a été pris d'un érysipèle de toute la face et d'une partie du cuir chevelu avec accompagnement d'un embarras gastrique très-intense et d'une éruption d'ecthyma sur tous les membres.

Cet accident s'est heureusement terminé.

A travers les symptômes qui viennent d'être décrits, la cause *plomb* se détachait d'une manière lumineuse; mais sous quel état et par quelle voie le poison s'était-il introduit? Telle est la question qu'il s'agissait de résoudre pour prévenir des récidives. En vain je questionnai les malades dans tous les sens: ni la peinture fraîche, ni la grenaille oubliée dans les bouteilles, ni les couverts et les gobelets, ni les boissons dont ces gens faisaient usage, ni les étiquettes de plomb des jardiniers, ni la marque de plomb que l'octroi applique sur la viande, ne purent me rendre un compte suffisant. Je désespérais presque d'arriver à la cause, et je recommandais à ces gens de chercher à se rappeler les plus petits détails, un indice insignifiant en apparence pouvant quelquefois mettre sur la voie, lorsqu'un jour ils me dirent, sans y attacher d'importance, que le 26 décembre, étant allés chez un de leurs amis qui faisait tuer un cochon, ils avaient rapporté du *bouillon de tripes* dans une cruche en terre de trois à quatre litres de capacité, qui ne leur avait pas servi depuis le mois de septembre, époque où ils y avaient fait fermenter des raisins; ce bouillon, versé très-chaud, était resté là jusqu'au premier janvier; depuis ce jour, ils s'en étaient fait de la soupe pendant une grande partie de la semaine. On me montra cette cruche: la face externe était recouverte d'un vernis qui se continuait jusqu'au milieu de la face interne, mais on pouvait voir que presque partout sur cette dernière face le vernis était enlevé par plaques. Que s'était-il passé? Le jus de raisin avait commencé à attaquer le vernis et à le rendre moins adhérent; de l'acétate de plomb s'était formé sur place tout le long des parois; la boisson, qui n'y était pas demeurée longtemps, ne s'en était pas approprié une quantité suffisante pour déterminer des accidents, mais le bouillon, qui y était resté près de huit jours et qui surtout avait été versé très-chaud, avait dissous l'acétate qui tapissait la surface.

Obs. II. — Le 12 décembre 1859, je suis appelé auprès de Mme P..., ancienne boulangère, âgée de quarante ans. Je constate les symptômes suivants: point d'appétit, bouche pâteuse et amère, langue saburrale, constipation intense, malaise plutôt que douleur dans le ventre, pouls normal, teint naturel. Je prescris: tartre stibié, 10 centigrammes; repos au lit, diète, bouillons rafraîchissants, lavements émollients.

Le 13, la malade est mieux, mais la bouche est encore mauvaise. — Une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 14, tout va bien.

Je n'en entends plus parler jusqu'au 29. Ce jour-là elle me fait rappeler en toute hâte, elle est bien changée: la figure est ocreuse, livide; la sclérotique jaunâtre, les douleurs abdominales horribles; elle se tord en poussant des cris. Le ventre est rétracté. Je soupçonne la colique saturnine; je regarde les gencives: elles sont bordées du liséré caractéristique. J'organise un traitement analogue à celui dont il est parlé dans la première observation.

Le 29 au matin, tartre stibié, 10 centigrammes; vomissements abondants de matières verdâtres; tisane d'orge et de chiendent; diète.

Le soir et dans le cours de la nuit, potion gommeuse, 150 grammes avec sirop diacode, 30 grammes.

Le 30 au matin, huile de croton-tiglium, 2 gouttes en quatre pilules, données de demi-heure en demi-heure; lavement de feuilles de séné. Déjections alvines copieuses.

Le soir, extrait thébaïque, 5 centigrammes en deux pilules à une heure d'intervalle; frictions sur le ventre avec l'huile de jusquiame. La malade dort une partie de la nuit.

Le 31 au matin, sulfate de soude, 50 grammes; lavement de séné. Selles abondantes.

Le 1er janvier 1859, au matin, lavement de séné seulement. Le soir, les pilules calmantes.

La nuit est excellente; les douleurs ont disparu.

Le 2, nouvelle prise de sulfate de soude, pilules opiacées le soir;

Le 3, la malade est guérie et cette fois définitivement.

Dans ce cas il ne fut pas difficile de trouver le plomb : dirigeant mes investigations du côté des *ingesta*, j'appris que la malade faisait usage d'une boisson appelée ici *râpé*, qu'on prépare en mêlant des raisins avec une certaine quantité d'eau. Ayant un peu plus de vendange qu'une barrique n'en pouvait tenir, Mme P... avait fait mettre le reste dans un charnier verni au plomb sur ses deux faces; puis, à mesure que la barrique se vidait, on empruntait au charnier pour la remplir. Me défiant du liquide que renfermait ce vase, j'en pris un flacon et le portai chez M. Houdebine, pharmacien à Niort, qui reconnut la présence d'un composé plombique. Une petite quantité de ce liquide répartie dans une futaille de deux hectolitres avait suffi pour déterminer l'intoxication.

Nous terminons par quelques considérations.

1° On sait avec quelle facilité les combinaisons de plomb réagissent sur les liqueurs acides; il est possible même que par leur seule présence elles hâtent dans les substances non acides, mais susceptibles de le devenir, la fermentation qui les fait passer à ce dernier état. Cette hypothèse serait fondée sur ce principe de chimie :

« Lorsque plusieurs corps sont en présence et que par l'échange » de leurs éléments il peut se faire de nouveaux composés ayant » entre eux une grande affinité, ou jouissant, dans les circon- » stances où ils se produisent, d'une grande stabilité, ces nou- » veaux composés se forment presque toujours. » (*Chimie d'Orfila*, 1851, t. I, p. 59.)

2° Les accidents dont nous venons de parler doivent être assez communs parmi les gens du peuple, qui font surtout usage de poteries grossières : ils récoltent les raisins d'une ou deux treilles; ils n'en ont pas assez pour remplir un grand fût, ils les mettent à fermenter dans de petits vases, et ceux qu'ils affectent à cet emploi sont couverts en général d'un vernis au plomb.

Telle est du moins la coutume dans une partie du Poitou; pour ma part je connais plusieurs familles qui ont manqué payer cher de semblables imprudences. Les moissonneurs qui se servent d'eau vinaigrée pour étancher leur soif courent tous les ans les mêmes risques. Il serait donc important de faire connaître aux classes pauvres les dangers auxquels elles s'exposent en renfermant des liqueurs acides dans des vases en terre vernie; en peu de temps cette notion deviendrait aussi répandue parmi elles que la crainte salutaire des champignons et du vert-de-gris.

3° Bien que les faits que nous rapportons aient dû se renouveler souvent, la science n'en a enregistré d'exemples que depuis une dizaine d'années, et encore en assez petit nombre. Dans ces derniers temps, M. Mauger, chirurgien de la marine, a publié (*Gazette des Hôpitaux*, octobre 1858) un article très-remarquable où il expose l'histoire de plusieurs familles empoisonnées par des boissons acides qui avaient séjourné dans des vases vernis au plomb. Ce qui rend ces observations si curieuses, c'est que les chefs de ces familles, marins de profession, avaient jadis eu la *colique sèche* dans les pays chauds, et qu'ils disaient avoir éprouvé exactement les mêmes symptômes; l'un d'eux en était si convaincu qu'il annonçait à sa famille une prochaine invasion de son ancienne maladie. L'auteur en concluait avec beaucoup de vraisemblance que les deux affections n'en font qu'une, opinion qui divise en deux camps les membres de la médecine navale. Sans vouloir trancher la question, je rappellerai que la chaleur favorise beaucoup l'action des préparations saturnines, et que d'autre part les marins ne sont guère atteints de la prétendue colique sèche que pendant leur séjour dans les pays tropicaux.

4° Dans ces fameuses épidémies qui, sous le nom de coliques de Poitou, de Devonshire, de Normandie, ont à diverses reprises causé tant de maux et si vivement éveillé l'attention publique, on a fini par reconnaître que les liquides suspects contenaient du plomb; on s'en est pris tour à tour aux eaux recueillies sur des terrasses en plomb, à des cercles de plomb qui doublaient intérieurement les tonneaux, à des plaques de plomb adaptées aux pressoirs. On s'en est pris aussi à la sophistication frauduleuse des boissons. Personne, que nous sachions, n'a accusé les pots vernis dont presque tous ces malades ont dû se servir à l'époque où l'on boit la piquette et le cidre (1).

5° Notre première observation renferme deux exemples de récidive sous l'influence d'excès; cela tend à prouver que longtemps encore après la guérison apparente, il reste dans l'économie des particules métalliques, que l'action de ces particules est provisoirement endormie jusqu'au moment de l'élimination complète, et qu'un modificateur trop énergique peut la réveiller. L'expulsion *tardive* des poisons métalliques a, du reste, été mise hors de doute par les expériences d'Orfila.

6° Pour conjurer les maux que nous avons signalés, il faudrait bannir le plomb de chez les potiers, comme on l'a banni de chez les confiseurs et les liquoristes. Ce serait chose aisée : les couvertes des poteries sont des substances vitrescibles capables sans se fondre de supporter une haute température, et composées d'acide silicique uni à une base; l'oxyde de plomb est souvent la base employée, mais n'est pas nécessairement la seule; on se sert avec avantage de potasse, de chaux, d'oxyde de fer, et tandis que le minium et la litharge produisent des vernis plus fusibles qui s'altèrent avec facilité, les autres oxydes donnent des enduits plus fixes qui rendent les vases plus durables. L'hygiène et l'industrie semblent se donner la main pour faire expulser le plomb. Nos vœux les accompagnent.... puissent-ils être entendus! Puisse l'autorité, justement alarmée, prendre à cet égard une salutaire initiative, et montrer une fois de plus que, s'il est utile de guérir les maladies, il l'est encore plus de les prévenir.

(1) Ce genre de danger a été signalé, à l'insu de M. Gouriet sans doute, dans le *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité*, article PLOMB, et dans le *Journal de chimie médicale* de M. A. Chevallier, où on lit l'histoire d'un cultivateur qui eut une colique de plomb après avoir fait usage de cornichons qui avaient séjourné dans un pot de terre vernie. (*Note de la Rédaction.*)

ENCORE UN MOT

sur les indications et contre-indications de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire;

Par M. le docteur J. DE LAPLAGNE, à la Souterraine (Creuse).

Il résulte des observations que j'ai depuis longtemps recueillies avec soin, que pour administrer l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire avec quelques chances de succès, le médecin doit avant tout tenir compte des diverses conditions dans lesquelles se trouve placé le malade confié à ses soins; il doit prendre en considération :

1° Son tempérament, son sexe;

2° Son état général actuel;

3° La période et la forme de l'affection.

1° Le tempérament sanguin bien dessiné, sans exclure d'une manière absolue l'emploi de l'huile de foie de morue, est celui de tous qui répugne le plus à son usage. Chez les malades doués de ce tempérament, il arrive souvent, en effet, que ce médicament, mal supporté, détermine des irritations gastro-intestinales qui obligent à y renoncer promptement; tandis qu'au contraire, s'il passe bien et ne donne naissance à aucun trouble du côté des voies digestives, il ne tarde pas à produire une surexcitation qui, pour n'être le plus ordinairement que passagère, n'en est pas moins dangereuse. Dans l'un et l'autre cas, s'il n'aggrave point l'affection qu'il est destiné à combattre, son action est nulle tout au moins.

Par compensation, les individus qui présentent tous les attributs de ce tempérament franchement accusé, sont ceux chez lesquels on rencontre le plus rarement la phthisie pulmonaire.

Le tempérament nerveux peut s'accommoder généralement mieux de cette médication; mais il y a ici une distinction à établir : si l'huile est bien tolérée pendant un temps suffisant, on peut s'attendre à un bon résultat; mais trop souvent aussi son emploi, s'il n'est dirigé suivant certaines règles, donne lieu à de la dyspepsie, de la diarrhée, à certains symptômes, en un mot, qui obligent le médecin à beaucoup de circonspection; car s'il ne tient aucun compte de ces accidents et passe outre, il verra se développer peu après, pour l'ordinaire, les signes de cette affection que M. le docteur Gendrin a décrite avec tant de talent sous les noms de dyspepsie muqueuse et de fièvre assode, et dès lors le médicament peut devenir plus nuisible qu'utile.

Dans ces cas, il importe de commencer par éliminer, s'il y a lieu, toutes les complications, puis de débuter par une dose très-faible, une cuillerée à café deux ou trois fois par jour, que l'on fait prendre au commencement d'un repas léger, afin d'atténuer autant que possible l'action irritante de l'huile dans son contact immédiat avec les parois de l'estomac, et d'en suspendre l'usage à différents intervalles, en profitant de ces interruptions pour conseiller quelques boissons délayantes, et au besoin un léger purgatif.

Je connais une jeune dame douée de ce tempérament, qui pendant longtemps m'a donné les plus sérieuses inquiétudes pour sa poitrine; elle est aujourd'hui entièrement rétablie, et doit incontestablement sa guérison et le bon état de santé dont elle jouit actuellement à l'usage de l'huile de foie de morue, continuée pendant plusieurs années consécutives; or, ce n'est qu'à l'aide de ces minutieuses précautions que je suis parvenu à lui faire tolérer ce médicament pendant un temps aussi long; je n'ai jamais pu dépasser la dose journalière d'une cuillerée à bouche sans voir survenir de la fièvre et divers accidents du côté de l'estomac et des intestins, qui m'obligeaient à une interruption momentanée et à des soins appropriés, tandis que, à cette dose et au-dessous, j'obtenais depuis peu de temps un résultat des plus heureux, tant sous le rapport de l'affection que j'étais appelé à traiter que sur l'état général. Peut-être pourrait-on, dans des cas analogues, remplacer avec avantage l'huile brune, la seule dont je fasse habituellement usage, par l'huile blonde, moins active sans doute, mais aussi moins excitante. C'est à l'expérience de prononcer.

Du reste, il est juste de dire que le tempérament nerveux étant celui qui se rencontre le plus rarement pur, et se trouvant presque toujours allié à un peu de lymphatisme, surtout chez les femmes, la tolérance pour l'huile en est par cela même rendue beaucoup plus facile.

Le tempérament lymphatique est, toutes choses égales d'ailleurs, celui qui se trouve le mieux de son usage. C'est aussi celui qui le supporte sans inconvénients pendant le temps le plus considérable; il est toutefois souvent utile de lui adjoindre quelques autres médicaments; ce sont, suivant les cas, les amers, qui en favorisent la digestion, et en particulier les préparations de lichen, l'iodure de fer, dont je me suis plus d'une fois bien trouvé, le soufre, les préparations balsamiques, et surtout l'eau de goudron. Ici, lorsque les indications sont bien saisies et le traitement habilement dirigé, le médecin ne tarde pas à observer chez son malade une amélioration des plus notables, et qu'il n'aurait pu obtenir à l'aide d'aucun autre médicament actuellement connu.

Or le tempérament lymphatique est, comme on sait, si je puis m'exprimer ainsi, la véritable terre promise des affections tuberculeuses.

Restent maintenant les tempéraments mixtes ou composés et ceux où ne prédomine aucun des attributs des trois tempéraments confondus ensemble. Ici on peut consulter souvent avec fruit le tempérament des ascendants ou même de la famille; mais, il faut bien l'avouer, trop souvent aussi le médecin en est réduit à des tâtonnements, à des essais dont il pourra d'ailleurs tirer bon parti s'il sait observer avec patience et sagacité.

L'âge du malade importe également beaucoup au succès, et il est hors de doute que l'huile réussit surtout pendant la seconde enfance et l'adolescence, bien qu'elle ne soit point néanmoins sans effet aux autres âges de la vie; l'âge mûr et la vieillesse sont toutefois plus difficilement et plus lentement influencés par le remède.

2° L'état général du malade ne doit pas être pris en moins sérieuse considération que son tempérament; un état fébrile habituel un peu intense, des hémoptysies fréquentes, un mauvais état des voies digestives, sans en contre-indiquer formellement l'emploi, exigent beaucoup de prudence dans son administration, et il est souvent indispensable de préparer le malade à la médication par un traitement convenable; ainsi j'ai vu maintes fois la fièvre augmenter, l'hémoptysie devenir plus abondante, la diarrhée survenir, lorsque l'huile était administrée dès le début et à trop forte dose, et sans traitement préparatoire.

Il faut donc avant tout, pour réussir, combattre les complications par tous les moyens possibles, et réduire s'il se peut la maladie à sa plus simple expression.

3° C'est dans la première période, au début de la phthisie, ou lorsque l'on n'a encore que des craintes fondées soit sur l'état du sujet, soit sur ses mauvais antécédents de famille, que l'huile est spécialement indiquée; mais dans la seconde période, et surtout à la fin, alors qu'il existe de vastes cavernes, que le malheureux phthisique est miné par une fièvre hectique ou un dévoiement colliquatif, il y aurait plus que de la témérité à oser le soumettre à une médication qui ne pourrait plus avoir alors que le triste privilége de précipiter une terminaison funeste devenue irrévocable.

Quant à la forme, celle dite suraiguë ou inflammatoire sera presque toujours influencée d'une manière défavorable par l'huile de morue, qui convient essentiellement à la forme lente ou chronique, de même qu'à celle autrefois appelée latente.

En somme, ce médicament ne doit pas plus être administré empiriquement dans le traitement de la phthisie pulmonaire dans tous les cas et à tous les degrés, que le mercure dans la vérole, le sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes; or, qui ne sait que le mercure montre surtout sa merveilleuse puissance lorsqu'il est appelé à combattre les accidents secondaires, tandis qu'il est réellement contre-indiqué dans l'accident primitif avant l'induration, et le plus souvent sans action, administré seul, ou même nuisible dans le traitement des accidents tertiaires; qui ne sait encore que le sulfate de quinine, ce médicament dont l'efficacité est sans égale, reste souvent impuissant au début des fièvres intermittentes, et ne doit être conseillé qu'alors que toutes les complications ont disparu et que le malade a subi un traitement préparatoire? De même aussi pour l'huile, dont l'administration doit être soumise à certains principes et non plus confiée à un aveugle empirisme, il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut produire; agir autrement c'est vouloir se préparer des déceptions nombreuses, c'est discréditer un médicament précieux appelé à rendre d'immenses services, lorsque, mieux connu, on saura le prescrire avec prudence, méthode et discernement.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 septembre 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport final de M. le docteur Bodélio sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Lorient dans le courant des mois de mai et de juin derniers. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Boulu adresse un mémoire intitulé : *De la médication électrique dans certaines affections de l'appareil oculaire.*

Si jusqu'à ce jour, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, l'électricité n'est pas entrée franchement dans la thérapeutique des maladies des yeux, cela tient, d'une part, à la difficulté de bien préciser les cas spéciaux dans lesquels il peut être utile d'avoir recours à l'agent électrique; d'autre part, à son mode d'application, sur lequel les médecins ne sont pas encore fixés.

Aujourd'hui que l'ophthalmoscope a fait faire de grands progrès à la science oculistique, et que le diagnostic dans les maladies des yeux est devenu plus facile, je crois devoir appeler l'attention de mes confrères sur un nouveau mode d'électrisation qui m'a donné de bons

résultats dans quelques affections de l'appareil oculaire, mais surtout dans les paralysies de la rétine et des paupières.

Ce procédé, d'une application simple, facile, et sans danger pour les malades, est à mon avis bien préférable à l'électro-puncture, encore pratiquée par quelques médecins. Je le décris avec détail dans mon mémoire; mais je puis indiquer ici qu'il consiste dans l'introduction sous la paupière d'une ou deux aiguilles mousses très-fines qui électrisent directement l'appareil oculaire. (Commissaires, MM. J. Cloquet et Laugier.)

— M. Loiseau (de Montmartre) adresse un travail intitulé : *Nouvelle note sur le traitement de l'angine couenneuse par les insufflations et les instillations de tannin pur, alternant avec les instillations et insufflations d'alun, et accompagnées du régime le plus tonique possible.* (Commissaires, MM. Blache et Trousseau.)

— M. DEVERGIE fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Reimbert, d'un ouvrage intitulé : *Traité des maladies charbonneuses.*

— M. BOULEY demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Dans la dernière séance, dit-il, M. le secrétaire perpétuel a lu une lettre du secrétaire de la Société d'encouragement, protestant que jamais cette Société n'a décerné de médaille à M. Corne, contrairement à ce que j'avais avancé. Je reconnais que je m'étais trompé, mais ce n'était qu'une erreur de nom. C'est la Société universelle des arts et manufactures de Paris, qui, dans sa séance du 11 mai 1859, a décerné une médaille à M. Corne.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL fait observer que le fait en lui-même n'a pas été mis en doute, mais que la rectification était importante, en ce sens que M. Bouley avait dit que c'était la même Société qui avait décerné quelques années auparavant au docteur Bayard une médaille d'argent pour le même sujet.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Bertherand, directeur de l'École de médecine d'Alger et membre associé de l'Académie, assiste à la séance.

— M. DEPAUL, au nom de la commission de vaccine, propose de décerner à M. le docteur Boursier une médaille de vaccination, qui avait été primitivement destinée à M. Defresnoy, officier de santé, et qui lui a été retirée à cause de l'inexactitude des chiffres consignés dans son rapport.

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. GUÉRARD lit quelques fragments scientifiques du rapport général sur le service médical des eaux minérales en France pendant l'année 1856, dont les conclusions ont été lues et adoptées dans la séance du 24 novembre dernier.

Parmi les rapports de MM. les médecins inspecteurs relatifs à la saison de 1856, M. Guérard signale particulièrement à l'attention de l'Académie ceux de MM. les docteurs Génieys, médecin inspecteur d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales); Rérolle, inspecteur adjoint de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), et un travail de M. le docteur Caillat sur la Source des Yeux, aux bains d'Hercule, dans la Hongrie. Voici quelques-uns des points des divers travaux analysés par M. le rapporteur qui nous ont plus particulièrement frappé.

Indications et contre-indications des inhalations sulfhydriques. — M. Génieys, dans son rapport, s'est principalement occupé de l'étude des indications et des contre-indications de la méthode des inhalations sulfhydriques récemment introduites dans plusieurs établissements thermaux. Plusieurs inspecteurs et médecins d'eaux minérales avaient affirmé que les inhalations sulfhydriques, loin de causer l'hémoptysie, pouvaient en prévenir le retour. M. Génieys a observé tout autre chose à Amélie-les-Bains. « Toutes les fois, dit-il, qu'un sujet ayant eu précédemment des hémoptysies, a été soumis avec suite aux aspirations du gaz sulfhydrique, j'ai vu, après huit ou dix séances de dix minutes chacune, l'hémoptysie revenir. » Aussi se tient-il sur la réserve à l'égard de cette médication, lorsqu'il est en présence de malades disposés aux congestions, et surtout s'ils offrent les attributs du tempérament lymphatique ou nerveux. La majeure partie des malades qui se rendent en hiver à Amélie-les-Bains sont atteints de phthisie au second degré; chez un grand nombre d'entre eux, on constate même l'existence de cavernes. Dans ces conditions, quand il y a fièvre et marche ascendante de la maladie, M. Génieys s'abstient de recourir aux inhalations sulfhydriques. Mais il n'hésite pas à les mettre en usage lorsque la maladie n'a pas dépassé le premier degré.... — Les bronchites chroniques, les pharyngites, même quand elles sont granuleuses, les laryngites, sont heureusement modifiées par les inhalations sulfhydriques. C'est surtout dans les catarrhes pulmonaires chroniques avec expectoration très-abondante, et dans les laryngites liées à la fatigue de l'organe, que les aspirations du gaz sulfhydrique, employées avec méthode et régularité, donnent les meilleurs résultats.

Bien que le gaz sulfhydrique ait été préconisé comme jouissant de propriétés hyposthénisantes et comme susceptible de calmer les palpitations de cœur, M. Génieys ne croit pas devoir en conseiller l'usage aux personnes qui éprouvent trop de gêne dans la circulation; il s'impose la même réserve à l'égard des sujets disposés aux congestions vers la tête, ou qui ont éprouvé quelques atteintes d'apoplexie.

Du rhumatisme interne ou viscéral. — Dans un mémoire joint à son rapport, M. Rérolle s'est livré à l'étude du rhumatisme interne ou viscéral. M. Rérolle admet que tous les organes peuvent être atteints par cette cause morbide, dont la combinaison avec les vices scrofuleux, syphilitiques et dartreux, engendre des états pathologiques habituellement chroniques, contre lesquels échouent si souvent tous les efforts ordinaires.

D'après ses observations, le rhumatisme cérébral peut être primitif, métastatique ou mixte, c'est-à-dire compliqué de douleur externe. La forme métastatique étant sans contredit la plus grave, M. Rérolle a dû naturellement se demander si le traitement thermal ne pourrait pas en provoquer le développement, et par conséquent s'il existe des formes rhumatiques que l'on doive respecter, et à quels signes on peut les reconnaître. Il n'hésite pas à admettre que le traitement thermal, lorsqu'il est mal dirigé ou mal exécuté, ne puisse faire naître des accidents imputables à tort à la métastase rhumatismale. On en prévient le développement en modifiant et même suspendant la médication existante. En dehors de ces cas, il existe certaines formes de rhumatisme qu'il est dangereux d'attaquer directement par la douche, sous peine d'en provoquer la rétrocession vers les organes internes. Ce sont en particulier ces engorgements articulaires siégeant aux extrémités inférieures, et plus spécialement à l'articulation tibio-tarsienne, et qui sont habituellement compliqués de rhumatisme interne, dont l'aggravation coïncide toujours avec la disparition momentanée de la tumeur externe.

Enfin, le rapport de M. Guérard renferme des détails intéressants sur la source dite *des Yeux (fontes ophthalmici)*, aux bains d'Hercule, dans la Hongrie, qui se recommande à l'attention des médecins par le traitement spécial qu'on y suit et qu'on n'emploie dans aucun autre lieu. Les eaux de cette source ne sont usitées que pour le traitement des maladies chroniques des yeux, ce qui lui a fait donner le nom sous lequel elle est connue.

M. LE PRÉSIDENT appelle successivement les noms de plusieurs personnes inscrites pour des lectures et qui sont toutes absentes.

M. le président saisit cette occasion pour rappeler qu'un grand nombre des membres de l'Académie sont en retard pour leurs rapports. Il les engage à s'acquitter le plus tôt possible de leurs devoirs.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ADDITION A LA SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE.

De l'iode comme désinfectant dans les suppurations fétides, sanieuses, virulentes et de mauvaise nature, etc. — M. BOINET. Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, à l'occasion de la note lue par M. Bonnafond sur la découverte du mélange désinfectant de poudre de plâtre et de coaltar, l'honorable M. Bouley a dit : Qui donc pensait à la désinfection des plaies avant la communication de MM. Corne et Demeaux? N'est-ce pas à leur initiative qu'appartient le mérite d'avoir relevé le grand principe de la désinfection des plaies? N'est-ce pas un immense service rendu à la chirurgie? Malheureusement ou heureusement, je ne saurais dire lequel, il se publie tant de choses aujourd'hui qu'on ne peut suffire à tout lire et surtout à tout retenir, et l'idée d'aujourd'hui sera oubliée demain et représentée après-demain comme nouvelle!

Quoi qu'il en soit, qu'il me soit permis de rappeler que le grand principe de la désinfection des plaies n'est pas si oublié qu'on veut bien le dire, et que si, à l'occasion de la poudre Corne et Demeaux, les chirurgiens n'ont pas élevé la voix en faveur des désinfectants connus et employés dans le pansement des plaies de mauvaise nature, c'est qu'il n'était nullement question de comparer le coaltar aux autres désinfectants, car il n'était pas un chirurgien qui, se trouvant en présence d'une plaie de mauvaise nature, ne recourût aux désinfectants qu'il avait à sa disposition. Ce point de thérapeutique n'était donc ni délaissé ni ignoré; pour mon compte, et je ne suis pas le seul, j'ai publié des travaux où la désinfection des plaies est longuement étudiée.

Le 16 février 1855, je lisais à la Société de médecine du département de la Seine un travail qui avait pour but de démontrer que la teinture d'iode appliquée localement sur les plaies de mauvaise nature, sur les ulcères, dans les cavités renfermant un pus vicié, fétide, ne prévient pas seulement la viciation du pus, mais la fait encore cesser quand elle existe. Ce mémoire a été publié dans la *Gazette hebdomadaire*, tome II, pages 213 et 239, et forme dans mon *Traité d'iodothérapie*, à la page 608, un chapitre spécial, intitulé *Des applications locales de l'iode sur les plaies, les ulcères, dans les inflammations virulentes, contagieuses, comme moyen curatif de l'infection putride, et comme moyen préventif de l'infection purulente, de l'absorption des venins, des virus*, etc.

Dans le même ouvrage, et dans plusieurs autres travaux, j'ai démontré que la teinture d'iode injectée ou mise en contact des surfaces purulentes avait la propriété remarquable de modifier très-promptement ces surfaces, de métamorphoser presque subitement les sécrétions purulentes, fétides, putrides, contagieuses, de mauvaise nature enfin, et de leur donner les conditions de pus de bonne nature. Ce fait est constant et se manifeste toutes les fois qu'on applique de la teinture d'iode sur des surfaces enflammées, sécrétant du pus de mauvaise nature, ce pus fût-il sanieux, fétide, virulent et contagieux.

De cette première observation était née tout naturellement cette seconde, à savoir, que tous les phénomènes de l'infection putride étant dus à l'état particulier des foyers purulents et à la nature du pus qu'ils sécrètent, ils devaient cesser, si l'on pouvait parvenir à changer cet état particulier des foyers purulents et le pus de mauvaise nature qu'ils sécrétaient; c'est, en effet, ce qui arrive : dès qu'un foyer purulent, une plaie est en contact pendant quelques minutes avec la teinture d'iode, ils sont tellement modifiés, ainsi que la sécrétion purulente, que cette sécrétion prend à l'instant de nouvelles qualités et devient promptement pus de bonne nature... D'où ce fait capital et important, que la teinture d'iode appliquée sur des plaies de mauvais aspect, sèches, blafardes, sanieuses, sur celles en un mot qui offrent tous les caractères qui font craindre ou annoncent la résorption purulente, pouvait prévenir ou arrêter cette grave affection.

Cherchant à utiliser de plus en plus cette propriété antiseptique de l'iode, je l'ai appliqué avec succès dans les inflammations virulentes et contagieuses, dans les angines, les blennorrhagies, dans les vaginites aiguës et chroniques, etc. (1853, *Union médicale*, p. 431), et j'ai proposé son emploi pour annihiler les venins et les virus, et pour combattre la pourriture d'hôpital, ce que M. Saurel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, a fait avec succès, etc.

Ce fait, si important au point de vue pratique, que j'avais observé et signalé depuis bien des années (1839), que l'iode est un antiputride, un antiseptique qui a l'heureuse propriété d'empêcher la fermentation putride, de la faire disparaître lorsqu'elle existe, de faire, en un mot, que le pus de mauvaise nature, qu'il soit sanieux, fétide, virulent, etc., se transforme en pus de bonne nature et annihile les venins et les virus; ce fait, dis-je, que l'observation clinique m'avait appris, la chimie est venue le confirmer, et a essayé d'en donner l'explication. Un pharmacien distingué de Paris, M. Duroy, s'est livré à des expériences dans le but de savoir comment agit la teinture iodique sur le pus et sur d'autres sécrétions animales.

Les résultats auxquels il est arrivé sont importants, et il les a exposés dans un mémoire présenté à l'Académie en 1854. Il résulte de ces expériences que l'iode, mis en contact avec du pus en dehors du foyer purulent, lui enlève son odeur fétide et s'oppose à toute fermentation putride pendant longtemps.

La connaissance de ce fait, que l'iode empêche et fait disparaître la fermentation putride, m'a servi à établir cette règle générale, qu'on doit renouveler les injections iodées dans les cavités purulentes, dans les abcès par congestion, par exemple, dès que le pus semble prendre de mauvaises qualités, qu'il devient grisâtre et fétide.

Je ne voudrais pas établir aujourd'hui un parallèle entre la poudre de plâtre et de coaltar et les autres moyens désinfectants, je crois qu'il est prudent d'attendre que cette poudre ait donné toutes ses preuves pour bien la juger, attendu que déjà on lui attribue plusieurs inconvénients. Je me bornerai à faire remarquer que la teinture d'iode a sur le mélange du plâtre et du coaltar des avantages qui me paraissent d'une grande valeur; c'est d'abord, toutes choses étant égales d'ailleurs au point de vue de la désinfection, que le liquide iodé enlève la mauvaise odeur du pus pour un temps bien plus long; c'est qu'il est d'une application plus prompte et plus facile; c'est qu'on peut le faire pénétrer partout et en aussi grande quantité qu'il est nécessaire, quelles que soient l'étendue et la profondeur des plaies, qu'elles soient anfractueuses ou non, dans les abcès profonds, dans les trajets fistuleux, dans les grandes cavités naturelles; et cet avantage est d'autant plus précieux, qu'il est indispensable, pour se mettre à l'abri des accidents qui suivent l'ouverture des grands abcès ou des grandes cavités contenant du pus fétide, de toucher, de désinfecter tous les points sans exception des parois de ces cavités purulentes. Avec la teinture d'iode, dont l'application est dans ces cas sans réaction aucune sur l'économie, ces conditions sont toujours faciles à obtenir.

Je terminerai en disant que l'iode ou ses préparations, par son action spéciale, particulière sur les tissus enflammés, est non-seulement un antiseptique remarquable, mais encore un véritable antiphlogistique qui a la propriété, en modifiant les surfaces enflammées, de diminuer, d'arrêter et de faire disparaître l'inflammation. C'est ainsi qu'il agit dans un grand nombre d'affections cutanées, inflammatoires, dans l'érysipèle, dans l'angioleucite, dans les pustules de la variole, etc. Il suffit, pour faire avorter ou disparaître ces inflammations, de pratiquer quelques badigeonnages de teinture d'iode, à l'aide d'un pinceau, sur les muqueuses ou la peau enflammées et tout phénomène d'inflammation disparaît promptement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Prudent, né à Courson (Yonne); *Du tabac, de ses différents usages et de ses effets.*

Chassende, né à Monastier (Haute-Loire); *De la péricardite aiguë.*

Rathouis, né à Nantes (Loire-Inférieure); *Des abcès de la paume de la main.*

Carteron, né à Mâcon (Saône-et-Loire); *Du diagnostic différentiel et du traitement de la fièvre typhoïde.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial, M. Senard, chirurgien principal adjoint à l'inspection générale du service de santé de la marine, a été autorisé à accepter et à porter la décoration de commandeur de l'ordre royal d'Isabelle-la-Catholique, d'Espagne.

— C'est M. le professeur Wurtz qui doit prononcer le discours de rentrée de la Faculté de médecine. L'honorable professeur prononcera l'éloge de Soubeiran.

— L'enfant si audacieusement volé dans le jardin des Tuileries, et si heureusement rendu à sa famille après quatre jours d'actives recherches, est par Mme Hua, sa mère, le petit-fils de Richerand.

— M. le docteur Brunet, ancien interne de la Maison impériale de Charenton, vient d'être nommé médecin en chef de l'asile des aliénés de Niort.

— M. le docteur Gosselet, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Lille, et auteur de travaux estimés sur les névroses, vient de succomber à la suite d'une longue maladie. Notre honorable confrère était à peine âgé de quarante-neuf ans.

— La *Clinique européenne*, qui comptait environ une année d'existence, annonce qu'elle cesse de paraître et qu'elle se réunit au *Journal du progrès des sciences médicales*. — C'est, si nous ne nous trompons, le cinquième journal de médecine qui succombe depuis le commencement de cette année.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Traité des maladies charbonneuses, par M. le docteur RAIMBERT. Un volume in-8° de 410 pages et 2 planches. Prix : 6 fr. Chez Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine, 17.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Épidémie d'orchite catarrhale observée dans les salles de la clinique de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques, de Toulouse.

Tout le monde connait cette affection assez singulière désignée sous le nom d'*oreillons*, qui se rattache le plus ordinairement, comme une des manifestations morbides de la constitution catarrhale, aux épidémies de ce nom. On sait aussi que les oreillons sont souvent accompagnés ou plus souvent suivis d'un engorgement du testicule évidemment de même nature, et qui a été considéré jusqu'ici par la presque généralité des auteurs comme un phénomène métastatique. Dans toutes les relations d'épidémies de fièvres catarrhales avec engorgement des parotides, on voit, en effet, l'engorgement testiculaire signalé toujours comme succédant à la parotide. On n'a signalé jusqu'à présent que très-exceptionnellement dans le cours de ces fièvres l'existence de l'orchite d'emblée, c'est-à-dire isolée et indépendante des oreillons. Aussi, lira-t-on sans doute avec intérêt, comme nous l'avons fait nous-même, la relation suivante d'une épidémie d'orchite catarrhale, ou plutôt de fièvres catarrhales pendant le cours desquelles il se manifestait un engorgement des testicules, sans qu'aucune manifestation semblable eût eu lieu préalablement dans les régions parotidiennes.

Cette petite épidémie a été observée et étudiée avec un grand soin, dans le service de clinique de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques, de Toulouse, par M. le docteur Desbarreaux-Bernard, qui en a fait le sujet d'une intéressante publication dans le *Journal de médecine de Toulouse*.

Voici, d'après cette relation, les principales particularités qu'elle a présentées :

Depuis le mois de novembre 1858 jusqu'à la fin du mois de février 1859, les fièvres catarrhales n'ont pas cessé de régner à Toulouse. Quoique peu graves en général, elles ont subi, dans leur fréquence ou dans leur intensité, des variations plus ou moins brusques, plus ou moins tranchées, toujours en rapport avec les changements atmosphériques déterminés par la présence des vents du sud-ouest alternant avec les vents d'est et de nord-ouest. C'est au mois de février, et pendant une de ces recrudescences épidémiques, alors que les oreillons donnaient à la maladie régnante un cachet tout particulier, qu'apparurent tout à coup dans les salles de clinique, et sur des malades habitant l'hôpital depuis longtemps, un certain nombre d'orchites, dont voici les caractères :

Chez tous les malades qui ont été atteints de l'affection en question, l'auteur rapporte neuf observations, dont sept recueillies à l'hôpital et deux en ville, l'orchite est venue compliquer, sinon des fièvres catarrhales bien franches, du moins cet ensemble de phénomènes qu'on nomme en pathologie état muqueux. La courbature, la fièvre, l'inappétence, l'empâtement de la langue, la constipation ou la diarrhée, etc., qui le constituent, ont toujours précédé le gonflement testiculaire, et dans certains cas même, ainsi qu'on l'observe fréquemment à Toulouse, l'invasion de cet état muqueux a été caractérisée par des phénomènes prodromiques bizarres, extraordinaires même, et bien capables de donner le change à tout praticien qui ne serait pas habitué à la soudaineté de leur invasion, et à la variété infinie de leurs formes.

Les phénomènes locaux qu'ont présentés ces malades étaient les suivants :

1° La douleur, en général, a été peu vive et bien loin d'égaler l'intensité et le caractère térébrant de l'orchite blennorrhagique; chez quelques malades même, la douleur n'a consisté que dans un sentiment de gêne et de pesanteur s'irradiant dans les aines ou vers le périnée;

2° Le gonflement n'avait rien d'extraordinaire quant au volume; mais il avait cela de remarquable qu'il affectait plutôt la forme globuleuse que la forme ovoïde, et au point de vue du diagnostic différentiel, ce caractère avait son importance.

Voici l'explication que M. Desbarreaux-Bernard donne de ce phénomène. Dans l'orchite catarrhale, l'inflammation ayant son siége dans le corps du testicule et n'envahissant pas l'épididyme, le gonflement conserve la forme globuleuse de l'organe. Dans l'orchite blennorrhagique, au contraire, l'inflammation se propageant, par voie de continuité, de l'urèthre au canal déférent, augmente considérablement le volume de l'épididyme, qui coiffe l'organe comme une sorte de casque, allonge par conséquent un des diamètres du testicule, et détermine ainsi la forme ovoïde de la tumeur.

Les autres phénomènes de l'inflammation, la chaleur et la rougeur, ont été à peine accentués; chez quelques malades, cependant, la peau du scrotum était rouge et enflammée.

Ces orchites se sont produites sur des individus d'un âge bien différent (depuis douze jusqu'à soixante ans).

Une chose digne de remarque, et sur laquelle M. Desbarreaux-Bernard insiste d'une manière particulière, c'est qu'un seul des malades qu'il a observés a ressenti quelques phénomènes de tuméfaction du côté des parotides, et encore ces phénomènes ont-ils été presque insignifiants. Il mentionne encore cet autre fait important, c'est que, à l'exception de deux malades venus du dehors, tous les individus qui ont été atteints d'orchite dans les salles habitaient l'hôpital depuis longtemps et se trouvaient placés sous le coup d'affections diathésiques graves, ou en convalescence de maladies sérieuses.

L'un portait à la jambe une nécrose ancienne, un second était tuberculeux, un troisième hydropique, et deux autres se trouvaient en convalescence d'une pleuro-pneumonie ataxique; — preuve, ajoute notre confrère, que les constitutions faibles, débilitées, sont plus particulièrement prédisposées aux orchites durant les épidémies de fièvres catarrhales qui se développent dans les temps humides et sous l'influence des pluies printanières. C'est dans des conditions analogues, comme on le sait, que se produisent aussi les oreillons, circonstance qui n'a pas échappé aux écrivains qui, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, ont raconté l'histoire des épidémies d'oreillons.

Nous avons dit que les observateurs étaient à peu près unanimes pour considérer l'orchite catarrhale comme succédant toujours au gonflement parotidien. Aussi regardent-ils généralement le gonflement testiculaire comme une métastase des oreillons. Ici la métastase ne saurait être invoquée. Considérant d'ailleurs combien aujourd'hui la signification de ce phénomène morbide a été restreinte, M. Desbarreaux-Bernard s'est demandé si l'on ne pourrait pas appliquer aux oreillons, à l'orchite qui surviennent, durant le cours d'une fièvre catarrhale, la loi pathologique formulée par M. Bouillaud, c'est-à-dire cette loi de coïncidence qui constate les relations intimes existant entre le rhumatisme articulaire et les affections du cœur, que M. Sée a cru reconnaître depuis entre la chorée et le rhumatisme, et que tout récemment encore M. Larcher signalait entre la grossesse et l'hypertrophie du cœur.

Les recherches récentes de M. Béraud sur l'orchite et l'ovarite varioleuses lui paraissent pouvoir se rattacher au même ordre de phénomènes et donner un appui de plus, — et c'est aussi notre sentiment, — à cette manière de voir.

Morve aiguë. — Questions relatives aux difficultés que peut présenter dans certains cas le diagnostic de cette affection et à son étiologie.

Le fait suivant, dont M. Gubler a fait le sujet de communications à la Société de biologie et à la Société médicale des hôpitaux, soulève plusieurs questions intéressantes : particulièrement en ce qui concerne les difficultés de diagnostic qui peuvent résulter de certaines complications de la morve avec d'autres états diathésiques, et l'obscurité qui règne encore sur l'origine réelle de cette affection et sur la question de savoir si elle est ou non susceptible de se développer spontanément chez l'homme.

Racontons le fait d'abord; nous exposerons ensuite les réflexions qu'il a suscitées au savant médecin de l'hôpital Beaujon.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, palefrenier, d'une belle constitution et d'une bonne santé habituelle, entrait dans le service de M. Gubler, à l'hôpital Beaujon, le 18 juin dernier, se plaignant d'une violente douleur dans le côté droit de la poitrine. L'application de l'oreille sur cette région provoqua un cri et un mouvement de retraite, tant la sensibilité en ce point était vive. Ayant découvert le thorax, M. Gubler constata le long de la quatrième vertébrale droite une saillie peu prononcée, comme si la masse musculaire était plus dodue que du côté opposé, sans empâtement sous-cutané. Il y avait là évidemment une lésion musculaire. S'agissait-il d'une simple myosite rhumatismale ou bien d'une affection plus grave, à laquelle pouvait faire songer la profession du sujet? Sauf cette circonstance, rien d'ailleurs dans l'état du malade ne semblait justifier cette dernière hypothèse; il n'existait aucun autre symptôme de l'affection morvo-farcineuse, et la fièvre assez vive avait un caractère franchement inflammatoire, qu'elle garda plusieurs jours encore. Pendant ce temps-là, le genou droit d'abord, puis le gauche, devenaient le siége d'un gonflement considérable, avec rougeur et douleur violente, comparée par le malade à une dilacération, à une corrosion par un acide ou une véritable brûlure. Le diagnostic flotta ainsi entre un rhumatisme articulaire et musculaire et une maladie virulente, ayant les mêmes déterminations morbides locales.

Mais quelques symptômes plus caractéristiques ne tardèrent pas à faire décider la question dans ce dernier sens.

En effet, une éruption composée de papules, de vésico-pustules et de pustules, apparut en différentes régions du corps. Des rougeurs circonscrites se formèrent sur le genou droit, et deux bosselures fluctuantes sur la région antérieure des jambes. Enfin, les narines s'embarrassèrent, laissèrent écouler quelques gouttes de sang et de muco-pus rougeâtre. Alors l'état général devint de plus en plus alarmant. Le malade tomba dans le délire, puis dans le coma, et il succomba le 5 juillet, deux jours seulement après la manifestation des accidents du côté des fosses nasales.

L'autopsie fit constater toute la série complète des altérations signalées dans la morve aiguë, à l'exception toutefois des lésions viscérales. Le genou droit était rempli d'un pus sanieux et sanguinolent; des foyers contenant une matière visqueuse et rougeâtre existaient en différents points du système musculaire. Les organes parenchymateux offraient des signes de congestion sanguine ou d'engouement, sans traces d'abcès. Mais les lésions les plus importantes se rencontraient dans les fosses nasales. Partout la muqueuse de ces cavités présentait une hyperémie inflammatoire bien prononcée. Les sinus maxillaires contenaient une masse volumineuse d'une substance gélatiniforme d'un jaune-abricot, striée de rouge écarlate, transparente, et reproduisant, par conséquent, l'ensemble des qualités physiques qui appartiennent aux crachats de la pneumonie. Sur la droite des fosses nasales, surtout en avant, et particulièrement à droite, on trouvait des groupes de pustules en parties discrètes, en partie confluentes, environnées d'une auréole inflammatoire d'un rouge intense; quelques-unes étaient disséminées sur d'autres points de la membrane de Schneider.

D'après cet ensemble de symptômes et de désordres anatomiques, il était impossible de méconnaître une morve aiguë, et il pouvait paraître superflu d'en chercher d'autres preuves. Néanmoins, M. Gubler pria M. le professeur Renault (d'Alfort), de vouloir bien faire inoculer à un cheval le pus des abcès sous-cutanés et musculaires. L'opération donna des résultats positifs.

M. Gubler, malgré ce concours de preuves qui ne pouvait laisser de doute sur la nature de l'affection qui avait enlevé ce malade, fit faire des recherches pour remonter à sa source. Une enquête officieuse dans l'infirmerie vétérinaire dépendant de l'administration des voitures publiques à laquelle le sujet avait été attaché, ne fit pas découvrir le moindre indice sur la source où il avait dû puiser le germe de son affection. M. Gubler, à cette occasion, se demande si les affections morvo-farcineuses ne pourraient pas quelquefois se développer spontanément chez l'homme. On pourrait le croire, dit-il, en voyant la plupart des symptômes de ces affections chez des sujets que ni leurs habitudes ni des circonstances accidentelles n'ont jamais mis en rapport avec des animaux capables de les leur transmettre. Il est vrai que le farcin et la morve peuvent facilement être confondus avec d'autres affections, et qu'il importe, par conséquent, d'apporter un examen attentif et un esprit de critique sévère dans l'étude des symptômes et des lésions qui pourraient les simuler. Aussi, le farcin peut être confondu avec toute affection chronique donnant lieu à des abcès multiples; la morve elle-même n'est pas toujours facile à distinguer de certaines maladies générales de mauvaise nature, dont les principales manifestations locales auraient lieu du côté du nez et de la face.

M. Gubler rappelle à cette occasion s'être trouvé dans un grand embarras dans deux exemples de ce genre, dont l'un s'est présenté dans le service de M. Bouillaud, et l'autre dans celui de M. Barth, dont il faisait alors l'intérim. Des érysipèles graves

de la tête, propagés dans les fosses nasales, accompagnés de phlyctènes purulents, et même de gangrène, avec du jetage sanieux, en imposaient parfaitement dans ces deux cas pour la morve aiguë.

Il est encore une autre maladie dont quelques formes pourraient être aisément confondues, suivant M. Gubler, avec la morve, c'est la syphilis. Il a vu, dit-il, deux fois, à très-peu de distance, le coryza syphilitique secondaire s'accompagner d'une sécrétion assez abondante pour rappeler celle de la morve, et comme en pareille circonstance il peut exister tout à la fois des douleurs musculaires et articulaires, ainsi qu'une éruption pustuleuse phlyzaciée, on comprend que l'erreur ne puisse pas toujours être évitée.

On sait, du reste, que M. Ricord a émis l'opinion que la prétendue épidémie de syphilis de la péninsule italienne, observée à la fin du quinzième siècle, pourrait bien n'avoir été autre chose que de la morve. M. Gubler a vu en 1848, pendant qu'il était interne à l'hôpital du Midi, un malade atteint de suppurations multiples à marche lente, en même temps que de lésions osseuses du crâne, et chez qui on trouva à l'autopsie de nombreux abcès pulmonaires et d'anciens foyers apoplectiques, en partie métamorphosés, de la rate : altérations qui s'observent d'ordinaire chez les farcineux. Le malade avait été admis comme syphilitique; mais, en dernier lieu, M. Ricord pensa qu'il avait affaire à du farcin. Ainsi les lésions osseuses communes aux deux affections, rendraient encore plus étroites les connexions qui existent entre elles.

Enfin, M. Gubler a terminé sa communication en mentionnant un dernier fait de maladie morvo-farcineuse, qui offrit dans sa marche et ses symptômes plusieurs particularités peu communes. Il s'agit d'un charretier qui souffrit pendant un an environ de collections purulentes disséminées dans les gaines des tendons, dans d'autres cavités synoviales, dans les muscles, et qui mourut dans le service de M. Rayer en 1848, sans avoir présenté de jetage proprement dit, bien qu'il existât une ulcération en emporte-pièce, qui avait détruit la muqueuse, le tissu fibreux sous-jacent, et enfin le cartilage de la cloison. Chez ce sujet il y avait donc coexistence de la morve chronique avec le farcin également chronique.

Sur les déviations de la portion prostatique de l'urèthre considérées comme obstacle au cathétérisme. — Moyen de pratiquer cette opération dans ce cas.

Nous devons à l'obligeance de M. le Dr Mallez la communication suivante sur les déviations de la portion prostatique de l'urèthre considérées comme obstacle au cathétérisme, et sur un procédé particulier de cathétérisme que M. Després met habituellement en pratique à l'effet de surmonter cette difficulté. C'est à l'occasion d'une application heureuse de ce procédé, faite sous ses yeux dans un cas de ce genre par M. Després fils, que M. Mallez a écrit ces quelques considérations cliniques.

De tous les obstacles qui se peuvent rencontrer dans le cathétérisme vésical, l'un des plus fréquents, surtout chez les vieillards, c'est l'hypertrophie totale ou partielle de la prostate. Le canal est dévié tantôt en haut, et sa courbure considérablement augmentée ; tantôt sur les côtés, à droite ou à gauche, suivant le volume pathologique de l'un ou de l'autre des deux lobes.

A ces trois directions nouvelles, il s'en ajoute encore d'autres; un point en saillie crée une sinuosité de plus, que la même cause reproduit un millimètre plus loin.

MM. Mercier, Caudmont, Béraud, Thompson, etc., ont très-bien décrit toutes ces formes d'altérations de calibre et de direction du canal dans sa portion prostatique; mais malgré l'étude attentive qui en a été faite, les nombreuses variétés de ces lésions deviennent encore, pour beaucoup de chirurgiens et des plus habiles, une source d'embarras fréquents.

Lorsque l'on tente de traverser ces flexuosités uréthrales de la dernière portion du canal, avec une sonde en métal, on échoue presque constamment, ou, si l'on y réussit, ce n'est qu'en repoussant les parties saillantes, en créant de vive force un passage ou en faisant tout à fait fausse route. Si c'est à la sonde en gomme que l'on a recours, elle n'est pas non plus exempte d'inconvénients, sinon de dangers.

Armée d'un mandrin, elle agit comme la sonde en métal, dont elle ne diffère guère que par l'enveloppe. Si, au contraire, on emploie la sonde sans mandrin, voici à peu près ce qui se passe : le bec de la sonde arc-boute sur le premier obstacle qu'il rencontre, et la sonde, ainsi arrêtée, forme de ce point à la main du chirurgien qui la pousse, une série de lignes brisées qui vont d'un côté à l'autre du canal et qui ne permettent pas de guider sûrement et facilement l'extrémité uréthrale de l'instrument.

On donne le conseil, dans ces cas, de retirer doucement la sonde d'une petite quantité pour aller de nouveau à la recherche de l'ouverture, mais ce n'est le plus souvent que pour retrouver le même obstacle situé dans l'axe du canal et voir se reproduire ainsi les mêmes difficultés.

Les bougies tortillées pourraient aussi être essayées, mais ce n'est pas dans cette portion de l'urèthre qu'elles paraissent devoir trouver leur application.

Voici un autre procédé de cathétérisme peu connu, et qui mérite de l'être, emprunté à la pratique de M. Després, chirurgien de Bicêtre, et que son fils, interne distingué des hôpitaux, mettait en usage ces jours derniers à la Charité, dans le service de M. Manec.

Il s'agissait précisément d'un vieillard dont le canal offrait des changements de direction dans sa portion prostatique. Diverses tentatives avec des sondes en métal avaient été faites en dehors de l'hôpital, et n'avaient eu pour résultat que de déchirer la prostate en plusieurs points et d'y créer une fausse route. Pour éviter ces sortes d'accidents, voici comment procède M. Després :

Il se sert d'une sonde en gomme munie d'un mandrin, et au moment où il touche le premier obstacle, il retire le mandrin d'une petite quantité de manière à rendre à la sonde sa flexibilité naturelle, qui lui permet de se plier à toutes les brisures du canal qu'il doit parcourir. Elle progresse de cette manière constamment maintenue par le mandrin dans la portion normale du canal, et avec souplesse dans les parties déviées.

C'est, comme on voit, un moyen terme entre la sonde munie ou non de son mandrin, mais qui réunit les avantages de toutes les deux sans leurs inconvénients.

Ce procédé, qui n'est pas tout à fait sans analogue dans la chirurgie de l'appareil urinaire, paraît surtout devoir être employé avec succès dans les hypertrophies si fréquentes du lobe moyen; dans ces cas, le bec de la sonde flexible suivra sans difficulté les routes les plus tortueuses, bien dirigé par la portion de sonde munie du mandrin et par la main du chirurgien.

SUR L'ALBUMINURIE ET L'INSENSIBILITÉ

considérées comme indices d'un état asphyxique.

Par M. Édouard Robin (1).

Depuis quelques mois il a été beaucoup question, et dans les journaux et dans les Académies, de deux symptômes prétendus nouveaux du croup et de la diphthérite : l'albuminurie et l'anesthésie. Ainsi qu'il arrive aux époques où vient à être sentie l'importance des découvertes déjà faites, mais qui n'avaient pas suffisamment attiré l'attention, plusieurs se sont présentés comme inventeurs.

L'un aurait découvert successivement les deux symptômes, il y a quelques mois et de la bonne manière, c'est-à-dire sans y avoir été conduit par aucune théorie. L'autre n'en aurait découvert qu'un seul, mais sa découverte serait incontestable ; le fait était resté complétement inaperçu avant ses recherches, entreprises au moins trois mois plus tôt que celles de son rival, et dès le mois de mai 1858.

Eh bien, ces découvertes étaient faites depuis sept ou huit ans ; toutes deux avaient été présentées à l'Académie des sciences ; toutes deux sont exposées dans une thèse soutenue en 1853 devant l'École de médecine de Paris, par le docteur Boucard ; toutes deux font le sujet d'un opuscule qu'on trouve dans la librairie depuis 1854 (2) ; toutes deux enfin ont été publiées dans plusieurs journaux, soit en France, soit à l'étranger.

Dans une note sur les *causes du passage de l'albumine dans les urines*, adressée à l'Académie des sciences de Paris en 1851 (*Comptes rendus*, t. XXXIII, p. 698), j'ai cherché à faire voir que, conformément à ma théorie et d'après l'ensemble des faits qui m'étaient alors connus, l'albumine s'échappe par les urines dans toutes les maladies, dans toutes les circonstances où, pendant un temps suffisamment prolongé, l'hématose est rendue très-incomplète.

Parmi les nombreuses maladies que je cite comme déterminant ce passage, c'est précisément le croup qui apparaît en première ligne.

Je le faisais observer en terminant ma note, il est facile d'augmenter la liste des faits que j'ai donnés en 1851 ; mais tant qu'on se bornera à constater l'albuminurie dans les circonstances que j'ai nettement précisées, on ne fera pas une nouvelle découverte, on confirmera seulement celle que j'ai faite. C'est ainsi qu'elle est confirmée par cette observation : les urines sont habituellement albumineuses dans la diphthérite pharyngée, et par cette autre due à M. Bouchut : on produit presque instantanément l'albuminurie sur les chiens qu'on fait périr par strangulation.

On a cru reconnaître, il est vrai, des causes d'albuminurie différentes de celles que j'ai indiquées; mais les différences ne sont qu'apparentes. Une diminution notable de l'hématose n'a pas lieu seulement parce que l'oxygène n'arrive pas ou arrive en trop faible proportion vers le sang ; elle se produit encore sous l'influence des agents et des états qui paralysent l'action de ce gaz, qui en diminuent la solubilité, qui se combinent avec les matières protéiques et rendent leur combustibilité moindre, qui absorbent à leur profit l'oxygène utile à la combustion, etc. ; l'infection, cause d'albuminurie, rentre dans ces causes générales.

Du reste, qu'il y ait ou non des causes d'albuminurie différentes de celle que j'ai signalée, celle-ci existe ; par conséquent c'est à moi qu'appartient ce fait : l'albuminurie dans le croup est habituellement un indice d'asphyxie.

L'idée de considérer la sensibilité et la contractilité comme liées avec le degré d'oxygénation, partant avec le degré d'activité des phénomènes de combustion qui s'opèrent dans le sang, de manière qu'une anesthésie plus ou moins prononcée accompagne et manifeste un état asphyxique plus ou moins prononcé, m'appartient également. En tout cas, elle ne saurait appartenir à ceux qui ont écrit après moi sur ce sujet.

Dans un mémoire publié en 1849 (*Revue scientifique*, t. XXXVI, p. 97), je cherche à prouver « que l'oxygène détermine une quantité de vie constamment en rapport et avec la quantité de ce gaz qui se consomme, et avec celle de combustible qui est brûlée dans un temps donné. »

Pour montrer qu'il en est ainsi, je compare, dans l'ensemble des animaux, l'activité de la vie avec l'activité de la consommation d'oxygène. Je fais voir combien le rapport est remarquable : dans tous les animaux, sous l'influence de la diminution d'oxygène inspiré; dans les animaux à sang froid, sous l'influence des variations de température.

A l'égard des *animaux en général*, je rappelle et j'interprète les phénomènes des asphyxiés ; ceux de la cyanose déterminée par la persistance soit du canal artériel, soit du trou de Botal ; les expériences de Malpighi, de Charles Bonnet, de Bichat, de Legallois, les observations générales des chirurgiens. Je montre ainsi la sensibilité et la motilité diminuant d'une manière graduelle à mesure que le sang devient plus pauvre en oxygène, et l'anesthésie constamment produite quand il est suffisamment désoxygéné.

A l'égard des *animaux à sang froid*, j'ai dit : « Ils ont cela de commun que leur température propre, partant la quantité d'oxygène qu'ils consomment, suivent la marche de la température extérieure.

» Eh bien, l'activité de leurs fonctions, la totalité des phénomènes vitaux, suivent la même marche : tous, par l'abaissement de température, perdent peu à peu la sensibilité et la contractilité au point d'être hibernants dans les pays suffisamment froids; tous ont, au contraire, d'autant plus d'agilité, de vivacité, d'activité vitale que leur température s'élève davantage, pourvu cependant que la chaleur s'accompagne d'un degré convenable d'humidité et ne devienne pas excessive, etc. »

C'est parce que, chez les animaux dits à sang froid, les variations de température peuvent sans entraîner la mort faire passer par tous les degrés l'oxygénation du sang et l'activité de la vie, que j'ai cru devoir les nommer *animaux à température variable*, par opposition aux animaux à sang chaud, que j'ai nommés *animaux à température constante*.

Dans mes *Mémoires sur le mode d'action des médicaments, des anesthésiques et des poisons*, publiés de 1849 à 1854 (1), je montre par des faits nombreux que la sensibilité et la contractilité diminuent graduellement à mesure que pénètrent en plus grande abondance dans le sang les agents qui s'opposent aux phénomènes de combustion, savoir : les anesthésiques ordinaires, l'acide cyanhydrique, l'acide carbonique, l'oxyde de carbone, les arsenicaux, les mercuriaux, les antimoniaux, les composés solubles de zinc, de bismuth, de plomb, etc. (*Revue scientifique*, p. 819.)

Enfin, dans mon mémoire sur l'éclampsie, déjà cité, je fais voir que si un état asphyxique survient lentement dans une maladie, il s'accompagne nécessairement d'anesthésie. D'où je conclus que s'il y avait antérieurement des douleurs, un état spasmodique, des contractions involontaires, tout disparaît à mesure qu'apparaît l'état asphyxique.

Voici quelques passages :

« Pourquoi la brièveté des accès d'éclampsie? Leur durée ne saurait se prolonger, dit-on ; une mort par asphyxie y mettrait promptement un terme. Mais pourquoi, quand la mort ne survient pas, la durée des accès est-elle néanmoins très-courte? Le fait est reconnu, les accès amènent un état spasmodique qui s'oppose à l'hématose au point qu'un sang plus ou moins noir, plus ou moins désoxygéné, circule alors dans les artères. A cet état, le sang ne saurait plus entretenir la contractilité générale ; il devient antispasmodique, anesthésique : de là provient la cause qui met rapidement un terme aux mouvements spasmodiques ; de là aussi, du moins en partie, l'abolition de la sensibilité et de l'intelligence. »

Ailleurs (p. 12), j'ai dit : « L'hystérie et l'épilepsie présentent, comme l'éclampsie, une diminution très-notable de l'hématose ; profonde dans l'éclampsie, elle entraîne une véritable anesthésie, des congestions, des infiltrations, par suite, un coma plus ou moins intense et différentes maladies de congestion, d'infiltration.»

Plus faible dans l'hystérie, elle laisse la sensation vive d'une suffocation, qui a lieu en effet, mais qui n'entrave pas la respiration au point de rendre le sang suffisamment veineux pour que ce fluide mette promptement fin à l'accès. Voilà pourquoi les accès d'hystérie peuvent avoir une si longue durée.

(1) Cette note, communiquée à l'Académie de médecine, et dont l'insertion a été retardée par des circonstances qu'il est inutile de rappeler ici, emprunte un nouveau caractère d'actualité à la publication récente d'un travail sur la nature asphyxique de l'œdème, dans lequel l'auteur a fait une intéressante application des principes qui y sont développés. (*Note de la Rédaction.*)

(2) *L'albuminurie dans ses rapports avec l'hématose. — L'éclampsie des femmes enceintes : nouvelle interprétation de ses causes, de ses accès, de ses suites et de son traitement. — Mode d'action général des agents employés dans la médication des maladies nerveuses et des maladies inflammatoires*; par M. Edouard Robin. Paris, chez J. B. Baillière.

(1) Voir, d'une part : *Revue scientifique*, t. XXXVI, pages 97 et 318; d'autre part : *Mode d'action des anesthésiques*, etc., et *L'albuminurie et l'éclampsie* ; opuscules publiés par J. B. Baillière.

« La diminution de l'hématose est plus prononcée dans certaines formes de l'épilepsie; elle devient analogue à celle qu'on observe dans l'éclampsie. Il y a aussi turgescence violacée ou livide de la face, perte complète et profonde de connaissance, de sensibilité, bave écumeuse, mais en général l'accès ne survient pas chez des personnes prédisposées aux congestions, aux infiltrations, par un état antérieur de diminution de l'hématose poussé au point de produire l'albuminurie. Le coma, les accidents de congestion sont habituellement faibles ou nuls; l'anesthésie produite par l'accès guérit en général celui-ci sans accidents secondaires graves. »

Après avoir cité d'autres exemples, je généralise et j'écris : « Les maladies dont les accès rendent le sang plus ou moins noir ont leurs accès calmés par le sang ainsi modifié (1). »

Sans doute, comme l'a fait observer M. J. Cloquet, quantité de faits antérieurs aux observations de M. Bouchut et à mes recherches montraient que le sang veineux suffisamment désoxygéné en voie de combustion suffisamment ralentie est incapable d'entretenir la sensibilité et la contractilité générales, en sorte qu'elles diminuent graduellement à mesure que diminue l'intensité de l'action de l'oxygène.

C'est même, on l'a vu, ce que je m'étais proposé de prouver par l'examen attentif et l'interprétation de l'ensemble des faits. Mais, pour être juste, M. Cloquet aurait dû ajouter : Bien que les faits existassent pour tous, leur importance n'était comprise par personne; ils n'étaient généralisés par personne, personne ne savait à quoi ils étaient propres; pour tous, dès lors, ils restaient ou mal interprétés ou sans aucune application : j'ai voulu combler cette lacune.

Et je ne me suis pas contenté de prouver théoriquement, de montrer par des exemples que la diminution de sensibilité, puis l'anesthésie accompagnent toute diminution suffisamment prononcée de l'hématose, se présentent en conséquence dans le croup et dans tous les états qui deviennent graduellement asphyxiques; j'ai conseillé de tirer parti du fait dans toutes les circonstances où il importe de modérer la sensibilité, de calmer des contractions involontaires. J'ai fait voir que cette diminution graduelle de l'hématose peut être produite non-seulement par des obstacles mécaniques soit à la respiration, soit à la circulation, mais encore par quantité de substances solides, liquides ou gazeuses, et j'ai donné un moyen de découvrir *a priori* lesquelles ont ce pouvoir.

NÉVRALGIE DU NERF LINGUAL

Névrotomie. — Guérison.

Par M. Giovanni Inzani, professeur à Parme.

Giovanni P..., âgé de trente et un ans, d'une forte constitution, fut pris, à l'âge de dix-sept ans, à la suite d'une exposition au froid humide, de douleurs articulaires qui affectèrent successivement les membres inférieurs et les membres supérieurs.

A l'âge de vingt et un ans, il commença à éprouver une violente douleur, en dedans de l'alvéole de la troisième grosse molaire droite, douleur qui se prolongeait jusque dans l'oreille. Cela dura plusieurs jours, puis survint un calme de quatre mois; la névralgie reparut alors plus intense; elle persista ainsi pendant dix ans, ne laissant que de courts moments de repos. Dans l'intervalle des accès, une douleur sourde persistait dans les points indiqués. La troisième et la seconde grosse molaire furent enlevées sans qu'il survînt aucune amélioration.

Pendant les accès, la face devenait très-rouge, couverte de sueur; des mouvements convulsifs se produisaient dans les muscles de la face. La névralgie correspondait au fond de la grosse molaire, et s'étendait dans l'oreille, où elle était beaucoup plus vive. La langue n'était affectée d'aucun mouvement convulsif, il n'y avait aucun symptôme de ce côté.

Le médecin, ne sachant lequel était affecté des deux nerfs qui se trouvent sur le trajet indiqué, s'attacha à trouver un procédé qui pût lui permettre de mettre à découvert le nerf dentaire d'abord, puis le lingual, s'il était nécessaire d'attaquer ce dernier.

Une incision fut faite à la peau de manière à découvrir la partie moyenne de la branche du maxillaire inférieur. Une couronne de trépan, large d'un demi-pouce, enleva la table externe de l'os, et sectionna également le nerf dentaire. Au bout de quatre jours seulement, les douleurs diminuèrent un peu; elles reparurent au bout de deux mois, et les choses revinrent à leur premier état.

Une seconde opération fut faite. La table profonde de l'os fut enlevée encore à l'aide du trépan, et on découvrit le tissu cellulaire placé derrière les muscles ptérygoïdiens. Le nerf lingual fut coupé très-rapidement; le malade poussa alors un cri aigu, assurant que c'était là le siége de sa douleur.

La guérison fut la suite de cette deuxième opération, et la santé du malade ne tarda pas à se rétablir complétement.

Ces opérations ont déterminé d'abord une paralysie du côté droit de la lèvre inférieure; la section du nerf lingual produisit une abolition du sens tactile et du goût dans la moitié antérieure du côté droit de la langue; la sécrétion salivaire, qui était très-abondante dans les glandes sous-maxillaires et sublinguales pendant les accès névralgiques, a complétement cessé.

(*Gazetta medica italiana dei Stati Sardi* et *Journal du progrès*.)

(1) L'abattement consécutif à l'érection prolongée, même chez les personnes trop jeunes pour qu'il y ait émission de sperme, me paraît venir, au moins en grande partie, de la même source.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 septembre 1859. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Depaul communique l'observation de la malade à qui il a enlevé le polype du rectum présenté dans la dernière séance, et le résultat des recherches microscopiques faites par M. Verneuil sur la structure intime de ce polype.

— Polype du rectum opéré avec succès par la méthode de l'écrasement linéaire. — La nommée Sophie M..., journalière, est entrée le 9 septembre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de chirurgie dont je suis chargé.

Cette femme, qui est âgée de soixante-deux ans, n'a jamais eu de maladie grave.

Il y a deux ans, elle a senti pour la première fois, en allant à la selle, une tumeur saillante à l'anus et du volume d'une noisette. Au moment de la défécation, la tumeur donnait lieu à un léger suintement muco-sanguin. Elle rentrait ensuite, et était si indolente que la malade n'éprouvait, dans l'intervalle des selles, aucune sensation qui annonçât la présence d'un corps saillant dans le rectum.

La malade allait régulièrement à la garde-robe.

Cet état s'est maintenu pendant dix huit mois; mais depuis six mois la tumeur a grossi sensiblement et est devenue le siége d'un sentiment de pesanteur et de cuisson constante qui s'étendait à tout le pourtour de l'anus. L'écoulement muco-sanguin qui accompagnait la défécation est devenu plus considérable, et il est survenu une constipation opiniâtre; la malade n'allait plus à la selle que tous les trois ou quatre jours, et à l'aide de lavements ou de purgatifs. Elle a remarqué que les matières qu'elle rendait étaient aplaties et comme passées au laminoir. Elles ont toujours présenté une assez grande consistance.

L'appétit a toujours été conservé. Cependant la santé générale est devenue moins satisfaisante; la malade a pâli, et il est survenu un état anémique assez prononcé.

Un médecin consulté par cette femme, que cette douleur continuelle à l'anus empêchait de vaquer à son travail, a cru avoir affaire à une tumeur hémorrhoïdale, et s'est contenté de combattre la constipation par des purgatifs. C'est là toute la médication qui avait été employée jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Je la soumis alors à un examen attentif, et après avoir recueilli les renseignements précédents, voici ce que je constatai :

A l'extérieur de l'anus rien d'anormal. Un doigt introduit dans le rectum constatait une tumeur mobile et la contournait en tous sens.

En engageant la malade à faire un effort, on voyait sortir cette tumeur, qui n'était retenue que par un pédicule peu volumineux et ayant environ 2 centimètres de long. La surface du polype était rugueuse, rouge et saignante; sa consistance était molle.

Le volume de la tumeur était celui d'un petit œuf de poule. Le pédicule s'insérait à la paroi postérieure du rectum, à une hauteur de 3 centimètres environ.

Une seule indication se présentait : enlever ce polype, et c'est ce que je fis. Pour me mettre à l'abri de l'hémorrhagie, je me servis de l'écraseur linéaire. L'opération n'offrit aucune difficulté, et il s'écoula à peine deux ou trois gouttes de sang.

Aujourd'hui, 28 septembre, la guérison est complète. La défécation est facile; il ne s'écoule plus de sang. L'état général s'est même déjà beaucoup amélioré.

Voici le résultat de l'examen anatomique de la tumeur, fait par M. Verneuil :

La tumeur pédiculée par la ligature est du volume d'une grosse noix. Elle se compose de deux lobes à peu près égaux, qui peuvent eux-mêmes se décomposer en plusieurs lobules plus petits. Des scissures plus ou moins profondes séparent les unes des autres ces parties de la tumeur, qui, à l'extérieur, offre, moins la dureté, l'apparence de certains condylomes en chou-fleur. La masse morbide est du reste assez molle, friable sous la pression, très-vasculaire. Sa surface est mamelonnée, et laisse distinguer à l'œil nu des saillies arrondies, hémisphériques, papilliformes, d'un tiers de millimètre à un millimètre et plus de diamètre.

Une coupe perpendiculaire offre l'aspect d'un pédicule central rameux, dont les branches divergentes, naissant l'une de l'autre à angle aigu, se terminent par un bouquet de granulations sessiles plus ou moins volumineuses. On ne saurait mieux comparer la figure de cette coupe qu'à celle qu'offre une section pratiquée dans le cervelet, parallèlement à l'axe des pédoncules moyens. En effet, la partie centrale de la tumeur est de nature cellulo-fibreuse, pâle et blanchâtre; tandis que les granulations, riches en rameaux capillaires, sont assez fortement colorées. Çà et là, près de la périphérie, on trouve des amas solides, jaunâtres, qui tranchent par leur couleur sur les tissus ambiants.

Déjà l'œil nu révélait ici les caractères évidents d'une tumeur papillaire. C'est ce que l'examen microscopique a complétement vérifié. Les granulations visibles à la surface, et qui constituent la plus grande partie de la production morbide, ne sont autres que des papilles ou des groupes de papilles munies d'un réseau capillaire très-riche, dont toutes les anses regardent la surface libre de la tumeur par leur convexité. Le centre de ces papilles a perdu sa trame celluleuse, et les vaisseaux paraissent partout plongés à même la masse épithéliale. On retrouve cependant du tissu conjonctif assez abondant et des vaisseaux plus gros et rectilignes dans l'épaisseur du pédicule.

Le raclage, exercé à la surface de la tumeur ou de la coupe, fournit un suc épais, formé de débris plus ou moins volumineux et entièrement composés d'épithélium cylindrique, tout à fait semblable à celui qui se trouve normalement dans le rectum. Les cellules sont très-prédominantes. Il existe pourtant un assez bon nombre de noyaux libres. Les amas jaunâtres sont également formés par des éléments épithéliaux. Dans les divers points de la tumeur, ceux-ci sont épais, soit disposés en couches ou en mosaïque. Ils n'ont point augmenté de volume et ont conservé les caractères qu'ils présentent à l'état normal.

Çà et là on retrouve quelques vestiges de glandules rectales, entourées de tissu cellulaire, et non hypertrophiées.

En résumé, il s'agit d'un épithélium papillaire en forme de polype. Les cellules n'ont pas de ressemblance avec les éléments dits cancéreux. Elles ont leur forme cylindrique, leur petit noyau ovale, granuleux; point de grands nucléoles brillants. Si l'extirpation a été radicale, on peut espérer une guérison définitive.

Ce n'est pas la première fois, ajoute M. Verneuil, que je vois les polypes de la partie inférieure du rectum affecter cette forme condylomateuse particulière et présenter la structure papillaire la plus tranchée. Il y a deux ou trois ans, il eut l'occasion d'étudier en même temps deux tumeurs semblables, mais plus volumineuses encore, provenant, l'une du service de M. Denonvilliers, l'autre des salles de M. Velpeau. L'apparence ramifiée du pédicule était très-évidente. Dans l'une surtout, la partie corticale ou papillaire était noirâtre, et renfermait des cellules de cancer mélanique; elle tranchait très-singulièrement, par sa couleur, sur la partie centrale, formée de tissu cellulaire et restée pâle.

Comme dans le cas actuel, ces tumeurs avaient été enlevées chez des sujets âgés. Dans les deux premières, l'insertion se faisait à la paroi rectale antérieure, à trois centimètres au moins au-dessus de la marge de l'anus; le pédicule était bien formé, et le polype sans adhérences fortes aux couches sous-jacentes.

Cette forme de polype serait-elle particulière à l'âge mûr? Il n'est pas possible de le dire; toujours est-il que chez les enfants, où la même affection est si commune, on ne rencontre guère que des tumeurs formées par des glandules rectales, c'est-à-dire des polypes mucoso-folliculaires qui, d'abord sessiles, s'isolent et se pédiculisent, à la manière de la plupart des tumeurs bénignes qui flottent dans des cavités.

Hermaphrodisme. — M. Larrey, à l'occasion du procès-verbal, communique un exemple d'hermaphrodisme qui lui semble offrir de l'intérêt, en se rattachant à la discussion de la séance précédente, et il expose ainsi le résumé de cette observation :

L'un de nos honorables confrères, M. le docteur Ledeschault, me présenta un jour, c'était dans le courant de mars 1845, une personne ayant la mise d'une femme de la classe ouvrière, âgée de vingt et un ans, née à Paris en 1823, et inscrite aux registres de l'état civil sous les noms d'Alexandrine-Hortense M..., comme appartenant au sexe féminin, d'après la conformation anormale de ses organes génitaux.

En effet, l'état rudimentaire d'un pénis imperforé simulant le clitoris, l'absence extérieure des testicules retenus encore dans l'abdomen, la disposition bilobée du scrotum, dépourvu d'ailleurs de raphé, ayant l'apparence de la vulve, le méat urinaire situé enfin à la base du pénis, et formant un hypospadias très-ouvert, qui semblait être l'orifice du vagin, tous ces signes expliquaient la méprise.

Mais la manifestation des organes mâles apparut vers l'âge de quinze ans, quoique d'une manière incomplète, et lorsque six ans plus tard j'examinai cet individu avec M. Ledeschault, voici dans quel état nous trouvâmes les parties :

Le pénis avait acquis le développement qu'il a d'ordinaire chez un garçon de douze à quatorze ans; le gland était imperforé, mais sa couronne bien distincte, et le prépuce se prolongeait sur les côtés par deux replis en forme de nymphes vers les lobes du scrotum, ressemblant aux grandes lèvres.

Au milieu et en bas, on découvrait le méat urinaire, dont la membrane muqueuse se confondait avec la peau rouge et amincie de ce sillon vulviforme. Une sonde de femme introduite dans cette ouverture se dirigeait naturellement en arrière, pénétrait sans peine dans la vessie sans dévier autre part, et donnait issue à l'urine.

L'exploration du rectum ne nous sembla pas nécessaire.

Les testicules, n'ayant pas subi leur migration, se trouvaient encore arrêtés à l'orifice des anneaux; celui de gauche était seul distinct, et celui de droite en partie atrophié par une hernie. L'issue tardive et incomplète de ces organes avait ainsi frayé passage d'un côté à une anse intestinale, d'ailleurs facilement réductible. J'essayai, d'après cette disposition, de faire descendre les testicules dans le scrotum, et j'y parvins plus vite que nous ne pouvions le supposer. Il ne s'agissait plus que d'appliquer un bandage bien fait, non-seulement pour fixer ces organes en place, mais aussi pour maintenir la hernie réduite.

Quant à la conformation générale du sujet, c'était tout à fait celle de l'homme. Le bassin peu évasé, la poitrine large, les seins non développés, la barbe apparente et la voix grave. Ses goûts et ses penchants dénotaient aussi un éloignement instinctif pour les occupations des filles, et de l'entraînement pour les jeux et les exercices des garçons, mais sans propension sexuelle reconnue ou appréciable.

L'ensemble de tous ces caractères ne nous laissait aucun doute sur le sexe masculin d'Hortense M...; mais la conformation anormale de ses organes génitaux externes, et particulièrement l'hypospadias, en l'obligeant à l'attitude de la femme pour uriner, l'aurait gêné beaucoup sous des habits d'homme, et devenait d'ailleurs pour le service militaire un cas prévu de réforme.

Notre éminent confrère M. J. Geoffroy Saint-Hilaire confirma cette opinion, que nous avons formulée dans une déclaration écrite par M. Ledeschault. M. le professeur Moreau, enfin, et deux ou trois autres confrères établirent avec nous l'attestation nécessaire au changement à inscrire sur le registre de l'état civil.

La Société peut voir, sur un dessin aussi exact que bien fait par M. J. Sarazin, la disposition des organes avec le refoulement des testicules dans les replis cutanés devenus les bourses.

M. Larrey ajoute quelques notes à sa communication en rappelant des faits analogues cités par Arnaud dans sa *Dissertation sur les hermaphrodites*, et d'autres rapportés par Geoffroy Saint-Hilaire. Il a eu lui-même occasion de voir quelquefois dans les conseils de révision ou dans les hôpitaux des jeunes gens qui présentaient certaines apparences des organes sexuels de la femme, et il est très-disposé à admettre la prédominance ordinaire du sexe mâle; mais à cet égard il croit que l'opinion soutenue par M. Richard est trop absolue ou trop exclusive.

M. Houel partage l'opinion émise par M. Richard sur le véritable sexe des individus présentant des anomalies dans les organes de la génération. Son opinion est fondée sur l'examen qu'il a fait des pièces du Musée Dupuytren, dont beaucoup sont décrites par Geoffroy Saint-Hilaire. Il a toujours trouvé les organes mâles chez les hermaphrodites, même lorsqu'il rencontrait le vagin et l'utérus.

M. GIRALDÈS rappelle que la duplicité du sexe, savoir, la présence d'un testicule et d'un ovaire, a été rencontrée chez les animaux : il ne saurait dire si cette disposition rare a été trouvée chez l'homme. L'histoire rapportée par Geoffroy Saint-Hilaire d'un moine qui donna dans son couvent des preuves irrécusables qu'il était du sexe féminin, lui fait mettre une certaine réserve à affirmer que tous les hermaphrodites sont mâles. Si la chose est ainsi dans la généralité des cas, elle n'est pas cependant une règle absolue. M. Giraldès a vu des pièces recueillies sur un adulte qui présentait pendant la vie les attributs de la femme parfaitement développés, et que la dissection démontra être un homme. Ce fait n'est pas le seul qu'il connaisse.

M. RICHARD, sans prendre en considération le cas observé par M. Debout, sans s'arrêter à la possibilité de la duplicité des organes qu'il admet, rappelle en quelques mots la description qu'il a déjà faite des anomalies des parties génitales externes, et qui constitue pour lui, sauf quelques irrégularités, le type de l'hermaphrodisme. Ces anomalies résultent de l'arrêt de développement de l'appareil génital externe représentant une sorte de *coupe* diversement configurée et se terminant par la portion membraneuse de l'urèthre. Dans l'embryon humain, il est impossible à l'inspection des parties extérieures de déterminer le sexe ; chez certains animaux, chez les lapins en particulier, on ne peut, même au moment de la naissance et pendant les quelques jours qui la suivent, distinguer les mâles des femelles.

L'appareil génital interne se prête aux mêmes rapprochements anatomiques que les travaux de M. Coste sur les lois de développement permettent d'établir entre les diverses parties des organes externes des deux sexes. Le vagin peut représenter les canaux éjaculateurs ; l'ovaire, le testicule. M. Richard se propose de faire voir à la Société des planches dessinées par A. Dubois, qui confirment cette manière de voir.

M. FOLLIN a disséqué un hermaphrodite, du nom d'Angélique Courtois, qui prêta pendant sa vie à de singulières erreurs. Déclaré femme tout d'abord, cet individu alla consulter A. Dubois, qui lui délivra un certificat attestant qu'il était du sexe masculin. A partir de cette époque, Angélique Courtois prit des vêtements d'homme et les garda jusqu'à sa mort ; il vécut soixante ans.

La détermination des organes internes est plus difficile à établir que celle des organes externes.

Chez Angélique Courtois se trouvait, au-dessous de la verge, un orifice donnant entrée dans un long canal représentant le vagin, à l'extrémité duquel était l'utérus très-allongé et réduit à deux lames membraneuses très-minces, ce qui explique la difficulté de rencontrer l'utérus chez de pareils sujets.

La trompe, le ligament rond, le faisceau vasculaire de Rosenmüller commun aux deux sexes, l'ovaire existaient; mais l'ovaire était un testicule qui ne s'était pas réuni à son conduit excréteur.

M. RICHARD rappelle encore que la fusion apparente des sexes donne lieu à de tels changements dans les individus, que l'on comprend parfaitement les embarras et les erreurs qu'elle suscite, et que le développement des seins, le timbre de la voix, la menstruation même ne constituent pas des phénomènes propres à asseoir un jugement certain.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dépouille la correspondance.

La correspondance imprimée se compose des journaux de la semaine et du *Journal trimestriel de Prague* (nº 16, 1859).

La correspondance manuscrite comprend un mémoire de M. Lizé (du Mans), intitulé : *Considérations pratiques sur l'éclampsie des femmes enceintes, et notamment sur la conduite à tenir quand elle éclate au septième mois de la grossesse, alors que le col utérin n'est ni dilaté ni dilatable.*

M. LE PRÉSIDENT donne ensuite lecture d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, avec ampliation d'un décret impérial dont la teneur suit :

Paris, 14 septembre 1859.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint ampliation d'un décret rendu sur ma proposition, le 29 août dernier, par lequel la Société de chirurgie de Paris est reconnue comme établissement d'utilité publique.

Le même décret approuve les statuts de la Société.

Je vous prie de communiquer ce décret à la Société dans la plus prochaine réunion, et de m'envoyer trois exemplaires des statuts tels qu'ils ont été adoptés.

Recevez, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération distinguée,

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,
Pour le ministre et par autorisation :
Le Chef de bureau, L. BELLAGUET.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES CULTES.

NAPOLÉON, par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir salut.

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes,

Notre conseil d'Etat entendu, avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. La Société de chirurgie de Paris est reconnue comme établissement d'utilité publique. Ses statuts sont approuvés tels qu'ils sont annexés au présent décret. Aucune modification n'y pourra être introduite qu'avec l'approbation du ministre de l'instruction publique et des cultes.

Art. 2. Notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Saint-Sauveur, le 29 août 1859.

Signé NAPOLÉON.

Par l'Empereur,
Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes,
Signé ROULAND.

Pour ampliation :
Le directeur du personnel et du secrétariat général,
Le chef du bureau des Archives,
A. RENAULT.

M. LE PRÉSIDENT adresse à MM. Conneau et Larrey les remercîments de la Société pour le concours efficace que ces messieurs ont prêté aux démarches de la commission nommée à l'effet de poursuivre le but atteint aujourd'hui par la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. FOLLIN met sous les yeux de la Société une préparation microscopique des parois d'un kyste dermoïde du sourcil. Cette préparation fait voir, dans l'épaisseur des parois du kyste, un mélange des divers éléments du derme et des sécrétions épidermiques, épithélium, fibres entrecroisées, poils et glandes sébacées. Le kyste qui a fourni cette pièce avait été ouvert, et sa surface interne cautérisée plusieurs fois ; il avait toujours récidivé. M. Follin en a fait l'extirpation, seul moyen d'en obtenir la guérison.

— M. MOREL-LAVALLÉE présente un cas exceptionnel de fistules urinaires, et une pièce de fracture de l'extrémité inférieure du radius, pièce qui lui paraît propre à expliquer la déformation du poignet.

Ces pièces exigeant une préparation soignée, qu'on n'a pas voulu achever pour les présenter d'abord intactes à la Société, la description en sera donnée ultérieurement.

— M. VERNEUIL présente la jambe d'une femme amputée au lieu d'élection, pour une fracture complète par un coup de fusil chargé à petit plomb. Le membre n'offre rien qu'on ne constate dans des cas analogues, mais M. Verneuil appelle l'attention sur ce fait que la malade, occupée à des soins domestiques dans une écurie, et frappée à bout portant au point que les plombs ont fait balle ou à peu près, n'a pas entendu, non plus que l'homme qui se trouvait à côté d'elle, la détonation de l'arme.

Cette particularité, si tant est qu'elle soit possible, ne saurait être expliquée d'une manière satisfaisante si, comme l'affirme M. Verneuil, aucune distraction n'a pu absorber l'attention de la malade.

— M. CHASSAIGNAC annonce à la Société qu'il vient d'employer le curare pour combattre un tétanos traumatique. Il donnera, dans la prochaine séance, des détails circonstanciés sur les résultats qu'il a obtenus.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le ministre de l'intérieur a inauguré, avant-hier jeudi, le nouvel asile du Vésinet.

Cet établissement était d'abord destiné à recevoir des ouvriers mutilés dans le cours de leurs travaux. Cette destination a été changée. Il est maintenant consacré à recevoir des ouvrières convalescentes, de même que l'asile de Vincennes reçoit les ouvriers qui, soignés dans les hôpitaux de Paris, ont besoin de calme et d'air pur pour achever leur convalescence.

— Nos lecteurs ont remarqué au compte rendu de la Société de chirurgie le décret qui reconnaît cette Société comme établissement d'utilité publique. Ils nous sauront gré d'entrer ici dans quelques détails sur l'origine et la composition de cette Compagnie :

La Société de chirurgie, qui a été fondée en août 1843 par dix-sept chirurgiens des hôpitaux, et dont le premier président fut Bérard jeune, se compose aujourd'hui de trente-cinq membres titulaires, de sept membres honoraires, dont MM. Velpeau et Cloquet, de onze membres de l'Académie de médecine, de quarante-six correspondants nationaux, presque tous à la tête des principaux hôpitaux civils et militaires de France, de seize associés étrangers, et enfin de vingt-huit correspondants étrangers : en tout, elle compte cent quarante-trois membres.

Pendant les quinze années qui viennent de s'écouler, malgré tous les événements qui se sont succédé, jamais elle n'a suspendu ses séances ; loin de là, elle a toujours travaillé avec ardeur. Dans cette période, elle a publié quatre volumes et demi in-4º de mémoires, et huit in-8º de procès-verbaux. Encourageant en dehors de son sein les jeunes travailleurs, elle décerne un prix annuel pour la meilleure thèse en chirurgie (*prix Duval*); elle a en outre donné des prix sur des questions proposées par elle ; enfin, elle a su réunir dans son sein et faire participer à ses travaux presque tous les noms les plus illustres de la chirurgie moderne.

— Sir James Wylie, médecin de l'empereur Nicolas, a affecté dans son testament une somme considérable à la fondation d'une clinique près l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg. Les exécuteurs testamentaires de cet honorable et riche confrère viennent d'ouvrir un concours pour les plans de cet établissement. Des sommes de 3,000, 1,500 et 1,000 roubles sont attribuées aux trois plans qui seront jugés les meilleurs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

De l'inversion du testicule, par M. EUGÈNE ROYET, interne des hôpitaux Brochure in-8º de 4 feuilles de texte et de 2 planches lithographiées. Prix : 2 francs. Librairie de Méquignon-Marvis, 4, boulevard Saint Germain.

Le Sourd.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 116. — MARDI 4 OCTOBRE 1859. (32e ANNEE.) N° 116. — MARDI 4 OCTOBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 OCTOBRE 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Si les journaux continuent à enregistrer tous les jours les sinistres causés par les allumettes chimiques et les lugubres histoires d'empoisonnements par la pâte phosphorée qui entre dans leur composition, ce ne sera assurément pas la faute des corps savants, qui depuis plusieurs années ne cessent de signaler les dangers inhérents à la fabrication et à l'usage de ces allumettes. Nous avons fait connaître récemment l'excellent rapport de M. Poggiale, qui révèle l'effrayante progression des empoisonnements criminels accomplis à l'aide du phosphore depuis un certain nombre d'années, et conclut, comme l'avaient déjà fait M. Chevallier dans un précédent rapport devant la même Compagnie, et M. Tardieu devant le comité consultatif d'hygiène publique, en exprimant le vœu que l'on substitue désormais d'une manière générale, dans la fabrication des allumettes, le phosphore rouge ou telle autre substance inflammable inoffensive, au phosphore ordinaire. L'Académie des sciences a adopté dans la dernière séance la teneur d'un rapport officiel, fait au nom d'une commission par M. Chevreul, en réponse à une demande d'avis du ministre de la guerre, relativement au choix à faire pour les établissements dépendants de son ministère, entre plusieurs produits industriels de cette nature, différents entre eux par leur composition ou par les quelques détails de fabrication, mais ayant tous pour caractère commun d'être également exempts de phosphore blanc. C'est, comme on le voit, un commencement de satisfaction donnée aux vœux depuis longtemps exprimés par les savants et par les médecins.

L'Académie a reçu dans cette même séance une communication qui intéresse également l'hygiène publique. M. le docteur Cabanes (de Béziers), qui a déjà fait connaître à l'Académie de médecine les bons effets qu'il a obtenus, pour la désinfection des plaies, de l'emploi du coaltar mêlé avec les différentes substances qui entrent communément dans les pansements, vient d'adresser à l'Académie des sciences un mémoire où il fait connaître les résultats très-dignes d'intérêt, et autrement importants pour la salubrité publique, qu'a donnés l'application en grand d'un procédé analogue à la désinfection des latrines et de la voirie de Béziers, à l'aide d'un simple mélange de coaltar et de terre commune.

Nous signalerons encore, parmi les nombreuses communications médico-chirurgicales et physiologiques de cette séance, une présentation faite par M. le docteur Riboli (de Turin), relative au nouvel instrument qu'il a imaginé pour la suture de la fistule vésico-vaginale ; une note de M. Faye, médecin du roi de Suède, sur la vaccine et sur la question d'immunité ; une lettre de M. Guillon concernant un nouveau brise-pierre sécateur de son invention ; un opuscule de MM. Gluge et Thiernesse sur la réunion des fibres sensibles et des fibres motrices ; une note de M. Chouveau sur le mécanisme des effets physiologiques de l'électricité, enfin, un mémoire de M. Boulu, mentionné déjà dans le dernier compte rendu de l'Académie de médecine, sur la médication électrique dans certaines affections de l'appareil oculaire. — Dr Brochin.

SUR LE TRAITEMENT DE L'APOPLEXIE CÉRÉBRALE.

(Lettre à M. le docteur Alf. LIÉGARD (de Caen).)

Par M. le Dr JOIRE (de Lille).

Monsieur et très-honoré confrère,

J'arrive tard, vous en conviendrez, pour examiner avec vous quelques remarques contenues dans votre article inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 7 décembre 1858 sur le traitement de l'apoplexie cérébrale. L'importance et la gravité de la question méritent bien l'attention dont elle est l'objet depuis quelque temps ; il m'a semblé que nous ne devions pas en rester là, et je profite du loisir des vacances de nos écoles pour vous convier sur cette question à une simple causerie dans un but que nous poursuivons vous et moi sans doute avec une égale ardeur, l'exactitude et la vérité en thérapeutique.

Permettez moi de remarquer d'abord que la dissidence entre nous par rapport à la thérapeutique de l'apoplexie cérébrale n'est pas si grande que quelques-unes de vos paroles pourraient le faire soupçonner. Vous ne proscrivez pas absolument les émissions sanguines dans tous les cas d'apoplexie ; vous posez même une catégorie de faits dans lesquels vous les appliquez dans une mesure que je considère comme convenable et tout à fait rationnelle. Je ne dis rien encore ici de la rareté pour vous des apoplexies sanguines ; j'y reviendrai plus tard.

Je ne puis croire que, trop préoccupé des besoins de votre cause, vous ayez supposé que j'applique la saignée dans tous les cas d'apoplexie absolument et irrévocablement ; et il n'est guère probable que vous n'ayez remarqué un passage de mon travail qui ne suppose pas qu'on oublie de tenir compte pour le choix du traitement des conditions de l'organisme individuel, et un autre où je montrais l'existence de contre-indications réelles à l'emploi de la saignée. Ces choses m'ont paru trop naturelles pour devoir m'arrêter longtemps.

Comme vous le reconnaissez très-bien, on tombe trop facilement en thérapeutique d'un excès dans un autre, et, après avoir fait pendant quelque temps un usage abusif peut-être de la saignée, on en est venu à ne plus saigner du tout. Vous ne partagez pas, je le vois, un pareil système, mais vous penchez bien évidemment à croire que les cas d'apoplexie qui réclament cette médication sont de beaucoup les plus rares, et tel est entre nous le point en dissidence.

Vous citez à l'appui de votre thèse un certain nombre de faits : six bien comptés, parmi lesquels il en est qui vous sont personnels ; mais vous remarquez, cher confrère, que plusieurs sont ceux-là mêmes auxquels j'ai fait moi-même allusion, et la thèse de M. Aussagnel est celle que j'ai signalée sans en nommer l'auteur, et qui a été, en partie du moins, l'occasion de mon travail ; or considérez que trois faits rapportés deux fois ne font jamais que trois faits.... Quiconque voudra un peu plus tard étudier à nouveau la question qui nous occupe aura à tenir compte de vos observations, les reproduira intégralement, mais il n'augmentera ainsi en réalité ni leur nombre ni leur valeur. Et que de questions en médecine sont devenues l'objet d'appréciations erronées par suite de pareils procédés !... Je ne crois donc pas les faits de ce genre aussi nombreux que vous semblez le supposer.

Mais que dirai-je de la valeur des faits ? Je ne conteste pas, croyez-le bien, leur exactitude au point de vue de la succession de la saignée et de la paralysie ou de la mort ; mais ce qu'il m'est permis de critiquer, c'est l'interprétation, le rapport de causalité admis entre ces deux circonstances. Qui donc n'a vu les phénomènes de l'apoplexie se manifester d'abord peu intenses, et s'aggraver ensuite soit progressivement, soit après une période variable, d'une manière subite, instantanée ? Cela se rencontre tous les jours en l'absence de toute émission sanguine. Pourquoi, le même fait ayant lieu quand une saignée a été pratiquée, attribuer à celle-ci ces graves accidents ? Et quel est le praticien qui, dans bien des cas où des émissions sanguines employées à la suite d'une attaque d'apoplexie plus ou moins grave, n'a vu s'évanouir progressivement les manifestations diverses qui la révèlent, jusqu'à ce qu'enfin, après une période parfois bien longue et dans laquelle de petites saignées dérivatives ont été employées de temps en temps, le sujet ne conserve plus d'une hémiplégie plus ou moins complète qu'un affaiblissement des membres ou une résolution fort limitée de quelque partie ?

L'investigation cadavérique, qui dans bien des cas vient révéler la présence de lésions cérébrales graves dans l'apoplexie, ne peut intervenir ici pour vider le débat, car il n'est pas possible de reconnaître si la lésion a été antérieure ou consécutive à la saignée. Dans le cas où nulle trace d'hémorrhagie interstitielle n'apparaît, si une exhalation séreuse abondante existe autour du cerveau, elle a dû précéder l'attaque, et celle-ci n'est que la conséquence ou d'une nouvelle accumulation subite de sérosité, ou d'une congestion cérébrale. Et dans ce dernier cas, je vous prie, quel a été la part de la saignée ? Pouvez-vous la fixer ? Les faits de ce genre sont rares, je crois, dans la pratique commune ; les sujets vivants dans le monde affectés d'hydropisie du cerveau et des méninges, et se livrant aux occupations ordinaires de la vie, ne se rencontrent guère. Mais nous les trouvons souvent dans les asiles d'aliénés affectés d'un certain degré de démence. Eh bien ici, quand arrivent les phénomènes de l'apoplexie, ils sont le plus souvent le résultat d'une congestion sanguine du cerveau, et dès lors, les conditions générales de l'individu comportant l'usage de la saignée, quel mal voulez-vous faire peser sur elle ? Elle vient combattre l'hyperémie du cerveau, et parfois elle le fait efficacement.

Maintenant, si ces derniers faits d'apoplexie séreuse ne sont pas les plus fréquents, et s'il faut admettre avec vous que ceux d'apoplexie sanguine sont aussi assez rares, il reste une classe de faits d'apoplexie sans lésions organiques et qui rentrent pour vous dans celles des apoplexies séreuses. Ici faut-il croire que la saignée n'avait rien à faire et doit-on la rendre comptable de la mort ? Telle est la question.

Oui, si vous admettez qu'elle intervient chez un sujet déjà débilité par une affection antérieure, et qui succombe ou par syncope ou par anémie du cerveau ; non, si vous voulez reconnaître avec de respectables autorités que l'apoplexie est le résultat d'une congestion plus ou moins considérable du cerveau qui ne laisse aucune trace après la mort. Ici, la saignée a pu être appliquée logiquement et avec quelque

FEUILLETON.

Pour développer des idées, très-justes au fond, sur la part à faire aux influences de milieu physiques et morales dans le résultat des opérations, notre collaborateur, M. Joux, avait besoin de choisir ses exemples dans les sommités même de la chirurgie. Par une sorte d'antonomase très-permise au feuilleton, il a fait porter sur la Société de chirurgie tout entière le poids d'une critique qui ne saurait évidemment s'adresser qu'à quelques chirurgiens seulement. Nous avons cru devoir rétablir aux paroles de M. Joux cette interprétation, qui était évidemment dans sa pensée quand il a écrit ces lignes. On ne saurait donc les considérer comme une attaque sérieuse contre une société justement considérée, et qui vient de recevoir tout récemment une éclatante consécration de la part de l'administration. (*Note de la Rédaction*).

A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Si tu veux qu'on t'épargue, épargne aussi les autres.
LA FONTAINE, liv. VI, fable XV.

Je ne suis pas de cet avis, qu'aux entreprises de la chirurgie la fortune a la plus grande part, et que nos conseils et nos délibérations sont de peu de valeur s'il n'y a du sort et du bonheur mêlés parmi.

Pour avoir le droit de prendre une détermination quelconque en cet art, il faut, comme l'a indiqué Goursaud dans le recueil des prix de l'Académie royale de chirurgie, savoir suivre la nature dans ses démarches, ne jamais s'en écarter, avoir des yeux clairvoyants pour distinguer les différents ressorts qu'elle fait agir. J'ajoute : être non-seulement instruit de la structure anatomique et de l'action physiologique de nos parties, mais encore savoir apprécier les influences, en tous temps, en tous lieux, chez tous les sujets et chez chacun d'eux, en santé comme en maladie.

S'il est évident pour moi que certains animaux sont nés pour vivre en société, en troupeaux, en essaims, et que cette existence simultanée leur est si naturelle qu'ils trouvent les principes de la santé et de la prospérité dans le contact mutuel, il m'est aussi démontré que certains autres doivent vivre isolément, et que l'agglomération leur est nuisible en santé d'abord, mais plus encore en maladie.

Exemple. — L'homme sain est un poison pour l'homme sain ; l'homme malade un poison pour l'homme sain et pour l'homme malade, et une cause puissante de destruction pour lui-même.

Il n'est pas nécessaire que les substances putrides, malignes ou vénéneuses se mêlent avec nos humeurs pour exercer sur nous leur furie, dit Quesnay (1er volume des *Mémoires de l'Académie de chirurgie*). Nous en trouvons dans A. Paré, liv. XXII, chap. 13, une preuve convaincante. En découvrant le lit d'un pestiféré pour panser un bubon de l'aine et deux charbons du ventre, il fut saisi d'une odeur si fétide, qu'il tomba à la renverse privé de sentiment ; la connaissance lui étant revenue, il fut forcé d'embrasser un poteau pour se soutenir.

Les membres composant la *Société de chirurgie* sont des opérateurs habiles ; mais si j'observe attentivement leur pratique, je ne tarde pas à m'apercevoir que l'*anatomisme* a déteint sur eux ; ils n'ont pas de philosophie médicale ; quant aux préceptes de la saine hygiène, on n'en aperçoit nuls vestiges (1) : chez eux, en un mot, tout s'y passe d'une manière *topique*. Comme on fait son lit on se couche, dit un proverbe vulgaire. Que penserions-nous donc d'un laboureur assez dépourvu du soin de l'avenir pour donner sa semence à une terre mal préparée ? Au temps où nous vivons, le dernier homme des champs comprend la nécessité des préludes de l'agriculture, et nul d'entre les moins habiles ne confierait l'espoir de ses moissons à un sol infesté de mauvaises herbes.

Si un chimiste négligeait de tenir ses vases dans un état de netteté parfaite, aucune de ses expériences ne serait conforme aux données de la science.

Il en sera de même de tout, et c'est ce qui arrive aux opérations de

(1) De tous les reproches adressés par M. Joux aux chirurgiens, celui-ci est assurément le moins fondé. Il ne s'adresserait d'ailleurs qu'à des faits que les chirurgiens et l'administration de l'assistance publique déplorent comme lui, mais auxquels il leur est impossible de porter remède.

espoir d'un résultat avantageux. Là, elle a pu contribuer à entraîner des conséquences funestes; mais il faut supposer une flagrante invraisemblance, l'ignorance et la légèreté d'un praticien ne tenant aucun compte des conditions organiques et de l'état général du sujet qu'il a sous les yeux.

C'est donc, à mes yeux, une imputation toute gratuite d'attribuer à la saignée tous les phénomènes graves qui succèdent à son emploi dans l'apoplexie cérébrale. C'est l'empirisme seul, le simple rapport de succession de deux faits qui servent de base à cette argumentation; quant à l'interprétation scientifique, elle fait complétement défaut.

Il m'a semblé, quant à moi, que la science ne pouvait se montrer si facilement satisfaite, et après avoir fait ressortir l'impossibilité d'une explication rationnelle de la thèse de nos adversaires, j'ai cru devoir, basé sur les données les plus évidentes de la physiologie, exposer les effets des émissions sanguines appliquées au traitement de l'apoplexie cérébrale.

J'ai le regret, cher collègue, de n'avoir pu vous convaincre entièrement; mais je dois remarquer que rien absolument n'a été dit par vous contre mes interprétations.

Voici donc les deux thèses en présence : d'un côté, l'empirisme seul, qui vient d'un simple rapport de succession faire sans preuve aucune un rapport de causalité; de l'autre, l'interprétation physiologique, inattaquée jusqu'ici, des effets de la saignée, et la démonstration scientifique d'un résultat différent de celui qu'on veut faire prévaloir. Dans le premier cas, des faits toujours incertains, et dont le nombre fort restreint ne semble grossi parfois qu'en passant par plusieurs mains; dans le second, des faits aussi positifs pour le moins que les premiers, et qu'on ne rapporte plus en détail, vu leur multiplicité.

J'ai signalé quelque part, et je ne le regrette pas, la difficulté de distinguer souvent les cas d'apoplexie dite sanguine de celle désignée par les anciens sous le titre d'apoplexie séreuse. Vous sembliez d'abord ne pas partager cet avis, et vous admettez qu'avec de l'expérience et une sérieuse attention il serait possible quelquefois de les distinguer. Le modeste *quelquefois* me rallie de suite à votre sentiment. Si les seules conditions d'organisation individuelle, de tempérament, d'âge, les antécédents du sujet sont les bases de votre appréciation, nous marchons parfaitement d'accord, et, quoi que vous en pensiez, elles me serviront, comme à vous, à fixer les indications thérapeutiques. Si vous connaissiez, après cela, un autre critérium pour discerner ces cas, vous seriez assez bon, j'espère, pour me le signaler.

Et puis, chez les sujets dont les conditions extérieures semblent éloigner toute idée de raptus sanguin vers le cerveau, une apoplexie réelle, une hémorrhagie cérébrale ne peut-elle pas avoir lieu? Il n'est pas permis de le penser... J'ai conservé dans mes souvenirs le fait d'une jeune fille placée dans le service du professeur Fouquier à la Charité, en 1836, affectée de chloro-anémie, et qui succomba à la suite des phénomènes de l'apoplexie. L'autopsie révéla l'existence d'une hémorrhagie dans l'une des couches optiques. Evidemment, si on devait diagnostiquer comme cause des lésions fonctionnelles une exhalation séreuse au cerveau, c'était bien dans ce cas, et c'est le contraire que la mort vint ici révéler. Qu'on veuille bien remarquer que je ne donne ce fait qu'au point de vue de l'erreur du diagnostic, et non comme emportant l'indication de la saignée.

Qu'il me soit permis, en terminant, d'exprimer une crainte; c'est qu'en voulant atténuer, comme vous le dites, l'impression qu'a pu faire sur les esprits mon travail sur le traitement de l'apoplexie cérébrale, vous n'ayez dépassé le but que vous vous étiez proposé, et contribué à l'expansion d'un système thérapeutique dont l'ignorance et la mauvaise foi feront toujours profit et scandale, l'empirisme absolu et irrationnel.

Je ne prête pas à ma voix tant d'autorité; mais si dans la question dont j'ai entrepris l'examen, les conclusions que j'ai posées rallient autour d'elles de nombreux assentiments, ce n'est pas à la puissance de ma parole qu'il faut l'attribuer, bien qu'une expérience de plus de vingt années ne soit pas à dédaigner parfois, c'est que l'opinion que j'ai soutenue est le partage des hommes que la science de nos jours compte parmi les plus élevés et les plus sérieux; il n'y a donc encore, à l'heure qu'il est, rien à craindre pour elle.

Mais à côté des restrictions rationnelles que j'admets avec vous et tant d'autres, il y a l'exagération contraire. Tout étrange que soit le fait, il n'est pas possible de le nier; il y a des praticiens qui ne saignent plus jamais dans l'apoplexie, qui ne font qu'un simulacre de traitement, c'est-à-dire rien du tout; et quand ils ont recueilli parfois quelques faits où les accidents se sont ainsi spontanément dissipés, ils publient avec emphase les succès de leur médication en dehors de toute évacuation sanguine. Ceux auxquels je fais allusion ne tiennent pas compte des conditions générales individuelles; et que le sujet présente tous les traits du tempérament sanguin prononcé et d'une turgescence vasculaire considérable, face rouge, veines du cou gonflées, pouls large et fort... la saignée, irrévocablement proscrite, est remplacée par quelques médicaments à des doses dérisoires auxquelles on fait tout l'honneur de la guérison. Des praticiens de cet acabit existent, je le sais, soit en Amérique, soit ailleurs; mais toutes les fois que je lis leurs observations, je leur trouve d'ici une odeur *homœopathique* à propos de laquelle mes sens me trompent rarement, et je déclare que si toutefois ils n'appartiennent pas à cette catégorie que la société honore encore du titre de médecins, ils seraient bien dignes assurément de figurer en leur compagnie.

Veuillez agréer, etc. A. JOIRE (de Lille).

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MANEC.

Hernie étranglée. — Opération. — Présence de l'appendice du cœcum dans la hernie. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. GEORGE BEAUMETZ, interne des hôpitaux.)

Le nommé S... (Charles), âgé de dix-neuf ans, peintre en porcelaine, est amené, le 22 août 1859, à l'hôpital de la Charité avec tous les symptômes d'un étranglement intestinal. Le pouls est petit, la face profondément altérée, les yeux excavés, la langue rouge et sèche. A chaque instant il est pris de vomissements, dont les produits jaunâtres sont analogues aux matières fécales. Absence de selles.

Ce garçon, d'une constitution très-chétive, tempérament lymphatique, a depuis huit ans une hernie inguinale droite peu volumineuse, sans douleur. Il n'a jamais porté de bandage.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, le 14 août, en faisant un violent effort pour porter un seau d'eau, il sentit une vive douleur dans sa hernie. Le soir, la douleur avait beaucoup augmenté; la hernie était rouge et les parties environnantes tuméfiées. Le lendemain, les vomissements apparurent, il rejeta d'abord des matières alimentaires, puis dans les derniers jours des matières fécales.

Les selles devinrent de plus en plus rares. Jusqu'au mercredi 18 août, il y en a eu trois provoquées par trois lavements; mais depuis cette époque, le malade n'a pas été une seule fois à la garde-robe.

Un médecin ayant été appelé conseilla au père du jeune malade de le faire conduire au plus vite à l'hôpital. Ce sage conseil ne fut pas suivi. Le père assura qu'il le guérirait bien lui-même, et joignant l'action aux paroles, il appliqua tant bien que mal sur la tumeur un bandage herniaire; mais au bout de quelques instants, il survint d'atroces douleurs; il fallut, comme on le pense bien, retirer l'appareil.

Aucune autre tentative de réduction ne fut faite. On appliqua seulement de la glace sur la hernie; mais les symptômes empirant de jour en jour, le malade se décida à entrer à l'hôpital, où il fut couché salle Sainte-Vierge, n° 25, dans le service de M. Velpeau.

Nous avons déjà parlé des symptômes généraux, voici ce que nous donne l'examen local :

A la partie la plus interne de l'aine droite et suivant la direction du cordon, on trouve une tumeur ovalaire du volume d'une grosse noix; cette tumeur est dure et ne présente pas la consistance d'une hernie. On sent en l'examinant avec soin une espèce de corde ou de cordon dur, qui est placé entre la peau et la tumeur; la douleur est très-vive, la peau est rouge, le ventre est ballonné dans toute sa portion sous-ombilicale; il est douloureux à la pression.

En face de tous ces symptômes, M. Manec, chargé momentanément du service de M. Velpeau, juge l'opportunité d'une opération. Le malade est donc conduit à l'amphithéâtre.

M. Manec, après avoir fait un pli à la peau, pratique une incision parallèle au grand diamètre de la tumeur, puis il passe à la dissection du tissu cellulaire, qui est très-enflammé et présente en ce point de petits foyers de pus. Cette dissection conduit sur un corps qui a toutes les apparences d'un intestin gangrené; ce corps est baigné par le pus. En l'isolant avec soin des tissus environnants, on s'aperçoit qu'il est formé par un cordon de la grosseur d'une plume d'oie qui d'une part sort de l'anneau inguinal, et de l'autre se plonge dans le scrotum. Ce corps est grisâtre, comme gangrené, et on ne sent rien dans son intérieur.

La première idée de M. Manec fut que l'on avait affaire là à l'appendice du cœcum; l'appendice fut rejeté de côté. Au-dessous et adhérant à sa face postérieure, on trouve une poche à parois épaissies, parsemées de petits points en suppuration, qui n'est autre que le sac herniaire. Ouvert avec la plus grande précaution, il laisse voir une très-petite portion d'intestin étranglé. Cet intestin est d'un rouge vif peu foncé.

M. Manec procède alors au débridement; le bistouri boutonné est porté à deux endroits, à l'orifice inférieur du canal inguinal et à l'orifice supérieur; l'anse herniée est légèrement tirée en dehors, l'intestin trouvé sain, peu congestionné relativement à la durée des accidents. On procède à la réduction; mais en ce moment, le malade se débattant avec violence et jetant les hauts cris, cette réduction devient très-difficile. On soumet alors le malade aux inhalations de chloroforme, et pendant le sommeil anesthésique l'on réduit avec facilité.

Restait le corps cylindrique que M. Manec considérait comme l'appendice du cœcum; on cherche, mais en vain, son extrémité inférieure: elle paraît plonger dans le fond du scrotum. M. Manec alors abandonne sa première idée, et dit qu'on pourrait bien avoir affaire, ainsi que l'avaient pensé quelques assistants, au canal spermatique altéré par le pus, la hernie pouvant avoir dissocié les éléments du cordon.

Une petite artère est liée à l'angle inférieur de la plaie, puis on procède au pansement; trois bandelettes agglutinatives rapprochent les bords de la plaie, un pansement simple est appliqué par-dessus, et le tout est maintenu par un spica. Le malade est rapporté à son lit; des onctions à l'axonge sont faites sur le ventre. — Potion huileuse, lavement purgatif.

De midi à trois heures, le malade a trois selles; pas de vomissements. A cinq heures, les vomissements reparaissent.

Le 23 au matin, l'état du malade est bien aggravé; pendant la nuit, les vomissements n'ont pas cessé; il n'y a pas eu de selles; le pouls est filiforme, les extrémités sont froides et cyanosées, le ventre est ballonné, peu douloureux.

On enlève le pansement pour voir si l'intestin est resté en place: rien n'a bougé. On remet un nouveau pansement. — Onction avec l'axonge sur le ventre, alèzes chaudes aux extrémités.

A onze heures, tous les symptômes dont on vient de parler ont augmenté; le pouls est imperceptible; le malade est complétement cyanosé. — Potion cordiale, sinapismes.

A midi, le malade meurt.

L'autopsie est pratiquée vingt-quatre heures après le décès. Les parois abdominales étant ouvertes par une large incision cruciale, on trouve les intestins rouges, congestionnés, n'ayant d'ailleurs contracté aucune adhérence; le liquide de la cavité péritonéale n'est pas altéré. Les gaz distendent les intestins.

En écartant les anses intestinales, on arrive à l'orifice interne du canal inguinal. Devant cet orifice, et ayant contracté des adhérences à son pourtour, adhérences qui se rompent d'ailleurs avec facilité, se trouve la portion d'intestin qui a été réduite. Elle est d'un rouge un peu foncé; la distance qui sépare le point hernié du cœcum n'est que de 14 centimètres.

Le mésocœcum manque; le cœcum, placé très-bas, touche à l'arcade crurale, et son appendice vermiculaire plonge dans l'orifice interne du canal inguinal, en avant du collet du sac herniaire et complétement indépendant de ce dernier, et jusque dans l'anneau il est parfaitement sain.

En disséquant avec soin la région inguinale, on trouve que ce cordon, sur la nature duquel il y avait eu des doutes, est bien l'appendice du cœcum profondément altéré par le pus qui le baigne de tous côtés. Cet appendice, dans sa portion herniée, a 7 centimètres de longueur. Dans toute cette étendue, il a contracté de nombreuses adhérences avec le tissu cellulaire environnant. Ces adhérences, sous forme de brides, maintiennent, en lui faisant faire de nombreux circuits, l'appendice dans sa nouvelle position.

Dans son intérieur, l'appendice ne contient pas de corps étrangers; on ne trouve que du pus.

Au-dessous de l'appendice cœcal se trouve le sac herniaire. Ce sac a le volume d'une noix; sa paroi est épaissie. Par son côté externe, il est adhérent avec le tissu cellulaire épaissi et suppuré, et en avant avec l'appendice cœcal. Sa surface interne est rouge. Enfin, en arrière du sac, on trouve le cordon avec tous ses éléments un peu enflammés.

Ainsi donc, en résumé, on trouve successivement, en allant de l'extérieur vers l'intérieur, la peau, le tissu cellulaire enflammé et suppuré, l'appendice du cœcum, le sac herniaire contenant la portion de l'intestin grêle étranglée; enfin, reposant sur le pubis, le cordon.

L'ouverture du thorax ne nous a rien révélé, si ce n'est l'existence d'une pleurésie ancienne du côté droit.

Rien dans le cerveau.

---

la chirurgie, car, selon la remarque d'Avicenne, les causes secondes n'ont influence ni action aucune, si la cause première n'y influe.

Au lieu de suivre et de poursuivre les nobles errements de l'Académie royale de chirurgie, les travaux de la Société de chirurgie tendent à réunir et diviser, suivant que l'exige le bien de l'économie animale. Et voilà tout.

Or qu'arrive-t-il aux habitants des cités populeuses, subissant dans la ville ou dans les hôpitaux une opération grave? Nous le savons tous.

D'où vient qu'un châtreur de bestiaux a pratiqué l'opération césarienne abdominale avec succès sur sa propre femme, et que cent autres hommes à sa suite l'ont faite avec un égal bonheur, quand nos chirurgiens *les plus habiles ne la réussissent jamais*, et que, bien plus, ils en sont réduits à y renoncer? Mais je laisse ce sujet, que j'ai déjà traité ailleurs, et vais m'occuper aujourd'hui d'une série de faits dont on s'est peu ou point inquiété jusqu'à ce jour, je veux parler des paysans quittant la campagne pour aller subir des opérations dans les grandes villes ou dans les hôpitaux de Paris.

La plus grande folie du monde est de penser qu'il y ait des astres pour les rois, les papes, les gros seigneurs, plutôt que pour les pauvres ou souffreteux, puisqu'il est certain qu'à partir de l'arche de Noé nous sommes tous sortis de la même souche, et que le moindre des gueux est vraiment de la lignée des rois de Castille, du sang de Priam et d'Agamemnon.

Tenant donc pour certain que les étoiles se soucient autant des uns que des autres, je laisse à la foule des adorateurs de la richesse et de la puissance le soin d'encenser leurs idoles; quant à moi, je m'occuperai des gens de bas état, comme faucheurs, botteleurs de foin, bergers, vachers, bouviers, porchers, oiseleurs, jardiniers, et le reste du menu populaire des campagnes.

Habituellement tous ceux-là ont en échange de leur labeur et de leurs privations une bonne santé, sans le secours de l'art ni des remèdes. Ici l'excrétion sauve l'ingestion; car il n'est peut-être permis de commettre des écarts de régime et de digérer des oignons verts ou du lard cru, qu'à ceux dont le travail est un violent exercice.

Cependant il arrive, soit par l'excès de la peine, soit par accident ou autrement, que le paysan a une affection chirurgicale.

Dans cet *estrif*, obligé de s'arrêter, il prend conseil des pâtres, des panseurs de bestiaux, puis il tente le miracle et va invoquer tous les bons petits saints d'alentour; il subit ensuite les ruses des charlatans; de guerre lasse il demande le médecin, il entend ses conseils, bien déterminé d'avance à n'en suivre aucun, surtout s'il s'agit de se soumettre à une opération ou de dépenser son argent.

Ces moyens n'ayant pour l'ordinaire aucun résultat curatif, le paysan dit son *in manus*, et se détermine à partir pour Paris; là il s'arrange de manière à être reçu dans un hôpital, il s'y fait traiter gratuitement.

Le voilà, cet être élevé en liberté, craintif et soupçonneux comme une bête sauvage, entièrement dépaysé, soumis à un régime nouveau, à une discipline inconnue, sous le coup de l'effort et des hasards d'une opération; livré à lui-même, il repasse dans son esprit tous ceux qu'il a vu venir et qu'il n'a jamais vu revenir, comme il ne reviendra jamais; ajoutez à cela l'atmosphère, le bruit de la grande ville, et par-dessus tout l'infection nosocomiale, en voilà bien plus qu'il n'en faut pour faire mourir un pauvre homme. C'est un oiseau des bois mis en cage pour être meurtri et sacrifié.

Triste pensée! ici la maladie n'est grave ni par sa nature ni par son siége, elle devient mortelle à cause du lieu choisi pour la guérir.

Car dans cet antre,
Je vois fort bien comment on entre,
Et ne vois pas comme on en sort.

Je vais prouver, par des observations irrécusables (et j'invite mes confrères ruraux à y ajouter les leurs, que des volumes entiers ne sauraient contenir), que toutes ces circonstances réunies, non-seulement amènent la fin du paysan alors qu'il est à l'hôpital, mais que s'il en sort par un hasard exceptionnel, il y a contracté l'empoisonnement nosocomial, et vient souvent succomber dans ses foyers après son apparente guérison.

Premier fait. — Un ouvrier maréchal de vingt ans, d'une forte constitution, arrive de la campagne dans le service de Dupuytren, pour se faire enlever un lipome de la grosseur d'un œuf de poule, placé à l'épaule droite; il est opéré avec toute l'habileté désirable; le lendemain il succombe; à l'autopsie, on ne trouve aucune lésion anatomique.

Deuxième fait. — Un homme de cinquante ans, de ce pays-ci, entré dans le service de Récamier à l'Hôtel-Dieu de Paris, alors que j'y étais

Cette observation est intéressante à plus d'un titre, d'abord à cause de la présence de l'appendice du cœcum dans la hernie. Il est probable que depuis longtemps l'appendice vermiculaire était sorti de la cavité abdominale, et que sa présence dans le canal inguinal avait précédé de beaucoup celle de l'intestin grêle. Le début de cette dernière ne remonte probablement qu'à une huitaine de jours, époque à laquelle le malade fit un violent effort et ressentit les premiers symptômes de l'étranglement.

La portion de l'intestin grêle herniée présentait quelques particularités; elle n'était éloignée de la valvule iléo-cœcale que de 14 centimètres, et son tissu n'était pas altéré, quoique l'étranglement remontât à huit jours.

Un autre point intéressant de cette observation est la cause de la mort du malade. Pour l'expliquer, on ne peut invoquer la péritonite, car pendant sa vie les symptômes de cette affection ne se sont pas montrés avec une grande intensité; le ventre était à peine sensible au toucher, et après la mort, nous n'avons constaté qu'une congestion intestinale. Le malade est mort sans doute épuisé par les vomissements et par le défaut d'action des intestins; car, comme le fait très-bien remarquer M. Manec, lorsque l'intestin, ainsi que la portion distendue placée au-dessus, sont privés longtemps de leurs fonctions, ils finissent par se stupéfier, et ne recouvrent leur contractilité qu'avec beaucoup de lenteur.

L'électricité, la strychnine ne pourraient elles pas donner dans ce cas de bons résultats?

SUR LES BLESSURES DE LA COLONNE VERTÉBRALE,

Par le docteur Birkett.

Les observations suivantes, extraites d'un travail du chirurgien anglais sur ce sujet, nous ont paru mériter l'attention des praticiens. Le lecteur y trouvera plusieurs exemples intéressants de fractures et de luxations de la colonne vertébrale, des accidents que ces lésions ont déterminés du côté de la moelle épinière, et enfin des désordres révélés par l'autopsie.

Il est à regretter que les autopsies n'aient pas été décrites avec des détails suffisants, c'est-à-dire que l'on n'ait pas fait connaître exactement l'étendue du déplacement, la direction des os luxés, etc. En général, les journaux anglais et américains sont trop sobres de détails, même lorsqu'il s'agit de sujets très-importants.

Obs. I. — *Fracture et luxation de la troisième vertèbre cervicale.* — Richard J..., âgé de trente-deux ans, fut admis au Guy's Hospital dans la soirée du 28 novembre 1858; il était tombé dans l'escalier la nuit précédente, étant en état d'ivresse. On le releva et on le porta dans son lit, puis, au bout de vingt-quatre heures, on l'apporta à l'hôpital dans un état désespéré. Au moment de son admission, il est plongé dans un collapsus profond; son corps est complétement paralysé et privé de sensibilité à partir du cou; il semble que les nerfs superficiels du cou, au-dessus de la clavicule, ne sont pas complétement anesthésiés. La vessie est considérablement distendue; la respiration est très-difficile. Il se fit un peu de réaction dans les premiers moments qui suivirent son admission; puis il retomba dans son état primitif et mourut le lendemain vers le milieu du jour, trente-six heures après l'accident.

Autopsie. — Les muscles de la partie postérieure du cou sont fortement contus. Le corps de la troisième vertèbre cervicale est violemment écarté de celui de la quatrième vertèbre; le ligament vertébral antérieur commun est déchiré en cet endroit. Les lames des deuxième et troisième vertèbres sont brisées des deux côtés et mobiles. La lame du côté droit de la première vertèbre cervicale est fracturée près de sa racine. Il est probable, à en juger par la grande mobilité qu'on trouve dans ces vertèbres les unes sur les autres, que l'une des articulations de l'atlas et de l'axis a été déchirée. La moelle épinière était mâchée et presque déchirée au niveau de la troisième vertèbre luxée. Les poumons étaient fortement congestionnés; les canaux bronchiques étaient remplis de mucus et de sang. Les autres organes étaient sains.

Obs. II. — *Luxation de la quatrième vertèbre cervicale.* — Georges X..., 47 ans, fut admis à l'hôpital le 29 novembre 1858. Il s'est battu avec un autre homme pendant la nuit, et dans la lutte il a été violemment jeté à terre; quelques heures après, il a été ramassé par un homme de la police, qui l'a transporté à l'hôpital. Tout le corps est paralysé au-dessous du cou; la respiration ne se fait que par les mouvements du diaphragme; la sensibilité existe encore sur les parties supérieures du tronc, et sur les épaules, le long du trajet des branches descendantes du plexus cervical. La respiration s'embarrassa de plus en plus, le malade s'assoupit, et dans l'après-midi il succomba (treize heures après l'accident).

Autopsie. — Ce cadavre est celui d'un homme d'une haute taille et très-vigoureux. Les muscles de la partie postérieure du cou sont fortement contus et infiltrés de sang. La quatrième vertèbre cervicale est séparée de la cinquième; les ligaments et les muscles qui les unissent sont déchirés, mais il n'y a pas de fracture des os. Les enveloppes de la moelle sont intactes, mais la moelle est ramollie et infiltrée de sang. Les poumons étaient fortement congestionnés; les bronches étaient pleines de sang. Les autres organes étaient sains.

Obs. III. — *Fracture et luxation des onzième et douzième vertèbres dorsales.* — Patrick D..., 31 ans, d'une haute taille et d'une robuste constitution, fut admis à l'hôpital le 2 octobre 1857. Il est tombé dans la cale d'un navire, mais dans sa chute il a rencontré une échelle, sur laquelle son dos a porté à plat. Après l'accident, il lui fut impossible de faire un seul mouvement; il avait entièrement perdu le mouvement et la sensibilité dans les membres inférieurs.

Le siége de la blessure était la onzième ou la douzième vertèbre dorsale; le malade souffrait horriblement; on se hâta de lui donner du chloroforme, afin d'essayer, par des tractions, de redresser la colonne vertébrale et de réduire la luxation. Ces tentatives furent très-difficiles et ne donnèrent aucun résultat. On donna de l'opium au malade; il passa néanmoins une nuit très-agitée.

Le 5, la sensibilité était un peu revenue dans les membres inférieurs, mais ils demeuraient toujours immobiles. Le malade éprouvait de violentes douleurs au moindre mouvement, mais son état général n'était pas mauvais; il avait de l'appétit; matin et soir on vidait la vessie à l'aide de la sonde.

Pendant les jours suivants, il se plaignit d'une sensation de brûlure dans les jambes, et il fut tellement agité qu'il fallut recourir à l'opium. Grâce à ce moyen, il eut un peu de soulagement; mais l'opium augmentait la constipation, et l'on dut prescrire de l'huile de croton. Au bout d'un mois environ, il se forma des eschares sur le sacrum, le malade s'affaiblit et perdit l'appétit; pendant le mois de janvier, l'affaiblissement augmenta encore graduellement; enfin il succomba le 13 février, quatre mois et demi après l'accident.

Autopsie. — On trouve que le corps de la onzième vertèbre dorsale est séparé de celui de la douzième; à ce niveau, la moelle épinière est ramollie, déchirée, d'une couleur brune. Le corps des vertèbres ne présente pas de fractures, mais les apophyses articulaires sont brisées. Le déplacement n'était pas considérable. Au niveau du sacrum, il y avait une large plaie mettant la totalité de l'os à nu; sur ce même point, le canal vertébral était ouvert. Les deux reins étaient le siége d'une abondante suppuration.

Obs. IV. — *Fracture et luxation de la douzième vertèbre dorsale.* — Frédéric S..., vingt ans, journalier, entre à l'hôpital le 20 mai 1858. Il est tombé du haut d'une échelle dans une trappe ouverte; on l'aida à se lever, mais les deux jambes étaient paralysées, et il souffrait considérablement dans le dos. Au moment de son admission, on constate la paralysie complète des deux jambes, ainsi que leur anesthésie, sauf aux mollets. Le malade ne peut uriner; la nuit a été très-agitée; la langue est humide, mais d'une couleur brunâtre; le pouls est régulier, mais faible; la respiration est libre. Le malade se plaint d'une vive douleur qui s'étend depuis le dos jusqu'aux hanches, et qu'il compare à des coups de couteau.

Le 22, la nuit a été très-mauvaise; le malade a vomi plusieurs fois; il n'a pas eu de garde-robe. On lui donne de l'eau de Seltz et de l'eau-de-vie. Les quatre jours suivants, son état empire; la physionomie est inquiète; la langue est sèche et noirâtre, la peau chaude, la respiration courte et précipitée. Il se plaint de douleurs dans les reins; l'urine est sanguinolente. Il ne peut reposer qu'en prenant de hautes doses d'opium. Enfin il s'affaiblit de jour en jour, et succombe le 31 mai, onze jours après l'accident.

L'autopsie fait voir le corps de la douzième vertèbre dorsale brisé en deux parties et arraché du corps de la onzième; ses apophyses articulaires sont brisées. Il y a entre ces deux vertèbres une grande mobilité anormale, mais le déplacement est faible, le ligament antérieur étant intact. La moelle épinière était fortement contuse, enflammée et ramollie. Les poumons, les reins et les autres viscères étaient sains. La vessie était enflammée, ulcérée et couverte de dépôts phosphatiques.

Obs. V. — *Fracture de la colonne vertébrale au niveau de la onzième vertèbre dorsale; guérison.* — John P..., vingt-neuf ans, entre à l'hôpital le 26 novembre 1858. Il travaillait dans la cale d'un navire, et était baissé pour soulever un sac, lorsqu'un autre sac d'un très-grand poids tomba d'une hauteur de huit ou neuf pieds, le frappant sur les reins, et le jeta à terre. La tête n'avait point porté dans la chute. Il essaya de se relever, mais il n'y put réussir, ses jambes étaient paralysées et insensibles. Lors de son admission, on constate que les membres inférieurs sont le siége d'une paralysie complète; le malade se plaint d'une vive douleur dans les reins et dans les fesses; le genou droit est contusionné, enflé et douloureux à la pression. Toute la jambe droite est le siége d'une telle hyperesthésie que le moindre contact y provoque une vive douleur. La jambe gauche est complétement insensible. On est obligé de vider la vessie avec la sonde.

Le lendemain, on constate une légère réapparition de la sensibilité dans la jambe gauche; au membre droit l'hyperesthésie diminue un peu; peut-être la contusion du genou suffit-elle pour expliquer cette excessive irritabilité. Le pouls est calme, la langue bonne: le malade sent que la vessie est distendue par l'urine, mais cet organe a complétement perdu son ressort. L'urine est ammoniacale et rendue épaisse par la présence d'une certaine quantité de mucus. Le mollet droit, qui est couvert de varices, est très-douloureux.

Le 29 novembre (troisième jour), la sensibilité est parfaite dans les deux jambes; le malade n'a pas encore eu de selles. — On prescrit un purgatif.

Le 1er décembre, la constipation continue. — On fait chaque jour deux injections d'eau tiède dans la vessie.

Le 4, le genou droit est le siége d'une douleur assez forte; la douleur du dos est beaucoup moindre; la distension de la vessie fait beaucoup souffrir le malade dans les reins; le pouls est bon.

Le 10, on prescrit la salsepareille et le bichlorure de mercure.

Le 14, le malade se plaint de ressentir des battements et des soubresauts dans les deux jambes; de temps à autre, ses genoux se soulèvent brusquement et involontairement.

Le lendemain au soir, la vessie étant pleine, le malade a pu uriner un peu de lui-même; deux jours après, il urine volontairement. Le traitement a consisté simplement en quelques toniques (fer, quinquina) et quelques grains d'opium le soir.

Le 28, le malade se plaint de souffrir dans les reins; on prescrit le calomel et l'opium. La constipation a été vaincue par des pilules apéritives.

Le 2 janvier 1859, on note que le malade commence à remuer les orteils, principalement ceux du pied gauche. On examine l'état de la colonne vertébrale: l'apophyse épineuse de la douzième vertèbre dorsale est fortement déplacée en haut et à droite. Telle est la seule difformité que l'on constate.

L'état du malade va toujours en s'améliorant graduellement; enfin il est assez bien le 5 mars pour quitter l'hôpital. (*Union médicale.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 septembre 1859. — Présidence de M. de Sénarmont.

Allumettes chimiques hygiéniques et de sûreté. — M. Chevreul lit au nom d'une commission un rapport officiel sur les allumettes chimiques dites hygiéniques et de sûreté, les allumettes androgynes et les allumettes chimiques sans phosphore ni poison. Ce rapport est rédigé en réponse à une lettre de M. le ministre de la guerre qui consulte l'Académie relativement à diverses demandes qui lui ont été adressées par plusieurs compagnies, et tendant à faire admettre les allumettes dites *androgynes* et celles dites *allumettes sans phosphore ni poison*, dans les établissements dépendant de son ministère, concurremment avec les allumettes de Coignet frères.

La commission, après avoir examiné la valeur de ces divers produits industriels au double point de vue de la sûreté et de l'hygiène, propose les conclusions suivantes, qui ont été adoptées par l'Académie:

1° Au point de vue de l'hygiène, les allumettes androgynes ont sur les allumettes à phosphore blanc l'avantage des allumettes Coignet, puisque le principe actif et chimique du frottoir est comme pour celles-ci le phosphore rouge.

2° La commission, après avoir pris connaissance de la fabrication des allumettes chimiques sans phosphore ni poison, et avoir suivi la plupart des opérations composant leur préparation sous la direction

---

élève, pour se faire broyer une pierre par M. Leroy (d'Etiolles), qui a la complaisance de venir l'opérer; quinze jours après, étant débarrassé, nous le voyons pris de frissons et déclinant; nous le renvoyons chez lui. Le séjour de l'hôpital avait produit une sorte d'empoisonnement dont il fut au moins six mois à se remettre.

Troisième fait. — Un homme de cinquante-six ans, de ce pays-ci, va à Paris pour y être traité d'un mal au pied de nature cancéreuse; il revient au bout d'un mois, désireux d'attendre, parce qu'il se sentait malade de son séjour à l'hôpital. De retour chez lui, son affection restant stationnaire, il décline, et deux mois après il meurt épuisé par une fièvre lente.

Quatrième fait. — Cette année, une femme de ce pays-ci va dans un hôpital de Paris se faire enlever un doigt pour un ulcère de mauvaise nature; elle guérit. De retour chez elle, la fièvre lente la prend, elle s'affaiblit de jour en jour, et meurt enfin, il y a deux mois, sans que son médecin ait pu constater autre chose qu'une anémie incurable.

Pour ce qui est des guérisons vraies, il y en a sans doute; mais, parlant la main sur la conscience, j'en connais peu.

En regard de ce funèbre tableau, je vois le paysan au milieu de son héritage, dans sa maison, couché sur son propre lit, au sein de sa famille, entouré des soins de ses proches, voyant ses animaux, recevant les consolations de son voisinage, les caresses de ses bêtes, jouissant de toute sa liberté, de toute sa volonté, de toute son autorité, suivant son régime habituel, respirant son air natal, l'air pur de la plaine ou des bois.

Il n'est pas difficile de croire pour lors comment une opération grave à peu près bien ou mal faite aura *toujours* un plein succès, tandis qu'autrement!

Miserrima vidi.

Mais je m'arrête ici pour conclure en quelques paragraphes:

A. L'homme des champs est à peu près perdu s'il met le pied sur le seuil d'un hôpital de grande ville; s'il se fait opérer dans la cité, il court à peu près les mêmes dangers.

B. Il est d'une évidence scientifique, rationnelle, hygiénique et statistique que les opérations faites sur des paysans dans les hôpitaux de Paris ou en ville entraînent presque toujours la mort, soit immédiatement, soit quand le sujet est rentré dans ses foyers.

C. Il est donc raisonnable, honnête et humain de ne plus pratiquer dans les grandes villes ou dans leurs hôpitaux des opérations sur les gens venus de la campagne.

D. Il est indispensable à tout chirurgien considérable d'avoir à une distance d'au moins deux myriamètres d'un grand centre de population un lieu disposé sur le modèle des cités hospitalières (*voyez* ma thèse pour le doctorat en chirurgie, *sur l'insalubrité des hôpitaux*, 26 novembre 1852, Paris) pour faire les opérations.

E. Si les hommes instruits et capables, connaissant les faits ci-dessus et se laissant guider par l'*auri sacra fames* ou la fainéance, ne consentent pas à se déplacer pour bien faire, ils seront très-blâmables. J'emploie cette douce expression par euphémisme confraternel.

C'est en considération de tous ces motifs que j'adresse ceci à la Société de chirurgie, la priant de ne jamais me faire l'honneur de me compter au nombre de ses membres tant qu'elle méconnaîtra la droiture et la vérité de mes observations, l'invitant aussi à les prendre en bonne part et à excuser la forme de mon discours en faveur de la pureté de mes désirs.

Je serai trop heureux si cette Société vraiment savante consent à mettre à profit la bonne philosophie médicale et les trésors de l'hygiène pour continuer à suivre la carrière parcourue par l'Académie royale de chirurgie avec un si noble éclat.

Dr Amédée Joux,
de la Ferté-Gaucher,

P. S. — La certitude que mes idées n'ont pas été étrangères à la création de l'asile de Vincennes et de celui du Vésinet est déjà pour moi une bien douce récompense.

---

d'un jeune chimiste, M. Paul Meyer, et s'être assurée qu'elles s'exécutent sans danger pour les ouvriers, pense que ces allumettes, mises dans le commerce par la Compagnie générale actuellement propriétaire des brevets de M. Canouil, sont d'un bon usage.

En conséquence, la commission a l'honneur de proposer à l'Académie :

1° Qu'en réponse à la première lettre de M. le ministre de la guerre, il lui soit écrit que les allumettes androgynes, comme les allumettes Coignet, ont l'avantage sur les allumettes à phosphore blanc de n'être pas délétères, toutes les fois, bien entendu, qu'il n'entre que du phosphore rouge pur dans leur préparation ;

2° Qu'en réponse à la deuxième lettre de M. le ministre de la guerre, il lui soit écrit que les allumettes Canouil, mises dans le commerce par la Compagnie générale, ne contenant ni phosphore blanc ni phosphore rouge, sont d'un bon usage ; que conséquemment l'emploi de ces allumettes peut être autorisé concurremment avec celui des allumettes à phosphore rouge.

Désinfection appliquée à la voirie à l'aide d'un mélange de coaltar et de terre substituée au plâtre. — M. le docteur CABANES, de Béziers, adresse sur ce sujet un mémoire qui se résume ainsi :

J'ai constaté, dit l'auteur, que la poudre de MM. Corne et Demeaux désinfecte avec une grande puissance la matière des vidanges ; un litre de ces matières, solides et liquides réunis, est désinfecté par un demi ou un tiers de litre de cette poudre ou par 400 à 500 grammes, suivant l'intensité plus ou moins grande de la putréfaction de ces matières Cette désinfection est complète, définitive, si les matières ont été préalablement remuées après l'addition du désinfectant. Cette poudre désinfecte provisoirement les cabinets de latrines et les salles infectes avec des quantités très-minimes, quelques poignées par exemple. Mais le plâtre plonge au fond des matières des vidanges, il se coagule, il durcit, adhère aux vases, aux tonneaux, aux fosses, aux tuyaux de décharge des latrines, et fait corps avec eux, au point qu'il n'est guère possible de continuer longtemps l'usage de cette poudre. Pour cette raison, elle est peu propre à faire de la poudrette. Au moment où l'on projette le plâtre dans les liquides, il fuse presque comme la chaux, ce qui rend l'odeur du bitume très-forte, désagréable pour l'odorat et irritante pour les yeux des vidangeurs. Enfin, si ce désinfectant n'est pas cher quand il s'agit des applications à la chirurgie, il n'en est pas de même des grandes quantités exigées par les vidanges.

Convaincu, d'après ces inconvénients, que la poudre de MM. Corne et Demeaux serait inapplicable à la désinfection usuelle des latrines, des fosses, des vidanges, et peu propre à la confection de la poudrette, j'ai cherché un moyen qui, tout en possédant les avantages de cette poudre, fût dépourvu de ses inconvénients.

Si l'on passe au crible une poudre ou une terre quelconque végétale ou non végétale, et que l'on mêle 50 grammes de coaltar à cette poudre, celle-ci noircit, elle acquiert une forte odeur de bitume et devient propre à la désinfection. Un litre de matières des vidanges est désinfecté par un septième à un dixième de litre ou par 100 à 150 grammes de cette poudre. Même résultat pour les farines de blé, de graine de lin, etc. Un litre de vidange est désinfecté par 200 à 250 grammes de ma poudre à 5 p. 100 de coaltar. Pour obtenir le même résultat, il faut un demi ou un tiers de litre ou 400 à 500 grammes de la poudre Corne et Demeaux.

Le mélange préparé d'après ce procédé a été expérimenté pour la désinfection des cabinets de latrines et des salles infectées, pour la désinfection de toutes les vidanges et de la voirie de la ville de Béziers.

Pour la désinfection provisoire des cabinets de latrines et des salles infectées, ce mélange se comporte comme le mélange Corne et Demeaux : la désinfection a lieu avec la même rapidité, la durée de son action est la même ; mais comme la terre ne fuse pas comme le plâtre, l'odeur de bitume est moins désagréable. La désinfection des salles adjacentes aux cabinets a toujours eu lieu immédiatement par le seul fait de la désinfection du cabinet.

La désinfection des vidanges a été obtenue par la terre avec coaltar, comme par le plâtre avec coaltar, mais avec une puissance trois fois plus grande ou par une quantité trois fois moindre. Les vidangeurs n'ont pas éprouvé d'irritation dans les yeux comme avec le plâtre, et ils ne se sont pas plaints de l'odeur du bitume comme auparavant. Jamais la terre n'a adhéré aux vases, aux tonneaux, aux latrines comme le plâtre, et les vidangeurs n'ont trouvé aucun obstacle à l'emploi de la terre.

Les vidanges inodores ont été transformées rapidement en poudrette qui, sous forme de mottes, est d'un emploi commode pour l'agriculture. La désinfection des vidanges de la ville par la terre coaltée a déterminé la désinfection des bassins de la voirie qui ont reçu ces vidanges. (Commissaires, MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

Nouvel instrument pour la suture de la fistule vésico-vaginale. — M. le docteur T. RIBOLI (de Turin) soumet à l'examen de l'Académie un instrument qu'il a imaginé pour la suture de la fistule vésico-vaginale ou utéro-vésico-vaginale.

Cet instrument, dont l'auteur a conçu l'idée il y a trois ans en assistant, dans une opération de la suture de la fistule vésico-vaginale, M. le docteur Cusco, a d'abord été exécuté à Parme par M. Bordini : il a été légèrement modifié depuis; voici aujourd'hui en quoi il consiste :

1° En un cathéter fenêtré bilatéralement à sa partie inférieure dans une étendue de 7 centimètres, ailé à la partie supérieure pour fixer la main qui l'emploie.

2° En un mandrin pourvu, à son extrémité libre, d'un anneau destiné à recevoir le pouce de l'opérateur; ce mandrin, à 1 centimètre au-dessus de l'anneau, est divisé en 20 millimètres, et va se fixer, dans l'intérieur du cathéter, à l'extrémité de deux lames brisées, lesquelles ont elles-mêmes un autre point d'attache au bout du cathéter; le premier, par un mouvement de va-et-vient, fait dilater en losange ou rentrer dans le cathéter, à travers les espaces fenêtrés, les lames brisées dont il est question.

3° En une rondelle, percée à vis à son centre, qui parcourt tout l'espace supérieur et gradué du mandrin pour régler à volonté la marche de l'écartement du losange, et une vis aussi, un peu plus bas, pour arrêter à volonté la même marche et la fixer.

Quant à l'application, il est inutile de dire qu'elle se fait par l'urèthre, et que sur le trigone de la vessie (en écartant le losange) on a au milieu de la fistule un point d'appui, soit pour le ravivement et rapprochement des bords, soit pour s'assurer de la suture transversale ou longitudinale qu'on aura pratiquée. Cet instrument a déjà servi dans trois opérations.

La première a été faite sur une jeune femme à la suite d'un accouchement laborieux avec application du forceps. La fistule était petite et longitudinale ; toutes les parties étaient relâchées; on n'a éprouvé aucune difficulté. L'opération a été faite trente-huit ou quarante jours après l'accouchement, dans la pensée que le retour des règles pouvait favoriser la cicatrisation. Les fils ont été enlevés au commencement du quatrième jour.

La seconde s'est passée un peu différemment. La malade était à la clinique de M. le professeur Borelli, à l'hôpital des Chevaliers, à Turin. M. Borelli lui-même opérait. La fistule était ancienne, transversale, et tellement grande que l'instrument complétement ouvert avait peine à y maintenir les bords de la solution de contiguïté. Néanmoins, à l'aide de deux incisions latérales suivant la méthode de M. Simpson et de M. Jobert (de Lamballe), le seul instrument a suffi pour permettre d'abaisser la fistule et de l'opérer.

La guérison complète se fit un peu attendre par le retard apporté à l'enlèvement des fils, qui donna lieu à de très-petits pertuis qu'il a fallu cicatriser en employant la cautérisation.

La troisième opération, entreprise sans espoir de succès et dans les conditions les plus défavorables, n'a pas réussi.

— M. RIBOLI dépose sur le bureau un deuxième mémoire concernant un cas de *grossesse extra-utérine* dont il a suivi le développement et la terminaison funeste chez une femme qui avait eu auparavant deux grossesses naturelles.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Flourens et Velpeau.

Immunité relative à divers virus. — M. F. C. FAYE, médecin du roi de Suède, communique des *Recherches expérimentales sur l'immunité relativement à différents virus.*

Une discussion soulevée dans une Société médicale sur la comparaison entre les effets de la vaccination et ceux de la syphilisation ayant ranimé relativement à la première opération un débat qui était plutôt suspendu que terminé, l'auteur, qui avait pris part à la discussion, a été conduit à penser qu'on n'arriverait à rien de concluant tant qu'on se bornerait à la méthode d'observation, et qu'il était indispensable d'en appeler à la méthode expérimentale, méthode dans laquelle on était en quelque sorte maître des conditions et certain de ne rapprocher que des faits similaires, des faits rigoureusement comparables. Comme il était bien évident que si une première vaccination n'assurait pas l'immunité à l'égard d'une seconde, elle l'assurerait encore bien moins à l'égard de la variole, la première chose à faire était d'arriver à quelque résultat positif relativement à la question des revaccinations. Or, les expériences que l'auteur a entreprises dans ce but lui ont montré que les divergences d'opinion tiennent à ce fait qu'une vaccination incomplète peut bien donner une demi-immunité, mais que l'immunité absolue ne résulte que d'une vaccination complète, c'est-à-dire dans laquelle le virus-vaccin a été introduit dans l'organisme *en quantité suffisante* ; cela résulte d'expériences très-nombreuses faites sur des enfants de huit jours à huit ans, et aussi sur beaucoup d'adultes. Ce qui est curieux, c'est qu'une fois le virus absorbé en quantité suffisante, le développement des pustules, si on l'arrête artificiellement au moyen de cautérisations, n'empêche pas l'effet de l'inoculation quant à l'immunité. C'est un point cependant sur lequel l'auteur sent qu'il y a encore quelque chose à demander aux expériences, et il indique le plan sur lequel il en doit faire de nouvelles.

Les rapprochements entre la syphilisation et la vaccination ont fait supposer aussi pour cette dernière ce qu'on nomme une *immunité locale.* M. Faye montre que cette opinion repose sur des faits qui ne sont pas de nature à faire illusion à un physiologiste digne de ce nom. Il présente à cette occasion quelques remarques sur le plus ou moins de facilité avec laquelle on obtient l'absorption d'un virus, suivant les régions par lesquelles on veut le faire pénétrer, et il indique les précautions de diverses natures au moyen desquelles on peut assurer cette absorption. Nous avons omis presque tout ce qui, dans la note de M. Faye, se rapporte à la syphilisation. Nous ajouterons en terminant qu'il semble peu favorable à cette pratique considérée au point de vue médical, et qu'en tant que sujet de recherches physiologiques, il a grand soin d'en restreindre le champ par des conditions que le sentiment moral indique suffisamment. (Commissaires : MM. Serres, Flourens, Andral, Velpeau et Rayer.)

Brise-pierre sécateur pour morceler les calculs vésicaux volumineux. — M. GUILLON adresse sous ce titre la lettre suivante :

« J'ai fait confectionner dernièrement un brise-pierre sécateur qui manquait à notre chirurgie française, et avec lequel on peut morceler très-rapidement, pour les pulvériser ensuite, ces volumineux calculs vésicaux qui nécessitent toujours l'opération de la taille. Comme je ne dois pas, sans l'avoir suffisamment expérimenté, joindre cet instrument aux travaux en lithotripsie que j'ai eu l'honneur de vous adresser pour le concours Montyon de 1859, je viens vous prier d'avoir la complaisance de faire renvoyer ces mêmes travaux aux concours Montyon de l'année 1860.

» J'ose espérer que l'Académie, qui a daigné me décerner deux encouragements pour les perfectionnements que j'ai introduits dans l'art de détruire la pierre dans la vessie, le premier en 1847 et le second en 1850, reconnaîtra que depuis cette dernière époque j'ai encore notablement perfectionné la lithotripsie, en même temps que j'en ai étendu l'application.

» Avec ce brise-pierre sécateur à levier, qui divise le marbre en fragments, un calcul vésical de 9 à 10 centimètres de diamètre peut être morcelé très-rapidement dans une première séance, et en une ou deux autres séances, quelquefois trois, de quatre à cinq minutes chacune, on réduit les fragments en poudre à l'aide de mon brise-pierre pulvérisateur; puis, comme cela a lieu ordinairement, cette poudre lithique est entraînée au dehors naturellement par l'urine, ou par des injections faites à l'aide de ma sonde évacuatrice.

» Le renvoi que je sollicite me permettra de faire imprimer un mémoire dans lequel seront exposés les perfectionnements que j'ai introduits dans la lithotripsie depuis 1833 jusqu'à ce jour. En outre, ce travail démontrera que j'ai complétement atteint le but proposé par Dupuytren en 1833 dans un rapport qu'il a fait à l'Académie des sciences, puisque, à l'aide de mes brise-pierre à levier, sans aucun moyen contentif et par simple pression, on détruit dans la vessie, ordinairement en une ou deux séances de cinq minutes, un calcul vésical qui avec les autres brise-pierre nécessiterait dix ou vingt séances d'égale durée. »

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale encore parmi les pièces de la correspondance :

1° Un opuscule imprimé de MM. Gluge et Thieroesse sur la réunion des fibres nerveuses sensibles avec les fibres motrices, qui se termine par les conclusions suivantes :

1. Les fibres sensibles ne peuvent être transformées en fibres motrices ;

2. Le mouvement organique dans les fibres nerveuses qui détermine la sensation doit être différent de celui qui produit la contraction musculaire.

2° Des *observations histologiques sur un fragment osseux adhérent à la grande faux de la dure-mère*, par M. le professeur Tigri, de Sienne.

L'auteur, à l'occasion des communications faites récemment à l'Académie sur le rôle du périoste dans la production des os, et sur le rôle de la dure-mère relativement à la formation de la table interne des os du crâne, adresse ces observations faites au mois de mars de cette année après la nécropsie d'un individu atteint de lipomanie et mort dans l'asile des aliénés de Sienne.

3° Une note de M. Chouveau intitulée *Mécanisme des effets physiologiques de l'électricité.* (Commissaires : MM. Becquerel, Rayer, Cl. Bernard.)

4° Un mémoire de M. Boulu *sur la médication électrique dans certaines affections de l'appareil oculaire.* (Commissaires : MM. Andral, Velpeau et Despretz.)

(Voir pour cette dernière communication le numéro du 29 septembre dernier.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 18 septembre ont été nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Lefebvre, médecin-major de 1re classe, et M. Demortain, pharmacien principal de 2me classe.

Au grade de chevalier: M. Bessière, médecin-major de 2me classe.

— M. Flourens vient d'être nommé membre de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Naples, et de l'Académie Pontanienne de la même ville.

— Le concours pour l'externat commencera le samedi 5 novembre. Le registre d'inscription, ouvert depuis le 1er octobre, sera clos le jeudi 20 du même mois.

— Un concours sera ouvert le vendredi 4 novembre, pour les prix à décerner aux internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris. Les inscriptions seront reçues à la direction de l'Assistance publique depuis le jeudi 6 jusqu'au jeudi 20 octobre inclusivement.

— Il y a quelques jours à peine, nous annoncions la mort de la *Clinique européenne;* nous nous empressons d'annoncer aujourd'hui la naissance des *Annales de pathologie génésique.* Ce nouveau recueil mensuel, imprimé à Nantes, a pour rédacteur en chef M. Clément Ollivier, médecin spécial et chevalier de la Légion d'honneur.

— On vient de livrer au scalpel des anatomistes le corps de la girafe morte récemment à la Ménagerie du Muséum d'histoire naturelle de Paris, et qui a succombé, ainsi qu'il a été facile de le reconnaître, à une affection des poumons, maladie commune chez la plupart des espèces des climats chauds amenées sous notre ciel et forcées de vivre dans des espaces étroits. Le dernier orang-outang du Muséum, et presque tous les singes qui se sont succédé à la Ménagerie depuis sa création, ont été emportés par des maladies de ce genre. Rappelons ici que c'est en 1827 seulement que la première girafe fit son apparition en France, et l'on se souvient encore de l'immense succès de curiosité qu'elle obtint au Jardin des plantes. Jamais cet établissement n'avait reçu pareil nombre de visiteurs : pendant des mois, la girafe fut le sujet obligé de toutes les conversations, et la mode lui emprunta le nom d'une foule de ses créations. Cet animal vécut dix-huit ans à la Ménagerie; pareillement emporté par une maladie de poitrine, il figure maintenant, dûment empaillé, dans les galeries de zoologie, où sa tête, haute de près de 3m50, plane au-dessus de celle de tous les autres quadrupèdes. Sans avoir reçu un accueil aussi empressé que cette dernière, la girafe que vient de perdre le Muséum n'en était pas moins un des principaux ornements de la Ménagerie. Il faut espérer que le vide qu'elle y laisse sera prochainement comblé.

— M. Grabowsky écrit au *Courrier d'Odessa* pour appeler l'attention publique sur le lac de Golaïa-Pristane, dont les boues possèdent, dit-il, des vertus curatives qui ne le cèdent point à celles des fameuses boues du lac de Sak, près d'Eupatoria, en Crimée. Le village de Golaïa-Pristane est situé sur les bords du Dniéper, dans le district du Dniéper, du gouvernement de Tauride. Le lac salant en est à une distance d'une demi-verste, et jusqu'à l'année 1845 on en tirait du sel; mais après l'inondation de cette année, l'exploitation du sel y avait cessé. Depuis lors les habitants lui attribuaient des vertus curatives, et, en effet, l'analyse de ces boues, faite par un médecin connu de Kherson, a fait reconnaître, outre divers sels alcalins, la présence de l'iode et du brome. L'auteur de la lettre, et beaucoup d'autres personnes de Kherson, ont été guéries par ces boues de maladies cutanées et principalement d'affections scrofuleuses. (*Gazette médicale.*)

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 117. — JEUDI 6 OCTOBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 117. — JEUDI 6 OCTOBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste on en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3.000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Bazin). Des affections cutanées d'origine dartreuse et arthritique, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les affections scrofuleuses, syphilitiques et parasitaires. — CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA VILLE. De l'opération simultanée du paraphimosis et du phimosis; nouveau procédé opératoire. — Nouveau cas d'apoplexie cérébrale confirmant les règles du pronostic posées par la dynamoscopie. — Emploi des injections de chlorure de sodium en solution dans le traitement de l'angine couenneuse. — Application de la vaccination au traitement des abcès strumeux. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 4 octobre. — Nouvelles.

PARIS, LE 5 OCTOBRE 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Tardieu a été élu dans la séance du 12 juillet; l'ampliation du décret approuvant son élection a été communiquée à l'Académie dans la séance du 9 août. Ce n'est donc que de ce jour que date son entrée au sein de la Compagnie. Le 13 septembre, le nouvel académicien était nommé rapporteur d'une commission chargée d'examiner une grave question de médecine légale soumise à l'Académie par M. le ministre de la justice, et hier, 4 octobre, l'Académie entendait la lecture du rapport. Mais on devine assez que ce n'est pas seulement le zèle du rapporteur que nous avons à louer. L'Académie, en appelant M. Tardieu dans son sein à une imposante majorité, savait qu'elle s'assimilait un collaborateur actif autant qu'intelligent, un esprit droit et éclairé, d'un jugement sûr, et familiarisé depuis longtemps déjà, quoique jeune encore, avec les difficultés les plus ardues de la médecine légale. Aussi n'a-t-il surpris personne en mettant toutes ces qualités en relief dans le beau et savant rapport qu'il a fait entendre. Mais, pour n'être pas surprise, l'assemblée n'en a pas moins été tenue une heure durant sous le charme de cette diction nette et facile qui captive l'attention, et c'est avec l'intérêt le plus vif et le plus soutenu qu'elle a suivi les développements de la discussion si lucide à laquelle il s'est livré sur l'une des questions les plus obscures et les plus délicates qui puissent être soumises à l'expertise médico-légale.

Ne pouvant examiner ici en ce moment le fond de la question, et encore moins nous livrer à une appréciation motivée du rapport, que son étendue ne nous a pas permis de reproduire intégralement, nous nous contentons de constater le succès unanime de ce début académique. Nous ne devons pas omettre non plus de rendre un juste hommage aux autres membres de la commission, MM. Devergie, Larrey, Gavarret et Adelon, pour le concours zélé et actif qu'ils ont prêté dans cette circonstance à M. le rapporteur.

Cette lecture a été suivie d'un court rapport de M. Piorry, sur un mémoire relatif à une méthode particulière de traitement de la phthisie pulmonaire. Ce rapport n'est qu'une amorce. Le coup de feu la suivra bientôt sans doute, car M. Piorry a annoncé qu'il se proposait de revenir à cette occasion sur quelques points de la pathologie et de la thérapeutique « de la série d'accidents désignés sous le nom de phthisie pulmonaire. » — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Des affections cutanées d'origine dartreuse et arthritique, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les affections scrofuleuses, syphilitiques et parasitaires (1).

(Leçons rédigées par M. Lucien SERGENT, interne des hôpitaux.)

Chomel confond le symptôme, qui est aussi un désordre fonctionnel, et la lésion qui est un désordre dans la constitution matérielle des parties, avec la maladie, qui peut être l'une ou l'autre; tandis que, pour nous, la maladie est l'état du corps qu produit ces désordres. De ce que nous ne connaissons point la cause prochaine des maladies, il ne s'ensuit point qu'elle n'existe pas : c'est comme si l'on voulait supprimer le signe représentant l'infini d'une formule algébrique parce qu'il n'est pas donné à l'homme de comprendre l'infini. Est-il réellement nécessaire d'admettre deux sortes de causes internes, toutes deux inconnues dans leur essence, la prédisposition latente et la diathèse? Pourquoi multiplier ainsi le nombre des inconnues étiologiques? En quoi la diathèse diffère-t-elle de la prédisposition latente dans la doctrine de Chomel?

La diathèse présente cette seule différence qu'elle est commune à plusieurs maladies. Mais ne voyez-vous pas que toutes ces maladies, identiques dans leur nature, qui existent ensemble ou se développent successivement sur le même sujet, qui procèdent de la même disposition inconnue dans son essence, ne voyez-vous pas que toutes ces maladies ne sont que des symptômes ou des lésions que Chomel prend pour des maladies? En réalité, il y a une prédisposition latente, une et indivisible pour chaque espèce morbide, et il n'y a point de prédisposition latente commune à plusieurs maladies. Il est donc inutile d'admettre la diathèse comme une cause interne de maladie distincte de la prédisposition latente.

J'aurais bien d'autres objections à adresser à cette doctrine des diathèses considérées comme causes communes de maladies de nature identique. Et d'abord, je demanderais ce qu'est l'identité de nature; notre auteur n'en dit rien. La diathèse est une disposition du corps qui donne lieu à des affections spontanées dans leur développement, identiques dans leur nature, lors même qu'elles se présentent sous des apparences diverses. Mais à quels caractères reconnaîtra-t-on que ces affections sont identiques quant à leur nature? Il y a là une lacune que la lecture du livre de pathologie générale tout entier ne saurait parvenir à combler.

La définition que Chomel donne de la diathèse ne permet pas de rattacher aux maladies diathésiques celles qui ne se traduisent que par une seule affection. Le cancer du sein, s'il est seul, ne reconnaîtra pas pour cause une diathèse; mais s'il coexiste avec un cancer de matrice, il sera le produit d'une diathèse. Si l'on voit dans les différentes manifestations d'une même cause interne autant de maladies différentes, on méconnaît l'unité pathologique; on perd de vue les évolutions successives, les rapports et la marche des affections qui la composent; on n'étudie qu'une partie de la maladie, au lieu de la considérer dans son ensemble.

M. Baumès, de Lyon (1), définit la diathèse « un besoin anormal de la vie végétative, très-souvent héréditaire, quelquefois acquis, devant nécessairement, fatalement, spontanément se produire au dehors par des manifestations morbides qui paraissent, puis disparaissent dans un point, pour reparaître là ou ailleurs, à des époques séparées par des intervalles plus ou moins longs; qui affectent partout une forme identique ou revêtent des formes diverses, mais toujours dérivant d'un même principe et étant, par conséquent, de la même nature. » Dans le langage imagé de M. Baumès, *besoin de la vie végétative* veut dire *état morbide* bien établi. En effet, un peu plus loin, il attaque la définition de M. Chomel... La diathèse, dit-il, n'est pas seulement une disposition, mais un état morbide réel. Quel est cet état morbide bien établi? M. Baumès cherche à satisfaire sur ce point la curiosité du lecteur. Nous lisons à la page 59 : « Ainsi, d'un côté, quelque chose de spécial dans le sang, modifiant vicieusement les solides, les ganglions ou centres nerveux, dans la sphère de la vie végétative; d'un autre côté, tendance spontanée, qui en résulte, aux décharges fluxionnaires; voilà, dans l'hypothèse précédente, quels seraient les deux éléments inséparables de tout état diathésique, de toute diathèse.

» Mais comme nous ignorons complétement ce qu'il y a de spécial dans le sang, etc..., il nous semble plus naturel, plus rationnel de nous en prendre avant tout à une disposition vicieuse, native ou acquise de l'organisation de certains tissus, qui fait que ceux-ci, sous l'influence des mouvements fluxionnaires qu'ils contribuent à provoquer et qu'ils appellent plus particulièrement sur eux, en vertu de cette disposition, sécrètent dans les deux diathèses dont il est question, par exemple des produits hétérogènes, ou se transforment en ces produits hétérogènes, dont tous les éléments leur sont fournis par le sang. »

Concluons de cette lecture que M. Baumès est plutôt solidiste qu'humoriste; que pour lui le mot diathèse est synonyme de cause prochaine, et que la cause prochaine réside dans une altération du sang ou des liquides de l'économie. Se laissant guider par ses tendances organopathiques plutôt que par l'observation des malades, M. Baumès a pris ses divisions de diathèses dans l'anatomie. Il partage les diathèses en trois groupes :

1° Diathèses d'organes ;

2° Diathèses de tissus ;

3° Diathèses d'ensemble.

Cette doctrine tout organique nous explique pourquoi l'auteur a souvent morcelé l'unité pathologique, et donné, comme espèces morbides distinctes, de simples phases de maladies constitutionnelles. Je n'en veux citer qu'un exemple. On lit à la page 278 du *Précis des diathèses* :

« Un client, sujet à une assez forte migraine depuis l'âge de la puberté, commença à se plaindre à vingt-deux ans de maux d'estomac, de mauvaises digestions. La migraine disparut. L'année suivante, une bronchite avec expectoration et oppression se montra, et la gastralgie cessa. Le printemps qui suivit, des dartres squammeuses, par plaques circulaires, apparurent sur différents points, en même temps que la bronchite cessait. Les dartres durèrent l'espace de trois années.

» A cette époque, le malade revint me consulter pour une douleur forte, avec léger gonflement, qui s'était manifestée dans le genou droit, et qui avait été précédée d'une douleur et d'un gonflement semblables dans le genou gauche. Le malade m'avoua qu'il avait consulté, en même temps que moi, un praticien distingué de Lyon, qui ne s'était jamais expliqué sur la nature des affections différentes qui se produisaient dans diverses régions. Mais dernièrement il avait revu ce médecin, qui lui avait déclaré reconnaître actuellement que toutes les affections successives qu'il avait présentées étaient dues à un *rhumatisme*.

» C'était aussi mon avis; mais je me demandai sur quoi pouvait se baser l'opinion autrefois si incertaine, maintenant si positivement exprimée par ce praticien, et comment ce rhumatisme avait pu tour à tour se faire migraine, gastralgie, bronchite, dartres et gonflement de l'articulation du genou. »

Nous sommes loin de partager l'embarras de M. Baumès; nous voyons dans toutes ces affections autant de phases successives d'une même maladie, l'arthritis. Les diathèses muqueuses, dartreuses de M. Baumès ne sont que des symtômes de plusieurs maladies constitutionnelles que nous avons souvent nommées. M. Baumès a inauguré un langage différent de celui qu'on emploie dans les écoles, mais il n'en reste pas moins organicien.

Notre collègue M. Hardy est resté, comme Chomel et le plus grand nombre des auteurs contemporains, sous le joug de la tradition. La diathèse, pour lui, est une cause interne commune à plusieurs maladies, ce qui l'a conduit à établir une classe de maladies avec les symptômes de trois maladies constitutionnelles, la scrofule, la dartre et l'arthritis.

Le mot *dartres*, dit M. Hardy, est resté dans le langage populaire : c'est à tort qu'il a été rayé du cadre nosologique; il doit être réhabilité et reprendre sa place dans le cadre dermatologique.

Il existe une diathèse dartreuse : c'est cette diathèse qui produit les maladies appelées *dartres*. Les dartres forment une famille naturelle composée de quatre espèces morbides : l'eczéma, le lichen, le pityriasis et le psoriasis.

On pourrait demander à M. Hardy pourquoi il n'admet que quatre espèces de dartres au lieu d'en reconnaître cinq, six et un plus grand nombre. Le pemphigus ne devrait-il pas figurer parmi les dartres? J'avoue que j'aimerais mieux en faire une dartre qu'une lésion accidentelle de la peau. Ce reproche ne s'adresse pas seulement à M. Hardy, mais à Alibert, qui avait cru aussi devoir rayer la dartre phlycténoïde pour en faire une dermatose eczémateuse. Pourquoi ne trouve-t-on pas l'urticaire et le prurigo sur la liste des affections dartreuses?

Selon M. Hardy, les caractères communs des affections qu'il compte au nombre des dartres sont les suivants : l'hérédité, la récidive, la tendance à se propager sur la surface du corps, l'existence de démangeaisons, la marche chronique, enfin la guérison sans cicatrice.

Mais est-ce que l'urticaire et le pemphigus ne présentent pas tout l'ensemble de ces caractères communs des maladies dartreuses?

Les quatre affections cutanées qui jouissent du privilége, dans le livre de M. Hardy, d'être nommées *dartres*, reconnaissent une cause interne commune, la *diathèse dartreuse*. Mais cette diathèse ne se révèle que par un petit nombre de phénomènes qui sont, pour ainsi dire, les prodromes des maladies dartreuses : la sécheresse de la peau, le prurit et une organisation spéciale de la membrane tégumentaire, qui la rend apte à recevoir l'action pathogénétique de certains aliments, comme les moules, le homard, etc. En vérité, M. Hardy pense-t-il qu'il n'y ait que les

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 septembre.

(1) *Précis théorique et pratique sur les diathèses;* Lyon, 1859, p. 42 et 43.

sujets prédisposés à l'une de ces quatre maladies dartreuses qui soient aptes à éprouver ces trois phénomènes?

Si l'eczéma, le lichen, le pityriasis et le psoriasis sont quatre maladies différentes, bien qu'elles soient toutes le produit d'un même vice, comment expliquer les transformations si ordinaires de ces affections les unes dans les autres?

Je viens de vous exposer les motifs qui font que je ne puis admettre la diathèse dans le sens que la tradition et l'usage, selon Chomel, ont réservé à ce mot; maintenant il faut préciser ce que nous entendons par ces expressions : *diathèse* et *maladie constitutionnelle.*

Eh bien, ces deux expressions, pour nous, ne sont autre chose que deux termes génériques par lesquels nous désignons deux classes de maladies dans le tableau nosologique.

Pour nous, une *diathèse* est une maladie aiguë ou chronique, pyrétique ou apyrétique, continue ou intermittente, contagieuse ou non contagieuse, caractérisée par la formation d'un seul produit morbide qui peut avoir son siége indistinctement dans tous les systèmes organiques. (Exemple : diathèses tuberculeuse, cancéreuse.)

Une *maladie constitutionnelle* est une maladie aiguë ou chronique, pyrétique ou apyrétique, continue ou intermittente, ordinairement à longues périodes, contagieuse ou non contagieuse, caractérisée par un ensemble de produits morbides et d'affections très-variées, sévissant indistinctement sur tous les systèmes organiques. (Exemple, scrofule, syphilis, etc.)

Les classifications dermatologiques sont nombreuses; cependant, toutes peuvent se rapporter à trois méthodes principales, selon M. Cazenave. (*Introduction à l'étude des maladies de la peau.* — Schedel et Cazenave, *Maladies de la peau,* 3e édit.) :

Première méthode. — La première méthode consiste à diviser les affections de la peau en deux groupes principaux, suivant qu'elles se manifestent à la tête, *teignes,* ou sur le tronc, *dartres.* Mercuriali (1576), Turner (1743), Alibert (1806), ont tour à tour adopté cette méthode pour base de leurs classifications.

Deuxième méthode. — La seconde méthode est celle de Joseph Frank. Cet auteur divise les maladies de la peau en aiguës et chroniques. Les premières comprennent les exanthèmes, et les secondes renferment les impétigines. La division des maladies en aiguës et chroniques est mauvaise en nosologie, la marche des maladies n'en changeant pas la nature. Bien qu'éloigné de Frank sur le terrain des doctrines médicales, je me rapproche singulièrement de ce pathologiste dans les divisions dermatologiques; aussi n'est-il pas sans intérêt de vous les faire connaître.

Les exanthèmes de Frank se partagent en deux groupes :

1° Exanthèmes symptomatiques;

2° Exanthèmes primitifs.

Les premiers comprennent les éruptions pestilentielles (anthrax, charbon) et les éruptions fébriles (sudamina, miliaire, fébrile, etc.).

Les exanthèmes primitifs répondent aux pseudo-exanthèmes, aux fièvres éruptives, aux phlegmasies et aux hémorrhagies.

Les impétigines sont primitives ou locales, secondaires ou symptomatiques. Les impétigines locales sont constituées par les difformités et infirmités congénitales ou acquises, et par les affections de cause externe. Quant aux impétigines secondaires ou symptomatiques, elles ne sont que les manifestations cutanées des maladies constitutionnelles et des diathèses. Frank admet des impétigines :

1° Inflammatoires;
2° Gastriques;
3° Arthritiques;
4° Carcinomateuses;
5° Scrofuleuses;
6° Scorbutiques;
7° Vénériennes;
8° Nerveuses.

Enfin il existe un dernier groupe d'impétigines composées ou compliquées.

Les impétigines inflammatoires rentrent évidemment dans la classe des impétigines qui dépendent de la diathèse arthritique, appelée par quelques auteurs diathèse *congestive* ou inflammatoire.

Dans les impétigines gastriques et arthritiques nous retrouvons nos herpétides et nos arthritides. Toutefois, il est bon d'ajouter que Frank n'a fait qu'entrevoir cette distinction des manifestations cutanées de la dartre et de l'arthritis; en effet, dans le chapitre où il est question de l'herpès, il dit que la plupart des dartres sont arthritiques, et il oublie de mentionner l'herpès gastrique.

Je n'ai aucune remarque à faire sur les impétigines carcinomateuses, scrofuleuses, scorbutiques et vénériennes, dont les dénominations donnent une idée suffisante des affections cutanées auxquelles Frank a appliqué ces expressions. Toutefois, je ne puis m'empêcher de vous faire observer, à propos des impétigines scrofuleuses, que Frank ne connaissait que les scrofulides malignes, et, à propos des impétigines scorbutiques, que celles-ci étaient plus communes de son temps et dans son pays qu'elles ne le sont aujourd'hui dans les contrées que nous habitons.

Les impétigines *nerveuses* du pathologiste allemand rappellent les névroses cutanées de M. Cazenave, mais elles en diffèrent complétement. L'habile dermatologiste français désigne sous ce nom les affections des papilles, qu'il considère comme formées presque exclusivement par l'élément nerveux : c'est détourner, pour le dire en passant, de son sens traditionnel le mot *névrose*, qui signifie affection sans lésion matérielle, et non affection qui a son siége dans les nerfs. Le pathologiste allemand entend par impétigines nerveuses celles qui se lient aux affections des nerfs ou du système nerveux central. Quand la sensibilité et la myotilité sont troublées, la nutrition et les sécrétions, dit-il, sont également troublées, et de là résultent des éruptions et des squammes à la surface de la peau.

Mais évidemment ces lésions cutanées sont des symptômes de symptôme, et ne sauraient constituer un groupe particulier d'affections cutanées reconnaissables à des caractères propres comme les autres groupes naturels que nous avons établis. L'histoire de ces affections consécutives appartient à la séméiotique de la peau et à la description des maladies auxquelles elles se rapportent. Je citerai pour exemple le prurigo ictérique, dont l'étude est inséparable de celle de l'ictère.

Troisième méthode. — La troisième méthode prend pour base de classification l'élément anatomico-pathologique, la lésion cutanée élémentaire. Plenk en 1789, Willan en 1798, sont les deux premiers auteurs qui ont formulé cette classification dans laquelle les affections cutanées sont rapportées par le second de ces auteurs à *huit ordres* : 1° exanthèmes; 2° vésicules; 3° bulles; 4° pustules; 5° papules; 6° tubercules; 7° squammes; 8° macules.

Cette méthode est celle qu'ont adoptée MM. Schedel et Cazenave dans leur *Traité des maladies de la peau;* ils ont ajouté une neuvième classe, qui renferme des maladies qui par leur nature ne peuvent se rapporter à aucun des ordres ci-dessus : lupus, pellagre, bouton d'Alep, syphilides, purpura, éléphantiasis des Arabes, kéloïde.

Pour nous, l'affection cutanée n'étant qu'un symptôme, une bonne classification dermatologique ne doit être, s'il m'est permis de m'exprimer ainsi, que l'empreinte sur le tégument du cadre nosologique. Or, dans l'état actuel de la science, il n'existe pas, il faut bien le dire, une bonne classification nosologique, par conséquent il n'y a pas de classification des affections de la peau exempte de reproches.

Voici celle qui me paraît la meilleure :

J'établis trois catégories d'états morbides :

1° Difformités;
2° Maladies chirurgicales;
3° Maladies internes.

A chacun de ces groupes d'états morbides correspondent des groupes d'affections cutanées, ainsi qu'on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur le tableau ci-joint :

CLASSIFICATION NOSOLOGIQUE.	CLASSIFICATION DERMATOLOGIQUE.
1° *Difformités congéniales ou acquises.*	1° *Difformités congéniales ou acquises :* Nævi, ichthyose, vitiligo congénital ou acquis.
2° *Maladies chirurgicales* (de cause externe).	2° *Affections cutanées chirurgicales* (de cause externe) :
	A. Mécaniques : plaies, déchirures, brûlures, ecchymoses.
	B. Artificielles : directes, indirectes ou pathogénétiques.
	C. Parasitaires : phyto-dermiques, insecto-dermiques.
3° *Maladies internes.*	3° *Affections cutanées de cause interne :*
A. Pestes.	A. Eruptions pestilentielles (anthrax malin, charbon, etc.).
B. Fièvres.	B. Eruptions fébriles (taches rosées lenticulaires, sudamina, miliaire fébrile).
C. Exanthèmes.	C. Eruptions exanthématiques (rougeole, scarlatine, variole, varioloïde, varicelle).
D. Pseudo-exanthèmes.	D. Eruptions pseudo-exanthématiques (roséole, urticaire, pityriasis rubra aigu, pemphigus aigu ou fièvre bulleuse, herpès phlycténoïde, zona).
E. Phlegmasies.	E. Érysipèle.
F. Hémorrhagies.	F. Purpura.
G. *Maladies constitutionnelles :*	G. *Eruptions propres aux maladies constitutionnelles ou impétigines :*
a. Scrofule.	*a.* Scrofulides.
b. Syphilis.	*b.* Syphilides.
c. Dartre.	*c.* Herpétides.
d. Arthritis.	*d.* Arthritides.
e. Scorbut.	*e.* Éruptions scorbutiques.
f. Pellagre.	*f.* Éruptions pellagreuses.
H. *Diathèses.*	H. *Eruptions diathésiques* (épithélioma, carcine, cancroïde, mycosis, etc.)

Les affections cutanées marquent une période, une phase d'évolution de l'unité pathologique dans les maladies constitutionnelles; cette phase elle-même offre différents degrés d'intensité qui sont en rapport avec l'ordre chronologique. Ainsi, dans les syphilides, nous avons trois groupes d'affections qui marquent les trois degrés de la syphilis cutanée :

1° Syphilides exanthématiques;
2° Syphilides circonscrites;
3° Syphilides ulcéreuses.

Dans la scrofule nous trouvons de même trois ordres de scrofulides, qui correspondent à ces trois ordres de syphilides :

1° Scrofulides bénignes, superficielles et plus étendues;
2° Scrofulides malignes, circonscrites;
3° Scrofulides ulcéreuses.

Dans la dartre nous trouvons également ces trois groupes :

1° Les herpétides pseudo-exanthématiques, superficielles, aiguës, et rapides dans leur marche;
2° Herpétides circonscrites;
3° Herpétides généralisées, invétérées.

Dans l'arthritis nous n'aurons que deux ordres d'éruptions marquant deux degrés de l'arthritis cutanée.

J'ai une autre remarque à vous faire, c'est que dans ces groupes naturels d'affections cutanées, il y a tantôt simple analogie, et tantôt identité de cause. Ainsi, dans les exanthèmes, chaque éruption appartient à une individualité pathologique distincte; tandis que, dans les impétigines constitutionnelles, tout le groupe éruptif dépend de la même diathèse, c'est-à-dire qu'il fait partie de la même unité pathologique.

L'étude des dartres doit être précédée de l'étude des deux maladies constitutionnelles dont elles ne sont qu'une des nombreuses manifestations, et de la connaissance de la séméiotique cutanée. J'ai déjà traité cette dernière en 1858 et en 1855; je n'ai donc à m'occuper cette année que de l'histoire comparative des deux unités pathologiques : l'arthritis et la dartre.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA VILLE.

De l'opération simultanée du paraphimosis et du phimosis; nouveau procédé opératoire.

Par M. le Dr Fano, professeur agrégé en chirurgie de la Faculté de Paris.

L'étude attentive du mécanisme du paraphimosis m'a suggéré l'idée de pratiquer l'opération simultanée du phimosis et du paraphimosis chez les sujets atteints de ce dernier accident. Voici tout d'abord le fait :

Paraphimosis datant de quatre jours. — Opération simultanée de paraphimosis et de phimosis. — Guérison rapide.

Le nommé X..., âgé de vingt-six ans, terrassier, demeurant rue des Noyers, se présente à ma consultation le 4 août dernier. Il me montre sans autre préambule sa verge, qui offre tous les caractères d'un paraphimosis. Il me dit que depuis quatre jours il se trouve dans cet état, sans me donner d'autres détails sur les circonstances qui ont motivé l'accident. Je constate que le gland est considérablement tuméfié, qu'en arrière de la couronne existe un bourrelet volumineux infiltré de sérosité. Je fais coucher le malade, et j'exerce les manœuvres propres à obtenir la réduction. Le malade se débat, et je n'arrive à aucun résultat. Je prends alors un bistouri à lame droite et peu large; j'en enfonce la pointe sous la bride qui étrangle la verge, du côté de la face dorsale, la lame tenue à plat, et dans une longueur d'environ 2 centimètres. Le tranchant de l'instrument étant retourné en haut, je coupe tout ce qui est au-dessus. A l'instant les deux lèvres de cette plaie s'écartent. La pointe du bistouri est portée en avant, et coupe dans une étendue moins considérable la portion de bourrelet qui s'étend depuis la bride jusqu'à la couronne du gland.

J'obtiens ainsi une seconde plaie, dont les bords s'écartent également par leur seule élasticité, ce qui fait qu'au lieu d'avoir une plaie de forme longitudinale, j'ai une plaie qui représente un losange allongé transversalement. Aucun vaisseau important n'a été divisé. L'écoulement sanguin est néanmoins assez abondant; il s'arrête par l'application seule de l'eau froide renouvelée pendant quelques minutes. Dès que l'écoulement a cessé, je procède à un pansement simple avec un gâteau de charpie recouvert de cérat assujetti par une petite compresse fendue au niveau du point correspondant au méat urinaire.

Le malade est reconduit chez lui par un de mes élèves, qui le revoit dans la soirée.

Le lendemain, X... se représente à ma consultation; il est venu à pied. La plaie est en bon état; je change les pièces de pansement. L'opéré est tellement satisfait du résultat, qu'il croit pouvoir aller se promener une partie de la journée. Il en résulte, les jours suivants, une inflammation assez vive de la partie postérieure de la plaie, que je combats par l'application de cataplasmes émollients et la prescription d'un repos absolu au lit. Quoique ce dernier conseil ne fût suivi que d'une manière très-incomplète, néanmoins les phénomènes inflammatoires se calmèrent promptement et la plaie marcha vers la cicatrisation.

Malgré mes recommandations, X... alla voir les fêtes des 14 et 15 août; il reprit même ses travaux de terrassier. Néanmoins la plaie marcha vers la guérison, et le 2 septembre, quand j'allai visiter mon opéré, je constatai une cicatrisation parfaite. Le gland, parfaitement à découvert, a le volume normal; il est encadré élégamment dans les trois quarts inférieurs et latéraux de sa base par un bourrelet à peine saillant qui vient mourir insensiblement du côté de la face dorsale.

J'ai dit que le procédé opératoire dont je viens de raconter l'application m'a été suggéré par l'étude attentive du paraphimosis. Ce qui constitue l'agent de l'étranglement dans ce cas, c'est l'anneau préputial fortement porté en arrière. Chacun sait que le prépuce est composé d'un feuillet cutané se continuant avec la peau de la verge, et d'un feuillet muqueux doublant le précédent en dedans pour se continuer avec la muqueuse qui tapisse la base du gland. La circonférence antérieure du prépuce est la partie la plus étroite; elle forme une sorte d'anneau au point de réunion du feuillet cutané et du feuillet muqueux. Toutes les fois qu'on porte le prépuce en arrière, on observe

que l'anneau marche dans le même sens, et l'on voit alors apparaître le feuillet muqueux formant des replis bornés par l'anneau en arrière, par la couronne du gland en bas et en avant. Chez les individus dont le prépuce est assez ample pour se porter facilement en arrière, l'*anneau* préputial glisse facilement dans les deux sens. Chez les sujets qui sont atteints de phimosis, l'anneau préputial a un diamètre plus petit que la base du gland. En exerçant sur le prépuce des tractions d'avant en arrière, on arrive quelquefois à faire glisser l'anneau préputial jusque derrière le gland, absolument comme on franchit avec une bague d'un diamètre relativement trop exigu l'articulation de la première et de la seconde phalange d'un doigt.

Une fois l'anneau préputial arrivé dans le point que nous avons indiqué, il exerce, comme la bague que nous avons prise pour élément de comparaison, une constriction très-forte, d'où la tuméfaction des parties par arrêt du sang veineux, et consécutivement un œdème plus ou moins prononcé. Les difficultés pour faire repasser l'anneau préputial augmentent donc à chaque instant parce qu'il est nécessaire de lui faire franchir des parties qui ont un diamètre plus considérable que le sien propre; absolument comme la bague, parvenue au niveau de la première phalange, rencontre une résistance difficile à franchir de la part des tissus gonflés au-devant d'elle. Aussi recommande-t-on, lorsqu'on veut obtenir la réduction d'un paraphimosis, de commencer par diminuer, au moyen d'une compression méthodique, le volume du gland, et même de pratiquer des mouchetures sur le bourrelet œdémateux formé par le feuillet muqueux préputial.

En cas d'insuccès de ces manœuvres, qui, pour le dire en passant, sont excessivement douloureuses, on recommande plusieurs petites incisions sur divers points de l'anneau préputial, c'est-à-dire un débridement multiple. On oublie en agissant d'après ce dernier précepte, qu'à supposer qu'on obtienne une réduction, les petites plaies pratiquées à l'anneau préputial vont bientôt se cicatriser, et que la rétraction de toutes ces petites brides inodulaires aidant, le sujet aura au bout de quelque temps un anneau préputial plus étroit encore que par le passé. De façon que le débridement multiple ne remédie qu'à l'accident, et qu'il ne met nullement le patient à l'abri d'une récidive.

Pour prévenir cette dernière, il est nécessaire de modifier d'une manière définitive les dimensions de l'anneau préputial; c'est l'opération du phimosis qu'il faut pratiquer. Si on remet cette opération après celle du paraphimosis, l'opération est double. Or, le procédé que j'ai indiqué a l'immense avantage de réaliser du même coup les deux opérations : en tant que débridement de l'anneau préputial, elle remédie instantanément aux effets du paraphimosis, elle fait cesser l'étranglement; en tant qu'incision des deux feuillets du prépuce, elle réalise l'opération du phimosis et donne un résultat bien plus satisfaisant que cette dernière par le procédé ordinaire.

Pour bien s'en rendre compte, il convient de la simuler. Pliez un linge en deux, de manière à représenter un prépuce avec les deux feuillets; avec de l'encre, faites une marque à l'endroit du pli; la raie noire vous représentera l'anneau préputial. Enroulez ce linge autour d'un bouchon dont la grosse extrémité vous représente le gland, et tirez en arrière le plan superficiel du linge, après avoir, au préalable, fixé le plan profond sur le bouchon au moyen d'épingles.

Au fur et à mesure que vous exécutez cette traction, vous voyez la marque noire se porter en arrière, ce qui vous indique la migration de l'anneau préputial, et apparaître une portion du plan profond du morceau de linge, représentant le feuillet muqueux du prépuce. Introduisez des ciseaux pointus au niveau de la marque; dirigez les branches en arrière et coupez dans l'étendue de 2 centimètres, en n'intéressant que le plan superficiel du linge. Reportez ensuite les ciseaux en avant et divisez dans une longueur moins considérable la portion du plan profond du linge que la rétraction en arrière a mis à découvert. Rétablissez ensuite les rapports du linge avec le bouchon, tels qu'ils étaient avant, et vous verrez que vous avez divisé les deux plans dans la même longueur; vous avez une section linéaire. Sur le vivant, vous avez donc divisé le feuillet cutané et le feuillet muqueux du prépuce. Continuons à présent cette comparaison; sur le vivant quand on a pratiqué les deux incisions, l'une en arrière, l'autre en avant, les bords opposés s'écartant l'un de l'autre, la plaie a la forme d'un losange allongé dans le sens transversal.

Si vous suivez la cicatrisation de cette plaie, vous voyez que les bords marchent à la rencontre l'un de l'autre et que le bord droit de la plaie antérieure se réunit au bord droit de la plaie postérieure; de même pour les deux bords gauches. Simulez cette réunion sur le petit mannequin dont vous vous êtes servi pour vous rendre compte du procédé opératoire, et vous verrez qu'en définitive la cicatrisation se fait comme dans l'opération ordinaire du phimosis, si ce n'est que la cicatrice se trouve reportée en arrière du gland et que celui-ci reste complétement à découvert.

Sur le vivant, on peut croire qu'il soit difficile de reconnaître la place exacte occupée par l'anneau préputial, alors que le paraphimosis datant de quelques jours, il existe un gonflement inflammatoire. Il n'en est rien; au bout d'un certain temps, la constriction incessante exercée par l'anneau du prépuce détermine une ulcération des tissus subjacents, de telle façon qu'en examinant les parties avec soin on découvre un sillon plus ou moins profond répondant précisément au siége de l'anneau du prépuce.

NOUVEAU CAS D'APOPLEXIE CÉRÉBRALE

confirmant les règles du pronostic posées par la dynamoscopie;

Par M. le docteur COLLONGUES.

La dynamoscopie est appelée à étendre le champ de l'observation dans l'étude des maladies. Le pronostic est la partie de la séméiotique qui semble devoir gagner le plus à cette nouvelle méthode d'auscultation. La symptomatologie s'enrichit d'un symptôme nouveau, symptôme dont l'importance est grande, puisqu'en devenant signe, il permet à lui seul de porter sur la maladie un jugement favorable ou défavorable. Sa connaissance intime devient ainsi une source féconde où l'on pulse des motifs sérieux de crainte ou d'espérance. Avant de faire connaître des modifications dans les maladies en particulier et puis en général, nous avons commencé son étude par celle de l'hémorrhagie cérébrale; nous venons donner à l'appui une nouvelle observation qui confirme ce que nous avons avancé.

M. L..., âgé de soixante-quinze ans, d'une constitution vigoureuse et d'un tempérament sanguin, vit en garçon et habite seul un appartement au rez-de-chaussée.

Le 29 août, à onze heures du matin, la femme de ménage arrivant comme à l'ordinaire, trouve son maître dans son lit, contrairement à son habitude. Elle croit d'abord à un sommeil naturel et se retire; mais elle revient peu de temps après, s'approche du lit, et comprend que l'état de M. L... est grave. Elle appelle du secours, et c'est dans cette circonstance que je suis arrivé auprès du malade. Il est probable que M. L... est dans cet état depuis plusieurs heures. Le coma est aussi complet que possible. La figure est immobile et sans expression. Le côté droit est immobile et insensible. Les muscles de la face sont également frappés de paralysie. La lèvre supérieure est abaissée et déviée. La paupière supérieure droite est abaissée, et non la gauche. L'ouïe est abolie; les cris les plus forts ne font aucune impression sur lui. Les deux yeux sont légèrement déviés en haut. Il ronfle et il *fume la pipe*. La respiration est intacte; le cœur bat normalement; le pouls est régulier : 94 pulsations. L'hémiplégie est complète à droite. Absence de ce côté du mouvement, soit volontaire, soit instinctif ou provoqué. La sensibilité y paraît nulle. Il n'y a pas sur les couvertures de traces de vomissements, mais il y a des déjections alvines très-abondantes. Le côté gauche est sensible, mais la sensibilité y est un peu obtuse: les mouvements de ce côté sont libres; pourtant le bras gauche reste assez facilement dans la position où on le place.

Examen dynamoscopique. — Côté droit. Bourdonnement nul; petillement: quelques décharges.

Côté gauche : Le bourdonnement paraît baissé; il disparaît, et alors les décharges de petillement sont nombreuses et fortes.

L'auscultation dynamoscopique de la tête permet de constater, à droite du crâne, un bourdonnement assez fort uni à un battement artériel distinct et à des secousses de la masse cérébrale. A gauche, aucune espèce de bruit distinct.

Traitement. — Saignée, lavement, purgatif.

Le soir, l'état est absolument le même que le matin.

Le 30, à huit heures du matin, même insensibilité et même immobilité du côté droit. Il y a eu de nombreuses garde-robes. Les mouvements du côté gauche sont plus nombreux. Les deux paupières se lèvent et s'abaissent en même temps. Il porte souvent la main au front. Il ne prononce pas la moindre parole; il ne voit pas et n'entend pas. Il n'est pas aussi plongé dans le coma que la veille. Si on l'appelle par son nom, il fait un léger mouvement des yeux. Pouls à 86. De temps en temps quelques ronflements.

Examen dynamoscopique. — A droite et à gauche, à l'extrémité des doigts, absence de bourdonnement et presque plus de petillement. Le bourdonnement est absent à gauche dans toutes les positions de la main. Ainsi, le malade tenant le bras gauche, comme dans la catalepsie, dans la position où on le met, dans cette position on n'entend pas le bourdonnement, pas plus que lorsque la main repose sur le lit.

Le côté droit du crâne présente les mêmes phénomènes que la veille; mais à gauche on n'entend rien.

A midi, même situation.

A neuf heures du soir, la figure est plus pâle, le pouls plus élevé et le coma plus profond.

Les résultats dynamoscopiques sont les mêmes.

Traitement. — Vingt sangsues sont mises sur les tempes; sinapismes; lavement purgatif.

Le 31, à huit heures du matin, pâleur moindre à la face. Le malade n'est pas sorti de cet état d'assoupissement continuel dans lequel il est. Même insensibilité à droite. Pouls, 96. La respiration est plus difficile. Le bras gauche ne reste plus dans la position où on le place. Il avale assez bien tout ce qui lui est donné.

Examen dynamoscopique. — Côté droit : absence du bourdonnement et du petillement. Côté gauche : le bourdonnement a repris; il est lointain, vague, à oscillations éloignées, et s'arrête tout à fait. A la tête, le bourdonnement est entendu à gauche; il continue de l'être à droite.

Traitement. — Eau de Sedlitz par quart de verre.

A midi, le bourdonnement est absent ainsi que le petillement. A droite et à gauche, le bourdonnement de la voûte crânienne est très-vague.

A neuf heures du soir, la respiration est devenue très-difficile. Il y a des moments d'arrêt, et puis elle revient bruyante et excessivement fréquente.

Le bourdonnement, à droite comme à gauche, paraît lointain, vague, sourd, et finit par ne plus être entendu du tout.

La voûte crânienne ne fait entendre qu'un bruit artériel correspondant au pouls.

Le 1er septembre, à sept heures du matin, il ne paraît rien entendre; il ne prononce pas la moindre parole, et il est encore sur le dos et souvent dans le coma profond. Le pouls s'est affaibli et il est plus fréquent: 116 pulsations. La respiration est gênée.

Examen dynamoscopique. — Bourdonnement et petillement nuls des deux côtés aux extrémités.

A neuf heures du soir, même état et même absence du bourdonnement.

Le 2 septembre, la respiration est devenue très-bruyante à midi, et l'agonie a commencé. La sueur froide a couvert tout son corps. Pouls, 140. Le bourdonnement et les petillements n'ont été entendus ni à l'extrémité des doigts, ni à la voûte crânienne. La mort est survenue à huit heures du soir dans le cinquième jour qui a suivi le début de l'attaque.

Pourrait-on dans ce cas attribuer la présence du bourdonnement à la contraction musculaire? Mais le bourdonnement n'était pas plus entendu à droite qu'à gauche, et nous savons qu'à droite il y avait paralysie, et qu'à gauche tous les mouvements étaient exécutés, et le malade pouvait même garder assez longtemps le bras levé.

Cette observation, au point de vue du pronostic, vient nous prouver encore une fois que la mort est certaine dans une attaque d'apoplexie toutes les fois qu'il y a absence prolongée du bourdonnement à l'extrémité des doigts des deux côtés, tant du côté paralysé que du côté qui ne l'est pas.

Il est permis enfin de s'appuyer sur les observations dynamoscopiques pour diriger le traitement.

Il est évident que si la dynamoscopie, s'appuyant sur d'assez nombreuses observations, prouve que la loi que nous venons d'énoncer sur le pronostic est vraie, il est complétement inutile de songer à saigner et à ôter du sang. Aucun traitement dans ce cas ne semble devoir être indiqué.

EMPLOI

DES INJECTIONS DE CHLORURE DE SODIUM EN SOLUTION

dans le traitement de l'angine couenneuse.

M. le docteur Roche vient de faire connaître l'emploi d'un nouveau moyen de traitement de l'angine couenneuse, dont il obtient, dit-il, depuis deux ans les résultats les plus avantageux. Ce moyen consiste en des irrigations continues ou presque continues *d'eau salée* dans la gorge, pratiquées avec l'irrigateur Eguisier, armé d'une canule à jet très-fin, le malade étant assis ou couché sur le côté, le corps penché au-dessus d'une cuvette pour recevoir le liquide au fur et à mesure qu'il ressort. L'eau doit être salée jusqu'au degré où on peut la boire sans dégoût. M. Roche expose ainsi les résultats de cette médication :

Il y a deux ans à peu près, je faisais part de mes premiers essais à mon ami le docteur Mélier. Depuis cette époque, j'ai eu six fois l'occasion de faire usage de ce moyen. Aucun de ces malades n'a succombé.

Les deux dernières observations ont à peine quinze jours de date. La première a pour sujet M. F. H..., demeurant rue Neuve-de-Berry, n° 5; la seconde Mlle B..., rue du Château-d'Eau, n° 58.

Chez le premier, d'une cinquantaine d'années, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires des deux côtés était des plus considérables. Les deux amygdales étaient recouvertes de fausses membranes lisses, résistantes, d'un jaune sale, semblables à du vieux parchemin; la luette en était presque entièrement enveloppée, et sur le côté droit, la fausse membrane se prolongeait en pointe dans la direction du larynx.

J'ai cautérisé immédiatement avec le crayon d'azotate d'argent, et j'ai prescrit l'usage d'une potion contenant 6 grammes de chlorate de potasse à prendre par cuillerées d'heure en heure, un lavement purgatif et des boissons émollientes. Dès le soir même il y avait un peu d'amélioration.

Le lendemain matin, j'ai fait commencer les irrigations d'eau salée; le malade les a pratiquées toutes les heures. Au bout de vingt-quatre heures, un changement notable était survenu; les ganglions du cou avaient considérablement diminué, les fausses membranes avaient pris un aspect tomenteux, blanc et comme pultacé. Peu à peu elles se sont amincies sous la seule influence des irrigations, au point de laisser entrevoir les amygdales au-dessous d'elles comme à travers une gaze. Une seule fois, une tache parcheminée a reparu sur l'amygdale gauche : une cautérisation en a fait promptement justice. Aujourd'hui, le malade entre en convalescence. Pendant toute la durée du traitement, il a pu prendre quelques aliments. Jusqu'au dernier jour, il a continué les irrigations.

Chez la jeune fille, âgée de 4 à 5 ans, il ne m'a pas été possible d'appliquer le crayon d'azotate d'argent. Le premier essai que j'en ai voulu faire l'a tellement révoltée qu'on lui aurait plutôt brisé les dents que de les lui faire écarter. Il a donc fallu me contenter de la potion avec 3 grammes de chlorate de potasse et des irrigations d'eau salée. Elle a parfaitement guéri comme le premier malade, et cependant, comme lui, elle avait les ganglions du cou énormément tuméfiés; les amygdales, les piliers du voile du palais et la luette étaient couverts de fausses membranes dures, épaisses, parcheminées, et les accidents duraient depuis trois jours quand je la vis pour la première fois.

Aujourd'hui il lui reste encore un peu d'enchifrènement; elle nasonne en parlant, et elle rejette quelquefois une partie de ses

boissons par le nez. Je lui fais faire des injections d'eau salée dans les fosses nasales. Elle va parfaitement, du reste, et j'espère voir disparaître bientôt ce petit accident.

Chez les deux malades qui avaient précédé ces derniers, j'avais essayé, concurremment avec les irrigations, de toucher les fausses membranes avec de la teinture d'iode pure, et il me semblait en avoir obtenu de bons effets. Mais ayant réussi dans les deux derniers cas sans le secours de la teinture d'iode, je crois que les irrigations ont la meilleure part dans le succès. Si un nouveau cas se présentait à mon observation, j'aurais, je crois, le courage de m'en tenir aux seules irrigations pour tout traitement.

Je ne sais pas quel avenir est réservé à cette médication, mais j'ai la conviction que c'est dans ce moyen topique, dans ces irrigations continues d'eau contenant en dissolution soit du sel, soit de l'alun, soit du chlorate de potasse, soit de l'iodure de potassium, soit du chlorure de chaux, soit du chlorure d'oxyde de sodium, que c'est dans ces irrigations, dis-je, que se trouve le principal remède de l'angine couenneuse, et j'espère que si mes confrères veulent bien répéter mes essais, ils arriveront bientôt à la même conviction que moi. L'indication est si rationnelle, que je m'étonne qu'on n'y ait pas songé plus tôt. (*Union méd.*)

APPLICATION DE LA VACCINATION
au traitement des abcès strumeux.

On connaît l'ingénieuse application qui a été faite de la vaccination au traitement des *nævi materni;* on a utilisé le travail inflammatoire qui accompagne toujours l'évolution des pustules vaccinales pour obtenir la coagulation du sang dans ces sacs aréolaires sanguins qui constituent les nævi. De son côté, M. Graves a pensé qu'on pourrait demander à la vaccination quelques services pour obtenir chez des enfants non vaccinés un peu de cette inflammation nécessaire pour arriver à la guérison des abcès strumeux, dont tout le monde connaît le caractère rebelle.

M. Graves rapporte, à l'appui de cette pratique, trois faits qui ne manquent pas d'intérêt. Dans le premier cas, chez un garçon meunier âgé de quatorze ans, abcès des ganglions cervicaux du côté droit du cou, du volume d'une noix muscade, offrant déjà une fluctuation évidente, bien que la peau eût presque conservé la coloration normale. Une large incision pratiquée à la partie la plus déclive de la tumeur donne issue à une petite quantité de matière. Chargeant alors la lancette de vaccin, M. Graves pratiqua dans les lèvres de la plaie plusieurs piqûres, comme dans les vaccinations ordinaires, en prenant toutes les précautions possibles pour que le virus ne se trouvât pas en contact avec le liquide qui s'écoulait de l'incision.

Au bout de huit jours, il était évident que le vaccin avait pris. Les vésicules étaient entourées d'une phlogose bien marquée. Le neuvième jour, il y avait autour de la base un anneau enflammé avec une auréole d'un pouce et demi à deux pouces de diamètre. Le douzième jour, il y avait une dureté et une inflammation considérables sur toute la surface de la tumeur et très-peu d'écoulement par l'ouverture primitive. Le seizième jour, tous ces symptômes avaient considérablement diminué; et lorsque M. Graves revit l'enfant, au bout de trois semaines, il put constater que la croûte s'était détachée, qu'il n'y avait plus aucune trace d'abcès, et que la cicatrice n'était guère plus apparente qu'après une vaccination ordinaire.

Dans un deuxième cas du même genre, le résultat ne fut pas moins satisfaisant.

Enfin, dans le troisième cas, une fille âgée de seize ans, chétive et mal portante, offrait au côté gauche du cou une tumeur du volume d'une busserole, violacée et sur le point de s'ouvrir. Malgré les mauvaises conditions dans lesquelles ce sujet se trouvait placé, M. Graves crut pouvoir opérer. Le neuvième jour après l'inoculation du vaccin, l'inflammation était considérable, et il s'écoulait de la plaie un pus ichoreux de mauvaise nature. — Purgatif, repos.

Le surlendemain, la partie gauche de la face et du cou était envahie par un érysipèle qui s'arrêtait à la ligne médiane. (Cataplasmes de farine de graine de lin, salins, diaphorétiques.) Guérison au bout d'une semaine; et ce qu'il y eut de très-remarquable, c'est qu'au bout de quatre semaines l'abcès était oblitéré avec très-peu de difformité. (*Dublin hosp. Gaz.* et *Ab. méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 octobre 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné en 1858 dans les départements de la Haute-Saône, du Doubs et du Pas-de-Calais. (Commission des épidémies.)

2° Les rapports de MM. les médecins principaux des hôpitaux militaires d'Amélie-les-Bains, de Baréges et de Bourbon-l'Archambault. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur James, professeur à l'École de médecine d'Amiens, transmet un rapport sur un cas d'empoisonnement par des crèmes glacées. (Commissaires : MM. Chevallier, Boudet, Devergie et Tardieu.)

— M. Stanislas Chodsko adresse la formule d'un nouveau traitement contre le charbon. (Commissaire, M. Nélaton.)

— M. le docteur Billiard, de Corbigny, envoie une note sur la destruction absolue de l'odeur de la gangrène au moyen du chlorate de potasse. (Commission déjà nommée; M. Larrey, rapporteur.)

— L'Académie reçoit enfin une note sur les allumettes sans phosphore dites de la Compagnie générale, adressée par M. Vaudaux, secrétaire de la Compagnie. (Commission nommée; M. Poggiale, rapporteur.)

— M. Larrey fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Navarre, d'une brochure intitulée : *La chirurgie conservatrice à l'armée d'Italie.*

RAPPORT.

Fabrication d'eaux minérales. — M. BOULLAY, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport concluant à ce que l'autorisation de fabriquer des eaux acidules simples et des limonades gazeuses ne soit accordée au sieur Delebecque que lorsqu'il aura satisfait aux conditions exigées par les règlements qui régissent la matière. Ces conclusions sont adoptées après quelques explications échangées entre MM. Londe, Chevallier et M. le rapporteur.

Question de médecine légale. — M. TARDIEU, au nom d'une commission composée de MM. Devergie, Larrey, Gavarret, Adelon et Tardieu, rapporteur, donne lecture d'un rapport sur une question de médecine légale soumise à l'Académie par M. le ministre de la justice, à la demande de M. le procureur impérial d'Auch.

Voici l'exposé des faits :

Dans le courant du mois d'avril dernier, un homme fut trouvé dans sa maison tué d'un coup de feu. Au moment où l'on entrait pour la première fois dans sa chambre, on constatait que le feu avait pris aux vêtements de la victime et brûlait encore sur la poitrine. On soupçonna un crime, et les soupçons se portèrent sur le frère de la victime. Or l'heure où le feu a été éteint est connue exactement par la déclaration d'un témoin; si l'étendue et la nature des brûlures qui ont été constatées sur le cadavre permettaient de dire combien de temps a duré l'action de la flamme, on aurait ainsi, suivant M. le procureur impérial, déterminé d'une manière précise à quel moment l'incendie aurait été allumé, ou, en d'autres termes, à quelle heure le coup mortel a été tiré : M. le procureur impérial adoptant l'avis des deux médecins légistes qui ont procédé à l'autopsie, à savoir que l'incendie a été allumé par la déflagration de la poudre. Ces diverses circonstances, rapprochées de la présence ou de l'absence de l'inculpé dans la maison de la victime à un moment donné, fourniraient la preuve de son innocence ou de sa culpabilité.

Pour M. le procureur impérial, la question à résoudre se réduit à ces termes : « Déterminer avec autant de précision que possible, d'après l'état du cadavre et les circonstances relevées dans le rapport, le temps qu'a duré l'incendie qui a brûlé le cadavre. »

D'après l'exposé détaillé des faits énoncés dans les documents soumis à l'Académie, la commission a été d'avis qu'il était impossible de réduire la question à des termes aussi simples, et qu'une réponse même précise à cette question ne pourrait pas être considérée comme la solution définitive, complète, absolue de toutes les difficultés que soulève ce fait. Le fait sur lequel repose toute l'argumentation du chef du parquet d'Auch est lui-même assez peu ordinaire, et, dans le cas présent, assez obscur, ajoute M. le rapporteur, pour qu'il ne puisse être admis qu'après une discussion et une démonstration dont on ne trouve aucune trace dans le rapport des premiers experts.

Il fallait d'abord déterminer si les brûlures, tant des mains que de la poitrine, étaient bien le résultat de l'incendie communiqué aux vêtements par la déflagration de la poudre.

La deuxième question était d'établir si la mort peut être attribuée sans contestation à un assassinat et non à un suicide.

Relativement à cette question, M. le rapporteur se borne à faire remarquer que, dans le rapport d'autopsie, il n'existe aucun fait, aucune indication qui exclue formellement la pensée d'un suicide, et qu'il faut chercher des preuves en dehors de l'état du cadavre. — Ici M. le rapporteur se livre à un examen approfondi des observations et expériences que la science possède sur les effets physiques des coups de feu tirés à petite distance, sur les brûlures des plaies qui en résultent, etc.; puis il rapporte les expériences variées auxquelles la commission s'est livrée dans le but de jeter du jour sur cette question encore si obscure.

Il résulte de ces expériences deux faits importants : c'est que, d'une part, les coups de feu tirés à de très-petites distances peuvent brûler les tissus qu'ils touchent, et le feu se propager dans une certaine étendue; et que, d'une autre part, c'est toujours au niveau de la partie touchée et sur l'un des points de la circonférence du trou fait par les projectiles que commence la combustion.

En résumé, dit M. le rapporteur, d'après les citations faites et les expériences de la commission, l'Académie peut se faire une idée de la rareté véritablement exceptionnelle de cet effet des coups de feu qui aurait pour conséquence l'incendie des vêtements et la brûlure du corps. Mais en même temps elle reconnaîtra que le fait est possible. Il s'agissait donc de rechercher, dans le cas soumis à son appréciation, si les circonstances extérieures et les constatations matérielles faites sur le cadavre doivent faire admettre que le coup de feu qui a causé la mort a en même temps déterminé l'incendie et la brûlure.

Tel est le texte de la discussion à laquelle s'est livré M. le rapporteur, discussion qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° La mort est le résultat d'un coup de feu tiré à une très-petite distance; elle a été instantanée.

2° S'il n'est pas absolument impossible que la brûlure des vêtements, de la poitrine et du cou soit due à la propagation de l'incendie qu'aurait déterminé le coup de feu, on comprend difficilement comment la partie de la chemise sur laquelle le coup a porté est précisément celle que la flamme n'a pas détruite, alors que dans toutes les expériences où les coups de feu ont été tirés à de très-petites distances, on a vu le feu commencer à l'endroit même qui avait été directement atteint par la charge enflammée.

3° Quant à la brûlure profonde des deux mains dans les circonstances qui ont été relevées, elles ne peuvent en aucune façon s'expliquer par le coup de feu tiré à la région épigastrique, ni par l'incendie des vêtements qui recouvraient la poitrine.

4° Il n'est pas possible de déterminer d'une manière précise, d'après l'état du cadavre et des circonstances relatées, le temps qu'a duré l'incendie qui a brûlé le cadavre; mais il est permis de l'évaluer approximativement, en tenant compte des conditions physiques très-diverses qui peuvent influer sur l'activité et la durée de la combustion, à un espace de temps qui varierait entre 15 et 30 minutes.

Traitement de la phthisie pulmonaire. — M. PIORRY, en son nom et au nom de M. Bricheteau, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Aussandon, ayant pour titre : *Traitement de la phthisie tuberculeuse.*

M. Aussandon a adressé à l'Académie un mémoire dans lequel il rapporte plusieurs observations dans lesquelles les symptômes généralement rapportés à la phthisie pulmonaire confirmée se sont en grande partie dissipés et où la guérison semblait être survenue.

Croyant avoir observé que les boulangers, les vidangeurs, les ivrognes et les autres gens qui dorment le jour et veillent la nuit, supportent mieux que d'autres, alors qu'ils sont atteints de phthisie, les derniers accidents de cette affection; considérant que c'est surtout entre le coucher et le lever du soleil que les symptômes chez les tuberculeux sont portés au plus haut degré, M. Aussandon a pensé qu'il pouvait être utile de faire reposer les phthisiques pendant le jour et de les tenir éveillés durant la nuit. Ce médecin fait prendre des bains tièdes et y ajouter du kermès ou même du tartre stibié dissous dans les bains, et leur attribue une action puissante et utile sur la marche du mal.

M. Aussandon soumet en outre les phthisiques à l'action du chloroforme, pour leur appliquer sous chaque aisselle, et en commençant par le côté le plus affecté, cinq cautères de la largeur d'une pièce de cinq francs, et cela à un pouce et demi de distance les uns des autres. Le malade, encore chloroformé, est ensuite placé dans un bain tiède, à 28°. Alors, dit M. Aussandon, la maladie présente un temps d'arrêt, une suppuration abondante s'établit et le mieux devient très-marqué.

L'eau de goudron avec le sirop de baume de tolu, l'huile de foie de morue avec le sirop d'amande amère, une tisane faite avec le sassafras, la salsepareille et le chlorure de mercure sont ajoutés au traitement précédent.

M. LE RAPPORTEUR présente à cette occasion quelques observations critiques, qu'il se borne à énoncer et qui consistent à dire qu'aucun résultat thérapeutique ne peut maintenant être admis comme positif qu'autant que l'on a prouvé anatomiquement ou au moins physiologiquement l'existence des lésions que l'on croit avoir guéries, etc. M. Piorry termine son rapport en annonçant à l'Académie qu'il se propose de revenir, à cette occasion, sur quelques points de la pathologie et de la thérapeutique de la série d'accidents désignés sous le nom de phthisie pulmonaire.

Les conclusions du rapport, consistant à dire qu'on ne peut que savoir gré à l'auteur d'avoir soumis à l'Académie des faits qui lui paraissent dignes d'être connus, sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Dumas, né à Nîmes (Gard); *Étude sur la paralysie complète du nerf moteur oculaire commun.*

Couatarmanach, né à Saint-Méloir-de-Ondes (Ille-et-Vilaine); *De la cachexie paludéenne et de son traitement.*

Laguens, né à Campuzar (Hautes-Pyrénées); *Quelques mots sur le typhus et sur son traitement.*

Claret, né à Lapalme (Aude); *Essai sur la nature et le traitement de la chorée.*

Batigne, né à Marseille (Bouches-du-Rhône); *Essai sur la méningite cérébro-spinale.*

Moser, né à Verzy (Marne); *De l'abus des boissons alcooliques.*

Ménard, né à Lunel (Hérault); *Notes et observations sur la thérapeutique des fièvres intermittentes et de l'anémie consécutive.*

Cogoreux, né à Reyniès (Tarn-et-Garonne); *Des indications de la version.*

Jacq, né à Douarnenez (Finistère); *Essai sur l'épilepsie.*

Michel, né à Ménerbes (Vaucluse); *De l'hydrocèle au point de vue thérapeutique.*

Casamayor-Dufour; *Réflexions sur la pneumonie bilieuse, la catalepsie et la lycanthropie.*

Gros, né à Baillargues (Hérault); *Du rétrécissement du rectum.*

Sarret, né à Goncelin (Isère); *De l'emploi de l'eau froide en chirurgie.*

Gaube, né à Nérac (Lot-et-Garonne); *Essai sur les vices de conformation du bassin et les opérations qu'ils nécessitent.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décret du 2 octobre, M. Grassi, ancien pharmacien en chef des hôpitaux de Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Les juges pour le concours de l'internat sont :

MM. Guérard, Legroux, Marrotte, Danyau et Depaul, *titulaires;* Sée et Giraldès, *suppléants.*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 118. — SAMEDI 8 OCTOBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 118. — SAMEDI 8 OCTOBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Dyssenterie.

Un de nos honorables correspondants nous écrit pour nous faire part qu'une dyssenterie épidémique des plus graves règne en ce moment dans la contrée qu'il habite, l'une des communes de l'arrondissement de Valence (Drôme). Cette dyssenterie, dit notre confrère, fait des ravages terribles dans cette localité. Tous les moyens employés jusqu'à présent et conseillés par les auteurs contre cette maladie restent impuissants ; et il nous demande de le renseigner sur le traitement que nous croyons le plus efficace.

Nous regrettons que notre confrère ne nous ait pas fait connaître les moyens qu'il a employés et dont il dit n'avoir retiré aucun avantage, car il nous eût épargné par là de lui signaler ceux qu'il a peut-être déjà mis en usage. Quoi qu'il en soit, nous allons essayer de satisfaire à ses questions en lui faisant connaître l'ensemble des moyens dont on a généralement fait usage avec le plus de succès dans l'épidémie actuelle.

L'ipécacuanha est presque toujours employé au début de la dyssenterie, et c'est sans contredit, de tous les moyens, le premier et le plus généralement indiqué.

A propos de ce médicament, que Pison, l'un de ses premiers introducteurs dans la pratique médicale, appelait *sacram anchoram, quia nullum prestantius ac tutius, in plerisque alvi fluxibus, cum vel sine sanguine, compescendis, natura excogitarit remedium*, il ne sera pas inutile de rappeler ici quelques-uns des préceptes relatifs à son mode d'administration, qui se trouvent résumés dans l'article IPÉCACUANHA du *Traité de thérapeutique et de matière médicale* de MM. Trousseau et Pidoux.

« Si les praticiens qui de nos jours voudront employer ce médicament, disent ces auteurs, concluaient à son inefficacité ou à son danger sans avoir suivi la méthode indiquée par leurs devanciers, ce serait eux qu'il faudrait accuser et non pas l'ipécacuanha.....

» Pison, ajoutent-ils plus loin, voulait que l'on donnât 2 gros (8 grammes) de racine d'ipécacuanha infusée ou bouillie dans 4 onces (120 gr.) d'eau ; il répétait la dose si besoin était, paraissant compter plus spécialement sur l'action purgative du médicament, bien qu'il regarde comme utile qu'il provoque en même temps le vomissement.

» Degner donnait aux adultes un demi-gros ou 2 scrupules (2 à 3 grammes) de poudre d'ipécacuanha. Pringle en donnait 1 scrupule (1 gr. 30 centigr.), et ajoutait pour les malades vigoureux 1 ou 2 grains de tartre stibié. Si les coliques étaient très-violentes, il donnait 5 grains (25 centigr.) de cette même poudre toutes les heures, jusqu'à ce que la diarrhée survînt. Hillary et Cleghorn donnaient 3 grains (15 centigr.) de trois en trois heures, jusqu'à ce que le médicament eût déterminé un effet purgatif, etc... »

Mais l'ipécacuanha est rarement administré seul, et des diverses médications complexes dans lesquelles l'ipéca entre, soit comme élément principal, soit simplement à titre d'association, la plus généralement adoptée est encore la méthode de Stoll, plus ou moins modifiée ; laquelle consiste, comme tout le monde le sait, à prescrire d'abord quelques purgatifs doux, tels que manne, tamarin, sels neutres, et ensuite un émétocathartique, puis les narcotiques associés aux toniques astringents.

Nous disons que c'est cette méthode qui est généralement adoptée, mais plus ou moins modifiée. La principale modification consiste en ce qu'on débute plus habituellement aujourd'hui par l'ipécacuanha, et que les purgatifs viennent après.

Parmi ces derniers agents, ceux qui nous ont paru modifier le plus avantageusement et le plus rapidement la dyssenterie sont les sels neutres. Nous tenons de M. Blache qu'il a vu tout récemment un de ses confrères et amis, le docteur Chalan (de Senlis), obtenir les meilleurs résultats de l'administration successive de l'ipécacuanha et du sulfate de soude, ce dernier administré à doses répétées jusqu'à ce que les selles devinssent bilieuses. C'est cette même méthode que nous avons souvent préconisée, pour en avoir obtenu nous-même très-fréquemment d'excellents effets dans la diarrhée prodromique du choléra. La même méthode paraît aussi avoir donné de très-bons résultats entre les mains de M. le professeur Longet, à Écouen, où la dyssenterie a régné également d'une manière épidémique dans la population de la ville (en dehors de l'établissement impérial de la Légion d'honneur, qui paraît en avoir été complétement exempt). Enfin, M. Blache lui-même n'emploie guère d'autre traitement à l'hôpital des Enfants, où il a eu dans ces derniers temps un grand nombre de cas de dyssenterie à soigner. Seulement, en considération de l'âge de ses malades et de la difficulté de leur faire prendre le sel de Glauber, il le remplace par le sel de Seignette, d'une saveur moins amère et d'une administration plus facile pour les enfants.

Voici les formules d'une médication tout à fait analogue que notre collaborateur M. le docteur Champouillon emploie avec les mêmes avantages sur les hommes adultes, dans son service de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Ipécacuanha. . . . . 1 gramme,
dans une potion gommeuse, à titre de vomitif.
Sulfate de soude, de. . . . . 12 à 15 grammes,
dans un litre d'eau gommeuse.

Pilules. — Extrait gommeux d'opium. . 7 à 8 décigr.
Ipécacuanha en poudre. . . 5 —
Tannin. . . . . . . , . . 5 —

A prendre à doses fractionnées.

De cette médication nous en rapprocherons une autre qui en diffère par le choix du purgatif associé à l'ipécacuanha et à l'opium ; mais cette différence est assez notable cependant pour constituer en réalité une méthode particulière. Nous voulons parler du calomel. L'ipécacuanha associé au calomel et à l'opium constitue le traitement le plus usuel dans nos colonies américaines. M. le professeur Trousseau a souvent mis cette méthode en pratique avec grand avantage dans la diarrhée des enfants. Il donne une fois par jour une poudre composée de 1 centigramme de calomel, 15 centigrammes d'ipécacuanha, 1 gramme de sucre et 1 goutte de laudanum de Sydenham.

Nous reviendrons dans une prochaine *Revue* sur cette médication, qui demande à être exposée avec quelques détails, ainsi que sur quelques autres modes de traitement qui peuvent être plus ou moins appropriés à telle forme, à tel degré ou à telle période de la maladie.

La saignée dans la pneumonie.

Les deux leçons cliniques de M. Beau sur la saignée dans les phlegmasies, que nous avons publiées dans les numéros des 6 et 8 septembre dernier, devaient rencontrer de l'opposition, voire même provoquer des protestations. C'est le nom qu'il faut donner à quelques lettres que nous avons reçues à cette occasion, et en particulier à une note de M. le docteur Bole, de Castelsarrazin, qui oppose à M. Beau la pratique et les leçons de MM. les professeurs Chomel, Rostan, Andral et Bouillaud, ses anciens maîtres ; sa propre expérience, qui lui a démontré, depuis 13 ans qu'il exerce, les succès constants des saignées répétées et des larges vésicatoires ; et, enfin, la sanction des siècles les plus reculés, confirmée par tout ce que la science moderne compte de plus habiles observateurs.

Il fallait s'y attendre, et M. Beau s'y attendait probablement, tout autant que nous au moins. En insérant les leçons de notre savant confrère, nous n'avons pas entendu accepter la solidarité des opinions qui y sont émises ; nous devons dire cependant que si nous ne professons pas pour la saignée une répulsion aussi absolue, et si nous ne l'excluons pas aussi rigoureusement de notre pratique, nous avons depuis longtemps appris à n'en faire qu'un usage extrêmement restreint, et nous nous sommes toujours efforcé de lutter contre les abus qu'on en a faits si longtemps et qu'on nous paraît en faire encore dans le traitement des phlegmasies, et en particulier de la pneumonie. Cette opinion, moins exclusive que celle de M. Beau, compte aujourd'hui un assez grand nombre d'adhérents. Voici un document clinique très-digne d'intérêt à cet égard, que nous trouvons dans la *Gazette médicale de Lyon*. Il apporte, comme on le verra, un poids assez considérable dans la balance des opinions en faveur de l'abstention ou tout au moins d'une restriction considérable dans l'usage de la saignée dans les pneumonies. — Ce document a été communiqué à la Société impériale de médecine de Lyon par M. le docteur Peyraud, médecin de l'hospice de la Charité, et autrefois chargé d'un service à l'Hôtel-Dieu, à l'occasion d'un mémoire sur ce sujet, lu il y a plusieurs mois devant cette Société par M. le docteur Rambaud.

M. Peyraud a fait le dépouillement du registre de mouvement de son service à l'Hôtel-Dieu pendant les quatre dernières années qu'il y a passées, du 1er janvier 1848 au 31 décembre 1851. Voici les chiffres qu'il a obtenus :

Sur 140 malades atteints de pneumonie à différents degrés, qui ont passé dans le service, 28 sont morts ; mais sur ce nombre de morts, 7 ont dû être retranchés, les sujets ayant été amenés à l'hôpital mourants, et par conséquent n'ayant pu être soumis à aucun traitement. Ces 7 morts retranchés, il reste 133 pneumoniques traités, sur lesquels il y a eu 112 guérisons et 21 décès.

Ce nombre de 133 malades se décompose en 23 pneumonies doubles, 59 pneumonies droites, 51 pneumonies gauches. Dans 45 cas, il y avait pleuro-pneumonie.

8 cas se sont compliqués de symptômes ataxiques et cérébraux, et ont donné 3 guérisons sur 5 décès.

9 cas compliqués de symptômes typhoïdes et adynamiques ont donné 6 guérisons et 3 morts.

1 cas s'est terminé par la gangrène du poumon et la mort, cinq jours après l'entrée du malade.

Dans 4 cas, la pneumonie s'est trouvée entée sur un catarrhe pulmonaire chronique, et cette circonstance a occasionné 2 morts pour 2 guérisons.

7 fois la pneumonie s'est développée autour de tubercules, et cette complication n'a déterminé qu'une seule mort pour 6 guérisons. Les malades convalescents de pneumonie conservaient, dans ce cas, leurs tubercules comme un corps étranger placé au milieu du tissu pulmonaire, et destiné plus tard à provoquer une autre crise plus ou moins dangereuse.

2 fois la pneumonie s'est compliquée d'anasarque, et néanmoins les malades ont guéri.

Un autre cas de pneumonie droite, chez un jeune homme de dix-neuf ans atteint d'hypertrophie du cœur, a guéri. L'état du cœur paraissait s'être amendé sous l'influence de la digitale, lorsque le malade est sorti.

Une pneumonie gauche a entraîné la mort en se compliquant d'accès d'angine de poitrine.

Voici maintenant quel a été le traitement employé :

6 malades seulement ont été saignés à la lancette. Sur ce nombre, un malade est mort après être tombé dans un état adynamique de suite après l'ouverture de la veine. C'était un journalier âgé de cinquante ans, atteint de pneumonie gauche. Il est mort au huitième jour de la maladie.

Dans les cas de pleuro-pneumonie, des sangsues ou des ventouses scarifiées étaient appliquées sur le point de côté, qu'elles enlevaient en général assez bien. Il a été recouru 11 fois à ces saignées locales.

Le tartre stibié a été employé d'emblée 26 fois, et a procuré 25 guérisons. Sur ce nombre, il y avait 5 pneumonies doubles et 12 pleuro-pneumonies. Le tartre stibié était donné ordinairement pendant 2 jours, jamais plus de 3, à la dose de 40 centigrammes le premier jour, dose qu'on diminuait le lendemain. Le signe auquel M. Peyraud reconnaissait qu'il fallait cesser son emploi était l'établissement de la diaphorèse. Il le donnait d'après la formule de Laënnec, dans une potion d'infusion de feuilles d'oranger, additionnée de 30 grammes de sirop diacode.

L'oxyde blanc d'antimoine a été employé seul dès le début dans 67 cas, sur lesquels il y en avait 32 de pleuro-pneumonie. La dose ordinaire était de 2 ou 3 grammes suspendus dans un looch ou dans une potion gommeuse. Sous son influence, la transpiration s'établit moins vite que sous celle du tartre stibié ; mais M. Peyraud a toujours constaté la diminution prompte du pouls, qui, en trois ou quatre jours, tombait de 100 à 120 pulsations et plus à un rythme quelquefois au-dessous du rythme normal, en même temps que les symptômes s'amendaient.

Dans les pneumonies ataxiques, on plaçait ordinairement des sangsues au fondement, et immédiatement après des vésicatoires étaient appliqués aux jambes. L'oxyde blanc d'antimoine était préféré à l'émétique ; et le musc, le camphre et les autres antispasmodiques administrés à l'intérieur, soit par la bouche, soit en lavements.

Dans les pneumonies adynamiques et typhoïdes, le polygala de Virginie a rendu des services, uni à tous les toniques que la situation exigeait.

En récapitulant les causes de mort dans les 21 décès dont le traitement adopté peut être responsable, et en mettant en dehors les 7 cas où les malades ont été apportés agonisants et voués à une mort certaine, on trouve : 5 décès causés par des symptômes ataxiques ; 3 produits par un état typhoïde ; 2 résultant de la combinaison de la pneumonie avec un catarrhe chronique ; 1 produit par une fonte de tubercule pulmonnaire coïncidant avec la pneumonie ; 1 par la gangrène du poumon ; 1 autre résultant d'une complication d'angine de poitrine : en tout 13 cas où la complication rendait la maladie des plus graves, et diminuait d'autant les chances de guérison.

Il restait encore 8 décès survenus indépendamment de toute complication. Or voici les notes du registre de clinique que M. Peyraud croit pouvoir servir à les expliquer :

Un cas est relatif à un homme âgé de soixante-douze ans, atteint d'une pneumonie double, et entré à l'Hôtel-Dieu dans un état d'affaissement général dont il ne s'est pas relevé. Le deuxième cas est celui d'un homme de cinquante et un ans, malade d'une pneumonie droite depuis deux mois, mort cinq jours après son entrée. Le troisième est celui d'un homme de quarante-quatre ans, entré au neuvième jour d'une pneumonie droite, et mort huit jours après. Le quatrième concerne un homme âgé de quarante-six ans, atteint depuis quinze jours d'une pleuro-pneumonie gauche, mort quatre jours après, avec un épanchement considérable dans la plèvre. Le cinquième et le sixième sont relatifs à deux malades en voie de guérison, et morts l'un et l'autre à la suite d'un écart de régime. L'un était un homme de soixante ans, complétement guéri d'une pneumonie droite, mort d'indigestion lorsqu'on pensait déjà à son renvoi; l'autre était un homme de vingt huit ans, atteint d'une pleuro-pneumonie gauche qui était déjà en grande voie d'amélioration, retombé malade à la suite d'aliments pris en cachette et en trop grande quantité, et mort quelques jours après. Restent enfin deux décès dont la cause est restée inexpliquée d'après les notes.

M. Peyraud se demande dans combien de ces vingt cas de mort (abstraction faite des cas où la saignée a été pratiquée) on pourrait prétendre que les évacuations sanguines eussent pu être appliquées avec chance de succès. Quant aux 112 cas de guérison, ils ne sont pas en cause.

De tous ces faits et des considérations historiques dans lesquelles il est entré sur ce sujet, M. Peyraud conclut non à la proscription de la saignée en principe et d'une manière absolue dans le traitement de la pneumonie, mais à une grande restriction dans son emploi. Il croit pouvoir établir, d'après ce qu'il a vu, que dans la pneumonie la saignée générale doit être l'exception et non la règle; qu'elle ne doit pas être appliquée à tous les malades dès que la pneumonie est constatée, mais que, auparavant, on pèse mûrement les circonstances de l'âge, de la constitution, du tempérament du malade, de ses habitudes, etc. L'indication que l'on prétend remplir par la saignée, la diminution de la masse du sang qui traverse les poumons dans un temps donné, pouvant être aussi efficacement remplie par les antimoniaux, ses indications se trouvent réduites à ses yeux à certains cas de pléthore évidente, et aux cas où la fluxion pulmonaire a pris tout à coup ce degré d'intensité qui lui a valu le nom d'*apoplexie pulmonaire.* Il est d'avis, en résumé, que, sauf ces circonstances exceptionnelles, il convient de traiter les pneumonies graves par le tartre stibié ; celles d'une intensité moindre, et qui occupent une partie moins considérable du poumon, par l'oxyde blanc d'antimoine ; en combinant l'un et l'autre avec toutes les boissons et préparations pectorales dont l'expérience a sanctionné l'usage dans le traitement de cette maladie.

Déviation de la cloison des fosses nasales par suite d'un coup de poing. — Inclinaison disgracieuse du nez à gauche. — Guérison à l'aide d'une opération nouvelle.

M. Demarquay nous a montré il y a quelques jours, dans le service de M. Monod, à la Maison municipale de santé, un jeune homme dont l'histoire n'est pas sans quelque intérêt. Cet individu, âgé de vingt ans, commis de magasin, se battant avec un de ses camarades, reçut un vigoureux coup de poing sur le nez qui amena une abondante hémorrhagie et une déviation considérable du nez à gauche, avec impossibilité de respirer par la narine de ce côté. Ce jeune homme éprouvait, par suite de cette déviation, un sentiment de gêne extrême qui l'avait déterminé à entrer à la Maison de santé, dans l'espoir qu'on y apporterait quelque remède.

En l'examinant, on constatait que la narine gauche était presque complétement bouchée par la saillie du cartilage médian. La narine droite n'était point sensiblement augmentée ; le nez était très-épaté et incliné à gauche.

Après avoir réfléchi aux divers procédés à l'aide desquels il pourrait arriver à désobstruer la narine de ce jeune homme, M. Demarquay se décida à pratiquer l'opération suivante : il fit sur la ligne médiane du nez une incision qui, partant du dos de cet organe, arrivait sur la lèvre supérieure. Le premier temps de l'opération séparait les deux cartilages latéraux du nez et conduisait sur le cartilage médian. Une fois ce premier temps accompli, M. Demarquay disséqua à gauche la muqueuse de revêtement du cartilage qui remplissait la narine, et lorsque toute la partie saillante de ce cartilage fut ainsi découverte, il enleva, en coupant d'arrière en avant, tout ce qui gênait la narine et empêchait la respiration de s'accomplir. Cela fait, on réunit par des points de suture le lobule du nez divisé, et le malade guérit parfaitement. Le nez s'est redressé et la respiration s'est rétablie du côté gauche comme du côté droit. La réunion se fit par première intention, et au moment où ce jeune homme quitta l'hôpital, il n'y avait plus de trace ni de l'accident primitif ni de l'opération à laquelle il avait donné lieu.

Les déviations de la cloison ne sont pas rares et peuvent amener, dans certains cas, le chirurgien à recourir à une opération. M. Demarquay a vu avec Blandin un jeune Américain qui avait une déviation en S de la cloison tellement prononcée que la respiration était impossible par le nez. Pour remédier à cet état, Blandin fit construire un emporte-pièce et fit une large trouée dans la cloison des fosses nasales, qui permit à l'air de passer d'une narine dans l'autre. Il paraîtrait, au dire de M. Demarquay, que cette déviation en S ne serait pas rare. A l'époque où Blandin faisait cette opération, il fit à l'École pratique une série de recherches sur l'état de la cloison nasale, et il se convainquit que si la déviation considérable est rare, la déviation à un degré plus ou moins prononcé est assez commune.

Chez le jeune homme dont nous avons rapporté l'histoire, la déviation étant accidentelle et non congénitale, était limitée au côté gauche. Il y a quelques années, M. Chassaignac s'occupa aussi de ces déviations des fosses nasales, que l'on rencontre assez souvent chez les individus scrofuleux et lymphatiques, et proposa aussi un moyen d'y remédier.

Remarques sur la luxation du coude en dehors.

Dans notre numéro du 17 septembre dernier, nous avons rapporté une observation de M. le docteur Puech, relative à une luxation du coude en dehors. Quelques inexactitudes ou plutôt quelques omissions dans le manuscrit qui nous avait été communiqué ayant nécessité de notre part quelques remarques, M. Puech s'est empressé de nous adresser les rectifications nécessaires à l'intelligence du texte. Nous sommes heureux de les reproduire, car il eût été regrettable qu'une observation d'un aussi grand intérêt ne se présentât pas avec tous les éléments nécessaires pour servir à compléter l'histoire si intéressante des déplacements articulaires des os du coude.

Les luxations en dehors des deux os de l'avant-bras sont *complètes* ou *incomplètes.* On désigne sous le nom de luxations complètes celles dans lesquelles les surfaces articulaires ont complétement perdu leurs rapports.

Ainsi, dans l'espèce qui nous occupe, les deux os de l'avant-bras ont entièrement abandonné la surface articulaire de l'humérus ; le cubitus se met en rapport avec le bord externe de l'humérus.

Si on cherche à préciser les rapports exacts des os lorsqu'un semblable déplacement s'est produit, voici ce que l'on observe. Le cubitus reste seul en contact avec l'humérus : tantôt son bord interne est en contact avec le bord externe de l'os du bras, tantôt la grande cavité sigmoïde embrasse l'épicondyle. Il en résulte que la luxation complète diffère essentiellement de la luxation incomplète par le raccourcissement du membre. Voyons, en effet, ce qui se passe dans l'une et dans l'autre. Dans la luxation incomplète, la surface articulaire du cubitus est venue se mettre en contact avec la portion de l'humerus qui normalement se logeait dans la cupule du radius, par conséquent le membre conserve à peu près la même longueur, la trochlée et le condyle se trouvant sensiblement sur le même plan. Dans la luxation complète, au contraire, le cubitus est entraîné en haut par la contraction du muscle triceps, le membre est donc raccourci.

Il faut remarquer cependant que les rapports de l'humérus avec la cavité sigmoïde ne sont pas les mêmes dans tous les cas ; si la cavité sigmoïde embrasse l'épicondyle et les muscles qui s'y rattachent, le cubitus ne saurait remonter plus haut, arrêté qu'il est par l'apophyse osseuse et par une saillie musculaire considérable ; il y a bien un raccourcissement, mais celui-ci sera moins grand que si le cubitus, porté plus fortement en dehors, ne trouve plus, pour remonter le long du bord externe de l'humérus, les obstacles que nous avons signalés. Il existerait donc deux variétés de luxation complète externe : la luxation *sous-épicondylienne* et la luxation *sus épicondylienne.*

En présence des particularités que M. Puech avait observées sur le malade confié à ses soins, et sur lesquelles nous aurons à revenir, il était important de déterminer à quelle variété de la luxation complète nous avions affaire ; aussi avons-nous insisté pour avoir les rapports exacts des surfaces osseuses. Nous avions bien pensé qu'il y avait dans le texte qui nous était communiqué une simple omission à réparer, et bien qu'il nous eût été possible de combler cette lacune, nous avons préféré faire à M. Puech un appel qui a été entendu, et nous sommes en mesure de ranger cette luxation à la place qui lui appartient dans le cadre nosologique. Au lieu de cette phrase inintelligible : *Quant à l'humérus, son bord externe se trouve au-dessous de l'épicondyle avec la grande cavité sigmoïde du cubitus*, il faut lire : *Quant à l'humérus, son bord externe est en rapport avec la grande cavité sigmoïde du cubitus, laquelle est au-dessous de l'épicondyle.* Nous avons donc affaire ici à la variété sous-épicondylienne.

Un autre point restait à examiner, c'est le déplacement en haut de l'olécrâne ; il était donc important de savoir quels étaient les points de repère qui avaient été pris ; la phrase que nous trouvions n'était donc pas suffisante. En effet, on lit : *L'olécrâne dépasse de 35 millimètres l'extrémité de l'humérus.* Si sur une luxation incomplète, c'est-à-dire dans laquelle la cavité sigmoïde embrasse le condyle, on mesure la distance qui existe entre la saillie que forme la trochlée sous les téguments et le sommet de l'olécrâne, on trouve environ 35 millimètres ; aussi ne pouvions-nous accepter un symptôme capital de la luxation incomplète comme caractère d'une luxation complète. Mais il suffisait d'ajouter, et c'est M. Puech qui a réparé cette omission, que la distance de 35 millimètres était mesurée *de l'olécrâne à une ligne fictive conduite de l'épitrochlée à l'épicondyle.* Il en résultait donc un véritable raccourcissement mesuré par la distance qui existe entre le condyle et l'épicondyle, par conséquent le raccourcissement normal des luxations sous-épicondyliennes: la variété de la luxation est donc ainsi bien nettement établie.

Si le cas de M. Puech n'avait offert que cette seule particularité, peut-être n'eût-il pas été nécessaire d'insister autant sur ce déplacement, car nous possédons à la vérité un petit nombre de faits, mais ils ont été décrits avec assez de soin pour qu'il ait été possible de tracer une histoire complète des luxations du coude en dehors; mais l'habile praticien de Nîmes a eu raison d'insister sur un fait des plus intéressants, et c'est en cela que son observation est peut-être unique dans la science.

Dans toutes les luxations du coude en dehors, l'avant-bras est dans la pronation ; il a même subi un mouvement de torsion forcée; en effet, le radius, entraîné en avant par le tendon du muscle biceps, ne reste pas sur le côté externe du cubitus, mais vient se placer sur la partie antérieure de cet os. Cette tendance au déplacement en avant est encore augmentée par la résistance que trouve le radius dans les muscles qui s'insèrent à l'épicondyle, et qui dans la luxation dont nous nous occupons semblent sortir de l'espèce d'anneau incomplet que leur forme la cavité sigmoïde. Dans l'observation de M. Puech, rien de semblable ; le radius est resté dans sa position normale relativement au cubitus; le bras est dans la supination et ne peut être porté dans la pronation.

A quoi tient cette disposition toute exceptionnelle? Etudions les phénomènes qui ont accompagné la réduction, et peut-être pourrons-nous en trouver l'explication. La réduction de la luxation observée par M. Puech a été assez pénible; il a fallu y revenir en plusieurs fois ; elle n'a pu s'opérer qu'en deux temps, c'est-à-dire que la luxation de complète est devenue incomplète d'abord, et que le chirurgien dut, en s'aidant du chloroforme, procéder à une nouvelle tentative pour remettre définitivement les os à leur place.

Dans tous les cas que nous connaissons, la réduction a été très-facile ; on n'a pas même eu probablement besoin de recourir aux agents anesthésiques, car les auteurs n'en font pas mention. « N'oublions pas, dit M. Denucé, que l'avant-bras est tordu sur son axe, et que l'extension faite sur le membre dans cette position laisserait à la coaptation un obstacle difficile à surmonter. Il faut préalablement ramener l'avant-bras dans la supination : c'est le premier temps du procédé; l'extension en sera le second temps. » Ce premier temps n'était pas nécessaire dans le cas de M. Puech, et néanmoins il éprouva des difficultés pour réduire.

Voici ce qu'un examen attentif des faits nous permet de supposer :

Les deux os de l'avant-bras étant repoussés en dehors, le radius n'a pas tardé à rencontrer les muscles épicondyliens, et, au lieu de se laisser repousser par eux en avant, peut-être les a-t-il déchirés et est-il venu se loger dans une boutonnière musculaire constituée par le long supinateur, ou le premier ou le second radial externe; de là la persistance de la supination, l'impossibilité de la pronation, les difficultés de la réduction, et enfin la saillie mal accusée de la partie supérieure du radius, puisqu'on ne peut sentir la cupule qu'en déprimant les téguments.

Nous ferons remarquer que ce que nous avançons ici n'est qu'une hypothèse à l'aide de laquelle nous cherchons à expliquer un fait encore unique dans les annales de la science. S'il en est ainsi, au lieu d'une luxation complète en dehors type, nous aurions affaire à une luxation compliquée. Quoi qu'il en soit, nous ne saurions trop remercier M. Puech pour le fait si curieux qu'il nous a fait connaître ; d'ailleurs, nous avons déjà été à même d'étudier les travaux de ce laborieux et savant praticien, et nous osons espérer qu'il voudra bien encore nous faire part des faits qu'il observe avec une si scrupuleuse attention. Dr A. Jamain.

HOPITAL DE LILLE. — M. Arrachard.

Calculs du conduit de Warthon.

Nicolas C..., âgé de trente-trois ans, journalier, entre à l'hôpital de Lille le 11 avril 1859.

Il y a cinq semaines environ, il éprouva quelques douleurs vers l'oreille gauche et la partie correspondante de la mâchoire inférieure. Bientôt les mouvements de la langue, la mastication, la prononciation de certains mots furent gênés. Les douleurs ne sont pas très-vives, sauf lorsque le malade s'expose au vent, au froid ; alors survient un gonflement très marqué de la partie inférieure de la face et de la partie supérieure du cou.

A l'inspection du malade, la région sous-maxillaire offre un déve-

loppement un peu plus considérable à gauche qu'à droite. Le doigt porté sur le plancher de la bouche constate la présence d'une petite tumeur placée entre la langue et la crête oblique qui fait suite à l'embouchure du conduit de Warthon. Elle est d'une dureté pierreuse, nettement limitée, parfaitement mobile sous la muqueuse et sur les tissus sous-jacents, peu douloureuse à la pression. En arrière et en côtoyant la face interne du maxillaire inférieur, on trouve un chapelet de tumeurs plus petites encore que la précédente, du volume d'un petit pois, placées les unes à la suite des autres, au-dessus de la glande sous-maxillaire.

Cette glande est beaucoup plus développée qu'à l'état normal. Elle se prolonge jusqu'au delà de l'angle de la mâchoire, où il est facile de la reconnaître. En effet, le malade étant maigre, on sent sous la peau les sillons qui séparent les lobules. Il n'y a pas le moindre engorgement des ganglions; la muqueuse buccale est parfaitement saine; l'état général est excellent.

L'ensemble de ce tableau ne permettait guère de s'arrêter à l'idée d'une tumeur de mauvaise nature, outre la rareté de cette affection ainsi localisée. Le développement d'un calcul dans un conduit salivaire nous paraissait plus probable. Un stylet fin, introduit dans le conduit de Warthon, pénétra à 12 ou 13 millimètres, bien au delà par conséquent de la tumeur principale, sans faire sentir le frottement caractéristique; puis nous n'avions pas de kyste salivaire. A la rigueur, la non-existence de ce symptôme pouvait s'expliquer par une rainure existant sur le calcul et permettant encore la sortie de la salive.

Le 13, notre collègue M. Parise voulut bien examiner ce malade; il sonda le canal sans obtenir d'autre résultat que la veille.

Le lendemain, je fus plus heureux. Ayant introduit un stylet très-fin, en acier, je ramenai un petit grumeau blanchâtre qui, écrasé entre deux ongles, donnait la sensation rugueuse d'une substance calcaire. Le diagnostic était dès lors certain; l'extraction fut immédiatement pratiquée.

Une incision faite sur la tumeur en fit sortir un calcul blanchâtre, conique, à base irrégulière, ressemblant très-bien à une graine d'orange. Sur sa circonférence se remarquent divers sillons qui permettent de croire que la salive pouvait encore s'écouler par les voies naturelles.

Je ne voulus pas porter le bistouri sur le chapelet de petites tumeurs placées en arrière, les considérant comme formées par l'engorgement de quelques lobules.

Avant de quitter le malade, je fis remarquer aux élèves un point blanc, placé juste à l'orifice du conduit de Warthon; je le laissai afin de voir avec quelle rapidité pouvait se former un calcul.

Le 19, le malade demandant à quitter l'hôpital, j'explorai de nouveau le plancher de la bouche.

Le volume de la glande sous-maxillaire avait notablement diminué, de même que celui du chapelet de noyaux placé sur elle. Un stylet, introduit par l'incision, pénétrait facilement à plus de 3 centimètres sans rencontrer le moindre obstacle. Il parcourait évidemment le conduit de Warthon lui-même, comme le prouvaient sa direction et l'endroit où il aboutissait.

Le point calculeux de l'orifice du canal s'était accru; un coup de ciseau en fit sortir le plus petit des calculs que représente le dessin.

Le malade quitta l'hôpital le jour même.

M. Garreau, qui a bien voulu faire l'analyse chimique de ce calcul, l'a trouvé composé en grande partie de carbonate et de phosphate de chaux, d'un peu d'urate de chaux et de matière animale équivalant à un dixième.

DU PERCHLORURE DE FER DANS LA DIPHTHÉRITE,

Par M. le docteur F. ISNARD.

M. le docteur F. Isnard vient de publier dans l'*Union médicale* un memoire intéressant sur la nature et le traitement rationnel du croup et de l'angine couenneuse, et sur le mode d'action du perchlorure de fer dans la diphthérite; nous reproduisons ici les conclusions qui résument ce mémoire :

I. Le croup et l'angine couenneuse sont des inflammations spéciales de l'arrière-bouche et du tube aérien, avec altération particulière de leurs muqueuses, qui laissent transsuder sous forme pseudo-membraneuse des produits fibrino-albumineux formés aux dépens des éléments du sang.

II. Le croup et l'angine couenneuse sont toujours des affections locales au début. Tantôt elles restent locales, tantôt elles deviennent infectieuses.

III. L'infection diphthéritique est toujours consécutive, jamais primitive. Elle reconnait pour cause l'altération et la résorption des produits pseudo-membraneux: elle est l'analogue de la résorption purulente, laquelle est toujours consécutive soit à une solution de continuité, soit à un état inflammatoire quelconque.

IV. La rapidité et la gravité de l'empoisonnement diphthéritique varient selon une foule de conditions qui nous échappent, et parmi lesquelles l'état épidémique joue le principal rôle.

V. La pseudo-membrane étant la source de tous les phénomènes graves qui apparaissent dans le cours des affections couenneuses, tant par ses effets mécaniques (accès de suffocation, asphyxie, etc.) que par ses effets dynamiques (résorption et empoisonnement diphthéritiques, etc.), c'est à la prévenir et à la détruire que doit surtout s'appliquer la thérapeutique.

VI. Le traitement du croup est médical et chirurgical ou externe.

VII. Le traitement médical rationnel consiste à mettre très-promptement le sang dans des conditions telles qu'il ne laisse plus transsuder à travers les muqueuses ses éléments fibrino-albumineux, ou qu'il ne les laisse échapper que sous une forme à peine séreuse.

VIII. Les fluidifiants et les altérants ont eu le plus de vogue jusqu'ici dans le traitement médical du croup. Mais, en général, ils agissent trop lentement, trop faiblement, ont l'inconvénient de débiliter l'organisme et d'atténuer seulement, sans les prévenir complétement, les dangers de la diphthérite : c'est pourquoi ils doivent être rejetés. De tous, l'émétique à hautes doses est celui qui a produit le plus grand nombre de guérisons.

IX. Les coagulants agissent plus rapidement sur le sang, ont l'avantage de lui laisser tous ses matériaux et de prévenir les accidents ultimes des affections couenneuses. Dans cette classe, le perchlorure de fer, par son innocuité sur l'organisme et la promptitude de ses effets, mérite la préférence. Il est l'espoir de la thérapeutique du croup; il est en quelque sorte le spécifique de cette terrible maladie.

X. L'action du perchlorure de fer dans le croup est triple :

1° Action sur le sang, dont il plastifie plus ou moins les éléments fibrino-albumineux, et les met ainsi dans l'impossibilité de transsuder à travers la muqueuse respiratoire; plus tard, dans les cas infectieux, à travers les parois des tubes urinifères, les solutions de continuité cutanées, les séreuses, etc.

2° Action sur la muqueuse respiratoire, dont il plastifie aussi les éléments fibrino albumineux et resserre la trame organique. Par cet effet, la muqueuse devient incapable de se laisser traverser par les principes albuminoïdes du sang.

3° Action tonique, corroborante sur le système nerveux, action essentielle pour la plupart des médecins; incontestable, mais très-secondaire, à mon avis, dans le traitement immédiat du croup.

XI. Le perchlorure de fer doit être administré le plus près possible du début de l'affection et à hautes doses. Son emploi sera continué à toutes les périodes de la maladie, et lorsque les fausses membranes seront formées, et lorsque l'infection générale sera déclarée. Dans tous ces moments son action sera la même, action plutôt physico-chimique sur les éléments du sang et de la muqueuse respiratoire, que dynamique sur le système nerveux.

XII. Le traitement chirurgical et externe a également son importance. Il consiste en :

1° Frictions d'huile de croton sur le devant du cou; révulsifs aux membres inferieurs;

2° Cautérisation des pseudo-membranes sur les points accessibles;

3° Inhalation de solutions alcalines;

4° Trachéotomie.

Ce traitement chirurgical ne doit en rien entraver le traitement interne, qui, je le répète, sera continué sans interruption depuis le début jusqu'à la disparition complète des phénomènes morbides.

LA RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTÉE DU PUBIS

substituée aux plus graves opérations obstétricales.

Après avoir montré le peu de ressources que la symphyséotomie ordinaire donne pour l'agrandissement du bassin, M. de Cristoforis énonce la proposition suivante, qui sert de base à ses recherches :

Dans le plus grand nombre des cas de dystocie par vice du bassin du deuxième au troisième degré, la cause qui met obstacle à la sortie du fœtus est la paroi antérieure du bassin constituée par les os pubis, et ceci se vérifie aussi bien dans les cas d'étroitesse absolue que dans ceux d'étroitesse relative existant soit au détroit supérieur, soit à l'excavation, soit au détroit inférieur.

Il propose en conséquence de pratiquer, selon le plus ou moins haut degré de l'angustie pelvienne à laquelle on a affaire, la résection de l'une ou des deux branches horizontales du pubis, et d'y ajouter aussi, s'il le faut, la résection de l'une ou des deux branches ascendantes. Le périoste laissé en place conserve aux muscles leurs insertions et leur point d'appui. L'auteur a constaté, par des expériences sur les chiennes, que, même dans les plus complètes des ablations osseuses de cette région, le périoste reproduit ensuite l'os.

D'après les expériences faites sur le cadavre (car le procédé n'a pas été appliqué sur la femme vivante), M. de Cristoforis a pu s'assurer que la résection d'une seule des branches horizontales augmente le diamètre antéro-postérieur de 12 à 14 millimètres sans que le périoste soit exposé à se rompre. Distendue au delà de ce degré, la corde périostique cède et se déchire irrégulièrement en plusieurs points. Si, au lieu de laisser distendre le périoste, on le divise par rotation du pied en dedans, la luxation se produit involontairement quand le malade monte un escalier.

La réduction se fait spontanément et sans secousse dès que l'effort par lequel la luxation existait a complétement disparu.

On a élevé des doutes dans le sein de la Société de chirurgie sur la réalité de la luxation; pour M. Bouvier, ce serait un agrandissement de la cavité cotyloïde, avec laxité de la capsule et un certain écartement des surfaces osseuses sans luxation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 septembre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. GIRALDÈS, à propos du procès-verbal, énumère un certain nombre de faits qui démontrent l'inexactitude d'une opinion absolue sur le véritable sexe des hermaphrodites.

Dans un cas, A. Cooper a trouvé deux ovaires à la dissection; dans un autre, MM. Bouillaud et Manec rencontrèrent un testicule et un ovaire.

Mayer (de Bonn), en disséquant un hermaphrodite, constata la présence d'un testicule bien développé, en même temps que d'un ovaire rudimentaire.

Un chirurgien de Dublin a trouvé un testicule et un organe dont il n'a pu déterminer la nature.

Enfin, Béclard a vu un hermaphrodite chez lequel le flux menstruel était régulièrement établi, mais dont l'autopsie ne fut pas faite.

M. RICHARD demande à la Société quelques jours de délai pour lui présenter, avec des dessins à l'appui, les développements de l'opinion qu'il a émise.

— M. CHASSAIGNAC annonce que le malade atteint de tétanos traumatique, qu'il traite par le *curare* avec MM. les docteurs Tahère (de Saint-Cloud) et André (de Montmartre), a éprouvé une très-grande amélioration.

Il se propose de communiquer ce fait *in extenso* lorsque l'observation en sera complète.

— M. LEGOUEST communique à la Société l'histoire d'une opération de trachéotomie qu'il a faite au commencement du mois, et dont les circonstances lui paraissent dignes d'intérêt tant au point de vue du diagnostic de l'affection pour laquelle elle a été pratiquée qu'à celui de ses résultats.

Le 31 juillet, un militaire avale un os en mangeant sa première cuillerée de soupe; il est pris des accidents ordinairement observés en pareil cas, et immédiatement transporté à l'hôpital de Vincennes, où il reçoit les soins de M. le docteur Goffres. Le cathétérisme de l'œsophage ne fait pas reconnaître la présence d'un corps étranger dans ce conduit; néanmoins les accidents se calment, et le malade sort de l'hôpital quinze jours après son entrée. Il conservait encore, à son dire, une gêne assez grande dans la déglutition et la respiration; d'après une lettre de M. Goffres, il était au contraire parfaitement rétabli.

Le 30 août, il entre dans les salles de chirurgie du Val-de-Grâce; son billet portait pour diagnostic : Ulcération du larynx consécutive à la présence d'un corps étranger dans l'œsophage.

Ce jeune militaire est pâle et amaigri; il respire avec effort, et ne peut avaler que des aliments liquides; sa voix est faible et rauque. Il accuse à gauche du cou, à la hauteur du cartilage thyroïde, une douleur fixe depuis quelques jours, mais qui s'est quelquefois déplacée. Il crache quelques mucosités mêlées de pus et striées de sang.

Le cathétérisme du pharynx et de l'œsophage est facile et ne révèle la présence d'aucun corps étranger.

Du 2 au 6 septembre, la difficulté de respirer devient plus grande, et la douleur, qui a pris un caractère très-aigu, siége à la partie médiane antérieure du larynx.

Dans la nuit du 6 au 7, le malade éprouve trois accès de suffocation entre lesquels le calme renaît.

Le 7, à la visite du matin, il est pris d'un nouvel accès qui menace de l'enlever.

M. Legouest pensa tout d'abord à pratiquer l'œsophagotomie; mais considérant que les sondes, les boules et les éponges passaient facilement dans l'œsophage; que la douleur vive ressentie par le malade s'était fixée depuis la veille sur la partie antérieure du larynx; que les accès de suffocation étaient intermittents, comme ceux que provoquent les corps étrangers tombés dans la trachée, il crut, après avoir pris l'avis de ses collègues, devoir pratiquer la trachéotomie.

L'opération restitua au malade la liberté de la respiration; une canule fut mise en place, et quatre jours après le calme était revenu et le malade se trouvait dans un état satisfaisant.

Mais il ne pouvait encore avaler que des aliments liquides, et lorsqu'on enlevait la canule, il était de nouveau menacé de suffocation.

Le 15, à la visite du matin, M. Legouest, en examinant le malade, fut frappé de la roideur du cou, qui ne pouvait être renversé en arrière sans douleur. Il pratiqua de nouveau, en présence de ses élèves, le cathétérisme du larynx et de l'œsophage.

Le larynx fut trouvé parfaitement libre de bas en haut, aussi bien que de haut en bas. — L'introduction d'une éponge dans l'œsophage fut plus difficile que dans les explorations précédentes. En retirant l'éponge pour la seconde fois, M. Legouest sentit qu'il frottait avec elle sur un corps dur et rugueux, qu'il crut un instant amener complétement au dehors; mais il ne ramena que l'éponge.

Le malade, un peu fatigué, fut remis au lit; à peine était-il couché, qu'il cracha, après une énergique contraction du pharynx, un os, que M. Legouest met sous les yeux de la Société.

C'est un fragment qui paraît appartenir à la cavité tympanique de quelque quadrupède; il est creux, très-irrégulier, et présente des aspérités nombreuses et très-aiguës; sa longueur est de 25 millimètres; sa plus grande largeur de 14 millimètres; l'une de ses extrémités est très-acérée.

M. Legouest attribue l'insuccès, plusieurs fois répété, des explorations de l'œsophage, à la précaution prise d'enduire les éponges avec du blanc d'œuf. Cette substance rend si facile le glissement des éponges, qu'elle leur permet de passer sur les corps étrangers sans être arrêtées. Aussi conseille-t-il de ne se servir, comme il l'a fait en dernier lieu, que d'éponges imbibées d'eau.

Depuis que le malade est débarrassé de son corps étranger, il avale avec facilité toute espèce d'aliments, mais il ne peut respirer sans canule. On lui a mis une canule à soupape, afin d'obliger l'air expiré de passer par les voies naturelles; mais cette canule fonctionne mal, et M. Legouest se propose de la remplacer par une autre, analogue à celle qu'emploient quelquefois les vétérinaires, et composée de deux valves coudées, qui, introduites successivement dans la trachée, n'en tapissent que la paroi antérieure en restant simples, tandis qu'elles forment un cylindre complet dans le trajet de la plaie.

M. HOUEL pense que M. Legouest aura beaucoup de peine à rétablir la respiration par les voies normales. Il attribue la difficulté qu'on éprouve presque toujours en pareil cas à l'influence qu'exerce sur le larynx le contact prolongé du corps étranger, dont la présence provoque la nécrose des cartilages, ainsi qu'on en a cité des exemples.

M. CHASSAIGNAC insiste sur la valeur du signe donné par M. Le-

gouest, comme révélant la présence du corps étranger, à savoir : la difficulté de renverser le cou en arrière sans douleur.

C'est à ce signe que chez un malade hémiplégique, qui ne pouvait donner aucun renseignement sur son état, et qui avait avalé son ratelier, il a reconnu la présence du corps étranger dans le pharynx.

Selon M. Chassaignac, l'obstacle qui s'oppose à l'extraction de la canule ne réside pas toujours dans l'altération des cartilages, car cet obstacle a été rencontré alors que les parties constituantes du larynx étaient parfaitement saines.

M. MOREL-LAVALLÉE est d'avis que la cause de l'impossibilité de retirer la canule est due à un rétrécissement du larynx provoqué par l'inaction de cet organe; aussi pense-t-il que l'emploi d'une canule à soupape est parfaitement rationnel, à la condition que l'ouverture destinée au passage de l'air expiré soit portée très en arrière sur la canule, afin d'empêcher que les bourgeons vasculaires de la plaie ne viennent l'obturer.

M. Morel a fait construire des canules sur le modèle qu'il indique, en y ajoutant un perfectionnement qui consiste à rendre mobile par une articulation la partie immergée de la canule, afin d'éviter que son extrémité inférieure ne froisse les parois de la trachée et ne provoque des douleurs.

M. VELPEAU, dans un voyage qu'il vient de faire à Vienne, a vu un jeune médecin qui depuis longtemps garde en place une canule dans la trachée et ne peut s'en séparer. Il a constaté que l'obstacle à l'extraction de la canule consiste dans le développement à l'intérieur et à la partie supérieure de la plaie faite à la trachée, d'une espèce de polype ou de membrane qui, en formant valvule, s'oppose au libre passage de l'air.

M. LEGOUEST, sans prétendre que l'altération des cartilages n'entre jamais pour rien dans la difficulté du rétablissement de la respiration par les voies normales, ne saurait l'admettre dans le cas présent, attendu que la veille de l'opération le malade respirait et parlait encore, tout en ayant la voix faible et rauque, et qu'après trois jours seulement de présence de la canule dans la trachée, il ne pouvait plus ni respirer ni émettre des sons.

La disposition signalée par M. Velpeau chez notre jeune confrère de Vienne se retrouve en partie chez le malade de M. Legouest; les bords de la plaie sont composés de bourgeons mous, pâles et très-mobiles que l'air fait flotter et attire pendant l'inspiration dans le trajet de la plaie qu'ils obturent en partie.

M. DEGUISE partage l'opinion de M. Houel. Il a fait un assez grand nombre d'autopsies d'aliénés qui, après l'introduction de corps étrangers dans le pharynx, étaient atteints de lésions de l'arbre aérien consistant en ulcérations de la trachée ou nécrose des cartilages. M. Deguise a vu entre autres corps étrangers arrêtés dans la première portion du canal alimentaire, un anneau disposé de façon que les sondes le traversaient facilement sans révéler sa présence, qui ne fut même pas soupçonnée pendant la vie. L'anneau fut trouvé à l'autopsie : il avait provoqué des ulcérations de la trachée.

M. VERNEUIL a essayé plusieurs fois d'enlever une canule chez une infirmière de l'hôpital Beaujon, sur laquelle plusieurs chirurgiens ont fait la même tentative sans succès. Pendant une heure environ la malade respire assez bien; mais il se produit peu à peu un resserrement des bords de la plaie, qui se manifeste bientôt sous forme de spasmes très-énergiques, en même temps que la paroi postérieure de la trachée se rapproche de l'ouverture antérieure : la malade est alors en proie à la plus vive anxiété, suffoque, et succomberait asphyxiée si on ne se hâtait de remettre la canule en place.

M. CHASSAIGNAC signale comme cause d'impossibilité de retirer la canule, la destruction du cartilage thyroïde, dont la circonférence résistante est remplacée par une paroi musculo-membraneuse mobile, qui ne laisse plus à la trachée un calibre suffisant pour le passage d'une assez grande quantité d'air.

M. RICHET fait remarquer que les faits décrits par M. Verneuil, qui du reste, n'a pas prétendu les donner comme nouveaux, ont déjà été décrits par lui à l'occasion d'une malade de Saint-Louis, chez laquelle il les a observés. A l'époque où il en a donné connaissance, il les a attribués à la contraction des fibres musculaires de la paroi postérieure de la trachée, au rétrécissement du calibre de ce canal, et à l'occlusion de la plaie par le rapprochement de la paroi postérieure de la trachée.

M. Richet a constaté de nouveau ces phénomènes chez un enfant que M. Guersant a vu en consultation, qui conserve une canule depuis cinq ans. Il avait proposé d'introduire par la plaie, pour repousser la paroi postérieure de la trachée, un croissant analogue à celui dont se servait Dupuytren pour repousser l'*éperon* dans les anus anormaux; mais l'usage de cet instrument n'a pu être continué, et on a été obligé de revenir à la canule.

M. MOREL-LAVALLÉE, sans nier la cause d'impossibilité de retirer la canule signalée par MM. Verneuil et Richet, pense qu'elle n'est pas la plus commune, et persiste à croire qu'elle réside dans le rétrécissement du larynx, qui, tout en permettant un cathétérisme facile, n'a pas besoin d'être considérable pour entraver le jeu normal de la respiration, et surtout dans l'engorgement chronique du tissu sous muqueux.

M. RICHET n'a pas voulu dire qu'un cathétérisme facile impliquât la possibilité de respirer; il n'a fait que rappeler les phénomènes de physiologie pathologique observés par lui dans la section complète ou incomplète de la trachée-artère.

LECTURE.

M. PERRIN, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lit un mémoire sur une variété non décrite de fistules pulmonaires cutanées. (Commissaires : MM. Larrey, Folin et Verneuil.)

— M. CHASSAIGNAC présente, au nom de M. le docteur Lucomski, un mémoire intitulé : *Du traitement de la syphilis par la vaccination, c'est-à-dire par l'inoculation du virus-vaccin.* (Commiss. : MM. Cullerier, Follin et A. Guérin.)

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. BOINET présente un kyste pileux et osseux de l'ovaire droit que M. le docteur Mesnet a trouvé chez une jeune fille de dix-huit ans, morte dans son service à l'hôpital de la Pitié. Les renseignements recueillis sur cette jeune fille sont malheureusement très-incomplets, et n'ont pas toute l'exactitude qu'on désirerait. Si on doit l'en croire, elle aurait éprouvé, dès l'âge de sept à huit ans, un commencement de tuméfaction dans la fosse iliaque droite; puis peu à peu son ventre, qui la faisait toujours souffrir, aurait pris un développement plus considérable, et tel qu'il y a six ans on a été forcé de lui faire une ponction, qui a donné issue à douze ou quinze litres d'un liquide jaunâtre; puis, il y a trois mois, on aurait été obligé de revenir à une seconde ponction.

Suivant le dire d'une infirmière qui aurait reconnu cette malade, la première ponction aurait été suivie d'une injection iodée, et un an après aurait eu lieu un accouchement. Le col de l'utérus et l'examen des parties génitales ne démentent pas ce fait, mais ne le confirment pas; quoi qu'il en soit, la santé de cette malade a toujours été mauvaise, et, il y a huit jours seulement, elle est entrée dans le service de M. Mesnet dans un état déplorable, et offrant tous les symptômes de la fièvre hectique.

L'autopsie n'a pas montré la moindre trace de péritonite, ce qui indique que le liquide retiré lors des ponctions provenait d'un kyste de l'ovaire et non du péritoine; dans l'ovaire droit, on a trouvé un kyste assez volumineux, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, adhérant dans presque toute son étenenvironnadue aux parties ntes, et à parois épaisses.

Il renferme :

1° Un peloton, gros comme les deux poings, de cheveux ou poils rouges et blonds enchevêtrés, non adhérent aux parois du kyste; une boucle de ces cheveux, formant un anneau, est enroulée autour d'une bride à laquelle elle n'adhère pas.

2° Au-dessous de ces cheveux on remarque un os volumineux, aplati, et sans forme bien déterminée. Cet os, qui est presque aussi large que la paume de la main, ressemble par son extrémité supérieure à un omoplate, et par son extrémité inférieure, qui est divisée en trois branches osseuses très-aiguës, aux apophyses du maxillaire inférieur. Cette production osseuse est placée dans l'épaisseur de la paroi profonde du kyste, à laquelle elle adhère d'une manière très-intime, et est recouverte de toutes parts par un tissu dur, fibreux, comme cartilagineux.

3° Le kyste de l'ovaire contenait une grande quantité de poils blonds, au milieu d'un liquide de couleur jaune, gras au toucher, de consistance de boue claire.

Un grand nombre de grumeaux de matière jaunâtre étaient disséminés dans la masse du liquide. Leur odeur, ainsi que celle du liquide, était repoussante, et rappelait l'odeur de matières animales en putréfaction.

Le liquide, essayé au papier rouge de tournesol, faisait passer la couleur au bleu; une baguette trempée dans l'acide chlorhydrique faisait apparaître, quand on l'approchait du liquide, des fumées blanchâtres de chlorhydrate d'ammoniaque. Le liquide était donc alcalin, et contenait un sel d'ammoniaque, le carbonate d'ammoniaque.

De l'acide nitrique versé dans ce liquide y occasionnait un précipité blanc d'albumine. Une petite quantité de la matière filamenteuse prise avec une pince à pansement, et agitée avec une grande quantité d'eau, laissait un chevelu composé de poils très-blonds; l'eau devenait laiteuse, et après quelques moments de repos sa surface était recouverte de grumeaux jaunâtres.

Ces grumeaux sont insolubles dans l'eau, l'alcool et l'éther; traités par l'acide nitrique, ils se dissolvent dans cet acide. Si on les dissout dans l'acide nitrique et qu'on les chauffe, la liqueur se colore en rouge.

10 grammes environ de cette matière (contenant les poils, le liquide et les grumeaux), traités par l'éther, donnent un précipité blanc. Si l'on décante l'éther dans une capsule et qu'on laisse évaporer, on obtient une grande quantité de matière grasse, huileuse, puis de la cholestérine remarquable par ses lames cristallines. Le reste est composé des poils et du précipité qui n'est que les grumeaux qui présentent les mêmes caractères énoncés plus haut.

En résumé, le kyste contenait :

1° Des poils;

2° Un liquide contenant de l'albumine;

3° Des grumeaux d'albumine concrétée :

4° Une grande quantité de matière grasse, huileuse, et de la cholestérine.

Les renseignements fournis sur ce fait, très-intéressant d'ailleurs au point de vue des produits renfermés dans le kyste, sont malheureusement trop incertains pour qu'on puisse en tirer une conclusion rigoureuse. Si, en effet, on avait eu la certitude que cette tumeur de l'ovaire a commencé à se développer dès l'âge de sept ou huit ans, que cette fille n'a pas eu de rapports sexuels, ce fait aurait pu servir à soulever le voile qui couvre l'origine de ces produits, et venir en aide à ceux qui pensent, avec Blumenbach, Lebert, etc., qu'ils peuvent se produire sans rapprochements sexuels, en vertu d'une force plastique, d'un *nivus formativus*, qui pourrait donner naissance à ces corps sans copulation antérieure.

Le secrétaire, LEGOUEST.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Gantheret, né à Seurre (Côte-d'Or); *Considérations pratiques sur les affections charbonneuses en général et sur la pustule maligne en particulier.*

Chaumier, né à Saint-Flovier (Indre-et-Loire); *Études chimiques, hygiéniques et médico-légales sur le phosphore.*

Klotz, né à Strasbourg (Bas-Rhin); *Sur la pneumonie bilieuse.*

Badour, né à Tulle (Corrèze); *Études sur la colique.*

Gros, né à Deuze (Nièvre); *Des accidents consécutifs à la diphthérie.*

Barat-Dulaurier, né à Saint-Martin-de-Gurçon (Dordogne); *Études sur les hémorrhagies de la moelle, ou hémato-myélie.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La presse médicale espagnole vient de perdre M. Vicente Greus y Girona, directeur du journal *la Actualidad.*

— Un nouveau journal de médecine vient d'être fondé à Madrid sous le titre de *el Especialista.* Il paraît tous les quinze jours, dans le format in-4°, et a pour rédacteur en chef le docteur Léon Chéca.

— Le mélange suivant est proposé par le docteur Pacini pour la conservation des globules sanguins, des nerfs, des ganglions, de la rétine, et généralement des tissus blancs : Protochlorure de mercure, 1 partie; chlorure de sodium, 2; glycérine (à 25° Baumé), 13; eau distillée, 113.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 119. — MARDI 11 OCTOBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 119. — MARDI 11 OCTOBRE 1859.

Ce journal paraît [illegible] par semaine :
LE MARDI, L[illegible] LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 OCTOBRE 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a reçu dans cette séance, de M. de Baer, l'un de ses correspondants étrangers, deux ouvrages relatifs à des points d'anthropologie ; de M. C. Leroy, un mémoire sur la dissimulation de l'arsenic par la présence de l'hydrogène sulfuré dans l'appareil de Marsh, travail dont l'objet est de prémunir les experts contre des circonstances qui seraient de nature à entraîner à des conclusions erronées dans les expertises médico-légales, en dissimulant la présence de l'arsenic dans les matières soumises à leur examen ; et de M. Billiard, de Corbigny, une note sur la destruction absolue de l'odeur de gangrène au moyen du chlorate de potasse. C'est en appliquant un mélange de chlorate de potasse et de terre argileuse sur une plaie gangréneuse, d'après des idées développées dans de précédentes communications, que M. Billiard a constaté la propriété désinfectante de ce mélange.

A propos de désinfection, on trouvera plus loin une note sur la désinfection traumatique par le charbon, de M. le docteur Al. Delacoux, qui en a apprécié les bons effets sur lui-même. — Dr Brochin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. DESPRÉS.

Emploi de la belladone à dose toxique dans certaines formes du choléra.

(Recueilli par M. J. CHALVET, interne du service).

La belladone, comme on le sait, a pour effets physiologiques de diminuer les flux intestinaux et de suspendre les contractions musculaires exagérées. Ces propriétés devaient tout naturellement inspirer l'idée d'en faire l'application au traitement du choléra.

Lorsque la belladone commença à être employée comme médicament vers la fin du dix-septième siècle, on redoutait beaucoup les phénomènes qui suivent généralement son absorption. Aujourd'hui les praticiens qui l'administrent avec le plus de prédilection regardent comme une preuve de son action utile sur nos organes les premiers phénomènes du narcotisme, tels que des vertiges, un peu de délire, la dilatation des pupilles, etc.

Depuis que l'on fait usage des injections d'atropine pour combattre les névralgies rebelles, on a eu l'occasion de reconnaître le peu de gravité de ces désordres cérébraux.

En rendant compte des résultats obtenus à la Pitié par M. Becquerel à l'aide de ce procédé, M. Leven insiste beaucoup sur la constance de ces phénomènes d'intoxication, qui n'ont jamais eu de tendance à devenir fâcheux.

Il est quelquefois arrivé que des malades ont pris par mégarde des quantités relativement énormes de belladone : quelques-uns même ont dû leur guérison à cette erreur, ainsi que le rapporte M. Cazin (*Monographie de la belladone*, p. 36), au sujet d'un malade affecté d'un rétrécissement spasmodique de l'urèthre. Cet homme ayant avalé un liniment belladoné au lieu d'une mixture purgative, des phénomènes d'un narcotisme modéré se manifestèrent et la strangurie cessa.

M. Desprès a été témoin, à Bicêtre, d'une méprise de ce genre. Un pot d'extrait de belladone fut oublié sur la planche du lit d'un malade que l'on devait opérer d'une cataracte double. Ce dernier confondit le pot d'extrait de belladone avec un pot de confitures de même dimension, et il s'administra une épaisse tartine du dangereux médicament. Il en fut quitte pour un sommeil ou plutôt un coma de trois jours, qui fut combattu par le café noir à haute dose.

Si l'on met de côté les idiosyncrasies exceptionnelles, on peut dire que les malades résistent bien en général à l'action toxique de la belladone.

M. Fuller vient encore d'insister sur ce fait, que l'on peut prescrire chez les enfants des doses de belladone aussi élevées que chez les adultes. Le même auteur attribue l'inconstance des résultats de ce médicament, dans les maladies de l'enfance surtout, à l'insuffisance des doses.

Il était nécessaire d'entrer dans ces quelques détails avant d'exposer brièvement la méthode qui fait le sujet de cette note.

Je ne m'arrêterai point à décrire les idées particulières que professe M. Desprès sur la nature du choléra, il se réserve lui-même ce soin pour plus tard ; je ne ferai qu'indiquer ici les circonstances de la première tentative de cette médication, que nous croyons appelée à rendre de véritables services dans certaines formes de ce terrible fléau.

Pendant l'épidémie de 1853, M. Desprès fut appelé pour donner des soins à un horticulteur distingué, M. X..., atteint du choléra. Ce malade était dans un état déplorable. Les vomissements, les évacuations alvines et les crampes ne discontinuaient pas. Il y avait refroidissement général, cyanose dans les membres, et, au milieu de cet appareil de symptômes alarmants, impossibilité de faire absorber quoi que ce fût par les voies ordinaires. Les potions et les lavements étaient aussi vite rejetés qu'administrés. Le traitement dut se borner à l'application d'un vésicatoire à l'épigastre et aux frictions d'usage.

Il était alors cinq heures du matin ; M. Desprès se retira et ne revit le malade que vers midi.

Son état n'avait fait que s'aggraver encore ; les yeux commençaient à se flétrir ; sur quelques points de la sclérotique, on voyait des plaques où la muqueuse était desséchée ; tout faisait supposer qu'une terminaison funeste ne se ferait pas attendre.

En présence d'un danger si imminent, M. Desprès eut l'heureuse idée d'administrer, par la méthode endermique, la substance qu'il ne manque jamais d'employer en pareil cas, après avoir préparé le malade par un éméto-cathartique.

Comme le vésicatoire commençait à prendre, quelques frictions suffirent pour dénuder rapidement le derme, sur lequel on appliqua du papier gris, imprégné d'une quantité d'extrait de belladone égale à celle du cérat qu'on emploie pour faire un pansement simple.

L'absorption fut tellement prompte que, *à l'instant même*, les phénomènes cholériques cessèrent comme par enchantement. Dès lors, plus de crampes, plus de vomissements, plus de diarrhée. Les pupilles se dilatèrent, la respiration devint ronflante, et les muscles tombèrent dans la résolution complète. Progressivement la peau reprit sa chaleur normale, et la circulation se régularisa.

Au bout de quelques minutes, jugeant le narcotisme suffisamment établi, M. Desprès enleva l'application belladonée, recouvrit la surface absorbante d'un linge cératé, et le malade continua son paisible sommeil. Deux heures après, il dormait toujours et réagissait si faiblement lorsqu'on l'excitait par des secousses ou par des questions pressantes, que M. Desprès et M. Leroux, médecin ordinaire de la famille, eurent un instant des craintes sérieuses sur les suites de cet empoisonnement thérapeutique. La surface du vésicatoire fut lavée à l'eau tiède pour entraîner la matière toxique, qui, retenue dans les anfractuosités de la surface libre du derme, pouvait, en continuant à être absorbée, aggraver encore la position. Puis, dans le but de combattre les effets sédatifs de la belladone, on fit abondamment usage de l'infusion de café, qui ne fut pas rejetée.

Durant la nuit, les symptômes de dépression se dissipèrent insensiblement, et le malade ne reprit l'usage de ses facultés que dans la soirée du lendemain.

Avec la disparition du narcotisme commença la convalescence ; il ne fut plus question du choléra.

A cette même époque le fils de M. X... et trois autres cholériques très-gravement atteints furent traités de même et avec autant de succès par ce chirurgien.

Jusqu'à ce jour, l'occasion de mettre à l'épreuve le procédé du maître ne s'est pas offerte dans le service de chirurgie de Bicêtre pour le choléra ; cependant le fait qui suit, joint à d'autres observations cliniques, ne nous permet pas de mettre en doute les bons effets que l'on pourra tirer de cette médication, lorsqu'il s'agira de combattre les crampes, de rétablir la circulation et d'arrêter le flux.

M. W..., âgé de soixante-quinze ans, entré au n° 14 de la salle Saint-Prosper pour une maladie grave (tumeur fibreuse de l'estomac), fut pris dans les deux derniers jours d'avril 1859 d'accidents cholériformes caractérisés par une diarrhée continuelle, des vomissements incoercibles, avec refroidissement général, cyanose des extrémités et soubresauts des tendons. Les moyens ordinaires, employés pendant deux jours, n'ayant amené aucune amélioration, M. Desprès crut devoir recourir à l'extrait de belladone, administré par la méthode endermique.

Le 1er mai, à dix heures du matin, une compresse enduite avec gros comme une noisette d'extrait de belladone, fut appliquée sur un vésicatoire déjà existant à l'épigastre. L'absorption fut plus lente que dans l'observation précédente, à cause sans doute de la membrane pyogénique qui recouvrait déjà la plaie. Il fallut dix minutes pour produire le narcotisme.

Des phénomènes analogues à ceux déjà signalés se manifestèrent. Le malade tomba dans une résolution complète ; la respiration devint stertoreuse ; la circulation reprit son cours régulier, et la face, d'abord terreuse, se colora en rose. Alors on lava à l'eau tiède la surface du vésicatoire pour arrêter les progrès de l'intoxication.

M. Desprès nous recommanda d'exercer la plus active surveillance et de ne commencer l'administration du café que vers deux heures, si le malade ne présentait aucun phénomène inquiétant.

Durant ce temps-là, le sommeil fut profond. Les pupilles étaient dilatées ; par intervalles W... éprouvait des hallucinations ; il cherchait autour de lui à saisir avec la main des objets imaginaires. La diarrhée et les vomissements avaient cessé.

A l'heure indiquée, on fit prendre la première dose de café. La déglutition fut d'abord difficile ; bientôt le malade prit facilement le bord de la tasse et but sans difficulté. Il en fut de même durant le reste de la soirée, et ce ne fut que vers neuf heures que l'intelligence reprit son libre exercice.

Le 2, à la visite, le malade était calme, l'aphonie complète. Vers le soir, les vomissements recommencèrent ; ils étaient moins fréquents. La diarrhée ne se rétablit pas. La nature de la maladie rendait inévitable cette récidive, et sa période avancée ne permettait pas de songer à une nouvelle tentative de *narcotisation*.

Cette méthode de traitement nous a paru digne de fixer l'attention des praticiens, nous la livrons à leur méditation.

Nous ne connaissons aucun moyen plus capable de conjurer dans certains cas les formidables symptômes du choléra, à cause de l'administration toujours possible de la belladone par le derme dénudé, et de son action si promptement héroïque pour tarir les flux, faciliter l'absorption et faire cesser les contractions musculaires.

DE LA FRÉQUENCE DE L'INTOXICATION PLOMBIQUE, principalement au Havre.

Par M. le docteur E. FALIZE.

De tous les empoisonnements accidentels, celui par le plomb est certainement le plus fréquent et aussi le plus souvent méconnu. Il est donc du plus haut intérêt de faire connaître les sources de ces accidents et d'en signaler la marche insidieuse.

Depuis dix ans je suis à la piste des sujets atteints d'intoxication saturnine, et je puis affirmer qu'ils se sont montrés très-fréquemment à mon observation, tant à l'hôpital que dans ma clientèle civile.

Le Havre serait-il donc la principale cité ayant le privilége de fournir la plus grande part d'affections de ce genre ? Je le pense, et voici pourquoi.

Où rencontrons-nous ces maladies ?

1° Chez les peintres de profession ;

2° Chez les chauffeurs et les mécaniciens des bateaux à vapeur ;

3° Chez les marins de certains navires à voiles et au long cours ;

4° Chez beaucoup de buveurs de cidre.

Comme ces conditions sont particulières à notre port, on voit que nous pouvions y faire nos observations sur une très-large échelle.

I. — Les peintres (et ils sont nombreux au Havre), par leur profession, manient le minium et la céruse ; ils l'absorbent amplement par la peau et la respiration.

Aussi les accidents auxquels ils sont exposés ne peuvent être méconnus, puisque la profession seule suffit pour se mettre en garde.

II. — Les chauffeurs et les mécaniciens manient et respirent aussi très-largement la céruse et le minium sous toutes les formes. Aussi cette profession expose-t-elle particulièrement et beaucoup plus que la précédente aux accidents saturnins. Cette fréquence, chez eux, est due aussi à la grande chaleur des milieux où ils se trouvent. Il est évident que le calorique, en ouvrant les pores de la peau et en évaporant dans l'air ambiant une grande quantité de molécules toxiques, rend l'absorption pulmonaire et cutanée beaucoup plus active.

III. — Les marins naviguant au long cours sur navires à voiles, sont assez souvent atteints de l'affection qui nous occupe. Ici plus de causes ambiantes, plus d'absorptions cutanées et pul-

monaires. Il faut donc rechercher ailleurs le poison. C'est dans le vin d'équipage, dans l'eau distillée par les appareils en plomb et dans les boîtes de conserves que nous allons le retrouver.

Et d'abord voyons, ce qui est curieux, ceux des marins qui sont le plus souvent atteints, et même presque à l'exclusion des autres.

Je les place dans l'ordre le plus fréquent :

1° Le cuisinier; 2° le maître d'hôtel; 3° le maître d'équipage 4° les lieutenants; 5° le mousse de chambre; 6° le capitaine (quelquefois); 7° les matelots (très-rarement).

Le cuisinier, par sa position, n'est-il pas celui qui, en particulier, peut boire le plus de vin, manger le plus de conserves et déguster les premières parties de l'eau qu'il distille? Aussi est-il très-souvent atteint. Les autres se trouvent bien aussi à peu près dans les mêmes conditions, mais cependant pas autant que lui.

Il ne faut donc pas se le dissimuler, c'est le cuisinier, le maître d'hôtel, le maître d'équipage, les lieutenants et le mousse de chambre qui prennent le plus de vin. Ne sont-ils pas d'ailleurs solidaires les uns des autres, et n'ont-ils pas le moyen de se procurer très-facilement la clef de la cambuse? D'un autre côté, quand le capitaine est pris d'affection saturnine, on peut être certain qu'il fait usage du vin d'équipage, sans doute dans le but d'économiser son vin de chambre; mais aujourd'hui cette circonstance devient de plus en plus rare, puisque le capitaine n'a plus le même intérêt à faire de l'économie dans les comestibles, et que d'ailleurs il doit préférer le bon vin au mauvais.

1° Pourquoi le vin d'équipage contient-il du plomb?

On sait qu'en général les armateurs, en cherchant l'économie, s'adressent à la concurrence des fournisseurs les plus accommodants pour le prix. Qu'arrive-t-il alors? Le vin naturel est cher? On le vend bon marché... il faut donc le falsifier, et comment? Là est toute la question.

Il faudrait être dans le secret intime de la fabrication, qui ne se dévoile guère, pour connaître réellement l'amalgame de leur composition hétérogène.

Toujours est-il qu'il contient de la litharge, oxyde plombique qui clarifie le mieux, le plus promptement et à meilleur marché les gros vins de toute nature.

La fraude dévoilée, il faut espérer que les falsificateurs s'arrêteront dans leur coupable industrie et que nous n'aurons plus à déplorer autant de victimes de leurs méfaits.

Car il faut l'avouer, non-seulement par cette intoxication on devient souvent paralysé et pour toujours, mais encore on peut quelquefois y perdre la vie.

La sollicitude de l'autorité devrait certainement intervenir dans ces sortes de fraudes.

Ne pourrait-on pas les prévenir en instituant une commission *ad hoc* qui aurait la mission d'expertiser *chaque* pièce de vin embarquée?

2° L'eau provenant de la distillation de l'eau de mer par des appareils en plomb doit certainement contenir abondamment des sels de plomb, surtout quand les conduits sont anciens. Pourquoi alors employer ce métal! Mieux vaudrait les appareils en cuivre! Mais n'avons-nous pas d'autres métaux, d'autres moyens pour arriver au même but?

3° Les boîtes de conserves, qui sont si employées aujourd'hui et si utiles dans les voyages au long cours, ont leurs soudures presque exclusivement composées d'un *alliage de plomb et d'étain*, où le premier entre tantôt pour un tiers, tantôt pour deux tiers. Cette soudure bave souvent dans l'intérieur des boîtes au moment du soudage et laisse ainsi l'aliment conservé longtemps en contact avec ce principe toxique qui l'imprègne.

N'éviterait-on pas encore ici de tels accidents en employant une tout autre composition de soudure ou des procédés plus convenables de fermeture?

A bord des bâtiments à voiles et au long cours, l'intoxication plombique provient donc de trois sources principales. Toutes trois sont faciles à tarir, puisqu'on les connaît.

Laissera-t-on persister plus longtemps un tel état de choses, surtout quand l'on pense à la quantité de marins qui se trouvent soumis à cet empoisonnement, empoisonnement qui devient d'autant plus grave que la médecine à bord est incomplète et souvent même nulle, que les instructions du *médecin-papier* sont muettes à cet égard?

Je n'ai jamais rencontré de pareils accidents chez les marins des petits navires caboteurs. Il est vrai que je ne vois pas non plus chez eux la moindre ressemblance sous le rapport de l'hygiène alimentaire : pas de conserves, pas d'eau distillée, pas de vin falsifié, ou s'ils boivent quelquefois du vin de cette nature, ils n'ont pas le temps d'en recevoir l'action délétère, car il est prouvé par les faits que, pour ressentir les effets de l'intoxication, il faut y être soumis depuis assez longtemps (1 mois à 3 mois).

IV. — Les Normands sont aussi passionnés pour le cidre que les Flamands le sont pour la bière, aussi la majeure partie de notre classe ouvrière fait-elle sa boisson habituelle de ce nectar acidulé.

Chez les paysans, chez certains bourgeois dans l'aisance, on brasse le cidre dans toute sa pureté, sans autre mélange que l'eau pure pour l'affaiblir.

Mais il n'en est pas de même dans les grands centres de population, surtout les années où il y a disette de pommes. Alors les falsifications vont leur train.

Ces cidres presque sans pommes (comme le vin sans raisins) contiennent bien des éléments divers. C'est alors dans ces circonstances que la clarification est nécessaire et que la litharge apporte ses procédés.

Ensuite, que fait le débitant? Pour s'épargner du temps et pour sa plus grande commodité, il installe de longs conduits presque toujours en plomb, partant des fûts qui se trouvent dans un cellier plus ou moins éloigné pour les faire aboutir au robinet de son comptoir.

On connaît l'action des acides sur le plomb. Les acides malique, carbonique et acétique transforment en oxydes ou en sels plombiques la surface interne des tuyaux, pour les redissoudre dans le cidre qui se débite.

Déjà, à Paris, l'autorité a eu la sagesse de défendre les conduits en plomb; mais en province, et surtout au Havre, cet état de choses existe amplement encore, et au préjudice des consommateurs.

J'ai eu tant de fois l'occasion de rencontrer ces accidents plombiques chez des buveurs de cidre, que j'ai été effrayé de leur fréquence.

Je vais citer seulement deux exemples récents de cet empoisonnement.

1° Un ouvrier entre à l'hôpital pour des coliques sèches datant déjà de plusieurs jours, et que je reconnais aussitôt pour les symptômes de coliques de plomb. A mes questions d'usage il me répond qu'il est *terrassier*, que sa femme tient un petit débit où le cidre arrive par des tuyaux en plomb, et qu'il a l'habitude d'en boire les deux premiers verres aussitôt l'ouverture de sa porte.

2° Un maître menuisier se présente à ma consultation pour une paralysie incomplète avec atrophie des muscles des mains et des avant-bras.

Frappé de la ressemblance de cette paralysie avec celles provenant des suites de l'intoxication saturnine, je lui posai ces questions :

D. Vous buvez habituellement du cidre? — R. Oui.

D. D'où le tirez-vous? — R. Du débit voisin.

D. Vous devez avoir eu des coliques sèches? — R. Non.

D. Je persiste cependant à le croire; rappelez-vous...—R. C'est vrai, maintenant, mais il y a quinze ou seize ans.

Je signale ces faits à l'autorité compétente, afin qu'elle puisse en aviser le plus efficacement possible, car réellement il y a urgence.

Corollaires. — I. — Les intoxications saturnines sont aujourd'hui très-multipliées.

II. — Ces accidents se produisent :

1° Chez ceux qui, par profession, manient et respirent les préparations de plomb : les peintres, les chauffeurs et les mécaniciens des bateaux à vapeur;

2° Chez ceux qui boivent du vin, du cidre, après leur clarification par la litharge, ou chez ceux qui boivent tout liquide ayant passé ou séjourné dans des conduits et des récipients en plomb;

3° Chez ceux qui mangent des aliments conservés dans des boites qui contiennent une préparation plombique.

III. — L'intoxication saturnine est toujours assez lente à se faire. Il lui faut plusieurs semaines, souvent plusieurs mois d'incubation, avant d'arriver aux symptômes graves apparents.

IV. — 99 fois sur 100, les accidents apparents sérieux débutent par des coliques sèches plus ou moins fortes (ce sont les accidents primitifs).

V. — Les paralysies ne sont que des résultats consécutifs des accidents primitifs. Elles se rencontrent d'emblée très-rarement (ce sont les accidents secondaires).

VI. — Les lésions cérébrales (les convulsions, l'éclampsie et l'épilepsie, la folie, les céphalalgies persistantes) se manifestent assez rarement, mais elles sont toujours des accidents tertiaires.

VII. — Avant la manifestation des accidents sérieux apparents, on peut reconnaître cette intoxication à l'aspect du rebord alvéolaire des gencives, qui prend la nuance et la disposition d'un liséré bleu-violet sans gonflement. Ce signe de diagnostic est infaillible. On a d'ailleurs l'hygiène habituelle du malade pour le corroborer.

VIII. — Les sujets atteints d'intoxication saturnine sont tous, à peu d'exceptions près, maigres, à peau décolorée, avec une expression de souffrance dans les traits de la face. Cet état exprime déjà un commencement de cachexie plombique, surtout quand il s'y mêle un trouble des fonctions digestives avec tendance à la constipation.

IX. — Toutes ces conclusions sont basées sur de nombreuses observations accidentelles et sur l'expérimentation pendant plusieurs mois, chez des malades atteints d'affection chronique de la poitrine où la céruse (carbonate de plomb) et l'acétate de plomb ont été administrés selon l'indication d'un médecin en renom de Paris, pour soulager et même guérir quelques-unes de ces terribles maladies connues sous le nom de mal de poitrine.

SIMPLE NOTE SUR LES DÉSINFECTANTS.

Par M. le docteur Al. Delacoux, ancien chirurgien de marine.

Depuis deux mois la question des désinfectants est l'objet de graves discussions, mais si diversement interprétées par la presse que le public éclairé ne peut encore avoir aucune opinion arrêtée sur cet important sujet. Disons avant tout qu'au point de vue médical il n'y a point de désinfectant véritable, c'est-à-dire d'agent qui détruise et annihile le miasme nosogénique. Quant aux applications chirurgicales qui ne se rapportent qu'à une impression olfactive, il n'y aurait que l'embarras du choix si l'on demandait à la science les moyens de masquer les zoénles traumatiques de quelque nature qu'elles fussent.

L'infection, comme phénomène traumatique, peut se présenter d'ailleurs dans des conditions différentes. Toute suppuration abondante, sans être de mauvais caractère, peut dans les temps chauds, dans un air confiné, si les pansements sont distancés, passer à l'infection. C'est ce qui peut avoir lieu sur des individus isolés portant des plaies qu'ils négligent de panser et de nettoyer, même sur ceux qui portent de simples exutoires. Ici l'infection, qu'on pourrait appeler accidentelle et d'incurie, est donc facile à faire cesser par des soins appliqués en temps opportun.

Au sein des hôpitaux, dans les encombrements, l'infection des plaies n'est plus le fait d'une altération de la suppuration, mais celui d'une désorganisation de tissu, soit dans les cas de pourriture d'hôpital ou de gangrène, soit dans la pyobémie diffluente particulière à l'amputation. Ce sont ces sortes d'infections qui dans tous les temps ont préoccupé les chirurgiens des hôpitaux, et contre lesquelles tant de moyens divers ont été dirigés avec plus ou moins d'efficacité. Il y a cinquante ans, dans nos hôpitaux de la marine, le charbon en poudre était employé comme détersif et désinfectant; mais, comme tant d'autres moyens, il fut abandonné pour être remplacé par le tan, le quinquina et le sucre, auxquels on adjoignait les lotions avec l'hydrochlorate d'ammoniaque. Pour seconder l'action de ces topiques, on faisait concourir les fumigations guytoniennes, celles plus actives encore de chlorure de soude, plus incommodes que l'infection olfactive que l'on cherchait à combattre; on pouvait bien neutraliser les miasmes putrides suspendus dans l'atmosphère, mais on ne les attaquait point au foyer dont ils se dégageaient.

Ce système de désinfection dura tant que les chlorures Labarraque ne furent point proclamés comme les désinfectants les plus puissants qui eussent encore été découverts. Mais on ne tarda pas à reconnaître que ces antidotes de l'infection n'étaient guère applicables qu'à l'hygiène domestique et nosocomiale, la médecine traumatique ne pouvant en retirer que de bien minces bénéfices.

Mais voilà que le charbon vient revendiquer son ancien emploi, et entrer comme élément principal dans la charpie carbonifère de MM. Pichot et Malapert. Divers journaux de médecine, tout en parlant du nouveau topique, ne lui ont cependant attribué que des propriétés désinfectantes, quand ils auraient dû indiquer celles qui doivent lui assigner sa véritable place dans la thérapeutique des traumaties. Pour nous, cette place lui est acquise plus encore par ses vertus absorbantes et détersives que par ses qualités désinfectantes. Dans les cas de suppuration tenace, pourriture d'hôpital ou de tout autre caractère, qui ont résisté aux lotions ou à d'autres applications, le charbon en a toujours triomphé; mais ne perdons point de vue que là s'arrêtent ses effets; c'est ensuite au médecin à tirer parti de la situation, à changer les conditions de la plaie au moyen d'agents plus actifs. Ces données sur les propriétés absorbantes et détersives du charbon datent pour nous d'un demi-siècle.

Ce que je viens d'expérimenter sur moi-même pourra être apprécié à sa juste valeur. Sous l'influence des premières chaleurs caniculaires, une petite plaie que je portais à la jambe s'enflamme, s'exaspère, s'agrandit, devient douloureuse et profonde avec une suppuration d'aspect sinistre et difficile à détacher. Pendant plusieurs jours, j'ai employé la charpie carbonifère; la plaie s'est nettoyée, et a été ensuite badigeonnée avec une solution d'azotate d'argent, et pansée simplement pour en attendre la cicatrisation en temps nécessaire.

Il nous est donc démontré que le nouveau topique réunit les propriétés incontestables de déterger et de désinfecter les plaies atteintes de pourriture de mauvaise nature. La médecine traumatique, qui a aussi ses indications accidentelles et passagères, trouvera donc souvent l'occasion de faire une heureuse application de la charpie carbonifère, application d'ailleurs facile dans tous les cas de plaies profondes, sinueuses et caverneuses, ce qui n'est pas praticable avec les préparations essentiellement pulvérulentes.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES ET ÉTIOLOGIQUES sur l'éléphantiasis des Arabes.

Par Mazaé Azéma, d.-m.-p., médecin de l'hôpital civil de Saint-Denis (île de la Réunion).

§ I. — Les annales de la science renferment déjà un nombre assez imposant de succès venant couronner l'amputation des parties affectées d'éléphantiasis des Arabes, pour qu'on soit autorisé à en appeler de l'arrêt porté par quelques auteurs contre cette opération.

Hendy, le premier, en 1784, avait avancé qu'à la suite de l'amputation la *maladie glandulaire des Barbades* récidivait sur un autre point, ou se portait sur quelque viscère important (1). Alard, le traducteur de Hendy et l'auteur de la meilleure mono-

(1) *Mém. sur la maladie glandulaire des Barbades*, trad. par Alard, *in Mém. de la Société méd. d'ém.*, tome IV.

graphie sur l'éléphantiasis des Arabes, partageait le même sentiment : « Lorsqu'on a voulu, dit-il, dans des cas désespérés, en » venir à cette extrémité, par une bizarrerie à laquelle on était » loin de s'attendre, le mal, qui ne paraissait être que local, » s'est porté peu de temps après du côté opposé, ou bien, subissant une déviation plus funeste, a été se fixer sur l'un ou » l'autre des viscères, où il a produit des accidents qui ont fait » périr misérablement les malades (1). » Bien que M. Rayer regarde ce point de pratique comme non encore résolu, il semble être néanmoins opposé à l'amputation (2).

L'expérience est venue depuis modifier cette proposition, et les succès que la science a déjà enregistrés sont assez nombreux pour qu'on puisse revenir quelque peu sur le désespérant pronostic porté par ces auteurs.

Delpech nous apprend, en effet, que M. Delmas, chef des travaux anatomiques de la Faculté de Montpellier, avait pratiqué avec succès l'amputation du bras pour un éléphantiasis de cette partie, sans qu'il en soit résulté de récidive (3). Larrey opéra un énorme éléphantiasis du scrotum, et l'opéré était en voie de guérison, lorsque ce célèbre chirurgien le quitta pour se rendre à Alexandrie (4). Les feuilles du temps ont retenti du succès obtenu en 1820 par Delpech, qui opéra Autbier d'un éléphantiasis du scrotum. Le docteur Talrich en opéra avec bonheur un qui s'était développé aux parties sexuelles d'une jeune femme et qui pendait jusqu'aux genoux (5). Nægelé a également pratiqué avec succès l'amputation de la jambe dans un cas d'éléphantiasis (6). Le docteur Etienne, chirurgien-major au service du pacha d'Egypte, opéra une femme chez laquelle la mamelle, affectée d'éléphantiasis, descendait jusqu'au pubis (7). M. Clot-Bey enleva avec succès un éléphantiasis du scrotum, qui pesait 110 livres (8). Le docteur Tournesko, médecin de l'hôpital Koltsa de Bucharest, opéra avec bonheur un semblable éléphantiasis du scrotum (9).

A ces observations, et à d'autres encore que nous avons probablement omises, nous ajouterons quelques cas d'amputations pratiquées à l'île de la Réunion pour remédier au poids énorme de l'éléphantiasis. Le plus remarquable est le suivant, qui a même été le motif de ce travail.

Elie B..., âgé de 30 ans, créole du pays, charpentier, d'un tempérament lymphatique, entre à l'hôpital civil de Saint-Denis, le 26 mai 1857.

Il présente au pli de l'aine, à droite et à gauche, plusieurs cicatrices d'adénites abcédées, mais datant de son enfance, et conséquemment d'une époque bien antérieure à la première apparition de l'éléphantiasis.

Elie B... raconte que la maladie dont il est atteint a débuté il y a cinq ans. Vers cette époque, au milieu des occupations de sa profession, il ressentit subitement une violente douleur au creux du jarret gauche; une inflammation des ganglions poplités survint et se termina par un abcès.

Trois mois après, il fut pris de fièvre intense, précédée d'un frisson prolongé et accompagnée de vomissements. En même temps, il ressentit à la partie interne de la jambe gauche, et suivant le trajet des lymphatiques du membre, une corde dure, tendue, rouge, douloureuse, dirigée du talon au creux du jarret. Toute la jambe présenta une teinte érysipélateuse. La corde prenait naissance derrière la malléole interne, montait le long de la région interne de la jambe et venait se placer à la partie interne et postérieure du condyle fémoral, pour se terminer au creux du jarret. Bien qu'à la cuisse la corde ne fût pas sensible au toucher, les ganglions inguinaux se gonflèrent, devinrent douloureux concurremment avec les ganglions poplités.

L'accès fébrile dura 24 heures; la rougeur du membre pâlit peu à peu, et une desquamation complète de la jambe eut lieu. Ce qu'il y eut de plus remarquable, c'est que huit jours après le début de la fièvre, alors que tout était calmé, sur un des points qui avait été le plus douloureux, une petite ampoule parut; le malade la perça, et pendant trois ou quatre jours, il s'en écoula une si grande quantité d'eau, dit B..., que j'eusse enveloppé ma jambe d'un drap qu'il en eût été complétement trempé. Ce premier accès laissa dans le membre un gonflement assez mou.

Depuis lors, B... a eu de fréquents accès en tout point identiques à celui que nous venons de rapporter. Ces accès, d'autant plus répétés qu'ils étaient plus rapprochés du début de la maladie, ne se montraient que pendant l'été, plusieurs fois par mois, et rarement pendant notre hiver tropical. A chaque accès, la jambe semblait tout d'abord se désenfler et donnait la sensation d'une outre pleine d'eau. La fièvre redoublait alors, pour ne disparaître que lorsque le membre reprenait le volume et la dureté qu'il avait avant l'accès. Chacun de ces nombreux accès eut pour résultat de rendre la jambe de plus en plus volumineuse et de lui faire acquérir une dureté de plus en plus marquée.

Aujourd'hui, nous constatons une intumescence considérable de la jambe gauche, qui s'étend depuis le pied jusqu'à l'articulation du genou, et qui lui a fait prendre une forme monstrueuse. Au niveau du mollet, la jambe présente 91 centimètres de circonférence; au niveau des malléoles, 75 centimètres. Le pied offre, dans sa partie moyenne, une périphérie de 39 centimètres, et un diamètre antéro-postérieur de 31 centimètres. Le poids de la jambe, jusques et y compris les condyles fémoraux, est, après l'amputation, de 20 kilogr. 500 gr.

La peau est pâle, rugueuse, dure et recouverte d'écailles assez analogues à celles de l'ichthyose. Au début de la maladie, le gonflement était uniforme, et ce ne fut que plus tard et à la suite de fréquents accès que le bas de la jambe présenta les étages qu'on y observe. Ceux-ci sont constitués par des plis profonds, circulaires et surmontés de saillies, de bourrelets très-prononcés, mais qui ne répondent pas par leur nombre à celui des accès, comme on a semblé l'avancer. Ces étages n'apparaissent qu'à la partie la plus déclive de la jambe, autour des malléoles; la portion supérieure présente une intumescence uniforme et ayant la forme d'une outre aplatie.

La sensibilité, sans être totalement abolie dans le membre, est cependant considérablement diminuée; celle de la région plantaire est au contraire augmentée et plus marquée même que sur la jambe saine.

Fatigué par le poids énorme de sa jambe, Elie B..... réclame l'amputation; il n'a même sollicité son admission à l'hôpital que dans ce but, et malgré les observations qui lui furent adressées sur le danger de l'opération qu'il sollicitait et sur les chances auxquelles il s'exposait, il persista dans sa résolution.

Le 4 juin 1857, l'amputation de la cuisse fut pratiquée par mon collègue et ami le docteur Sainte-Colombe, médecin de l'hôpital civil de Saint-Denis, et le plus habile chirurgien de l'île de la Réunion.

L'amputation fut faite au tiers inférieur de la cuisse et suivant la méthode circulaire. Elle ne présenta rien à noter, si ce n'est que lors de la section de la veine fémorale, le bout inférieur donna une énorme quantité de sang, qui s'échappait du vaisseau en formant un jet comme s'il était fourni par une artère. L'influence du chloroforme faillit devenir funeste au malade. A la fin de l'opération, qui fut cependant faite avec toute la célérité voulue, le pouls radial disparut, les lèvres et la langue se cyanosèrent et une asphyxie fut imminente. Elie B... ne fut rappelé à la vie qu'à la suite de frictions sur la région précordiale et de l'inhalation de vapeurs ammoniacales.

Le 8 juin eut lieu le premier pansement. La surface amputée offre un aspect satisfaisant : au centre, la réunion immédiate est déjà prononcée, les angles sont d'une couleur rosée, la suppuration louable. La fièvre traumatique est très-intense.

Le 13, second pansement, cicatrisation presque complète au centre. La fièvre est bien diminuée, l'état général est satisfaisant. Dans le courant de la journée, se manifesta une assez abondante hémorrhagie, qui ne céda qu'à l'emploi de la compression soutenue de l'artère au pli inguinal et à l'application de charbon en poudre par-dessus le pansement.

Le 16, il s'écoule du moignon une quantité considérable d'une sérosité sanguinolente, assez claire et inodore.

Le 18, près de l'angle externe de la plaie se voit un caillot noirâtre, assez mobile. La surface amputée prend un vilain aspect.

Le 20, suppuration fétide, abondante, et ayant amené un décollement entre la peau et les muscles de la cuisse. La cicatrice du centre, résultat de la réunion immédiate, résiste faiblement, sans cependant être détruite. Le succès de l'opération semble compromis. — Par une douce pression faite dans tous les sens, on fait écouler de la cuisse une grande quantité de pus. Une légère compression est établie autour du membre, et le moignon placé dans une déclivité suffisante pour donner un libre cours à la suppuration. Quoi qu'il en soit, l'état général demeure satisfaisant.

Le 22, ce pansement a produit le plus heureux effet. La surface amputée présente une nuance rosée, la suppuration diminue, la peau semble s'appliquer sur les masses musculaires, et tout présage une heureuse terminaison.

Le 24, la ligature tombe. A partir de ce jour, la plaie marche incessamment vers la cicatrisation; le moignon tend à s'amaigrir beaucoup. — Pansements à plat.

Le 10 juillet, Élie B... marche avec des béquilles.

Le 14, sortie de l'hôpital; guérison.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Elle est remarquable d'abord par rapport au volume que la partie affectée avait acquis. Parmi les observations d'éléphantiasis de la jambe, que les auteurs nous ont transmises, nous ne connaissons qu'un cas où l'intumescence ait été plus considérable, c'est celui dont parle Hendy (1), qui nous montre une jambe présentant 36 pouces de circonférence dans tous les points.

Elle est ensuite digne d'intérêt au point de vue pratique. Si pendant un instant le succès de l'opération parut compromis, nous en attribuons la cause au dégorgement qui s'opéra dans les tissus de la cuisse. Bien que cette partie ne fût pas visiblement affectée par la maladie, et que l'intumescence s'arrêtât au-dessous du genou, il est manifeste que le tissu cellulaire de la cuisse était aussi imprégné de sérosité. Pendant quatre jours, en effet, celle-ci s'écoula avec abondance et mélangée d'un peu de sang. Nous ne doutons pas que ce fût cet écoulement de sérosité qui provoquât le décollement entre la peau et les masses musculaires. Ce qui le prouve, c'est que lorsqu'au moyen de la compression et d'une position convenable le moignon se fût dégorgé, la cuisse diminua de volume, s'amaigrit même au point de paraître atrophiée, et le travail de cicatrisation, un instant suspendu, reprit son cours jusqu'à parfaite guérison.

Une conséquence pratique qu'on peut faire découler de ce dernier fait, c'est que, lorsqu'on pratique une amputation dans des conditions semblables à celle-ci, il n'est pas rigoureusement nécessaire de faire la section bien au-dessus des parties éléphantiaques. Il est certain que, lorsqu'on peut choisir un lieu d'élection convenable, on devra toujours la faire au-dessus des parties infiltrées; mais si ce choix pouvait aggraver l'opération, par exemple par suite de l'obligation où il mettrait de substituer une amputation de la cuisse à celle de la jambe, nous n'hésiterions pas à trancher sur la limite des tissus infiltrés, en laissant même une portion de ces tissus au-dessus de la section. L'observation de B... et une autre que nous relaterons bientôt nous ont prouvé que les tissus ainsi imprégnés de sérosité, lorsqu'ils n'avaient pas encore subi d'autre altération, ne tardaient pas à se dégorger, et que cette circonstance, qui aurait pu sembler défavorable au succès, n'entravait pas la guérison.

Bien qu'avant l'amputation nous eussions fait mouler la jambe de B..., nous avons aussi voulu la conserver pour en faire hommage au Musée Dupuytren. Nous nous sommes dès lors abstenu de tout examen anatomique. Néanmoins il nous a été permis de constater que les muscles de la cuisse étaient bien colorés et non amincis, que la veine fémorale avait acquis une prodigieuse dilatation : à 6 centimètres au-dessus du genou, nous avons reconnu qu'elle présentait 35 millimètres de circonférence. Ses parois étaient d'ailleurs normales, et son ouverture ne restait pas béante après la section. L'artère fémorale n'offrait rien de particulier ni dans son diamètre ni dans sa consistance.

En 1849, deux affranchis, atteints d'éléphantiasis de la jambe, entrèrent à l'hôpital civil de Saint-Denis. Ils venaient aussi réclamer l'amputation des parties affectées, afin de pouvoir désormais subvenir à une existence qui leur avait été jusque-là assurée chez leurs anciens maîtres. L'émancipation des esclaves était décrétée depuis huit mois.

Le premier fut amputé à la partie moyenne de la cuisse par le docteur Sainte-Colombe, mais il succomba le neuvième jour de l'opération aux suites d'un tétanos traumatique.

Le second subit l'amputation de la jambe au lieu d'élection : il fut opéré par le docteur Leroux. La section fut faite au milieu même des tissus infiltrés, et il se passa un fait semblable à celui que nous avons observé chez B... Pendant plusieurs jours, il s'écoula de la plaie une grande quantité de sérosité sanguinolente; néanmoins le moignon se dégorgea, et la cicatrisation s'opéra convenablement.

Cet homme, né dans la colonie de parents malgaches, jouit actuellement d'une bonne santé, et depuis neuf ans que l'opération a été faite, il n'y a eu chez lui ni récidives sur d'autres régions du corps, ni métastase sur quelque viscère que ce soit.

En 1856, un autre Malgache, atteint d'un éléphantiasis de la jambe moins volumineux que celui de B..., mais assez considérable pour gêner la marche, fut amputé à l'hôpital militaire de cette île. Nous devons à l'obligeance du docteur Honoré Lacaze, médecin distingué de Saint-Pierre, où cet homme réside, de précieux renseignements sur les antécédents et sur l'état actuel de cet opéré. Voici ce qu'il nous écrit :

« J'ai vu avant-hier l'amputé, qui est dans un excellent état. C'est un Malgache du nom de F..., âgé de 45 ans environ, dont l'enfance a laissé des traces de maladie scrofuleuse : les ganglions sous-maxillaires ont été engorgés et des cicatrices nombreuses existent dans cette région. Il y a 9 ou 10 ans, cet homme fut pris d'œdème à la jambe droite; cet œdème augmenta peu à peu, et le pied, la jambe, jusqu'au-dessus du genou, furent affectés. La peau s'épaissit, devint écailleuse avec des gerçures profondes; le membre, lourd et déformé, était traîné avec peine. F... me consulta, il y a deux ans à peu près, ainsi qu'un autre collègue; et après avoir résolu de l'opérer, nous hésitâmes en présence d'un œdème qui se prolongeait presque jusqu'à l'aine. Nous proposâmes à F... de lui faire suivre un traitement avant de l'opérer; il ne voulut pas y consentir. Il partit alors, sans nous prévenir, pour l'hôpital de Saint-Paul, où le médecin, chargé du service, recula comme nous devant une opération immédiate, et proposa aussi un traitement général, auquel le malade ne voulut pas consentir. De Saint-Paul il alla alors à Saint-Denis, il y a plus d'un an : il fut reçu et opéré à l'hôpital militaire.

» Je vous dirai maintenant l'état actuel. F... est opéré depuis un an; la cicatrice est ferme et de bonne nature; l'amputation a été faite un peu au-dessus de la partie moyenne de la cuisse; il y a un peu de saillie de l'os, mais il est bien recouvert. Les tissus environnants n'offrent aucune trace d'œdème et surtout d'altération de la peau; la santé générale est parfaite, l'état général extérieur n'indique aucune tendance au retour de la maladie. F... est aujourd'hui pâtissier, et se trouve aujourd'hui bien heureux d'avoir poursuivi avec persévérance l'idée de se faire amputer. Je vous avoue que mon confrère et moi, il y a deux ans, nous n'avions pas espéré qu'une amputation, dans les conditions où était le malade, pût provoquer une cicatrice durable. Ce fait prouve évidemment que nous avions tort de ne pas espérer, et vous pouvez le joindre à ceux que vous comptez comme succès en ce genre. »

Pendant une période de neuf ans, quatre amputations ont donc été pratiquées à Saint-Denis, pour remédier au poids énorme de l'éléphantiasis des Arabes. Trois ont été couronnées de succès, et, on peut le dire, de succès durable, puisque dans un cas neuf années, et dans l'autre plus d'une année, se sont écoulées sans qu'il se soit manifesté, comme on le reconnaît généralement, de récidives sur d'autres régions du corps, ni qu'il en soit résulté de déviation sur des viscères importants. Le troisième cas, celui de B..., date déjà de près d'un an et promet un avenir aussi assuré contre de tels accidents. Le seul insuccès a été la conséquence d'une de ces complications ordinaires des amputations, surtout dans les pays chauds : il ne doit donc peser que d'un faible poids dans la question.

Joignant ces observations au faisceau de succès que la science possède déjà, nous nous croyons autorisé à en tirer des inductions pratiques opposées à celles qu'on a fait découler de quelques cas malheureux. Nous les formulerons ainsi :

1° L'amputation des parties affectées d'éléphantiasis des Arabes n'est soumise qu'aux chances habituelles des opérations de ce genre. Elle ne s'écarte même pas de la règle qu'on a établie touchant la différence de gravité des amputations pour cause organique et celles pour cause traumatique.

2° Il est loin d'être prouvé que des récidives ou des déviations

(1) *Histoire d'une maladie part. au syst. lymph.*, 1806, p. 357.
(2) *Traité des maladies de la peau*, tome II, p. 398.
(3) *Chir. clin.*, tome II.
(4) *Relation hist. et chir. de l'expédition d'Egypte*, 1812-1817.
(5) *Revue méd.*, tome I.
(6) *Archives gén. de méd.*, tome XIII.
(7) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, tome III, p. 560.
(8) *Gazette des Hôpitaux*, 1833, p. 388.
(9) *Gazette des Hôpitaux*, 1857, p. 62.

(1) *Loco citato*, page 134.

métastatiques, en supposant qu'elles aient été rencontrées, soient une règle générale, et que la crainte de les voir se réaliser soit assez légitime pour contre-indiquer l'amputation quand elle est réclamée par les malades.

3° Il semble résulter des observations que nous avons rapportées, que le succès de l'opération ne se trouve pas notablement compromis lorsqu'on la pratique dans la portion supérieure de l'intumescence, au milieu même des parties infiltrées, à la condition cependant que la peau qu'on laisse au-dessus de la section n'ait encore subi d'autre altération que celle qui résulte de l'exsudation de la sérosité au sein des tissus.

CATARRHE VÉSICAL.

Rétention des urines. — Guérison en peu de jours par les injections de tannin.

Par M. le docteur PIÉPLU fils.

M. F..., rue Martel, 6, âgé de quatre-vingts ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, atteint depuis plusieurs années d'un catarrhe bronchique, avait vu depuis quelque temps ses urines devenues filantes et troubles, s'écouler avec plus de difficulté que d'habitude, lorsque, le 21 juin 1859, il se trouva dans une impossibilité complète d'uriner.

Plusieurs tentatives infructueuses, faites dans le but de vider la vessie, ne réussirent qu'à causer de vives souffrances, et à faire sortir une certaine quantité de sang.

C'est dans ces conditions que je trouvai M. F... Dans le but d'apporter un peu de rémission à l'état de surexcitation et de souffrance du malade, et aussi de diminuer la sensibilité et l'état spasmodique du canal de l'urèthre, je conseillai un bain entier, et immédiatement après la sortie du bain je pratiquai sans trop de difficulté le cathétérisme au moyen d'une sonde en caoutchouc à courbure fixe et de la grosseur d'une sonde en argent ordinaire.

Il s'écoula peu à peu une quantité assez grande d'une urine rougeâtre, trouble, et d'une odeur ammoniacale repoussante. — Cataplasmes de farine de lin depuis le bas-ventre jusqu'au périnée, un bain entier pour le lendemain matin.

Le 22, la nuit a été assez mauvaise; des douleurs intolérables se sont fait sentir au bout de la verge et au bas-ventre; le malade n'a pas uriné malgré des envies de chaque moment et de violents efforts; le cathétérisme est pratiqué trois fois dans la journée; les urines n'ont changé ni d'aspect ni d'odeur. — Cataplasmes arrosés d'une solution belladonée pour la nuit.

Le 23, même état, sauf un peu de délire la nuit.

Le 24, une certaine quantité de liquide purulent, provenant sans doute de déchirures produites dans le canal de l'urèthre par les premières tentatives faites pour vider la vessie, s'écoule de la verge; le testicule gauche est douloureux à la pression. Les urines sont moins rouges, mais elles sont toujours troubles, filantes et d'une odeur fétide.

Le 25, le testicule est rouge, tendu, volumineux, et d'une sensibilité extrême; le pus qui s'écoule de la verge devient très-abondant; le cathétérisme est toujours pratiqué trois ou quatre fois dans la journée. — Compresses astringentes froides sur les bourses, qui sont maintenues élevées au moyen d'un corps dur placé entre les cuisses.

Les 26 et 27, les envies d'uriner sont si pressantes que le cathétérisme devient nécessaire cinq fois dans la journée; les urines sont blanchâtres, troubles, infectes, et leur émission est accompagnée chaque fois d'une quantité assez abondante de pus. Le malade n'a plus la conscience de ce qui se passe autour de lui.

Le 28, d'après les conseils de M. Richard, des injections d'eau froide sont portées dans la vessie. Dans le but de diminuer la sécrétion purulente qui baigne constamment le canal de l'urèthre et le gland, je fais parvenir par la sonde qui m'a servi à faire l'injection d'eau froide dans la vessie, et que je retire un peu, une solution assez concentrée de tannin dans de l'eau distillée. La même solution me sert à laver la muqueuse du gland, qui commence à présenter des excoriations dues au contact incessant du pus, que le prépuce trop long empêche de s'écouler au dehors.

Les 29 et 30, le testicule est moins douloureux, la muqueuse du gland est moins rouge, et la quantité de pus qui s'écoule de la verge est presque tarie; seulement les douleurs de bas-ventre sont toujours assez vives, et les urines, ainsi que l'eau froide que j'injecte dans la vessie, sont toujours accompagnées d'une quantité aussi considérable de pus.

Le 1er juillet, le canal de l'urèthre ne laisse plus sortir de pus; le testicule, tout en restant presque aussi volumineux, a repris sa couleur normale, et n'est plus que sensible à la pression. Les urines ne changent pas d'aspect, les envies d'uriner sont toujours aussi fréquentes.

Le 2, encouragé par le succès que je venais d'obtenir par le tannin injecté dans le canal de l'urèthre, je résolus de l'injecter dans la cavité vésicale. A cet effet, après avoir vidé complètement la vessie et l'avoir nettoyée au moyen des injections d'eau froide habituelles, j'injectai à peu près la valeur d'un demi-verre d'une solution contenant 1 gramme de tannin, que je laissai séjourner quelques secondes; puis ayant retiré mon doigt qui fermait l'extrémité de la sonde, j'eus la satisfaction de voir que le liquide, qui ordinairement s'écoulait lentement et presque en bavant, fut lancé à une distance de deux pieds environ.

Le 3, envies moins fréquentes d'uriner; nouvelle injection au tannin, seulement avec une solution contenant deux grammes. Le liquide est lancé avec plus de force que la veille, les urines sont moins troubles, et l'odeur a changé de caractères, le pus est moins appréciable dans l'urine.

Le 4, le malade a uriné tout seul la valeur d'un demi-verre en plusieurs fois pendant la nuit; l'urine est claire et d'une couleur citrine; l'injection tannique pénètre à peine dans la vessie qu'elle est rejetée avec force, et que le liquide qui ne peut s'échapper de la sonde, qui est fermée par l'extrémité de la seringue, s'écoule avec vigueur par l'espace compris entre la sonde et les parois du canal de l'urèthre. Le malade ne souffre plus, et commence à s'inquiéter de ce qui se passe autour de lui.

Le 5, le malade a uriné plusieurs fois dans la nuit et a même complétement vidé sa vessie, car la sonde ne laisse sortir que la valeur d'un quart de verre d'une urine transparente, jaune, ne présentant pas de trace de pus. Les injections au tannin sont continuées.

Le 6, le malade continue d'uriner seul, et je ne le sonde plus qu'une fois par jour sans plus faire d'injection.

Le 8; les urines étant redevenues un peu visqueuses, je refis une injection au tannin. A partir de ce jour, M. F... a continué d'uriner plusieurs fois par jour sans le secours de la sonde, et ses urines sont restées transparentes, et non plus glaireuses comme elles étaient même avant sa rétention d'urine.

Aujourd'hui, 1er septembre, je revois mon malade, que je trouve dans un état de santé très-satisfaisant.

Comme on le voit dans cette observation, aucune médication n'a été mise en usage; le succès doit donc être reporté tout entier à l'emploi du tannin, dont l'efficacité est, du reste, généralement reconnue dans les inflammations chroniques des muqueuses, et notamment dans celles de l'urèthre, du vagin et de l'utérus. Je livre donc avec confiance à l'appréciation de mes confrères cette médication si facile dans son emploi, d'une innocuité si complète, et dont cependant les résultats ont été si satisfaisants dans ce cas particulier et dans plusieurs autres que je me réserve de publier prochainement, que je n'hésite pas pour ma part à regarder le tannin non comme un spécifique du catarrhe de la vessie et de la rétention d'urine, mais comme un médicament appelé à prendre un des rangs les plus distingués dans le traitement des maladies des voies urinaires, où la médecine est encore si souvent réduite à l'impuissance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 octobre 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

M. DE BAER, membre correspondant, fait hommage à l'Académie de deux ouvrages qu'il a récemment publiés : l'un contenant la description et la figure de crânes du Musée de l'Université impériale de Saint-Pétersbourg; l'autre dans lequel il développe ce qui dans le premier se rapporte aux Papous et aux Alfourous.

Dissimulation de l'arsenic par la présence de l'hydrogène sulfuré dans l'appareil de Marsh. — M. C. LEROY adresse sous ce titre un mémoire dans lequel il appelle l'attention des chimistes sur des circonstances qui seraient de nature, si on n'y prenait garde, à dissimuler la présence réelle de l'arsenic particulièrement dans les matières soumises aux expertises médico-légales. Les résultats de ses recherches peuvent être résumés par les propositions suivantes :

1° L'arsenic qui existe dans une liqueur soumise à l'épreuve de l'appareil de Marsh est plus ou moins complétement dissimulé, toutes les fois qu'il y a dans l'appareil ou qu'il peut se rencontrer dans les matières qui y sont soumises un élément ou un composé sulfuré pouvant donner lieu directement ou indirectement à la formation ou au dégagement d'une quantité quelconque d'acide sulfhydrique.

2° Cette dissimulation, qui est le résultat de la transformation des composés arsenicaux solubles en sulfures d'arsenic insolubles, est plus ou moins absolue. Elle est complète lorsque les composés sulfurés sont en excès par rapport aux substances arsenicales et qu'ils ont été introduits dans l'appareil avant ou en même temps que celles-ci : la capsule ne recueille alors que des taches de soufre, et rien ne fait soupçonner la présence de l'arsenic. Elle est partielle lorsque les substances arsenicales sont en excès ou bien lorsque les composés sulfurés n'ont été introduits qu'en second lieu, de façon que ceux-ci n'interviennent que lorsque l'appareil renferme déjà de l'hydrogène arsénié.

3° Dans ce dernier cas, la capsule recueille des *taches mixtes* composées en proportions variables d'arsenic, de soufre et de sulfure d'arsenic. Le sulfure d'arsenic qui leur donne un aspect particulier ne se forme donc qu'à la condition qu'il y ait dans l'appareil un dégagement simultané d'hydrogène arsénié et d'hydrogène sulfuré. L'aspect des taches mixtes est tout autre que celui des taches pures d'arsenic ou de soufre; mais par leurs caractères physiques et chimiques, elles annoncent l'arsenic, et on peut s'en servir pour constater la présence du poison dans les matières suspectes.

4° Toutefois il importe d'éviter la formation de ces taches, parce que, outre que l'arsenic n'y offre pas ses caractères habituels, ce qui peut prêter au doute, elles ne se produisent jamais qu'au milieu de circonstances qui amènent la dissimulation de quantités plus ou moins grandes d'arsenic. Ces circonstances agissant par l'acide sulfhydrique, il faut éviter tout ce qui peut donner lieu à un dégagement de ce gaz. Il y a donc à se méfier des matières qui contiennent du soufre et qui, par la putréfaction, dégagent de l'hydrosulfate d'ammoniaque. La carbonisation par l'acide sulfurique pouvant laisser des sulfures dans le charbon ou l'imprégner d'acide sulfureux, c'est aussi une raison de préférer dans bien des cas l'emploi de l'acide azotique ou de l'azotate de potasse.

5° Les liqueurs antimoniales se comportent comme les liqueurs arsenicales. Les taches mixtes de l'antimoine sont encore plus faciles à reconnaître que celles de l'arsenic, de sorte que dans un cas où les indications de l'appareil de Marsh laisseraient du doute sur la présence de l'un ou l'autre de ces deux corps, on aurait un nouveau moyen de lever l'incertitude en ajoutant à la liqueur un sulfure alcalin et observant les taches mixtes qui se produiraient alors. (Commissaires, MM. Chevreul, Pelouze, Regnault.)

Destruction absolue de l'odeur de gangrène au moyen du chlorate de potasse. — M. BILLIARD (de Corbigny) adresse la note suivante :

Ayant été appelé, dit-il, à donner des soins à une personne qui, par suite d'une blessure d'arme à feu, avait un pied en partie gangrené et répandant une odeur infecte, M. Billiard, suivant des idées qu'il avait émises dans de précédentes communications, fut conduit à essayer l'emploi d'un mélange composé de 1 partie de chlorate de potasse sur 9 de terre argileuse blanche. Ce mélange fut appliqué à l'état pulvérulent sur la partie gangrenée, et la charpie employée pour le pansement fut roulée dans la même poudre. Quelques heures après, on constatait que l'odeur, qui auparavant incommodait beaucoup les malades placés dans la même salle, avait complétement disparu. Dans le pansement qui suivit, l'odeur, qui ne s'était point remontrée quand on avait enlevé les premières pièces de l'appareil, ne se manifesta que lorsqu'on enleva la charpie; elle était d'ailleurs assez faible, de tout autre nature et comme ammoniacale, bien moins répugnante que l'odeur de gangrène. En substituant à l'argile d'autres poudres absorbantes, les effets furent les mêmes. Cependant un essai avec la poudre d'iris ne réussit nullement; l'odeur ne fut point atténuée ni changée pour le mieux.

Sous l'influence de la poudre désinfectante, les parties mortifiées ont été éliminées assez promptement, et la plaie est au moins aussi avancée dans la voie de guérison qu'elle l'eût été traitée à la manière ordinaire. (Commissaires, MM. Chevreul, Velpeau, Cloquet.)

CORRESPONDANCE.

Nancy, le 28 septembre 1859.

Monsieur le Rédacteur,

Ayant lu dans la *Gazette des Hôpitaux* divers articles de MM. les docteurs Moreau et Portalier, sur les avantages que la thérapeutique a retirés de l'emploi des eaux minérales d'Alet, j'ai pu constater sur moi-même les bons effets de l'usage de cette eau. Atteint depuis les grandes chaleurs des mois de juin et de juillet d'un embarras saburral et d'une dyspepsie très-prononcée qui avaient résisté à l'usage des eaux de Seltz et de Vichy, à deux limonades purgatives citro-magnésiennes prises à huit jours d'intervalle, je me suis mis à l'usage de l'eau d'Alet, et de suite j'ai vu disparaître la couche muqueuse épaisse qui couvrait la surface de la langue, de même que cette mauvaise odeur que produit ordinairement cet enduit saburral de la langue et qui est si pénible pour certains dyspeptiques. En même temps que mes digestions ont été plus faciles et moins longues, la constipation opiniâtre dont j'étais atteint a cédé, les selles se sont régularisées.

J'ai pu ajouter à mon observation celle d'une jeune fille dont l'appétit avait complétement disparu sous l'influence des grandes chaleurs de juillet, et qui s'est parfaitement bien trouvée de l'usage de cette eau que je lui avais prescrite.

Recevez, etc. BOPPE, *docteur en médecine*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Deux concours pour une place de prosecteur d'anatomie et une place de préparateur de chimie et d'histoire naturelle seront ouverts à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, l'un le 15 novembre 1859, et l'autre le 22 du même mois.

Pour chacune des deux places, la durée des fonctions est de trois ans, et le traitement annuel de 600 fr.

Seront admis à concourir, les élèves en médecine et en pharmacie en cours d'inscriptions, savoir; les élèves en médecine et en pharmacie pour le premier concours; les élèves en médecine seulement pour le second.

On s'inscrira au secrétariat de l'Ecole, et le registre d'inscription sera clos la veille du jour fixé pour chaque concours.

— M. le maréchal ministre de la guerre a décidé, le 26 septembre dernier, que l'inspection médicale du corps de santé de l'armée de terre aurait lieu en 1859 dans l'intérieur, en Algérie et en Italie.

Les localités auxquelles cette inspection doit s'étendre sont divisées en sept arrondissements composés comme ci-après, et que sont chargés d'inspecter MM. les médecins inspecteurs dont les noms suivent:

Michel Lévy, le 1er arrondissement militaire (1re et 2e divisions territoriales).

Baron Larrey, les 2e et 3e arrondissements militaires (3e, 4e, 5e, 6e et 7e divisions territoriales).

Scrive, le 4e arrondissement militaire, moins la Corse (8e, 9e, 10e et 20e divisions territoriales).

Vaillant, le 5e arrondissement militaire (15e, 16e, 18e, 19e et 21e divisions territoriales).

Hutin, le 6e arrondissement militaire et l'Italie (11e, 12e, 13e, 14e divisions territoriales, la division d'occupation à Rome et l'armée d'Italie).

Maillot, la moitié de la division d'Alger, à l'est d'Alger, et la division de Constantine.

Ceccaldi, la moitié de la division d'Alger, l'ouest d'Alger, la division d'Oran et la 17e division territoriale distraite du 4e arrondissement militaire.

— Les cours ont recommencé à l'Université de Bruxelles le 4 octobre dernier. Cette année, il n'y a eu ni séance solennelle ni discours d'ouverture. Le 20 novembre prochain, l'Université célébrera le vingt-cinquième anniversaire de sa fondation, et l'on a pensé qu'à cette occasion on pourra dire tout ce que l'on aurait dit à l'ouverture des cours. Ceux de la Faculté de médecine ont recommencé et sont déjà suivis par un grand nombre d'élèves.

Les succès et la prospérité de l'Université de Bruxelles augmentent chaque année. Pendant l'année académique 1858–1859, cent quarante-sept élèves avaient été portés au rôle général d'inscription pour les cours de la Faculté de médecine. Nous ignorons encore le nombre des inscriptions de cette année.

— Le jardin d'acclimatation du bois de Boulogne s'organise avec activité. La circonférence de ses 15 hectares est déjà bordée d'une grille en fer haute de 2 mètres. La ménagerie sera bientôt construite et le lac creusé. Les allées s'ouvrent et la rivière circule à travers les massifs.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 120. — JEUDI 13 OCTOBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 120. — JEUDI 13 OCTOBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 OCTOBRE 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu dans cette séance trois lectures et une communication qui méritent toutes une mention. M. Devergie, de retour d'une excursion à Vichy, a rendu compte à l'Académie de ses impressions de voyage. « Telle est, a-t-il dit, la nature de notre profession, que même dans nos moments de loisir nous trouvons quelquefois le moyen d'être utiles. » Il a trouvé, en effet, le moyen d'être utile en signalant à l'Académie un fait bien digne de tout son intérêt, la pénurie d'eau potable à Vichy. L'eau potable manque dans cet établissement si important, qui ne compte pas moins, pendant trois ou quatre mois de l'année, d'une population flottante de 14 à 15,000 personnes environ, toutes plus ou moins malades ou valétudinaires, la plupart habituées à boire de l'eau d'excellente qualité, et réduites, pendant toute la durée de leur séjour à Vichy, à boire une eau chargée en abondance de sels calcaires et d'une crudité telle, que M. Devergie a été conduit, dit-il, à profiter de quelques averses pour recueillir l'eau des toits et s'en approvisionner. Cet état de choses, qu'on est étonné de n'avoir pas entendu signaler plus tôt, dans une localité visitée tous les ans par un si grand nombre de médecins, de chimistes et d'ingénieurs, méritait bien, en effet, d'être exposé à l'Académie, dont la mission est d'éclairer l'autorité sur tout ce qui concerne la direction et le bon entretien des établissements thermaux. La commission des eaux minérales ne manquera très-probablement pas de prendre en sérieuse considération cette révélation de M. Devergie.

La seconde lecture a trait à une question d'hygiène professionnelle qui, pour être d'une application restreinte, n'en est pas moins également digne de l'attention de l'Académie. Il s'agit des maladies des tailleurs de cristal et de verre. M. le Dr Putégnat, correspondant de l'Académie à Lunéville, dans un mémoire communiqué à la savante Compagnie, a exposé les résultats des observations qu'il a eu l'occasion de faire sur les ouvriers de la cristallerie de Baccarat; il a fait connaître dans ce mémoire les maladies spéciales auxquelles sont sujets, par suite de ce genre de travail, les ouvriers tailleurs de cristal et de verre, et a décrit comme telle une gengivite particulière; il a recherché enfin quelles étaient les causes de la fréquence relative de la phthisie pulmonaire parmi ces ouvriers, et quels sont les moyens de les détruire. Parmi les causes très-nombreuses et très-complexes qui concourent à favoriser le développement de cette affection, M. Putégnat met en première ligne l'atmosphère empoisonnée par la gengivite dont la plupart de ces ouvriers sont atteints. A qui trouverait cette cause insuffisante, il répond par une argumentation très-spécieuse au moins, sinon irréfutable... Les développements que M. Londe a donnés à l'analyse du travail de M. Putégnat, et les savantes considérations étiologiques qu'il y a parsemées sur les conditions les plus habituelles du développement de la phthisie et sur les professions qui exposent d'une manière plus particulière à cette affection, sont les meilleurs témoignages qu'il pût donner de la valeur et de l'intérêt de ce travail.

L'auscultation de la tête, tel est le sujet de la troisième lecture. M. le docteur H. Roger, l'auteur de cet important travail, a résumé dans quelques propositions, qui sont les conclusions de son mémoire, les résultats de l'analyse clinique de près de trois cents observations sur la valeur diagnostique de l'auscultation de la tête. On verra d'après ces recherches que cette auscultation, encore très-peu connue, n'a point d'utilité là où elle semblait devoir naturellement en présenter le plus, mais qu'en revanche elle est appelée à rendre des services inattendus dans le diagnostic des altérations du sang Nous reproduisons textuellement ces propositions, que nous signalons à l'attention de nos lecteurs.

M. Ségalas a clos cette séance, très-bien remplie comme on le voit, par une communication verbale dans laquelle il a exposé un procédé aussi simple qu'ingénieux, qu'il a eu récemment l'occasion de mettre en pratique pour extraire une épingle double à cheveux introduite accidentellement dans le canal de l'urèthre. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY, suppléant de M. ROSTAN.

Phlegmasies circum-utérines.

(Leçons recueillies par M. A. LEMAIRE, externe du service.)

On trouve dans les livres hippocratiques et dans les écrits des autres médecins de l'antiquité, quelques indications qui peuvent se rapporter aux phlegmasies circum-utérines. Liébault, le premier, en a parlé d'une manière un peu plus explicite; mais il faut arriver à Puzos pour trouver quelques détails sur le siége anatomique de ces collections purulentes, qu'il désignait sous le nom de *dépôt laiteux*, trompé par les circonstances au milieu desquelles se développe le plus souvent la maladie, et par l'aspect que présente le pus fourni par le péritoine enflammé. Cette opinion erronée de Puzos a cependant très-longtemps régné dans les écoles, mais elle n'a pu résister au contrôle de l'observation directe, et les recherches nombreuses dont les phlegmasies circum-utérines ont été l'objet, surtout dans ces derniers temps, l'ont assez bien fait connaître pour qu'il soit possible d'en tracer une histoire complète.

Les causes de cette affection sont les unes prédisposantes, les autres occasionnelles.

La cause prédisposante la plus importante, celle qui domine toutes les autres, c'est la menstruation, et par conséquent la période de l'existence de la femme qui constitue sa vie sexuelle. Il est, en effet, presque sans exemple qu'une phlegmasie circum-utérine se soit développée après la ménopause; il n'y a peut-être dans la science qu'une seule observation authentique, appartenant à M. Nonat, qui fasse exception à la règle générale. Quand l'affection ne succède pas immédiatement à l'accouchement, le plus souvent elle a été précédée de plusieurs accouchements antérieurs.

La leucorrhée est aussi une cause de congestion pelvienne, et partant prédispose à l'inflammation.

Parmi les causes occasionnelles, la plus puissante est l'accouchement ou l'avortement, celui surtout qui a lieu chez une primipare et qui s'accompagne d'un travail laborieux. M. Grisolle a fait la remarque que ces inflammations étaient plus fréquentes chez les femmes qui n'allaitaient pas leurs enfants. Cette observation n'est pas sans importance. A un certain point de vue, on peut considérer la sécrétion lactée comme la crise de la congestion de l'appareil utérin; si cette crise ne s'accomplit pas, il se fait une sorte de métastase de l'action morbide des mamelles vers l'utérus, qui a avec elle des connexions physiologiques si intimes.

Il faut encore signaler la suppression brusque des règles, les excès de fatigue, de coït, le viol, surtout à l'époque menstruelle.

Il n'est pas rare non plus d'observer chez la femme, à la suite de la blennorrhagie, une congestion de l'ovaire analogue à la congestion du testicule qui chez l'homme détermine l'orchite.

Les phlegmasies circum-utérines sont fréquentes dans les épidémies de fièvre puerpérale. Mais elles y figurent à des titres différents; dans la fièvre puerpérale à son plus haut degré d'expression, les lésions inflammatoires pelviennes sont secondaires; ce ne sont plus alors que des épisodes presque insignifiants eu égard à l'état général. Mais dans les formes moins graves, les phlegmasies pelviennes ont de l'importance. Comme l'a dit M. Pidoux, la fièvre puerpérale n'a peut-être pas toujours le même mode d'expression; il est chez les femmes nouvellement accouchées une opportunité morbide spéciale qui, en vertu de circonstances diverses et plus ou moins appréciables, pourra dans certains cas revêtir une forme maligne, de façon à constituer un véritable typhus puerpéral, et dans d'autres se caractériser par des phlegmasies qui, en général, ont une grande tendance suppurative, et au nombre desquelles figurent les phlegmasies pelviennes.

Telles sont les causes les plus importantes des phlegmasies circum-utérines. D'après le docteur West, la fréquence relative des différents siéges de l'inflammation serait représentée par le tableau suivant :

Dans les ligaments larges. . . .	34 fois sur 42.	
Dans le cul-de-sac recto-utérin. .	14	—
Dans l'espace utéro-vésical. . . .	3	—

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Code des jeunes mères, Traité théorique et pratique pour l'éducation physique des nouveau-nés, destiné aux personnes qui désirent élever elles-mêmes leurs enfants, par M. le Dr CARON (1).

L'ouvrage de M. Caron nous a fait parcourir deux autres livres d'une valeur et d'une portée bien différentes. L'un est une petite brochure assez récente que le hasard m'a mise l'autre jour sous la main; elle est intitulée *La santé des enfants*, et est due à la plume d'une femme du grand monde, Mme la comtesse de S... Le nom de l'auteur, le titre du livre m'avaient fort alléché. Je m'attendais à trouver dans les pages de cette petite brochure ces bons conseils, ces sages pensées, ces idées saines qu'une femme qui a beaucoup vu et longtemps vécu peut donner à de jeunes mères qui entrent à peine dans la vie sérieuse et ne savent pas encore ce que vaut et ce que coûte la maternité.

Une femme seule, me disais-je, est apte à bien dire certaines choses, et en laissant parler seulement son cœur, que d'excellentes maximes elle doit jeter sur le papier! — Combien nous étions loin de compte!..

Mme de S... fait, à peu près d'un bout à l'autre, de la médecine; et quelle médecine!... Et pourtant il me semblait voir derrière son bureau, et tenant presque la plume, un de ces docteurs complaisants comme on en trouvera toujours, trop heureux de trouver de semblables secrétaires, si heureux même qu'ils en oublient le peu qu'ils ont jamais su de médecine. — Nous sommes convaincu que Mme de S... a agi de très bonne foi et a cru rendre un service en publiant sa brochure; mais si elle ne le sait pas, nous ne devons pas lui laisser ignorer plus longtemps que les livres dans le genre du sien sont toujours nuisibles, et que le plus fâcheux serait qu'il prît envie à quelque jeune mère de faire le médecin aux dépens de son enfant sur de pareilles indications.

Le second livre que j'ai lu, et pour la dixième fois, est un de ces grands monuments de l'esprit humain qu'on est trop heureux de retrouver après avoir parcouru certaines petites productions de notre époque; c'est l'*Émile* de J. J. Rousseau. La génération actuelle devrait s'incliner devant cet homme, ou tout au moins devant ses écrits. Que ne lui devons-nous pas, tous tant que nous sommes? — L'*Émile!* Quel beau livre! Quel style simple et parfait! Quelle conviction ardente! Quelles grandes et saines pensées admirablement dites! Quel bon sens! Quelle intuition! Quelle logique!! Et quel dommage qu'un pareil ouvrage soit gâté par beaucoup de paradoxes et par certaines pensées désespérantes!

Bien que notre siècle soit fort oublieux et encore plus ingrat peut-être, quoique les érudits, les littérateurs et les hommes de cabinet soient presque les seuls à lire aujourd'hui l'*Émile*, je trouve qu'il y a un certain courage à entreprendre de refaire un livre que l'on puisse comparer à une partie de celui-là. Ce courage, M. le docteur Caron l'a eu, et j'espère qu'il ne s'en trouvera pas mal. Son *Code des jeunes mères*, hâtons-nous de le dire, n'a aucune prétention à lutter contre *Émile*; et, bien qu'il touche souvent aux idées de Rousseau, c'est un tout autre livre et fait dans une tout autre pensée.

M. Caron nous paraît avoir eu surtout en vue de prémunir les mères contre certains préjugés nuisibles, contre ces habitudes mauvaises qui se transmettent de générations en générations au préjudice de l'enfant. Pour cela, il a présenté succinctement, et toutefois avec un développement convenable, les préceptes relatifs à l'éducation physique de l'enfant nouveau-né.

Dans les divers chapitres de son livre, M. le docteur Caron traite successivement de tout ce qui se rapporte à son sujet. Il étudie d'abord la physiologie de la femme enceinte, et il montre à celle qui va devenir mère l'importance qu'il y a pour elle et pour le fruit qu'elle porte à suivre certaines règles d'hygiène d'une valeur capitale. Il prend ensuite l'enfant depuis le moment de la naissance jusqu'à l'époque du sevrage, et, dans de sages et judicieux conseils, il apprend à la mère ou à la nourrice tout ce qu'il faut faire et tout ce qu'il faut éviter dans l'intérêt de l'enfant. La nature même de son travail voulait qu'il entrât dans beaucoup de petits détails qui ne paraîtront inutiles qu'à ceux qui n'ont pas assez réfléchi sur leur immense portée. Re-

(1) Un volume in-8°. Paris, 1859. — Chez Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Quelquefois l'inflammation s'étend au-dessous du péritoine, qui tapisse la paroi antérieure de l'abdomen, et à cette portion du péritoine elle-même, et constitue ce qu'on a appelé la péritonite antérieure, variété de péritonite consécutive le plus souvent aux phlegmons pelviens ou iliaques.

Quant au siége plus précis de l'inflammation, deux opinions sont en présence : l'une est l'opinion ancienne, d'après laquelle l'inflammation siégerait dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; l'autre, plus récente, place le siége de l'inflammation dans le péritoine lui-même. Pour M. Bernutz, à qui appartient la dernière opinion, le cul-de-sac péritonéal recto-utérin représenterait en quelque sorte la tunique vaginale de l'homme, et de même que cette dernière s'enflamme dans l'orchite, de même la séreuse pelvienne pourrait s'enflammer dans l'ovarite. L'un des arguments qu'invoque M. Bernutz en faveur de la thèse qu'il défend, est la petite quantité de tissu cellulaire qui existe sous la séreuse du cul-de-sac recto-utérin, région où l'on observe fréquemment les phlegmasies circum-utérines donnant lieu à des tumeurs volumineuses. M. Bernutz ne nie pas l'existence des phlegmons développés primitivement dans le tissu cellulaire du petit bassin, dans les lieux où ce tissu cellulaire est abondant, dans les ligaments larges par exemple ; mais pour lui, dans l'immense majorité des cas de phlegmons intra-pelviens, le foyer primitif et principal de l'inflammation est dans le péritoine du cul-de-sac recto-utérin. Pour lui, en un mot, la plupart des phlegmons sont des péritonites circonscrites.

M. Guéneau de Mussy a vu plusieurs faits qui viennent à l'appui des idées soutenues par M. Bernutz ; mais il croit aussi, d'après les faits dont il a été témoin, que l'inflammation se propage facilement du péritoine au tissu cellulaire sous-jacent. Ce tissu cellulaire devient le siége d'infiltration séreuse, puis purulente. La congestion peut être assez intense pour qu'il se produise des ecchymoses. Un abcès se forme bientôt si l'inflammation continue à l'état aigu. Mais parfois il n'en est pas ainsi ; l'inflammation s'apaise avant que le pus se soit formé, et sous l'influence d'une irritation chronique et sourde, le tissu cellulaire infiltré de lymphe plastique s'indure, devient lardacé, se rétracte, et il en résulte des déplacements de l'utérus. C'est dans la région des ligaments larges que l'inflammation a surtout de la tendance à gagner le tissu cellulaire, lequel, du reste, peut s'enflammer primitivement.

Ainsi, tantôt l'inflammation se limite à la séreuse du cul-de-sac recto-utérin, tantôt elle envahit consécutivement le tissu cellulaire, d'autres fois elle suit une marche inverse ; enfin, elle peut envahir simultanément et d'emblée la séreuse et le tissu cellulaire, constituant alors des phlegmasies mixtes.

Les deux opinions trouvent donc leur justification, sans qu'il soit possible dans chaque cas particulier de décider si c'est à l'une ou à l'autre qu'il faut se rallier. Aussi, pour ne rien préjuger sur le siége anatomique précis, M. Guéneau de Mussy préfère-t-il à toutes les autres la dénomination de phlegmasies circum-utérines.

Les lésions anatomiques varient suivant le siége occupé par l'inflammation. Réside-t-elle dans le cul-de-sac recto-utérin, celui-ci représente une espèce de poche à parois enflammées, injectées, opaques, recouvertes de fausses membranes, renfermant du pus en quantité parfois considérable, et fermée en haut par des adhérences établies entre le rectum, l'utérus, les ligaments larges, les intestins grêles et le grand épiploon. Très-souvent il existe des foyers multiples. M. Guéneau de Mussy a vu une fois l'un des foyers occupant le cul-de-sac postérieur communiquer par un conduit fistuleux avec un autre foyer situé plus haut et limité par des adhérences établies entre le cœcum, l'S iliaque et le grand épiploon.

L'ovaire est souvent malade ; on le trouve gonflé, infiltré de sérosité, de sang ou de pus. Le pus peut s'y collecter en abcès qui communique parfois avec le foyer post-utérin. M. Guéneau de Mussy a vu dans un de ces cas l'ovaire du volume de la tête d'un enfant, creusé de larges vacuoles suppurantes. Le tissu cellulaire présente les lésions inflammatoires ordinaires ; le pus qui s'y forme peut fuser au loin sous le péritoine.

Le rectum présente parfois des lésions extrêmement graves. On peut voir la muqueuse couverte d'ulcérations nombreuses et profondes, tapissées de fausses membranes grisâtres ou d'eschares ; la tunique musculaire s'hypertrophie ; l'épaisseur tout entière des parois du rectum peut être intéressée, et celui-ci présenter des perforations. Consécutivement, si la malade échappe à la mort, les abcès peuvent, en se cicatrisant, déterminer un rétrécissement permanent du rectum.

Par une coïncidence singulière, deux malades du service nous ont offert, à peu près dans le même temps, ces lésions de l'intestin à un degré des plus prononcés.

Leurs observations nous ont paru assez intéressantes pour que nous en rapportions ici les principaux traits.

Le 13 mai entrait à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Guéneau de Mussy, suppléant alors M. le professeur Rostan, une femme âgée de dix-sept ans. Elle nous dit être d'une santé habituellement mauvaise, présente tous les caractères de la chlorose (teinte jaune-verdâtre sous-nasale, souffle carotidien, menstruation irrégulière et peu abondante, leucorrhée, palpitations, dyspepsie, etc.). Elle est accouchée il y a un mois. Pendant sa grossesse, elle a eu des vomissements fréquents ; l'accouchement s'est bien passé ; elle s'est relevée après huit jours, conservant des douleurs vagues dans le ventre et de l'inappétence. Le lendemain elle est prise de frissons violents avec claquements de dents, qui se répètent sans régularité pendant deux ou trois jours, et sont remplacés les jours suivants par des frissonnements peu intenses, revenant surtout le soir. Il y a huit jours une douleur s'est manifestée sur la face dorsale du pied gauche. Cette douleur était le début d'un phlegmon, qui est arrivé à suppuration le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital. Depuis quelques jours l'écoulement lochial, qui s'était supprimé, est revenu sous forme d'un liquide sanguinolent, sanieux.

La veille, pour la première fois depuis sa couche, elle a été prise de vomissements. Depuis quinze jours elle n'a pas été à la selle. Elle se plaint d'une sensation très-pénible de barre hypogastrique ; le ventre est ballonné, résistant ; la rénitence occupe surtout le trajet du côlon et profondément la région hypogastrique droite. L'hypogastre et l'hypochondre droit sont douloureux à la pression.

L'examen du ventre permet encore de constater une altération qui, bien que sans rapport avec la maladie qui nous occupe, mérite pourtant par sa rareté d'être signalée ; c'est une coloration d'un brun foncé des téguments, qui par son intensité donnait à la malade l'apparence d'une origine caucasienne, et qui s'étendait à tout l'abdomen, remontant en haut jusqu'à la partie supérieure de la poitrine, descendant jusqu'à mi-cuisse, et ayant pour limite latérale de chaque côté une ligne étendue de l'angle des côtes à la crête iliaque.

Les mouvements des membres inférieurs ont conservé toute leur liberté. Le toucher vaginal est empêché par la saillie considérable que fait le rectum distendu par les fèces et par les douleurs vives que cette investigation provoque.

En présence de ces symptômes et des conditions dans lesquelles la maladie s'était développée, M. Guéneau de Mussy porta le diagnostic suivant : phlegmasie pelvienne avec rétention des matières fécales ; se réservant de le préciser davantage lorsque le toucher serait devenu possible.

Il fit la prescription suivante :

Frictions mercurielles belladonées à haute dose sur le ventre et la partie interne et supérieure des cuisses trois fois par jour ; cataplasmes ; lavements simples ; et à l'intérieur : 0,20 de calomel, 10 gr. de sucre, à prendre en 10 paquets ; du lait pour aliment.

Le lendemain et les jours suivants on constate une amélioration dans l'état de la malade. Le mouvement fébrile du soir diminue et disparaît, les vomissements s'arrêtent, le sommeil est bon ; mais il y a de l'inappétence et la constipation résiste opiniâtrement aux lavements, au calomel et à l'huile de ricin. Néanmoins M. Guéneau de Mussy, craignant par des moyens énergiques dirigés sur l'intestin de réveiller la phlegmasie pelvienne, persiste dans les mêmes moyens, et pour modifier l'état de sécheresse de la peau, il fait prendre des bains simples.

Le 21, survient une éruption miliaire.

Le 24, la malade a eu une évacuation peu abondante de matières poisseuses, noirâtres, rendues par petites quantités et avec ténesme violent. Le toucher est devenu possible, mais au prix des plus vives douleurs. Il permet de constater que le col est élevé, l'utérus volumineux, peu mobile, accolé à la paroi droite du bassin. Le ligament large du même côté est le siége d'une vive sensibilité ; le rectum est encore distendu par les fèces. Sous l'influence des onctions mercurielles s'est déclarée une stomatite, que M. Guéneau de Mussy considère comme d'un heureux augure pour la terminaison de l'inflammation pelvienne. Cet accident cède promptement au chlorate de soude.

Le 26, on peut sentir une rénitence dans le ligament large droit ; le museau de tanche a pris une direction oblique ; sa commissure droite est déviée en arrière ; le col est entouré par une tumeur semi-lunaire en forme de fer à cheval, tumeur empâtée qu'on fait saillir dans le vagin en pressant sur l'hypogastre droit.

Le 4 juin, le bourrelet a disparu ; le museau de tanche a repris sa direction normale, et l'utérus en grande partie sa mobilité ; la rénitence abdominale a également bien diminué ; le rectum est toujours distendu.

Le 9, M. Guéneau de Mussy ordonne un nouveau purgatif léger. Presque aussitôt la malade est prise d'un dévoiement abondant de matières poisseuses comme celles que nous avons déjà signalées, accompagné de coliques violentes et de douleurs cuisantes dans tout le trajet du côlon, mais surtout à la région rectale. En même temps le pouls devient petit, très-fréquent ; la respiration s'embarrasse, le sommeil est agité, mêlé de rêvasseries ; le faciès s'altère profondément ; les globes oculaires s'enfoncent dans leurs orbites. Des vomissements bilieux très-fréquents alternent avec les déjections alvines poisseuses ; on dirait une espèce de choléra bilieux. Malgré les vomissements et les douleurs, la diarrhée et l'absence de ballonnement rendent peu vraisemblable l'idée d'une péritonite. Ces symptômes alarmants, combattus en vain par la glace et l'opium à haute dose, persistent quelques jours, puis la malade succombe.

A l'autopsie, la portion abdominale du péritoine ne présente aucune altération ; la surface des intestins est simplement cyanosée, mais ne porte aucune trace d'injection inflammatoire ni de fausses membranes. Les lésions sont concentrées dans l'excavation pelvienne ; le péritoine y est injecté, tapissé en différents points, et notamment à la surface de l'utérus et de ses annexes, de fausses membranes, dont quelques-unes sont vascularisées. L'utérus, plus volumineux qu'à l'état normal, est incliné en avant et à droite, et maintenu fixé dans cette position par des brides résistantes, qui l'unissent à la face postérieure de la vessie. Une anse d'intestin grêle et l'appendice iléo-cœcal adhèrent aux anneaux du côté droit ; le tissu cellulaire du ligament large du même côté est induré. Dans son épaisseur est creusée une cavité qui contient une matière puriforme, concrète. Mais les lésions les plus curieuses existent dans le gros intestin. La muqueuse du rectum est épaissie, boursouflée, mamelonnée, couverte de fausses membranes grisâtres et d'ulcérations ; elle est décollée des couches sous-jacentes de l'intestin ; elle présente, en un mot, des lésions analogues à celles de la dyssenterie épidémique. Les mêmes lésions existent, mais moins prononcées, dans l'S iliaque ; dans le reste de l'étendue du gros intestin, la muqueuse est épaissie, vivement injectée, et présente de distance en distance des ulcérations larges et profondes qui se retrouvent jusque dans le cœcum. Les lésions s'arrêtent à la valvule iléo-cœcale.

Obs. II. — La malade qui fait l'objet de cette observation est, comme la précédente, âgée de dix-sept ans et d'une santé habituellement mauvaise, également chlorotique. Elle est accouchée il y a onze jours, ne s'est pas levée depuis. L'accouchement a été laborieux. Deux jours après, la malade a eu une perte abondante avec caillots qui ne s'est pas complétement suspendue. Depuis deux jours, elle a eu trois frissons violents ; elle se plaint de coliques et de douleurs sourdes dans le ventre et dans les reins ; elle a de la constipation depuis plusieurs jours, et une céphalalgie occipitale et frontale vive, de l'insomnie et de la dysurie. La peau du ventre est brûlante ; le pouls, faible, bat 180 fois par minute. L'utérus est volumineux ; son fond, incliné à droite, est à deux travers de doigt de l'ombilic. La malade, exsangue, tombe en syncope au moment de l'examen.

L'indication capitale étant ici de relever les forces et d'arrêter le mouvement fébrile qui se reproduisait avec une apparence de périodicité, la prescription fut la suivante :

Demi-lavement d'eau de guimauve, suivi d'un quart de lavement contenant 1 gramme de sulfate de quinine ; une potion avec 3 grammes d'extrait de quinquina et 0,30 de musc, du vin de Bagnols et des bouillons.

Le lendemain, 28 juin, l'état de la malade est moins alarmant. Le pouls est à 132 ; il est plus large ; la peau est moite ; la métrorrhagie s'est suspendue ; le fond de l'utérus est descendu d'un travers de doigt ; mais le ventre, médiocrement tendu, est toujours sensible. La miction est difficile. Deux fois, dans le cours de la nuit, la malade a

---

procher par conséquent à M. Caron d'avoir dit trop de petites choses, ce serait lui reprocher d'avoir trop bien fait.

Nous ne pouvons pas suivre l'auteur pas à pas ; mais nous devons signaler quelques chapitres qui nous ont plus particulièrement fait plaisir : ceux où il est traité des *Considérations hygiéniques spéciales, relatives à l'éducation physique des nouveau-nés* ; — *De l'alimentation des jeunes enfants*, dont on voit que l'auteur a dû faire une étude toute spéciale ; — *Du danger et des véritables inconvénients de droguer inutilement et trop fréquemment les enfants nouveau-nés*. C'est là un chapitre que les femmes devraient profondément méditer. L'auteur s'y élève, avec forte raison, contre cette habitude trop souvent désastreuse, de confier la santé des enfants au premier pharmacien venu.

Dans un dernier chapitre, M. Caron insiste longuement et avec autorité sur les *considérations morales qui doivent décider les familles à encourager l'alimentation maternelle*. Avec l'auteur, nous dirons que lors qu'il n'y a pas empêchement absolu, la mère *doit* allaiter elle-même son enfant ; il n'y a au monde aucune considération qui puisse lui permettre de se soustraire à ce devoir, si ce n'est, encore une fois, une impossibilité absolue. La femme qui, le pouvant, ne nourrit pas elle-même son enfant, celle-là n'est pas une véritable mère. Mais ni M. Caron ni moi ne saurions rien ajouter à ce qu'a dit J. J. Rousseau sur ce sujet.

Le livre que nous analysons n'a pas été écrit pour les médecins ; cependant l'auteur ne pouvait pas entièrement oublier la médecine et ses doctrines. Il y touche par un très-grand nombre de points, et en même temps il aborde assez nettement dans plusieurs chapitres des questions médicales d'une très-haute importance. Ici nous avons le regret de ne partager presque aucune des opinions de l'auteur, dont le moindre défaut est l'exagération. A propos de l'alimentation de l'enfant et de ses résultats sur l'organisme, M. Caron s'est fait une théorie devant laquelle il fait tout plier avec un despotisme que la science médicale ne devrait plus connaître. Il nous a semblé que l'auteur avait une tendance très-marquée à faire porter à l'estomac et aux intestins la responsabilité de presque toutes les maladies, même des maladies diathésiques. Quant aux affections héréditaires, il nous a paru qu'il y croyait à peine ; il semble penser qu'on peut tout réparer à l'aide d'une bonne alimentation, soit de la mère pendant la grossesse, soit de l'enfant après la naissance. Cela se peut, à coup sûr, dans quelques cas ; mais il est notoire que cela est radicalement impossible dans beaucoup d'autres, et que les mères et les pères dont la constitution est détériorée, ou qui portent en eux le germe de certaines maladies, impriment forcément, fatalement, et quoi qu'on fasse, leur propre cachet à leurs produits, et que rien, ni alimentation bien dirigée ni hygiène bien entendue, ne saurait mettre ces derniers à l'abri de pareils malheurs. Tout au plus peut-on, dans certains cas, en amoindrir les conséquences. Le médecin expérimenté, qu'une théorie n'aveugle pas, ne le sait-il pas de reste, et ne gémit-il pas tous les jours en présence de certaines unions qu'il n'a pu empêcher ?

Encore une fois, les opinions médicales de l'auteur nous ont paru le plus souvent exagérées, et même quelquefois fausses ; mais le livre de M. Caron n'étant pas, à proprement parler, un livre de médecine, nous ne devons pas nous montrer trop sévère sur les points de doctrine : c'est un *Code des jeunes mères*, et, ainsi considéré, c'est un bon ouvrage qui sera toujours consulté avec fruit par les femmes, à qui il est destiné.

Dr H. MONTANIER.

Conseils aux mères, ou de l'hygiène des nouveau-nés et de l'enfant à la mamelle, par M. le docteur GUIET, du Mans (1).

Le thème de ce livre, absolument le même que celui du précédent, est un de ces sujets si intéressants et si pratiquement utiles, que l'on voudrait n'avoir à donner que des éloges à ceux qui consacrent leur temps et leur intelligence à les développer. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et le rôle du critique n'est pas toujours des plus faciles et des plus agréables à remplir lorsque lui incombe le devoir de formuler nettement son appréciation sur une œuvre qui ne lui semble pas atteindre le but que s'est proposé l'auteur.

Le livre de M. Guiet est élégamment écrit, d'une lecture facile et attrayante, mais à qui s'adresse-t-il ? Si nous en croyons la préface, ce n'est pas aux savants, mais aux mères. Eh bien, à peine avons-nous parcouru les prolégomènes, que déjà nous sommes forcé de reconnaître

(1) Un vol. in-18. Au Mans, chez Dehallais et du Temple, éditeurs.

été prise de syncope, et le matin, avant la visite, elle a eu un frisson violent. Elle n'a pas eu de vomissements, mais elle est tourmentée par des nausées continuelles. Le lavement a procuré une évacuation abondante.

Le jour suivant, l'état général de la malade est sensiblement le même. Le pouls conserve sa fréquence; mais le frisson ne s'est pas reproduit, et le ventre, plus souple et plus dépressible, laisse sentir dans le flanc droit et la région iliaque du même côté une rénitence mal limitée. Les nausées et le dévoiement persistent. Un emplâtre à la thériaque et à la belladone sur l'épigastre, l'eau de Seltz et la glace sont dirigés contre les premières; la diarrhée est combattue par le sous-nitrate de bismuth, et l'inflammation par les frictions mercurielles belladonées sur le ventre et les cuisses.

Le 30, le pouls est à 120; des vomissements apparaissent, la diarrhée persiste; le ventre se ballonne. Les accidents s'accroissent les jours suivants.

Le 5 juillet, une amélioration coïncide avec l'apparition d'une stomatite mercurielle, mais le dévoiement continue malgré le sous-nitrate de bismuth, l'opium à l'intérieur et les lavements laudanisés. Les vomissements se sont arrêtés. La malade se plaint d'une faim continuelle.

Le 11, le toucher réveille une vive sensibilité en arrière du col et fournit la sensation d'une tumeur mal circonscrite, qui paraît formée par un paquet d'anses intestinales agglomérées. Le ventre est bien affaissé; le pouls ne bat plus que 100 pulsations; la peau est moins chaude. La malade dort davantage; mais des eschares se forment au sacrum, et au pus se mêlent du sang et une matière puriforme. A l'apparition de ces derniers symptômes, M. Guéneau de Mussy, instruit par l'autopsie précédente, ne doute plus de l'existence dans le gros intestin d'ulcérations que rendaient déjà probables la persistance du dévoiement.

Les jours suivants, sous l'influence des moyens déjà indiqués et de la décoction blanche, le dévoiement diminue un peu. Les bains soulagent beaucoup la malade, qui demande sans cesse à manger. Un lait de poule lui est accordé avec le vin et les bouillons.

Le 19, de nouveaux frissons surviennent, les vomissements reparaissent, le dévoiement augmente, du muguet se montre sur la langue et les lèvres. Les lavements à la ratanhia, au nitrate d'argent, procurent une diminution des selles; les vomissements s'arrêtent, et la malade semble entrer de nouveau dans une phase d'amélioration; mais le mieux n'est que momentané, et les accidents ne tardent pas à reprendre toute leur intensité. Le pouls augmente de fréquence, perd sa force. Le vomissement et le dévoiement deviennent continuels; le délire survient, et la malade meurt dans le marasme le plus grand.

L'*autopsie* ne put être faite complétement, la famille s'y étant opposée. Il fut néanmoins possible d'extraire l'utérus et le rectum par le périnée, et l'on put voir à la surface de l'utérus et de ses annexes des traces incontestables d'inflammation. Mais la lésion importante, celle sur laquelle nous voulons appeler l'attention, siégeait dans le rectum, dont la muqueuse rouge et gonflée présentait çà et là, comme M. Guéneau de Mussy l'avait diagnostiqué pendant la vie de la malade, des ulcérations multipliées, dont quelques-unes semblaient avoir subi déjà un commencement de cicatrisation. Il est probable que les ulcérations remontaient plus haut dans l'intestin.

Voici donc deux exemples de phlegmasie circum-utérine puerpérale se compliquant de recto-colite ulcéreuse très-grave. Chez la première malade, à une constipation opiniâtre d'environ un mois succèdent des accidents cholériformes qui entraînent promptement la mort. Chez la seconde, une constipation de quelques jours fait place à un dévoiement abondant, dont on ne peut se rendre maître par les moyens les plus divers, qui persiste pendant six semaines, et finit également par conduire la malade au tombeau.

Ces faits de coïncidence d'inflammation rectale avec la pelvipéritonite n'ont pas encore été consignés. M. Goupil en a observé plusieurs cas, mais ils ne sont pas très-fréquents, et il nous a paru à propos d'en publier les deux observations précédentes.

Nous reviendrons dans un deuxième article à l'histoire générale des phlegmasies circum-utérines.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 octobre 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Un rapport de M. le docteur Chevalier, médecin-inspecteur des eaux minérales de Chaudes-Aigues, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1857. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Chappelle, d'Angoulême, sur le traitement du croup par le kermès minéral à haute dose (commissaires, MM. Bouvier et Trousseau);

2° Un mémoire de M. le docteur Zandyck, de Dunkerque, sur les constitutions météorologiques et médicales de Dunkerque pendant l'année 1858 (commission des épidémies);

3° La description et le modèle d'un cathéter à deux branches mobiles, construit sur les indications de M. le docteur Baucher par M. Mathieu;

4° M. MATHIEU soumet au jugement de l'Académie un nouvel *inciseur emporte-pièce*, destiné à exciser les rétrécissements de l'urèthre.

Cet instrument se compose d'une partie conique, qui termine l'extrémité uréthrale, et peut pénétrer dans les pertuis les plus étroits. Cette même partie conique contient une petite lame que l'on peut faire saillir à volonté, pour inciser d'*avant en arrière*, et frayer au besoin un passage à la partie conique elle-même. En deçà de cette partie se trouve une solution de continuité qui forme pince et doit saisir le rétrécissement lorsque l'on fait avancer la canule interne, qui est mousse. Quand le rétrécissement est saisi de cette manière, on fait avancer la canule externe, qui est tranchante en lui faisant exécuter en même temps un mouvement de rotation. On enlève ainsi toute la partie saisie dans la pince, c'est-à-dire le rétrécissement uréthral.

L'extrémité mousse de la partie conique peut être remplacée, à la volonté de l'opérateur, par une bougie en gomme, en baleine ou en métal, instruments conducteurs dont on peut également faire varier le calibre. (Renvoyé à la commission d'Argenteuil.)

— M. GAULTHIER DE CLAUBRY fait hommage à l'Académie de son mémoire imprimé sur les allumettes chimiques.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur Saucerotte, de Lunéville, correspondant de l'Académie, est présent à la séance.

LECTURE.

Eaux de Vichy. — M. DEVERGIE lit un travail ayant pour titre *Une visite à Vichy*. L'objet principal de ce travail est de faire connaître l'état des eaux potables dans cette localité.

Une des premières nécessités de la vie, l'eau potable, dit l'auteur, manque complétement à Vichy, et l'on sera surpris lorsqu'on saura qu'il n'y existe pas d'autre eau à boire que de l'eau de puits chargée de sels calcaires, eau crue incapable de dissoudre le savon, et dans laquelle cuisent fort mal les légumes secs.

Cependant deux rivières, l'Allier et le Sichon, bordent Vichy dans une grande partie de sa circonférence, et les eaux de ces deux rivières sont plus pures que l'eau de la Seine. C'est là le point principal sur lequel M. Devergie appelle l'attention de l'Académie.

Voici quelques-uns des développements dans lesquels il entre à cet égard.

Il existe à Vichy deux fontaines publiques qui donnent de l'eau en abondance; mais cette eau vient des montagnes du Vernet. Elle traverse des couches calcaires et se charge de sels de chaux dans tout son parcours : chaque hôtel, chaque maison particulière a sa fontaine ou son puits, de sorte qu'il est peu d'habitants, à part ceux du vieux Vichy, qui se servent de l'eau des fontaines.

Or, même dans les principaux hôtels, telle est la crudité de l'eau, que l'ancien maire de Vichy, qui pendant de longues années a exercé les fonctions municipales, disait avoir vu dans quelques-uns d'entre eux des tuyaux entièrement oblitérés par les dépôts calcaires des eaux.

Pas une de ces fontaines particulières ne fournit d'eau potable, et la seule qui dans la ville ait cette réputation, donne une eau tellement crue, que j'ai été conduit à profiter de quelques averses pour recueillir l'eau des toits et m'en approvisionner.

L'établissement des bains a, il est vrai, posé à grands frais une prise d'eau dans l'Allier; mais en prévision de l'abaissement de cette rivière durant l'été, on a creusé sur son parcours un réservoir très-profond, et on est arrivé à rencontrer de l'eau minérale qui se trouve mêlée à l'eau de l'Allier. Une autre prise d'eau a été branchée sur la source de la montagne du Vernet, mais ce sont des eaux crues.

De sorte qu'en définitive on est dans le vrai en disant qu'il n'y a nulle part de l'eau potable à Vichy, et que dans les hôtels comme dans les maisons particulières, on sert à table de l'eau chargée en abondance de sels calcaires.

Les deux établissements hospitaliers de Vichy, l'hôpital civil et l'hôpital militaire, ne sont pas mieux pourvus. La source de l'hôpital civil est moins mauvaise que celle de beaucoup d'hôtels, voire même que celle des fontaines publiques.

Quant à l'hôpital militaire, l'ingénieur du gouvernement est parvenu, par des dispositions très-ingénieuses, à approvisionner l'hôpital de beaucoup d'eau; mais malheureusement il est arrivé à une nappe d'eau extrêmement calcaire, et qui constitue peut-être l'eau *la moins potable de Vichy*.

M. Devergie expose ensuite les résultats des essais qu'il a faits sur une collection d'échantillons des diverses eaux de Vichy qu'il a recueillies. Il résulte de ces essais comparatifs avec les eaux de la Seine, celles de l'Ourcq et d'Arcueil, que toutes les eaux de Vichy, quelle que soit leur provenance, à part celles des deux rivières dont il a été parlé, sont des eaux non potables et très-distancées des eaux de Paris.

Cet état de choses, ajoute M. Devergie, est commun à bien d'autres pays; il n'a même aucun inconvénient pour les habitants de Vichy. Mais il n'en est plus de même de la population flottante. Les malades qui vont à Vichy ont tous un estomac et des intestins qui fonctionnent mal, et si l'influence de l'eau crue n'était préalablement modifiée par la grande quantité d'eau minérale dont les baigneurs font usage avant chaque repas, cette eau les rendrait à coup sûr plus malades encore. Mais que l'on suppose une indisposition, une maladie, une épidémie qui nécessite la suppression de l'eau minérale, et voilà un malade réduit à boire de l'eau crue !

Tel est l'état de choses que M. Devergie signale à l'attention de l'Académie comme nécessitant un remède.

Après quelques explications échangées à ce sujet entre un grand nombre de membres, il est convenu, sur une proposition de M. le secrétaire perpétuel, que le travail de M. Devergie sera signalé à la commission des eaux minérales, qui aura à en tenir compte dans son rapport général sur l'année 1858.

RAPPORT.

Maladies des tailleurs de cristal et de verre. — M. LONDE, au nom d'une commission composée de MM. Devergie, Pâtissier, et Londe, rapporteur, rend compte d'un travail de M. Putégnat, de Lunéville, sur les maladies des tailleurs de cristal et de verre. Ce travail renferme la description d'une gengivite particulière à ces tailleurs, et des recherches sur les causes de la fréquence relative de la phthisie pulmonaire parmi ces ouvriers et sur les moyens de les détruire.

L'affection dominante, ou plutôt la première dont sont atteints les tailleurs de cristaux, est une gengivite spéciale avec exhalation d'une odeur qui empoisonne les ateliers, gengivite dont le premier résultat est la perte des dents. On rencontre encore chez ces ouvriers des abcès, furoncles et durillons à la partie postérieure et supérieure de chaque avant-bras, des affections catarrhales aiguës et chroniques des muqueuses bronchiques, l'asthme, rarement des affections saturnines; mais ce qui, avec la gengivite précitée, domine le tableau, c'est la phthisie pulmonaire, qui se manifeste parmi ces ouvriers dans des proportions effrayantes.

M. Putégnat insiste d'abord et surtout, et cela parce qu'elle n'a point encore été décrite, sur cette gengivite spéciale et propre aux tailleurs de la cristallerie de Baccarat; 95 p. 0/0 des tailleurs de cristaux sont atteints de cette affection, quelle que soit leur constitution, quel que soit leur tempérament. Au bout de trois mois de travail ils présentent des traces de maladie; au bout de six mois, ils en offrent les symptômes incontestables.

---

combien il est loin de sa destination. Ces tirades philosophiques contre la manière dont se font actuellement les mariages, qui, au dire de l'auteur, ne seraient que des marchés; ces considérations sur la *reproduction de l'espèce*, etc., est-ce bien dans un livre que vous voulez mettre dans les mains d'une jeune mère qu'elles doivent tout d'abord se rencontrer? Nous ne nous piquons pas d'une pruderie exagérée, mais nous trouvons encore dans plusieurs passages des premiers chapitres des expressions qui nous ont semblé quelque peu hasardées. L'histoire de la nourrice et de son *berger* légitime eût gagné, croyons-nous, à être plus sérieusement exposée.

Nous sommes heureux de convenir que la plus grande partie des préceptes donnés par M. Guiet à l'occasion des premiers moments de l'existence de l'enfant, sont justes et bien présentés; les jeunes femmes y puiseront de salutaires leçons; cependant nous devons signaler, avant d'aller plus loin, un point *essentiel* sur lequel nous sommes loin d'être d'accord avec notre confrère, nous voulons parler du régime.

M. Guiet affirme « qu'il est impossible de régler l'alimentation de l'enfant dans les premiers jours. Le sein est, dit-il, le calmant par excellence du nouveau-né. Quelle que soit la souffrance pour laquelle il jette le cri, le sein le console... » Et plus loin il répète que : l'enfant ne tette que quand il a soif, qu'il est doué d'un instinct sûr...

Pour nous, l'expérience de vingt années nous a conduit à des convictions diamétralement opposées; nous soutenons qu'il faut régler l'alimentation de l'enfant dès les premiers jours de son existence, qu'on lui fait aisément prendre au début de bonnes habitudes, en ayant le courage de supporter ses cris pendant quelques nuits; et que pour n'avoir pas pris ce soin tout d'abord, nombre de mères n'ont pu mener jusqu'au bout un allaitement dont elles se seraient parfaitement acquittées dans d'autres conditions. Déjà, dans une autre partie de ce journal, nous avons eu occasion de développer notre idée sur cette question, qui, nous le répétons, nous semble *essentielle*.

Arrivons-nous à l'alimentation artificielle, nous nous trouvons encore en profond désaccord avec l'auteur. M. Guiet professe que la bouillie de farine de froment, la *bouillie classique*, est le meilleur aliment de l'enfant qui commence à manger; avec beaucoup de ceux qui se sont occupés de l'hygiène de la première enfance, nous ne pouvons que condamner l'usage de cet affreux et indigeste cataplasme intérieur dont nous n'avons jamais vu, et bien d'autres avec nous, que de déplorables résultats. Nous sommes bien plutôt de l'avis de l'auteur lorsqu'il conseille, un peu plus loin, les panées faites avec la mie de pain séchée, réduite en farine grossière et cuite dans l'eau. Voilà un aliment facilement assimilable; et par lequel, en effet, nous voulons que l'on commence l'alimentation artificielle du nouveau-né, lorsqu'il a atteint l'âge de trois ou quatre mois.

M. Guiet ne supprime l'allaitement de nuit que lorsque l'époque naturelle du sevrage est arrivée. Mauvaise pratique encore, selon nous. Dès que l'enfant est assez fort pour tirer du sein une quantité de lait suffisante, il faut supprimer l'allaitement de nuit. Il faut que l'enfant prenne l'habitude de laisser chaque nuit à sa mère cinq ou six heures d'un sommeil réparateur et non interrompu, sans quoi ses forces s'épuisent, et elle ne peut remplir jusqu'au bout la tâche qu'elle s'est imposée.

Condamnons encore, comme un préjugé fâcheux, ce respect qu'a l'auteur pour la diarrhée des enfants à l'époque de la dentition. La diarrhée est le signe d'un état morbide de l'estomac et de l'intestin, et le premier soin du médecin doit toujours être de s'y opposer le plus énergiquement qu'il peut, de l'arrêter le plus tôt possible.

Nous en avons dit assez pour montrer combien nous sommes en opposition avec les doctrines de ce livre, quant à ce qui regarde les points les plus importants de l'hygiène de la première enfance. Si nous voulions signaler quelques contradictions qui s'y trouvent au point de vue physiologique et médical, au point de vue par exemple de *certaine immunité* des femmes qui nourrissent, etc., nous aurions encore bien des objections à faire à notre confrère; mais l'espace nous manque, et d'ailleurs M. Guiet a préparé sa réponse. *Scribo in aere Cenomano*, dit-il quelque part. A cela que répondre, si ce n'est qu'à Paris les choses ne se passent pas tout à fait ainsi ?

Dr A. FOUCART.

Cette gengivite affecte une prédilection marquée pour la mâchoire supérieure. La coloration des arcades dentaires dans cette affection est différente de celle que présentent les ouvriers exposés aux émanations de plomb. Une sécrétion acide s'écoule des gencives, altère l'émail des dents, qui deviennent piquées de points noirâtres, s'usent à leur collet, se carient, et finissent par se briser au niveau des alvéoles.

Contrairement à ce qui a lieu dans le scorbut et dans certaines gengivites, les dents ne se déchaussent pas, ne s'ébranlent pas, ne tombent pas, mais se cassent, et au bout de quelques années de séjour dans ces tailleries, les ouvriers n'ont au lieu de dents que des chicots noirâtres et arrondis.

Après la brisure des dents, les gencives continuent à être malades autour des chicots. Elles offrent un état mollasse et sanieux qui rend l'haleine fade à un tel degré que l'atmosphère des tailleries donne presque des nausées.

Cette gengivite ne produit ni chaleur, ni démangeaison, ni hémorrhagies. Elle ne cause nulle douleur au toucher, et pendant la mastication la plupart des tailleurs, quoiqu'en étant atteints depuis plusieurs années, s'aperçoivent à peine de leur affection.

M. Putégnat cherche à démontrer ensuite que cette gengivite est nouvelle, qu'elle est spéciale, *sui generis*, propre aux tailleurs de Baccarat.

Les causes de cette gengivite sont les unes prédisposantes, les autres déterminantes. Au nombre des premières, M. Putégnat signale les excès de boissou, qui, en nuisant à la digestion, détériorent la nutrition et la constitution; une nourriture insuffisante, un logement humide et mal aéré, etc. Parmi les causes déterminantes, il signale comme la plus active l'état hygrométrique des tailleries, donnant toujours 15 à 20° d'humidité de plus que l'air extérieur.

M. Putégnat arrive aux causes de la fréquence relative de la phthisie pulmonaire et aux moyens de les détruire. La phthisie atteint un ouvrier sur 29; tandis que, d'après le congrès général tenu à Bruxelles, elle ne frappe dans la vie ordinaire que 5 individus sur 1,000. En 1857, sur 12 tailleurs malades que l'usine présente à la visite mensuelle, M. Putégnat trouve 6 phthisiques. Un septième est trop malade pour se rendre à la consultation; deux autres sont atteints d'une broncbite capillaire localisée au sommet de chaque poumon.

Chez les tailleurs de Baccarat, la phthisie débute le plus ordinairement par le poumon droit; tandis que d'après les relevés de Stark, ceux de MM. Louis et Andral, le poumon gauche est plus disposé à devenir tuberculeux, et que la lésion de ce dernier est toujours plus avancée que celle du poumon droit.

M. Putégnat basarde, comme explication de ce phénomène exceptionnel, la position de l'ouvrier pendant le travail, position produisant une hyperémie qui n'est point sans gravité pour le sujet prédisposé aux tubercules pulmonaires. Il résume en ces termes la longue discussion à laquelle il se livre sur les causes de la phthisie chez ces ouvriers :

« Sans nier l'influence de l'hérédité, des veilles, d'une alimentation insuffisante, des excès de boissons alcooliques, des vêtements trop légers, de l'inspiration d'un air chargé de poussière, du séjour prolongé dans un lieu humide, d'une habitation encombrée et non aérée, du froid, de la position assise pendant les longues heures du travail, etc.; sans nier, disons-nous, l'influence de ces conditions et même leur complexité d'action sur le développement de la phthisie pulmonaire des tailleurs de Baccarat, nous sommes forcé de reconnaître que ces causes ne suffisent point à elles seules pour expliquer cette fréquence proportionnelle des tubercules pulmonaires. »

En effet, puisque ces causes se rencontrent dans d'autres usines où la phthisie est très-rare, il faut, de toute nécessité, admettre qu'il y a dans les tailleries de Baccarat une cause spéciale.

Quelle est donc cette cause locale individuelle et particulière qui domine toutes les autres?

C'est, suivant M. Putégnat, l'atmosphère empoisonnée par la gengivite. A qui trouverait trop faible cette cause, considérée sous le point de vue de la gravité de son résultat, M. Putégnat répond par des arguments sinon irréfutables et sans réplique, du moins très-spécieux et très-subtils, et joint constamment à cette argumentation l'appui d'autorités du plus grand poids.

Le travail de M. Putégnat, dit en terminant M. le rapporteur, enrichi d'une érudition bien choisie, est le fruit de consciencieuses observations; il renferme des faits que la science doit enregistrer et qu'il serait fâcheux de laisser enfouis dans les archives. M. le rapporteur propose, en conséquence:

1° De faire écrire à M. Putégnat pour le remercier de son intéressante communication;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

L'Académie adopte.

LECTURE.

Auscultation de la tête. — M. HENRI ROGER lit un mémoire intitulé *Recherches cliniques sur l'auscultation de la tête*.

M. Roger commence par rappeler que l'idée d'appliquer l'auscultation au diagnostic des maladies cérébrales appartient au docteur Fisher (de Boston). Il cite ensuite les travaux successifs de M. Whitney, de M. Hennig (de Leipsick), etc., en les contrôlant par les résultats de sa propre observation.

Après avoir tracé les règles de l'auscultation de la tête, indiqué les bruits normaux et anormaux que l'on perçoit sur le crâne; après avoir décrit spécialement le *souffle céphalique*, ses caractères, sa cause physique, et en avoir précisé la signification pathologique et la valeur en séméiologie, il termine par les conclusions suivantes, qui ressortent de l'analyse de près de 300 observations :

CONCLUSIONS GÉNÉRALES. — *Valeur de l'auscultation de la tête.* — « Tandis que la stéthoscopie révèle au clinicien, pour les affections des poumons et du cœur, des bruits anormaux nombreux, importants et quelquefois pathognomoniques, l'auscultation de la tête ne fait constater l'existence que d'*un seul bruit*, le *souffle céphalique*; il n'y a ni *égophonie cérébrale* caractéristique d'un épanchement dans le cerveau, ni battements particuliers à l'apoplexie, ni aucun autre bruit intrinsèque.

» Est-il du moins quelque affection de l'encéphale qui puisse être reconnue d'une manière tant soit peu certaine, grâce à la perception de ce souffle? Il n'en est aucune, ainsi qu'on le voit dans presque tous les chapitres de notre mémoire. Absent dans l'immense majorité des cas, absent dans la *méningite*, dans les *convulsions*, etc., le bruit anormal ne s'est montré que chez quelques enfants atteints d'*hydrocéphalie* chronique, et il ne s'est pas alors montré assez constamment pour qu'on soit en droit de le transformer en un signe des épanchements du cerveau; ni de sa présence ni de son absence on ne saurait conclure à l'existence d'une *affection cérébrale* quelconque; de sorte que, à dire vrai, l'auscultation de la tête n'a point d'utilité là où elle semblait devoir naturellement en présenter le plus.

» Par contre, cette même auscultation rend des services inattendus dans le diagnostic des *altérations du sang*, puisque, ainsi que nous l'avons prouvé par de nombreux exemples, on peut, de la présence du souffle céphalique chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle, conclure à l'existence d'une *anémie*, d'un *rachitisme* à la période d'invasion ou d'état.

» L'auscultation de la tête a même, pour ce cas spécial, plus d'avantage que celle des vaisseaux du cou; elle est d'une application plus facile. Souvent il m'a été possible d'ausculter sur le crâne des enfants qui se refusaient obstinément à l'auscultation des régions latérales du cou, et qui la rendaient impraticable par leurs mouvements et leurs cris; plus d'une fois j'ai pu procéder à cette opération pendant le sommeil des nouveau nés ou pendant l'allaitement, alors que l'examen des carotides aurait été certainement impossible.

» L'auscultation de la tête vient ici confirmer, pour les jeunes sujets, les lois de relation que MM. Bouillaud et Andral ont trouvées pour les adultes entre les bruits vasculaires et les altérations des éléments constitutifs du sang.

» Les services que l'auscultation du cerveau peut rendre à la séméiologie sont plus restreints encore que je viens de le dire; tandis que la découverte de Laënnec et ses applications multipliées profitent aux malades de tout âge, aux vieillards comme aux adultes et aux enfants, l'auscultation cérébrale ne saurait être de quelque avantage que chez les très-jeunes sujets : elle n'est praticable que dans une limite d'âge fort étroite, et cette limite est donnée par l'occlusion des fontanelles, qui en s'ossifiant forment aux sons une barrière qu'ils ne franchissent guère; après leur ossification, la perception du souffle céphalique devient exceptionnelle, de sorte que l'exploration stéthoscopique n'est réellement applicable aux malades que dans les deux ou trois premières années de la vie. »

Après avoir jugé par la clinique la valeur de l'auscultation de la tête dans la séméiologie des maladies du cerveau, après avoir reconnu que ce mode d'exploration physique ne donne guère que des résultats négatifs, M. H. Roger mentionne quelques faits d'auscultation cérébrale et de pathologie infantile que les présentes recherches lui ont appris, faits qui lui semblent nouveaux et d'un certain intérêt pratique; il les résume à la fin de son mémoire.

« Ces faits sont :

» 1° L'existence d'un souffle céphalique dans la chloro-anémie des très-jeunes sujets, souffle très-fréquent, alors qu'il est tout à fait exceptionnel dans les affections de l'encéphale;

» 2° La nature de ce souffle, qui est dans tous les cas un bruit lié à une altération du sang, un bruit inorganique et non pas organique;

» 3° La fréquence de la chloro-anémie dans la première année de la vie et à l'époque de la dentition;

» 4° La fréquence également méconnue de l'anémie dans la coqueluche;

» 5° La possibilité de reconnaître de très-bonne heure par l'auscultation du crâne l'altération du liquide sanguin, et conséquemment de la combattre vite, ce qui n'est pas peu important dans le très-jeune âge, où toute cause de débilitation de l'économie peut aboutir, surtout s'il y a prédisposition, à une tuberculisation générale;

» 6° La fréquence, sinon la constance du souffle céphalique dans le rachitisme;

» 7° La démonstration par ce souffle et par ses caractères de la nature du rachitisme, qui doit être considéré non point comme un mal localisé au système osseux, mais comme une altération du sang, comme une maladie qui affecte tout l'organisme;

» 8° La constatation, au moyen de chiffres précis, de l'époque où les fontanelles commencent à se fermer (à dix mois chez le quart des sujets), de celle où l'occlusion doit être complète (de deux à trois ans dans presque tous les cas), notion qui n'est pas sans importance au double point de vue de la pathologie et de la médecine légale : d'une part, en effet, constater une occlusion tardive des fontanelles, c'est reconnaître en même temps un retard apporté à l'ossification générale, et conséquemment annoncer l'imminence du rachitisme ou du commencement d'une hydrocéphalie, et inversement constater une occlusion précoce des sutures et des fontanelles, c'est être à même de prévoir la possibilité d'une microcéphalie et d'une idiotie consécutive; d'autre part, la détermination de l'état des fontanelles à une période donnée de la première enfance peut servir au médecin légiste pour fixer d'une manière très-approximative l'âge d'un enfant, ou pour résoudre une question d'identité. »

PRÉSENTATION DE MALADES.

Epingle double à cheveux extraite de l'urèthre d'un officier sans le secours d'aucun instrument. — M. SÉGALAS place sous les yeux de l'Académie un corps étranger, une épingle double à cheveux, extrait de l'urèthre d'un malade sans le secours d'aucun instrument. Voici cette histoire :

Un officier atteint d'un chancre au méat, s'était imaginé, dans le but de voir cet ulcère, d'introduire une épingle double à cheveux dans l'urèthre, et de s'en servir comme d'un spéculum en écartant ses branches l'une de l'autre. Un jour, après une exploration faite de la sorte, l'épingle s'est trouvée avoir dépassé complétement le méat, être tout entière dans le canal. Le malade a fait de vaines tentatives pour la faire sortir; ces tentatives n'ont abouti qu'à engager les extrémités de l'épingle dans le gland. Dans cet état, il a appelé son médecin, qui s'est empressé de le conduire chez M. Ségalas.

J'ai commencé par m'assurer, dit M. Ségalas, que l'épingle était restée à la partie antérieure de l'urèthre; puis, sans hésiter, j'ai procédé à son extraction. J'aurais pu être embarrassé sur le moyen à mettre en usage : me demander s'il conviendrait d'ouvrir l'urèthre derrière l'épingle et la faire sortir par cette ouverture, opération facile, mais non sans inconvénient, ou bien chercher à engager les deux pointes dans une canule protectrice, ou encore à les embrasser toutes les deux par une pince propre à l'extraction, deux manœuvres très-difficiles et d'une réussite douteuse. Je ne m'arrêtai à aucune de ces idées, par la raison que j'avais eu déjà l'occasion d'observer un fait analogue, et que l'extraction avait été faite sans aucun instrument avec un plein succès.

Un soldat, dans un but moins chirurgical, avait introduit dans l'urèthre une épingle double à cheveux, qui y avait bientôt disparu. Les tentatives qu'il fit pour la faire sortir n'aboutirent qu'à faire traverser le gland par les deux pointes et à les faire saillir en forme de cornet au-devant de cet organe. Ici l'indication était positive : l'une des pointes de l'épingle était plus avancée que l'autre; je tirai sur elle, et par une manœuvre simple et courte, l'épingle fut retirée.

Enhardi par ce fait, je poussai chez le malade en question l'épingle d'arrière en avant, je fis passer une de ses extrémités à travers le gland, et dès qu'elle fut à découvert, je tirai sur elle avec force, et comme la première fois l'extraction se fit promptement et sans aucun écoulement de sang. Des lotions froides, des soins hygiéniques, voilà tout ce qui fut mis en usage. Deux jours après, le chancre était guéri.

— La séance est levée à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Brochon, né à Thile Châtel (Côte-d'Or); *Essai sur l'hydrocèle dartoïque chez la femme.*

Casas, né à la Havane (île de Cuba); *Du degré de certitude de la médecine.*

Meugy, né à Rhetel (Ardennes); *Sur le diagnostic des tumeurs.*

Guilminot, né à Briey (Moselle); *Du varicocèle et de son traitement.*

Persac, né à Rouen (Seine-Inférieure); *Du diagnostic différentiel de la goutte et du rhumatisme articulaire.*

Bertheau, né à Chollet (Maine-et-Loire); *Du prolapsus utérin.*

COMMISSION ADMINISTRATIVE DES HOSPICES DE NANTES.

Deux places spéciales d'interne doivent être créées au quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes.

D'après le règlement relatif au service intérieur dudit quartier, approuvé le 6 juillet 1859 par M. le ministre de l'intérieur, les internes aliénistes seront nommés par M. le préfet du département, sur la présentation de la commission administrative des hospices civils de Nantes et du médecin en chef du quartier d'aliénés; ils devront être âgés de vingt et un ans au moins, et avoir au moins dix inscriptions.

MM. les internes resteront en exercice pendant trois ans; ils pourront se faire recevoir docteurs en médecine dans cet intervalle, sans être forcés de renoncer à leurs fonctions. Une prolongation de la durée de l'internat pour une ou plusieurs années pourra être accordée par M. le préfet, sur la demande de la commission administrative et du médecin en chef.

Leur traitement annuel sera de 600 francs, avec le logement, la nourriture, le blanchissage, le chauffage et l'éclairage.

MM. les élèves en médecine qui désireront se faire inscrire comme candidats à l'emploi d'interne dans ledit établissement, sont invités à en faire la demande par écrit, qu'ils adresseront *franco* à la commission administrative des hospices, Hôtel-Dieu de Nantes, et à y joindre:

1° L'acte de leur naissance;

2° Un certificat dûment légalisé, constatant qu'ils comptent au moins dix inscriptions en médecine;

3° Des certificats des commissions administratives ou directeurs des hôpitaux où ils auront déjà été employés;

4° Une attestation de bonnes mœurs délivrée par le maire de la commune de leur résidence.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 3 octobre, M. Léon, chirurgien de marine, détaché dans les mers de l'Indo-Chine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Van Dencorput, secrétaire de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, vient de recevoir du shah de Perse la décoration de chevalier de l'ordre du Lion et du Soleil.

— La Pharmacie centrale de Paris avait proposé pour sujet du prix de son concours annuel, une question relative à la fondation d'une association générale des pharmaciens de France.

Trois mémoires ont été adressés à ce concours; le prix n'a pas été décerné. Une médaille d'encouragement a été obtenue par M. Cazac (de Toulouse).

— M. le docteur de Beauvais, ancien pharmacien militaire, né à Paris en 1792, est mort en cette ville le 24 septembre dernier.

M. de Beauvais eut pour collègues et amis qui servaient avec lui dans les armées du premier empire, Bégin, Pasquier, Richard, Alquié, Thériaux, qui tous lui conservèrent l'estime et l'affection dues à ses mœurs simples et à son amour pour le travail. Après le licenciement de 1814, il s'établit pharmacien à Paris. On lui doit la formule du sirop pectoral de mou de veau. En 1825, il renonça à la pharmacie et se fit recevoir docteur en 1831. Il avait choisi pour sujet de thèse l'*asthme*, maladie à laquelle il a succombé. Il laisse un fils, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine à Paris.

— M. le docteur Bellety, chevalier de la Légion d'honneur, médecin inspecteur des eaux de Sail-les-Bains (Loire), vient de mourir à Paris, à l'âge de quarante-quatre ans.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Traitement de la dyssenterie (1).

Nous avons dit, dans la précédente *Revue*, que nous reviendrions sur quelques moyens de traitement de la dyssenterie plus particulièrement usités dans les pays où cette affection règne endémiquement pendant une grande partie de l'année. Voici, d'après M. le docteur Dutrouleau, qui a pratiqué pendant de longues années à la Martinique, où il a été à même d'acquérir une grande expérience dans le traitement de la dyssenterie, quels sont les moyens qui lui ont paru le mieux appropriés aux divers degrés et aux diverses formes de la maladie.

Dans la forme la plus légère de l'endémie de St-Pierre, le traitement est très-simple, et ne consiste que dans l'observation du régime et l'emploi des évacuants légers. M. Dutrouleau évite cependant d'affaiblir les malades par une diète trop prolongée. Comme évacuants, il se contente de prescrire le petit-lait manné pendant quelques jours (30 grammes de manne pour 500 grammes de petit-lait), et donne matin et soir des quarts de lavements amylacés et opiacés, ou de l'opium fractionné à la dose de 0,02 matin et soir.

La dyssenterie de moyenne intensité réclame un traitement plus actif.

Dès le début, M. Dutrouleau prescrit l'ipéca à la brésilienne (8 grammes de racine concassée pour 125 grammes d'eau, qu'on renouvelle tous les jours avec le même marc). S'il est bien toléré, on le continue pendant cinq à sept jours, quoique le quatrième jour généralement les vomissements s'arrêtent; mais s'il fatigue le malade, si les vomissements sont trop abondants ou trop prolongés, surtout si les selles ne sont pas modifiées, on le suspend avant ce terme. Quand il produit son effet, vers le septième jour, les selles ont acquis une demi-consistance. Pendant ce temps, d'autres moyens secondaires ont aidé son action; ce sont les quarts de lavements amylacés et laudanisés, l'opium fractionné, les demi-bains, les cataplasmes, la diète la plus sévère et l'eau albumineuse pour boisson.

Mais à ce degré la maladie ne s'arrête pas généralement après cette première période aiguë; elle se prolonge souvent fort longtemps à l'état de diarrhée si on la laisse suivre son cours. Il faut alors changer de moyen de traitement, et recourir aux purgatifs légers. M. Dutrouleau, après avoir essayé de tous les purgatifs, s'est arrêté au petit-lait manné, comme ayant seul répondu presque toujours à ses espérances; il le regarde même comme le spécifique de la diarrhée endémique de Saint-Pierre. L'usage en est continué pendant quinze jours quelquefois, en ayant soin d'employer concurremment l'opium fractionné. Mais il faut, pour qu'il produise les bons résultats qu'on en attend, qu'il soit toléré, c'est-à-dire qu'il n'agisse comme évacuant que les deux ou trois premiers jours. C'est, suivant notre confrère, en vertu d'une propriété toute spéciale qu'il agit en pareil cas. Ni les sels neutres comme évacuants, dont il est d'avis qu'il ne faut pas prolonger l'usage, ni l'huile de ricin, qu'il emploie quelquefois comme laxatif, ne lui ont paru avoir cette action particulière.

Par l'emploi de ces moyens, on arrive presque toujours en plus ou moins de temps à guérir une dyssenterie moyenne. Mais lorsque l'ipéca n'est pas toléré et que la maladie ne s'est pas modifiée, ce n'est pas au petit-lait manné, qui aurait alors trop peu d'action, qu'il faut avoir recours; c'est au calomel à la dose de 60 centigrammes, uni à 3 ou 5 centigrammes d'opium, et il est rare qu'après trois prises les selles ne soient pas notablement modifiées et ne permettent pas de revenir au petit-lait manné.

Enfin, dans la dyssenterie grave, voici le traitement auquel M. Dutrouleau s'est arrêté :

A la première visite (c'est ordinairement le soir), il fait appliquer des sangsues et de nombreuses ventouses, et prescrit les lavements simples ou laudanisés, les demi-bains, les cataplasmes, les tisanes adoucissantes, comme moyens auxiliaires.

Le lendemain matin, il administre l'ipéca comme vomitif, et prescrit pour le soir 1 gramme de calomel avec 5 centigrammes d'opium, suivant la méthode d'Annesley modifiée. Si les douleurs abdominales sont encore vives, il revient aux sangsues matin et soir et continue les moyens auxiliaires.

(1) Voir le numéro du 8 octobre.

Le jour suivant, il prescrit un purgatif à l'huile de ricin. Le soir, nouvelle dose de calomel, et si les symptômes généraux sont intenses, des sangsues encore et les émollients.

Le calomel est ainsi continué pendant cinq ou six jours, si on en observe de bons effets; sinon on l'abandonne pour revenir à l'administration de l'ipéca à la brésilienne. Au septième ou huitième jour, ce traitement actif doit être abandonné : on prescrit alors le petit-lait manné, et le malade ne tarde pas à guérir.

M. Dutrouleau a toujours trouvé une très-grande puissance à l'action du calomel dans l'endémie dyssentérique, et il le préfère même à l'ipéca. Cependant le calomel n'est pas sans inconvénients; il provoque quelquefois un redoublement de coliques qui force à en suspendre l'emploi. La salivation, qui est le signe ordinaire de son action curative, dépasse souvent le but, et il est arrivé plus d'une fois que des stomatites mercurielles, des ulcérations profondes et même la nécrose des os maxillaires, ont prolongé et compliqué gravement le traitement. Peut-être ces accidents seraient-ils moins à redouter maintenant, grâce à l'action neutralisante du chlorate de potasse, qui pourrait permettre ainsi de pousser plus activement et sans danger cette médication.

Aux selles purulentes, M. Dutrouleau a opposé avec avantage les lavements avec l'acétate de plomb; aux selles livides contenant des détritus très-apparents de membranes, les lavements au nitrate d'argent (50 centigrammes), qui modifient les selles au point de les rendre en partie moulées dans peu de jours; aux selles toutes sanguines, quand la réaction fébrile n'est pas intense, les lavements fortement aiguisés d'acide sulfurique : il ne compte pas trop toutefois sur les modifications passagères qu'on obtient par ces moyens locaux.

Concurremment on emploie enfin, quand il y a lieu, les moyens secondaires déjà indiqués : les demi-bains, les cataplasmes, lavements, tisanes adoucissantes en très-petite quantité, mais qu'on peut varier suivant le goût des malades. La diète d'aliments la plus sévère est observée tout le temps que durent les accidents aigus. Ce n'est que lorsque les selles ou l'état général viennent à se modifier, qu'on peut commencer une alimentation légère.

Tel est l'ensemble des moyens dont une longue expérience a démontré l'efficacité dans le traitement des divers degrés de la dyssenterie endémique à la Martinique, c'est-à-dire dans l'une des contrées où cette affection règne avec le plus de persistance et le plus d'intensité. Mais, ainsi que M. Dutrouleau lui-même a le soin de le faire remarquer, ce sont là les moyens qui lui ont réussi dans les conditions spéciales où il s'est trouvé placé, c'est-à-dire sous le climat de Saint-Pierre, agissant sur une population spéciale, des soldats et des marins européens, pour la plupart non encore acclimatés, et subissant avec d'autant plus d'intensité l'influence des causes pathogéniques locales.

Les mêmes moyens seront-ils utiles et réussiront-ils aussi bien ailleurs et particulièrement dans nos climats, et sur des populations vivant au milieu de conditions toutes différentes ?

Nul doute que la plupart des éléments de cette médication, que nous avons déjà dit être journellement mis en œuvre avec avantage dans nos dyssenteries, ne puissent être utilement employés aussi dans nos contrées dans le même état de combinaison; mais cette médication complexe devra certainement subir quelques modifications relatives aux différences de climat et de conditions locales ou individuelles. C'est ainsi, par exemple, que tandis que dans nos pays tempérés l'opium entre comme base du traitement de la dyssenterie (peut-être, il faut le dire, un peu abusivement), M. Dutrouleau dit n'avoir jamais pu constater de bons effets de cet agent puissant de notre thérapeutique. Il a souvent même reconnu une aggravation par l'usage de l'opium à dose élevée et a été amené à ne s'en servir que comme moyen secondaire et à dose fractionnée. D'un autre côté, la combinaison fréquente de la dyssenterie avec la fièvre intermittente, qui constitue dans ce pays le deuxième élément endémique dominant, l'a souvent obligé à négliger complétement les indications que nous venons de formuler, pour combattre exclusivement l'affection fébrile concomitante.

Mais, nous le répétons, avec les modifications commandées par les différences climatériques et constitutionnelles dont tous les praticiens sauront bien saisir l'opportunité, on trouvera certainement dans cet ensemble de moyens des indications extrêmement utiles et de précieuses ressources.

— Depuis que ces lignes ont été écrites, et au moment de les mettre sous presse, nous recevons de M. le Dr Hélye, de Romans (Drôme), une lettre dans laquelle ce praticien appelle notre attention sur une indication du traitement de la dyssenterie qui lui paraît d'une grande importance, et dont il signale l'omission dans notre précédent article ainsi que dans tous les ouvrages écrits sur ce sujet. Cette indication, c'est la chaleur.

« L'observation attentive de plus de mille cas, nous écrit notre confrère, m'a démontré l'exactitude des deux propositions suivantes :

» I. La cause de la dyssenterie est un froid relatif. Ce refroidissement frappe l'intestin de diverses manières. Ainsi on aura :

» 1° Le refroidissement par la saison, en automne (*post æstus nimios, alvi fluxus, dysenteriæ*);

» 2° Le refroidissement par *applicata*, cas où l'abdomen se trouve touché par l'eau froide, par l'air froid, par le sol (quand l'homme se couche par terre);

» 3° Enfin, le froid appliqué presque immédiatement au contact du gros intestin, par l'ingestion dans l'estomac d'aliments ou de boissons froides ou glacées.

» II. Si le *froid* engendre la dyssenterie, la *chaleur* la guérit. Souvent, dans les hôpitaux, j'ai pu constater la différence des résultats obtenus suivant que l'abdomen était ou non très-couvert. Couvrez le ventre, couvrez-le beaucoup, couvrez-le trop, couvrez-le encore, voilà le traitement de la dyssenterie. Si cinq ou six épaisseurs de bonnes couvertures de laine ne suffisent point pour arrêter les coliques et le flux intestinal, mettez-en dix, quinze... Il est bien entendu que l'abdomen seul doit être ainsi couvert, le reste du corps l'étant comme à l'ordinaire.

» L'ipéca, les purgatifs salins à faible dose, dont les praticiens retirent dans certains cas de grands avantages, ne doivent être considérés que comme des adjuvants. »

Du phlegmon des paupières.

Le phlegmon des paupières n'est pas très-rare, assez souvent on le voit survenir à la suite des érysipèles de la face. Cette affection est peu grave en général, c'est ce qui explique sans doute la brièveté des descriptions qu'on trouve dans les traités même les plus complets d'ophthalmologie; cependant elle présente quelques particularités dignes de l'attention des praticiens.

La peau des paupières, fine, transparente, est séparée du muscle orbiculaire des paupières par une lame de tissu cellulaire dans les mailles duquel on ne trouve jamais de graisse, mais qui se laisse facilement infiltrer par la sérosité; c'est dans cette couche celluleuse que se développe la phlegmasie dont il est ici question; par conséquent l'inflammation est tout à fait superficielle. Le muscle orbiculaire, les cartilages tarses et les ligaments qui s'y attachent, séparent le phlegmon du tissu cellulaire de l'orbite. Aussi n'est-ce que dans des cas excessivement rares que l'on voit le tissu cellulaire péri-oculaire envahi. Il est assez fréquent dans cette affection de voir la conjonctive rouge, injectée; mais dans l'immense majorité des cas, il n'y a là qu'un symptôme de voisinage, qui cède dès que l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané a disparu.

De la face profonde de la peau au niveau des deux commissures, partent des trousseaux fibreux, véritables prolongements du derme, qui se fixent sur les os; les trousseaux fibreux internes sont beaucoup plus accusés que ceux de la commissure externe; néanmoins ils sont tous deux assez résistants pour apporter une barrière à la propagation de la phlegmasie. Ainsi donc, les abcès de la paupière supérieure, à moins de circonstances particulières, comme dans le cas que nous rapportons plus bas, restent en général limités et ne s'étendent point à la paupière inférieure; il en est de même de la paupière inférieure. Il ne faudrait pas croire cependant qu'il n'existe aucune manifestation pathologique sur la paupière qui n'a pas été envahie par l'inflammation; loin de là : il existe du gonflement, de l'œdème, la peau prend une teinte violacée; mais là se bornent les accidents, qui disparaissent aussitôt que le pus accumulé dans l'autre paupière a été chassé au dehors.

Nous n'avons pas l'intention de décrire ici les symptômes locaux et généraux de l'inflammation des paupières : la tuméfaction, la coloration livide des téguments, la douleur, la gêne de la vision, etc., sont exposés dans tous les traités classiques, nous ne nous y arrêterons pas; nous ne voulons signaler ici que certaines particularités qui n'ont peut-être pas été étudiées avec tout l'intérêt qu'elles méritent.

Le tissu cellulaire séreux des paupières se prend avec une grande rapidité, et il n'est pas très-rare, lorsque la phlegmasie

a été un peu intense, de voir tout ce tissu cellulaire mortifié, et si l'on fait une incision il s'écoule une petite quantité de pus; mais la pression en fait sortir bien davantage, celui-ci étant retenu dans les mailles celluleuses comme l'eau dans une éponge, et si on saisit ce tissu sphacélé avec une pince, on peut l'extraire par lambeaux plus ou moins volumineux.

Nous conseillons donc, dans les cas de ce genre, d'ouvrir largement l'abcès en faisant une incision parallèle au bord libre de la paupière, et par cette ouverture d'attirer le tissu cellulaire et de l'exciser aussi complétement que possible avec des ciseaux. On ne peut pas toujours compléter cette petite opération dès le premier jour, on est quelquefois obligé de la terminer dans une seconde et même une troisième séance. Cette méthode a l'avantage de prévenir la stagnation du pus et de hâter beaucoup la guérison.

Les auteurs paraissent craindre, lorsque l'on fait l'ouverture d'un abcès de la paupière, que l'on ne vienne à traverser l'organe de part en part et à pénétrer dans le globe de l'œil. Un de nos confrères aurait été, dit-on, victime d'un pareil accident. Il est un moyen bien simple d'éviter un semblable malheur : au lieu de ponctionner l'abcès, il faut, le bistouri étant tenu le tranchant tourné du côté de la peau, le dos vers le globe de l'œil, ponctionner l'abcès de dehors en dedans et conduire la lame parallèlement à la paupière jusqu'à ce que la pointe soit arrivée vers le point où l'on veut limiter l'incision ; puis, ramenant le bistouri vers soi, couper le tissu de la partie profonde vers la partie superficielle; de cette manière non-seulement on n'est exposé à aucun accident, mais encore l'opération est beaucoup plus facile, car par la méthode ordinaire l'éponge celluleuse, infiltrée de pus, se laisse facilement déprimer par la pointe du bistouri ; il faut une certaine force pour vaincre cette résistance, et si on n'était pas prévenu, le bistouri franchirait infailliblement les limites du mal, traverserait la paupière, et entamerait le globe oculaire.

Quelques praticiens ont conseillé d'ouvrir ces abcès par la conjonctive ; nous sommes à nous demander si cette opération a jamais été faite. Nous ne chercherons pas à discuter sa valeur, nous dirons seulement qu'elle est absurde, et si nous en parlons, c'est pour signaler encore une fois ces opérations imaginées dans le cabinet d'après des vues purement théoriques. On veut sans doute par ce moyen prévenir une difformité résultant de l'incision : mais quelle difformité ? On oublie donc qu'en faisant la section de la peau parallèlement à la paupière, la cicatrice, si toutefois elle est apparente, sera cachée dans les plis de la paupière? qu'en incisant par la face profonde, il faut couper la conjonctive, le cartilage tarse ou le ligament qui le fixe à l'orbite, le muscle orbiculaire, etc. ? Et croit-on que la section de ces tissus soit sans inconvénients? On oublie encore qu'une ouverture interne fera incessamment couler le pus sur le globe de l'œil ; qu'il est fort difficile d'extraire par cette voie les lambeaux de tissu cellulaire mortifiés. Et puis encore, croit-on qu'il soit facile d'inciser un phlegmon de la paupière par la conjonctive? C'est à peine si dans cette affection on peut entr'ouvrir les paupières pour constater l'état du globe de l'œil, et on suppose qu'on pourra renverser l'organe malade pour y porter l'instrument tranchant? Mais c'est assez nous arrêter sur une opération impraticable; terminons par les particularités qui appartiennent au phlegmon de la paupière inférieure. Le fait suivant, que nous avons recueilli dans le service de M. Jamain à l'hôpital Saint-Louis, suppléant M. Denonvilliers, montrera, mieux que ne pourrait le faire la meilleure description, ce que cette affection offre d'intéressant.

Le nommé C..., peintre en bâtiments, se présenta le 26 septembre dernier à la consultation de l'hôpital Saint-Louis dans l'état suivant : Les deux paupières de l'œil gauche étaient tuméfiées, tendues, d'un rouge violacé ; entre leurs bords libres on voyait suinter un liquide blanchâtre puriforme. On avait affaire à un phlegmon des deux paupières; le liquide provenait de la conjonctive oculo-palpébrale enflammée. Le phlegmon de la paupière inférieure s'étend sur toute la partie supérieure de la joue, dont les téguments sont luisants, tendus. Interrogé, ce malade raconte que le 19 septembre, à sept heures du soir, il fut renversé par un fiacre, de telle façon que sa tête est venue porter sur le sol par sa partie latérale droite, et que la roue a passé sur la région temporale gauche, où elle a déterminé une assez forte contusion, avec plaie au niveau de l'angle externe de l'œil. Ce malade est resté chez lui pendant huit jours, et s'est contenté pour tout traitement d'appliquer des cataplasmes émollients.

Le chirurgien fit immédiatement sur la paupière inférieure une incision de 2 ou 3 centimètres de longueur parallèlement au bord libre de la paupière, et à 1 centimètre et demi de ce bord ; ce malade fut admis à l'hôpital et couché salle Sainte-Marthe, n° 27. Des cataplasmes émollients furent appliqués sur la région malade.

Le 28, une ponction fut faite à la paupière supérieure ; quelques gouttes de pus s'écoulèrent. Ces deux petites opérations déterminèrent un dégorgement rapide. Mais, nous l'avons dit, le phlegmon occupait la partie supérieure de la joue; la peau était décollée, et au moyen de la pression on faisait sortir par l'incision de la paupière inférieure une assez grande quantité de pus. Nous dûmes, le 29, faire une contre-ouverture sur la joue, au niveau du bord inférieur de l'os malaire ; une mèche fut passée d'une ouverture à l'autre, et enlevée le lendemain.

La phlegmasie marcha rapidement vers la guérison.

Le 6 octobre, la paupière supérieure était complétement guérie, la cicatrisation de la paupière inférieure marchait à grands pas ; mais le travail de cicatrisation avait entraîné les téguments de la paupière de haut en bas, il y avait un commencement d'ectropion. Le bord libre de la paupière était renversé dans la hauteur d'un millimètre environ, c'était fort peu de chose encore ; mais pourquoi laisser subsister un état auquel il était possible de remédier, et qui menaçait de devenir plus sérieux, la cicatrisation devant augmenter chaque jour le renversement ? La cicatrice fut détruite en partie, et immédiatement le renversement de la paupière disparut. L'œil fut maintenu solidement fermé au moyen de quatre épingles passées dans l'une et l'autre paupières et d'une suture entortillée ; des compresses d'eau fraîche furent appliquées sur l'œil.

Trois jours après, la cicatrisation avait marché : on ne pouvait plus laisser les épingles; d'ailleurs, deux d'entre elles étaient déjà tombées : toute trace d'ectropion avait disparu. Pour prévenir un nouveau renversement, à la vérité peu probable puisque la plaie était presque entièrement guérie, on eut recours au pansement suivant : la peau de la joue fut portée en haut autant que possible, et une compresse graduée prenant point d'appui sur le bord inférieur de l'os malaire, la maintenait dans cette position ; il en résultait que la cicatrisation pouvait s'effectuer sans traction de la surface tégumentaire de la paupière. De cette manière, il était facile de prévenir le renversement.

Il résulte de ce fait :

1° Que les abcès de la paupière inférieure peuvent fuser le long de la joue, surtout si les tissus sont déjà altérés par une contusion ;

2° Que la rétraction normale de la peau, écartant les lèvres de la solution de continuité faite pour évacuer le pus, laisse entre les bords de la plaie un espace qui disparaît par la cicatrisation, et que la peau de la paupière étant infiniment plus mobile que celle de la joue, il peut résulter de cette disposition, bien qu'il n'y ait pas de perte de substance, un ectropion qu'il faut éviter ;

3° Qu'à l'aide soit du rapprochement des paupières, soit de l'élévation de la peau de la joue, ainsi que cela a été fait, on peut prévenir le développement d'un ectropion.

Angine pseudo-membraneuse; paralysie du voile du palais persistant après la guérison; asphyxie par le passage d'un bol alimentaire dans les bronches.

Nous avons appelé récemment l'attention de nos lecteurs sur la paralysie diphthéritique et sur quelques-uns des phénomènes et accidents morbides auxquels peut donner lieu en particulier la paralysie du pharynx, celle qui se présente le plus fréquemment à la suite des angines pseudo-membraneuses.

Voici un fait recueilli dans le service de M. Tardieu, à l'hôpital Lariboisière, par M. Rocher, interne du service, et communiqué par M. Tardieu lui-même à la Société médicale des hôpitaux, qui présente un exemple tristement remarquable des accidents auxquels cette paralysie peut donner lieu. Nous l'empruntons aux comptes rendus de cette Société.

Le 1er juillet 1859 est entré à l'hôpital Lariboisière une jeune fille âgée de 22 ans, atteinte d'une angine pseudo-membraneuse intense. Des fausses membranes couvraient les amygdales, le voile du palais, et semblaient se propager assez avant dans le gosier.

Les ganglions sous-maxillaires étaient engorgés ; il y avait une fièvre vive, une grande dyspnée et une aphonie presque complète. On prescrivit le jour même un vomitif, et les jours suivants, gargarisme boraté, attouchement avec l'acide chlorhydrique dilué, insufflation d'un mélange pulvérulent à parties égales de sucre, alun et calomel.

Au bout de cinq jours la fièvre avait disparu, les fausses membranes, moins nombreuses et moins épaisses, n'existaient plus guère que sur les amygdales; les ganglions sous-maxillaires avaient notablement diminué.

Le huitième jour, les fausses membranes ne consistaient plus qu'en quelques lambeaux flottants sur l'une et l'autre amygdales ; l'isthme du gosier était à peine rouge, l'engorgement ganglionnaire avait presque entièrement disparu ; mais la voix était nasonnée, très-faible; les boissons ingérées revenaient souvent par le nez, sans que la malade eût conscience de leur passage ; les barbes d'une plume promenées sur la luette ne produisaient aucune sensation, et portées profondément du côté de l'épiglotte, elles ne provoquaient aucune douleur. On constatait, en un mot, une paralysie du voile du palais. L'état général était, du reste, assez satisfaisant.

On prescrivit un gargarisme alumineux seulement.

Le 12 juillet, il n'y avait plus de traces de fausses membranes ; l'engorgement ganglionnaire était complétement dissipé. Sauf les conséquences de la paralysie du pharynx, la malade allait très-bien.

Cet état de choses persista jusqu'au 1er août. Ce jour-là, à quatre heures et demie de l'après-midi, la malade, en dînant, fut prise tout à coup de suffocation. L'interne de service, appelé immédiatement, la trouva assise sur son lit, et fut frappé du changement qui s'était opéré dans sa physionomie. Il y avait à peine dix minutes que la suffocation avait commencé, et déjà la face et les extrémités étaient cyanosées. Les lèvres étaient violettes, les jambes et les bras froids. Le pouls était d'une fréquence extrême (150 pulsations) ; le cœur battait avec force, le thorax était agité de mouvements convulsifs, les mouvements respiratoires au nombre de quarante par minute. A deux travers de doigt environ au-dessous du sternum, un peu à gauche, la malade sentait comme un obstacle qui l'empêchait de respirer. Interrogée pour savoir si elle n'aurait pas avalé de travers, elle répondit n'avoir absolument rien senti. La poitrine avait une sonorité égale dans tous les points. Le murmure vésiculaire se faisait entendre parfaitement et même un peu plus fort qu'à l'état normal dans tout le poumon droit; mais il n'en était pas de même dans le poumon gauche, où la respiration était nulle. Le larynx n'était pas douloureux ; il était librement traversé par l'air; enfin, l'inspection de la gorge ne laissait apercevoir nulle part ni rougeur ni fausses membranes.

Quelle était la cause de ces phénomènes effrayants? L'angine était guérie depuis trop longtemps déjà pour qu'on pût supposer une propagation des fausses membranes dans les bronches. La sonorité parfaite dans tous les points, l'absence de crachats sanguins, faisaient rejeter toute idée d'apoplexie pulmonaire. Cet obstacle inconnu siégeant dans un point fixe, cette circonstance de l'explosion des accidents au milieu d'un repas, firent penser de suite au passage d'un bol alimentaire dans la bronche gauche. La paralysie du voile du palais et probablement de la partie supérieure de l'arbre aérien expliquait comment la malade ne s'était point aperçue qu'elle eût avalé de travers. Telle fut l'opinion de M. Rocher, opinion qui fut partagée par plusieurs des internes de l'établissement réunis près de la malade.

Quant au traitement, la position profonde de l'obstacle, l'état d'intégrité et l'absence d'obstruction de la trachée et du poumon droit firent repousser la trachéotomie. On fit mettre la malade la tête en bas pendant quelques instants; mais cette position n'ayant été suivie d'aucun résultat, on administra 1 gramme 50 d'ipéca. Un sinapisme fut appliqué sur la région sternale, et on en promena d'autres de demi-heure en demi-heure sur les membres inférieurs. Potion cordiale, etc.

Le vomitif resta près d'un quart d'heure sans provoquer aucun effet, puis deux vomissements copieux eurent lieu, mais sans apporter aucun soulagement.

A sept heures, la face était plus pâle, la douleur n'avait pas changé de caractère; le pouls était plus petit et plus inégal; la malade faisait de vains efforts pour cracher.

Un nouveau vomitif fut administré et rendu presque immédiatement.

A sept heures et demie, dans un violent effort d'expiration, elle porta vivement la main à la partie inférieure de son cou, et après quelques instants expectora la moitié d'un pruneau recouvert de mucosités. La dyspnée n'en continua pas moins, et aucune amélioration ne se fit sentir.

Un troisième et un quatrième vomitifs furent administrés dans la soirée sans plus de succès que les premiers.

A neuf heures et demie, la malade était couchée sur le côté gauche, dans un état demi-comateux, couverte d'une sueur froide, insensible; sa respiration était notablement ralentie et irrégulière. Elle s'éteignit doucement, sans aucune secousse, à onze heures du soir.

L'autopsie, faite le surlendemain matin, fit constater :

1° Un emphysème très-prononcé dans tout le tissu cellulaire du cou, sous-cutané ou inter-musculaire, et dans toute l'étendue du médiastin ;

2° L'existence dans la bronche gauche, au niveau de la première bifurcation, d'un morceau de viande cuite obstruant complétement son calibre et tellement moulé sur les conduits respiratoires, qu'il se bifurquait avec la bronche et se subdivisait en outre pour trois ou quatre ramifications bronchiques. La distance du sommet de l'obstacle au point de bifurcation de la trachée, était de 45 millimètres. La longueur de son obstacle, prise de son sommet dans la bifurcation supérieure de la bronche, était de 5 centimètres ; prise dans la bifurcation inférieure, elle était de 42 millimètres seulement. Au niveau du point qu'il occupait, la muqueuse avait une coloration grisâtre. Au-dessous elle était rouge et injectée. Le parenchyme pulmonaire crépitait sous les doigts dans tous les points ; il n'y avait aucune extravasation sanguine, aucun noyau apoplectique. Les bronches renfermaient très-peu de mucosités légèrement sanguinolentes. Le larynx était parfaitement sain. La muqueuse de la trachée était d'un rouge assez foncé, mais sans aucune altération ; il en était de même de la bronche droite. Rien à noter d'important dans les autres organes.

M. Tardieu, en rapportant ce fait devant ses collègues de la Société médicale des hôpitaux, a exprimé le regret que les internes réunis auprès de la malade aient cru devoir s'abstenir de pratiquer la trachéotomie, pensant que les violentes secousses expultrices que détermine d'ordinaire l'ouverture de la trachée, auraient pu mieux peut-être qu'aucun autre moyen favoriser le déplacement et l'expulsion du corps étranger. Cette opinion a été partagée par M. H. Roger, qui a rappelé, à cette occasion, que dans un cas où un haricot était passé dans la bronche gauche, il a vu la trachéotomie, pratiquée par M. Guersant, être suivie de l'expulsion du corps étranger.

Sur le procédé de cathétérisme applicable aux déviations de la portion prostatique de l'urèthre.

Au sujet d'un article intitulé *Sur les déviations de la portion prostatique de l'urèthre considérées comme obstacle au cathétérisme*, de la *Revue clinique* du 1er octobre dernier, nous recevons la lettre suivante de M. le docteur Ribes, ancien chirurgien aide-major des Invalides, qui réclame en faveur de M. Pasquier la priorité du procédé de cathétérisme que M. Mallez a décrit dans cet article comme appartenant à M. Desprès. Tout en faisant droit à la réclamation de notre honorable correspondant, nous ferons remarquer cependant que ce procédé n'ayant été, de son aveu, décrit nulle part, notre collaborateur M. Mallez a pu se croire fondé à le considérer comme nouveau, comme M. Desprès a dû lui-même s'en considérer comme l'inventeur. Quoi qu'il en soit, voici la lettre de M. Ribes :

Dans votre intéressant journal (n° du 1er octobre 1859) se trouve la description d'un nouveau procédé de cathétérisme de M. Desprès, procédé qui vous a été communiqué par M. le docteur Mallez. En suivant la maxime de l'Evangile, « Rendez à César ce qui appartient à César », je pense qu'il est juste de restituer à un homme qui n'est plus là pour la revendiquer, la priorité d'un procédé opératoire qu'il a si habilement employé pendant toute sa vie pratique, et qui est le même que celui qui est si bien décrit dans votre estimable journal.

M. Adolphe Pasquier, chirurgien en chef de l'hôtel des Invalides, inspecteur du conseil de santé des armées, employait depuis longtemps le mode de cathétérisme si heureusement trouvé par M. Desprès. M. Pasquier se servait de sondes en gomme recourbées; il introduisait dans le canal de l'urèthre une de ces sondes sans se servir de mandrin, et une fois le bec de la sonde arrivé à l'épaulement formé par la glande prostate engorgée, il introduisait dans la sonde un mandrin en acier très flexible et très-fin ; ensuite, pour faire franchir l'obstacle que lui opposait la prostate engorgée, il retirait le mandrin de quelques lignes, et la sonde s'engageait d'elle-même à travers l'orifice du col de la vessie et pénétrait rapidement dans la vessie elle-même.

Le mouvement de traction qu'il imprimait au mandrin augmentait la courbure de la sonde, et c'est ce qui rendait son introduction facile, parce qu'alors elle glissait par la partie coudée sur l'épaulement formé par la prostate.

Vous le voyez, Monsieur le Rédacteur, le procédé de M. Desprès est absolument le même que celui du docteur Pasquier.

Pour cet habile chirurgien, pas de difficulté possible dans le cathétérisme des vieillards ; aussi, tout le temps qu'il a été à la tête du service de santé de l'hôtel des Invalides, jamais il ne s'est servi de la sonde conique de Boyer, et il n'a jamais fait la ponction de la vessie, du moins tout le temps que j'ai été attaché à son service comme chirurgien aide-major.

Nous devons regretter que la haute position du docteur Pasquier auprès de la famille royale, ses fonctions aux Invalides et plus tard au conseil de santé, et surtout sa nombreuse clientèle, lui aient empêché de publier des notes très-intéressantes et très-instructives sur les faits qui lui ont passé sous les yeux pendant sa longue pratique chirurgicale, faits qu'il nous exposait si clairement et d'une manière si brillante.

Je suis convaincu que tous les médecins militaires qui comme moi se sont trouvés sous ses ordres, connaissent parfaitement ce mode de cathétérisme, et nous trouvions tous si simple ce procédé, qu'il n'est pas venu à la pensée d'un seul de nous d'en faire un sujet d'article de journal.

Agréez, Monsieur le Rédacteur, etc. RIBES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 octobre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Avant la lecture du procès-verbal, M. HUGUIER met sous les yeux de la Société un petit enfant de cinq semaines, qui est né avec un *spina-bifida*. La tumeur, située à la partie inférieure de la région lombaire, est hémisphérique et a le volume de la moitié d'une petite orange. Quoique non ulcérée, elle est rouge à la surface et offre une consistance un peu molle. D'ailleurs l'état général de l'enfant est assez bon. M. Huguier consulte ses collègues sur l'opportunité d'une opération.

M. BOINET pense qu'il n'y a rien à tenter. Le trou qui fait communiquer la tumeur avec la cavité rachidienne est trop considérable. Une inflammation des méninges ne tarderait pas à se déclarer, et la mort en serait promptement la conséquence. Il fait remarquer en outre que l'enfant va bien, qu'il se développe régulièrement, et qu'il convient dans tous les cas de remettre à plus tard toute intervention chirurgicale.

M. GUERSANT a essayé diverses opérations dans 15 ou 18 cas de ce genre, et il n'a pas eu à s'en louer. La suture, l'excision, la ligature, etc., ont entraîné rapidement la mort. Les ponctions et la compression n'ont pas eu un résultat aussi fâcheux, mais n'ont pas empêché les petits malades de succomber ultérieurement. Il n'a jamais employé les injections iodées.

M. VELPEAU déclare qu'il a opéré un certain nombre d'enfants atteints d'hydrorachis, et toujours sans succès quand il a eu recours à des opérations sanglantes. Dans trois cas il a pratiqué la ponction et l'injection iodée. Deux de ces malades ont succombé, mais longtemps après. Sur l'un d'eux l'injection a été renouvelée trois fois dans l'espace de trois semaines, et jamais la présence de l'iode n'a produit la moindre trace d'inflammation.

Le troisième enfant a guéri et vit encore aujourd'hui ; M. Velpeau a eu occasion de le voir il y a cinq ou six mois. Il a environ six ans maintenant, et il était âgé de onze mois lorsqu'il fut opéré. Cinq ou six injections furent successivement pratiquées. Après la première, la peau qui recouvrait la tumeur et qui était déjà rouge et presque ulcérée, devint plus ferme et moins irritée ; puis survint une diminution notable dans le volume, qui égalait seulement celui d'une noix lorsque le malade cessa d'être vu.

Pour ce qui est de l'enfant présenté par M. Huguier, M. Velpeau, le trouvant en assez bon état, conseille la temporisation. Pour son compte, il se bornerait quant à présent à l'usage des astringents localement appliqués.

M. GUERSANT ayant demandé quelle espèce de teinture avait été employée dans le cas suivi de succès, M. Velpeau répond qu'avant d'en venir à la teinture pure, il l'avait d'abord étendue avec deux tiers, puis avec moitié d'eau.

M. LE SECRÉTAIRE donne lecture du procès-verbal de la séance précédente. Il est adopté après deux rectifications demandées par MM. Guersant et Morel.

M. LE PRÉSIDENT ayant annoncé que M. Lenoir était sérieusement malade depuis quelques jours, la Société décide que le bureau se rendra chez notre collègue au sortir de la séance pour lui témoigner tout l'intérêt qu'elle lui porte.

M. CHASSAIGNAC demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Un nouvel incident est survenu dans l'état du malade sur lequel la ligature de la carotide a été pratiquée. Pendant la nuit du pus s'est échappé en abondance par la plaie, et à partir de ce moment la tumeur pharyngienne s'est très-notablement affaissée. Ce fait démontre, pour notre collègue, qu'il s'agissait bien d'un phlegmon dès l'origine.

M. Chassaignac entretient ensuite la Société d'un autre malade atteint de tétanos traumatique, et qui aurait été guéri par le curare. Cette observation devant être plus tard publiée *in extenso*, nous nous contenterons d'en faire connaître les points principaux, qui ont servi de texte à une discussion au sein de la Société.

Le jour de l'ouverture de la chasse, un homme âgé de vingt-quatre ans fut blessé par son propre fusil qu'il portait le canon dirigé en bas, et dont un accident fit partir le coup. Le deuxième orteil fut enlevé en totalité, et de plus quelques plaies furent produites sur le premier et le troisième.

Le malade resta couché pendant les treize premiers jours, et on se contenta d'un pansement simple.

Le quatorzième jour, il fut transporté de Poissy à son domicile, à Montmartre.

Le quinzième jour, la plaie était devenue très-douloureuse, et déjà de vives douleurs étaient accusées dans les régions temporo-maxillaires et surtout du côté droit.

Le dix-septième jour, le tétanos était confirmé. Jusqu'au dix-neuvième jour, époque où M. Chassaignac fut appelé, le malade reçut les soins de MM. Taër et André. On eut successivement recours au chloroforme, au baume Tranquille, à l'opium, au musc, etc. ; mais la maladie fit de continuels progrès, et l'état était des plus graves lorsque notre collègue intervint. Il constata un trismus des plus prononcés. Les muscles orbiculaires des paupières étaient fortement contracturés ; il en était de même des muscles du cou et de la poitrine, qui étaient durs et tendus. La déglutition et la respiration étaient presque impossibles. Il y avait un refroidissement général et une teinte asphyxique pâle. La mort parut imminente.

Déjà la veille on avait songé au curare, mais il avait été impossible de s'en procurer. M. Chassaignac reprenant cette idée, en fit demander à la pharmacie de M. Mialbe. Un julep de 125 grammes, renfermant 10 centigrammes de cette substance, fut préparé, et on en donna une cuillerée toutes les deux heures. En même temps on employait localement sur la plaie des compresses imbibées d'une solution aqueuse renfermant 20 centigrammes de la même substance. Au bout de huit heures, une amélioration notable survint, la respiration devint plus facile.

Le lendemain, l'état est encore plus satisfaisant, la peau est chaude et couverte de sueur ; la rigidité des muscles n'a pas disparu cependant. Le jour suivant, l'amélioration a encore fait des progrès ; il y a eu du sommeil. Toutefois, le trismus et la rigidité des autres muscles continuent. Le curare a été administré pendant tout ce temps à l'extérieur et à l'intérieur. Pour la potion, la dose a été portée progressivement jusqu'à 25 centigr., et pour la solution jusqu'à 40 centigr.

— Une discussion s'engage à la suite de cette communication.

M. LARREY fait observer que le fait qui vient d'être relaté pourrait soulever de nombreuses observations. Pour le moment, il se bornera à adresser seulement deux questions : Le tétanos était-il bien réellement généralisé ? Y avait-il surtout opisthotonos? Cela est important à savoir, car on n'ignore pas que c'est surtout dans cette forme qu'il y a une gêne extrême de la respiration. Le trismus, quand il existe seul, guérit dans quelques cas. Quand la maladie est généralisée, le pronostic est des plus graves. D'un autre côté, il importe de savoir si le curare dont on s'est servi était réellement irréprochable. Avait-on eu soin de l'expérimenter préalablement sur des animaux ?

M. CHASSAIGNAC répond à la première question par la lecture d'un passage de l'observation qui établit que le tétanos était bien généralisé.

Quant à la qualité du curare, il s'en est rapporté au savoir bien connu et à l'honorabilité de MM. Mialbe et Grassi, qui l'ont fourni.

M. LARREY observe qu'il n'a pas entendu suspecter la qualité de la substance employée; mais il pense que, dans des cas pareils, on ne saurait s'entourer de trop de précautions, et il eût été bien de l'expérimenter à l'avance. Il reconnaît d'ailleurs que dans le cas soumis à la Société, il y avait généralisation de la maladie avec emprostbotonos.

M. LEGOUEST ne saurait contester l'action du curare dans ce cas; elle lui paraît très-évidente. Mais pourquoi l'a-t-on administré par la bouche? Des expériences ont démontré qu'on pouvait l'introduire impunément dans l'estomac des chiens, mais qu'il suffisait d'inoculer une goutte de leur suc gastrique mélangé à cette substance, pour tuer des oiseaux.

D'un autre côté, sait-on quelle quantité de curare a été absorbée par la plaie? Dans quel état se trouvait cette dernière? Suppurait-elle? Quelle était son étendue?

M. CHASSAIGNAC. Quoique j'eusse lu les observations de MM. Vella et Manec, j'avoue que quand je me suis trouvé en présence de mon malade je n'étais pas très-préparé à l'administration du curare. J'ai dit les quantités qui avaient été mises dans la potion et la solution, mais j'ignore celle qui a été absorbée.

Quant à la plaie, elle a été bien décrite dans l'observation. Elle était irrégulière, à bords relevés, et avait bien l'étendue de deux pièces de 5 francs en argent.

M. VERNEUIL pense qu'il faut mettre de côté la portion de curare introduite dans l'estomac, l'intestin n'absorbant en aucune façon cette substance. Il n'en est pas de même des plaies, qui absorbent plus ou moins, selon des circonstances très-diverses. Les inoculations faites sur des chiens ne peuvent en rien leur être comparées.

Toutes ces questions ont été bien étudiées par M. Vulpian. Quand on voudra sérieusement essayer sur l'homme, il n'y a qu'une manière de faire, c'est d'injecter une solution de curare dans le tissu cellulaire.

Mais, demande M. Verneuil, le cas rapporté par M. Chassaignac est-il un exemple de tétanos aigu et très-grave? Il ne le croit ni pour celui-là ni pour celui communiqué par M. Vella. Chez le malade de M. Chassaignac, le tétanos dure déjà depuis seize jours, et n'est pas encore guéri. Je le considère, ajoute-t-il, comme un exemple de tétanos chronique, et on sait que ces cas sont curables.

Voici ce que j'ai observé il y a quelque temps. Après avoir pratiqué l'extirpation de l'œil sur une dame, je vis apparaître au bout de huit jours des douleurs très-violentes à la tête. Puis survint du trismus avec grincement des dents, se reproduisant surtout la nuit et sous forme d'accès. Le muscle orbiculaire des lèvres était lui-même envahi et devenait d'une dureté extrême. M. Legroux, qui fut appelé auprès de la malade, employa sans résultat avantageux la morphine et la belladone. Au bout de six jours, on eut recours aux inhalations de chloroforme. Dès les premières tentatives, on put constater une certaine amélioration, qui fit des progrès les trois jours suivants, pendant lesquels on continua le même moyen.

Sur ces entrefaites, la malade partit pour le Havre. Quinze jours après, le médecin qui fut chargé de lui donner des soins m'écrivit pour me dire que la guérison ne marchait plus, et que les choses étaient à peu près comme au moment où la malade avait quitté Paris.

J'ai appris depuis que, sept semaines après le début de la maladie, la guérison était devenue complète, sans l'emploi d'aucun autre moyen extraordinaire.

On trouve dans le journal le *Progrès*, pour l'année 1828, un cas analogue également observé à la suite de l'extirpation d'un œil.

Dance a aussi signalé des cas singuliers de contractures musculaires.

M. VERNEUIL pense qu'il y a un vrai et un faux tétanos. Le premier comporte deux variétés : le tétanos aigu et le tétanos primitivement chronique.

M. BOINET déclare tenir de M. le Dr Taër que le malade dont a parlé M. Chassaignac était atteint de tétanos chronique avec des intermittences. Il pense, en outre, qu'il est impossible de savoir la quantité de curare absorbée par le malade, la plus grande partie ayant dû se perdre dans les pièces du pansement. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que le curare employé n'avait pas été préalablement essayé, et qu'il est extrêmement difficile pour tout le monde d'en avoir qui soit de bonne qualité.

M. CHASSAIGNAC ne comprend pas comment on peut voir dans le cas qu'il a rapporté un exemple de tétanos chronique. Le diagnostic d'une pareille maladie n'est pas difficile, et un praticien un peu expérimenté ne saurait se tromper. Les contractures ne sont survenues que tardivement.

Quant au chloroforme, il a eu occasion de le donner dans deux autres cas, et toujours sans succès. M. Taër a cru à l'existence d'un tétanos aigu. L'état de la plaie a été bien indiqué; elle était en pleine suppuration, et nullement en voie de cicatrisation. C'est une chose grave que de dire que M. Mialbe n'est pas sûr de son curare; quand M. Chassaignac tient un médicament d'un pharmacien aussi instruit et aussi honorable, il ne se croit pas le droit de suspecter sa qualité.

M. BOINET fait observer que ce n'est pas à l'aide d'une analyse chimique qu'on peut juger de la qualité du curare, mais bien à l'aide d'expériences sur les animaux; or M. Mialhe n'en a pas fait.

M. LEGOUEST. Personne ne connaît la composition du curare, et d'ailleurs cette composition doit être extrêmement variable.

M. FORGET pense qu'on s'occupe beaucoup trop de la composition de cet agent : la question n'est pas là. Le malade de M. Chassaignac en a-t-il absorbé? Voilà ce qui intéresse. Pour lui, cette absorption n'a pu avoir lieu ni par la plaie ni par l'estomac; s'il en avait été autrement, on aurait eu à observer d'autres accidents qui ne se sont pas produits.

M. CHASSAIGNAC répond que M. Forget va beaucoup trop loin quand il affirme que la plaie n'a pu absorber. Quant à lui, sans entrer dans des explications, il se contente du fait. Une grande amélioration s'est produite après les pansements avec la solution de curare, et il a cru que cela était important à signaler.

M. GOSSELIN croit devoir faire remarquer que l'absorption des médicaments par la surface des plaies est mieux connue qu'on ne semble le croire : M. Bonnet (de Lyon) s'est livré à une série d'expériences à ce sujet. Son attention s'est surtout fixée sur l'iodure de potassium, et il a constaté qu'il y avait absorption de ce médicament jusqu'à la cicatrisation complète des plaies.

Lui-même, en 1855, a répété un grand nombre de fois les mêmes expériences, et il a obtenu des résultats identiques. L'iode a été retrouvé dans l'urine et la salive jusqu'à l'époque de la formation de la pellicule cicatricielle.

J'en conclus, ajoute M. Gosselin, que la plaie du malade de M. Chassaignac a dû absorber du curare, mais j'ignore si cette substance a été absorbée en nature ou après avoir subi quelque décomposition. Quant à la portion de curare introduite dans l'estomac, je suis très-disposé à croire qu'elle n'a pas été aussi inerte qu'on a bien voulu le dire, et qu'elle a pu exercer une action.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dépouille la correspondance.

La Société a reçu le programme de l'École de médecine et d'histoire naturelle qui vient d'être fondée à Saint-Louis (Missouri), sous le nom de *Humboldt-Institut*. M. Hammer, membre correspondant de la Société, est doyen de cette école.

— M. C. Von Hübbenet adresse un exemplaire de son ouvrage, intitulé : *Die Beobachtung und das Experiment in der Syphilis*. Leip-

zig, 1859, grand in-8°, avec 5 planches coloriées. (L'observation et l'expérimentation en syphilis.)

— *Lettre à M. le barron Larrey* (sur la chirurgie conservatrice à l'armée d'Italie), par M. le docteur Navarre. Milan, 1859, in-8°.

— M. LARREY offre à la Société, de la part des auteurs, le *Précis d'histologie humaine*, par M. C. Morel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, avec dessins d'après nature par M. A. Villemin, médecin aide-major. Strasbourg, 1860, in-8°.

— M. Clément Ollivier, fondateur des *Annales de pathologie génésique*, adresse à la Société les deux premiers numéros de son journal.

— M. Lukomski, auteur du travail présenté dans la dernière séance par M. Chassaignac (*Du traitement de la syphilis par l'inoculation du virus-vaccin*), écrit à la Société pour prier la commission chargée de l'examen de ce travail, de ne pas se prononcer avant d'avoir fait elle-même des essais qui sont tout à fait sans danger.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait part d'une lettre qu'il a reçue de M. Tilanes, secrétaire général de la Société de médecine et de chirurgie d'Amsterdam. Cette Société, qui échange ses publications avec celles de la Société de chirurgie, a bien voulu joindre à l'envoi de ses propres travaux un exemplaire complet de la collection des travaux de l'ancienne *Société de chirurgie* d'Amsterdam (1790-1838). Cette collection précieuse, aujourd'hui fort rare, se compose de 27 volumes.

LECTURE.

Trichiasis et entropion. — M. LARREY donne lecture, au nom de M. le docteur Clot-Bey, d'un travail sur le trichiasis et l'entropion.

En voici le résumé :

L'auteur se propose, dans cette note, d'appeler l'attention sur certaines formes de trichiasis et d'entropion difficiles à reconnaître et méconnues même par des médecins illustres et des spécialistes en renom. Ni la persistance du mal pendant plusieurs années, ni les désordres graves survenus du côté du globe de l'œil, ni la perte de l'organe, n'ont suffi, dans plusieurs cas de ce genre, pour conduire le chirurgien à la véritable cause d'accidents attribués, en désespoir de cause, à la présence de quelque vice constitutionnel.

Il est donc très-important d'appeler, en mentionnant des faits, l'attention des praticiens sur ce point de diagnostic des maladies oculaires; car c'est évidemment faute d'attention que des méprises graves de ce genre ont été commises. La principale source d'erreur tient à ce que les cils déviés sont en petit nombre, ténus et d'une teinte pâle; à ce qu'ils sont dissimulés par des mucosités épaisses, d'où la nécessité, préalablement à tout examen, de laver les paupières et le globe de l'œil; à ce qu'enfin il existe plusieurs rangées de cils ou de poils implantés concurremment sur quelques points de la conjonctive ou de la caroncule.

L'auteur a été à même de constater des faits de ce genre. En outre, dans quelques cas rares, le trichiasis est marqué par une affection plus apparente, l'entropion, qui attire seule l'attention. Dans ces cas complexes, il faut toujours commencer par traiter l'entropion. Telle est, en effet, la pratique de M. Clot-Bey. Parmi les procédés connus pour pratiquer cette opération, qui tous ont été expérimentés comparativement, celui qui a réussi le mieux est l'excision des téguments de la paupière ; mais il faut avoir grand soin, pour obtenir le renversement du tarse, de pratiquer l'incision inférieure le plus près possible de ce cartilage. Quant à l'incision supérieure, il faut lui faire suivre une ligne droite, si tout le rebord palpébral est également dévié, et lui faire décrire une courbe si la déviation n'est que partielle, de manière à avoir les lambeaux de téguments compris entre ces incisions plus larges au point correspondant à la déviation. Pour obtenir ce résultat d'une manière plus précise, on peut tracer à l'encre l'incision supérieure; on saisit le lambeau avec des pinces et on le détache avec le bistouri. Ce procédé est préférable à celui qui consiste à exciser avec les ciseaux, parce que ce dernier a l'inconvénient de raccourcir la paupière sans modifier la direction vicieuse du tarse. La réunion immédiate à l'aide de trois ou quatre points de suture réussit très-bien, et a l'avantage de laisser une difformité à peine appréciable. Les Arabes suivent un procédé qui consiste à engager une portion de peau de la paupière entre les lames d'un roseau fendu, dont une extrémité est retenue par le nœud naturel de la tige, et l'autre solidement liée. Mais la difficulté de le rapprocher assez du bord tarsien a fait renoncer l'auteur à ce procédé.

Après avoir employé sans succès les divers procédés proposés pour la cure radicale du trichiasis et du districhiasis, M. Clot-Bey a imaginé le suivant, qui lui a donné les plus heureux résultats :

Le chirurgien engage entre la paupière et le globe de l'œil une cuiller semblable à celle qui termine le manche d'un élévateur ordinaire. Il soulève la paupière en abaissant le manche de l'instrument; puis, par deux incisions pratiquées à l'aide d'un bistouri à lame effilée, il cerne les poils vicieusement implantés. Dans la première incision, on rase le bord de la muqueuse en dirigeant la pointe de l'instrument de dedans en dehors. Dans la seconde, on divise le bord cutané en dirigeant le bistouri un peu de dehors en dedans. Avec des pinces à érignes, on saisit le petit lambeau compris entre les deux incisions, puis on le résèque assez profondément pour atteindre les bulbes ciliaires. Afin d'atteindre plus sûrement tous les follicules, il est bon de cautériser le fond de la plaie avec le nitrate d'argent.

A l'appui de ces considérations cliniques, M. Clot-Bey relate les trois faits suivants, puisés dans sa pratique personnelle.

OBS. I. — Khalie-Bey, jeune Egyptien, a souffert à diverses reprises d'ophthalmies rebelles, à la suite desquelles il est resté une blépharite chronique et une opacité légère de la cornée qui a considérablement affaibli sa vue. Le docteur Jæger, célèbre oculiste de Vienne, consulté par ce malade, le soumit à un traitement qui dura une année et n'amena aucune amélioration notable. De retour en Egypte, ce jeune homme fut examiné par M. Clot-Bey, qui constata que l'affection méconnue à Vienne était due à un trichiasis. Le malade ne voulut pas se soumettre à l'opération reconnue indispensable. Quelque temps après, ce jeune Egyptien, toujours malade, étant venu à Paris pour affaires, se confia aux soins d'un spécialiste distingué qui lui aussi méconnut la cause du mal jusqu'au moment où il fut mis sur la voie par M. Clot-Bey. L'auteur ignore si cette fois l'opération fut pratiquée.

OBS. II. — M. B..., jeune homme de vingt-cinq ans, à la suite de nombreuses ophthalmies, perdit l'œil droit complétement, et l'œil gauche était en grande partie menacé d'une cécité complète. Il se rendit à Paris, consulta plusieurs médecins, suivit divers traitements à la suite desquels il se résigna à retourner en Egypte sans avoir obtenu aucune amélioration. C'est dans ces conditions que le vit M. Clot-Bey, et qu'il put constater et faire constater à deux confrères que la cause du mal résidait dans un peu d'entropion, mais surtout dans une implantation vicieuse de cinq ou six poils des cils. Trois opérations successives portant sur l'entropion, le trichiasis et les vaisseaux d'un pannus vasculaire consécutif, amenèrent une amélioration notable au bout d'un mois, et définitivement un état de la vision aussi satisfaisant qu'il était possible de le désirer avec un organe gravement altéré dans sa texture.

OBS. III. — Mme de L..., tourmentée par une ophthalmie qui dure depuis quatre ans et qui s'accompagne de douleurs névralgiques intolérables, vint à Paris prendre conseil de plusieurs célébrités médicales qui méconnurent la cause véritable du mal, et eurent recours à divers moyens qui restèrent sans effet. Après dix mois de traitement infructueux, la malade, de retour en province, s'adressa à M. Clot-Bey, qui, éclairé par une grande expérience dans ces sortes de maladies, reconnut au moyen de la loupe que les cils de la paupière supérieure, fortement déviés en dedans, surtout vers le tiers interne, étaient l'unique cause des accidents. L'opération de l'entropion suffit pour redresser les cils déviés, et, en enlevant la cause du mal, fit rapidement disparaître l'inflammation oculaire. Il reste malheureusement chez elle une opacité de la cornée qui est la conséquence inévitable d'une maladie d'aussi longue durée; mais tout porte à croire que la lymphe épanchée entre les lames de la cornée finira par être partiellement ou totalement résorbée, et que Mme de L..., qui avait déjà perdu la vue de l'autre côté avant l'intervention de M. Clot-Bey, pourra y voir assez pour se conduire.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. MARJOLIN présente de la part de M. le docteur Fleury (de Clermont-Ferrand), membre correspondant de la Société, un malade qui porte à la partie gauche de la face, au-devant du conduit auditif externe, une tumeur assez volumineuse, très-dure, qui semble être une exostose de la branche montante du maxillaire inférieur. Il y a environ cinq ans que le malade, qui est âgé d'une cinquantaine d'années et qui a une très-bonne constitution, a vu l'affection se développer; les fondants et la cautérisation n'ont pas ralenti sa marche. Pendant les premiers temps, les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire sont restés libres ; mais aujourd'hui, par suite des progrès de l'affection, le malade en est réduit à l'usage d'aliments liquides, tant l'espace entre les deux arcades dentaires est limité.

Quelle est la nature et le siége de cette tumeur, quelles sont les indications à remplir ? Telles sont les questions sur lesquelles M. le docteur Fleury demande des éclaircissements à la Société.

Pour M. GOSSELIN, c'est une tumeur de la branche gauche du maxillaire supérieur. Quant à sa nature, il lui paraît difficile de la déterminer d'une manière précise. L'indication première, c'est d'ouvrir la bouche. Si plus tard le malade ne pouvait plus manger, il faudrait bien se décider à la résection de la branche du maxillaire.

M. BROCA pense que c'est une exostose éburnée de la branche du maxillaire. Le bord antérieur de cette portion de l'os lui a paru gros et comme arrondi. L'introduction d'une aiguille à travers la peau pourrait servir à éclairer le diagnostic.

M. CHASSAIGNAC croit aussi à une exostose très-dure. La résection du maxillaire lui paraît très-praticable; mais avant, il voudrait qu'on essayât d'ouvrir la bouche après avoir endormi le malade.

M. VELPEAU, avant de quitter la séance, a fait connaître son opinion. Il lui paraît très-probable que la tumeur a pour point de départ la branche du maxillaire. Mais comme il n'y a pas d'accidents graves en ce moment, il serait d'avis de temporiser jusqu'à nouvel ordre.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La médecine parisienne compte une victime de plus. M. le docteur Gillette, médecin de l'hôpital des Enfants et du lycée Louis-le-Grand, l'un de nos plus dignes et de nos plus honorables confrères, vient de succomber en quelques jours, à l'âge de cinquante-neuf ans, à une angine couenneuse contractée auprès de l'un de ses jeunes clients. M. Henri Roger, son collègue à l'hôpital des Enfants et à la Société médicale des hôpitaux, a rendu sur sa tombe un juste tribut d'hommages et de regrets au mérite de ce savant modeste et au dévouement dont cet excellent et regrettable confrère a été victime.

— Le conseil d'administration des hôpitaux et hospices civils de Lyon donne avis que le lundi 19 mars 1860, à huit heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

— Lors de son dernier voyage à Moscou, l'empereur de Russie a daigné honorer de son attention la question de l'application du traitement hydrothérapique aux militaires atteints de fièvre intermittente, et il a ordonné que dans l'hôpital militaire cent lits fussent mis à la disposition du docteur Kreyser pour traiter les malades par l'usage exclusif de la médication hydriatique. (*Gazette médicale de Moscou.*)

Un exemplaire broché de la *Gazette des Hôpitaux* (années 1839, 1840, 1841, 1842 et 1843);

Un exemplaire relié du même journal (années 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855 et 1856),

Sont à vendre au bureau du Journal.

— On désire acheter, brochée ou reliée, une année 1853.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 122. — MARDI 18 OCTOBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 122. — MARDI 18 OCTOBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 OCTOBRE 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Le traitement du tétanos par le curare a encore fait les frais d'une partie de la dernière séance. M. Flourens a communiqué à l'Académie une lettre de M. Brodie, le célèbre chirurgien de Londres, qui renferme des détails très-intéressants sur les expériences qu'il a faites à une époque déjà fort éloignée (1811-1812) avec le curare (*woorara* ou *urare*). D'après ces expériences, qui empruntent aux faits récemment publiés un intérêt d'actualité tout nouveau, des animaux morts en apparence par suite d'inoculation du curare étendu d'huile essentielle d'amandes amères, avaient été rappelés à la vie au moyen de la respiration artificielle. C'est à cette même époque qu'a été émise aussi et appliquée, pour la première fois sans doute, l'idée de traiter le tétanos par le curare, d'après cette observation faite par feu le professeur Sewell, que sous l'influence du curare, il y avait un relâchement complet de tous les muscles du mouvement volontaire. Mais ces essais ne paraissent pas avoir été suivis de succès. Il n'est pas dit dans la lettre de M. Brodie de quelle manière le curare fut administré. On trouvera dans le compte rendu de la séance les observations qui ont été présentées à cette occasion par MM. Serres et Velpeau.

Les renseignements fournis par M. Brodie joints à l'insuccès de la tentative de M. Manec, sont de nature à atténuer sans doute, mais non à changer complétement la première impression qu'avait produite sur notre esprit la relation du fait de M. Vella. L'observation d'un cas nouveau de guérison dont M. Chassaignac a entretenu la Société de chirurgie, devra d'ailleurs entrer pour sa part en ligne de compte, avant de se prononcer sur la signification collective de ces faits et sur la valeur probable de la méthode. Le doute et l'abstention sont donc encore commandés jusqu'à nouvel ordre ; mais loin qu'il y ait lieu de se décourager et de perdre tout espoir à l'endroit des effets curateurs du poison indien, nous sommes de l'avis de MM. Serres et Velpeau, d'accord entre eux en cela, que les faits connus jusqu'à présent autorisent et nécessitent de nouveaux essais.

MM. les docteurs Philippeaux et Vulpian ont adressé à l'Académie une note très-intéressante sur des expériences démontrant que des nerfs séparés des centres nerveux peuvent, après s'être altérés complétement, se régénérer tout en demeurant isolés de ces centres, et recouvrer leurs propriétés physiologiques.

Nous n'avons pu qu'indiquer seulement le but et le résultat d'une nouvelle série d'expériences de M. Pouchet, tendant à démontrer les limites de la *revivification* que l'on avait opposée à ses expériences précédentes sur la génération spontanée.

Nous signalerons enfin à l'attention de nos lecteurs la relation sommaire d'une observation d'hémorrhagie cérébelleuse rapportée par M. le docteur Hillairet à l'appui des expériences de MM. Flourens et Bouillaud sur les fonctions du cervelet. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY, suppléant de M. ROSTAN.

Phlegmasies circum-utérines (1).

(Leçons recueillies par M. A. LEMAIRE, externe du service.)

Les suites de l'inflammation circum-utérine offrent un grand intérêt dans l'histoire des phlegmasies pelviennes. Nous avons déjà indiqué la rétraction du tissu inodulaire sous-péritonéal. Nous avons vu cette rétraction amener des déviations de l'utérus, déviations qui se font en sens inverse du déplacement primitif dû à la présence de la tumeur inflammatoire ; des fausses membranes des brides peuvent fixer l'utérus à la vessie, au rectum, et il peut en résulter des avortements.

Les trompes et les ovaires, plus ou moins altérés dans leur structure, peuvent prendre des directions anormales, adhérer aux organes voisins, changements de rapports qui peuvent entraîner à leur suite la stérilité. Les rétrécissements consécutifs et permanents du rectum pourront, dans certains cas, être le point de départ des redoutables accidents de l'iléon.

Les phlegmasies pelviennes débutent tantôt d'une manière aiguë ou subaiguë, puis passent à l'état chronique ; dans d'autres cas, la maladie se développe sourdement et présente de temps en temps des exacerbations aiguës ou subaiguës ; il n'y a rien d'absolu à cet égard.

La division des inflammations circum-utérines de M. Valleix, basée sur le siége de la maladie (les ligaments larges, l'espace vésico-utérin ou le cul-de-sac recto-utérin), n'a pas d'importance au point de vue des symptômes généraux. Une division qu'il faut maintenir est celle qui est fondée sur la considération de l'existence ou de l'absence de l'état puerpéral. Les phlegmasies circum-utérines offrent quelques différences, suivant ces deux conditions de développement différentes. M. Guéneau de Mussy prend comme type de sa description la phlegmasie circum-utérine post-puerpérale. Quelquefois elle débute sourdement, et contrairement au typhus puerpéral, qui apparaît dès le premier jour, elle se manifeste généralement vingt-trois jours après la couche par un ou plusieurs frissons plus ou moins violents, qui généralement se répètent les jours suivants, principalement le soir. En même temps les malades se plaignent de douleurs abdominales. Quelquefois surviennent des nausées et des vomissements, surtout quand le péritoine est envahi dans une grande étendue. La fièvre, quelquefois modérée, présentant des exacerbations et des rémissions, acquiert parfois une très-grande violence ; le pouls, fréquent, petit, dépressible, coïncidant avec des vomissements porracés, indique la péritonite généralisée. La soif est en général vive. La malade présente un teint pâle, jaunâtre, distinct de la coloration purement anémique, et caractéristique de l'état puerpéral. Sa physionomie est anxieuse ; elle se tient dans le décubitus dorsal, les cuisses à demi fléchies. Les douleurs qu'elle éprouve sont en général sourdes, quelquefois violentes, et revenant avec ou sans cause appréciable, par crises analogues à celles des névralgies lombo-abdominale, crurale et sciatique.

La douleur augmente à la pression, et se manifeste également au moment où la main qui a déprimé les parois abdominales les abandonne brusquement, surtout lorsque la séreuse pariétale est enflammée. Les douleurs sont exaspérées par la station, les mouvements, la marche ; aussi pour les atténuer autant que possible les malades marchent-elles le tronc fortement infléchi en avant ; parfois se manifestent des coliques utérines suivies de l'expulsion de caillots.

Certains symptômes sont plus spécialement en rapport avec tel ou tel siége de l'inflammation. Ainsi la pesanteur au périnée et au fondement est plutôt l'indice d'une phlegmasie rétro-utérine ; le ténesme vésical et la dysurie persistante et violente indiqueront le plus souvent une inflammation dans l'espace vésico-utérin. Ces signes pourtant ne sont pas absolus, et la dysurie n'est pas rare dans les phlegmons des ligaments larges ; c'est qu'en effet l'inflammation peut se propager plus ou moins loin du siége de la tumeur inflammatoire, et déterminer des troubles dans l'excrétion des urines, etc.

La palpation permet de sentir au début non pas une tumeur distincte, mais un empâtement, une rénitence obscure, puis une tumeur dure, résistante, formant parfois une sorte de plastron dont les limites supérieures ne sont pas précises. Dans les phlegmons des ligaments larges et des fosses iliaques, la paroi abdominale est refoulée en avant et perd de sa mobilité souvent longtemps avant qu'elle adhère à la tumeur.

Si la phlegmasie occupe le col du sac vésico-utérin, la tumeur, appréciable par le palper abdominal, est située en avant sur la ligne médiane. Si l'inflammation a envahi le cul-de-sac recto-utérin, on peut parfois sentir la tumeur profondément, mais d'une manière en général assez obscure.

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 octobre.

FEUILLETON.

LA MALADIE DE JEAN-JACQUES ROUSSEAU.

Depuis le 2 juillet 1778, jour où le philosophe de Genève termina subitement sa carrière, que n'a-t-on pas dit sur lui, et sous quelle face n'a-t-on pas envisagé, analysé et commenté ses nombreux écrits ? L'importance de l'homme, les singularités de son existence, les bizarreries de son caractère et — au point de vue médical — la diversité des opinions qui ont été émises sur la cause des maux qui ont fait le tourment de sa vie, tout justifiait en un mot cet intérêt si vif : littérateurs, philosophes, poëtes, historiens, critiques et médecins se sont mis à l'œuvre et ont successivement passé au crible le plus fin ses paroles et ses actes. Le scalpel même n'a pas respecté le cadavre de Rousseau, et c'est à cette circonstance que nous devons l'honneur d'appeler aujourd'hui l'attention de nos lecteurs sur une question d'anatomie pathologique et de diagnostic posthume.

Un chirurgien de Paris, aussi modeste que savant, aussi bon écrivain qu'habile opérateur, M. le docteur Aug. Mercier, s'est imposé la tâche de rassembler dans les œuvres de Jean-Jacques toutes les circonstances pathologiques susceptibles de jeter quelque jour sur l'affection morbide du philosophe, de les coordonner, d'en tirer des inductions vraiment sérieuses, et en s'appuyant sur des données beaucoup moins hypothétiques que toutes celles qui avaient eu jusqu'alors cours dans la science, sans même en excepter les incomplets résultats nécroscopiques que nous possédons, de nous donner une explication scientifique de la maladie du célèbre auteur de l'*Émile* (1). Ce sujet était aride, ingrat, hérissé de mille difficultés, controversé s'il en fut, et néanmoins M. Mercier a eu l'esprit et le tact d'en tirer un parti étonnant. Prenons maintenant notre confrère pour guide, et retournons à Rousseau, qui a pris soin de faire un peu lui-même l'historique de ses souffrances.

« J'étais né, dit-il, presque mourant (le 28 juin 1712); on espérait peu me conserver. J'apportai le germe d'une incommodité que les ans ont renforcée, et qui maintenant ne me donne quelquefois des relâches que pour me laisser plus cruellement souffrir d'une autre façon.... Un vice de conformation dans la vessie me fit éprouver durant mes premières années une rétention d'urine continuelle, et ma tante Suzon, qui prit soin de moi, eut des peines incroyables à me conserver. Elle en vint à bout cependant; ma robuste constitution prit enfin le dessus, et ma santé s'affermit tellement durant ma jeunesse, que, excepté la maladie de langueur dont j'ai raconté l'histoire, et de fréquents besoins d'uriner que le moindre échauffement me rendit toujours incommodes, je parvins jusqu'à trente ans sans presque me sentir de ma première infirmité. Le premier ressentiment que j'en eus fut à mon arrivée à Venise. La fatigue du voyage et les terribles chaleurs que j'avais souffertes me donnèrent une ardeur d'urine et des maux de reins que je gardai jusqu'à l'entrée de l'hiver. Après avoir vu la Padoana, je me crus mort, et n'eus pas la moindre incommodité. Après m'être épuisé plus d'imagination que de corps pour ma Zulietta, je me portai mieux que jamais. Ce ne fut qu'après la détention de Diderot que l'échauffement contracté par mes courses à Vincennes, pendant les terribles chaleurs qu'il faisait alors, me donna une violente néphrétique, depuis laquelle je n'ai jamais recouvré ma première santé.

» Au moment dont je parle, m'étant un peu fatigué au maussade travail de cette maudite caisse (vers 1750 le financier Francueil l'avait nommé son caissier), je retombai plus bas qu'auparavant, et je demeurai dans mon lit cinq ou six semaines dans le plus triste état que l'on puisse imaginer. Mme Dupin m'envoya le célèbre Morand, qui, malgré son habileté et la délicatesse de sa main, me fit souffrir des maux incroyables, et ne put jamais venir à bout de me sonder. Il me conseilla de recourir à Daran, dont les bougies plus flexibles parvinrent en effet à s'insinuer; mais en rendant compte à Mme Dupin de mon état, Morand lui déclara que dans six mois je ne serais pas en vie. »

Quelques années avant cette époque, il écrivait à Mme de Warrens : « Je n'espérais plus d'avoir le plaisir de vous écrire; l'intervalle de ma dernière lettre a été rempli coup sur coup de deux maladies affreuses. J'ai d'abord eu une attaque de colique néphrétique, fièvre, ardeur et rétention d'urine. La douleur s'est calmée à force de bains, de nitre et d'autres diurétiques; mais la difficulté d'uriner subsiste toujours, et la pierre, qui des reins est descendue dans la vessie, ne peut en sortir que par l'opération.

» L'attaque que je venais d'essuyer (celle de 1750) eut des suites qui ne m'ont jamais laissé aussi bien portant qu'auparavant, et je crois que les médecins auxquels je me livrai me firent bien autant de mal que la maladie. Je vis successivement Morand, Daran, Helvétius, Malouin, Thierry, qui, tous très-savants, tous mes amis, me traitèrent chacun à sa mode, ne me soulagèrent point et m'affaiblirent considérablement. Plus je m'asservissais à leur direction, plus je devenais

(1) *Explication de la maladie de J. J. Rousseau.* Brochure in-8° de 90 pages, à la librairie Labé. Paris, 1859.

C'est dans ce cas surtout que le toucher est indispensable. Par le toucher, on perçoit une chaleur anormale dans le vagin ; parfois on y peut constater les battements des artères. Le plafond vaginal est résistant et bombé. La tuméfaction, qui a débuté en un point quelconque, finit en général par circonscrire l'utérus en fer à cheval.

Il n'est pas rare de sentir au début une petite tumeur arrondie, comme ganglionnaire, que l'on rend plus saillante en refoulant de haut en bas les téguments des régions iliaques ou hypogastriques. Cette tumeur est formée souvent par l'ovaire, autour duquel vient se fixer une anse intestinale. Parfois on distingue une saillie transversale rectiligne ou flexueuse formée par la base du ligament large indurée ou par la trompe. Très-souvent plus tard, si l'inflammation se termine par résolution, on perçoit une sensation d'empâtement œdémateux simulant parfois à s'y tromper la fluctuation, et c'est à des cas de cette nature que se rapportent probablement un grand nombre de faits où l'on a cru à la résorption d'une collection purulente. Les signes physiques diminuent de plus en plus à mesure que la tumeur prend de l'accroissement, et la pression hypogastrique la rend encore plus évidente.

Quand la tumeur occupe l'espace vésiculo-utérin, le col immobile est souvent repoussé en haut et en arrière, et parfois difficile à atteindre ; il est repoussé latéralement quand la tumeur occupe les ligaments larges ; enfin, il peut prendre diverses positions obliques en rapport avec les siéges différents de la tumeur. Il est nécessaire de combiner le toucher vaginal avec le toucher rectal pour explorer la cloison recto-vaginale, dans l'épaisseur de laquelle on constate parfois une tuméfaction qui peut descendre jusque près de la vulve.

Les lochies quelquefois se suppriment dans les phlegmasies circum-utérines ; d'autres fois elles augmentent; parfois il survient une hémorrhagie, souvent il y a un écoulement fétide formé par un mélange de sang et de mucosités catarrhales. La résolution est beaucoup plus rare après la couche qu'en dehors des conditions puerpérales ; elle s'annonce par la chute de la fièvre et la disparition graduelle des symptômes inflammatoires, qui s'effectue généralement après deux ou trois semaines. La rénitence se diffuse et fait place à un simple empâtement, qui lui-même se dissipe insensiblement. La terminaison la plus fréquente est la suppuration, d'autant plus à craindre que la malade est dans un état de débilité générale plus grande; lorsque la suppuration doit avoir lieu, la fièvre persiste ou augmente, des frissons erratiques se manifestent ; en même temps, la tumeur inflammatoire augmente, devient fluctuante : si elle est en rapport avec la paroi abdominale, celle-ci s'immobilise, s'empâte ; elle peut devenir le siége d'un véritable phlegmon ou de petits phlegmons multiples qui communiquent avec le foyer principal.

La suppuration une fois établie, la douleur généralement diminue, et une rémission a lieu dans l'état général de la malade. Lorsque la tumeur proémine dans le vagin ou dans le rectum, la suppuration y est reconnue comme ailleurs par la fluctuation et la dépressibilité, qui permet au doigt de pénétrer plus profondément dans le cul-de-sac vaginal. Très-souvent l'on constate un épaississement fluctuant de la cloison recto-vaginale, soit qu'un plegmon se soit développé dans le tissu cellulaire de cette cloison, soit que le cul-de-sac péritonéal déprimé se soit interposé aux parois du vagin et du rectum.

Le pus se crée le plus souvent de lui-même une issue au dehors. Le plus souvent il suit la voie du rectum, surtout s'il est formé dans la cloison recto-vaginale, dans les ligaments larges ou dans le cul-de-sac recto utérin ; très-souvent aussi il s'échappe par le vagin, rarement par la vessie ; beaucoup plus souvent il traverse la paroi abdominale, et le plus souvent, dans ce cas, l'ouverture se fait au-dessus du ligament de Fallope ; il est très-exceptionnel que le pus, fusant le long des vaisseaux fémoraux, vienne sortir à la cuisse.

La malade couchée au n° 3 de la salle Saint-Antoine nous en a offert un exemple. Il n'est pas rare de voir le pus se frayer plusieurs issues dans le vagin et dans le rectum, dans l'intestin et à la surface de la peau, etc., circonstance fâcheuse qui ajoute à la gravité de la maladie. Les ouvertures les plus heureuses sont celles qui se font dans le vagin et dans le rectum. Généralement, dans ces cas, le pus s'écoule rapidement, et la guérison ne se fait pas attendre ; parfois même, elle a lieu sans que le médecin en soit averti, rien ne ressemblant plus au pus que la sécrétion de certains catarrhes vaginaux, et la constatation de la présence du pus dans les fèces n'étant pas toujours facile. L'ouverture de communication du foyer avec l'intestin laisse parfois passer les gaz intestinaux. C'est ce qui eut lieu une fois chez une des malades de M. Guéneau de Mussy. Une tuméfaction énorme avec tympanite s'était produite dans la région iliaque. Cette complication, on le conçoit, est ces plus fâcheuses.

Le pus, une fois formé, peut-il se résorber ? Le docteur West l'admet. D'une manière générale, la résorption du pus est rare; il en est pourtant des exemples incontestables dans la variole, dans certaines adénites, par exemple. Mais ces faits sont exceptionnels, et M. Guéneau de Mussy conserve quelques doutes sur la réalité de la résorption du pus dans la plupart des phlegmasies circum-utérines où on a cru l'observer ; il pense que dans les faits de ce genre on avait affaire plutôt à des œdèmes sous-muqueux, qu'il est si facile de confondre avec des collections ou des infiltrations purulentes.

Le pus évacué, la tumeur s'affaisse, mais moins pourtant qu'on pourrait le croire *à priori*, l'engorgement périphérique étant pour une assez grande part dans le gonflement général. Généralement la cavité se cicatrise, et le tissu inodulaire, par sa rétraction, entraine et maintient souvent l'utérus dans des positions vicieuses ; l'utérus pourtant se dégage et se mobilise. La résolution est parfois incomplète ; l'engorgement laisse alors à sa suite des noyaux d'induration uniques ou multiples, qui sont le point de départ de phlegmasies nouvelles. Il est des femmes qui pendant des mois perdent de temps en temps, par le vagin ou le rectum, du pus en quantité parfois assez considérable ; il en est même qui en rendent, à plusieurs mois d'intervalle, pendant plusieurs années. M. Guéneau de Mussy a vu plusieurs de ces faits. Le docteur West en cite une observation des plus remarquables. Il s'agit d'une femme qui du deuxième au dixième jour après l'accouchement, eut des phénomènes de phlegmasie pelvienne suivis de selles puriformes. Après cette évacuation, la malade semblait en voie de rétablissement ; elle conservait pourtant des douleurs sourdes et une certaine tension dans le ventre. Seize mois après, à la suite d'un violent cahot, un jour qu'elle était en omnibus, elle rendit par le vagin trois litres de pus ; l'écoulement dura trois mois, après lesquels la guérison fut complète.

Faut-il voir dans ces écoulements intermittents des récidives d'inflammation, ou bien faut-il les interpréter par l'existence d'une poche permanente alternativement vide et pleine ? Il est assez difficile de le dire d'une manière positive. Des fistules longtemps persistantes résultent parfois de l'ouverture des foyers; on en a vu durer pendant cinq ans.

Les récidives sont très-fréquentes soit après la résolution, soit après la suppuration, et sont à craindre surtout à l'époque des règles, et chez les femmes qui conservent de ces noyaux d'induration dont nous avons parlé plus haut.

D'où découle, pour les femmes qui une première fois ont été atteintes de phlegmasie circum-utérine, la nécessité de prendre les plus grandes précautions aux approches menstruelles.

Les *phlegmasies non puerpérales* reconnaissent pour causes principales la blennorrhagie, la leucorrhée, la métrite, les troubles menstruels. Suivant M. Gallard, la suppuration y est extrêmement rare, même dans les phlegmasies de longue durée et donnant lieu à des tumeurs énormes. Ces phlegmasies ont d'ordinaire une marche sourde, présentant des recrudescences fréquentes qui coïncident presque toujours avec les époques menstruelles.

Une complication fréquente des phlegmasies circum-utérines est la métrite. La métrite est constante dans l'état puerpéral. En dehors de l'état puerpéral, elle peut manquer. Quand elle existe, elle est primitive et joue le rôle de cause à l'égard de la phlegmasie de la séreuse ou du tissu cellulaire du petit bassin.

D'autres fois, c'est l'inverse qui a lieu : la métrite et le catarrhe qui en dérive sont consécutifs à la phlegmasie pelvienne.

Des accidents nerveux variés peuvent compliquer les phlegmasies pelviennes. M. Nonat y a signalé la paralysie des membres supérieurs. La chloro-anémie y est presque constante, et elle se manifeste rapidement.

Comme complication on peut encore signaler la grossesse, qui est une cause de renouvellement de l'inflammation.

Les phlegmasies circum-utérines pourraient être confondues avec un certain nombre d'affections, dont les principales sont l'hématocèle, l'ovarite, certains kystes de l'ovaire, les inflexions utérines.

L'hématocèle circum-utérine occupe, dans l'immense majorité des cas, le cul-de-sac recto-utérin; c'est là également le siége d'un grand nombre de phlegmasies pelviennes. Mais l'hématocèle, le plus souvent, est sans connexion avec les circonstances puerpérales; elle survient tout d'un coup, et la tumeur, molle d'abord, se durcit ensuite.

L'ovarite forme une tumeur circonscrite généralement du volume d'une noix ou d'un petit œuf; elle s'accompagne d'une douleur plus limitée, et se termine rarement par suppuration. Très-fréquemment, du reste, l'ovarite coïncide avec la phlegmasie circum-utérine, dont elle est souvent la cause.

Un kyste de l'ovaire enflammé pourrait simuler une phlegmasie pelvienne; mais il forme une tumeur bien circonscrite, n'est pas en relation avec les circonstances puerpérales, et, de plus, les commémoratifs indiquent qu'il existait depuis longtemps, antérieurement aux symptômes inflammatoires, une tumeur non phlegmoneuse et plus ou moins mobile. Du reste, l'erreur ne saurait avoir de conséquences funestes, les indications étant les mêmes dans les deux cas.

Il suffit d'un peu d'attention pour ne pas méconnaître une rétention des matières fécales. La tumeur qui dans ces cas proémine dans le vagin ou dans la fosse illiaque, est mollasse, malléable, et disparaît après un purgatif.

Le diagnostic est parfois plus difficile d'avec les inflexions utérines ; il se base sur la mobilité de la tumeur et sur la continuité de la tumeur formée par le corps avec le col, continuité qui rend compte de la transmission au col des mouvements imprimés au corps et réciproquement, l'utérus exécutant alors des espèces de mouvements en équerre. Enfin, le cathétérisme utérin lève les doutes s'il en reste.

Le pronostic des inflammations circum-utérines est bien différent dans l'état puerpéral. Sur 52 cas de phlegmasies non puerpérales, M. Gallard n'a eu que 2 cas de mort, et encore sur ces 2 cas le foyer s'était-il ouvert une fois dans le péritoine.

Le pronostic est infiniment plus grave dans l'état puerpéral. Les circonstances fâcheuses sont la longue durée de l'affection, la tendance aux récidives, l'extension de l'inflammation au péritoine, les ouvertures fistuleuses multiples, etc.

Traitement. — Dans la période d'acuité de la maladie et avant la suppuration, les antiphlogistiques sont indiqués ; mais il est rare qu'on doive recourir aux saignées générales, qui ont l'incon-

---

jaune, maigre, faible. Mon imagination, qu'ils effarouchaient, mesurant mon état par l'effet de leurs drogues, ne me montrait avant la mort qu'une suite de souffrances : les rétentions, la gravelle, la pierre. Tout ce qui soulage les autres, les tisanes, les bains, la saignée, empirait mes maux. M'étant aperçu que les sondes de Daran, qui seules me faisaient quelque effet, et sans lesquelles je ne croyais plus pouvoir vivre, ne me donnaient cependant qu'un soulagement momentané, je me mis à faire, à grands frais, d'immenses provisions de sondes pour pouvoir en porter toute ma vie, même au cas que Daran vînt à manquer. Pendant huit ou dix ans que je m'en suis servi si souvent, il faut, avec tout ce qui m'en reste, que j'en aie acheté pour cinquante louis. On sent qu'un traitement si coûteux, si douloureux, si pénible, ne me laissait pas travailler sans distraction, et qu'un mourant ne met pas une ardeur bien vive à gagner son pain quotidien. »

Trois ans plus tard, Rousseau éprouva une fâcheuse recrudescence, mais elle avait été précédée de ses amours pour Mme d'Houdetot, dont il nous a laissé des peintures si passionnées. « Qu'on n'aille pas s'imaginer, écrivait-il dans sa vieillesse, qu'ici mes sens me laissaient tranquille..... Je l'ai déjà dit, c'était de l'amour cette fois, et l'amour dans toute son énergie et dans toutes ses fureurs. Je né décrirai ni les agitations, ni les frémissements, ni les palpitations, ni les mouvements convulsifs, ni les défaillances du cœur que j'éprouvais continuellement; on en pourra juger par l'effet que sa seule image faisait sur moi. J'ai dit qu'il y avait loin de l'Ermitage à Eaubonne ; je passais par les coteaux d'Andilly, qui sont charmants. Je rêvais en marchant à celle que j'allais voir, à l'accueil caressant qu'elle me ferait, au baiser qui m'attendait à mon arrivée. Ce seul baiser, ce baiser funeste, avant même de le recevoir, m'embrasait le sang à tel point que ma tête se troublait, un éblouissement m'aveuglait, mes genoux tremblants ne pouvaient me soutenir ; j'étais forcé de m'arrêter, de m'asseoir ; toute ma machine était dans un désordre inconcevable : j'étais prêt à m'évanouir. Instruit du danger, je tâchais en partant de me distraire et de penser à autre chose. Je n'avais pas fait vingt pas que les mêmes souvenirs et tous les accidents qui en étaient la suite revenaient m'assaillir, sans qu'il me fût possible de m'en délivrer, et, de quelque façon que je m'y aie pu prendre, je ne crois pas qu'il me soit arrivé de faire seul le trajet impunément. J'arrivais à Eaubonne faible, épuisé, rendu, me soutenant à peine ; à l'instant que je la voyais, tout était réparé ; je ne sentais auprès d'elle que l'importunité d'une vigueur inépuisable et toujours inutile... Cet état, et surtout sa durée pendant trois mois d'irritation continuelle et de privations, me jeta dans un épuisement dont je n'ai pu me tirer de plusieurs années, et finit par me donner une descente que j'emporterai ou qui m'emportera au tombeau... »

Pendant l'automne de 1761, il tomba tout à fait malade, ce qu'il attribue aux eaux de Montmorency, et il passa l'hiver entier dans des souffrances sans relâche. *Il se sentait mourant.*

A la fin de cet hiver, il fut visité par le frère Côme. « Le frère Côme, qui avait la main d'une adresse et d'une légèreté sans égale, vint à bout enfin d'introduire une très-petite algalie, après m'avoir beaucoup fait souffrir pendant plus de deux heures... Au premier examen, le frère Côme me trouva une grosse pierre et me le dit ; au second, il ne la trouva plus. Après avoir recommencé une seconde et une troisième fois avec un soin et une exactitude qui me firent trouver le temps fort long, il déclara qu'il n'y avait point de pierre, mais que la prostate était squirrheuse et d'une grosseur surnaturelle. Il trouva la vessie grande et en bon état, et finit par me déclarer que je souffrirais beaucoup et que je vivrais longtemps... C'est ainsi qu'après avoir été traité successivement, pendant tant d'années, de vingt maux que je n'avais pas, je finis par savoir que ma maladie, incurable sans être mortelle, durerait autant que moi. Mon imagination, réprimée par cette connaissance, ne me fit plus voir en perspective une mort cruelle dans les douleurs du calcul. Je cessai de craindre qu'un bout de bougie, qui s'était rompue dans l'urèthre il y avait longtemps, n'eût fait le noyau d'une pierre.... »

En juin 1762, Rousseau, qui s'était réfugié en Suisse, se condamna plus rigoureusement que jamais à la continence, ayant « remarqué que l'habitation des femmes empirait sensiblement son état... Le vice équivalent, est-il dit dans une variante, dont je n'aijamais pu bien me guérir, m'y paraissait moins contraire. »

L'humidité de la vallée qu'il habitait en Suisse lui était pernicieuse. En effet, comme le fait judicieusement remarquer M. le docteur Mercier, l'humidité ne favorise pas les fonctions de la peau, et il en résulte une disposition plus grande à l'irritation des organes internes et une sécrétion urinaire plus active, ce qui est toujours fâcheux quand l'excrétion s'en fait difficilement. Aussi Jean-Jacques nous apprend-il que la marche lui était nécessaire, et qu'il lui était même utile de la pousser jusqu'à la transpiration. Pendant l'hiver de 1764, il écrivait : « Mon triste état, qui empire toujours en cette saison, me réduit journellement à porter une sonde plusieurs heures ; il faut ensuite que je fasse un exercice d'une heure ou deux pour me faire suer, et quand je passe un jour sans employer ce remède, je paye cruellement cette négligence durant la nuit. » Et ailleurs : « Je ne puis me procurer des nuits supportables qu'en fendant du bois tout le jour, malgré ma faiblesse, pour me maintenir dans une transpiration continuelle, dont la moindre suppression me fait cruellement souffrir. »

Malheureusement, pendant l'hiver de 1764 à 1765 ; il ne put se

vénient, en amenant la chloro-anémie, de rendre plus inévitable la suppuration. Généralement, 10, 12, 15, 20 sangsues, suivant la force de la malade et l'intensité de l'inflammation, suffisent; sinon on y revient une seconde fois. Il faut veiller à tenir le ventre libre. Pour remplir cette indication, on emploiera les lavements émollients, des laxatifs doux, tels que l'huile de ricin. Le calomel à doses fractionnées et associé aux frictions mercurielles belladonées, est un des meilleurs moyens antiphlogistiques les plus puissants et qui réussissent le mieux dans le traitement des phlegmasies circum-utérines. L'apparition de la stomatite mercurielle doit être considérée comme d'un bon augure. En général, elle est l'indice que la suppuration ne s'établira pas.

Il faut encore calmer les douleurs, qui par elles-mêmes sont cause d'irritation et de congestion.

Dans la forme chronique, on obtient parfois de très-bons résultats de l'application de 3 ou 4 sangsues sur le col utérin.

Contre les douleurs persistantes, on emploie avec avantage les vésicatoires répétés dans les régions iliaque, fessière et sacrée.

Le régime doit être analeptique, mais non excitant. La malade doit éviter toute fatigue, l'impression du froid, les excès de toutes sortes; et ces précautions sont urgentes surtout aux époques menstruelles.

Quant au traitement des collections purulentes, le plus souvent il faut en abandonner l'ouverture à la nature. Il y aurait pourtant à intervenir s'il était à craindre que le pus ne fit irruption dans le péritoine. Si, l'abcès ouvert et le pus évacué, l'ouverture tendait à rester fistuleuse, il y aurait indication de recourir aux injections iodées.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 octobre 1859. — Présidence de M. CHASLES.

Animaux pseudo-ressuscitants. — M. F. A. POUCHET communique une note dans laquelle il a consigné les résultats des nouvelles expériences sur les animaux pseudo-ressuscitants.

Le phénomène de la réviviscence de certains animaux microscopiques, qui a été considéré comme si extraordinaire, doit rentrer, suivant l'auteur, dans le cadre de la physiologie normale. Il est actuellement bien connu qu'un grand nombre d'animaux d'un type plus élevé, et en particulier certains mollusques, peuvent rester plusieurs années contractés, immobiles, et ayant tout à fait les apparences de la mort... L'humidité les ranime.

Des animaux *secs et absolument momifiés ne peuvent être ressuscités par l'hydratation*. Les traditions rationnelles, l'observation et l'expérience se réunissent pour le démontrer.

Les expériences de M. Pouchet sur ce sujet ont été faites avec du terreau très-abondant en rotifères, en tardigrades et en anguillules réviviscibles, et elles l'ont convaincu que jamais, quand ces animaux sont réellement secs, on ne peut les ranimer.

Emploi du curare dans le tétanos. — M. BRODIE adresse à M. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie, la lettre suivante, dont il est donné lecture :

« Ayant eu connaissance par les journaux des essais faits en France avec le poison woorara (ou urare) comme remède dans des cas de tétanos, j'ai pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à vous communiquer les détails suivants :

» Quelque temps après que j'eus fait paraître dans les *Transactions philosophiques* (1811-1812) un compte rendu d'expériences dans lesquelles des animaux morts en apparence par suite d'inoculation du woorara étendu d'huile essentielle d'amandes amères avaient été rappelés à la vie au moyen de la respiration artificielle, on m'engagea à reproduire les mêmes expériences sur des animaux de plus grande taille que ceux qui avaient servi dans tous ces essais; je priai alors mon ami feu M. le professeur Sewell de me permettre de faire au Collége vétérinaire l'expérience désirée sur un âne qu'avait donné dans ce dessein le feu duc de Northumberland, alors lord Percy. L'expérience réussit de même, et l'animal fut donné à M. Waterton, dans les terres duquel il a vécu encore plusieurs années.

» Le professeur Sewell, considérant que sous l'influence du woorara il y avait relâchement complet de tous les muscles du mouvement volontaire, eut l'idée que l'on pourrait, dans des cas de tétanos chez des chevaux, employer avec avantage ce poison, puisqu'au moyen de la respiration artificielle on rappelait à la vie l'animal empoisonné. En conséquence, il en fit l'essai, et même, autant que je crois, à plusieurs reprises. Mais à l'époque où j'en ai entendu parler pour la dernière fois, il n'avait pas obtenu un seul succès.

» Il est évident qu'on ne peut attacher une grande valeur à une ou deux guérisons survenues à la suite de ce traitement, puisque sur les sujets atteints du tétanos il y en a un nombre, à la vérité assez petit, qui en échappent, quel qu'ait été le traitement employé. »

M. SERRES, à la suite de cette communication, prend la parole et s'exprime ainsi :

A l'occasion de la lettre du célèbre chirurgien de Londres, je crois devoir rappeler les observations qui ont déjà été faites dans cette enceinte sur l'emploi du *curare* dans le traitement du tétanos traumatique.

Une première application de ce poison, faite par le chirurgien distingué de la Charité, M. Manec, secondé par son collègue M. Vulpian, a complètement échoué. La marche du tétanos traumatique n'a pas été enrayée; les symptômes si graves du tétanisme n'ont même pas été modifiés. L'action du curare a paru aux observateurs si peu manifeste chez le malade, qu'ils ont dû s'assurer par des expériences sur des animaux si le curare qu'ils avaient employé jouissait des propriétés si dangereuses qui lui sont propres : la mort des animaux a promptement répondu à ce sujet.

Nul doute donc; ce premier fait est de nature à faire mettre en doute l'efficacité du curare dans le traitement du tétanos traumatique, efficacité qu'avait fait espérer l'observation de M. Vella, qui est devenue le point de départ de cette médication.

Mais doit-on se laisser décourager par cet insuccès? En présence d'une maladie si grave et presque toujours mortelle, faut-il renoncer sitôt à l'espérance qu'avait fait naître le succès du chirurgien de Turin? Je ne le pense pas.

Sur un sujet si délicat, et qui théoriquement s'appuie sur une appréciation encore douteuse d'un point de physiologie expérimentale, la réserve est sans doute de rigueur; mais cette réserve ne doit pas aller jusqu'à nous faire abstenir de continuer avec prudence les essais des effets du curare contre le tétanos traumatique.

Et c'est aussi de cette manière qu'en a jugé un des membres distingués du corps des chirurgiens de nos hôpitaux, M. Chassaignac. Appelé par deux confrères, MM. Tahère et André, pour partager avec eux la responsabilité de l'administration du curare dans un cas de *formidables accidents tétaniques*, survenus le 19 septembre, à la suite d'une blessure assez légère faite au pied par un coup de feu, M. Chassaignac n'hésita pas. Le malade, au moment où il fut appelé, était déjà à un degré très-avancé de la période asphyxique; la respiration se faisait sans doute encore, mais on ne la voyait pas s'exécuter. Tous les muscles du tronc et des membres avaient la rigidité du bois; les dents ne purent être écartées de quelques millimètres qu'avec un coin en bois introduit avec une grande force. La plaie était extrêmement irritable, le malade près du dernier moment. Le curare fut administré *intùs* et *extrà* : à l'intérieur, à la dose de 20 centigrammes dans une potion de 120 grammes, à prendre par cuillerées toutes les deux heures; en topique, à la dose de 25 centigrammes sur 150 grammes de véhicule, avec ordre de renouveler les applications toutes les deux heures également.

Huit heures après la première application, le malade put plier les bras et desserrer lui-même les dents pour renfoncer le coin de bois. La respiration se faisait de nouveau sentir, le malade revenait à la vie. Les progrès n'ont pas cessé depuis un seul instant, et depuis hien des jours le mal marche vers sa terminaison.

Au reste, un fait important ressort nettement des trois essais déjà tentés : ce fait est celui de l'innocuité du curare chez l'homme sous l'influence du tétanisme. Un tel résultat, abstraction faite de toute autre considération, nous paraît de nature à devoir recommander son emploi dans le traitement du tétanos traumatique.

Après la communication de notre confrère M. Cl. Bernard dans la séance du 29 août dernier, un des premiers j'ai pris la parole pour recommander avec lui ce nouveau traitement contre une maladie si terrible, et aujourd'hui je l'ai prise encore pour encourager ces judicieux essais.

M. VELPEAU. La lettre de M. Brodie, le chirurgien le plus autorisé, l'un des deux chirurgiens actuels les plus célèbres de l'Angleterre, confirme sur tous les points, comme on le voit, ce que j'ai dit il y a cinq semaines du curare dans le traitement du tétanos à l'occasion de l'observation de M. Vella, et les remarques de M. Serres ne l'infirment, il me semble, en aucune façon.

En effet, je n'ai point blâmé les essais en question; je me suis borné à prévenir que le fait annoncé n'était point concluant, qu'il laissait beaucoup à désirer sous une foule de rapports, et que je croyais prudent, en regard d'un agent aussi dangereux, de faire des réserves positives.

Que vois-je aujourd'hui? Un nouveau cas de tétanos (celui de M. Manec) bien caractérisé, traité par le curare, et dans lequel les observateurs ont pris toutes les précautions scientifiques nécessaires. Le malade n'en a pas moins succombé sans que le remède ait paru troubler en quoi que ce soit la marche habituelle de la maladie ni l'état physiologique du malade.

Puis un troisième fait dû à M. Chassaignac, chirurgien distingué des hôpitaux de Paris; cette fois le malade est guéri ou à peu près. Mais ici encore des éléments nombreux de conviction manquent. D'abord le tétanos, quoique traumatique, n'a point eu dès le début ni dans la suite les caractères du tétanos franchement aigu ni complet; ensuite le curare a été donné surtout à l'intérieur; or on sait que par la bouche ce poison est en quelque sorte inerte; sur la plaie, qui était petite au dix-neuvième jour et gangréneuse, rien ne prouve qu'il ait été absorbé; enfin, on ne s'est point assuré au préalable, par des expériences sur des animaux, que le curare mis en usage avait bien toute son activité; d'où il suit que cette observation ne réunit point non plus les conditions d'un fait démontré : elle autorise de nouveaux essais, mais elle ne permet pas de conclure.

Autant que qui que ce soit, je serais heureux d'avoir un spécifique contre le tétanos : par malheur chacun sait qu'il ne suffit pas de désirer les choses pour qu'elles arrivent. Tant de moyens de ce genre ont déjà été vantés et tant de succès semblables ont été indiqués sans que la maladie ait pour cela cessé de faire des victimes, qu'il est sage d'y regarder à deux fois avant d'accorder aux nouveaux venus droit de domicile dans le cadre des faits acquis ou réels.

Qu'on me permette de rappeler encore une fois en finissant, pour justifier mes réserves, que, malgré sa gravité extrême, le tétanos, même aigu et traumatique, guérit parfois seul, que les annales de la science renferment un assez grand nombre de ces guérisons attribuées tantôt à l'opium, tantôt au musc, à l'éther, aux saignées, aux vésicatoires, tantôt aux bains, au chloroforme, etc., et qu'au début il est difficile de savoir si le mal aura la forme chronique ou aiguë.

Régénération des nerfs. — MM. PHILIPPEAUX et VULPIAN adressent une note sur des expériences démontrant que des nerfs séparés des centres nerveux peuvent, après s'être altérés complétement, se régénérer tout en demeurant isolés de ces centres, et recouvrer leurs propriétés physiologiques.

« Après avoir fait de nombreuses recherches sur la réunion des nerfs d'origine différente, en suivant ainsi, de même que plusieurs physiologistes, la voie ouverte par M. Flourens, nous avons été amenés, disent les auteurs, à reprendre l'étude d'une question qui paraissait avoir depuis longtemps reçu une réponse définitive.

On sait que lorsqu'un nerf a été séparé des centres nerveux au delà du ganglion spécial par une section complète, il subit dans sa partie périphérique une altération progressive bien connue (1), par suite de laquelle la substance médullaire des tubes disparaît entièrement. Si le segment périphérique se réunit au segment central, ce segment passe par une nouvelle série de modifications qui le ramènent peu à peu à la structure normale et lui restituent ses propriétés physiologiques.

Mais est-il bien certain que, suivant l'opinion universellement adop-

(1) Cette altération n'est pas la mort du nerf. Comme l'a dit M. Flourens, « les diverses parties du système nerveux peuvent être plus ou » moins complétement séparées du reste du système, et conserver encore » un certain degré de vie ou d'action. C'est par ce degré de vie ou d'ac- » tion qui leur reste que ces parties sont susceptibles de se rapprocher » des parties dont on les a séparées, de se réunir avec elles, et de recou- » vrer ainsi, dans certains cas, par cette réunion, et la plénitude de leur » vie et le plein exercice de leurs fonctions. » *Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux*, 2e édition, 1842, p. 266 : *Expériences sur la réunion des nerfs.*

---

livrer à la promenade : pendant huit mois il ne sortit pas de sa chambre, et c'est au commencement de l'hiver suivant qu'il fut obligé de fuir précipitamment la Suisse pour se rendre en Angleterre, après avoir traversé la France, où, dit-il, « les fréquents dîners en ville, la fréquentation des femmes et des gens du monde, à qui je m'étais livré d'abord en retour de leur bienveillance, m'imposaient une gêne qui a tellement pris sur ma santé, qu'il a fallu tout rompre et devenir ours par nécessité. » Aussi en résulta-t-il une rétention qui le tourmenta « cruellement. »

En novembre 1770, il était rentré à Paris, et Dusaulx lui écrivait : « Vous souffrez, mon cher Rousseau, vous dépérissez. » Il dit lui-même, dans une lettre du 3 février 1778 : « Vous rallumez un lumignon presque éteint, mais il n'y a pas d'huile à la lampe, et le moindre air de vent peut l'éteindre sans retour... En ce moment, je suis demi-perclus de rhumatismes...; vieux, infirme, je sens à chaque instant le découragement qui me gagne. »

C'est le 2 juillet 1778, à l'âge de soixante-six ans, que mourut J.-J. Rousseau. Il s'était levé de bonne heure, avait fait une promenade avant le déjeuner, selon sa coutume, et pris une tasse de café au lait avec sa femme et sa servante. D'après la relation de Le Bègue, mentionnée par M. Mercier, « il se préparait à sortir lorsqu'il commença à se sentir dans un état de malaise, de faiblesse et de souffrance générale. Il se plaignit successivement de picotement très-incommode à la plante des pieds; d'une sensation de froid le long de l'épine du dos, comme s'il y coulait un fluide glacé; de quelques douleurs dans la poitrine, et surtout, pendant la dernière heure de sa vie, de douleurs de tête d'une violence extrême, qui se faisaient sentir par accès. Il les exprimait en portant les deux mains à la tête et disant qu'il lui semblait qu'on lui déchirait le crâne. Ce fut dans un de ces accès que sa vie se termina, et il tomba de son siége par terre (il rendait un remède). On le releva à l'instant, mais il était mort; car les chirurgiens, qu'on n'avait pu avoir plus tôt, employèrent sans succès la saignée, l'alcali volatil, les vésicatoires, etc. »

Deux chirurgiens, Chenu et Bouvet, sans doute les mêmes qui avaient été appelés au moment de la mort, requis par le lieutenant du bailliage d'Ermenonville, affirmèrent sous serment, « après visite du corps et l'avoir vu et examiné dans toutes ses parties... que ledit sieur Rousseau est mort d'une apoplexie séreuse. »

Voici, d'ailleurs, un extrait du procès verbal de trois chirurgiens et de deux médecins qui ont pris part à l'autopsie, en présence de cinq autres personnes :

« L'examen des parties externes du corps nous a fait voir un bandage qui indiquait que M. Rousseau avait deux hernies inguinales peu considérables. Tout le reste du corps ne présentait rien contre nature, ni taches, ni boutons, ni dartres, ni blessures, si ce n'est une légère déchirure au front occasionnée par la chute du défunt sur le carreau de sa chambre, au moment où il fut frappé de mort.

» L'ouverture de la poitrine nous a fait voir les parties internes très-saines. Le volume, la consistance et la couleur, tant de la surface que de l'intérieur, étaient très-naturels.

» En procédant à l'examen des parties internes du bas-ventre, nous avons cherché avec attention à découvrir la cause des douleurs de reins et de la difficulté d'uriner qu'on nous a dit que M. Rousseau avait éprouvées en différents temps de sa vie, et qui se renouvelaient quelquefois lorsqu'il était longtemps dans une voiture rude; mais nous n'avons pu trouver ni dans les reins ni dans la vessie, les uretères et l'urèthre, non plus que dans les organes et canaux séminaux, aucune partie, aucun point qui fût maladif ou contre nature. Le volume, la capacité, la consistance, la couleur de toutes les parties internes du bas-ventre étaient parfaitement saines, et n'avaient point la mauvaise odeur qu'elles exhalent d'ordinaire dans un temps aussi chaud, au bout de plus de trente heures de mort.

» L'ouverture de la tête et l'examen des parties renfermées dans le crâne nous ont fait voir une quantité très-considérable (plus de 8 onces) de sérosité épanchée entre la substance du cerveau et les membranes qui la recouvrent. »

Après la lecture d'un procès-verbal d'autopsie aussi négatif sur la question de l'anatomie pathologique des voies urinaires, on se demande avec surprise quelle a pu être la maladie du philosophe de Genève? Notre honorable confrère, M. Mercier, croit l'avoir découverte, et je ne manquerai pas, très-honorés lecteurs, de vous en faire part dans l'un de nos plus prochains numéros.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

(*La fin au prochain numéro.*)

Par suite de modifications survenues dans la composition du jury pour l'internat, ce jury se trouve définitivement composé de MM. Guérard, Sée, Marotte, Danyau et Giraldès, *juges*; Legroux et Depaul, *suppléants*.

— M. le docteur de Smyttère, médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, vient d'être nommé médecin en chef de l'asile de Lille, en remplacement de M. Gosselet, décédé.

— Demain mercredi 19, la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles ouvrira un concours pour deux places d'élèves internes, quatre d'élèves externes et une d'aide-pharmacien, devenues vacantes dans les hôpitaux de cette ville.

tée, la partie périphérique d'un nerf, séparée du centre nerveux, reste altérée tant qu'une réunion ne s'est point faite entre les deux segments disjoints par l'expérience? Doit-on, par conséquent, s'empresser de considérer comme une preuve de réunion physiologique entre le segment périphérique d'un nerf et le segment central d'un autre nerf qu'on a rapprochés artificiellement, soit même entre les deux segments correspondants d'un même nerf, la régénération des tubes nerveux dans le segment périphérique?

Des expériences faites avec la plus scrupuleuse attention nous ont donné des résultats tout à fait opposés à ceux qui ont cours dans la science.

Nous avons vu chez des chiens, des cochons d'Inde et des poules, des segments périphériques de nerfs tout à fait séparés du segment central, devenir le siége d'une régénération très-étendue, après avoir subi, comme nous nous en sommes assurés, une altération complète.

Nos expériences ont été faites sur des nerfs mixtes (sciatique chez des cochons d'Inde; médian sur des poules), sur des nerfs moteurs (hypoglosse chez des chiens), et sur des nerfs sensitifs (lingual chez des chiens).

1° (*a*) *Nerf sciatique*. — Sur un jeune cochon d'Inde, on a réséqué une portion du nerf sciatique. Dix mois après, on trouve encore 1 centimètre de distance entre les deux bouts séparés. Régénération du bout périphérique.

(*b*) *Nerf médian*. — Résection de plus d'un centimètre de ce nerf sur des poulets très-jeunes le 28 juin 1859. Le 4 octobre, sur l'un d'eux, quoiqu'il n'y ait pas de vraie réunion, il y a régénération du bout périphérique.

2° *Nerf hypoglosse*. — Sur quatre très-jeunes chiens, qui ne sont plus à la mamelle, on réséque 1 centimètre du nerf hypoglosse, le 19 janvier 1859. Chez l'un d'eux, le 12 juin, on trouve un intervalle de 12 millimètres entre les deux segments du nerf. Le segment périphérique est en grande partie régénéré.

3° *Nerf lingual*. — Sur des chiens de trois à quatre mois, on a réséqué 1 centimètre du nerf lingual le 8 août 1859. Le 28 septembre, il n'y a pas de réunion. Le bout périphérique contient de nombreux tubes nerveux restaurés.

Dans tous ces cas, les tubes restaurés étaient grêles et prenaient en grand nombre l'aspect variqueux. Nous décrirons ailleurs les caractères de cette régénération, au début et dans les périodes consécutives.

Non-seulement le segment périphérique d'un nerf peut se régénérer sans s'être réuni au segment central correspondant, mais encore un segment séparé par deux résections de la périphérie et du centre peut, en demeurant isolé, offrir une régénération plus ou moins complète. (Nerf lingual, examen fait trente-huit jours après l'expérience: chien âgé de six mois au moment de l'examen.)

Lorsque le segment périphérique d'un nerf divisé s'est régénéré sans réunion avec le bout central, si l'on fait une nouvelle section sur ce segment, il y a de nouveau altération dans toute la périphérie. (Effet constaté au bout de dix jours, chez un chien, sur le nerf lingual, qui s'était régénéré en partie après cinquante jours.)

En même temps que les tubes nerveux se montrent avec tous leurs caractères dans le segment périphérique d'un nerf moteur ou mixte séparé du segment central correspondant, et par conséquent du centre nerveux, la motricité reparaît aussi. On voit ainsi renaître la fonction en même temps que l'organe. Quant aux nerfs sensitifs (*lingual*), l'induction permet de supposer que leur propriété se rétablit à l'état virtuel.

D'après ces recherches, il faudrait bien se garder d'affirmer qu'il y a réunion fonctionnelle entre deux segments d'un nerf ou de deux nerfs différents, en se fondant uniquement sur la restauration des tubes de la partie périphérique. Le rétablissement des fonctions, comme l'a observé M. Flourens, ou bien le passage des excitations soit électriques, soit surtout mécaniques, à travers la réunion, telles sont les preuves décisives que l'on doit invoquer.

C'est parce que les faits que nous indiquons aujourd'hui n'étaient pas connus, que MM. Gluge et Thiernesse, dans le mémoire qu'ils ont récemment présenté à l'Académie, ont admis que « les nerfs isolés de leurs centres nerveux conservent encore pendant quatre mois la faculté de produire de fortes contractions musculaires. » Ces nerfs s'étaient certainement altérés dans toute leur longueur, puis régénérés, pendant le temps qui a séparé le jour de la section de celui de l'examen des nerfs.

Enfin, nous ferons remarquer que les animaux qui ont servi à nos expériences étaient tous très-jeunes; et c'est là une circonstance dont il faut tenir le plus grand compte. Quant à ce qui concerne les animaux adultes, nous n'avons pas fait d'expériences sur eux dans ces derniers temps et, bien que les résultats que nous consignons dans cette note nous portent à concevoir quelques doutes sur les conclusions qu'on a admises jusqu'ici, cependant elles sont dues à des observateurs assez haut placés dans la science pour que, en l'absence de faits personnels, nous soyons tenus à la plus grande réserve.

Hémorrhagie cérébelleuse. — M. HILLAIRET présente un mémoire ayant pour titre: *Nouveau cas d'hémorrhagie cérébelleuse terminée par la guérison; — plus tard, attaque d'hémorrhagie cérébrale; — mort; — confirmation du diagnostic porté à l'époque de la première attaque.*

Dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie pour le concours des prix, dit M. Hillairet, j'ai été conduit, par l'étude des faits cliniques que j'avais observés, à poser des conclusions parfaitement semblables à celles que M. Flourens a déduites il y a déjà longtemps de ses expérimentations sur les animaux vivants, et que d'autres observateurs, parmi lesquels M. Bouillaud, ont corroborées par des recherches nouvelles et nombreuses.

Un vieillard de soixante-dix-neuf ans, d'une très-bonne constitution, grand, maigre et se portant toujours bien, fut pris au milieu de la nuit du 16 janvier 1859 d'une attaque violente. Il se redressa sur son lit, retomba incliné sur le côté droit en poussant des cris plaintifs, et fut pris de vomissements incoercibles qui durèrent pendant quatre ou cinq jours, durant lesquels, malgré l'état comateux, son intelligence resta intacte. Il accusa, dès les premiers jours, de la céphalalgie générale, principalement dans tout le côté droit de la tête; il resta dans le décubitus sur le côté droit, le corps subissant une espèce de mouvement de rotation; si on le remuait pour le mettre sur le dos, les vomissements ou seulement des nausées se montraient.

Le malade pouvait agiter tous ses membres, les porter dans la direction qu'on lui indiquait et les soutenir élevés au-dessus de son lit, mais il lui était impossible de rester même sur son séant. La sensibilité était conservée, elle fut passagèrement exaltée quelques jours plus tard.

Le visage avait un air d'hébétude tout particulier. Plus tard, la céphalalgie se limita à la région occipitale droite et disparut au bout de quinze jours; les vomissements et les nausées cessèrent ainsi que l'état comateux. Je voulus alors faire lever le malade; mais, bien qu'il agitât parfaitement ses membres dans le décubitus dorsal, il ne put se tenir seul debout, il tombait en avant et sur le côté droit. S'il voulait essayer de faire un pas étant soutenu, ses membres inférieurs se portaient dans des directions tout autres que celles qu'il voulait leur donner.

Peu à peu cependant tous ces phénomènes disparurent, et la station, l'équilibration et la progression purent s'effectuer assez bien, puisque le malade partit après deux mois de l'infirmerie de l'hospice des Incurables (hommes) pour rentrer dans sa salle.

Dès le début des accidents j'avais diagnostiqué, en présence des élèves du service, une hémorrhagie cérébelleuse.

En septembre dernier, le malade fut atteint d'une hémorrhagie cérébrale violente qui l'enleva en quelques jours. Il fut paralysé du côté droit, et à l'autopsie, outre un vaste foyer hémorrhagique récent, siégeant dans la couche optique gauche, j'ai pu constater un ancien foyer hémorrhagique cicatrisé dans le centre de la substance blanche de l'hémisphère cérébelleux droit.

Je borne cette communication à la simple analyse des principaux phénomènes survenus chez ce malade. On remarquera que ce fait confirme de tous points les savantes recherches de M. Flourens et les assertions que j'ai émises dans mon précédent mémoire.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale encore parmi les pièces imprimées de la correspondance une note de M. C. Baillet, intitulée *Expériences sur le tournis de la chèvre et du bœuf;*

Et un opuscule de M. Ch. Girard, ayant pour titre: *La vie au point de vue physique*, ou *Physiogénie philosophique*.

Voici le discours que M. H. Roger a prononcé sur la tombe du regrettable M. Gillette, mort victime de son dévouement aux devoirs de sa profession. On lira avec une vive sympathie ces paroles pleines de cœur et empreintes d'un noble caractère.

Arrêtons-nous ici, nous et nos douleurs, selon les paroles du poëte; arrêtons-nous devant cette tombe qui va nous séparer à jamais d'un homme de bien, d'un confrère estimé, chéri de tous; apportons-lui l'hommage suprême de notre profonde affliction.

Dire en peu de mots ce que fut Gillette, le savant et habile praticien, l'homme de l'honnêteté et du devoir, le médecin aux entrailles de père pour les malades et surtout pour les pauvres enfants de l'hôpital (vous les voyez réunis pour pleurer avec nous); raconter simplement quelques circonstances d'une simple et noble existence et d'une mort inopinée qui nous remplit de tristesse et d'effroi, c'est la meilleure manière de le louer, c'est la seule qu'eût permise la modestie de notre regretté collègue de la Société médicale des hôpitaux.

Sorti en 1821 de l'Ecole normale, Gillette fut d'abord professeur de l'Université, comme le furent quelques-uns de nos collègues dans les hôpitaux et de nos maîtres à la Faculté. Il ne resta que peu d'années dans l'enseignement, assez néanmoins pour y entretenir son goût des fortes études et pour en rapporter cette haute instruction classique qui fut sa distinction dans la carrière médicale, et souvent aussi sa consolation dans les dures années comme sa joie dans les temps plus heureux. D'un caractère droit et ferme en ses convictions, il fit sans ostentation le sacrifice d'une position assurée aux opinions libérales qu'il avait sous la Restauration, et auxquelles il resta constamment fidèle.

A l'âge de vingt-cinq ans, le professeur de rhétorique se faisait étudiant en médecine, et, bientôt docteur, il commençait avec courage cette vie de rude labeur, de lutte incessante, de dévouement et d'abnégation sans bornes, vie que couronnaient enfin le succès et presque le bonheur, et qui vient de se terminer tout à coup si douloureusement.

Médecin du bureau de bienfaisance, ami infatigable des pauvres, professeur d'histoire naturelle dans un collége, écrivain anonyme d'excellents articles scientifiques, candidat dans des concours où il faisait preuve d'une rectitude d'esprit et d'une sûreté de jugement remarquable, où il laissait voir la plus solide érudition en médecine ancienne et moderne, concours où la victoire restait à des rivaux plus brillants peut-être, moins instruits et moins modestes assurément; il usait son esprit et son corps dans des travaux sans résultats et une clientèle sans profits.

Vinrent des jours meilleurs: quelques mémoires intéressants de médecine pratique, la position de médecin du collége Saint-Louis, puis du lycée Louis-le-Grand; le titre si bien gagné de médecin des hôpitaux, la nomination de Gillette à l'hôpital des Enfants, ses rapports plus fréquents avec ses confrères et avec la jeunesse médicale, qui appréciait sa bienveillance et son savoir, tout cela le fit enfin connaître, et lui mérita l'estime et l'affection universelles. C'est ainsi qu'il fut élevé par le suffrage de ses confrères aux seuls honneurs dont nous puissions disposer: il fut élu président de la Société du dixième arrondissement, président de la Société de médecine pratique, de la Société médicale d'émulation, et notre Société des hôpitaux lui réservait aussi l'importante mission de diriger ses travaux scientifiques.

D'un autre côté, son dévouement à ses malades riches ou pauvres lui constituait une clientèle d'amis, et lui assurait une position plus honorable, il est vrai, que fructueuse, mais qui allait s'améliorant chaque jour, grâce à un déploiement soutenu et comme un redoublement des mêmes qualités qui la lui avaient conquise. Plein de charité pour les autres et sans pitié pour lui, nuit et jour, sans repos ni trêve, il courait partout où l'appelait la souffrance: c'est ce dévouement qui l'a tué.

Tout récemment, Gillette était mandé à la campagne pour soigner un enfant affecté de diphthérite. Oublieux de lui-même, il s'exposa, en ramenant son jeune malade à Paris, à la contagion dont il connaissait bien la redoutable puissance: plusieurs heures durant il respira un air chargé du poison morbide; de ce moment, il était atteint: il sentit ses forces s'amoindrir et sa robuste constitution chanceler.

Il y a huit jours, celui qui était déjà frappé et qui allait mourir vint encore à l'hôpital faire sa visite accoutumée; ce devait être la dernière! Ses amis, effrayés de son état, le contraignirent de s'arrêter; mais il était trop tard, et hier matin Gillette succombait dans un accès de suffocation.

Dès le début, notre confrère, stoïque devant la mort, avait prononcé sur lui-même l'arrêt fatal, et prié l'ami qui le soignait de ne point prolonger contre le mal une lutte qu'il sentait devoir être impuissante.

Se rappelant le passé, les amertumes et les épreuves d'une vie qu'avaient encore attristée des pertes de famille, peut-être pensa-t-il alors comme Socrate: « Vivre, mourir, les dieux seuls savent quel est le » meilleur. » Il dit adieu à sa femme et à son fils, les éloigna en leur dissimulant sa souffrance, et « maintenant, écrivit il (car sa voix était » éteinte), je suis tranquille, je puis mourir. » Sa vie avait été pure et belle, sa mort fut grande, antique.

Cher et excellent confrère, tu nous lègues un fils digne de toi, entré déjà dans la carrière. La Société des hôpitaux veillera sur lui; puisse l'administration, dont on connaît la sollicitude pour ses loyaux serviteurs, ses collaborateurs dans le bien; puisse l'administration, reconnaissante des longs services du père, adopter aussi l'orphelin, comme fait la patrie pour les enfants de ses défenseurs.

Tu nous lègues, en outre, un grand exemple de vertu dans le malheur et de dévouement dans le danger!

Pour nous, tes contemporains et tes confrères, nous te gardons un souvenir ineffaçable dans nos cœurs, et la postérité médicale te rangera parmi ses justes et ses martyrs!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite du retour de l'armée d'Italie en France, les médecins militaires ci-après dénommés, qui faisaient partie de cette armée, ont reçu les nouvelles destinations suivantes:

Médecins principaux de 1re classe. — MM. Boudin, passe à l'hôpital de Vincennes. — Thomas, à l'hôtel impérial des Invalides. — Malapert, à l'hôpital du Gros-Caillou. — Cambay, à l'hôpital de Versailles. — Salleron, à l'hôpital du Gros-Caillou. — Bertherand, à la division d'Alger. — Mery, à l'hôpital de Metz. — Champouillon, à l'hôpital du Val-de-Grâce. — Cazalas, à l'hôpital de Vincennes. — Fenin, à l'hôpital de Cambrai. — Isnard, à l'Ecole du génie, à Metz. — Maupin, à l'hôpital de Bayonne.

Médecins principaux de 2e classe. — MM. Guiliano, dit Castano, passe à la division d'occupation en Italie (Rome). — Haspel, à l'hôpital de Metz. — Perier, à l'hôpital impérial des Invalides. — Goze, au dépôt de recrutement de la Seine. — Leuret, à l'hôpital de Strasbourg. — Cuvellier, à l'hospice civil de Grenoble. — Molard, à l'hôpital du Gros-Caillou. — Jean Lagrave, à l'Ecole polytechnique. — Catteloup, à l'hôpital de Versailles. — Gramaccini, à l'hôpital de Maubeuge. — Ganderax, à l'hôpital de Bordeaux.

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Rossignol, passe à l'hôpital de Versailles. — Boudier, à l'hôpital du Gros-Caillou. — Brun, à l'hôpital de Toulouse. — De Santi, au même hôpital. — Gerrier, à l'hôpital de Belfort. — Laforêt, à l'hôpital de Nancy. — Blanvillain, à l'hôpital de Rennes. — Fropo, à l'hôpital de Lille. — Martenot de Cordoue, à l'hôpital de Besançon. — Busschaërt, à l'hôpital de Toulon. — Legouest, à l'hôpital du Val-de-Grâce. — Lacronique, à l'hôpital de Lille. — Netter, à l'hôpital de Phalsbourg. — Erhmann, à l'hôpital de Strasbourg. — Bécane, au 77e régiment de ligne. — Quesnoy, à l'hôpital de Versailles. — Fernet, à l'hôpital de Calais. — Lefebvre, à l'hôpital de Lyon. — Baizeau, au Val-de-Grâce. — Brault, à l'hôpital de Bitche.

Médecins aides-majors de 1re classe. — MM. Moraud, est maintenu en Italie. — Groninier, est maintenu en Italie. — Herbecq, est maintenu en Italie. — Courhet, est maintenu en Italie. — Marlier, est maintenu en Italie. — Lambert, passe à l'hôpital de Rennes. — Folie-Desjardins, à l'hôpital de Toulouse. — Tassard, à l'hôpital de Thionville. — Miche, à l'hôpital de Nancy. — Roustans, à l'hôpital de Toulouse. — Millot, à l'hôpital de Montmédy. — Douillot, à l'hôpital de Sarreguemines. — Nuzillat, à l'hôpital de Lyon. — Lefèvre, à l'hôpital de Metz. — Balansa, à l'hôpital de Toulouse. — Lapeyre, à l'hôpital de Bordeaux. — Hamel, à l'hôpital de Vincennes. — Bagnol, à la division d'occupation (Rome). — Obier, à l'hôpital de Belle-Ile. — Didelot, à l'hôpital de Metz. — Thierry de Maugras, à l'hôpital du Gros-Caillou. — Aubert, à l'hôpital de Versailles. — Bresse, à l'hôpital de Sedan. — Lohstein, à l'hôpital de Belfort. — Vernay, à l'hôpital de Lyon. — Hulot, à l'hôpital de Maubeuge. — Beurdy, à l'hôpital de Lyon. — Viscars, à l'hôpital de Bayonne. — Limayrac, à l'hôpital de Perpignan. — Combes, à l'hôpital de Perpignan. — Drappier, à l'hôpital de Givet. — Guiches, à l'hôpital de Marseille. — Fontez, à l'hôpital de Saint-Jean-Pied-de-Port. — Le Roy, à l'hôpital de Valenciennes. — Maffre, à l'hôpital de Marseille. — Bintot, à l'hôpital de Besançon. — Reeb, à l'hôpital de Phalsbourg. — Hattute, à l'hôpital de Calais. — Billon, à l'hôpital de la Rochelle. — Costa, à l'hôpital de Toulon. — Rizet, à l'hôpital de Nancy. — Delune, à l'hôpital de Bastia. — Cavaroz, à l'hôpital de Metz. — Fretin, à l'hôpital de Lille. — Creutzer, à l'hôpital de Colmar. — Magnier, à l'hôpital de Saint-Omer. — Imbert, à l'hôpital de Lyon. — Riolacci, à l'hôpital de Toulon. — Rioubiant, à l'hôpital de Corté. — Meige, à l'hôpital de Marseille. — Guirard, à l'hôpital de Toulon. — Buffé, à l'hôpital d'Ajaccio.

Médecins aide-majors de 2e classe. — MM. Tessier, passe à l'hôpital de Toulouse. — Lhonneur, à l'Ecole de cavalerie de Saumur. — Sculfort, à l'hôpital de Metz. — Schutzemberger, à l'hôpital de Strasbourg. — Libermann, à l'hôpital de Cambrai.

Médecin aide-major commissionné. — M. Jean, passe à l'hôpital de Lille.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 OCTOBRE 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Ainsi qu'on devait s'y attendre, Vichy a protesté contre les accusations de M. Devergie ; il a protesté par l'organe de l'inspecteur de cet établissement, l'honorable M. Alquié ; et M. Rotureau, auteur d'un grand ouvrage sur les eaux minérales dont nous avons récemment annoncé le premier volume, a joint à cette protestation le témoignage de son expérience particulière et de sa connaissance des lieux. Toutefois, ces protestations et ces témoignages n'ont pas paru convaincre complétement l'Académie qu'il n'y eût pas quelque chose de fondé dans les griefs allégués par M. Devergie. De ce que l'eau commune qu'on boit à Vichy n'est pas plus mauvaise que celle que l'on boit dans beaucoup d'autres établissements thermaux et particulièrement à Néris, où elle est à ce qu'il paraît fort mauvaise d'après M. Rotureau, cela ne prouve pas précisément que l'eau de table de Vichy soit bonne ; et de l'aveu explicitement contenu dans la lettre de M. Alquié, que l'administration locale fait des efforts au-dessus de ses ressources pour améliorer l'état de choses actuel sous ce rapport, il est permis d'induire tout au moins que cet état n'est pas parfait. Ce dernier argument, le seul que M. Devergie ait jugé à propos d'opposer à M. Alquié, qui le lui a fourni lui-même, nous a paru péremptoire.

M. Ferrus a saisi cette occasion pour signaler à l'attention de l'Académie d'autres *desiderata* dans les conditions hygiéniques de Vichy, qui réclameraient aussi des réformes. Tout n'est donc pas pour le mieux, à ce qu'il paraît, dans le meilleur des établissements thermaux. Que la commission des eaux minérales avise.

Rien n'est clair, simple et évident comme un fait, se prend-on à dire quelquefois. Quelle erreur ! On vient de voir que sur un fait aussi simple en apparence que celui de savoir si une eau donnée est potable, si elle est bonne ou non pour les usages domestiques, des hommes également instruits et doués probablement, à quelques nuances près peut-être, des mêmes aptitudes physiologiques de dégustation et d'appréciation, ne peuvent tomber d'accord. Que dira-t-on donc, lorsqu'on apprendra que sur un fait aussi brutal que l'entorse, deux chirurgiens, aussi expérimentés l'un que l'autre, n'ont pu s'entendre; l'un prétendant, avec beaucoup d'autres chirurgiens sans doute, que l'entorse est très-fréquente ; l'autre la regardant, au contraire, comme très-rare; et que de cette dissidence sur ce seul fait de la fréquence ou de la rareté de cette lésion est résultée l'impossibilité de s'entendre sur le fond des questions pratiques que ces deux chirurgiens avaient à juger ensemble? — C'est pourtant là ce qui s'est passé, pas plus tard qu'hier, en pleine séance académique, à la grande hilarité de l'assemblée, et au grand scandale de M. le secrétaire perpétuel, qui a admonesté l'indiscret rapporteur pour avoir révélé en séance publique un démêlé qui n'aurait dû se vider qu'entre les membres de la commission et le bureau.

Après cet incident, M. Piorry a été appelé à la tribune pour la lecture déjà annoncée d'un mémoire sur la phthisie tuberculeuse et son traitement. Le temps n'a permis à M. Piorry de lire qu'une partie seulement de son travail. On trouvera dans le compte rendu la reproduction à peu près textuelle de cette lecture. — Dr Brochin.

CLINIQUE MÉDICALE DE STRASBOURG.

(M. FORGET).

Méningite foudroyante sporadique.

J'avais observé bon nombre de graves épidémies dans diverses contrées du globe : le choléra, le typhus, la dyssenterie, le scorbut, la fièvre jaune, etc., avaient passé sous mes yeux, aussi bien que les épidémies bénignes et vulgaires d'angine, de bronchite, de pneumonie, de rhumatisme, d'exanthèmes fébriles, de fièvres paludéennes, etc., que nous observons tous les jours sans nous en émouvoir. De mes méditations sur ces éléments nombreux et variés, avaient surgi des idées réfractaires à celles qui depuis longtemps ont cours dans la science ; je me disais :

Que s'il est des épidémies de causes spéciales et occultes, il en est aussi de causes générales et patentes ;

Que notre ignorance de la cause n'implique pas nécessairement la spécificité de cette cause ;

Que les symptômes des maladies épidémiques ressemblent finalement à ceux des maladies sporadiques, et qu'il est facile de trouver dans celles-ci les analogues de celles-là ;

Que la généralité et la gravité d'une affection n'impliquent pas nécessairement la spécialité, et encore moins la spécificité de cette affection ;

Qu'il est des épidémies bénignes comme des épidémies graves ;

Que dans les épidémies meurtrières il y a des cas légers aussi bien que des cas graves, tout comme dans l'ordre sporadique;

Que la gravité des épidémies tient plus à la nature de la maladie qu'à celle de la cause, et qu'épidémiques ou non, le croup et la méningite sont toujours des maladies très-meurtrières;

Que le défaut de rapport observé entre les lésions et les symptômes est aussi commun dans l'ordre sporadique que dans l'ordre épidémique ;

Que la variabilité des indications et des médications curatives s'observe dans les maladies sporadiques tout aussi bien que dans les maladies épidémiques ;

Que dans l'un et l'autre cas force est de se comporter selon les éléments constitutifs de la maladie individuelle et selon les effets observés ;

Que la surprise et la frayeur sont pour beaucoup dans la création du *génie* épidémique, puisque dans les épidémies vulgaires ou bénignes nous oublions volontiers ce vain fantôme pour nous conformer aux principes de la pratique ordinaire.

L'étude approfondie de l'épidémie de méningite cérébro-spinale de 1841 ne fit que me confirmer dans ces idées, et dans la relation que j'en fis en 1842 (*Gazette médicale de Paris*), je ne craignis pas de l'assimiler complétement à la méningite sporadique, ce qui fit quelque scandale parmi les orthodoxes.

En 1843, je rompis franchement en visière aux errements classiques, en publiant mon *Examen de la doctrine des constitutions épidémiques*. Oh ! alors ce fut bien autre chose ; le rapporteur d'une société de province, rendant compte de ce mémoire, s'exprime en ces termes : « Nous avons lu avec attention ce travail, et réellement nous ne l'avons pas trouvé digne de M. Forget. » (*Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*, novembre 1852.)

Ce n'est pas tout ; en 1844, ayant à traiter de l'influence des théories sur la pratique, le grand Sydenham s'offrit naturellement à mon appréciation, et après une longue analyse de ses idées systématiques sur la plupart des maladies, je me suis échappé au point de dire : « Il nous paraît avéré que cet habile homme savait exploiter aussi l'empire des mots sur les idées, et la puissance du style sentencieux, comme lorsqu'il prétend qu'au changement de ces constitutions médicales qu'il a rêvées, ses premiers malades couraient de grands risques avant qu'il eût découvert la véritable méthode de traitement. » (*Huitième lettre sur la thérapeutique; Gazette des Hôpitaux*, 24 février 1844.)

Depuis lors j'ai publié dans le même esprit quelques études cliniques, notamment *Une épidémie de pneumonie* (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1856), et *une épidémie de grippe* (*Ibid.*, janvier 1858.)

Un silence dédaigneux a été longtemps le digne prix de tant d'hérésies, et j'avais lieu de me croire irrévocablement condamné à la peine de l'isolement, lorsqu'en 1853 je trouvai dans la *Gazette des Hôpitaux* du 22 mars le compte rendu d'une leçon clinique de M. Piorry, où je rencontre des passages comme ceux-ci :

« J'éprouve une sorte de mépris pour certains auteurs qui ont traité à leur guise des épidémies ; à leur tête il faut placer l'illustre Sydenham..... Il a dit que chaque épidémie a son cachet particulier, et il a bâti là-dessus une doctrine encore admise aujourd'hui... Tout en admettant une certaine ressemblance dans les maladies épidémiques, on disait que le traitement employé avec avantage une année échouait dans les années suivantes... *Rien n'est plus faux pourtant que tout cela...* Si l'on n'établit pas la médecine sur les bases solides de l'organicisme, si l'on veut faire la médecine par inspiration et en artistes, on tombe dans l'idéal, et de là au charlatanisme il n'y a qu'un pas... Les épidémies ne doivent pas constituer une classe de maladies diffé-

FEUILLETON.

LA MALADIE DE JEAN-JACQUES ROUSSEAU (1).

A peine Rousseau eut-il succombé que déjà des bruits étrangement sinistres circulaient sur sa mort : la soudaineté de sa fin, la blessure qu'il se fit au front en tombant et la singularité de son caractère, furent autant de circonstances qui servirent d'aliment aux passions de tous ceux qui, redoutant la publication des *Confessions*, avaient par cela même intérêt à flétrir la mémoire du philosophe. Ceux-ci prétendirent qu'il s'était tiré un coup de pistolet, ceux-là qu'il s'était empoisonné, d'autres enfin qu'il avait eu recours à ces deux moyens !

Les affections des voies urinaires portent assez volontiers au suicide. M. le Dr Mercier le sait mieux que personne, car il a reçu souvent de terribles confidences sur ce chapitre, et nous-même en avons observé un triste exemple en juillet 1857, dans notre pratique à une station hydro-minérale célèbre de l'Est de la France. Mais tout dément chez l'auteur de l'*Emile* une aussi fatale détermination. Ainsi que le fait si sagement remarquer M. Mercier, celui qui a produit cette admirable réfutation de Voltaire où la Providence se trouve si bien justifiée, et qui a dit : « De quelques maux que soit semée la vie humaine, elle n'est pas à tout prendre un mauvais présent; » celui qui écrivait : « Je connais l'indigence et son poids aussi bien que vous, tout au moins ; mais jamais elle n'a suffi seule pour déterminer un homme de bon sens à s'ôter la vie ; car enfin, le pis qui puisse arriver, c'est de mourir de faim, et l'on ne gagne pas grand' chose à se tuer pour éviter la mort; » celui-là, dis-je, ne pouvait se tuer à la légère. En général, aussitôt que Rousseau éprouvait un peu de rémission dans ses souffrances, on le voyait renaître promptement à l'espérance et professer une estime d'autant plus grande pour la vie. C'est ainsi qu'il a pu dire : « Je ne m'en irai pas plus tôt qu'il ne plaît à la nature... Nous laisserons disposer de nous à la nature et à son Auteur... Vous connaissez trop mes vrais sentiments pour craindre qu'à quelque degré que mes malheurs puissent aller, je sois homme à disposer jamais de ma vie avant le temps que la nature ou les hommes auront marqué. Si quelque accident doit terminer ma carrière, soyez sûr, quoi qu'on puisse dire, que ma volonté n'y aura pas eu la moindre part. »

J. J. Rousseau est mort d'une affection des membranes du cerveau. Outre toutes les causes d'excitation sous l'influence desquelles il était depuis longtemps, il en est une très-fréquente, et à laquelle on n'a pas prêté une suffisante attention. Jean-Jacques allait, dit Bernardin de Saint-Pierre, herboriser dans les campagnes, « le chapeau sous le bras, en plein soleil, même dans la canicule. Il prétendait que l'action du soleil lui faisait du bien... Cependant, j'attribue à ces promenades brûlantes une maladie qu'il éprouva dans l'été de 1777. C'était une révolution de bile, avec des vomissements et des crispations de nerfs si violentes, qu'il m'avoua n'avoir jamais tant souffert. Sa dernière maladie, arrivée l'année suivante dans la même saison, à la suite des mêmes exercices, pourrait bien avoir eu la même cause. » Ne perdons pas de vue également qu'il était perclus de rhumatismes, et que cette diathèse exerce particulièrement son action sur les membranes séreuses, sur celle du cerveau presque autant que sur celles des articulations, des poumons et du cœur.

Mais hâtons-nous d'arriver au diagnostic posthume de la maladie des voies urinaires qui a si cruellement empoisonné l'existence du philosophe. Le Bègue de Presle, Bruslé de Villeron, Castères, Chenu et Bouvet, qui firent l'autopsie, ont émis dans leur procès-verbal l'opinion que Rousseau avait été affecté « d'un état spasmodique des parties voisines du col de la vessie ou du col même, ou d'une augmentation de volume de la prostate, maux qui se sont dissipés en même temps que le corps se sera affaibli et aura maigri en vieillissant. » Sœmmering croit qu'il n'avait qu'un spasme de l'urèthre. Amussat suppose qu'il existait dans le canal un rétrécissement produit par le gonflement inflammatoire de la membrane muqueuse. Enfin, Lallemand n'a pas hésité à conclure à des pertes séminales involontaires.

En avançant ce fait que Jean-Jacques a été affecté d'une *inflammation chronique de l'urèthre*, M. le docteur Mercier ne se dissimule pas que son opinion va sans doute surprendre beaucoup ceux qui ne voient toujours dans les phlegmasies de l'urèthre que les fruits d'une vie

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

rentes des mêmes maladies à l'état ordinaire, à moins de causes spéciales ou spécifiques déterminant des *affections spéciales ou spécifiques bien caractérisées*, etc. »

Bien que M. Piorry ne soit pas plus en odeur de sainteté que moi-même, ce fut pourtant une consolation et un encouragement pour moi qu'un partisan de cette valeur. Or, voilà que tout récemment, dans l'*Union médicale* des 13 et 15 septembre 1859, M. le docteur Gros vient de publier trois observations de méningite cérébro-spinale sporadique, dont il fait ressortir la parfaite similitude avec notre épidémie de 1841 ; « Pour nous, dit-il, la méningite cérébro-spinale épidémique ou sporadique est de nature franchement inflammatoire ; et si quelques auteurs ont cru y voir de la spécificité, c'est, pensons-nous, qu'ils avaient perdu de vue que la méningite étant une inflammation d'une séreuse, se comporte comme toutes les inflammations des séreuses ; que toutes les particularités qu'elle peut présenter proviennent du terrain même sur lequel la phlegmasie se développe. »

Ainsi, je ne marche plus solitaire dans les voies insolites où je me trouve engagé, et je me sens plus à l'aise pour publier l'observation suivante et les réflexions dont je l'ai fait suivre dans mes leçons cliniques.

Chute, accidents cérébraux, mort trente-six heures après l'accident ; méningite suppurée.

Un jeune homme de 17 ans, d'assez belle constitution, meunier, fait, dans l'après-midi du 8 avril 1859, une chute de la hauteur de six pieds, sur le sol et sur la tête probablement. Cependant il n'y a pas eu perte de connaissance ; le jeune homme s'est relevé tout seul, a gagné son domicile, ne s'est pas plaint de la soirée, a soupé, s'est couché et a dormi jusqu'au matin. Mais alors est survenu un mal de tête violent, bientôt suivi de perte de connaissance.

Le malade est apporté à l'hôpital le 9, après midi, vingt-quatre heures après l'accident. On constate : perte complète de l'intelligence. Les membres exécutent quelques mouvements comme automatiques. Pouls à 72, respiration difficile et bruyante. On ne constate aucune fracture au crâne ni ailleurs. — Saignée de 500 grammes, 16 sangsues aux mastoïdes, application de glace sur la tête, sinapismes aux pieds, trois gouttes d'huile de croton dans une cuillerée d'eau sucrée.

Dans la nuit, le malade est pris de mouvements convulsifs, comme tétaniques; les yeux sont ouverts, fixes, hagards. Mort le 10, à deux heures du matin, trente-six heures après la chute, vingt heures environ après l'invasion des symptômes cérébraux.

Nécropsie trente heures après la mort. — La calotte du crâne enlevée, on distingue une couleur jaunâtre de l'hémisphère cérébral droit, à travers l'épaisseur de la dure-mère. Celle-ci incisée, l'hémisphère apparaît recouvert d'une couche de pus demi-liquide, occupant presque toute la convexité et la surface correspondante du feuillet séro-fibreux de la dure-mère. La quantité du pus est évaluée à 30 grammes. La suppuration ne s'étend pas au côté gauche ni à la base de l'encéphale; mais la pie-mère est généralement injectée. La substance grise est foncée en couleur. La substance blanche est ferme et *sablée*. Point de ramollissement, d'épanchement sanguin, point de fracture à la base ni à la voûte du crâne.

Cette observation est remarquable sous plusieurs rapports. Il s'agit d'une chute sur la tête probablement, mais sans étourdissement, sans paralysie, sans aucun signe de fracture, de compression ou de contusion. Ce n'est que quinze heures environ après la chute que font invasion les premiers accidents. Les symptômes sont ceux non pas de l'épanchement, mais de la méningite : douleur suivie de coma et de convulsions. La méningite enlève le malade en vingt heures, et cependant, à l'autopsie, on trouve une belle collection de pus phlegmoneux à la surface d'un des hémisphères, sans épanchement sanguin, sans fracture.

La méningite ne se produit guère comme accident primitif des blessures du crâne. Lorsqu'elle éclate, c'est plusieurs jours après l'accident, comme conséquence de la contusion ou de l'irritation produite par une fracture, un épanchement sanguin. Dans le cas actuel, pas même de signes de commotion.

Mais ce qui est surtout digne de remarque, c'est cette suppuration qui s'accomplit dans l'espace de trente-six heures ou même de vingt heures, si l'on compte à partir des premiers symptômes de méningite. Les faits de ce genre ne sont pas très-rares, mais ils passent inaperçus, ou du moins ils se fondent dans les descriptions générales données par les livres classiques. De sorte que lorsqu'ils viennent à se produire en certain nombre, dans les épidémies par exemple, on s'en étonne, on les érige en faits anormaux, et l'on en cherche l'explication dans une cause toute spéciale ou spécifique, le *génie* épidémique. C'est précisément ce qui est arrivé lors de l'épidémie de méningite cérébro-spinale de 1841. Ces suppurations rapides ont été données comme l'expression, le *cachet* du génie propre à cette épidémie. Par contre, on a donné comme un autre cachet de ce même génie, quelques cas où des symptômes cérébraux violents et mortels ont existé, sans qu'à l'autopsie on eût rencontré des signes prononcés de méningite. On a même argué de ces derniers faits pour nier la méningite et pour faire de cette maladie un typhus, compliqué accessoirement d'accidents cérébraux, avec ou sans lésions anatomiques.

Il y a dans ces diverses opinions idée préconçue et oubli des principes les plus rudimentaires de l'observation clinique. Le parti pris de faire des graves épidémies des faits exceptionnels, en dehors des principes qui régissent l'ordre sporadique, porte à saisir toutes les circonstances anormales en apparence pour étayer la théorie. On invoque d'abord la généralité, l'intensité et surtout l'obscurité de la cause, comme si ces caractères devaient impliquer nécessairement la spécificité ; puis on invoque la gravité, la léthalité de la maladie, comme si ce fatal attribut ne dérivait pas plus naturellement de l'espèce de la maladie et de l'intensité de la cause.

Passant aux détails, on allègue la constance ou la prédominance de certains symptômes, sans vouloir envisager ce qui s'observe également dans l'ordre sporadique. Ainsi, dans notre épidémie de méningite cérébro-spinale, on a érigé en symptômes spécifiques la lenteur du pouls, l'herpès labial, la rareté ou la brièveté de la période paralytique, la variabilité des symptômes initiaux, la rapidité de la marche, la terminaison fréquente par la mort, la promptitude de la suppuration et l'absence du pus ; comme si tout cela ne s'observait pas tout aussi bien dans la méningite sporadique, témoin précisément l'observation que nous venons de produire. Un des grands arguments, c'est le défaut de rapport entre les symptômes et les lésions anatomiques. C'est là, dit-on, qu'éclate surtout l'essentialité, la spécificité du génie épidémique. Il suffit pourtant d'un peu d'attention et de bon sens médical pour mettre à néant cet argument victorieux ; car s'il est un principe banal en pathologie, c'est justement la fréquence de cette désharmonie dans l'ordre sporadique. On l'explique même par un mot non moins banal, l'idiosyncrasie, qui fait que la plus légère altération matérielle peut coïncider avec les symptômes les plus graves, et *vice versa*. Et puis, a-t-on tenu compte de la rapidité de la marche, du *pâlissement* cadavérique, etc.? On a beaucoup discuté sur les caractères anatomiques de l'inflammation ; mais il est un critérium plus naturel, plus pratique et peut-être moins trompeur que tous les autres, auquel on n'a guère songé, c'est celui tiré des phénomènes observés pendant la vie, c'est la preuve clinique mise en regard de la preuve nécroscopique. Lorsque pendant la vie les signes d'une maladie se sont manifestés d'une manière évidente, et qu'à l'autopsie on ne rencontre que des signes douteux des lésions caractéristiques de cette maladie, l'élément clinique doit servir de preuve confirmative, surtout lorsque quantité de faits collatéraux régulièrement constitués ont démontré la nature du mal. Si d'ailleurs la preuve anatomique fait parfois défaut, il y a compensation dans les cas contraires, c'est-à-dire dans ceux où de graves lésions anatomiques ont coïncidé avec des symptômes très-légers. Or, cette alternance existe tout aussi bien dans l'ordre sporadique que dans l'ordre épidémique.

Quant à la discordance, l'irrégularité, la variabilité des symptômes, quoi de plus discordant, d'irrégulier, de variable et partant d'insidieux, que la symptomatologie de la méningite sporadique? Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Cependant, en dépit de ces anomalies, on peut, dans certains cas, établir des rapports rationnels entre les symptômes variables et les lésions variables elles-mêmes ; lésions variables de siége, d'intensité, de produits anormaux, etc., pouvant expliquer jusqu'à un certain point les diverses nuances et les combinaisons de la douleur, des convulsions, du coma, de la paralysie.

Mais j'ai hâte d'en venir au traitement, cet argument si cher aux épidémiologistes, ce grand ressort charlatanesque illustré par Sydenham. Je serai bref. Qu'une épidémie se présente avec des caractères spéciaux, on devra la traiter par des moyens spéciaux, rien de plus naturel, et nous n'agissons pas autrement dans l'ordre sporadique, où certes tous les cas de même nom ne se ressemblent pas. Là n'est pas le merveilleux ; mais on affirme qu'étant donnés deux cas semblables en apparence, dont l'un sera sporadique et l'autre épidémique, celui-ci devra nécessairement être traité tout différemment du premier.

On ajoute que, de deux épidémies semblables en apparence, l'une réclamera un traitement tout différent de l'autre. Là git l'erreur... ou le charlatanisme. Le médecin sensé ne doit s'adresser qu'aux éléments positifs, aux symptômes patents. Mais comme nous ne savons le tout de rien, il peut arriver que deux cas qui se ressemblent diffèrent pourtant par des éléments inconnus. Mais cela n'est nullement propre aux épidémies ; cela s'observe journellement dans la pratique où la même maladie, chez divers sujets, guérit fort bien par des remèdes différents. Remarquez, d'ailleurs, que ces indications spéciales des épidémies n'ont souvent de réalité que dans l'esprit de certains praticiens, et la preuve, c'est que dans la même ville, dans le même hôpital, divers praticiens traitent différemment la même maladie, épidémique ou non ; témoin les dissentiments qui surgissent toujours au sujet de toute épidémie. Quant aux constitutions médicales, m'est avis que la mode y joue le plus grand rôle. Les constitutions de Sydenham ne se retrouvent plus en Angleterre. La constitution inflammatoire du temps de Broussais a tourné, dit-on, à l'adynamie. Eh ! mon Dieu, non ! Ce sont les têtes qui ont tourné, et la saignée, systématiquement de mode alors, est aujourd'hui systématiquement conspuée, voilà tout.

Souvent nous l'avons dit : ce qui manque le plus à la généralité des observateurs, c'est l'esprit de comparaison, c'est la réflexion qui rapproche les faits épars, pour en induire des principes solides et rationnels, profitables à la science et à l'humanité.

EXPULSION D'UN TÆNIA COMPLET,

Par M. le docteur ALLAIRE (d'Héricy-sur Seine).

La lecture d'un petit article inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 27 septembre, au sujet d'un nouveau tænlafuge, me détermine à communiquer la note qui suit :

M. G..., âgé de trente-cinq ans, cultivateur à Héricy, était tourmenté depuis plus d'un an de malaises pour lui indéfinissables, se rattachant évidemment à l'existence d'un tænia, dont il rendait de temps à autre des fragments. Il se soumit une fois assez difficilement à l'usage d'un purgatif (c'était du jalap pulvérisé et du sel de Glauber) qui n'eut aucun effet. Néanmoins, tourmenté de plus en plus par ces malaises, et continuant à voir dans ses selles des portions de vers plats, il vint de nouveau me consulter. Je lui fis prendre comme remède préparatoire 3 grammes de jalap pulvérisé dans cinq ou six cuillerées d'eau sucrée, n'ayant pas pour le moment sous la main de l'écorce fraîche de racine de grenadier, dont la vertu tæniafuge est pour moi bien reconnue. Eh bien, de cette simple purgation résulta l'expulsion d'un tænia mesurant plus de 3 mètres. Je voulus et je dus m'assurer si cet entozoaire était bien rendu en entier. Mon examen me fit reconnaître qu'il était complet ; car il se terminait par une extrémité mince et filiforme longue d'à peu près 18 à 20 centimètres, et pourvue manifestement d'un renflement, petit tubercule très-distinct constituant la véritable tête de l'animal.

Ajouterai-je que j'aperçus, contenus dans un cucurbitain de forme plus irrégulière que les autres, à travers ses parois bien transparentes, des filaments disposés longitudinalement et faisant deux circonvolutions? Je ne connais de la description ana-

---

licencieuse; mais il croit avoir démontré d'autre part que c'est là une profonde erreur, et qu'à tout âge, notamment chez les enfants, une foule de causes, et particulièrement certaines altérations de l'urine qui se manifestent dans les fièvres, pendant le travail de la dentition, etc., déterminent des inflammations des voies qu'elles parcourent. « Quoi, dit-il, cet âge nous offre à chaque instant des inflammations des muqueuses des yeux, des oreilles, de la gorge, et celle de la vessie aurait le privilége de n'en être jamais atteinte ! On devrait, au contraire, être étonné de son immunité habituelle, si l'on ne faisait attention que c'est vers la tête que s'établit à cet âge la prédominance morbide. Le signe que provoquaient chez Rousseau, à l'âge de huit ans, les corrections de Mlle Lambercier, atteste dans ses organes une irritabilité extrême, et les douleurs « incroyables » déterminées par une main aussi exercée que celle de Morand prouvent qu'ils étaient le siége d'une sensibilité exagérée. »

Les plus petits détails de l'histoire de Jean-Jacques viennent encore prêter leur appui à l'opinion émise par M. Mercier : les mauvais effets d'aliments trop excitants, des asperges, des tisanes et des bains ; ceux non moins fâcheux des voitures et de la position assise ; la funeste influence de l'hiver et des fortes chaleurs, tout concorde avec ce que notre confrère a l'habitude d'observer chez un très-grand nombre de personnes.

Dans ses *Recherches sur les valvules du col de la vessie*, M. Mercier a fait remarquer, il y a quinze ans, que dans les inflammations chroniques de l'urèthre l'acte vénérien n'a pas toujours les mêmes conséquences : il devient utile, s'il n'est que la satisfaction d'un besoin réel ; il est, au contraire, nuisible quand il n'est que l'aberration d'une imagination déréglée. Dans le premier cas, c'est une crise qui calme un état d'excitation ; dans le second, c'est un travail qui trouble un état de calme, sinon de torpeur. Il paraît que Rousseau n'en éprouva pas les mêmes effets dans tous les temps : il s'en trouvait bien dans sa jeunesse, du moins on doit le penser d'après les bons résultats du régime qu'il suivit avec Mme de Larnage ; tandis que plus tard, vers l'âge de quarante-six à quarante-sept ans, il fut obligé d'y renoncer. Rappelons-nous aussi que le vice équivalent lui semblait moins contraire. Peut-être cette différence tient-elle à ce que ces deux actes n'exigent pas de la part des organes un égal degré d'excitation.

On a essayé d'expliquer par des pertes séminales involontaires cette excessive sensibilité génitale qui se manifesta chez lui dès ses plus tendres années, et on a même voulu se rendre compte ainsi de la persistance de ses mauvaises habitudes, et de cette disposition érotique de son esprit qui l'a dominé dans beaucoup de circonstances de sa vie et qui lui a inspiré des pages si brûlantes ; mais, ainsi que le fait très-judicieusement observer M. Mercier, ne répugnera-t-il pas à tout le monde d'admettre avec Lallemand, que celui dont le cerveau a remué si profondément les idées et posé les bases de nos constitutions modernes, dont le cœur a produit l'un des livres les plus passionnés qui soient sortis de la main des hommes, ait été en proie à des pertes diurnes, les plus graves de toutes et les plus débilitantes? La plupart des phénomènes que Lallemand attribue à une spermatorrhée supposée, tels que « ses promenades solitaires, sa vie ambulante, sa misanthropie et ses étranges paradoxes contre la civilisation », s'expliquent tout aussi bien par la dysurie.

D'après M. Mercier, l'inflammation chronique de l'urèthre exerce sur les organes génitaux l'influence la plus capricieuse : tantôt elle les exalte au suprême degré ; tantôt elle les jette dans une torpeur complète, sans qu'on puisse préciser toujours la cause de ces différences, qui dépendent habituellement et des progrès de la maladie et du tempérament du malade. « Je crois, dit cet auteur recommandable, que voici ce qu'on peut dire de plus général : c'est que tant que l'uréthrite reste bornée au canal, elle n'agit sur l'appareil sexuel que comme stimulant, de même qu'une excitation de la muqueuse buccale stimule les glandes salivaires ; tandis que si l'inflammation s'enfonce dans les voies séminales, elle altère leurs sécrétions, dont elle augmente d'abord la quantité, en même temps qu'elle leur fait perdre de leur consistance et de leurs autres propriétés. » Dans le premier cas — celui qui est probablement applicable à Rousseau —, le sens génital, constamment agacé, était constamment prêt à entrer en action, et de là une grande énergie factice. Cette hypothèse nous paraît devoir se rapprocher beaucoup de la vérité.

Mais comment la phlegmasie uréthrale pouvait-elle gêner le cours de l'urine ?

Ce qu'on trouve de plus positif en parcourant, au point de vue médical, l'histoire de Jean-Jacques, c'est que l'obstacle, dit M. le docteur Mercier, « avait son siége dans la partie la plus profonde de l'urèthre, puisque le frère Côme expliqua par un squirrhe de la prostate les diffi-

tomique du tænia que ceci : chaque cucurbitain renferme un ovaire ; et le canal intestinal est remplacé par deux vaisseaux longitudinaux qui communiquent au dehors par un ou deux pores latéraux. Or, ces filaments ne seraient-ils pas un *embryon du tænia* qui était prêt à sortir de sa loge cucurbitaine? Je regrette de ne l'avoir pas conservé.

On sait maintenant que l'existence en famille des tænias est admise ; j'ai rapporté un exemple d'expulsion simultanée de quatre tænias par l'écorce fraîche de racine de grenadier. (*Ancien Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1835, p. 208.)

Sans autre réflexion, ce fait me paraît tendre à prouver que les tæniafuges doivent être très-nombreux. Au surplus, n'a-t-on pas vu l'expulsion spontanée de cette sorte d'helminthe?

INTOXICATION ALCOOLIQUE CHRONIQUE.

Nouveau traitement.

M. Marcet, médecin à l'hôpital de Westminster, annonce que l'oxyde de zinc exerce une action des plus favorables sur les symptômes nerveux de l'alcoolisme chronique. Ses expériences ont été faites sur 27 malades. Il administre l'oxyde de zinc en poudre, à la dose de 10 centigrammes, deux fois par jour, une heure après les repas, et il augmente généralement la dose de 10 centigrammes tous les trois jours, jusqu'à ce que le malade prenne 30 ou 40 centigrammes d'oxyde en vingt-quatre heures. Sous l'influence de ce traitement, il a vu des malades recouvrer le sommeil, le tremblement du tronc et des extrémités cesser, ainsi que la céphalalgie, les vertiges, les hallucinations, etc.; et la guérison était généralement assurée après trois à six semaines. Un des symptômes dont il était généralement très-difficile de triompher, c'était la grande faiblesse dont les malades se plaignaient presque toujours ; il persiste souvent longtemps après la disparition des autres troubles.

M. Marcet a remarqué que l'alcoolisme chronique s'accompagnait souvent de bronchites et de rhumatisme. Dans les cas de ce genre, les effets de l'oxyde de zinc étaient moins prononcés, et plus d'une fois les désordres nerveux cédèrent sans que l'affection intercurrente eût été modifiée. Au moment où M. Marcet publiait ses expériences, elles avaient donné les résultats suivants : 6 malades restaient en traitement, 15 étaient sortis guéris ; chez 4, on n'avait obtenu qu'une amélioration plus ou moins prononcée ; 2 malades aussi cessèrent le traitement après une ou deux visites. (*The Lancet.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 octobre 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements de l'Aisne, de la Meuse et du Nord (commission des épidémies) ;

2° Deux rapports de MM. les docteurs Dufresse et Roussel, médecins inspecteurs des eaux minérales de Bagnols et de la Chaldette (Lozère), sur le service médical de ces eaux pendant l'année 1857. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Manuel sur les propriétés thérapeutiques et désinfectantes de l'eau minérale bitumineuse de Visos (Basses-Pyrénées) (commission déjà nommée) ;

2° Un mémoire de M. Jules Lefort sur les propriétés physiques et la composition chimique des eaux minérales de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme) (commission des eaux minérales) ;

3° Une lettre de M. le docteur Le Couppey, relative au traitement de la phthisie pulmonaire par les mercuriaux ;

4° Divers documents relatifs à la fabrication des allumettes chimiques dites de sûreté, au phosphore amorphe, par MM. Coignet frères, fabricants à Paris. (Commission déjà nommée.)

— M. le docteur Boinet, à l'occasion de la communication faite par M. Ségalas dans la dernière séance, fait hommage à l'Académie d'un mémoire imprimé sur un procédé nouveau et très-simple pour l'extraction des corps aigus engagés dans l'urèthre.

Chloro-anémie des enfants. — M. NONAT adresse la note suivante, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture :

« Dans le très-intéressant mémoire *sur l'auscultation de la tête*, dont l'Académie a entendu la lecture mardi dernier, M. H. Roger a parlé d'une manière accessoire de la *chloro-anémie des enfants* ; il l'a signalée comme un fait nouveau, peu étudié encore, mais très-digne pourtant de fixer l'attention des pathologistes.

» Je me livre depuis longtemps à de persévérantes recherches sur ce sujet mal exploré. En attendant que je communique à l'Académie le résultat complet de mes recherches, je lui demande la permission de lui faire connaître en quelques mots de quelle manière j'ai été conduit à m'occuper avec un soin tout spécial de cette question.

Mes premières observations remontent à sept ans environ ; elles ont été faites sur mon propre fils. Il était alors dans sa neuvième année. Tout me faisait soupçonner chez lui un certain degré d'appauvrissement du sang, et je ne tardai pas à en acquérir la certitude en constatant, par l'auscultation des gros vaisseaux du cou, l'existence d'un bruit de souffle continu, avec tous les caractères qu'il offre chez les chloro-anémiques. Je le soumis aux ferrugineux, et les bons effets de ce traitement vinrent ajouter une nouvelle confirmation à mon diagnostic.

» A la même époque, je rencontrai les mêmes phénomènes sthétoscopiques chez une de mes nièces, belle enfant de quatre ans, robuste, au teint frais et coloré, et n'ayant nulle apparence de chloro-anémie.

» Depuis lors, je n'ai négligé aucune occasion d'étudier la chloro-anémie chez les enfants de tout âge, depuis un jusqu'à douze ans, chez des sujets appartenant à diverses conditions sociales, non-seulement à Paris, mais aussi à la campagne. Chez tous j'ai trouvé un souffle carotidien nettement prononcé, et, dans bien des circonstances, j'ai fait constater le phénomène soit par quelques-uns de mes confrères, soit par mes élèves.

Après de longues recherches, je suis arrivé à cette conclusion définitive, *que la chloro-anémie, loin d'être un fait rare et exceptionnel chez les enfants, est au contraire la règle ; car on la rencontre au moins huit fois sur dix, depuis l'âge d'un an jusqu'à l'époque de la puberté.*

Cette extrême fréquence de la chloro-anémie chez les enfants peut, ce me semble, expliquer pourquoi M. Roger a trouvé si souvent cette affection chez les jeunes sujets atteints de rachitisme et de coqueluche. Je ne saurais donc admettre avec mon savant collègue qu'il existe quelque relation pathogénique entre la coqueluche et la chloro-anémie ; je crois plutôt qu'il y a là simplement une coïncidence entre deux maladies également communes dans l'enfance.

L'auscultation des gros vaisseaux du cou, telle qu'on la pratique chez les adultes, m'a presque toujours réussi et paru suffisante chez les enfants. Sans nier la valeur de l'auscultation céphalique, je pense qu'elle doit être regardée comme un moyen accessoire ou supplémentaire et réservée seulement pour les cas où la première méthode ne serait point praticable, ou pour ceux où elle ne fournirait que des résultats douteux.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL lit une lettre de M. le docteur Alquié, inspecteur des eaux de Vichy, en réponse à la note lue par M. Devergie dans la dernière séance.

Je m'empresse, dit M. Alquié, de protester contre les assertions de M. Devergie ; j'affirme que Vichy ne manque d'aucune des nécessités premières de la vie, qu'il possède en grande quantité de l'eau potable, fournie non pas par des puits creusés dans les hôtels et dans les maisons particulières, mais par plusieurs fontaines qu'alimentent des sources abondantes, provenant, à quelques pas de la ville, d'un coteau qui la sépare de Cusset, que cette eau dissout parfaitement le savon et que les légumes secs y cuisent très-bien.

Maintenant cela veut-il dire que l'eau des fontaines de Vichy soit la meilleure eau qui se puisse boire? Non sans doute, et depuis longtemps l'administration municipale s'occupe des moyens de faire arriver l'eau de l'Allier à Vichy.

M. DEPAUL donne lecture d'une lettre que lui a adressée M. Rotureau sur le même sujet.

J'ai été moins malheureux que M. le secrétaire annuel de l'Académie dans ma visite à Vichy, dit l'auteur ; l'eau servie sur la table de l'hôtel où je suis descendu était parfaitement potable et meilleure que dans la plupart des établissements thermo-minéraux du reste de la France et même de l'étranger ; elle avait été puisée dans l'Allier et parfaitement filtrée, et je crois pouvoir assurer que dans la plupart des hôtels on s'abstient de placer d'autre eau sur la table.

Les observations de M. Devergie ne me paraissent pas non plus tout à fait exactes sous le rapport chimique. M. Devergie dit que les eaux des puits de Vichy sont surtout sulfatées, calcaires, crues, incapables de dissoudre le savon et de cuire les légumes. Il résulte de la composition des terrains qu'elles traversent que les eaux communes de Vichy sont plutôt carbonatées que sulfatées, calcaires, en sorte qu'elles ne peuvent être, à proprement parler, insalubres, malgré leur saveur désagréable.

M. Rotureau termine sa lettre en signalant à l'attention de l'Académie et de la commission des eaux minérales l'état déplorable de la station thermale de Néris au point de vue de l'eau douce ordinaire.

Ces deux lettres sont renvoyées à la commission des eaux minérales.

M. DEVERGIE fait remarquer que sa réponse est tout entière contenue dans la lettre de M. Alquié. En effet, si Vichy contenait des eaux potables, pourquoi l'administration municipale, dont le budget est si restreint, s'occuperait-elle de faire venir à grands frais de l'eau de l'Allier et du Sichon?

M. FERRUS ne voudrait pas que l'Académie laissât échapper cette occasion de s'occuper de l'hygiène des établissements thermaux. Il pense que les conseils venant de l'Académie encouragent les efforts du personnel médical et stimulent le zèle des administrations locales. Il a pu constater plusieurs fois par lui-même qu'à Vichy il existait une véritable endémie de fièvres intermittentes entretenues par la stagnation des eaux de l'Allier et du Sichon. Il émet le vœu que la machine qui élèvera les eaux de l'Allier à Vichy soit utilisée aussi pour régulariser le cours de cette rivière.

— M. H. LARREY fait hommage à l'Académie, au nom des auteurs, MM. Morel et Vilmain, d'un *Précis d'histologie humaine.*

— M. MALGAIGNE, chargé de faire un rapport sur plusieurs mémoires relatifs au traitement des entorses, déclare que n'ayant pu s'entendre avec l'autre commissaire M. Laugier, sur un point qui domine toute la question, la fréquence des entorses, il se désiste de ses devoirs de rapporteur et dépose le dossier sur le bureau.

M. LAUGIER déclare qu'il n'y a pas eu de réunion officielle de la commission. M. Malgaigne lui ayant demandé un jour à la Faculté ce qu'il pensait de la fréquence des entorses, il lui a répondu que pour lui, comme pour tous les chirurgiens, l'entorse était très-commune. L'entretien s'est borné là.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL regrette que M. Malgaigne ait cru devoir entretenir l'Académie d'un incident qui n'aurait dû être porté que devant le Bureau.

M. Piorry a la parole pour une lecture.

LECTURE.

Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire et des tubercules. — M. PIORRY. La collection d'accidents symptomatiques à laquelle les auteurs donnent le nom de *phthisie pulmonaire* est-elle susceptible de guérison? Cette question doit être résolue par l'affirmative. On a vu, en effet, plus fréquemment que l'on ne pense, la fièvre continue avec redoublement le soir, la toux, les sueurs, les crachats puriformes, l'émaciation progressive, le dévoiement, etc., en un mot, les symptômes de la phthisie des poumons, se dissiper sous l'influence d'une hygiène convenablement dirigée et de l'action de divers moyens thérapeutiques.

Cela est arrivé surtout lorsque ces symptômes, qui sont ceux de la fièvre hectique ou chrono-pyémie, ont été les conséquences de la résorption purulente qui se faisait dans les plèvres ou dans les cavités pulmonaires non tuberculeuses. Je possède dix ou douze faits d'abcès pneumoniques ou pleurétiques suite de pleurito-pneumonites, accompagnés des phénomènes de chrono-pyémie, et dans lesquels la source du pus venant à se tarir, les accidents attribués à la phthisie ont complétement cessé.

Mais de notre temps il ne s'agit pas de dire que la *phthisie* considérée comme maladie peut guérir ; il faut déterminer si les tubercules ayant pour siége les poumons sont susceptibles de se dissiper ou du moins de devenir inoffensifs. C'est à ce point de vue que je traiterai la question.

Longtemps les tubercules ont été considérés comme incurables. C'est notre illustre Laënnec qui le premier établit la possibilité de leur guérison. J'ai publié et fait graver dans le n° 1er, page 8 du *Bulletin clinique* de 1834, le cas d'une masse tuberculeuse encore contenue

---

cultés qu'il éprouvait à passer la sonde. Cette circonstance, jointe aux résultats négatifs de l'autopsie, exclut l'idée de rétrécissement organique, altération excessivement rare au delà du bulbe. Elle exclut également toute contraction spasmodique de la région spongieuse, quand même la possibilité de ce trouble fonctionnel serait mieux démontrée. Elle exclut même presque autant un resserrement et une déviation de la région membraneuse déterminés par un spasme ou une contracture des muscles environnants. Les difficultés provenaient évidemment d'une déviation de l'axe du canal, et non d'une diminution de son calibre, puisqu'il ne paraît pas que la grosseur des bougies ait été jamais un obstacle à leur introduction, et que si celles de Daran pénétraient mieux que les autres, c'est en raison de leur plus grande flexibilité. On peut encore moins admettre la présence d'un corps étranger dans un point quelconque des voies urinaires, supposition à laquelle Rousseau lui-même s'était arrêté jusqu'à la visite du frère Côme, et que les recherches les plus attentives après sa mort ont démontré complétement fausse. »

M. Mercier se trouve forcé, par voie d'exclusion, pour expliquer la dysurie, à s'arrêter à l'idée soit d'un engorgement de la prostate, soit d'une valvule musculaire du col de la vessie. Et d'abord, les praticiens qui ont procédé à l'ouverture du corps n'ont rien trouvé du côté de la prostate ; en outre, l'hypertrophie de cette glande est un des tristes apanages de la vieillesse, et ne se rencontre guère que chez des gens ayant passé la soixantaine, tandis que le philosophe de Genève fut tourmenté par la dysurie dès sa plus tendre enfance. Cette hypertrophie augmente presque toujours avec les années, loin de diminuer, tandis que l'affection de Jean-Jacques sembla rétrograder d'abord, et le laissa tranquille jusqu'à trente ans. Sans doute le frère Côme trouva la prostate volumineuse ; mais combien n'est-il pas facile de se tromper à cet égard?

Reste la valvule musculaire du col de la vessie, maladie qui, on le sait, a été découverte par M. Mercier, et dont l'effet est d'apporter un obstacle durable au cours de l'urine dans la partie la plus profonde de l'urèthre.

Là, au risque d'être accusé d'avoir des entrailles un peu trop paternelles à l'endroit de la valvule musculaire, cet honorable et savant auteur conclut sans trop d'hésitation à l'existence de cette lésion chez le héros de notre feuilleton.

Rousseau gardait rancune à la médecine, ajoute notre confrère en terminant ; mais on a déjà pu voir que ce ne fut jamais chez lui que l'effet du dépit. Ne savait-il pas que toute science, et la médecine plus que toute autre, est fille du temps? Qu'eût-il répondu si, par cela seul qu'il laissait encore beaucoup à dire sur l'éducation de l'homme et le gouvernement des sociétés, on lui eût conseillé de jeter au feu ses immortels écrits? Il put s'appliquer à lui-même, au déclin de sa vie, et lorsque son âme était moins opprimée par les souffrances du corps, reconnu ses torts envers les médecins, et qu'il se le est, entre autres choses, plusieurs fois reprochés.

« Si je faisais une nouvelle édition de mes ouvrages, disait-il à Bernardin de Saint-Pierre, j'adoucirais ce que j'ai écrit sur les médecins. Il n'y a pas d'état qui demande autant d'études que le leur. Par tout pays ce sont les hommes les plus véritablement savants. »

Le défaut d'espace nous a forcé, chemin faisant, de passer sous silence un certain nombre de faits intéressants, vraiment curieux et brillamment exposés au point de vue surtout de la pathologie des voies urinaires ; mais le lecteur suppléera bien vite à notre insuffisance en recourant à la publication si attachante de M. le docteur Aug. Mercier, dont nous sommes heureux d'avoir pu donner ici une rapide analyse.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'au bureau.

Physiologie appliquée : Principes d'adénisation ou Traité de l'ablation des glandes nidoriennes qui communiquent par leur sécrétion un mauvais goût aux espèces animales alimentaires, et donnent une odeur insupportable aux espèces d'agrément, et exposition générale des règles à suivre dans l'amélioration de la chair des animaux, par M. le docteur J. E. CORNAY (de Rochefort). Paris, Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 4. Grand in-12. Prix : 3 francs.

dans une cavité membraneuse qui se cicatrisait derrière la production indurée. Celle-ci s'était peu à peu et partiellement ramollie. L'évacuation de la matière phymique s'était faite en partie. J'ai fait remarquer dès lors, et bien avant Rogée, que la plupart des vieilles femmes de la Salpêtrière présentent au sommet des poumons des indurations grises, des cicatrices, des cavernes anciennes et des concrétions crétacées. Je crois même avoir prouvé que ces altérations étaient en rapport avec des phymies sclérosiques ramollies. Quoi qu'en ait dit Laënnec, on ne peut admettre que de telles lésions aient été la conséquence d'hémorrhagies ou de pleurites; car celles-ci n'occupent que très-secondairement et très-rarement les parties voisines de la voûte que forment la première et la deuxième côtes.

Le sommet de cette voûte est en quelque sorte le lieu d'élection des indurations pulmonaires des vieillards. D'ailleurs, on a tous les jours des exemples de guérison de certains organes atteints de tubercules. Chez les jeunes enfants dont les ganglions du cou ou de l'aisselle se tuméfient lentement et suppurent à la longue, on voit, lors de l'ouverture de ces pyies, sortir de la matière tuberculeuse; tandis qu'un ganglion voisin, qui avait donné lieu soit à de la fluctuation, soit au bruit et au palper hydrique du plessimétrisme, ne s'ulcère pas, diminue lentement et finit par se dissiper. Souvent la guérison a lieu après l'évacuation spontanée ou provoquée de la masse phymique. Les tubercules sous-cutanés suivent fréquemment une marche analogue. Quant à ceux du rachis, il résulte pour moi d'une quarantaine d'observations qui seront incessamment publiées, qu'ils semblent se résoudre sous l'influence du phosphate de chaux, de l'iodure de potassium et d'une hygiène bien entendue. J'ai vu aussi plusieurs cas de phymies des articulations guéries à la suite d'un traitement de même genre.

Dans un mémoire lu à l'Académie sur les eaux de Forges, près Arpajon, Cherest, mon élève, a relaté dix-sept cas de même nature dont j'avais recueilli les observations, et qui tous se sont terminés par résolution ou par cicatrisation. N'a-t-on pas vu guérir quelquefois l'affection tuberculeuse des testicules? Il y a donc lieu de croire que les phymies développées dans les poumons sont soumises à la règle générale, c'est-à-dire qu'elles sont susceptibles de guérir comme celles des autres organes. Si la mobilité des côtes et des cellules pulmonaires présente, relativement à la formation des cicatrices, de très-grands inconvénients, d'un autre côté l'affaissement possible des parois thoraciques recouvrant des cavernes donne les moyens de rapprocher les parties excavées à la suite du ramollissement du tubercule.

Longtemps il a été impossible de donner des preuves positives de la diminution de volume des masses phymiques et de la cicatrisation des cavernes. Il faut avoir porté pendant la vie une grande précision dans le diagnostic pour apprécier convenablement les variations survenues sous l'influence du traitement; c'est seulement par la délimitation exacte des points malades, obtenue par le plessimétrisme; c'est par la délimitation journalière de la lésion anatomique; c'est enfin par les caractères de diagnostic matériel que l'on peut prouver jusqu'à l'évidence qu'un traitement donné peut diminuer l'étendue des indurations phymiques et peut cicatriser des cavernes. Sans plessimétrisme pratiqué convenablement sans limitation exacte, sans résultats stéthoscopiques positifs, on n'a sur les effets des médications que des données vagues et insignifiantes. Si l'on n'est pas guidé par cette diagnose exacte, la thérapeutique n'a point de bases solides. Les symptômes de la phthisie varient en plus ou en moins; la marche du mal se modifie accidentellement, et cependant il est souvent impossible d'affirmer si la lésion initiale a éprouvé des chan-gements. Que de fois n'a-t-on pas cru avoir guéri un phthisique lorsque l'on n'avait affaire qu'à des cavernes pleurétiques ou à des abcèssités dans diverses parties du thorax! La médecine positive et rationnelle ne croit à une action médicatrice qu'autant que les faits anatomiques ou physiologiques ont démontré la réalité des améliorations organiques supposées.

La belladone, recommandée par des faiseurs de calculs à base erronée, l'eau de goudron, qui parfois soulage; le chlore gazeux, recommandé par Cottereau; le tartre stibié, prôné par Lanthois; l'atmosphère des étables vantée outre mesure par la routine; l'opium employé sans discernement par les empiristes; l'huile de foie de morue que la spéculation fait valoir quand aucune observation rigoureuse ne porte à l'employer; les Eaux-Bonnes qui doivent peut-être leur célébrité à l'adjectif qui les désigne; les voyages sur mer si vantés par Gilchrist; le ciel de l'Italie, de Nice ou de Madère, dont le sol a été si fréquemment recouvert d'innombrables malades, dont les observations auraient pu enrichir le Sepulchretum de Bonnet; les exutoires suppurants qui ajoutent un mal douloureux à la lésion pulmonaire qu'ils ne soulagent même pas, etc..., tout cela forme un ensemble désespérant de médications hasardées.

Pour les médecins qui veulent édifier la thérapeutique sur l'observation rigoureuse et non sur des formules dignes du temps des Arabes ou sur les recettes de garde-malades, il n'est qu'un petit nombre de moyens qui puissent utilement combattre les accidents réunis sous le nom de phthisie pulmonaire.

4° *Régime, moyens hygiéniques.* — Avant tout le régime doit être regardé comme le moyen préservatif, palliatif et curatif par excellence. Et quand même il serait prouvé que les tubercules à l'état initial fussent le résultat d'une phlegmasie aiguë, du moment où ils manifestent leur présence par des symptômes, ils ne sont pas inflammatoires, et leur effet ordinaire est de causer l'hypémie. Il y a donc indication précise de nourrir les malades et de soutenir leur organisme par les moyens les plus efficaces. Malheureusement, il n'arrive que trop souvent que l'appétit se tait, qu'il y a même une sorte d'aversion instinctive pour l'alimentation.

La raison devrait conduire les phthisiques à faire usage de viandes grillées, rôties, de poisson, de matières animales solides et liquides mélangées de quelques végétaux verts pour varier l'alimentation.

Pour refaire le sang; pour remédier à sa décoloration ou à la perte des globules, il faut donner les préparations ferrugineuses les moins irritantes, par exemple le fer réduit par l'hydrogène, tel que l'a proposé le laborieux et regrettable Quevenne. On a accusé le fer d'imprimer à la phthisie le caractère galopant. Pour ma part, toutes les fois que j'ai donné du fer dans les cas où il n'existait actuellement ni hémorrhagie ni entérorrhée, je n'ai jamais observé qu'il résultât de son action aucun inconvénient.

2° *Evacuation des crachats.* — La seconde indication est de faire évacuer les crachats qui peuvent oblitérer soit de petites bronches, et causer ainsi de la dyspnée et une diminution dans l'oxygénation du sang; soit des bronches plus grosses, ou même la trachée, dernière circonstance plus ou moins promptement suivie de mort.

C'est ici que le tartre stibié, joint au sirop d'ipécacuanha, peut rendre d'utiles services et remplir le but que le médecin se propose. Les autres remèdes dits expectorants ont bien peu d'efficacité. Mais il n'en est pas ainsi de deux moyens très-simples que voici, et qui ont été d'une extrême utilité à plusieurs de mes malades: Le premier est la respiration de vapeurs d'eau de sureau ou de fleurs de mauve, que l'on fait dégager dans un ballon placé sur une lampe à alcool; l'autre consiste à provoquer *lentement une très-profonde inspiration*, que l'on fait suivre d'une *expiration énergique et très-brusque*. Celle-ci doit être dirigée par le malade, de telle sorte que l'air qui sort des poumons chasse au-devant de lui les liquides contenus dans les voies de l'air. Le premier de ces moyens humecte et ramollit des crachats trop épais, et le second en provoque l'expulsion.

3° *Empêcher la décomposition des crachats et leur résorption ultérieure.* — Une autre indication pressante est de prévenir la putréfaction des crachats dans les cavernes tuberculeuses, et empêcher la résorption du pus ou de la matière pyoïde qui s'y trouvent accumulés. Que le pus altéré, dilué, pénètre dans le sang par absorption véritable; qu'il y entre par les orifices vasculaires intacts, ou par des vaisseaux ramollis ou déchirés; qu'il y arrive par globules ou par des particules désassociées par la fermentation putride, peu importe; c'est ce pus qui cause la fièvre hectique, et tant qu'il est contenu dans les excavations tuberculeuses, il pénètre dans la circulation et donne lieu à la fièvre du soir, aux sueurs du matin et à l'exténuation rapide du malade. Or c'est encore pour prévenir ces accidents qu'il convient de faire excréter les crachats et de faire expectorer. Pour prévenir la putréfaction des crachats, les vapeurs d'alcool et de teinture d'iode inspirées sont des agents de premier ordre.

Il serait de la plus grande importance d'arrêter les évacuations qui ont lieu par l'intestin et par la peau, et qui exténuent les phthisiques. Mais il y a des difficultés extrêmes à remplir cette indication, car il est presque impossible de guérir les ulcérations tuberculeuses de l'intestin. L'iode même et l'iodure de potassium n'ont point l'effet utile qu'on se croit tout d'abord en droit d'en attendre; quant au dernier de ces agents, mes nombreuses expériences m'ont permis de constater qu'il n'a point dans ce cas les propriétés nuisibles qu'on lui a prêtées. Le diascordium, la thériaque, etc., échouent encore de la manière la plus complète. Les seuls moyens vraiment efficaces sont de laver le gros intestin à grande eau, d'empêcher le pus altéré de séjourner dans les cavernes, de donner peu de boissons, et de choisir parmi les aliments ceux qui, tels que l'albumine, etc., ne donnent pas lieu en général à des selles très-liquides. Le lait pour les phthisiques est un excellent aliment, mais il cause lui-même la diarrhée. J'ai remédié à cet inconvénient en le faisant réduire au quart par l'ébullition prolongée, et tenant compte des très-belles recherches de mon excellent ami et collègue M. le professeur Natalis Guillot, je fais prendre à mes phthisiques, sous un petit volume, des proportions considérables de lait sans causer d'entérorrhée dangereuse.

Quant aux sueurs, malgré l'extrême confiance que j'avais dans le bon esprit et l'expérience de Fouquier, malgré le travail récent de M. le docteur Beau, je ne vois pas qu'elles puissent être utilement combattues par l'acétate de plomb. Le sulfate de quinine à petite dose peut avoir dans ce cas quelques succès; mais, à coup sûr, ce qui réussit le mieux c'est de veiller à ce que les couvertures du malade n'entretiennent pas trop de chaleur, et à ce que l'air qu'il respire soit pur, renouvelé, et convenablement échauffé.

Maintenant, est-il quelque médication qui puisse agir utilement sur les masses indurées à divers degrés qui entourent ou séparent les tubercules?

Avant la découverte des moyens graphiques et diagnostiques pour déterminer exactement les dimensions des indurations pulmonaires, il était impossible de résoudre cette question. Aujourd'hui le doute n'est plus possible. Il est certain que, sous l'influence des respirations profondes et réitérées et de la médication iodée, les masses indurées diminuent d'étendue de la manière la plus évidente.

Dans un mémoire que j'ai lu à l'Académie il y a plusieurs années, il résultait d'un très-grand nombre d'observations recueillies publiquement à la Charité, que les engorgements du sommet du poumon chez les phthisiques pouvaient être limités à 1 millimètre près par le plessimètre et le crayon, et que sous l'influence des vapeurs d'iode inspirées, on voyait en peu de jours diminuer l'étendue des masses engorgées et augmenter la proportion de l'air qu'elles contenaient.

Il y a quelques mois, ayant exactement dessiné par la percussion le cœur et le foie, je constatai qu'à la suite des inspirations profondes et réitérées, ces organes diminuaient considérablement, tandis qu'ils se dilataient alors que la respiration était ralentie ou gênée. Je ne tardai pas à m'assurer que la même cause déterminait dans les engorgements du sommet du poumon une diminution de 5 à 20 millimètres, et que, au delà de ce décroissement, il restait un noyau induré qui devenait un peu plus sonore et plus élastique, mais dont les limites ne variaient pas.

Or j'ai craint un moment que les résultats par moi attribués à l'iode ne fussent dus en partie au moins à cette influence des respirations accélérées sur les indurations du sommet du poumon.

Voici le résultat des expériences que j'ai faites à cet égard.

Si l'on fait respirer plusieurs fois de suite un phthisique, on voit que, après avoir obtenu les résultats mentionnés plus haut, la matité, la résistance au doigt, reprennent bientôt l'étendue, le degré et les limites qu'elles avaient avant. Mais si l'on fait inspirer habituellement des vapeurs d'iode, on constate peu de temps après que non-seulement l'amélioration première s'est maintenue, mais encore qu'elle a augmenté de beaucoup. Et cette amélioration persiste les jours suivants. Il est également facile de s'assurer que les résultats obtenus sont à peu près les mêmes, si l'on n'a point fait faire d'inspirations profondes et réitérées lorsqu'on a employé les vapeurs d'iode.

Ainsi point de doute, l'iode administré en vapeur, en teinture, combiné avec le potassium, sous quelque forme que ce soit, agit sur les parties indurées des poumons de la manière la plus évidente et la plus avantageuse.

Sous l'influence du traitement que j'ai énoncé, j'ai vu les indurations phymiques diminuer d'étendue, les symptômes du mal s'amender sensiblement, l'appétit reparaître, le cœur reprendre du volume, et le tissu adipeux se remplir. J'ai vu ce soulagement persister pendant des mois et des années, et dans certains cas, chose remarquable, les seins de jeunes femmes ont repris du développement, et les règles ont reparu après plus de six mois d'interruption.

Mais, il faut l'avouer, le nombre de guérisons vraiment radicales est bien faible, et ma mémoire me rappelle seulement une douzaine de cures véritablement solides qui datent de plusieurs années. Dans la plupart des cas, malgré les grandes améliorations apportées, il reste presque toujours des noyaux d'engorgement qui plus tard deviennent la source de nombreux accidents fréquents, surtout si l'on vient à cesser l'emploi de l'iode.

Il résulte de ce qui précède que les inspirations profondes et réitérées d'une part, et la médication iodique de l'autre, sont employées avec avantage contre les indurations périphémiques qui entourent les tubercules. Il paraît certain, d'après les faits observés par M. Amédée Latour, que le sel marin a une efficacité réelle sur la pneumophymie. Quand on se rappelle ce qui vient d'être dit, on est tout d'abord conduit à le croire: d'une part, le chlorhydrate de soude contenant du chlore, substance assez analogue à l'iode, peut exercer par lui-même une action salutaire, et de l'autre cet iode se trouve en proportion plus notable dans le sel marin que dans l'huile de foie de morue, qui en renferme des quantités presque inappréciables. Il y aurait à faire de nouvelles recherches sur ce sujet, et dans ces recherches il faudrait prendre pour point de départ le travail de M. Amédée Latour.

Quelques personnes se sont élevées contre la médication iodée dans la phthisie; cela tient évidemment à ce que le précieux médicament dont il s'agit n'a pas été employé par elles de la manière la plus avantageuse.

Ainsi que je l'avais déjà dit dans mon premier rapport sur le mémoire rédigé d'après les faits recueillis par M. Chartroule dans mon service, l'action de fumer l'iode est un détestable moyen d'employer ce médicament; car on se propose de faire parvenir cet agent dans la profondeur des voies de l'air, et quand on le fume, ce n'est point sur le larynx, la trachée, les bronches, les cellules pulmonaires que l'on fait parvenir sa vapeur, mais seulement sur la membrane buccale et sur celles du pharynx et des fosses nasales.

On a accusé l'iode de ramollir les tubercules et de hâter le moment fatal, comme s'il était facile de distinguer ce qui est l'effet du remède de ce qui est dû à la maladie; et chacun sait qu'il arrive quelquefois que le ramollissement marche très-vite, bien que l'on n'administre ni iode ni aucun autre médicament.

On a dit encore que l'iode produisait une série de phénomènes analogues à ceux de la phthisie, lesquels cessaient si l'on supprimait ce médicament. Je crains bien qu'ici l'on n'ait confondu par une diagnose incomplète les effets de quelque état organopathique accidentel ou secondaire (tel qu'une pleurite) avec les phénomènes en rapport avec les résultats de l'emploi de l'iode. En effet, j'ai suivi mes malades avec une extrême attention; ils ont été nombreux, et je n'ai jamais rien vu de semblable.

Vu l'heure avancée, la suite de la lecture de M. Piorry est remise à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Deprez, né à Péronne (Somme); *De l'allaitement maternel.*

Hémelot, né à Saint-Mihiel (Meuse); *Quelques considérations sur l'emploi de l'électricité en médecine.*

Pineau; *Des abcès en général et de leur traitement par la cautérisation au moyen du nitrate d'argent.*

Labastide, né à Marengheol (Puy-de-Dôme); *Du rhumatisme articulaire aigu et de ses complications.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour l'internat a commencé aujourd'hui 19. Les candidats ont eu à traiter la question suivante: *Structure de l'ovaire; hématocèle péri-utérine.*

— Par décret en date du 30 septembre 1859, rendu sur le rapport du ministre secrétaire d'Etat au département de l'intérieur, S. M. l'Empereur a nommé présidents:

De la société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Laon (Aisne), M. Lejeune, ex-médecin en chef du Dépôt de mendicité de l'Aisne;

De la société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin (Aisne), M. Bourbier, docteur-médecin, attaché aux hospices et à la maison d'arrêt de St-Quentin;

De la société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Cher à Bourges, M. Lbomme (Cyr-Etienne-Alexandre), médecin de l'Asile départemental;

De la société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Puy-de-Dôme à Clermont, M. Bertrand (Pierre), directeur de l'Ecole de médecine de Clermont, membre du conseil général.

— L'assemblée générale de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu le dimanche 30 octobre prochain, à 2 heures, dans l'amphithéâtre de l'assistance publique, boulevart Victoria, près l'Hôtel-de-Ville.

MM. les membres de l'Association générale sont invités à assister à cette assemblée.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 124. — SAMEDI 22 OCTOBRE 1859. (32e ANNÉE) N° 124. — SAMEDI 22 OCTOBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'expectation dans la pneumonie franche.

A l'occasion de la question de la valeur des émissions sanguines dans le traitement des phlegmasies en général, et en particulier de la pneumonie, soulevée récemment par l'exposition des idées de M. Beau sur ce point de thérapeutique, nous avons fait connaître les résultats d'une expérimentation comparative des divers modes de traitement de cette dernière affection qui ont conduit M. le docteur Peyraud, médecin de l'hospice de la Charité de Lyon, à des conclusions à peu près confirmatives des idées du médecin de la Charité de Paris. On trouve dans le cahier de septembre des *Archives générales de médecine* l'extrait d'un mémoire posthume de l'un des médecins les plus distingués de nos hospices d'enfants, prématurément enlevé à la science, le regrettable Legendre, qui renferme des données précieuses pour la solution de cette question pratique, qui nécessite avant tout une distinction préalable essentielle, au point de vue de la marche naturelle de la maladie et de son pronostic, entre la pneumonie franche et la pneumonie catarrhale.

Voici quelques-uns des passages empruntés à cet excellent travail qui nous paraissent se rapporter le plus directement au sujet qui nous occupe :

Une série de douze cas de pneumonies franches observées dans son service, à l'hôpital Sainte-Eugénie, pneumonies toutes traitées par l'expectation et toutes guéries, malgré l'extrême gravité apparente de plusieurs d'entre elles, ont fait avancer à Legendre les trois propositions suivantes :

1° La pneumonie franche se développant accidentellement au milieu d'une bonne santé, est, au moins chez les enfants, une maladie qui se termine habituellement, pour ne pas dire toujours, d'une manière favorable ;

2° Cette maladie est caractérisée par un ensemble de symptômes pouvant à la rigueur être divisé en trois périodes : période d'invasion, d'état et de déclin ;

3° L'évolution de ces trois périodes aura une durée moyenne de sept jours.

Si ces trois propositions étaient fondées, on voit combien elles seraient de nature à modifier le pronostic de la pneumonie tel qu'on a cherché à l'établir d'une manière générale dans les ouvrages classiques. C'est ce que Legendre a cherché à démontrer. De tous les éléments sur lesquels on a généralement cherché à établir le pronostic de la pneumonie, tels que l'âge, le sexe, la constitution des sujets, les climats, les saisons, la constitution régnante, la nature des causes occasionnelles, les formes de la maladie, etc., il n'y en avait qu'un à ses yeux qu'on dût considérer comme fondamental et dominant tous les autres, c'est celui qui est basé sur la forme ou plutôt sur la nature particulière de la pneumonie. C'était, en effet, pour lui, bien plus dans les différences nosologiques qui existent entre les diverses espèces de pneumonies que dans les conditions particulières, les différences d'âge, de sexe, de constitution, de saison, etc., qu'il fallait chercher les bases principales du pronostic. Une fois le pronostic établi ainsi d'une manière générale, c'était alors, disait-il, que l'on pouvait étudier avec avantage l'influence que l'âge, le sexe, la constitution des sujets, les épidémies exercent sur le pronostic de chaque espèce de pneumonie en particulier.

Legendre admettait deux espèces de pneumonies de forme ou de nature différente : la pneumonie franche et la pneumonie catarrhale. — La pneumonie franche, caractérisée anatomiquement au second degré par de la véritable hépatisation, et cliniquement, au début, par du frisson, de la fièvre, quelquefois des vomissements, du point de côté, de l'oppression, des crachats visqueux, aérés, rouillés, du râle crépitant, suivis bientôt de respiration bronchique, bronchophonie, matité considérable, ensemble de symptômes se développant brusquement, en général, sous l'influence de causes occasionnelles, et se terminant par la guérison du septième au neuvième jour. — La pneumonie catarrhale, fausse ou bâtarde, caractérisée, au point de vue anatomique, par une inflammation catarrhale muqueuse des bronches capillaires et des vésicules pulmonaires, et subsidiairement par des altérations du parenchyme pulmonaire ; et cliniquement, par un début insidieux, [illegible] plus ou moins vive, l'absence de point de côté violent et de crachats rouillés, une expectoration muco-purulente, une durée indéterminée n'ayant rien de fixe, se prolongeant en général deux et même quelquefois trois septénaires ; et enfin, comme signes physiques, par des râles sous-crépitants ou muqueux des deux côtés de la poitrine, etc.

Cette espèce de pneumonie, qui n'est, en définitive, autre que ce que les auteurs anciens avaient désigné sous le nom de *peripneumonia notha*, et qui réunit les diverses maladies décrites de notre temps sous les noms de pneumonie lobulaire, bronchite capillaire, catarrhe suffocant, bronchopneumonie, toujours double, comme le catarrhe pulmonaire simple, dont elle n'est qu'une exagération, est très-fréquente chez les enfants depuis le moment de la naissance jusque vers l'âge de cinq ans.

C'est à cette espèce qu'on doit rapporter les pneumonies doubles qui succèdent aux catarrhes ordinaires dans les fièvres typhoïdes graves, dans les rougeoles ou dans les grippes de mauvais caractère ; elle constitue enfin les neuf dixièmes des pneumonies de la vieillesse.

Or, tandis que la pneumonie franche guérit par les seules forces de la nature, il en est tout autrement de la pneumonie catarrhale. Le pronostic de ces deux affections, confondues jusqu'ici dans la supputation de leur gravité par la plupart des auteurs classiques, est donc différent ; pour la pneumonie franche, il devra être en réalité favorable pour la majorité des cas, et généralement grave au contraire pour la pneumonie catarrhale. Cette différence expliquerait ainsi les différences si sensibles dans le chiffre de la mortalité respective de la pneumonie aux divers âges. Si la pneumonie est si fatale aux deux extrêmes de la vie, c'est que chez les très-jeunes enfants comme chez les vieillards, on a affaire le plus ordinairement à la pneumonie catarrhale, et si elle est si bénigne à l'âge adulte, c'est qu'à cette époque de la vie ce sont les pneumonies franches, légitimes, les fluxions de poitrine proprement dites, qui sont de beaucoup les plus fréquentes. Ce n'est donc pas à l'âge qu'il faut attribuer l'influence principale sur le pronostic, mais à la nature même de la maladie.

Pour le pronostic, comme pour l'indication du traitement et l'appréciation de ses effets, tout se réduit, comme on le voit, à une question de diagnostic. Ainsi, tandis que s'il s'agit d'une pneumonie franche, on est presque assuré d'avance du succès, quelque méthode de traitement qu'on mette en usage, il n'en est pas de même si on a affaire à une pneumonie catarrhale, dont le traitement réclame toutes les ressources de l'art.

Bien entendu qu'une fois admise la distinction fondamentale qui existe entre le diagnostic, le pronostic et le traitement des deux espèces de pneumonie, il y a, au point de vue pronostique et thérapeutique de la pneumonie franche, quelques restrictions encore à établir suivant que l'affection se développe d'emblée au milieu d'une bonne santé et dans des conditions hygiéniques satisfaisantes, ou bien qu'elle succède à une autre maladie, ou suivant encore qu'elle se développe chez des sujets qui séjournent depuis longtemps dans un hôpital.

Ces considérations de Legendre, marquées au cachet d'une judicieuse observation, sont accompagnées de la relation de cinq observations choisies parmi les douze dont se composait ce travail, et qui montrent toutes des pneumonies franches guéries par la seule expectation, chez des enfants de 5 à 12 ans, dans un espace de temps qui n'a varié pour ces cinq cas que de 11 à 14 jours.

Rhumatisme cérébral.

La gravité du rhumatisme cérébral, l'obscurité qui règne encore sur le traitement à lui opposer, et les doutes qui subsistent encore sur les causes de cette terrible complication, nous font un devoir d'inscrire ici tous les cas qui nous sont communiqués, dans l'espoir qu'ils pourront servir un jour à la solution de quelques-unes des importantes questions qui s'y rattachent. C'est à ce titre que nous reproduisons le fait suivant, qui nous est communiqué par MM. les docteurs Bonifaz et Mazel, ainsi que les réflexions très-justes dont ils ont fait suivre sa relation.

Le sieur P..., fabricant de chapeaux, âgé de 32 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin-lymphatique, est pris de douleurs articulaires très-vives le 31 août 1859. A l'âge de 10 ans, il avait eu une première attaque de rhumatisme qui le retint au lit pendant un mois et demi. Depuis lors, il avait joui d'une santé parfaite.

Jusqu'au [illegible] n'a rien présenté d'insolite dans sa marche. Nous noterons néanmoins que le début n'a pas été marqué par une fièvre intense, et que celle-ci ne s'est allumée que le cinquième jour. Toutes les articulations ont été tour à tour envahies, et, chose digne de remarque, celles des divers cartilages du larynx entre eux n'ont pas été épargnées.

Le malade accusait une douleur assez vive à la région du larynx, et cette douleur augmentait par les mouvements de la déglutition. L'articulation temporo-maxillaire a été pendant vingt heures environ le siége de douleurs vives avec trismus. On sentait les deux masséters durs et contractés, et il était impossible d'abaisser la mâchoire inférieure, quelque effort que l'on fît pour y arriver. Ce symptôme ne s'est plus reproduit. Cinq jours avant la mort il y a eu une congestion à la base du poumon droit, caractérisée par de la submatité et du râle sous-crépitant. Vingt sangsues en ont triomphé. Pas de complication du côté du cœur. Le traitement a été essentiellement composé de deux saignées générales ayant fourni un caillot rétracté et couvert d'une couenne très-épaisse, et de l'administration du sulfate de quinine, 3 gr. 50 centigr. en cinq jours. Sous l'influence de ce traitement, approuvé par M. Serre (d'Uzès) appelé en consultation et continué d'après ses conseils, un mieux très-sensible s'était opéré : les articulations n'étaient plus douloureuses, il n'existait qu'un peu de gêne dans les mouvements.

Le 15 septembre au soir le malade est pris de délire. Depuis quelques jours il existait un peu de subdélirium pendant la nuit ; le jour il disparaissait complétement, et les réponses du malade étaient très-lucides. Il faut noter, en outre, que lors de l'amélioration qu'on vient de mentionner dans les symptômes locaux, le pouls s'était maintenu à un chiffre fort élevé, 96 pulsations. Le délire commença à sept heures du soir, accompagné de fièvre violente : la peau était chaude, sèche, le pouls à 120, la face rouge, la langue sèche, l'agitation extrême. On prescrit 12 sangsues, 6 à chaque apophyse mastoïde, appliquées successivement une à une, afin d'obtenir un écoulement de sang continu ; des vésicatoires sur les grandes articulations, lavement avec 50 centigr. de musc. Les sangsues ne purent être appliquées à cause de l'agitation du malade, et la nuit fut marquée par des accès épileptiformes.

Dans la matinée du 16, le malade était plus tranquille ; cependant l'intelligence n'était pas revenue, et le pouls, faible et dépressible, avait 135 pulsations. On prescrit une potion avec 4 gr. extrait mou de quina, et on applique sur les mollets des vésicatoires ammoniacaux. Le malade présenta de nouveau une agitation assez vive, à laquelle succéda le coma, terminé par la mort dans la soirée du même jour. L'autopsie n'a pu être faite.

Cette observation soulève plusieurs questions intéressantes.

1° Quelles causes ont amené cette complication du côté du cerveau ?

2° Pouvait-on la prévoir d'avance ?

3° Quelle était au juste sa nature ?

4° Quel traitement pouvait-on lui opposer ?

Le sieur P... était un ouvrier chapelier qui, par le seul effort de son travail et de son intelligence, était parvenu à se mettre à la tête d'un atelier important. Il était père de famille et très-attaché à ses enfants. Alors que son état ne présentait aucune gravité, il était agité de pressentiments sinistres ; deux fois il fit venir ses enfants, et les embrassant avec effusion, il annonçait qu'il allait s'en séparer pour toujours. Si l'on se rappelle ce qui a été dit par MM. Thirial et Vigla au sujet du rhumatisme cérébral, on n'aura pas de peine à admettre que ce malade était placé dans de mauvaises conditions. La disparition des douleurs articulaires a bien pu jouer un rôle dans la production du rhumatisme cérébral, qui ne s'est produit cependant que deux jours après. Pourrait-on en incriminer le traitement ? Personne ne songera à blâmer les saignées. Quant au sulfate de quinine, il n'en a été donné que 3 gr. 50 c. en cinq jours ; il n'a produit aucun accident, et ce n'est que deux jours après sa cessation que les symptômes cérébraux se sont manifestés.

Une troisième cause a été signalée comme pouvant donner lieu à cette terrible complication : c'est le froid, qui vient surprendre le rhumatisant au milieu des sueurs profuses qu'on observe si souvent dans cette maladie.

Dans cette circonstance il n'y a pas lieu d'invoquer cette cause, le malade n'y ayant point été exposé.

Les conditions morales fâcheuses dont il vient d'être parlé avaient éveillé les craintes de nos confrères et motivé une certaine réserve dans leur pronostic, qui n'en restait pas moins favorable. Le subdélirium fugace observé pendant la nuit fournissait-il des données pronostiques plus sûres? Ils ne l'ont pas pensé. L'acuité des douleurs, l'élévation du pouls, l'influence de la nuit, suffisaient à leurs yeux pour expliquer ce symptôme indépendamment de tout état grave.

L'influence rhumatismale leur parait hors de doute. Y avait-il lésion du cerveau ou de ses enveloppes? et, dans l'affirmative, quelle était cette lésion? En l'absence d'autopsie, il n'est pas possible de résoudre ces questions avec certitude. Toutefois, MM. Bonifaz et Mazel sont disposés à admettre chez leur malade l'existence de ce qu'on a appelé la méningite rhumatismale.

Nos confrères ont suivi les indications qui se présentaient naturellement à eux lorsqu'ils ont cru avoir affaire à une congestion cérébrale; ils ont cherché à la combattre par les sangsues et tâché d'obtenir une dérivation utile par l'application de vésicatoires sur les grandes articulations. Quand la prostration a paru dominer, ils ont eu recours aux toniques radicaux associés aux antispasmodiques (quinquina, musc).

Il eût été difficile, dans l'état actuel de nos connaissances sur cette maladie, de faire mieux et même autrement. Quant aux craintes exprimées par nos confrères à l'égard de l'influence fâcheuse qu'aurait pu avoir le sulfate de quinine sur la production des accidents, nous croyons, d'après tous les faits connus jusqu'à présent, pouvoir les considérer comme au moins exagéré.

Résultat des revaccinations opérées en 1858 au 25e régiment de ligne, à Rome.

Nous recevons de M. le docteur Armieux, médecin-major au 4e régiment de voltigeurs de la garde, le compte rendu des revaccinations qu'il a opérées l'année dernière, à Rome, sur les hommes du 25e régiment de ligne dont il était alors le médecin.

Ce document se recommande par le grand nombre d'opérations pratiquées, par la proportion de succès obtenus, par les déductions pratiques qui résultent des chiffres diversement combinés, et dont notre honorable correspondant a su très-heureusement tirer d'utiles enseignements propres à élucider plusieurs questions encore douteuses.

Le vaccin transmis de bras à bras chez les adultes dégénérant avec une grande rapidité, même lorsqu'il s'agit d'inoculations primitives, M. Armieux a eu recours, aussi souvent que possible, à des pustules vaccinales développées chez des enfants. M. le docteur Bianchi, chargé des vaccinations municipales au Capitole, a mis à sa disposition plusieurs enfants du Transtévère, sains et robustes, sur lesquels il a puisé un virus énergique, ayant une grande puissance de transmission; c'est à cette circonstance qu'il attribue le grand nombre de ses succès, qui s'est élevé au *tiers* du nombre total des inoculations.

Ces enfants étaient vaccinés au moyen de virus conservé frais en tubes capillaires, et envoyé de Naples ou de Milan. Les premières inoculations ne produisaient chez ces enfants que des pustules petites, sans inflammation ni réaction générale; ce n'était qu'à la deuxième ou troisième main que les pustules se développaient avec une grande énergie.

Il n'y a eu aucun accident grave à regretter, et malgré la rapidité avec laquelle l'opération a été conduite, il a été possible d'obtenir pour chaque homme le repos à la chambre nécessaire pour prévenir toute inflammation anormale ou exagérée.

Beaucoup d'hommes ont eu les ganglions de l'aisselle engorgés, chez quelques-uns il y a eu suppuration de ces ganglions, chez d'autres l'inflammation des lymphatiques s'est étendue à tout le bras; mais aucun d'eux n'a eu ni érysipèles ni phlegmons.

Quelquefois les croûtes, en tombant, ont laissé des ulcères profonds qui ont été longs à guérir. Il y a eu presque toujours de la fièvre, avec anorexie et retentissement général. Tous ces désordres ont été généralement plus marqués que ceux qu'on observe chez les enfants en bas âge.

On a vu aussi se produire quelques syncopes, dues à une impression singulière faite par une lancette sur des organisations peu sensibles et capables de recevoir sans sourciller des blessures autrement sérieuses.

La moyenne de température pendant le mois de mai à juin qu'a duré l'opération, a été de 25° centigrades. Il a fait beaucoup d'orages, et le sirocco a soufflé souvent. Sous ces influences atmosphériques, les pustules apparaissaient du quatrième au septième jour; quelques cas isolés ont présenté une incubation de dix et même quinze jours.

Le nombre des revaccinations pratiquées a été de 2,021 qui ont donné : 670 succès certains, 86 succès douteux, 1,254 insuccès et 11 résultats inconnus.

Il y a tout lieu de penser que cette proportion d'un tiers de succès représente la normale dans les conditions où je m'étais placé.

Le vaccin conservé en plaques ou en tubes, n'a qu'une efficacité douteuse sur les adultes.

Le vaccin pris de bras à bras sur des enfants a fourni les plus beaux résultats : 55 0/0, ou plus de la moitié des succès.

Revaccinations groupées suvant la nature et l'origine du vaccin.

NATURE ET ORIGINE DU VACCIN.	NOMBRE de vaccinat.	SUCCÈS certains.	SUCCÈS dout.	SUCCÈS nuls.	TOTAUX des résult. connus.	PROPORTION des succès.
Vaccin conservé en plaques, reçu de l'Académie de médecine de Paris.. .	10	»	»	10	10	0
Vaccin conservé en tubes, recueilli depuis 8 ou 15 jours sur des adultes. . .	72	1	1	68	70	14 0/0
Vaccin frais, conservé en tubes, recueilli de la veille sur des enfants.	25	12	3	10	25	48 0/0
Vaccin pris de bras à bras sur des enfants.	667	366	39	260	665	55 0/0
Vaccin pris de bras à bras sur des adult. de la vaccinat. ci-dessus (2e main).	1176	238	36	795	1069	22 0/0
Vaccin pris de bras à bras sur des adult. de la vaccinat. ci-dessus (3e main).	93	33	5	56	94	35 0/0
Vaccin pris de bras à bras sur des adult. de la vaccinat. ci-dessus (4e main).	33	18	1	14	33	54 0/0
Vaccin pris de bras à bras sur des adult. de la vaccinat. ci-dessus (5e main).	44	2	1	41	44	45 0/0
TOTAUX.	2021	670	86	1254	2010	

Les vaccinations opérées au moyen des pustules des militaires vaccinés avec des enfants ont donné : 22 0/0 ou le quart de succès.

Ces deux proportions, issues du plus grand nombre de nos opérations, ont déterminé la moyenne générale, qui est de 33 0/0 ou d'un tiers.

Les résultats favorables de la troisième et de la quatrième main sont dus à des circonstances fortuites qui ne sauraient faire règle; car si quelques boutons ont fourni, dans certains cas, des succès nombreux avec d'autres pustules de la même origine, on n'a rien obtenu du tout. C'est cette infidélité même du vaccin transmis d'adulte à adulte qui a fait rejeter cette méthode, et le résultat à peu près négatif de la cinquième main est venu avertir qu'il était temps de s'arrêter dans cette voie.

Les succès douteux sont relativement très-restreints, et M. Armieux a constaté que l'opération était le plus souvent ou totalement sans succès, ou bien qu'elle produisait une ou plusieurs pustules caractéristiques.

Notre confrère s'est livré à quelques contre-épreuves qu'il ne lui a pas été permis de multiplier assez. Quelques hommes, vaccinés sans succès avec du virus conservé en plaques ou en tubes, et revaccinés de nouveau de bras à bras avec du vaccin de leurs camarades, ont donné un tiers de succès. De même, quatre militaires vaccinés sans succès de bras à bras avec des boutons d'adultes, et revaccinés plus tard au moyen de pustules infantiles, ont donné deux succès.

Ceci prouve que les résultats, à part la réceptivité plus ou moins grande des sujets, sont dus surtout à l'énergie du vaccin employé.

Il y a des natures tout à fait réfractaires : « J'ai vu, dit M. Armieux, plusieurs individus qui avaient été revaccinés jusqu'à sept fois à diverses époques, et toujours sans succès. D'autres offraient un terrain toujours apte au développement des pustules vaccinales, et pouvaient être vaccinés tous les ans avec succès, même avec un virus d'adulte peu énergique (1). »

Un tableau des revaccinations, réparti suivant l'âge des sujets, a donné des résultats qui se résument ainsi. Les proportions des succès ont été :

A 19 ans, de 56 0/0; à 20 ans, de 25; à 21, de 36; à 22, de 28; à 23, de 33; à 24, de 30; à 25, de 40; à 26, de 37; à 27, de 28; à 28, de 21; à 29, de 29; à 30, de 43; à 31, de 32; à 32, de 12; à 33, de 20; à 34, de 9; à 35, de 22; à 36, de 71; à 37, de 36; à 38, de 66; à 39, de 25; à 40, de 20; à 41, de 1 seulement; à 42, de 1 seulement; à 44, de 50; à 45, de 2; à 46, de 50; à 48, de 50 0/0.

De ce deuxième tableau, il résulte qu'il n'y a pas d'âge réellement réfractaire à la revaccination. Les âges les moins élevés nous ont donné les plus belles proportions. De 21 à 25 ans, les succès se rapprochent de la moyenne générale; ensuite ils baissent, et arrivent au plus entre 32 et 35; puis ils se relèvent, et de 44 à 48 ans ils atteignent les proportions favorables de la jeunesse. Ces chiffres démontrent que les revaccinations ne sont pas utiles seulement dans la jeunesse, ou seulement dans l'âge mûr, comme quelques esprits trop exclusifs ont cherché à le faire accepter.

Les vaccinations antérieures, quoique récentes, n'ont eu aucune influence sur les résultats. La variole a sensiblement diminué les succès, excepté chez les sujets ayant eu la maladie jeunes et qui n'avaient point été vaccinés.

Ce tableau montre aussi la proportion des vaccinés et des variolés dans un régiment français.

M. Armieux a recherché quelle était la véritable mesure maximum de la réussite des revaccinations.

Pour cela, il a inoculé du vaccin d'enfant de bras à bras à des militaires de 20 à 30 ans, vaccinés avec succès dans leur jeunesse et n'ayant point été variolés ou revaccinés.

(1) « L'opération dans son ensemble eût pu être mieux faite, plus préservatrice encore; mais pour arriver à la perfection, que j'ai entrevue sans pouvoir l'atteindre, il aurait fallu ne point être entravé par des exigences de service bien légitimes; il aurait fallu vacciner exclusivement de bras à bras avec des enfants, et avoir un plus grand nombre de ceux-ci à ma disposition. »

Il a obtenu, sur 493 opérations, 265 succès certains, proportion de 1/2 ou 50 0/0, qui lui paraît être le résultat-type dans ces circonstances dégagées de tout élément défavorable.

Résultat suivant l'état de vaccination ou de variolation antérieur.

ÉTAT DE VACCINATION, REVACCINATION, OU VARIOLATION.	NOMBRE des opérations	SUCCÈS certains.	SUCCÈS dout.	SUCCÈS nuls.	PROPORTION des succès.
Sujets non variolés, vaccinés jeunes ou depuis plus de dix ans. . .	1478	505	62	911	34 0/0
Sujets non variolés, vaccinés depuis moins de dix ans.	48	15	4	29	32 0/0
Sujets vaccinés dans leur enfance, ayant eu la variole depuis plus de dix ans.	125	40	5	80	32 0/0
Sujets vaccinés jeunes, ayant eu la variole depuis moins de dix ans.	139	31	11	97	21 0/0
Sujets n'ayant point été vaccinés et qui ont eu la variole depuis plus de dix ans.	115	50	3	62	43 0/0
Sujets non vaccinés, ayant eu la variole depuis moins de dix ans. .	30	8	1	21	26 0/0
Sujets n'ayant été ni vaccinés ni variolés.	22	11	»	11	50 0/0
Sujets vaccinés ou variolés dans leur enfance et revaccinés depuis moins de vingt ans.	19	6	»	13	29 0/0
TOTAUX.	1976	666	86	1224	

« La mesure prophylactique appliquée si judicieusement à toute l'armée, dit M. Armieux en terminant, vient de prouver à Rome son efficacité préservatrice. Nous venons de traverser une épidémie qui a sévi avec la plus grande intensité sur la population civile; nous n'avons eu à constater au 25e de ligne que sept varioles ou varioloïdes bénignes sur des hommes *non revaccinés*, excepté un, qui l'avait été sans succès au moyen d'un virus d'adulte peu énergique. Nous n'avons pas eu un seul décès.

» Ces faits ont une éloquence à laquelle je n'ai rien à ajouter. »

Du procédé de cathétérisme dans les hypertrophies de la prostate.

Deux nouvelles lettres nous sont parvenues depuis la publication de la note que nous a communiquée M. le docteur Mallez sur un procédé particulier de cathétérisme dans les hypertrophies de la prostate, et qui a déjà provoqué une réclamation de la part de M. le docteur Ribes.

La première de ces lettres est de M. le docteur Mercier, qui réclame non pour lui, mais pour Chopart et pour W. Hey, la priorité de l'invention du procédé en question; la seconde est de M. Després, chirurgien de Bicêtre, qui donne sur ce sujet des éclaircissements de nature à mettre, ce nous semble, tout le monde d'accord, en déclinant d'une part toute prétention à l'invention, et d'autre part en faisant connaître les différences qui distinguent le procédé dont il se sert de celui que M. Ribes a revendiqué en faveur de Pasquier.

Voici ces deux lettres, qui nous paraissent devoir tout naturellement mettre un terme au petit débat soulevé par cette communication.

1° *Lettre de M. Mercier.* — Permettez-moi de vous adresser à mon tour une réclamation au sujet du procédé de cathétérisme attribué soit à M. Després, soit à Pasquier (*Gazette des Hôpitaux* des 1er et 15 octobre). La vérité est qu'il n'appartient ni à l'un ni à l'autre. Je l'ai décrit page 313 de mes *Recherches* de 1841, et reproduit avec perfectionnement pages 144 et 151 de celles de 1856.

Toutefois, si j'étais l'inventeur de ce procédé, je me tairais, comme je le fais depuis quelques années au sujet des emprunts qui me sont faits journellement. Je l'ai toujours rapporté à ses véritables auteurs. Au point de vue de M. Després, qui consiste à retirer quelque peu le mandrin pour rendre à l'extrémité de la sonde sa flexibilité, il appartient à Chopart (*Maladies des voies urinaires*, édition de 1791, t. II, p. 414); au point de vue de Pasquier, qui avait pour but, dit-on, d'augmenter la courbure de cette sonde, il appartient à W. Hey (*Pract. obs. in surgery*, 2e ad., p. 437; 1810).

J'ajouterai, par occasion, que Pasquier avait grand tort d'employer un mandrin *très-flexible et très-fin*, parce que si la première tentative échoue il faut retirer le tout avant de recommencer; autrement on courrait risque, en repoussant le mandrin, de le faire sortir par les yeux de la sonde. J'ai recommandé, au contraire, de se servir d'un mandrin assez volumineux pour qu'on n'ait pas à craindre cet accident.

Recevez, etc. Dr Aug. MERCIER.

2° *Lettre de M. Després.* — Vous avez publié dans la *Gazette des Hôpitaux* (n° du 15 octobre) uno lettre de M. le docteur Ribes, dans laquelle cet honorable praticien réclame en faveur de son maître, M. Adolphe Pasquier, la découverte d'un procédé de cathétérisme dont M. le docteur Mallez a donné la description dans un acticle inséré dans votre estimable journal au numéro du 1er octobre 1859.

Tout en rendant justice au sentiment qui a dicté la réclamation de M. Ribes, je ne puis m'empêcher de lui faire observer qu'il s'est trompé sous le double rapport de l'invention et de la similitude de mon procédé et de celui de M. Pasquier.

En effet, sous le rapport de l'identité, il suffit de mettre en regard les deux procédés pour en faire ressortir la différence.

Procédé de Pasquier tel qu'il est décrit par M. Ribes. — Pasquier se servait de sondes en gomme recourbées; il introduisait dans le canal de l'urèthre une de ces sondes sans se servir de mandrin, et une fois le bec de la sonde arrivé à l'épaulement formé par la glande prostate engorgée, il introduisait dans la sonde un mandrin en acier très-flexible et très-fin; ensuite, pour faire franchir l'obstacle que lui opposait la prostate engorgée, il retirait le mandrin de quelques lignes, et la

sonde s'engageait d'elle-même à travers l'orifice du col de la vessie et pénétrait rapidement dans la vessie elle-même.

Le mouvement de traction qu'il imprimait au mandrin augmentait la courbure de la sonde, et c'est ce qui rendait son introduction facile, parce qu'alors elle glissait par la partie coudée sur l'épaulement formé par la prostate.

Procédé que j'emploie. — Je me sers habituellement d'une sonde en gomme élastique droite ou courbe, armée d'un mandrin coudé à angle presque droit à 2 centimètres et demi de son extrémité inférieure. J'introduis la sonde jusque dans le fond du cul-de-sac prostatique ou de l'ampoule prostatique. Là elle s'arrête ; alors je la retire de quelques millimètres en la dirigeant dans l'axe du détroit inférieur du bassin, puis saisissant le mandrin de la main gauche et le maintenant aussi fixe que possible de la main droite, je fais glisser la sonde d'avant en arrière ; le bec de celle-ci rencontrant la paroi supérieure du canal de l'urèthre, qui est incliné de haut en bas et d'avant en arrière, la suit en y étant maintenu par son élasticité et par la direction qui lui est imprimée par la portion coudée du mandrin ; elle arrive bientôt au col de la vessie et le franchit sans difficulté.

Dans ce cas, la sonde une fois dans la vessie, a la forme d'une S, dont la courbure la plus petite occupe le col de la vessie et une petite portion du canal de l'urèthre, dont la partie moyenne est parallèle au plan presque vertical du cul-de-sac prostatique, et dont la seconde courbure beaucoup plus grande s'étend de la coudure du mandrin jusqu'à l'extrémité libre de la sonde.

Ce procédé m'a constamment réussi. J'ajouterai que le procédé de M. Pasquier ne me paraît être qu'une modification du procédé Chopart, modification peu avantageuse parce que l'introduction d'un mandrin dans une sonde expose une main même exercée à faire passer le bout de cet instrument par un œil de la sonde, et par conséquent à léser la prostate ; c'est là un procédé que je me garderais bien d'employer ou de conseiller.

Pour bien faire comprendre le procédé que j'emploie et en démontrer tout l'avantage, il faudrait entrer dans quelques considérations sur les lésions de la prostate, qui le rendent indispensable quand le procédé ordinaire est très-difficile, quelquefois même impossible.

C'est ce que j'espère faire dans un article que je me propose de vous adresser incessamment.

Quant à la question de priorité, l'honorable M. Ribes se trompe encore en faisant dire à M. le docteur Mallez qu'il me croit l'inventeur de ce procédé. Notre honorable confrère dit seulement : « M. Després » met habituellement en pratique un procédé de cathétérisme peu » connu et qui mérite de l'être. »

Mais quant à m'en attribuer la priorité, il n'en est nullement question dans son article.

Je dois dire toutefois que l'idée de ce procédé m'est venue en 1832, alors que j'étais interne à l'Hôtel-Dieu. Depuis, aide d'anatomie et prosecteur de 1837 à 1844, je l'ai enseigné et démontré à mes élèves. Devenu chef de service, j'ai pu l'appliquer fréquemment, et toujours avec succès.

Mais, tout en le décrivant, je me donnais bien garde de m'en considérer comme l'inventeur, et bien m'en a pris, car depuis que la question de priorité est soulevée, j'ai pu m'assurer que Hey avait recommandé, « lorsque l'on est arrivé sous la symphyse pubienne, de ne » plus agir sur le mandrin, mais de le tenir fixe d'une main, tandis » que de l'autre on pousse uniquement sur la sonde. »

Qu'importe la priorité si le procédé est bon, s'il est d'une application facile, s'il met à l'abri des fausses routes, et s'il permet d'entrer dans la vessie quelle que soit l'affection de la prostate?

En terminant, je remercierai de sa bienveillante attention M. le docteur Mallez, que je n'ai pas l'honneur de connaître ; je serai heureux si sa publication peut contribuer à vulgariser un procédé qui, je le crois, est appelé à rendre de grands services, quel que soit son auteur.

DESPRÉS,
Chirurgien en chef de Bicêtre.

RUPTURE DES CORDES TENDINEUSES

d'une des colonnes charnues de la valvule mitrale.

Par M. Emile ALLIX.

Une prostituée, âgée de vingt-cinq ans, lymphatique, d'une constitution pléthorique, était dans l'exercice de sa profession, lorsque tout à coup elle perdit connaissance, la respiration devint embarrassée, la peau, et surtout celle de la face, prit une teinte cyanique très-prononcée ; les membres sont le siége de mouvements convulsifs et de contractures. La malade dit qu'elle étouffe, et cherche avec ses mains à dilater sa poitrine. Le pouls est rapide et petit, les battements du cœur sont tumultueux, confus, irréguliers ; l'oreille ne parvient pas à distinguer les deux bruits l'un de l'autre, et n'entend plus qu'une sorte de roulement sans rhythme ; la main placée à la région précordiale perçoit un frémissement très-marqué. Au bout de peu de temps, sueurs froides, perte complète de connaissance, et mort par asphyxie.

A l'autopsie, on trouva :

1° Des plaques fibrineuses à la surface du péricarde ;

2° Une hypertrophie du cœur portant spécialement sur le ventricule gauche, dont la cavité est remplie par un volumineux caillot de sang noir ;

3° Des traces d'endocardite chronique ;

4° Une rupture des cordes tendineuses, qui partent du faisceau antérieur de la colonne charnue principale pour aller se fixer à la valve antérieure de la valvule mitrale.

Les poumons et le foie sont congestionnés ; la rate est tuméfiée et ramollie. (*Journal de méd. de Bruxelles*, mars 1859.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 octobre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture du procès-verbal de la dernière séance.

M. FORGET demande la parole sur sa rédaction. Il voudrait qu'on ajoutât que c'est en se fondant sur des expériences connues qu'il a dit que le curare donné au malade de M. Chassaignac n'avait pu être absorbé ni par l'estomac ni par la plaie.

Quoique cette addition ne modifie en quoi que ce soit le sens de l'observation faite par M. Forget, M. LE SECRÉTAIRE déclare qu'il en tiendra compte si la Société le juge nécessaire.

M. FORGET, après avoir réclamé pour son compte, croit devoir réclamer pour M. Larrey, qui n'est pas présent à la séance. Il pense que l'opinion de notre collègue a été reproduite d'une manière inexacte. Il n'aurait pas, selon lui, reconnu que le malade de M. Chassaignac fût atteint de tétanos généralisé, et il insiste pour qu'une rectification soit faite à cet égard.

M. LE SECRÉTAIRE s'étonne de ce que M. Forget, non content de réclamer *à tort* pour son compte, le fasse encore pour celui de ses collègues.

Il déclare qu'il a pris les notes les plus exactes, et qu'il a apporté le plus grand soin dans la rédaction du procès-verbal. D'ailleurs il fait appel au souvenir des membres présents, et il ne consentira à modifier sa rédaction première que si la Société en décide autrement.

M. FORGET insiste de nouveau.

M. LARREY, qui entre en ce moment dans la salle, s'excuse de n'avoir pu venir au début de la séance, et déclare, bien qu'il n'ait pas entendu la lecture du procès-verbal, s'en rapporter à la rédaction du secrétaire.

Un grand nombre de membres réclamant l'ordre du jour et l'adoption pure et simple du procès-verbal, cette proposition est mise aux voix et adoptée.

M. BOUVIER demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il fait remarquer qu'il résulte de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance, que la question relative au curare est loin d'être épuisée. On sait cependant déjà à quoi s'en tenir sur certains points importants. Ainsi, par exemple, on sait qu'il y a du vrai et du faux curare, et que des expériences faites avec le premier ont permis de constater ses effets. Maintenant que l'éveil est donné, chacun sentira la nécessité de s'entourer de toutes les garanties possibles dans le choix de cet agent.

Notre collègue s'est livré à quelques recherches depuis la dernière séance. Il donne en particulier l'analyse succincte de quelques-uns des points intéressants qui ont été étudiés dans la brochure de M. Alvaro Reynoso (1). Il en résulte :

1° Que chez plusieurs tribus indiennes de l'Amérique du Sud, on n'empoisonne que les flèches qui doivent servir à la chasse, et non celles qui sont employées dans les guerres. Le poison mis en usage y est connu sous des noms divers. Il est appelé *curare, worara, urali, wurali, wourari, voorari, woraru, wourali, urari, ourary, voorara.*

2° Que ce poison provient d'une seule et même plante, ou de plantes différentes, mais qui contiennent un principe actif identique, dont le caractère saillant serait de n'être absorbé qu'à la condition d'être mis en contact avec le sang ; et que cette plante serait surtout une vigne nommée wourali et qui croît dans les déserts. Quant au mode de préparation, on le trouve en détail dans le mémoire de M. Reynoso.

3° Que d'après M. Richard Schomburgk, les plantes suivantes serviraient à la préparation du curare et dans les proportions que voici :

Plante urari (strichnos toxifera).	2 livres.
Yakki (strichnos Schomburgkii).	1/4 de livre.
Arimaru (strichnos cogens).	1/4 —
Tarireng ?.	1/4 —
Wokarino ?.	1/4 —
Tararemu ?.	1/2 once.
Muramu ? (*très-petite quantité*).	
Manuca (une xanthoxilée).	

Et que l'Indien y ajouterait, en outre, un certain nombre d'autres plantes dont ni les noms botaniques ni la quantité ne sont donnés.

4° Que d'après M. Boussingault, qui a rapporté du curare des bords de l'un des affluents des Amazones, il n'entrerait dans sa composition aucun venin de serpent.

Ce serait, d'ailleurs, avec ce curare remis à M. Pelouze en 1833 qu'auraient été faites presque toutes les expériences publiées depuis à Paris sur ce sujet.

D'après de Humboldt aussi, il serait absolument faux qu'on mêlât au curare du sang, du poison de vipère et d'autres ingrédients.

5° Que Gumilla aurait été le premier voyageur qui ait longuement insisté sur la propriété que présente le curare de ne pas être absorbé lorsqu'il est introduit dans le tube digestif, tandis qu'il l'est rapidement lorsqu'il est mis dans une petite blessure. La Condamine aurait fait mention de la même particularité, qui aurait été confirmée plus tard par de Humboldt.

Le père Zéa, qui accompagnait ce célèbre voyageur et qui était malade de la fièvre tierce, se faisait tous les matins apporter dans son hamac une flèche empoisonnée et la poule vivante qu'on destinait à son repas ; il attachait une grande importance à ce qu'elle eût été tuée par le curare.

MM. de Humboldt et Bonpland ont souvent avalé, sans le moindre inconvénient, de petites portions de curare, et lui ont reconnu un goût *amer très-agréable.*

6° Que l'action du curare serait variable ; qu'à dose insuffisante pour produire la mort, il ne donne lieu qu'à une paralysie momentanée de l'animal ; que quand il est très-actif et mis en contact avec une plaie à dose considérable, il tue sans convulsions et sans cris (l'animal devient insensible et meurt).

Que d'après MM. Virchow et Munter, le curare ne serait pas non plus un poison tétanique, mais qu'il produirait la paralysie, c'est-à-dire la cessation des mouvements musculaires volontaires ; au contraire, il donnerait lieu à des convulsions s'il était mis en petite quantité en contact avec une plaie, surtout si on retardait son absorption par l'emploi de la cautérisation.

L'expérience aurait donc démontré depuis plus de cent ans, ajoute M. Bouvier, que du curare peut être impunément introduit dans l'estomac de l'homme ; mais cela n'est nullement prouvé pour toutes les espèces de curare.

Notre collègue termine sa communication par la lecture de quelques passages d'une note qui lui a été remise par M. Réveil. Nous les transcrivons ici.

« Il est plus que probable que ces différents noms appliqués à une substance qui paraît être la même dans le fond, désignent cependant des poisons dont la composition n'est pas absolument identique.

» Il est, en outre, important de remarquer que les diverses substances de la matière médicale que nous connaissons et qui appartiennent au genre strychnos, telles que la noix vomique, la fève de saint Ignace, le bois de couleuvre, la fausse angusture, le quinquina bicolor, renferment toutes de la strychnine et de la brucine, et que dès lors il est extraordinaire, lorsqu'on voit figurer trois strychnos dans la formule de M. Richard Schomburgk, de ne pas trouver de la strychnine dans le curare.

» Sur cinq échantillons de curare que nous avons eu en notre possession, quatre possédaient les mêmes propriétés, quoiqu'à des degrés divers ; ils n'étaient pas absorbés par la muqueuse gastrique, mais ils l'étaient par la muqueuse bronchique et par la muqueuse buccale du lapin.

» Nous avons étendu cette dernière observation au cochon d'Inde et au rat albinos.

» Le cinquième échantillon, que nous nous sommes procuré au Havre et qu'on nous a dit provenir de Coromandel, était absorbé par l'estomac, et les phénomènes qu'il produisait étaient bien différents de ceux que détermine le curare ordinaire. En effet, celui-ci n'agit que sur le système nerveux moteur, tandis que l'échantillon dont nous parlons (et il tua l'animal) agissait aussi sur le système nerveux sensitif, ce qui me fit soupçonner qu'il contenait de la strychnine, et en effet l'analyse démontra bientôt que je ne m'étais pas trompé.

» Il est donc indispensable d'essayer le curare avant d'en faire usage. On s'est contenté, dit-on, dans un cas, d'introduire une solution très-concentrée de curare dans une incision pratiquée dans la cuisse d'un chat ; l'animal étant mort rapidement, on en a conclu que le curare essayé était de bonne qualité ; mais cela était insuffisant d'après ce que nous venons de dire. Pour être certain que le curare était bon, il fallait s'assurer qu'il n'était pas absorbé par la muqueuse gastrique, et qu'après la mort de l'animal soumis à l'action de ce poison le système nerveux sensitif avait été respecté et le système nerveux moteur seul atteint. »

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL demande à donner lecture de la lettre suivante de MM. Mialhe et Grassi, qui avaient été mis en cause dans la dernière séance :

Monsieur le président,

Le *Moniteur des sciences* du 8 octobre contient le compte rendu de la séance de la Société de chirurgie dans laquelle M. le docteur Chassaignac a communiqué l'observation d'un malade atteint de tétanos et traité par le curare. Dans la discussion qui a suivi cette communication, MM. les docteurs Larrey et Legouest ont émis des doutes sur la nature du curare employé. M. Chassaignac a répondu qu'il avait fait prendre cette substance dans notre officine et qu'il s'en était entièrement rapporté à nous. Nous regardons comme un devoir de donner quelques renseignements sur le curare que M. Chassaignac avait fait prendre chez nous avec confiance ; nous espérons qu'ils seront bien reçus de la Société de chirurgie, qui soumet toujours à une discussion sérieuse et approfondie les faits qui lui sont présentés.

Le curare que nous avons nous a été donné par M. Bourcier, ancien consul de France à Quito (Équateur), naturaliste habile, observateur judicieux, qui l'a rapporté lui-même de la province de Macas. C'est le même curare que M. Bourcier distribuait aux Indiens qui l'accompagnaient dans ses excursions et dans ses chasses, et dont ils se servaient exclusivement. Il était donc parfaitement certain de son activité pour l'avoir mille fois observée.

L'origine de ce curare était donc entourée de toutes les garanties désirables. Cependant, avant de le délivrer au malade, nous n'avons pas négligé de le soumettre à une épreuve décisive. Nous avons pris un chat, et nous lui avons fait une incision à la partie interne de l'une des pattes de derrière. Après avoir étanché le sang, nous avons introduit dans la plaie 5 centigr. de curare délayé dans quelques gouttes d'eau. Le train postérieur de l'animal a été à l'instant même paralysé, et une demi-minute après il était mort.

Après cette expérience, nous étions donc en droit de délivrer le curare que nous faisait demander M. Chassaignac avec autant de confiance que nous délivrons le quinquina et l'opium préalablement soumis à une analyse chimique exacte et rigoureuse.

Nous avons fait part de cette expérience à M. le docteur Vulpian avant la communication de M. Chassaignac à la Société de chirurgie.

Veuillez recevoir, etc. MIALHE et GRASSI.

M. DEGUISE voulait demander à M. Chassaignac si depuis la dernière séance il avait expérimenté sur des animaux le curare dont il s'était servi ; mais il reconnaît que la lettre de MM. Mialhe et Grassi diminue l'intérêt de cette question. Il fait observer cependant qu'il résulte de tout ce qui a été dit jusqu'ici, que le curare n'est pas exactement connu.

Il met sous les yeux de ses collègues un carquois et des flèches empoisonnées par cette substance, et qui lui ont été apportés il y a quelques années de la Malaisie par un voyageur véridique, qui avait pu en constater sur les lieux les effets terribles.

Ces flèches sont très-petites, formées d'un bois très-léger et terminées par une pointe d'environ 2 centimètres enduite de curare ; on les lance à l'aide d'une sarbacane, et elles ont une portée considérable.

Depuis la dernière séance, notre collègue les a expérimentées sur deux chiens. Sur le premier, la flèche a été enlevée vingt-quatre heures après la blessure produite ; sur l'autre, la portion de la flèche enduite de curare a été coupée et maintenue dans les tissus beaucoup plus longtemps encore. Dans l'un et l'autre cas, les chiens ont continué à se porter à merveille.

M. LARREY. J'avais regretté, dans la dernière séance, que le curare dont s'était servi M. Chassaignac n'eût pas été expérimenté ; la lettre

(1) *Recherches naturelles, chimiques et physiologiques sur le curare.* Paris, 1855.

de MM. Mialhe et Grassi prouve que, comme moi, ils avaient compris l'importance d'une expérimentation préalable, et justifie, quoiqu'elle la rende nulle, mon observation. Je ne l'aurais pas faite si M. Chassaignac, à l'époque de sa communication, avait pu nous donner ce renseignement.

Il résulte d'un rapport très-circonstancié que j'ai demandé à M. Salleron, médecin principal de l'armée française à Turin, sur le fait de M. Vella, qu'on a beaucoup regretté que le curare employé n'ait pas été préalablement expérimenté. Je demande formellement que désormais, avant de se servir de cet agent sur l'homme, on prenne la précaution de s'assurer de sa qualité par des expériences sur les animaux.

M. DÉSORMEAUX, pour expliquer l'insuccès des tentatives faites avec les flèches de M. Deguise, rappelle que les extraits, en général, s'altèrent assez vite; celui de noix vomique, même, ne résiste pas longtemps.

M. VERNEUIL, tout en trouvant le vœu de M. Larrey très-légitime, croit devoir faire remarquer que la qualité des médicaments regarde surtout les pharmaciens qui les fournissent. D'ailleurs, le tétanos est une maladie qui marche souvent avec une telle rapidité, qu'on n'aurait pas le temps de faire les expériences demandées.

M. BOUVIER ne conteste pas que le temps puisse altérer le curare, mais il ne veut pas qu'on oublie cependant que c'est avec du curare conservé depuis 1833 que la plupart des expériences ont été faites en France jusqu'à ce jour.

M. LARREY maintient que des expériences préalables doivent être faites avec cet agent avant de l'employer sur l'homme. Cela sera toujours possible et demandera fort peu de temps.

M. DÉSORMEAUX ajoute à ce qu'il a déjà dit, que le même extrait s'altère plus ou moins vite en raison de circonstances qu'il n'est pas toujours facile d'apprécier.

M. CHASSAIGNAC pense qu'en ce qui concerne l'altération des extraits par le temps, il faut distinguer selon qu'ils sont conservés à l'état sec ou dissous dans un liquide. Sous la première forme, ils se conservent actifs pendant très-longtemps.

M. BROCA voudrait que ceux qui expérimentent le curare se souvinssent que cet agent est absorbé par les plaies et nullement par les muqueuses. Dans l'espèce, toute la question est donc de savoir si la plaie du malade de M. Chassaignac pouvait absorber. Et pour bien juger de la quantité de curare qui a pu pénétrer dans l'économie, il faut tenir grand compte de l'état particulier dans lequel elle était.

M. CHASSAIGNAC reconnaît que l'observation de M. Broca est parfaitement juste. Toutefois, on se rappellera que c'est avec une solution de 20 centigr. de curare pour 200 grammes d'eau que la plaie a été pansée au début. Quoiqu'on eût pu s'en tenir à cette solution, qui était très-étendue, il a cru devoir aller progressivement en augmentant. Il a déjà eu occasion de le dire, c'était la première fois qu'il employait ce poison. D'ailleurs, il n'y avait pas de temps à perdre, le malade était expirant.

M. FOLLIN indique que M. Manec, sur le malade dont il a publié l'observation, a introduit 5 centigr. de curare dans une plaie faite sur le bras à cet effet. Cette dose a pu être renouvelée sans qu'aucun effet se soit produit. Le curare employé avait cependant été expérimenté sur des animaux, et il était de bonne qualité puisqu'il les avait tués.

M. BOINET voudrait savoir si le curare dont s'est servi M. Manec venait de la pharmacie Mialhe?

M. FOLLIN répond qu'on l'avait pris au Collége de France.

M. VELPEAU demande à M. Bouvier si dans le travail de M. Reynoso il y a des observations relatives à l'homme.

M. BOUVIER répond qu'il n'y a que des indications vagues et rien de positif à cet égard.

M. FORGET rappelle qu'on a expérimenté le curare non-seulement sur des animaux à l'état sain, mais encore sur des animaux atteints de tétanos. Un chirurgien anglais a publié en 1833 deux observations de ce genre, et dans les deux cas l'emploi de cet agent n'a pas empêché la mort.

M. GIRALDÈS. M. Harley, de Londres, y a eu recours sans succès pour un cheval atteint de tétanos. Un homme qu'il se proposait de traiter de cette manière, fut assez heureux pour guérir avant l'emploi du curare.

On sait que M. Bernard s'étant inoculé ce poison, a eu la langue paralysée pendant un certain temps.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

C. Dierlich. *De prosopalgia ope galvanocaustica curata atque de causis a cura neuralgiarum.* Dissert. inaug.; Breslau, 1858, in-8°.

C. Haase. *De exstirpatione linguæ ope galvanocaustica.* Dissert. inaug.; Breslau, 1858, in-8°.

J. Zucker. *De uteri prolapsus curatione ope cauterii actualis.* Dissert. inaug.; Breslau, 1859, in-8°.

Math. Graupe. *De intestini recti stricturis.* Dissert. inaug.; Breslau, 1857, in-8°.

Rhein. Jœnisch. *De ligatura candenti cum ceteris penis amputandi methodis comparata.* Dissert. inaug.; Breslau, 1858, in-8°.

G. Ressel. *De polyporum uteri exstirpatione methode galvanocaustica instituta.* Dissert. inaug.; Breslau, 1857, in-8°.

C. Starck. *De testiculorum tumoribus galvanocaustice adhibita extirpatis.* Dissert. inaug.; Breslau, 1857, in-8°.

— M. BROCA fait hommage à la Société d'un exemplaire de son travail intitulé : *Remarques sur les fractures spiroïdes et sur les régénérations osseuses.* Paris, 1859, in-8°.

— M. Grand-Clément, de Clermont-Ferrand, adresse, à l'occasion d'une communication récente de M. Chassaignac, une observation manuscrite intitulée : *Abcès rétro-pharyngien à marche subaiguë; opération; guérison.* (M. Chassaignac, rapporteur.)

— M. LE PRÉSIDENT dépose sur le bureau les statuts de la Société tels qu'ils ont été adoptés par le Conseil d'État; il fait remarquer qu'ils n'ont subi que quelques modifications fort peu importantes, et que la nouvelle position de la Société la met en mesure de participer plus largement aux allocations du gouvernement et de recevoir les dons que des testateurs généreux voudront bien lui faire.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. HUGUIER présente un malade sur lequel un cancroïde ayant détruit une grande partie de la lèvre inférieure, il fut obligé d'enlever les deux tiers du côté droit de cette portion de la face. Songeant ensuite à une restauration de la partie enlevée, c'est à l'aide d'un lambeau pris sur la lèvre supérieure qu'il l'a obtenue. De cette façon, il a rétabli une sorte d'équilibre entre la lèvre supérieure et la lèvre inférieure, en donnant à l'une ce que l'autre avait de trop depuis l'opération première, et il a pu reconstituer une bouche assez régulière, sans pli ni froncement.

— M. FOLLIN met sous les yeux de la Société un malade sur lequel, depuis deux mois et demi, il a pratiqué la trachéotomie pour une affection syphilitique. Depuis cette époque, il a essayé plusieurs fois de retirer la canule, mais il a fallu se hâter de la réintroduire, la suffocation ne tardant pas à devenir imminente. Après s'être servi sans résultat avantageux d'une canule sans paroi postérieure, il en a fait construire une par M. Mathieu qui lui paraît réaliser un véritable progrès. Elle a la forme d'une double botte, elle a une ouverture très-large, et permet l'introduction plus facile de l'air et des médicaments. C'est celle que porte le malade, et il s'en trouve bien.

M. LEGOUEST trouve la canule que présente M. Follin très-bien construite. M. Bretonneau en avait déjà fait faire une, ayant comme celle-là la forme d'une botte. Il a eu occasion de l'essayer dans un cas, mais il a éprouvé une assez grande difficulté pour l'introduire. Cela a dépendu sans doute de ce qu'elle n'était pas aussi bien faite que celle qui a été exécutée par M. Mathieu.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. les professeurs particuliers qui sont autorisés par M. le ministre de l'instruction publique à faire un cours à l'École pratique, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu le 31 octobre, dans la salle du conseil de la Faculté, à une heure.

— M. Aug. Duméril, professeur au Muséum, ouvrira le cours de zoologie (histoire naturelle des reptiles et des poissons) mardi 25 octobre, à midi, et le continuera, à la même heure, tous les mardis et samedis.

— En Portugal, les feuilles périodiques ont adressé, au nom des médecins, une plainte au gouvernement, en lui demandant d'appliquer les lois en vigueur sur l'exercice illégal de la médecine.

— L'Université d'Edimbourg vient de faire une perte des plus regrettables, dans la personne du professeur William Pulteney Alison, auteur des *Esquisses* (outlines) *de physiologie*, publiées en 1831, et des *Esquisses de pathologie et de pratique médicale.*

— Le docteur Enrico Genuari, directeur d'une officine chirurgico-mécanique à Milan, offre généreusement de pourvoir de membres artificiels tous les soldats (jusqu'au grade de sergent) de l'armée franco-sarde qui ont été amputés de la jambe ou de la cuisse pour blessures reçues durant la guerre de l'indépendance italienne. Ceux qui auraient des droits à faire valoir à cette libéralité peuvent s'inscrire auprès du directeur des hôpitaux et établissements sanitaires de Milan.

— Par un décret du gouverneur de la Lombardie, daté de Milan le 21 juillet 1859, le professeur Lovati a été réintégré dans la chaire d'obstétrique théorico-pratique, à l'Université de Pavie, dont il avait été dépossédé par le gouvernement autrichien pour motifs politiques.
(*Gazetta medica ital. Stati Sardi*).

Nous recevons de M. Lukomski la réclamation suivante, à laquelle nous nous empressons de faire droit.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans le numéro 118 de la *Gazette des Hôpitaux*, page 472, que « M. Chassaignac présente au nom de M. le docteur Lukomski un mémoire intitulé *Du traitement de la syphilis par la vaccination*, etc. »

Quoique je sois lié aux médecins par l'amour de la science et le désir d'être utile à l'humanité, je n'ai pourtant pas, à mon grand regret, l'honneur de faire partie de leur corps savant; et ne voulant pas me prévaloir d'un titre auquel je n'ai pas droit, j'ai cru de mon devoir de vous prier de rectifier cette petite erreur, qui a pu se glisser soit dans l'impression, soit dans la rédaction même du procès-verbal de la Société de chirurgie.

Agréez, etc. Justin LUKOMSKI.

Paris, le 20 octobre 1859.

Un exemplaire broché de la *Gazette des Hôpitaux* (années 1839, 1840, 1841, 1842 et 1843);

Un exemplaire relié du même journal (années 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855 et 1856),

Sont à vendre au bureau du Journal.

— On désire acheter, brochée ou reliée, une année 1853.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Traité des maladies des voies urinaires, par le docteur Ch. PHILLIPS, officier de la Légion d'honneur. Un vol. in-8° de 684 pages, avec 97 figures intercalées dans le texte. Prix, 10 fr. — A Paris, chez Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 125. — MARDI 25 OCTOBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 125. — MARDI 25 OCTOBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 24 octobre 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Tout le monde sait combien la question de l'étiologie du goitre est difficile et conserve encore d'obscurités, malgré les nombreux travaux et les recherches multipliées dont elle a été l'objet. M. le docteur Demortain, pharmacien en chef de l'armée d'Italie, a profité de son séjour en Lombardie, où cette affection est si commune, pour étudier l'un des éléments présumés de son étiologie, la qualité des eaux des fleuves, sources et puits de cette contrée. L'analyse de ces eaux a donné des résultats dignes de remarque, et qui seraient de nature à modifier quelques-unes des idées le plus généralement accréditées, s'ils étaient eux-mêmes à l'abri de toute objection. On sait, en effet, qu'une commission instituée par le roi de Sardaigne pour l'étude du goître et du crétinisme, a réuni dans un magnifique rapport publié en 1848 les documents les plus complets et les plus importants sur l'étiologie de ces affections. Or, entre autres faits importants que ce travail a mis en relief, il faut tenir compte des différences très-sensibles que présente la composition des eaux des fleuves et des torrents, suivant qu'elles sont examinées en hiver ou en été. D'un autre côté, la variété de forme et de qualité des terrains, ainsi que la variété des diverses eaux potables dans les régions les plus fertiles en goître et en crétinisme, dit la commission, frappent d'avance toute opinion qui voudrait attribuer exclusivement ces affections à l'une de ces conditions topographiques. Ainsi, à Saint-Vincent, par exemple, où l'eau potable est excellente, il y a un très-grand nombre de goîtreux et de crétins, pendant que dans la ville d'Ivrée, où, comme à Aoste, les habitants sont obligés de faire usage des eaux troubles de la Doire Battée, on compte fort peu de goîtreux et presque pas de crétins. Nous pensons donc qu'il y a lieu d'être très-réservé sur l'interprétation des résultats annoncés à l'Académie par M. Demortain.

Une note de M. Gaultier de Claubry sur la recherche de l'arsenic ; un mémoire de M. Moilin sur l'identité du fluide électrique et l'agent qui détermine la contraction musculaire ; un travail de M. Tavignot sur l'application de la méthode galvano-caustique à la guérison de la cataracte, et quelques observations relatives à un procédé destiné à contenir le prolapsus utérin, communiqués par M. Gaillard à l'appui d'un mémoire sur ce sujet adressé précédemment pour le concours des prix de médecine et de chirurgie ; tel est, avec la communication de M. Demortain, le contingent médical de cette séance. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Compte rendu des faits de diphthérie observés pendant le premier semestre de l'année 1859.

Par M. le docteur Eug. Moynier, chef de clinique.

Pendant le premier semestre de l'année 1859, nous avons observé dans le service de M. le professeur Trousseau vingt-neuf cas de diphthérie. La diphthérie ne s'est pas toujours montrée à nous sous la forme de fausse membrane ; chez un certain nombre de malades, nous avons pu constater son existence antérieure par ses effets et ses conséquences.

Douze fois elle avait pris la forme laryngée, et constituait le croup, déterminant alors des accidents assez graves pour nécessiter la trachéotomie, qui fut pratiquée onze fois et suivie trois fois de guérison ; une fois elle fut jugée inutile, et l'enfant mourut sans opération.

Six fois elle resta limitée au pharynx sans envahir le larynx ; les malades étaient plus âgés que dans le cas précédent : sur six un mourut, et cinq guérirent.

Quatre fois elle affecta la forme cutanée ; c'était chez de très-petits enfants, de sept semaines à treize mois : un seul est mort, les trois autres ont guéri.

Cinq fois nous avons constaté la présence de l'albumine dans les urines.

Enfin huit fois nous avons observé la paralysie diphthérique.

Nous allons reprendre séparément chacune de ces quatre formes.

1° *De la diphthérie laryngée ou croup.* — Il est entré à l'Hôtel-Dieu onze enfants atteints de croup ; le douzième a été traité en ville ; la trachéotomie a été pratiquée avec succès, et si j'en parle ici c'est qu'il peut en ressortir quelques remarques dignes d'intérêt au point de vue du diagnostic et du traitement.

Sur ces douze enfants, il y avait sept filles et cinq garçons ; chez les sept filles nous avons obtenu deux guérisons et une chez les garçons.

Les garçons étaient âgés un de quatorze mois, un de dix-huit mois, un de deux ans et demi et deux de trois ans ; les filles avaient : une dix-huit mois, une autre trois ans, deux cinq ans, deux autres six ans et une seize ans. Les enfants guéris étaient âgés deux de trois ans et une de cinq ans.

Ces faits nous montrent combien sont rares les guérisons chez les enfants de moins de deux ans ; nous verrons plus loin que le croup d'ailleurs est plus rare au-dessous de deux ans que de trois à huit ans, et que la diphthérie revêt surtout la forme cutanée chez les très-petits enfants.

Nous ne possédons que des renseignements bien incomplets sur les phénomènes présentés par les malades avant leur entrée à l'hôpital, ce qui s'explique aisément quand on sait que ces petits enfants sont pendant la journée déposés à la crèche ou confiés à des voisines ; les parents le plus souvent ne connaissent pas les incidents de la maladie, dont ils ne commencent à s'inquiéter que lorsqu'elle est devenue très-grave et que le mal a fait de tels progrès que les moyens extrêmes offrent seuls quelques chances de salut.

Le médecin qui voit alors l'enfant pour la première fois, reconnaissant le peu de chances de succès qu'aurait la trachéotomie en l'absence de toute condition hygiénique, l'adresse aussitôt à l'hôpital. Les enfants nous arrivent ainsi souvent vierges de tout traitement. Ce fait constituerait une bonne condition pour la réussite de la trachéotomie, cela est vrai, si en même temps on pouvait choisir le moment de l'opération ; mais les enfants étaient quelquefois amenés dans une période si extrême que l'opération n'avait plus aucune chance de succès.

Une petite fille de six ans, d'une belle constitution en apparence, mourut en entrant dans la salle ; on n'eut pas même le temps de l'opérer. A l'autopsie nous avons trouvé des fausses membranes flottant dans le larynx et sur l'épiglotte ; mais la trachée et les poumons étaient tout à fait sains. N'est-il pas douloureux de voir mourir ainsi une enfant dont l'opération aurait certainement retardé et probablement empêché la mort, si on l'eût présentée à l'hôpital quelques heures plus tôt ?

Dans ces cas extrêmes l'opération n'est même suivie d'aucune amélioration : les enfants survivent quelques heures à peine, quelquefois même ils meurent une heure après l'opération. Il semble que l'asphyxie ait fait de tels ravages, ait frappé si profondément l'économie, que les enfants soient dans les conditions de gens empoisonnés ou asphyxiés, dont la vitalité a été détruite et qui ne peuvent plus revivre : l'hématose est devenue impossible quoique l'air soit rendu ; ils font à peine quelques inspirations et la mort survient. Ainsi, de jeunes enfants qui n'avaient présenté aucune trace de diphthérie cutanée (empoisonnement général), meurent après la trachéotomie, succombant à leur longue asphyxie et ne présentant à l'autopsie que des fausses membranes dans le larynx, sans aucune lésion inflammatoire du parenchyme pulmonaire.

Ils succombent par l'anéantissement des forces vitales ; la face n'est pas violacée, la respiration n'est pas pénible. Ces enfants ne paraissent pas souffrir : ils sont pâles, anéantis, immobiles dans leur lit, et ne respirant qu'à de longs intervalles qui deviennent de plus en plus longs, ils finissent ainsi sans agonie, comme s'ils oubliaient qu'il faut respirer pour vivre.

Début. Il nous a été souvent difficile de le connaître. Chez deux enfants un mal de gorge a précédé de trois jours les accès de suffocation, et de quatre jours chez deux autres enfants.

Une jeune fille de seize ans, morte dans la nuit même où on lui pratiqua la trachéotomie, était enrhumée depuis huit jours. Un enfant, depuis onze jours ; un autre avait une bronchite depuis quinze jours, et les accès de suffocation se renouvelaient depuis deux jours.

Chez un autre, la rougeole précéda immédiatement la diphthérie, qui se manifesta presque au moment de la desquamation.

Nous avons vu une fois la maladie se développer sous nos yeux : un petit garçon de dix-huit mois, fort, vigoureux, entre avec sa mère, le 10 juillet 1859, à l'Hôtel-Dieu, ayant tous les deux une éruption sudorale très-confluente. A cette époque, il y avait un enfant atteint de croup et une femme atteinte d'angine.

Le 16, la mère se plaint d'un mal de gorge ; des fausses membranes tapissent l'amygdale droite et la luette, les ganglions du cou sont augmentés de volume ; M. Trousseau la cautérise avec l'acide chlorhydrique.

Le 17, les fausses membranes ont presque disparu.

Le 18, elles ont reparu plus abondantes et plus épaisses ; elles recouvrent les deux amygdales et la luette. Une nouvelle cautérisation avec l'acide chlorhydrique est pratiquée ; l'enfant présente ce même jour une concrétion blanche, épaisse, à droite de la commissure des lèvres, sur laquelle on voyait une légère excoriation. M. Trousseau la cautérise avec le nitrate d'argent, et il nous prévient du danger qui menace cet enfant.

Le 19, la mère va mieux ; on la cautérise encore. Il apparaît alors chez l'enfant une fausse membrane à chaque extrémité de la commissure des lèvres ; on cautérise avec le nitrate d'argent. Les amygdales, les piliers et le voile du palais ne présentent rien d'anormal, pas même de la rougeur.

Le 20, les fausses membranes des lèvres sont moins épaisses, mais il nous semble que la voix devient rauque. Le soir, la toux est rauque, sifflante, la voix est voilée ; il y a des accès de suffocation. — Vomitif ; aucune fausse membrane, aucune rougeur sur les amygdales ni le voile du palais.

Le 21, à la visite du matin, nous apprenons que les accès de suffocation sont devenus si violents et si répétés que la trachéotomie a été jugée nécessaire. Une fausse membrane a été rejetée au moment de l'ouverture de la trachée ; l'enfant a de la fièvre, et le cou est très-enflé.

Le 22, oppression, dyspnée, fièvre vive, souffle et matité à droite. Mort dans la journée.

A l'autopsie, on constate l'absence de la diphthérie sur les amygdales et le voile du palais ; mais le larynx, la trachée, les bronches, sont envahis par des fausses membranes qui s'étendent jusqu'aux dernières ramifications bronchiques ; pneumonie occupant le lobe inférieur du poumon droit, et quelques points disséminés dans les deux poumons. La mère, après la mort de son enfant, a quitté l'hôpital, conservant encore des taches blanchâtres sur les amygdales.

J'ai voulu rapporter cet exemple curieux de début et de marche de la diphthérie qui, commençant aux lèvres, presque à la peau, envahit la muqueuse du conduit aérien, respectant le pharynx et débutant par un point blanc en apparence insignifiant, et dont la gravité du pronostic ne pouvait être portée avec autant de justesse que par un médecin aussi habile que M. Trousseau à reconnaître la diphthérie.

Comme je ne veux pas tracer l'histoire complète du croup, mais seulement faire connaître ce que nous avons observé, je n'insisterai pas sur la description de la maladie. Les deux points sur lesquels je désire appeler l'attention sont l'étiologie et le traitement.

Etiologie. — Sur 28 cas de diphthérie, huit fois la cause nous était complétement inconnue ; trois fois elle a été attribuée à un refroidissement.

Je crois qu'il faut à ceci une explication. Le refroidissement produit un rhume, une bronchite, dans quelques cas la laryngite striduleuse, le faux croup ; mais il ne produit le croup que d'une manière indirecte. Il détermine une inflammation du larynx, qui à son tour peut prendre un caractère spécifique et produire le croup ; cette inflammation agit alors comme nous verrons que les plaies, les écorchures agissent dans la production de la diphthérie cutanée. Le refroidissement causant la laryngite, les dénudations du derme constituent la cause déterminante ; mais il faut, pour compléter l'étiologie de la diphthérie, la cause prédisposante, que nous trouvons dans la contagion ou dans la constitution médicale.

Dans douze cas, l'influence de la contagion ne peut être contestée.

Ainsi, je trouve dans les observations de paralysie diphthérique communiquées par le docteur Faure des faits incontestables. Un enfant meurt d'une affection pseudo-membraneuse des voies respiratoires ; son père prend la même affection, et guérit ; la mère de cet enfant tombe malade à son tour, puis un ami de la famille qui avait passe une nuit auprès de l'enfant mort ; la femme de cet ami ett la sœur de celle-ci prennent, à la même époque, une angine pseudo-membraneuse qui laisse à sa suite de la paralysie.

Nous avons vu une infirmière de l'Hôtel-Dieu atteinte d'une angine diphthérique pendant qu'elle soignait des enfants atteints de croup.

La petite Marie B..., âgée de treize mois, morte d'une diphthérie pharyngienne et cutanée, avait, peu de jours avant, joué avec un enfant atteint d'angine couenneuse.

Le frère de Léonie B... (diphthérie cutanée) était mort du croup un mois avant.

Juliette T... entre à l'Hôtel-Dieu pour une fissure à l'anus ; elle est placée dans une salle où se trouvait un enfant atteint de croup. Elle prend une angine diphthérique ; son enfant, âgée de quatre mois et demi, prend une diphthérie cutanée : elles guérissent toutes deux.

Un fait identique se retrouve chez la femme entrée avec son fils pour être traités d'une éruption sudorale. La mère prend une diphthérie du pharynx, et l'enfant meurt du croup. C'est chez lui que la diphthérie a débuté par la commissure des lèvres.

Une autre question intéressante d'étiologie est celle de la prédisposition chez certaines familles.

M. Trousseau a rapporté dans ses leçons l'histoire des trois enfants de M. J. D... Une petite fille meurt d'une angine couenneuse. Huit mois après, une autre fille a le croup; on lui met un vésicatoire qui se recouvre de fausses membranes, et elle meurt. Une autre enfant prend le croup, l'opération est nécessaire ; le lendemain de la mort de sa sœur, dont elle avait été séparée, elle guérit. Les enfants de M. B..., commissaire de police, prennent le croup à une année de distance: l'un est opéré par M. Trousseau et guérit, l'autre par M. Beylard et meurt.

Ainsi, la petite Lucie D... a eu deux frères atteints de croup ; un est mort, l'autre a guéri.

G... (Louis), mort du croup, avait perdu deux frères de la même maladie.

Nous n'avons assisté à la maladie que d'un enfant de chacune de ces deux familles, tandis que nous avons soigné les trois enfants de la famille Ch... ; leur histoire présente assez d'intérêt pour que je la rapporte.

Prudence Ch..., l'aînée des trois enfants, a été traitée et guérie du croup à l'Hôtel-Dieu par M. Trousseau, il y a deux ans. Elle a été reprise cette année ; on a pratiqué la trachéotomie *in extremis*, et elle est morte.

Sa sœur, Marie Ch..., la première atteinte cette année, a été adressée de Rouen à M. Trousseau par le médecin, qui ne voyait plus de ressource que dans la trachéotomie ; j'ai pratiqué cette opération, l'enfant a guéri.

Le troisième enfant, âgé de quatre mois, avait une diphthérie cutanée dont il a guéri grâce aux cautérisations avec le perchlorure de fer et le nitrate d'argent.

Obs. I. — *Diphthérie nasale. — Croup. — Trachéotomie. — Erysipèle. Guérison.*

Maria C..., âgée de trois ans, habitant Rouen, et malade depuis quatre jours, est entrée le 17 mai 1859 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 21.

Dans la nuit du samedi au dimanche, elle a été prise de rhume, et le lendemain elle a commencé à avoir de la dyspnée et des accès de suffocation; dès samedi, la voix a été éteinte et la toux rauque et déchirée. La voix est restée voilée depuis ce temps.

Lundi, les accès sont devenus de plus en plus forts, et la mère s'est décidée à quitter Rouen et à venir à Paris.

L'oppression a toujours été croissant; l'enfant est entrée ce matin 17 mai à l'hôpital.

M. Vautier, à Rouen, avait constaté dans la gorge, sur le voile du palais et la luette, la présence de fausses membranes.

A son arrivée, l'enfant est dans l'état suivant :

Très-colorée d'habitude, elle présente encore, quoique pâlie, des teintes roses. La toux est rauque et à demi éteinte, ainsi que la voix. Cependant elle peut encore appeler sa mère et se faire comprendre. La dyspnée est assez grande; seulement ce n'est pas une dyspnée avec anxiété et suffocation, mais une dyspnée lente et graduelle. L'enfant s'éteint dans une asphyxie presque insensible.

A dix heures et demie, M. Moynier fait la trachéotomie; cette opération ne présente rien de remarquable.

L'enfant, reportée dans son lit, éprouve un mieux sensible; elle ne rend rien et n'a rien rendu en fait de fausses membranes; quelques matières muqueuses seules. La canule ne s'est pas bouchée. Le nez présente quelques points de diphthérie. On lui fait des injections avec le perchlorure de fer étendu d'eau. La fièvre est assez forte, la peau chaude, le pouls fréquent, 50 inspirations. Dans la poitrine, on n'entend que le retentissement du bruit causé par les mucosités qui passent par la canule.

L'enfant boit et mange assez bien. Après l'opération, elle s'est endormie, mais son sommeil n'a pas été de longue durée. Depuis, elle a bu un peu de café avec du quinquina et du chocolat. Pas d'albumine dans les urines.

Le 12 mai, rien dans les urines; peu de fièvre; gros râles muqueux dans la poitrine.

Le 19, elle va aussi bien que possible, se tient sur son séant, et n'a presque pas de fièvre. La respiration est très-pure ; on cautérise la plaie, et l'on refait une injection dans le nez. Le soir, elle ne veut ni boire ni manger; la peau est très-chaude, le pouls très-fréquent. A peine quelques râles sibilants à gauche.

Le 20, on retire la canule pendant deux minutes. Elle respire un peu par le larynx, mais le nez est toujours très-malade. La plaie est un peu érysipélateuse. L'enfant ne veut pas manger : on est obligé de l'y contraindre et d'avoir recours à la sonde œsophagienne.

Le 21, la plaie est assez belle ; on retire encore la canule, et l'enfant respire à la fois par la trachée et le larynx. Les bruits sont un peu plus prononcés. Pas de fièvre ni de dyspnée. Le nez semble un peu dégagé. Le soir même l'enfant s'est décidée à manger un peu. Pas de fièvre ni de toux : amélioration notable. La plaie se rétrécit; elle est entourée surtout à la partie inférieure d'une légère rougeur érysipélateuse.

Le 22, on ôte la canule, mais le larynx est encore bouché, et il faut remettre la canule.

Le 23, elle a bu seule cette nuit. La plaie se rétracte sur la canule, qu'on ne peut encore lui retirer.

Le 24, l'enfant va très-bien. La plaie est très-belle : rougeur érysipélateuse sur toute la partie antérieure de la poitrine. Fièvre. La canule est retirée pendant vingt minutes. On cautérise les points érysipélateux avec une solution de nitrate d'argent au quart.

Le soir, les rougeurs ne sont pas étendues; calme; respiration très-pure.

Le 25, l'érysipèle n'a pas fait de progrès, excepté un peu sur la partie gauche de la poitrine. On retire la canule et l'on ferme la plaie avec du taffetas d'Angleterre.

Le 26, la plaie commence à revenir sur elle-même et à se rétrécir. L'érysipèle n'a pas gagné, il ne reste qu'un point peu étendu.

La plaie est restée fermée hier toute la journée et toute la nuit sans accident.

Le 27, la plaie se rétrécit de plus en plus. L'érysipèle est éteint. La figure est bonne, l'appétit excellent : cautérisation.

Le 28, la plaie s'est rétrécie de plus d'un tiers, et la voix revient. La toux est grasse. L'enfant se lève aujourd'hui.

Le 29, la plaie se rétrécit de plus en plus : état général très-bon.

Le 31, la plaie n'est plus large que comme une pièce de 50 centimes, et a un très-bon aspect.

Le 4 juin, la plaie est presque complétement fermée ; on ne met plus qu'une simple cravate. La voix est revenue.

Le 6 juin, la plaie est complétement cicatrisée, et l'enfant sort deux jours après.

Obs. II. — *Diphthérie cutanée. — Cautérisation avec le nitrate d'argent et le perchlorure de fer. — Guérison.*

Le nommé Ch..., âgé de quatre mois, demeurant à Rouen, malade depuis huit jours, est entré le 17 mai, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 21 bis.

Cet enfant a deux sœurs qui sont toutes deux frappées de diphthérie laryngée, et qui, à la suite de la trachéotomie, ont, l'une guéri, l'autre succombé. Il y a huit jours, il a commencé à présenter à la partie antérieure du cou des plaques rouges comme il s'en produit souvent dans les plis cutanés des enfants trop gras. Ces plaques n'ont pas tardé à envahir tout le cou, et la mère est entrée à l'hôpital, son enfant présentant l'état suivant :

Le 18 mai, le cou et les oreilles sont couverts de plaques larges de quatre travers de doigt ; ces plaques sont rouges, livides, excoriées et recouvertes d'une exsudation plastique grisâtre très-épaisse, qui laisse suinter une sérosité sanieuse.

On cautérise fortement avec le perchlorure de fer.

L'état général est assez bon.

Le 19, les plaques sont un peu moins rouges et moins sanieuses. Les fausses membranes sont moins épaisses.

Le 20, la diphthérie reste limitée aux parties qu'elle avait envahies premièrement. La cautérisation semble réussir. Rien à la gorge, au larynx ni au nez.

Le 21, les plaques diphthériques sont encore abondantes autour du cou et des oreilles, cependant elles semblent diminuer. On panse avec le cérat au calomel.

Le 22, la diphthérie tend à guérir complétement. Les fausses membranes ne se reproduisent pas. Pas de complication.

Le 23, les plaques diphthériques sont moins abondantes et moins profondes. L'état général est parfait.

Le 24, un peu de diphthérie encore sur le bord de l'oreille droite. Cautérisation avec le perchlorure de fer.

Le 26, guérison complète.

Obs. III. — *Croup ; trachéotomie ; mort.*

La nommée Prudence C..., âgée de six ans, demeurant à Rouen, malade depuis neuf jours, est entrée, le 26 mai 1859, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 20 *bis*.

Cette enfant a déjà eu une angine couenneuse il y a deux ans. On avait pratiqué à l'aide du cathétérisme du larynx, suivant la méthode de M. Loiseau (de Montmartre), des cautérisations énergiques, et elle avait guéri. L'observation a été publiée par M. le docteur Blondeau, mon prédécesseur.

Sa sœur, âgée de trois ans, a subi il y a deux jours une trachéotomie pour le croup et va très-bien ; son petit frère, âgé de quatre mois, vient de guérir d'une diphthérie cutanée épouvantable.

Il y a neuf jours, elle a été prise d'un rhume qui peu à peu a été croissant, et quand la dypsnée a commencé, c'est-à-dire il y a trois ou quatre jours, on s'est décidé à l'amener à Paris. Là on constate dans la gorge la présence de fausses membranes couvrant la luette et les piliers du voile du palais. La dyspnée va toujours croissant; l'enfant asphyxie; le creux sternal se prononce de plus en plus; M. Aliant, interne de l'Hôtel-Dieu, l'opère à onze heures du matin, le 27 mai.

L'opération n'offre aucun incident remarquable; l'enfant, aussitôt opérée, a rendu une fausse membrane assez épaisse. La nuit, elle a été reprise d'un accès de suffocation, malgré la présence de la canule ; à l'aide d'une sonde on excite un peu la muqueuse laryngée, et elle rejette une grande quantité de mucosités qui obstruaient la canule.

Le soir, pouls à 150. La respiration est très-fréquente. Râles muqueux dans la poitrine.

Le 22 mai, l'enfant est assez rouge, la peau chaude, le pouls fréquent, la respiration assez accélérée. Elle n'a pas rendu de fausses membranes. Pouls à 150. Respiration excessivement fréquente. Fausses membranes dans le nez, d'où s'écoulent des mucosités puriformes. On lui cautérise le nez avec le nitrate d'argent. Râles crépitants du côté droit de la poitrine, avec d'autres râles muqueux.

Le soir, fièvre. Les mucosités sortent difficilement par la canule. Albumine dans les urines. — Vomitif avec sulfate de cuivre : 50 centigrammes; eau distillée : 60 grammes; sirop de sucre : 20 grammes.

Le 29, pouls à 144 ; la respiration est très-difficile; il y a de l'emphysème cutané. Il y a des râles très-forts. Elle n'a rien rendu par la canule. Il y a de l'emphysème général, qui fait croire à l'existence de râles crépitants.

Le 30, l'albumine a augmenté; beaucoup de diarrhée ; l'enfant a un peu mangé ; emphysème considérable ; beaucoup d'oppression. On lui remet une canule plus forte ; à ce moment, elle rend une fausse membrane épaisse de deux lignes, large d'un centimètre et longue de deux.

Le 31, pas d'albumine dans les urines ; mieux notable. Toujours de l'emphysème : l'oppression est infiniment moindre, le pouls moins fréquent, la peau moins chaude, l'aspect très-bon. Râles ronflants nombreux dans la poitrine. La plaie est très-bien.

Le 1er juin, l'enfant est aussi bien que possible ; la plaie est belle, l'emphysème moindre. On cherche à lui fermer la plaie, mais on est obligé d'y renoncer aussitôt.

Le 2, elle a un peu de fièvre; albumine dans les urines; pouls à 132 ; pas de dyspnée. On n'entend plus que de gros râles ; submatité à gauche ; expectoration très-bonne. Cependant la plaie a peu de tendance à se refermer.

Le 3, oppression assez vive ; pouls à 140 ; râles ronflants du côté gauche, sans râles sous-crépitants. L'enfant avale un peu de travers. Beaucoup d'albumine. — Kermès, 0,50.

Le 4, la plaie ne se rétrécit pas ; toujours beaucoup d'albumine. Elle demande à boire, et boit sans avaler de travers. La plaie reste bouchée sans gêner l'enfant. Pas de dyspnée. Pouls moins fréquent.

Le 5, les boissons reviennent à la fois par le nez et par la plaie, laquelle ne se rétrécit pas du tout. On lui a fait au cou, avec des ciseaux, en voulant couper les cordons de la canule, une petite plaie qui, loin de se rétrécir, semble grandir. On cautérise fortement. Submatité à droite. Râles crépitants fins.

Le 6, pouls à 140. Quand elle boit, les boissons sortent à la fois par le nez et par la plaie. Pas de râles crépitants fins ; râles muqueux gros. La plaie ne se rétrécit pas. Beaucoup d'albumine.

Le 7, toujours de la fièvre; pouls à 160 ; la plaie reste la même; râles muqueux nombreux, surtout à droite, sans souffle ni râles crépitants. Quand elle se penche en avant, les boissons repassent par la plaie.

Le 8, pas d'albumine dans les urines ; la plaie reste toujours dans le même état ; elle ressent de la douleur quand elle avale ; passage des boissons par la plaie, puis au bout de quelques instants les nausées arrivent, et l'enfant rejette ce qu'elle a pris. Elle peut cependant avaler devant nous du riz très-épais. Diarrhée assez vive depuis hier.

Le 9, l'enfant s'amaigrit, son caractère change, la langue est sèche et chargée; râles sous-crépitants très-nombreux à gauche, moins à droite ; les boissons repassent par la plaie ; dyspnée extrême, diarrhée. Mort dans la nuit.

Autopsie 24 heures après la mort. — Pas de fausses membranes dans la trachée ni dans le larynx. Ulcération du larynx au-dessus et au-dessous de la canule. Bronchite purulente avec des noyaux de pneumonie lobulaire.

Traitement. — Nous avons eu bien peu d'occasions de traiter dès le début des enfants atteints de croup. Nous en avons soigné qui étaient atteints de diphthérie cutanée ou de diphthérie pharyngée. A l'occasion de ces affections, nous dirons quel est le traitement ordinairement employé par M. Trousseau. Mais, ainsi que je l'ai déjà dit, les enfants nous arrivant lorsque l'asphyxie menaçait, nous n'avions souvent d'autre ressource que la trachéotomie. Quand le danger n'était pas imminent, quand la voix était éteinte, la toux rauque, mais quand la respiration s'exécutait encore sans une trop grande difficulté, nous essayions les vomitifs, tels que le sulfate de cuivre, dans une potion ainsi formulée :

Sulfate de cuivre.	0,20 à 0,50
Eau.	60 grammes.
Sirop simple.	30 —

à faire prendre à l'enfant en quatre fois, de dix en dix minutes; ou bien la poudre d'ipécacuanha à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50, associée au tartre stibié à la dose de 0,05 centigr.

Nous avions recours aussi aux différents topiques, tels que l'alun, soit en poudre insufflée dans la gorge, soit incorporé dans du miel, suivant la méthode de M. Miquel (d'Amboise) :

Alun.	40 grammes.
Miel.	30 —

à faire prendre par cuillerées à café toutes les deux heures.

On sait que M. Miquel donnait toutes les heures une cuillerée de deux mixtures, l'une alternant avec l'autre, chacune administrée ainsi toutes les deux heures. La première est celle que je viens de dire, la seconde était composée ainsi :

Miel.	30 grammes.
Calomel.	1 —

Nous avons employé aussi, et avec des résultats qui nous inspiraient momentanément une espérance de succès, les insufflations d'un mélange de deux parties d'alun pour une partie de tannin, en même temps que le perchlorure de fer était administré à l'intérieur. Mais c'est surtout contre la diphthérie pharyngienne

que cette médication paraît avoir été le moins impuissante, et c'est à cette occasion que je décrirai son mode d'exécution.

Enfin, lorsque la respiration devenait très-pénible, qu'à chaque inspiration une dépression profonde se creusait à l'épigastre, lorsqu'il survenait des abcès d'orthopnée, que l'hématose était incomplète, que les lèvres et la face prenaient une teinte bleuâtre, que la voix et la toux étaient éteintes, alors la trachéotomie était la dernière ressource : lorsque tous ces symptômes se présentent réunis, la trachéotomie est nécessaire, même en dehors du croup pseudo-membraneux ; c'est ce qui nous est arrivé pour la petite L. D..., dont je vais rapporter l'observation.

Mais la conduite du médecin doit n'être pas la même pour le vrai ou pour le faux croup. Dans celui-ci, il doit retarder l'opération le plus longtemps possible ; dans le cas de vrai croup, il ne faut pas attendre le dernier moment; il n'est pas nécessaire que l'enfant soit asphyxié pour opérer, il faut intervenir dès que l'oppression persiste et que l'asphyxie commence.

M. Trousseau a constaté à Juilly la mort par le faux croup. Il est appelé pour faire une trachéotomie à un jeune élève créole ; il arrive, l'enfant venait de mourir. On examine le larynx et on constate l'absence de toute fausse membrane.

NOTE SUR LA MÉDICATION PERCHLORO-FERRIQUE;

Par M. le docteur Deleau, médecin de la prison de la Roquette.

On m'accuse avec raison d'utiliser le perchlorure de fer sur tous les systèmes organiques affectés de maladies de nature diverse. Je réponds à cette critique irréfléchie que j'imite en cela les expérimentateurs qui se sont occupés de faire connaître les propriétés curatives du mercure, du tartre stibié, du sulfate de quinine, de l'iode, du chloroforme, etc.

Le perchlorure de fer a reçu silencieusement le baptême scientifique, et son avenir est désormais assuré par le concours du corps médical même.

Je m'estime heureux d'avoir su inspirer à l'âme honnête de M. le professeur Cruveilhier des paroles aussi encourageantes que flatteuses pour moi : « Vous devez être satisfait, mon cher Deleau, d'avoir attaché votre nom aux propriétés d'un médicament important sous plusieurs rapports pour la pratique ; vous recueillerez sans conteste les fruits de votre persévérant travail sur le perchlorure de fer. » Ces paroles obligeantes d'un maître aussi autorisé, m'imposent le devoir de faire connaître les progrès de la médication perchloro-ferrique dans l'infirmerie de la prison de la Roquette.

Pravaz cesse de vivre; il emporte dans la tombe ses angoisses scientifiques et laisse au monde médical le soin de perfectionner sa découverte thérapeutique sur le perchlorure de fer. En souvenir de cette perte regrettable, un médecin de Lyon envoie à tous les praticiens de la France l'éloge prononcé aux funérailles de l'habile expérimentateur. J'apprends alors à connaître pour la première fois l'action puissante du perchlorure de fer. Mon esprit, vivement impressionné, se livre à l'idée d'agrandir la sphère d'action de ce nouveau médicament, et de l'appliquer à un plus grand nombre de maladies à diathèse hémorrhagique.

Seul, livré à mes réflexions au milieu d'une infirmerie qui renferme quatre-vingts lits, convenable aux besoins d'une population flottante de cinq à six cents détenus, population qui se renouvelle sans cesse avec ses misères, ses souffrances morales et physiques, je me suis trouvé dans une position exceptionnellement favorable pour remplir la tâche que l'humanité réclame de nos veilles sans manquer aux devoirs d'une conscience honnête et philanthropique.

Mais pour arriver à ce but, j'ai été obligé de mettre en réquisition les savantes recherches de MM. Goubaux, Giraldès et Debout, sur l'action coagulante que le perchlorure de fer exerce sur le sang et sur les enveloppes veineuses et artérielles. Ce n'est que lorsque j'ai été bien convaincu de l'innocuité du médicament, que j'en ai fait avec confiance l'application pratique.

J'en appelai dès lors à l'expérience et à l'habileté d'un chimiste distingué, qui, d'après mes indications, confectionna, avec une solution normale concentrée et titrée à 30° de Pravaz, un sirop, une pommade et une injection à double usage. Ces préparations furent mathématiquement dosées. Muni de ma pharmacie, que j'ai eu le soin de porter pendant dix-huit mois à la prison, à la date de l'année 1855, j'ai attendu avec patience le moment favorable de l'utiliser.

L'épistaxis, l'hémoptysie, l'hémathémèse, la rectorrhagie ont été victorieusement combattues par l'usage à l'intérieur du sirop et de lavements au perchlorure de fer. La pommade est venue seconder les deux premières préparations dans des cas d'hémorrhoïdes fluentes ou non fluentes, sans qu'il soit survenu le moindre accident, soit inflammation des membranes muqueuses, soit métastase sur les parenchymes.

Encouragé par le succès de ces premières tentatives, je soumis avec confiance tous les malades en ville aux bienfaits de l'action hémostatique du perchlorure de fer, qui jusque-là n'avait été utilisé extérieurement que dans les anévrysmes externes et les hémorrhagies traumatiques.

Dès ce moment, la médication perchloro-ferrique s'agrandissait tous les jours dans mon esprit; elle commençait à s'accréditer auprès des malades qui en avaient éprouvé la salutaire influence dans les métrorrhagies, l'irrégularité des règles et dans les pertes abondantes à la suite d'un avortement ou d'un accouchement à terme d'une trop longue durée.

Combien de fois le perchlorure de fer appliqué seulement à la métrorrhagie a guéri la leucorrhée permanente ! Ce changement heureux, qui m'a été communiqué par des malades, a fixé mon attention, et m'a fait chercher la cause probable de cette amélioration inattendue. Je l'avoue, c'est le hasard seul qui m'a révélé la propriété modificatrice du perchlorure de fer sur la surface muqueuse vaginale. Le sentier une fois frayé, je m'y suis engagé hardiment, et je me suis demandé si cette modification était exclusive aux muqueuses utérine et vaginale, ou bien si elle s'étendait à toutes les muqueuses en général et particulièrement à celle du canal de l'urèthre.

C'est ainsi que je fus amené sur le terrain de la blennorrhagie, et subsidiairement sur celui de la syphilis. L'analogie aurait pu me conduire aux observations que le hasard me fit faire ; car en réfléchissant à l'action heureuse que le perchlorure de fer exerce sur les vieux ulcères, les plaies, je pouvais être amené à conclure que la même action se produisait sur les ulcérations, les granulations du col de l'utérus, et de là au catarrhe utérin et vaginal il n'y avait qu'un pas, que l'esprit le moins investigateur eût à coup sûr et facilement franchi. L'expérience a parlé, elle a sanctionné, par l'observation de faits nombreux, la propriété modificatrice du perchlorure de fer sur les muqueuses, et cette modification s'est convertie en agent puissant antisyphilitique dans la maladie vénérienne. Comment agit-elle dans cette maladie? Je l'ignore encore.

En conséquence, les praticiens, armés d'un médicament doué d'une diversité d'action infinie, astringent, sédatif, tonique, détersif, antiputride et neutralisant, peuvent avec confiance combattre avantageusement les bronchites chroniques, les catarrhes de la vessie, du vagin, de l'utérus, les diarrhées, les dyssenteries hémorrhagiques et diphthériques, la chlorose, la dyspepsie pituiteuse, etc.

Aussi la médication perchloro-ferrique, mieux connue et mieux appréciée dans ses effets thérapeutiques, est-elle souvent employée aujourd'hui en désespoir de cause. Les uns l'utilisent dans le croup, dans les angines couenneuses; d'autres y ont recours pour combattre les symptômes de maladies variables, et quelques praticiens s'en servent avantageusement dans la blennorrhagie et dans les accidents primitifs et secondaires de la syphilis. Et si la découverte récente de MM. Corne et Demeaux est d'une utilité générale par la modicité du prix et par la facilité de se procurer en tous lieux les deux agents constitutifs du désinfectant, il ne manque au perchlorure de fer que la parole imposante de M. le professeur Velpeau, pour constater que le sel perchloro-ferrique agit à la manière des désinfectants sur les ulcères scrofuleux et variqueux, sur les plaies chroniques des vieillards, et sur les maladies parasitaires de la peau.

Enfin, le perchlorure de fer a fait aussi sa campagne d'Italie, puisque M. le baron Larrey, médecin en chef de l'armée, a déclaré à l'Académie que le perchlorure de fer, entre les mains habiles de MM. Cambay et Salleron, est devenu dans les hôpitaux de Milan le spécifique de la pourriture d'hôpital.

Ma tâche aurait été inachevée si mes recherches cliniques ne s'étaient dirigées sur la maladie scrofuleuse et sur les maladies de la peau. Là j'ai trouvé dans le perchlorure un agent modificateur énergique du système ganglionnaire lymphatique, et de plus un médicament puissant dans la teigne, la mentagre, l'acné, le zona phlycténoïde, et en général dans toutes les affections syphilitiques et scrofuleuses de la peau.

Le perchlorure de fer est donc une panacée ou un remède universel ? Non, le perchlorure de fer est un puissant modificateur des solides et des liquides malades. Lorsque feu le docteur Lugol préconisait l'iode contre le goître, ce savant praticien ne croyait pas que les sels iodiques seraient universellement employés dans le plus grand nombre de nos affections morbides. Pourquoi le perchlorure de fer ne prendrait-il pas place en thérapeutique à côté de l'iode, du chlore, du mercure, du nitrate d'argent, etc., considérés comme les plus puissants modificateurs? Je ne doute pas que tous les praticiens n'arrivent à lui assigner ce rang, surtout lorsqu'ils auront reconnu comme moi que le perchlorure de fer, sagement administré, a sur plusieurs de ces agents un avantage incontestable, c'est de n'être point toxique.

On n'a pas oublié, en effet, et c'est là ce que j'ai voulu d'abord signaler, que l'Académie impériale de médecine, par un acte de justice scientifique, en a appelé à elle-même d'un jugement trop rapidement rendu sur les dangers prétendus de la solution normale de perchlorure de fer. Une étude plus attentive et une appréciation plus juste des effets physiologiques et thérapeutiques de cette solution, ont convaincu la docte assemblée, qui, en connaissance de cause, a formulé le programme d'un prix qu'elle doit décerner, dans sa séance annuelle de 1859, au meilleur mémoire sur les applications thérapeutiques du perchlorure de fer.

Cette décision seule justifierait déjà suffisamment l'importance que j'ai été conduit à donner à cette puissante médication. Les exemples sont rares, en effet, d'une médication qu'un corps savant juge assez importante pour en faire le sujet d'un prix.

LA BASTONNADE AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL.

L'auteur anonyme de cet article repousse ce genre de punition pour trois raisons :

1° Parce qu'elle est en tout état de cause préjudiciable à l'intégrité du corps humain, produisant avec la douleur qu'elle doit causer les autres symptômes de l'inflammation et parfois leurs suites ; en d'autres termes, la punition corporelle est une lésion corporelle, la médecine ici ne pouvant s'accorder avec le droit, qui ne reconnait pas de lésion quand il s'agit d'une punition légale.

2° Qu'en accordant même que cette peine n'amène pas nécessairement une lésion, on ne serait pas en état, dans un cas spécial, d'éviter de dépasser une certaine limite à partir de laquelle la bastonnade devient fâcheuse pour la santé.

3° Qu'au point de vue psychique, elle n'est pas excusable, puisqu'elle ne peut s'appliquer que sous l'empire de la passion ou celui de la nécessité; et que si c'est sous ce point de vue que le juge la prononce, il prouve par là, soit qu'il y a parmi les ressortissants de l'état des individus qui sont sur la même échelle intellectuelle que les animaux sans raison, ou qu'on ne peut trouver d'employés qui aient les qualités et la force suffisantes pour remplir leur tâche auprès des malfaiteurs sans employer cette punition.

Il va sans dire que si l'auteur parle de la bastonnade, il y réunit toutes les autres peines analogues, depuis le soufflet jusqu'au knout. — (*Allegm. med. Central-Ztg*, et *Echo méd. suisse.*)

DE L'OREILLON

survenant dans l'orchite blennorrhagique.

Par M. le docteur Billoir.

Les sympathies qui existent entre les testicules et les parotides n'ont été décrites que dans cette singulière affection, de nature épidémique et contagieuse, que l'on nomme oreillons. Cependant je les ai observées dans une autre maladie très-commune, dans la blennorrhagie. Je vais rapporter brièvement ce fait, que l'on peut regarder comme un cas d'oreillon consécutif à l'orchite blennorrhagique.

Le 27 février 1859, je fus appelé pour donner mes soins à un jeune homme âgé de vingt et un ans, serrurier. Cet individu, quoique robuste et de haute taille, présente une teinte scrofuleuse très-prononcée. Ce qui me frappa dès l'abord, ce fut le gonflement considérable de la région parotidienne gauche et l'élargissement de la face de ce côté. Les parties tuméfiées étaient d'une couleur rosée qui allait en diminuant vers les limites du gonflement. La tumeur présentait une certaine rénitence, et était complétement indolente à la pression. Au-dessous du lobule de l'oreille, on voit les cicatrices d'un ancien abcès scrofuleux, et l'on perçoit quelques ganglions indurés, adhérents à la peau; mais ce n'est pas pour sa figure que le malade réclame mes soins : il n'éprouve aucune gêne de ce côté, et il ne s'est aperçu que fortuitement ce matin du gonflement de sa face.

Il éprouve dans les testicules des douleurs très-vives, qui le retiennent au lit. En effet, les deux testicules, le droit surtout, sont excessivement sensibles à la pression. Les épididymes ne présentent pas d'engorgement, le scrotum n'est point œdématié. Le corps des testicules paraît augmenté de volume; il est tellement douloureux, que l'on peut à peine palper ces glandes.

Je pensais à une orchite métastatique, mais le malade me dit qu'il souffrait des testicules depuis environ trois jours, tandis que le gonflement du cou devait avoir débuté dans la nuit, parce que la veille sa face était naturelle.

En examinant le méat urinaire, je vis sourdre une gouttelette de pus jaunâtre, et la chemise portait de nombreuses taches verdâtres; le malade fut forcé de m'avouer que depuis trois semaines environ il avait un écoulement, qu'il avait complétement négligé pour ne pas donner de soupçons à ses parents, et que les douleurs dans les testicules étaient survenues à la suite d'une course assez longue. — Vingt sangsues au périnée, cataplasmes, boissons émollientes.

Le 28, les testicules sont beaucoup moins sensibles, on peut les palper sans réveiller des douleurs aussi vives. La tuméfaction de la face a diminué. — Bains, cataplasmes.

Le 29, le malade peut se lever. L'oreillon a presque disparu.

Parmi les différentes manières d'interpréter ce fait, je vais examiner celle qui paraît la plus rationnelle.

Est-il permis de supposer qu'il n'y a qu'une coïncidence pure et simple entre l'orchite et l'oreillon sans relation de cause à effet? L'oreillon serait-il venu se joindre fortuitement à une orchite, et celle-ci serait-elle survenue si le malade n'eût point eu de blennorrhagie? On éloignera cette supposition si l'on réfléchit que le malade avait dépassé l'âge où survient l'oreillon sporadique; qu'il n'était soumis à aucune influence épidémique; enfin, que l'oreillon dans sa marche croissante et décroissante suivit celle de l'orchite. Il est rationnel de supposer que deux affections coïncidentes, dont les phases se correspondent, sont attachées l'une à l'autre par un lien commun.

L'orchite que j'ai observée, par sa duplicité, par le siége qu'elle occupe dans le corps du testicule et non dans l'épididyme, enfin par la facilité avec laquelle elle cède, diffère autant de l'orchite blennorrhagique qu'elle se rapproche de l'orchite métastatique de l'oreillon. On pourrait donc, en faisant abstraction de l'écoulement, regarder ce cas comme une orchite venant compliquer un oreillon.

Le fait que l'oreillon est apparu après l'orchite ne suffirait pas

pour détruire cette supposition, car on a vu dans certaines épidémies la maladie débuter par une espèce d'orchite, dans le cours de laquelle se développait l'oreillon. Le docteur Lynch (*Dubl. quart. Journ.*, 1856) rapporte que, dans une famille où tous les membres furent atteints, il y en eut un chez lequel la maladie apparut d'abord dans les testicules; les glandes salivaires s'engorgèrent consécutivement. Bérard jeune (*Journ. des conn. méd.-chirurg.*, 1833) rapporte que M. Roques observa une épidémie d'oreillons dans laquelle l'oreillon succéda à l'orchite. Mais il répugne de croire qu'une orchite venant dans le cours d'une blennorrhagie ne soit pas de même nature, surtout si l'on réfléchit qu'elle s'est développée à l'époque ordinaire, au déclin de l'écoulement, et sous l'influence de la cause habituelle, une marche forcée.

Il est donc permis de croire que la fluxion parotidienne s'est développée sous l'influence de la fluxion testiculaire. Ce fait démontre que le courant morbide, qui, le plus souvent, est dirigé de haut en bas de la parotide vers le testicule, peut se diriger en sens inverse.

Je ne connais point d'observations analogues à la précédente. Je ne doute point cependant que l'on n'en ait pu recueillir; mais le peu d'importance de la fluxion parotidienne, qui est fugace et passagère, l'aura fait négliger. L'utilité est médiocre sans doute au point de vue pratique, mais non peut-être au point de vue théorique, surtout à une époque où, avec raison, l'on recherche avec tant de soins les liens mystérieux qui unissent les organes les uns aux autres dans leurs manifestations morbides.

(*Gaz. hebdom.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 octobre 1859. — Présidence de M. Chasles.

De la composition des eaux courantes en Lombardie et de leur influence sur la production du goître. — M. le maréchal VAILLANT transmet à l'Académie une note de M. le Dr Demortain, pharmacien en chef de l'armée d'Italie, sur les eaux des fleuves et rivières que l'armée a rencontrés pendant la dernière campagne. Ce travail a pour objet l'analyse de ces eaux au point de vue de leur action sur la production du goître.

Voici les deux faits principaux qui ressortent de cette analyse, faite par les procédés ordinaires de l'hydrométrie.

Le premier, dit l'auteur, est l'absence absolue de sels de magnésie dans les eaux des localités où nous avons observé le plus de goîtreux : Cassano, Gorgonzasa, Crescenzago, etc.; le deuxième, l'absence simultanée du chlore. Il y a dans ces eaux si peu de chlorures, que pour en découvrir des traces j'ai été obligé de faire recommencer plusieurs expériences et d'agir sur de grandes quantités. Ici, comme nous attachions une grande importance à cette constatation, nous ne nous sommes plus borné à l'emploi des agents hydrotimétriques, mais nous avons opéré, comme on le fait d'ordinaire pour la recherche du chlore, avec l'azotate d'argent et l'acide azotique.

Par contre, toutes ces eaux sont dures, et, nous le savions d'avance, elles cuisaient mal nos légumes et ne savonnaient pas. Toutes, en effet, accusent de notables proportions de carbonate et de sulfate de chaux, et plusieurs, dépouillées de ces sels et d'acide carbonique, semblent en vérité de l'eau pure, de l'eau distillée; enfin, beaucoup d'entre elles, celles de Brescia par exemple, n'ont donné qu'un très-faible volume d'air.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Dumas, Pelouze, Velpeau.

Recherche de l'arsenic. — M. GAULTIER DE CLAUBRY, à l'occasion d'une communication récente sur ce sujet, adresse la note suivante :

Dans une note insérée par extrait au compte rendu de la séance du 3 octobre, M. Leroy signale la production depuis longtemps bien connue de taches de soufre et de sulfures métalliques dont on sait parfaitement se délivrer dans les recherches de chimie légale par l'addition de l'acide nitrique ou de l'eau régale au produit de l'action de l'acide sulfurique sur les matières suspectées. Plus loin il remarque que la carbonisation par l'acide sulfurique pouvant laisser des sulfures dans le charbon ou l'imprégner d'acide sulfureux, c'est aussi une raison de préférer dans bien des cas l'emploi de l'acide nitrique ou du nitrate de potasse. Ces deux derniers procédés offrent des inconvénients que j'ai discutés dans mon *Traité de chimie légale*, dont j'ai eu l'honneur de faire hommage à l'Académie. Le premier surtout est jugé et repoussé par tous les chimistes.

Quant à l'existence de l'acide sulfureux dans le produit du traitement par l'acide sulfurique, j'ai prouvé, dans une discussion avec Orfila, relative à ce dernier procédé qu'il repoussait sous le même prétexte, que sa supposition était entièrement gratuite et que les réactifs les plus sensibles ne pouvaient la démontrer. Ces résultats ont été publiés dans le numéro de juillet, année 1843, p. 163, des *Annales d'hygiène et de médecine légale*. (Commissaires, MM. Chevreul, Pelouze, Regnault.)

Identité du fluide électrique et de l'agent qui détermine la contraction musculaire. — M. MOILIN adresse un mémoire sous ce titre. Ce travail, qui est fort étendu, étant peu susceptible d'analyse, le Compte rendu se borne à en reproduire le titre, qui fait suffisamment connaître la conclusion à laquelle l'auteur est arrivé.

Traitement du prolapsus de l'utérus par la méthode héphestoraphique. — M. GAILLARD adresse sous ce titre une addition à un précédent mémoire destiné au concours pour les prix de médecine et de chirurgie. Ce nouvel envoi contient quatre observations nouvelles, dont deux lui donnent occasion de faire remarquer que dans certains cas il y a double indication à remplir, de sorte que l'on ne doit songer à l'opération destinée à contenir le prolapsus qu'après avoir combattu la phlegmasie chronique et l'hypertrophie de l'organe qui en est souvent une conséquence. (Réservé pour la future commission.)

De la méthode galvano-caustique appliquée à la guérison de la cataracte. — M. TAVIGNOT adresse sous ce titre une communication que nous reproduirons textuellement dans un des prochains numéros. Commissaires, MM. Becquerel, Velpeau, Cloquet.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er septembre 1859. — Présidence de M. Duhamel, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. CARON fait hommage d'un volume intitulé *le Code des jeunes mères*, traité théorique et pratique pour l'éducation physique des nouveau-nés. (Remercîments.)

— M. MATTEI présente une thèse de M. Lechevallier (de Dijon) sur *le palper abdominal appliqué à l'obstétrique et plus spécialement à la grossesse*. M. Lechevallier demande à être nommé membre correspondant. (M. Mattei.)

Du glaucome. — Du danger de l'emploi du vésicatoire dans la diphthérie. — M. MAGNE. Je demande, à l'occasion du procès-verbal, à dire deux mots sur deux sujets différents : le glaucome d'une part, la diphthérie de l'autre. Je regrette de n'avoir pas pu assister aux deux dernières séances dans lesquelles ces questions ont été traitées; j'aurais été heureux, pour ma part, de remercier notre collègue M. Coursserant de son intéressante communication. J'écrivais en effet, il y a douze ans : « Nous vivions dans cette croyance que le glaucome était une affection du corps vitré, quand un oculiste anglais vint nous dire, dans un livre excellent d'ailleurs : « Le glaucome n'est pas ce que vous pensez, c'est une maladie de la rétine »; puis un autre chirurgien arriva, qui nia ces deux hypothèses, et plaça le glaucome dans la totalité du globe oculaire. Malgré ma grande habitude des maladies des yeux, j'avoue que je suis à ce sujet dans la plus complète ignorance. » Les savantes recherches de M. de Græfe rapprochées de travaux récemment publiés, et le glaucome cessera peut-être désormais de faire partie de ces maladies dont un ancien oculiste disait : C'est l'opprobre de l'art et le désespoir des médecins.

La communication de M. Coursserant me paraît donc des plus intéressantes, et je crois être l'interprète de la Société en engageant notre collègue à poursuivre ses observations. (M. Coursserant remercie M. Magne et se met aux ordres de la Société.)

L'autre sujet dont je veux vous entretenir a rapport à la diphthérie dont nos collègues MM. Guersant et Duhamel vous ont parlé dernièrement; je tiens à vous rappeler que la diphthérie s'observe quelquefois en ophthalmologie, et j'appellerai de nouveau votre attention sur ce point important de thérapeutique : *le danger de l'emploi du vésicatoire dans la diphthérie*.

Le 13 juillet 1855, notre honorable confrère et ami M. le Dr Cerise nous adressa le jeune X..., rue Godot, 32, et atteint depuis deux jours d'une maladie aiguë. C'est un garçon de deux ans, assez robuste, quoique légèrement lymphatique. L'œil droit est sain; quant à l'œil gauche, il existe un tel gonflement des paupières, que je parviens à grand'peine à entr'ouvrir le globe oculaire. La cornée offre un commencement de ramollissement, et les conjonctives palpébrales sont recouvertes de couennes blanchâtres, épaisses, adhérentes.

La diphthérie était facile à reconnaître; je n'hésite pas à gratter, à ruginer, pour ainsi dire, les muqueuses palpébrales, que je touche dans toute leur étendue avec un crayon de pierre divine. Je prescris des injections d'heure en heure de collyre au nitrate d'argent, et le soir même je revois le malade, assisté de M. le docteur Cerise.

Les fausses membranes se sont déjà renouvelées; nous cautérisons de nouveau, après avoir enlevé les débris les moins adhérents. Une application de sangsues, le calomel à l'intérieur à dose fractionnée, le collyre injecté, et des applications de compresses imbibées d'eau froide constituent le traitement.

L'enlèvement des couennes et la cautérisation durent être pratiqués tous les jours pendant sept jours, et le 3 août l'enfant ne présentait plus de traces de l'inflammation kérato-conjonctivale.

Mais ce qu'il importe de constater, c'est qu'ici *la diphthérie n'a pas été une maladie purement locale : la masse du sang participait à la disposition particulière qui engendre ces fausses membranes*. Un petit vésicatoire fut appliqué derrière l'oreille gauche; ce vésicatoire devint douloureux; la plaie s'étendit, se couvrit de couennes dures et grisâtres, et laissa suinter une sérosité fétide. Malgré tout le soin que nous eûmes d'enlever les fausses membranes à mesure qu'elles se formaient, et de cautériser chaque fois à l'aide de l'azotate d'argent, le vésicatoire, triplé de volume, mit près de trois mois à guérir, et laissa une cicatrice analogue à celles des brûlures qui ont détruit le derme.

C'est cette observation qui a motivé la quatrième des conclusions complétant le mémoire intitulé : *Croup des paupières ou diphthérie de la conjonctive*, et que j'ai lu à l'Institut le 28 juin 1858; voici cette conclusion :

« La diphthérie conjonctivale ne paraît pas être une maladie purement locale; elle semble liée à un état général; aussi la prudence recommande-t-elle de s'abstenir d'employer pour la combattre les exutoires, qui à leur tour pourraient constituer une complication. »

Modification apportée au suspensoir pour la compression de la prostate. — M. MALLEZ. La prostatite s'observe fréquemment dans la gonorrhée, soit que le canal ait été envahi d'emblée dans toute son étendue, soit que l'inflammation ait gagné de proche en proche du tiers antérieur de l'urèthre jusqu'à la vessie. Les malades accusent dans ces cas d'inflammation de la prostate une pesanteur au périnée qu'ils essayent de combattre en rapprochant les jambes ou en les croisant.

M. Mallez a pensé que l'on pouvait tirer parti de cette indication en établissant une compression directe et efficace sur la partie engorgée. Il obtient ce résultat en adaptant à la bourse d'un suspensoir ordinaire, au point où s'attachent les sous-cuisses, une petite pièce de tissu en tricot, qui sert de point d'appui à une pelote oblongue. Cette pelote, mise en contact avec le périnée, le comprime plus ou moins suivant le degré de striction des sous-cuisses.

Dans deux cas d'engorgement prostatique aigu, à la suite d'une inflammation de l'urèthre, ce moyen a procuré un soulagement immédiat; il m'a également paru que la guérison avait été plus rapide que par l'emploi des émollients. On comprend, en effet, que la compression puisse, là comme partout, en s'opposant à l'afflux du sang, prévenir l'inflammation ou la combattre. Cette modification apportée au suspensoir est donc une nouvelle application d'un fait connu et souvent utilisé en chirurgie.

Constitution médicale. — Épidémie de dyssenterie; cholérine. — M. CHALUT. Pendant les deux mois qui viennent de s'écouler, nous avons eu à Saint-Maur une épidémie fort grave de cholérine. Sur deux cents personnes atteintes, quarante sont mortes. Cette affection s'attaquait surtout aux enfants de six mois à dix ans; en quelques heures ils étaient pris de vomissements, de diarrhée, d'un refroidissement général.

J'ai employé sans grand succès à peu près tous les moyens connus, surtout les opiacés, les bains de farine de moutarde, l'ipéca, le sous-nitrate de bismuth.

Cette épidémie a fait place aujourd'hui à une épidémie de dyssenterie qui me paraît moins grave que la précédente.

Je désire appeler l'attention de la Société sur la constitution médicale actuelle, et savoir si quelques membres possèdent des moyens plus efficaces que ceux que j'ai employés.

M. DUHAMEL. Il y a en ce moment une épidémie de dyssenterie qui règne non-seulement sur Paris, mais encore sur toute la France. J'en ai vu un certain nombre de cas, et, je dois le dire, j'ai été moins malheureux que notre confrère M. Chalut; je n'ai perdu qu'un malade : c'était un enfant qui venait d'être sevré. Je vois en ce moment une jeune fille de vingt ans qui depuis dix jours est atteinte d'une diarrhée incoercible avec vomissements opiniâtres. J'ai employé sans succès : diascordium, décoction blanche de Sydenham, sous-nitrate de bismuth, etc. Les sinapismes sur l'hypogastre ont seuls arrêtés quelque peu les vomissements.

M. FOUCART. J'ai fait, sur la constitution médicale aujourd'hui régnante, les mêmes remarques que M. Duhamel. Depuis quelques semaines, les diarrhées et les cholérines qui régnaient pendant les premiers mois de cette année ont presque complétement cessé et ont été remplacées par des dyssenteries. Pour ma part, depuis un mois, j'en ai eu quatre à soigner, plus, je crois pouvoir le dire, que je n'en ai vu depuis une quinzaine d'années. La dyssenterie est en effet extrêmement rare à Paris. J'ai su par plusieurs confrères de province qu'elle règne dans les départements avec une grande intensité, tant au nord que dans le centre de la France, et qu'elle est souvent funeste.

Sur les quatre faits auxquels je viens de faire allusion, deux surtout ont été très-graves; l'un existait et existe encore chez une jeune femme de vingt-quatre ans; comme chez un des malades de M. Duhamel, elle a été accompagnée au bout de quelques jours de vomissements, que j'ai pu arrêter à l'aide de la potion antiémétique de Rivière, largement additionnée de sirop de morphine. Cette jeune femme me paraît actuellement en voie de guérison.

Le second malade était un homme d'une trentaine d'années, venu à Paris pour les fêtes du mois dernier, et qui a présenté des phénomènes de la plus haute gravité. Il avait, pendant les deux premiers jours que je lui ai donné mes soins, dix ou onze selles par heure, m'a-t-il dit; le pouls s'est élevé jusqu'à 120. Un vomi-purgatif au début a amené un peu d'amélioration. J'ai mis ensuite en usage les narcotiques à haute dose, et j'étais parvenu à faire redescendre le pouls à 84; les selles n'étaient plus qu'au nombre de dix à douze par jour, lorsque, sous l'influence de je ne sais quelle cause, les accidents sont devenus de nouveau redoutables, et le malade a succombé après vingt-trois jours de dyssenterie. Les lavements, les bains, les opiacés, ont formé la base du traitement.

Quant aux deux autres cas, ils ont été plus légers et ont guéri en quelques jours. L'un était relatif à un enfant de deux ans, l'autre à un jeune homme de dix-sept ans; chez ce dernier, j'ai été assez heureux pour couper la maladie dès le troisième jour avec un éméto-cathartique violent, suivi de l'administration d'une forte dose d'extrait d'opium.

M. CARON. J'ai vu dans ces derniers temps un certain nombre de dyssenteries, et j'ai été plus heureux que MM. Chalut et Duhamel, car je n'ai perdu aucun malade. Voici quelle a été la médication : Quand il n'y avait pas de vomissements, je donnais au début de l'ipéca, puis une infusion de camomille, lavements avec le diascordium et des frictions sur le ventre avec l'huile de camomille; quand, au contraire, il y avait des vomissements, j'ordonnais : sinapismes aux cuisses, potion avec l'esprit de Mindererus. J'ai vu mes malades guérir ainsi en trois ou quatre jours.

Fièvre puerpérale. — M. DUHAMEL. Il y a quelques jours, j'ai accouché une jeune femme de vingt-sept ans. La présentation était bonne et l'accouchement s'est fait naturellement. Trente-six heures après, il est survenu des vomissements, de la diarrhée, fièvre intense, délire. La malade est morte en quatre jours; elle a eu constamment du subdélirium; le ventre était peu douloureux et ne présentait pas de symptômes inflammatoires. J'ai employé sans succès le sulfate de quinine.

Pendant longtemps, j'ai cru que ce que l'on appelle la fièvre puerpérale était une péritonite; je suis revenu de cette idée, et le fait précédent ne fait que me confirmer dans mon opinion.

Le secrétaire-adjoint, Dr Elleaume.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour la nomination aux places d'élèves externes dans les hôpitaux de Paris, commencera le samedi 5 novembre. Ont été nommés juges, MM. Potain, Goupil, Hervieux, Jamain et Fouché, *titulaires*; MM. Charcot et Dolbeau, *suppléants*.

— Le concours pour les prix à décerner aux élèves internes commencera le vendredi 4 novembre. Ont été nommés juges, MM. Gendrin, Guéneau de Mussy, Pidoux, Demarquay et Broca, *titulaires*; MM. Hérard et Monod, *suppléants*.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. De la méthode galvano-caustique appliquée 1° à la guérison de la cataracte; 2° à la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales; 3° à l'opération de la pupille artificielle. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. Opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant. — Quelques considérations historiques et critiques sur les phlegmons péri-utérins ou des ligaments larges. — Muguet; traitement. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 25 octobre. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Ancelon. — Nouvelles.

PARIS, LE 26 OCTOBRE 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'incident relatif aux eaux potables de Vichy est vidé, au moins provisoirement. De nouvelles protestations contre les observations de M. Devergie ont essayé de se faire jour, mais toute discussion par affirmations et dénégations devient désormais inopportune en présence de la décision prise par l'Académie. M. Boullay, en sa qualité de président de la commission des eaux minérales et au nom de cette commission, qui s'est réunie à cet effet depuis la dernière séance, est venu faire hier une proposition qui devra mettre fin au débat. La commission, pensant que son premier soin devait être de constater la composition chimique des eaux consommées par la population de Vichy, a proposé de demander à M. le ministre du commerce de vouloir bien faire parvenir à l'Académie, pour qu'elle en fasse faire l'analyse, des échantillons authentiques des eaux des différentes fontaines publiques et des puits des principaux hôtels de Vichy. Cette proposition adoptée, toute discussion doit surseoir jusqu'à ce que l'Académie ait été mise en demeure d'exécuter ce commencement d'enquête.

M. Piorry a eu ensuite la parole pour terminer la lecture de son mémoire sur la phthisie pulmonaire. Dans ce mémoire de M. Piorry, comme dans tout ce qui sort de la plume de cet infatigable travailleur, il y a à prendre et à laisser. M. Piorry voit toute la pathologie par l'un des bouts seulement de la lunette, qu'il s'obstine à ne vouloir jamais retourner. Tout ce qui tombe sous le champ de sa vision est exploré, examiné, scruté, analysé et discuté de manière à ne laisser que bien peu à glaner à ceux qui voudraient passer par là après lui. Mais ce qui se voit par l'autre bout !... Nous laissons à nos lecteurs le soin d'apprécier eux-mêmes les conclusions qui résument ce travail, mais en les engageant à y regarder des deux côtés.

M. Gosselin a clos la séance par la lecture d'un excellent travail sur le taxis dans la hernie étranglée. Ce serait une belle question de pratique chirurgicale à débattre. Les commissaires désignés pour l'examen du mémoire de M. Gosselin ne voudront probablement pas laisser échapper cette occasion.

Dr Brochin.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

De la méthode galvano-caustique appliquée 1° à la guérison de la cataracte; 2° à la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymale; 3° à l'opération de la pupille artificielle.

Par M. le docteur TAVIGNOT.

Les remarquables travaux de M. Middeldorpff, ainsi que les publications pleines d'intérêt de M. Paul Broca, ayant tout naturellement fixé mon attention, j'ai conçu l'idée d'utiliser la méthode galvano-caustique dans le traitement de plusieurs affections des yeux, telles que la cataracte, la tumeur lacrymale, l'oblitération pupillaire. Mes tentatives ont été couronnées de succès, je viens donc livrer à la publicité, c'est-à-dire à l'examen critique de nos confrères, les règles générales qui m'ont guidé jusqu'à présent dans cette voie nouvelle ouverte à la thérapeutique des maladies des yeux.

§ Ier. — *Guérison de la cataracte.*

Lorsque j'ai pratiqué avec succès, il y a deux ans, une pupille artificielle à l'aide de la pile galvanique de Grove, j'avais déjà en vue la méthode nouvelle que j'emploie aujourd'hui pour guérir la cataracte.

Cependant, il y avait loin encore de cette idée première, de cette idée si simple pourtant, et déjà au préalable expérimentée par moi sur les animaux, à sa réalisation chirurgicale, c'est-à-dire à son application régulière sur des malades atteints de cataractes molles ou dures, simples ou compliquées, spontanées ou traumatiques.

Le temps nous est venu en aide en nous permettant de perfectionner la méthode nouvelle et de lui faire acquérir ce degré de précision si nécessaire à toutes les manœuvres chirurgicales que l'on pratique sur les yeux.

Mais avant de faire connaître la méthode elle-même, indiquons sa manière d'agir et le but qu'elle est destinée à atteindre.

La cataracte résulte, tout le monde le sait, d'une opacité capsulaire, lenticulaire ou capsulo-lenticulaire. Par conséquent, a-t-on dit, il importe pour rétablir la vision, abolie par cet obstacle, de faire disparaître le corps opaque tout entier, quels que soient les dangers résultant de l'opération elle-même ; de là la pratique de l'abaissement, du broiement, de l'extraction, voire même de l'aspiration.

Pourtant cette idée, en apparence si rationnelle, est encore susceptible d'être discutée. En effet, si l'on admet que le corps opaque qui gêne la vision a une étendue transversale de 10 à 12 millimètres sur un diamètre antéro-postérieur de 5 à 6, on ne s'explique guère la nécessité de déplacer, de broyer ou d'extraire quand même un corps aussi volumineux par rapport à l'œil, alors que l'appareil cristallinien, devenu opaque, ne nuit à la vision que dans sa partie centrale ou intra-pupillaire, c'est-à-dire dans un espace circulaire dont le diamètre moyen est d'environ 3 millimètres.

Je ne veux pas ici abuser de l'analogie et établir des rapports que ne comportent guère les différences qui existent évidemment entre les choses mises en présence ; qu'il me soit permis, néanmoins, de demander quelle opinion on aurait, à notre époque, d'un ingénieur qui pour se débarrasser d'une montagne faisant obstacle au passage de son crampton, aurait trouvé l'unique moyen d'enlever ou de déplacer cette montagne... Et le tunnel! lui crierait-on de tous côtés.

Oui, certes, l'idée de créer de toutes pièces dans le cristallin et en regard de la pupille une sorte de viaduc pour le passage des rayons lumineux, est, je crois, la première qui se serait présentée à l'esprit des chirurgiens, si toutefois les moyens d'exécution eussent été en leur pouvoir.

En effet, ce qui ajoute à la gravité plus ou moins grande, mais réelle dans tous les cas, d'une opération de cataracte pratiquée par abaissement, par broiement ou par extraction, n'existe plus dans l'opération nouvelle que nous avons instituée, puisque notre ponction de la cornée est tout à fait inoffensive par son peu d'étendue, que l'iris est à l'abri de la piqûre comme de l'incision, et que l'humeur vitrée est respectée d'une manière absolue. La fonte purulente de la cornée, l'iritis aiguë ou chronique, l'issue ou la désorganisation du corps vitré, etc., deviennent dès lors des accidents étrangers à la méthode galvano-caustique.

Il y a plus; avec nous, le cristallin lui-même n'est pas déplacé ; ses rapports avec la capsule qui le protége, ainsi que les moyens d'union de cette même capsule à la zone hyaloïdienne, restent intacts. Ajoutons, en outre, que l'action spéciale de notre tige galvano-caustique est beaucoup mieux tolérée par le globe oculaire lui-même que celle des instruments piquants ou tranchants, soit que cette tolérance résulte de la nature même de l'action produite, soit qu'elle dépende des limites restreintes dans lesquelles elle s'exerce sur un corps privé de vie et nécrosé, selon l'expression de Delpech.

Nous allons décrire en quelques mots les instruments que nous employons ; ils se composent :

1° De notre kératotome trilamellaire, qui ne diffère d'ailleurs des autres instruments du même genre que par le développement sur l'une de ses faces d'une arête tranchante, afin d'obtenir une incision cornéale à trois branches : disposition on ne peut plus propre à faciliter et l'entrée et les manœuvres de la tige galvano-caustique.

2° De la tige galvano-caustique elle-même, présentant un léger renflement à son extrémité libre, et un peu plus loin un angle presque droit avec le corps principal de l'instrument. Cette tige en platine, formée par la juxtaposition des deux conducteurs, n'est libre que dans l'étendue de 3 ou 4 millimètres ; partout ailleurs elle est recouverte d'une couche d'émail, afin de prévenir la cautérisation de la cornée ou de l'iris (1).

3° Enfin, de la pile galvanique Grenet, laquelle est à un seul liquide et fonctionne, comme on sait, avec le bichromate de potasse, sous l'influence de l'insufflation.

Manœuvres opératoires. — Tout ayant été disposé selon les règles ordinaires, je procède de la manière suivante à la canalisation de l'appareil cristallinien :

Premier temps. — Une ponction de 6 millimètres est pratiquée avec notre kératotome à la circonférence externe de la cornée.

Deuxième temps. — Par cette ouverture comme étoilée j'engage rapidement ma tige galvano-caustique de manière à mettre en contact, sans pression aucune, son extrémité libre avec la face antérieure de la capsule cristalline.

Troisième temps. — Le courant de la pile est établi alors ; son activité est accrue peu à peu pendant que l'opérateur imprime à l'instrument des mouvements de va-et-vient dans divers sens, associés à un mouvement de circumduction. On perfore ainsi très-facilement de part en part la partie centrale du cristallin, de manière à établir un canal d'environ 3 ou 4 millimètres de diamètre.

Ce résultat obtenu, on interrompt le courant ; puis la tige déjà refroidie est dégagée de l'œil.

Telle est la manœuvre type, l'opération modèle que tout praticien devra répéter un certain nombre de fois sur les animaux avant de l'appliquer sur l'homme, de la même manière que l'on s'exerce sur le cadavre à l'abaissement ou l'extraction avant d'agir sur le vivant.

Dans tous les cas, la tige galvano-caustique reste par elle-même un moyen d'action assez puissant pour être utilisée de différentes manières ; c'est ainsi qu'au lieu de canaliser régulièrement le cristallin, le chirurgien pourra se borner, faute de pouvoir mieux faire, à pratiquer une sorte de tranchée dans son épaisseur, afin de ménager un passage quelconque aux rayons lumineux.

On aurait pu croire, *à priori*, et j'aurais volontiers pensé moi-même que la canalisation du cristallin était une opération douloureuse ; il n'en est rien ; le malade n'accuse que la sensation produite par la ponction cornéale, et il paraît rester tout à fait étranger au travail de perforation qu'accomplit la tige galvanique.

La méthode galvano-caustique a encore sur les autres l'avantage d'être applicable à toutes les espèces de cataractes, même et surtout à celles qui restent le plus ordinairement rebelles aux anciennes méthodes; tels sont, par exemple, les cas de cataractes avec adhérence de l'iris à la capsule antérieure, s'accompagnant de coarctation plus ou moins prononcée de la pupille, car alors la même tige qui va canaliser le cristallin agrandit au préalable et sans danger l'ouverture pupillaire.

Ajoutons enfin que la méthode nouvelle offre, comme l'abaissement et le broiement, l'avantage de pouvoir être répétée plusieurs fois sur le même œil, en cas d'insuccès des premières tentatives ; or on sait que les sujets traités par l'extraction n'ont en général que très-rarement cette même ressource devant eux.

Soins consécutifs. — L'opération si simple que nous venons de décrire ne dure guère que dix à douze secondes, mais elle n'a pas pour effet de rétablir immédiatement la vision ; cela arrive souvent lorsqu'on use de l'abaissement. Des flocons albumineux dus à l'action galvanique ne tardent pas, en effet, à masquer les différentes parties de l'œil. Ce n'est que du dixième au douzième jour, en moyenne, que la résorption permet de saisir et ce qui a été fait et ce qu'il reste encore à faire pour rétablir le libre passage des rayons lumineux jusqu'à la rétine.

D'ailleurs, aucune réaction sérieuse n'étant à redouter après l'opération, les soins consécutifs sont d'une extrême simplicité : des compresses imbibées d'eau glacée sur l'œil pendant les premières heures, et quelques purgatifs salins de temps en temps, sont avec un régime approprié les seuls moyens à mettre en usage.

§ II. — *De la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales.*

J'admets cinq espèces distinctes de tumeurs lacrymales :

(1) Ces instruments ont été exécutés par M. Mathieu, qui a assisté lui-même à nos premiers essais. C'est M. Le Prince, l'un de nos plus habiles dentistes, qui s'est chargé de revêtir nos tiges galvano-caustiques d'un émail très-dur, le même qui sert à la fabrication des dents minérales artificielles, et ne fond qu'à une température très-élevée.

1° *Tumeur lacrymale* avec reflux possible du mucos-pus par les points lacrymaux et par le nez;

2° *Tumeur lacrymale* avec reflux possible du muco-pus par les points lacrymaux seulement;

3° *Tumeur lacrymale* avec reflux possible du muco-pus par le canal nasal seulement;

4° *Tumeur lacrymale* sans reflux possible du muco-pus soit par les points lacrymaux, soit par le nez;

5° *Tumeur lacrymale* avec perforation de l'un des conduits ou du sac lui-même sans ouverture extérieure, ou tumeur lacrymale extra-kystique, ainsi que je l'ai appelée.

Or, s'il ne faut pas perdre de vue la cause initiale de la maladie qui nous occupe, — état lymphatique du jeune âge, vice scrofuleux, infection syphilitique —, pas plus que la carie des os qui peut la compliquer, il importe néanmoins, dans la pratique, de se laisser guider par les caractères propres à telle ou telle espèce de tumeur lacrymale, au point de vue de l'opportunité plus ou moins grande de l'opération.

Dès 1856 j'ai publié, avec des observations à l'appui, les idées nouvelles que je professais déjà depuis quelque temps sur la nature et sur le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales. (*Gazette des Hôpitaux*, 1856, n°s 95, 99, 127 et 134.) Ce travail a fixé l'attention des praticiens. Depuis lors, les faits se sont d'ailleurs multipliés entre nos mains; aussi me suis-je efforcé de simplifier de plus en plus et de rendre efficace le plus rapidement possible le traitement institué par nous pour obtenir la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales.

C'est ainsi qu'à l'extirpation de la glande nous avons fait succéder l'excision de la partie antérieure des conduits; c'est ainsi que nous avons fait succéder à l'excision elle-même la cautérisation galvanique.

On avait, avant nous, tout tenté, un peu à tort et à travers, pour triompher de l'affection qui nous occupe, et on était loin de la guérir d'une manière absolue dans la très-grande majorité des cas. Cela tenait surtout à l'ignorance complète dans laquelle on était sur la nature même de la maladie, laquelle résulte, avons-nous dit alors, « d'un désaccord organique survenu entre les » propriétés chimiques des larmes et les propriétés physiologi- » ques de la muqueuse náso-lacrymale. »

Une fois ce point de départ établi, il ne nous restait plus, dans l'impossibilité où la science se trouve de faire cesser ce désaccord organique, qu'à rompre toute espèce de contact entre les larmes et le sac, en provoquant l'oblitération des conduits lacrymaux.

L'expérience, en effet, nous a appris à satiété que le larmoiement après l'opération était tout à fait nul ou dans tous les cas insignifiant en lui-même. Aussi en substituant aujourd'hui la cautérisation galvanique à l'excision palpébrale, pour obtenir l'occlusion des conduits, ne changeons-nous pas notre méthode thérapeutique; nous simplifions la manière de la réaliser, voilà tout.

Manœuvres opératoires. — *Premier temps.* — Un stylet de Méjan est introduit dans le conduit lacrymal supérieur, puis dans l'inférieur, afin de mieux fixer leur trajet, que l'on dessine avec de l'encre sur la peau palpébrale.

Deuxième temps. — Le chirurgien, armé de la tige galvano-caustique non émaillée et chauffée à blanc, fait parcourir à son extrémité libre le trajet ainsi rétabli sous les yeux de l'un et de l'autre conduit, depuis les points lacrymaux jusqu'à peu de distance du sac.

Troisième temps. — La tige est remplacée par le stylet explorateur, dans le but de constater que le trajet indiqué a été exactement suivi et les parois des conduits tout à fait désorganisées.

L'opération est achevée; il ne reste plus qu'à traiter la dacryocystite d'après les règles que nous avons fait connaître en 1856 (voy. *loco citato*).

§ III. — *De l'opération de la pupille artificielle.*

Après ce que nous avons dit de la méthode galvano-caustique appliquée à l'opération de la cataracte, il nous paraît superflu de décrire d'une manière spéciale l'opération de la pupille artificielle. En effet, on utilise le même kératotome; on se sert de la même tige galvano-caustique émaillée; on a recours aux mêmes manœuvres, avec cette différence qu'elles sont encore plus simples à exécuter.

D'ailleurs, depuis deux ans que j'ai pratiqué pour la première fois l'opération que j'indique maintenant, le procédé est resté le même; j'ai seulement perfectionné la tige galvano-caustique, et substitué la pile Grenet à la pile de Grove.

Je n'hésite, du reste, pas plus aujourd'hui qu'il y a deux ans (*Moniteur des hôpitaux*, 3 octobre 1857) à considérer la cautérisation galvanique comme supérieure à l'iridectomie, même exécutée avec ma pince-crochet, le plus sûr et le plus simple de tous les instruments à cet usage; et je ne doute pas que dans un temps donné (car le progrès ne s'improvise point dans l'esprit public) l'opération nouvelle ne finisse par faire oublier l'ancienne.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant;

Par M. le docteur PETITGAND, de Gorze (Moselle).

Bien qu'il ne manque pas dans les annales de la science de cas de gastro-hystérotomie terminés favorablement pour la mère et pour l'enfant, je crois devoir porter à la connaissance du monde médical l'observation suivante, que vient de me fournir ma pratique privée. Elle prouve une fois de plus que si cette opération est très-souvent fatale dans les grands centres de population, elle est loin de présenter dans les campagnes un égal degré de gravité. Les circonstances qui commandent de recourir à cette extrême nécessité sont heureusement très-rares; mais comme elles se rencontrent encore quelquefois, il est utile de rappeler cette bénignité relative, afin de prémunir les chirurgiens qui se livrent loin des villes à la pratique des accouchements, contre les craintes exagérées que peut leur inspirer la gastrotomie. Bon nombre d'entre eux, dominés par ces seules craintes, n'hésiteraient pas, même étant certains que l'enfant vit, à le sacrifier, pour sauver plus sûrement la mère. Je ne viens pas discuter ici l'opinion de ceux qui s'attribuent le droit de priser la valeur comparative de la vie d'un enfant près de naître et de celle de sa mère, et qui se fondent sur l'autorité de leur jugement pour faire bon marché de celle de l'enfant et agir en conséquence; je ne juge pas cette opinion, que je me contente de ne pas partager, mais je ne puis m'empêcher de remarquer qu'elle est trop répandue et trop bien accueillie dans le monde pour ne pas exercer une certaine pression sur quelques praticiens. Aussi plus d'une fois à ma connaissance, la céphalotripsie a-t-elle été pratiquée dans des cas de dystocie autres que ceux qui nécessitent la gastrotomie, et qui eussent pu être terminés sans dangers extrêmes pour la vie de l'enfant.

OBS. (1). — Je fus appelé le 20 juin dernier, dans la matinée, chez la nommée Marie-Françoise, femme T..., au village de Waville. Elle était arrivée au terme de sa grossesse, et le travail durait depuis trois jours et demi. Les eaux s'étaient écoulées depuis trente heures; néanmoins, les douleurs n'étaient devenues énergiques que depuis le milieu de la nuit précédente, mais elles étaient complétement inefficaces. On pouvait entendre à l'auscultation les battements du cœur de l'enfant, et sa mère assurait qu'il n'avait pas encore cessé de le sentir remuer. Cette femme, âgée de trente et un ans, est mariée depuis un an; elle a la taille de 1 mètre 30 centimètres; elle est pâle, brune, maigre, d'une constitution éminemment nerveuse, sujette aux migraines, aux gastralgies. Habituellement bien réglée, elle est affectée d'incurvation latérale droite du rachis, mais sans apparence d'ostéomalacie. Il était cependant à craindre que l'obstacle à l'accouchement ne dépendît d'une viciation des os du bassin. Je constatai, en effet, par le toucher, que le diamètre sacro-pubien était insuffisant pour livrer passage à la tête. Je fis plusieurs mensurations successives, et je trouvai invariablement qu'il n'excédait pas 6 1/2 à 7 centimètres. La dilatation était très-avancée; la tête se présentait en position occipito-antérieure gauche, un peu défléchie; la fontanelle antérieure était facile à atteindre et à distinguer, malgré la tuméfaction des téguments crâniens.

Ayant sous la main un forceps, je fis glisser sans trop de difficultés sur la région frontale la branche droite guidée sur trois doigts seulement; mais je n'essayai pas même l'introduction de la seconde branche, assuré d'avance de l'inutilité de cette tentative, puisque celle qui était appliquée emplissait à elle seule presque tout l'espace libre du bassin. Je retirai immédiatement celle-ci, déclarant aux assistants qu'il n'était pas possible d'extraire l'enfant par les voies naturelles. J'avais cru devoir faire ce simulacre d'application du forceps pour tranquilliser l'esprit de chacun et prévenir toute objection ultérieure.

Il fallait me résigner à opter entre la symphyséotomie et la gastrotomie; mais la section pubienne ne pouvait donner qu'un faible écartement, et m'exposait, en cas d'insuccès immédiat, à recourir ensuite à la section abdominale, ce qui augmentait de beaucoup le danger pour la femme: je me décidai pour l'hystérotomie.

La patiente fut à peine effrayée de ma détermination, et elle se calma tout à fait à la promesse que je lui fis de l'endormir au moyen du chloroforme et de la rendre insensible à la douleur. Elle ne paraissait pas très-fatiguée de la longue durée du travail, et je la trouvais dans d'excellentes conditions physiques et morales pour supporter cette épreuve.

Quoiqu'il me parût prudent de ne pas différer l'opération, je crus devoir, pour une affaire aussi grave, demander l'assistance d'un de nos confrères de la ville. Le docteur Bernard fut prié de se rendre au plus vite à Waville: nous ne fûmes cependant réunis sur les lieux qu'à cinq heures du soir, c'est-à-dire quatre jours après le commencement du travail et quarante heures après la sortie des eaux.

Le résultat de l'examen de mon confrère fut conforme au mien, et il partagea entièrement mes vues sur le parti à prendre. En conséquence, nous procédâmes tout de suite à l'opération.

La femme étant soumise à l'anesthésie chloroformique, je divisai la peau de l'ombilic au pubis dans une étendue de 16 à 18 centimètres; la ligne blanche étant divisée elle-même, l'utérus se présenta sous le tranchant de l'instrument; je l'ouvris par une ponction faite à sa partie moyenne, assez large pour faire pénétrer dans la cavité de l'organe un doigt, puis deux, dans l'intervalle desquels je guidai en haut et en bas un bistouri boutonné pour compléter la section utérine; je lui donnai environ 14 ou 15 centimètres.

L'enfant se présenta immédiatement, dans la position indiquée plus haut: je l'entraînai par les pieds, mais il fallut opérer une traction assez forte pour dégager la tête, qui demeurait enclavée dans le détroit supérieur. Le placenta se détacha de lui-même un instant après. Le sang s'échappa en nappe avec abondance, et inonda le lit en un clin d'œil; mais cet écoulement ne tarda pas à s'arrêter, la matrice revenant rapidement sur elle-même. L'enfant était vivant, du sexe féminin, à terme et bien constitué. La bosse pariétale droite présentait une excoriation superficielle et d'une faible étendue.

Faute d'aides intelligents et de place, nous fûmes obligés de négliger quelque peu le conseil impératif des auteurs, qui veulent qu'on exerce des pressions soutenues autour de la plaie pour s'opposer à la pénétration du sang dans le péritoine; mais nous vîmes la peau s'appliquer d'elle-même si exactement sur l'utérus, et le suivre si bien pendant son mouvement de retrait, que nous restâmes médiocrement convaincus de l'importance de cette recommandation. Aucune injection ne fut faite dans l'intérieur de l'organe, et on n'y introduisit pas ces bandelettes effilées qu'on a aussi conseillées pour favoriser l'écoulement des liquides par le vagin et par la partie inférieure de la plaie. Celle-ci fut réunie par cinq points de suture enchevillée, mais laissée béante à la partie inférieure. Le ventre fut recouvert de compresses imbibées d'eau à la température de l'air ambiant, qui durent être fréquemment renouvelées et soutenues par un bandage de corps. L'opérée s'était éveillée au moment où l'on serrait les dernières ligatures; elle eut à peine quelques nausées, et quand elle fut replacée dans une position convenable, il ne sembla pas, à la voir, qu'elle eût supporté autre chose qu'une couche ordinaire. Le repos le plus absolu fut prescrit; de l'eau fraîche donnée pour boisson, toute nourriture interdite. Plusieurs injections émollientes furent recommandées pour la nuit.

Le 21, malgré les nombreuses visites qu'elle a reçues dans la soirée, la femme T... a dormi presque toute la nuit: le matin, elle a éprouvé quelques vomissements. Les lochies s'écoulent par la plaie, non par le vagin. Pas de selles: ventre très-douloureux, très-ballonné; soif nulle, pas de fièvre; langue nette, air tout à fait calme.

Les 22 et 23, même état, sinon que le ventre est encore plus ballonné; de nombreux lavements laxatifs n'ont pas amené de garde-robes.

Le 24, pendant la nuit, la malade peut à peine respirer, tant le météorisme abdominal est considérable: à bout de patience, elle se fait soutenir debout sur son lit, afin, dit-elle, d'essayer ses forces. Dans cette position, il s'opère une énorme évacuation de gaz et de fèces, et, peu d'instants après, de déjections vaginales. Elle se proclame guérie, n'ayant souffert, à son sens, que de la rétention des selles et du gonflement du ventre. En effet, elle cesse de se plaindre et demande instamment qu'on lui accorde des aliments. Elle n'a pas eu de fièvre de lait ni de traces de sécrétion lactée; mais du 26 juin au 6 juillet, elle a ressenti quelques accès de fièvre intermittente qui ont cédé à de faibles doses de sulfate de quinine.

Le 8 juillet, les lochies sont séreuses; elles ont continué de couler par les voies naturelles depuis le 24 juin; et à partir de ce même jour, elles ont cessé de couler par la plaie, qui était alors réunie dans ses 4/5es supérieurs. En bas elle restait béante, et fournissait à peine quelque suppuration. Une anse intestinale s'était présentée en ce point, et j'avais dû la recouvrir, en resserrant au moyen d'une épingle les bords de la plaie, afin d'en prévenir la hernie. Cette épingle n'avait pas tardé à diviser la peau; mais déjà l'intestin s'était couvert de bourgeons, avait contracté des adhérences, et le ballonnement du ventre disparaissant, la plaie s'était rétrécie et avait réduit complétement l'anse intestinale; toutes les ligatures avaient dû être coupées dès le 4, afin de prévenir la section transversale de la peau.

Le 10, on permet à l'opérée de s'asseoir sur un fauteuil.

Le 12, elle se croit assez forte pour se lever du fauteuil et elle essaye, avec l'appui d'une assistante, de faire un tour de chambre.

Le 14, elle m'avoue son imprudence, me dit qu'elle n'a pas été fatiguée de cet essai, mais que, pendant la nuit, ses lochies se sont supprimées; qu'elle a ressenti dans le flanc gauche de violentes douleurs. Sa face n'est pas grippée; elle a à peine de la fièvre; il n'y a pas eu de frissons. — Applications narcotiques sur le ventre, injections mucilagineuses.

Le 15, le matin, les lochies reparaissent. Elles sont purulentes et très-sanguinolentes; les douleurs ont disparu. Le pouls est un peu fébrile, mais il n'y a ni soif ni inappétence, et je laisse la femme T... reprendre quelques aliments et un peu de vin. Dès le cinquième jour de l'opération elle avait commencé à prendre des potages, et du vin dès le dixième.

Le 17, les accidents des jours passés sont entièrement dissipés; les lochies redeviennent séreuses et peu abondantes. Je permets à Marie T... de se lever, le ventre soutenu par une ceinture abdominale, et de choisir telle alimentation qu'elle voudra.

Le 22, elle descend seule un escalier de plusieurs marches pour se rendre au jardin, y passe quelques heures, et remonte à sa chambre sans éprouver aucune incommodité de cette fatigue.

Le 25, la guérison me paraît assurée.

Le 8, je fais une dernière visite à mon opérée. Elle a pris un peu d'embonpoint; ses forces reviennent; elle se promène librement dans les rues.

Le 1er, ses règles sont revenues, mais n'ont fait qu'apparaître. La partie inférieure de la cicatrice ventrale est arrondie, rayonnée, et correspond au point précis où l'intestin a pris des adhérences, circonstance importante à noter pour le cas malheureusement possible d'une grossesse ultérieure.

De son côté, la petite fille est parfaitement bien conformée, et quoique nourrie au biberon, elle est pleine de santé et de vigueur. Aussi, tout en me réjouissant que sa vie n'ait pas été obtenue au prix de celle de sa mère, je ne puis me défendre d'une comparaison tout en faveur de l'enfant, et je me plais à espérer que celle-ci pourra figurer au moins aussi utilement qu'elle dans la société.

(1) Cette observation a été communiquée à la Société des sciences médicales du département de la Moselle.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

historiques et critiques sur les phlegmons péri-utérins ou des ligaments larges.

Par M. le Dr A. NONAT, médecin de la Charité.

Dans le numéro du 13 octobre dernier, la *Gazette des Hôpitaux* a publié une leçon clinique de M. Noël Guéneau de Mussy, sur les *phlegmasies circum-utérines*. Qu'il me soit permis de présenter à ce sujet quelques considérations historiques et critiques, qui trouveront assez naturellement leur place dans ce journal où ont été insérées, *il y a bientôt dix ans*, mes premières leçons sur les *phlegmons péri-utérins ou des ligaments larges*.

Ce qui frappe tout d'abord dans la leçon de M. Guéneau de Mussy, c'est le laconisme avec lequel il esquisse l'historique de la maladie. L'honorable professeur se contente de mentionner les noms de Liébault et de Puzos, qui, de son propre aveu, n'ont semé dans la science que des idées erronées, et il ne dit rien des travaux modernes, grâce auxquels, cependant, il est possible selon lui de tracer une histoire complète de cette affection. N'y avait-il donc pas quelque justice et tout à la fois quelque intérêt à signaler ceux de ces travaux qui ont le plus contribué à jeter du jour sur un des points les plus obscurs de la gynécologie? Je vais en peu de mots essayer de combler cette lacune.

Longtemps les phlegmasies qui se développent autour de l'utérus ont été méconnues ou confondues avec les phlegmasies de la matrice elle-même. Cette erreur, dont on trouve la source dans Paul d'Egine, se perpétue à travers les siècles dans les ouvrages des Arabes, et dans ceux de Fernel, de Frédéric Hoffmann, de Rivière, etc. Nauche, Gardien et M. Duparcque, notre contemporain, ont reproduit et propagé cette confusion séculaire.

Morgagni, Delamotte et Ledran rapportent les premiers exemples bien avérés d'abcès développés dans les fosses iliaques, autour de l'ovaire et de la trompe.

Puzos, Levret, Deleurie, Doublet et Gastelier signalent sous le nom de *dépôts laiteux* les phlegmons intra-pelviens qui surviennent à la suite des couches. Mais on ne trouve dans ces auteurs aucun renseignement précis sur le siége de ces tumeurs, dont ils ne constataient l'existence que lorsqu'elles avaient acquis un assez grand volume pour être perçues à l'aide du palper hypogastrique.

Dupuytren, Dance, Husson, MM. Ménière, Piotay, Lebâtard, et après eux M. Grisolle et M. Bourdon, publièrent d'excellentes monographies sur les phlegmons des fosses iliaques; mais ils n'ont pas même mentionné le phlegmon péri-utérin.

Cette affection est traitée d'une manière très-imparfaite dans la clinique de Lisfranc et dans l'ouvrage de Dugès et de Mme Boivin.

Deux thèses inaugurales, celle de M. Verjus, en 1844, et celle de M. Satis, en 1847, furent consacrées à une étude plus complète qu'on ne l'avait fait auparavant du phlegmon des ligaments larges, mais surtout sous la forme aiguë et dans l'état puerpéral.

Tel était sur ce point de la pathologie utérine l'état de la science vers la fin de l'année 1846, lorsque j'ai commencé mes recherches à l'hôpital Cochin, dans un service où étaient reçues en assez grand nombre des femmes venant de la Maternité. Dans le principe, je ne fixai guère mon attention que sur l'engorgement inflammatoire des ligaments larges. J'observai d'abord cette maladie à l'état aigu; mais je ne tardai pas à rencontrer des cas assez nombreux de la même affection à l'état subaigu et à l'état chronique; et en 1848, un de mes internes, M. Boyer, soutenait devant la Faculté de médecine de Paris une thèse sur le *phlegmon subaigu et chronique des ligaments larges.*

Dans le courant de l'année 1849, je commençai à observer quelques cas d'engorgement inflammatoire du tissu cellulaire péri-utérin; et en 1851, un autre de mes élèves, M. Martin, choisit pour sujet de sa dissertation inaugurale : *Le phlegmon des ligaments larges et du tissu cellulaire péri-utérin.* Depuis lors, ces faits se sont multipliés dans ma pratique, et je n'ai cessé de les signaler à l'attention des praticiens, soit par des observations publiées dans nos recueils périodiques, soit dans des conférences cliniques qui ont été reproduites dans la *Gazette des Hôpitaux* (février et mars 1850).

Je ne rappellerai pas les discussions et les attaques dont mes travaux furent l'objet dans le principe. Accueillie d'abord avec une extrême défiance, repoussée même par quelques confrères incrédules, la doctrine des phlegmons péri-utérins fut enfin acceptée par ceux qui s'en étaient montrés les plus rudes adversaires; et elle paraissait avoir acquis définitivement ses droits de cité dans la science, lorsque MM. Bernutz et Goupil vinrent, en 1856, contester de nouveau l'exactitude de mes observations.

M. Guéneau de Mussy consacre quelques lignes au développement de l'opinion de M. Bernutz; je vois avec plaisir qu'il ne l'adopte pas d'une manière absolue, et qu'il admet l'existence de ce phlegmon tant contesté, que j'ai décrit depuis longtemps sous le nom de phlegmon péri-utérin.

Or, je le demande, en quoi diffère cette dénomination de celle de phlegmasie circum-utérine dont se sert M. Guéneau de Mussy pour désigner la même affection?

La différence est dans une simple préposition. M. Guéneau de Mussy n'a que le mérite d'avoir substitué au mot grec *péri* le mot latin *circum*, dont le sens est absolument le même. Bien longtemps avant mon très-distingué collègue, j'avais senti la nécessité d'employer une expression vague, indéterminée, qui me permît d'indiquer les rapports anatomiques généraux de la phlegmasie avec l'utérus, sans rien préjuger sur le siége précis de la lésion.

Je ne m'étendrai pas ici davantage sur cette question. Tout ce qui se rattache à l'histoire du phlegmon péri-utérin se trouve longuement exposé dans un ouvrage consacré aux affections de l'utérus et de ses annexes, que je dois faire paraître incessamment.

MUGUET. — TRAITEMENT.

Le traitement employé par M. le professeur N. Guillot depuis des années, pour guérir le muguet, est fort simple et d'une efficacité constante; c'est-à-dire que par lui on détruit à coup sûr le cryptogame jaune parasitaire sans modifier en rien l'état général.

Après s'être enveloppé un doigt d'un morceau de toile un peu dure, on s'en sert pour frotter avec une certaine rudesse toute la bouche de l'enfant, de façon à en bien nettoyer tous les recoins et à enlever tout ce qui existe du produit étranger, qui, du reste, se laisse facilement détacher.

Lorsqu'on s'est assuré que tout est bien enlevé, on promène légèrement le crayon de nitrate d'argent sur la langue et sur les parois de la bouche.

Les enfants supportent très-bien cette petite opération, pendant laquelle on a besoin de faire tenir les mâchoires écartées par un aide. Après avoir crié quelques instants, les petits opérés se calment et ils prennent le sein volontiers, sans paraître se ressentir de ce qui leur a été fait.

Le plus souvent la guérison est complète après une seule application de ce traitement; plus rarement il se reproduit un peu de muguet les jours suivants, mais on le fait disparaître par le même procédé. Il est tout à fait exceptionnel que l'on soit obligé d'y recourir une troisième fois. (*Revue de thérap.*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 octobre 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Quatre rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales du département de l'Ariége, sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1857;

2° Un rapport de M. le docteur Niepce, médecin inspecteur des eaux minérales d'Allevard (Isère), sur le service médical de ces établissements pendant la même année (Commission des eaux minérales);

3° Un mémoire de M. le docteur Jobert de Guyonvelle, sur les maladies qu'il a traitées de 1833 à 1858 dans le canton de la Ferté-sur-Amance (Haute-Marne);

4° Un rapport de M. le docteur Goupil sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans l'arrondissement de Ploermel depuis plusieurs mois. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note relative à la description d'un nouveau plessimètre, par M. Jules Thélinier, étudiant en médecine. (Commissaires : MM. Barth, Kergaradec et Piorry.)

2° Un pli cacheté contenant une note sur quelques points de la thérapeutique chirurgicale des affections des voies urinaires, par M. Mathieu, fabricant d'instruments. Le dépôt est accepté.

— M. Leudet, professeur à l'École préparatoire de médecine de Rouen, adresse une lettre à l'occasion de la note de M. Nonat sur la chloro-anémie des enfants. L'auteur revendique en faveur de M. Ward Ogier, de Birmingham, l'honneur d'avoir signalé le premier la fréquence du bruit de souffle anémique chez les enfants, dans un mémoire publié en 1851 dans le *Provincial medic. and surgic. Journal.*

— M. Rilliet, de Genève, à propos de la communication de M. Roger sur l'auscultation céphalique, adresse une lettre sur la valeur du bruit de souffle céphalique comme symptôme du rachitisme.

Ces deux lettres sont renvoyées à la commission déjà nommée, composée de MM. Laugier, Blache et Kergaradec.

— M. LE PRÉSIDENT, sur la demande de M. Deleau, ouvre un pli cacheté déposé dans la séance du 3 juin 1856, et donne lecture de la note qu'il renferme sur l'emploi thérapeutique du perchlorure de fer.

Voici le contenu de cette note :

La sublimation de perchlorure de fer est une opération longue et qui exige un soin tellement minutieux, qu'elle ne peut réussir que sur une petite quantité; elle entraîne une perte énorme du médicament; elle ne présente aucun avantage sérieux, car le perchlorure de fer sublimé est tellement déliquescent, qu'il peut à peine se conserver sec, et que le dosage par la pesée en est tout à fait incertain. D'ailleurs lorsqu'il attire ainsi l'humidité, lorsqu'on le dissout, lorsqu'on le met en pilules ou qu'on le fait entrer dans une préparation quelconque, il s'hydrate, et dès lors il perd sa stabilité.

La cristallisation du perchlorure de fer est une opération également minutieuse. Le perchlorure de fer est incomplétement soluble, et laisse un dépôt plus ou moins abondant, suivant les soins apportés à sa préparation et suivant son ancienneté. Ces circonstances m'ont fait adopter, comme forme typique de ce médicament, sa solution concentrée et exactement titrée, mais en prenant la précaution ingénieuse et efficace indiquée par M. Burin-Dubuisson. On le conserve à l'état de neutralisation complète en ajoutant du peroxyde de fer hydraté humide. Sous cette forme, ce médicament se prête à toutes les exigences thérapeutiques. Voici les formules préparées avec la plus grande attention par M. Paquet, pharmacien :

Solution normale de perchlorure de fer.

Acide chlorhydrique	q. v.
Peroxyde de fer hydraté humide	q. s.

On met le peroxyde de fer dans l'acide chlorhydrique jusqu'à ce que celui-ci refuse d'en dissoudre, de manière qu'il en reste en excès. On fait alors bouillir pendant quelques minutes et on filtre; puis on fait évaporer jusqu'à ce que la solution marque 24 degrés bouillants ou 30 degrés froids.

Cette solution contient la moitié de son poids de perchlorure de fer hydraté. Ainsi préparée, la solution de perchlorure de fer est en état de neutralisation; mais au bout d'un certain temps, elle laisse déposer de l'oxyde de fer, en même temps qu'elle s'acidifie. Cette solution m'a servi de base pour toutes les préparations thérapeutiques.

Sirop.

Solution normale de perchlorure de fer	10 grammes.
Sirop de sucre	490 —
Peroxyde de fer hydraté humide	q. s.

Chaque cuillerée de ce sirop comporte environ 12 centigrammes de perchlorure de fer.

Pilules.

Solution normale de perchlorure de fer	5 grammes.
Poudre à volonté	q. s.
Peroxyde de fer hydraté humide	q. s.

Faire 100 pilules contenant chacune 25 milligrammes de perchlorure de fer.

Injections.

Solution normale de perchlorure de fer	8 grammes.
Eau	250 —
Peroxyde de fer hydraté humide	q. s.

Le malade doit avoir soin d'agiter de temps en temps le liquide afin d'empêcher que la solution ne s'acidifie.

Pommade.

Solution normale de perchlorure de fer	8 à 24 gr.
Axonge	30 grammes.
Huile d'amandes douces	q. s.
Peroxyde de fer hydraté humide	q. s.

Au moyen de ce dosage, on peut varier la force du médicament depuis un dixième de la masse jusqu'au cinquième.

Sparadrap.

Solution concentrée de colle de poisson	120 grammes.
Solution normale de perchlorure de fer	30 —
Peroxyde de fer hydraté humide	q. s.

Le sparadrap contient un dixième de la masse emplastique de perchlorure de fer.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre de M. le docteur Noyer, médecin en chef de l'hôpital civil de Vichy, ancien maire de cette ville, en réponse à la note lue dans l'avant-dernière séance par M. Devergie. M. Noyer répond aux faits exposés par M. Devergie que, si l'administration municipale s'occupe du projet d'amener les eaux de l'Allier dans l'intérieur de la ville, ce n'est pas parce que les eaux en usage sont insalubres, mais parce qu'elles sont devenues insuffisantes par suite de l'augmentation de la population. (Commission des eaux minérales.)

Après quelques courtes observations de MM. Devergie et Ferrus, qui maintiennent leur dire, M. BOULLAY monte à la tribune, et propose, au nom de la commission des eaux minérales, de demander à M. le ministre l'envoi à l'Académie d'échantillons authentiques des eaux des différentes fontaines publiques et des puits des principaux hôtels de Vichy pour qu'elles soient analysées dans le laboratoire de l'Académie.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que, par suite de la mort de MM. Burdin et Soubeyran, deux places sont vacantes dans la section de physique et chimie médicale.

La section devra en conséquence se réunir pour présenter une liste de candidats pour l'une de ces deux places.

LECTURE.

Phthisie. — M. PIORRY continue et termine la lecture de son mémoire sur la phthisie et son traitement.

L'auteur, après avoir exposé la méthode d'après laquelle il prescrit l'iode aux phthisiques, examine successivement les questions suivantes : Les tubercules sont-ils susceptibles de guérison? Les tubercules une fois développés peuvent-ils se guérir par dessiccation? Lorsque les tubercules sont ramollis et évacués, lorsque des matières pyoïdes mélangées d'air séjournent dans des cavernes irrégulières, multiples, et s'y putréfient, que convient-il de faire?

Puis il résume l'ensemble de son travail dans les conclusions suivantes :

1° Les symptômes désignés sous le nom de phthisie pulmonaire appartiennent à des états morbides divers qui souvent ne sont pas des affections tuberculeuses;

2° Ces symptômes sont en général ceux de la septico-pyémie chronique, ajoutés à ceux d'une affection lente des organes pulmonaires;

3° Il y a un traitement, et non pas un remède, à employer contre la pneumophymie, c'est-à-dire contre la tuberculisation des poumons;

4° Ce traitement varie en raison des états organiques qui dans la pneumophymie se succèdent ou qui coexistent.

5° Les indications thérapeutiques découlent ici des états pathologiques existants.

6° C'est sur une diagnose anatomique et physiologique très-exacte que le traitement général de la pneumophymie peut se fonder.

7° Des soins hygiéniques convenables, des moyens propres à favoriser l'expectoration, sont les agents les plus propices pour prévenir le développement des tubercules pulmonaires.

8° Il est possible que les tubercules à l'état initial soient susceptibles de rétroaction, et par conséquent de disparition.

9° Il est certain que la respiration profonde et réitérée diminue tout d'abord l'étendue des indurations pulmonaires chroniques.

10° La respiration des vapeurs d'iode, qui n'a pas d'inconvénient alors que l'on prend pour la faire pratiquer les précautions convenables, diminue l'étendue du mal et améliore sensiblement l'état du malade.

11° L'action de fumer l'iode, quel que soit l'appareil que l'on emploie, est infiniment moins avantageuse que les simples inspirations de vapeurs iodiques.

12° L'une des premières indications dans les cas de cavernes tuberculeuses est d'évacuer la matière pyoïde, qui se putréfie, se décompose dans les cavernes, cause ainsi la septico-pyémie, et qui, oblitérant les canaux aériens, cause la mort.

13° Le contact des crachats purulents avec la membrane gastro-

entérique paraît causer en partie la diarrhée des pneumophymiques, qui ne doivent pas, en conséquence, avaler les crachats qu'ils expectorent.

14° Les vapeurs alcoo-iodiques, de teinture d'iode, ou même simplement alcooliques, sont utiles pour empêcher le pus des cavernes de se putréfier et de causer la septico-pyémie chronique ; elles le sont encore pour obtenir la cicatrisation des phymospéies.

15° La compression des cavernes pulmonaires superficielles peu, avoir de l'utilité.

16° Le temps et la pratique éclairée par la diagnose positive et mathématique, apprendront si l'on peut dans quelques cas ouvrir utilement certaines cavernes pulmonaires pour injecter de l'iode.

17° Le phosphate de chaux peut avoir de l'avantage pour augmenter la tendance des tubercules à devenir crétacés et inoffensifs.

18° Enfin une hygiène bien entendue, une nourriture réparatrice, et l'usage modéré et prudent du fer, la respiration d'un air pur, et qui ne soit pas froid et humide, sont dans la curation de la pneumophymie des moyens de premier ordre et que le médecin ne doit jamais négliger de prescrire.

Traitement de l'étranglement herniaire. — M. GOSSELIN lit un travail intitulé : *Etudes cliniques sur le traitement de l'étranglement herniaire par le taxis, et en particulier par le taxis forcé et prolongé.*

Sur 85 malades atteints de hernie étranglée auxquels il a été appelé à donner des soins, M. Gosselin en a traité lui-même 35 par le taxis, et le plus souvent par le taxis forcé, prolongé de vingt à soixante minutes. Sur 19 d'entre eux, la hernie était inguinale, sur 13 elle était crurale, sur les 3 autres elle était ombilicale.

Voici quels ont été les résultats : Pour les hernies inguinales, 17 ont été guéries sans accidents et promptement; 2 n'ont pu être réduites malgré les efforts qui ont été faits, et ont été opérées plus tard. Pour les hernies crurales, 5 ont été guéries, 4 n'ont pu être réduites et ont été opérées avec succès; une n'a pu être réduite et n'a pas été opérée parce que la malade s'y est refusée obstinément ; une autre s'est terminée par la mort, après réduction d'un intestin qui était perforé, quoique l'étranglement datât de onze heures seulement. L'autopsie a permis de reconnaître que dans ce dernier cas l'étranglement avait porté sur une anse incomplète, c'est-à-dire non accompagnée par le mésentère; et à ce propos l'auteur appelle l'attention sur trois points importants :

1° La rapidité plus grande de la gangrène et de la perforation sur ces anses incomplètes ;

2° La fréquence plus grande de l'anse incomplète dans la hernie crurale, où il l'a rencontrée quatre fois, que dans la hernie inguinale, sur laquelle il n'a pas encore eu l'occasion de la rencontrer ;

3° La difficulté d'établir positivement le diagnostic de cette variété de hernie lorsque la tumeur a, par suite de l'épanchement séreux concomitant, un certain volume ; lacune regrettable, car si le chirurgien pouvait distinguer la présence d'une anse incomplète, il serait autorisé à ne pas prolonger autant les tentatives de taxis, et à opérer plus promptement.

Pour les hernies ombilicales, la guérison a eu lieu dans ces trois cas sans accident.

Dans la plupart des observations, l'étranglement était récent et datait de douze à soixante-dix heures pour les hernies inguinales, de douze à trente-six pour les hernies crurales. M. Gosselin pense que ces dernières ne doivent pas être soumises au taxis aussi tard que les premières, parce que l'expérience a démontré que la gangrène y survenait plus rapidement, surtout dans le cas d'anse incomplète.

Après l'exposé des résultats qu'il a obtenus par le taxis, M. Gosselin indique la manière dont il a procédé. Il n'a pas employé les moyens préparatoires ou préalables conseillés par la plupart des auteurs ; tels que les bains, les sangsues, les lavements de tabac, etc. ; il est convaincu que ces moyens ajoutent peu à l'efficacité du taxis, et ils ont l'inconvénient de faire perdre un temps précieux. Mais il a soumis la plupart des malades à l'anesthésie au moyen du chloroforme. Il pense que le sommeil anesthésique est utile en ce qu'il permet au chirurgien d'employer plus de force, et de n'être pas arrêté malgré lui par les souffrances et les cris du patient.

Il a d'ailleurs toujours commencé par des pressions douces et modérées, puis, lorsque la réduction n'était pas obtenue au bout de cinq ou six minutes, il a augmenté la force des pressions, en les exécutant avec les deux mains, se penchant au-dessus du malade pour ajouter une partie du poids de son corps; souvent, enfin, faisant placer au-dessus de ses mains celles d'un aide vigoureux, de manière à faire ce qu'il appelle le taxis à quatre mains.

Il a continué ces manœuvres pendant vingt, trente, quarante et cinquante minutes, et ne s'est arrêté que quand la hernie s'est trouvée réduite, ou quand la résistance était restée telle au bout de ce temps que l'étranglement lui a paru invincible par ce moyen.

L'auteur appelle ensuite l'attention sur un phénomène qui l'a frappé dans plusieurs de ses observations, c'est l'apparence de réduction. La hernie avait assez diminué de volume pour faire croire que l'intestin au moins avait été réduit, et que l'épiploon seul restait dans le sac herniaire.

Viennent ensuite les apparences de non-réduction, qui trompent moins souvent les observateurs exercés.

Enfin, M. Gosselin, en comparant ses observations à celles qui ont été publiées par M. Malgaigne comme des exemples d'inflammation du sac herniaire sans étranglement, affirme qu'il ne s'agissait ni de simples épiplocèles ni de ces grosses hernies inguinales ou ombilicales qui, en effet, ne réclament pas habituellement l'intervention de la chirurgie active, mais qu'il s'agissait de hernies intestinales ou intestino-épiploïques positivement étranglées, et dans lesquelles la constriction, consécutive ou non à l'inflammation, était la lésion capitale, celle contre laquelle il importait de lutter.

L'auteur termine son mémoire par les conclusions suivantes :

Il résulte donc de tout ce qui précède que le taxis forcé est moins dangereux et plus utile que ne l'ont cru beaucoup de chirurgiens, et qu'il peut être tenté sans crainte dans les soixante-dix premières heures sur les hernies crurales et ombilicales.

J'ajouterai que, pour moi, le traitement de l'étranglement herniaire est essentiellement chirurgical et doit consister dans l'emploi immédiat du taxis, lorsqu'il est possible, ou dans l'opération, lorsque la prudence ne permet plus le taxis. Je n'admets la temporisation que dans les cas où le diagnostic n'étant pas suffisant, on a besoin, pour s'éclairer, de donner un purgatif.

Quant aux autres moyens conseillés par les auteurs avant d'en venir à l'opération, bains, sangsues, lavements de tabac, glace sur la tumeur, belladone, café, etc., je ne les emploie que dans les cas encore trop fréquents où les malades ne veulent consentir ni aux manœuvres du taxis ni à celles de l'instrument tranchant. Lorsqu'on me laisse la liberté d'agir, je les rejette absolument; et si l'on m'objecte qu'ils ont réussi dans certains cas, je réponds que le taxis bien fait aurait réussi de même, et qu'en outre ce dernier réussirait dans un bon nombre de cas où les moyens précédents échouent.

Le mémoire de M. Gosselin est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Malgaigne, Velpeau et Robert.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Encore les allumettes chimiques et les femmes enceintes.

Monsieur et très-honoré confrère,

La *Gazette des Hôpitaux* (1), je vous en préviens dans l'intérêt de cet excellent journal, oubliant sa réserve accoutumée, s'est rendue complice d'un faux (2) en écriture scientifique (A).

« .... Les femmes enceintes, dit-elle, qui respirent l'air imprégné » d'émanations phosphoriques dans les lieux où se fabriquent les allu- » mettes chimiques, *ne tardent pas à avorter*, et cet accident *serait si* » *fréquent et si bien connu* que dans les localités où cette industrie » occupe de nombreux ouvriers, *des malheureuses le mettraient à profit* » *pour se débarrasser du produit de la conception.* »

Où a-t-on vu cela? Par quels faits constatés, scientifiquement étudiés, est-on venu étayer ces imprudentes paroles? Dans quelles « lo- » calités où cette industrie occupe de nombreux ouvriers a-t-on ob- » servé que des malheureuses mettraient à profit l'action abortive *si* » *fréquente et si bien connue* de ces émanations pour se débarrasser » du produit de la conception? »

Les auteurs et les complices de ce méfait scientifique se renferment dans un laconisme dont la médecine légale a le droit et le devoir de leur demander compte.

Déjà l'an passé un journal (3), averti pour avoir commis le délit que je reproche à la *Gazette des Hôpitaux*, avait fait amende honorable et renvoyé ces assertions hasardées à quelque pénitente qui, voulant tromper Dieu, n'avait réussi qu'à mystifier son confesseur; pourquoi les reproduit-on aujourd'hui?

Dieu me garde de répondre à ces allégations de confessionnal par de simples dénégations. J'ai mieux à faire. Permettez-moi seulement de vous conduire à un kilomètre de Dieuze, dans une fabrique d'allumettes chimiques où l'on emploie annuellement de 100 à 120 ouvriers des deux sexes, que j'étudie à loisir, que je surveille comme inspecteur du travail des enfants dans les manufactures, et de la santé desquels je tiens un compte courant soigneusement mis à jour.

Traversons rapidement le rez-de-chaussée du premier bâtiment, vaste magasin livré à deux menuisiers et à cinq ou six emballeurs qui jouissent de la meilleure santé ; montons au premier. Les 80 enfants que vous voyez occupés à mettre des allumettes en châssis dans cette salle si élevée, de 20 mètres de long sur 6 de large et tout inondée de lumière, sont âgés de six à quatorze ans. La plupart sont scrofuleux, ont leurs dents caduques atrophiées ou cariées, des amygdales d'un volume énorme, mais ne sont attaqués d'aucune maladie du système osseux. Ils n'avaient en débutant dans cette carrière nouvelle, en 1855, ni l'embonpoint ni la fraîcheur dont ils jouissent aujourd'hui; ils les doivent à une vie plus régulière, à des habitudes d'ordre, à un meilleur régime, à un peu plus d'aisance enfin, qui leur viennent de l'usine où ils sont paternellement traités. Rendez-les à leur pauvreté désordonnée, à leur vie première, ils redeviendront maigres et hâves comme devant.

Descendons. Traversons la cour, ouverte de l'est à l'ouest; entrons dans le second bâtiment, qui n'a qu'un rez-de-chaussée fort élevé et se divise en trois parties.

Dans la partie ouest se trouve l'atelier des trois *masseurs* et de leurs servants, flanqué de deux séchoirs destinés aux allumettes soufrées et phosphorées. Ici, bien que les ouvriers soumis à ma surveillance travaillent depuis quatre ans dans une atmosphère chargée de soufre et de phosphore à l'état de dégagement continuel, rien n'indique qu'ils seront jamais atteints de cette nécrose des maxillaires supérieurs jetée sur le compte du phosphore blanc, — mis en œuvre dans les fabriques d'allumettes chimiques seulement, — et dont il faudra bien le décharger un jour quand on l'aura plus scientifiquement étudié.

La partie centrale sert de laboratoire à l'employé chargé de la composition de la pâte phosphorée. Arrêtons-nous un moment devant ce sujet intéressant, il mérite une mention toute particulière. A l'âge de dix ans cet employé fit une chute d'un lieu assez élevé et tomba, la mâchoire supérieure la première, sur un pavé qui lui brisa quatre incisives et l'arcade maxillaire correspondante. Il reste depuis ce temps, dans la cicatrice fort irrégulière des maxillaires supérieurs, deux racines de dents brisées qui ont fini par se carier profondément. Quelle plus flagrante prédisposition à la nécrose *phosphorée* pourrait-on jamais rencontrer? Néanmoins, près de quatre années de travail continu, au milieu d'émanations suspectes, dans ce local étroit, n'ont eu jusqu'ici aucune influence sur sa constitution en général, sur ses maxillaires en particulier. — Patience, disent les patrons de la nécrose *spécifique*, nous vous ajournons à la huitième année! En attendant, notre homme a la bouche toujours fraîche et une santé brillante.

On a réuni, dans la partie est, *les metteuses en boîtes*, filles et femmes, qu'elles soient enceintes ou non, car les avortements *phosphorés, si fréquents, si bien connus* on ne sait où, sont un mythe pour nos fabriques assez considérables des départements de l'Est. Et, tenez! cette femme de trente et quelques années, nommée Grosse, que vous voyez au troisième rang, *metteuse en boîtes* depuis la création de l'usine, d'une santé toujours florissante, n'a jamais quitté l'atelier qu'une seule fois, pendant quelques jours, le 28 mai 1857, pour mettre au monde, sans accidents, un enfant à terme, bien portant, encore aujourd'hui plein de santé et de vie.

Voulez-vous un autre fait tout aussi saisissant à la décharge du phosphore blanc? Dans le courant de la même année, cette jeune *metteuse en boîtes* du dernier rang s'étant trouvée enceinte, n'a quitté la place que quand sa position est devenue par trop embarrassante; son accouchement, arrivé à terme, s'est achevé dans les meilleures conditions pour elle et pour le fruit de sa conception clandestine. Voilà deux faits incontestables que vous pouvez opposer victorieusement aux assertions entièrement dénuées de preuves contre lesquelles il convient de s'inscrire en faux.

Faut-il relever cette autre erreur, dont la première ne semble qu'un corollaire tiré aux cheveux : « Que les vapeurs de phosphore, dans les fabriques d'allumettes seulement, auraient pour résultat d'amener chez l'homme, après un certain temps, une *excitation véhémente du sens génésiaque*? » Cela est inutile pour vous, n'est-ce pas, mon honoré confrère, comme pour tous les hommes habitués à remonter des effets aux causes, et appelés par goût ou par position à observer les grandes usines où travaillent les deux sexes réunis? Nous savons tous que Sodome et Gomorrhe étant de tous les temps et de tous les lieux, pas n'est besoin de faire intervenir le phosphore en cette affaire.

E. ANCELON.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, n° 113, 27 septembre 1859.

(2) Voir, pour la définition de ce genre de délit, la *France médicale* du 1er octobre 1859.

(A) Bien que nous n'ayons pas absolument à répondre des faits et des opinions que nous empruntons à d'autres recueils, nous acceptons d'autant plus volontiers la petite admonition que veut bien nous adresser notre confrère, qu'elle nous vaut des détails intéressants, quoique peut-être sujets eux-mêmes à discussion, sur la question à laquelle elle se rattache.
(*Note de la Rédaction.*)

(3) *Journ. des conn. méd. et pharm.* du 30 novembre 1858, p. 78, à la note.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Millault, né à Argenton-le-Château (Deux-Sèvres) ; *De la chlorose* (pâles couleurs) *considérée surtout au point de vue historique et dogmatique. Diagnostic de cette affection. Remarques sur le rhumatisme musculaire.*

Aubé, né à Paris (Seine) ; *De l'accouchement bilieux prématuré artificiel.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Prosper de Pietra-Santa, médecin par quartier de l'Empereur, vient d'être chargé par M. le ministre de l'Algérie et des colonies de la mission spéciale d'étudier l'influence du climat d'Alger sur les affections chroniques de la poitrine.

— M. Charcot se trouvant dans l'impossibilité de faire partie du jury pour le concours de l'externat, M. Mesnet a été nommé à sa place.

— Nous rappelons à nos lecteurs que l'assemblée générale de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu dimanche prochain, 30 octobre, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, boulevard Victoria, près l'Hôtel de Ville.

Les membres de l'Association générale sont invités à assister à cette assemblée.

— Le docteur Defoux, de Namur, membre de la commission médicale provinciale, vient de mourir subitement dans cette ville, à l'âge de 60 ans.

— Une commune de la Meurthe, dont la population est de 2,000 à 2,500 âmes, a voté une subvention de 500 fr. en faveur d'un deuxième médecin qui irait s'y établir ; de nombreux villages avoisinent la localité. MM. les docteurs à qui cette position conviendrait, peuvent s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Strasbourg.

— C'est au commencement d'octobre qu'a lieu, en Angleterre, l'ouverture des cours. Le journal *the Lancet* l'annonce chaque année, en consacrant un de ses volumineux numéros hebdomadaires (56 pages in-4°) à donner le jour et l'heure, plus le nom des professeurs des cours dans les Universités et Colléges de la Grande-Bretagne, ainsi que les conditions et frais d'admission, d'examen et de réception. C'est le *numéro des étudiants* (*the student's number*).

Les cours ont été ouverts, cette année, dans les douze hôpitaux de Londres, selon le mode usuel, par une leçon d'introduction. Seul, le Collége de l'Université, rompant avec cette tradition classique, a remplacé le discours par une *conversation*.

Au lieu d'écouter un orateur, on a causé, on s'est rapproché, on a ravivé les anciens souvenirs : le thé, le café, etc,, ont circulé (il y a bien un *et cœtera* dans le texte du compte rendu). Et, quoique le rédacteur ait eu la mortification de remarquer que ceux qui étaient assis autour de la table se hâtaient peu de faire place à une nouvelle fournée de consommateurs, la plus grande harmonie n'a cessé de régner parmi les assistants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

De la santé des gens de lettres, suivi de l'Essai sur les maladies des gens du monde, par TISSOT; nouvelle édition, revue sur les derniers manuscrits de l'auteur, et publiée par M. le docteur BERTRAND, de Saint-Germain. Un volume in-18. Chez Techner, rue de l'Arbre-Sec.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 127. — SAMEDI 29 OCTOBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 127. — SAMEDI 29 OCTOBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le Journal ne paraîtra pas mardi prochain.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Corps étrangers introduits dans le larynx pendant un accès d'épilepsie. — Expulsion spontanée.

Nous avons rapporté dans la *Revue* du 15 octobre un cas de mort produite par la pénétration d'un bol alimentaire dans les voies aériennes, chez un sujet atteint de paralysie diphthéritique du pharynx. La gravité des accidents auxquels a donné lieu dans ce cas la pénétration d'un corps étranger dans la trachée, et l'issue fatale qui en a été le résultat, ont fait regretter avec raison qu'on n'eût pas tenté la trachéotomie ; sinon comme moyen d'arriver directement sur le corps étranger, ce qui est loin d'être toujours aisé, du moins dans l'espoir que les secousses convulsives que détermine cette opération auraient pu favoriser son expulsion, ainsi que cela s'est vu plusieurs fois. Nous rappellerons notamment le cas publié par M. le docteur Carville, de Gaillon, dans le numéro de ce journal du 13 novembre 1858.

Il ne faudrait pas cependant ériger d'une manière trop absolue en précepte l'indication de la trachéotomie en pareil cas. Il n'est pas, en effet, très-rare de voir des corps étrangers accidentellement introduits dans les voies aériennes, y séjourner pendant un temps assez long à l'état presque inoffensif après avoir donné lieu à des accidents de suffocation plus ou moins graves, quelquefois même au point de faire considérer la mort comme imminente, puis être expulsés spontanément au moment le plus inattendu. Il a été donné à un de nos confrères, placé il est vrai dans des conditions favorables pour observer ce genre d'accidents, M. le docteur Delasiauve, médecin de la division des épileptiques de Bicêtre, d'en observer à lui seul plusieurs exemples.

Il y a deux ans, M. Delasiauve a rapporté dans la *Gazette hebdomadaire de médecine* le cas curieux d'un épileptique qui, surpris par un accès en fumant, commença à éprouver quelques jours après une très-forte douleur locale avec sentiment de déchirure intérieure et d'obstruction, toux et voix rauques, injection rouge vineux de la face, expectoration peu abondante et claire, râles muqueux dans les bronches, etc. ; en un mot, tous les symptômes d'une violente laryngo-bronchite. Comme il régnait alors une épidémie catarrhale, dans l'ignorance où l'on était sur la cause qui avait pu produire cette violente inflammation, on la rattacha à l'influence épidémique et on la combattit par une médication énergique. Mais malgré les applications de sangsues réitérées, les rubéfiants directs et la succession de plusieurs vomitifs, le mal ne cessait d'empirer. L'état du malade commençait à inspirer de vives inquiétudes, quand tout à coup une quinte de toux donna lieu à l'expulsion d'un fragment de tuyau de pipe. Les personnes qui avaient assisté le malade dans sa chute se rappelèrent alors qu'on avait ramassé près de lui sa pipe brisée. Le malade n'avait eu aucune conscience de l'accident. A dater de ce moment, la guérison ne se fit guère attendre.

Voici un fait semblable qui s'est passé récemment dans le même service, chez un épileptique également, et que M. Delasiauve rapporte en ces termes dans le même recueil.

Le nommé F... mâchonnait dans sa bouche un noyau d'abricot, lorsqu'il fut pris tout à coup d'un accès pendant lequel le noyau pénétra dans les voies aériennes. Les souffrances ne furent pas aussi intenses que dans le cas précédent ; elles ne consistèrent qu'en une gêne plutôt qu'une douleur, sans toux, ni expectoration, ni réaction fébrile.

On eut tout de suite la présomption de l'événement. Néanmoins elle n'équivalait pas à une certitude assez parfaite pour motiver une opération dans une situation presque inoffensive. Huit ou dix jours se passèrent de la sorte sans autre médication que des boissons pectorales et des cataplasmes anodins. L'amendement même s'était tellement prononcé, que le doute naissant sur la présence du corps étranger, on balançait à faire sortir le malade de l'infirmerie.

On en était là, lorsqu'une révolution insensible vint ranimer les appréhensions.

Le malade accusait toujours du bien-être. Mais on remarquait les indices d'une asphyxie lente commençante, pâleur de la peau avec diminution de la chaleur, légère cyanose des lèvres, pouls fréquent et déprimé.

Le lendemain et le surlendemain ces signes d'affaissement continuèrent.

L'indication de la trachéotomie surgit de nouveau dans l'esprit de M. Delasiauve, lorsque ces symptômes vinrent à cesser. En quelques jours F..., entièrement rétabli, retournait aux travaux agricoles auxquels il était attaché.

Que fallait-il penser de cette cure ? S'était-on mépris sur la cause des accidents ? et s'il était vrai que le noyau eût pénétré dans les voies aériennes, où s'était-il fixé ? Tout cela, dit M. Delasiauve, demeurait hypothétique. Le malade se rendant tous les matins au travail, on avait fini par le perdre de vue. Trois mois après environ, F... rentre dans l'infirmerie. Une toux fatigante, qui le tourmentait depuis quelque temps, s'était, en progressant, accompagnée de fièvre et d'une expectoration copieuse et mal liée. La respiration était notablement gênée et la face anxieuse. Parfois on constatait des traces d'hémoptysie. Le malade éprouvait, en outre, une douleur intolérable à gauche et en avant de la poitrine. En quelques jours la situation était devenue très-grave, la gêne de la respiration approchait de la suffocation. Sangsues, vésicatoire, extrait de ratanhia, huile de foie de morue, rien n'avait réussi. La mort était une seconde fois attendue d'un moment à l'autre. Dans un effort de toux, au milieu de la nuit, le malade rend son noyau.

Il n'est pas besoin de dire quelle fut la conséquence de cette expulsion. Il y eut un soulagement immédiat et considérable. En deux jours l'expectoration diminuait de moitié, le poumon reprenait son libre exercice, et tout rentrait successivement dans l'ordre.

Un troisième fait du même genre s'est présenté tout récemment à l'observation de M. Delasiauve. Méconnu comme le premier, il a eu le même dénoûment. M..., garçon de dix-neuf ans, entre à l'infirmerie avec des signes graves que l'on rapporte à un œdème aigu des poumons. Le pouls est petit, fréquent, la peau chaude, la face vultueuse, un peu livide. La voix rauque résonne avec un timbre particulier, la respiration est précipitée, et dans tous les points de la poitrine, en avant et en arrière, le murmure respiratoire affaibli est entremêlé de râles sibilants fins indiquant la pénétration difficile de l'air dans les cellules. Point de douleur dans le larynx.

Le malade, notablement prostré, ne pouvait préciser la date de ses souffrances. A ces symptômes menaçants on opposa en vain le traitement le plus énergique : saignées, vésicatoires, potions stibiées. Trois semaines s'étaient écoulées sans aucun soulagement. L'issue funeste semblait inévitable, lorsque le matin, dans un effort de toux, le malade rendit un gros et large moule de bouton percé d'un trou dans son milieu. A partir de ce momen la respiration devint plus libre. Insensiblement tous les accidents disparurent. Ce jeune garçon, une fois rétabli, s'est rappelé avoir eu le moule dans la bouche au moment d'un accès. Dans ce cas-ci, le corps étranger serait donc resté, d'après toute apparence, un mois et demi dans les bronches. Dans le cas précédent, il y était resté plus de trois mois.

En présence de ces faits, M. Delasiauve se demande si on aurait pu et dû chercher à prévenir par la trachéotomie les dangers imminents qu'ont courus ces malades.

Les cas qui viennent d'être rapportés sont tous de nature sans doute à imposer quelque réserve dans la détermination du médecin. Nous sommes d'avis cependant, avec M. Delasiauve, que la prudence en pareil cas ne doit pas dégénérer en pusillanimité. Ainsi, pour l'épileptique F..., dont nous venons de raconter l'histoire, bien que l'issue ait été heureuse en définitive, et que le corps étranger ait été expulsé spontanément, il est certain que si l'on avait eu connaissance de la cause des accidents qui à deux reprises ont mis les jours du malade dans un si grand danger, on n'aurait pas dû hésiter à pratiquer la trachéotomie. Il est bon de tenir compte de la chance de l'expulsion spontanée, et d'attendre tant que les accidents restent dans les limites compatibles avec la conservation de la vie et à plus forte raison avec un état relatif de santé ; mais cette chance est trop éventuelle pour qu'on doive s'y reposer, en présence d'accidents assez graves pour compromettre immédiatement la vie.

Fracture de l'acromion.

Les fractures de l'acromion sont rares, et depuis Duverney, qui le premier en a rapporté des exemples, on ne trouve dans les annales de la science qu'un petit nombre d'observations de ce genre de fractures. Nous pouvons cependant signaler le mémoire inséré dans les œuvres posthumes de Desault, l'article d'A. Cooper, les observations de M. Nélaton, et le paragraphe que M. Malgaigne a consacré à ces fractures dans son livre. Toutefois, en parcourant ces divers travaux, on trouve que l'on a signalé les symptômes les plus disparates, ce qui porterait à croire que les malades n'ont pas toujours été très-complétement observés. Nous avons vu, il y a quelques jours, une fracture de ce genre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe ; nous avons pu en noter les caractères.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans qui, étant occupé à creuser un trou dans un mur à quelques pieds au-dessus du niveau du sol, perdit l'équilibre et tomba à terre. Dans cette chute, la partie latérale gauche de la poitrine et le moignon de l'épaule ont porté sur le sol, et, au dire du malade, le bras était appliqué sur la partie antéro-latérale du thorax.

Cet homme fut conduit à l'hôpital, où M. Foucher, suppléant de M. le professeur Laugier, put constater les symptômes suivants : le bras est appliqué contre la poitrine, et le malade soutient le coude avec la main du côté opposé ; l'épaule est déformée, aplatie et comme excavée dans la partie supérieure de la face externe, et en plongeant la main dans l'aisselle on y rencontrait assez facilement la tête humérale. En s'en tenant là, on aurait peut-être pu croire à une luxation, erreur qui n'eût pas été unique dans la science, ainsi qu'on peut le voir dans une des observations de M. Nélaton. Cependant, M. Foucher fit remarquer de suite que le bras était rapproché du tronc, et que l'aplatissement du moignon n'offrait pas l'aspect qui existe dans le cas de luxation ; alors il rechercha les caractères qui, en confirmant la non-existence de la luxation, devaient faire reconnaître exactement la lésion. Le doigt, promené sur la face supérieure de la clavicule dans toute son étendue, ne sent aucune inégalité ; mais quand on presse vers l'extrémité externe, on éprouve une sensation assez vague de crépitation. Cependant, en saisissant la clavicule aussi près que possible de son extrémité externe, l'extrémité interne étant fixée, on ne perçoit aucune mobilité anormale dans la continuité de cet os. D'autre part, en appuyant sur la face supérieure de l'acromion, on déprime facilement cette apophyse et l'on perçoit en même temps une crépitation manifeste ; on exagère en même temps la déformation de l'épaule. Si, saisissant le bras, on le porte directement en haut, l'acromion remonte, reprend sa place, et toute difformité disparaît. En longeant avec le doigt l'épine de l'omoplate, on sent une dépression dans sa continuité au niveau de la base de l'acromion ; l'omoplate, exploré avec soin dans les autres points, paraît intact. Il existe une légère ecchymose à la face externe du moignon de l'épaule, et à peine du gonflement. Les mouvements du bras sont douloureux, mais non impossibles ; le malade peut les exécuter lui-même, excepté le mouvement d'élévation.

Ces caractères permettent de reconnaître une fracture de l'acromion à sa base.

Nous n'avons pas vu chez ce malade l'inclinaison de la tête vers le côté malade, symptôme signalé par Bichat ; mais ici, comme l'a indiqué A. Cooper, la tête humérale était enfoncée dans l'aisselle autant que le permettait la laxité de la capsule ; de plus, comme l'a encore indiqué le chirurgien anglais, c'est en soulevant le coude de manière à rendre à l'épaule sa forme normale, et en imprimant au bras des mouvements de rotation, que la main, placée sur l'acromion, percevait une crépitation distincte.

Le pronostic porté par les auteurs sur cette fracture n'est pas moins contradictoire que la description des symptômes. Ainsi, Hunter et Boyer n'hésitent pas à déclarer impossible la consolidation exacte et sans difformité. A. Cooper indique que le cal reste le plus souvent fibreux dans ces sortes de fractures. D'un autre côté, Desault, Bichat, Janson, ont rapporté des exemples de guérison parfaite.

Remarquant que la réduction était parfaite et toute difformité effacée par la simple élévation du coude rapproché du tronc, M. Foucher a appliqué, pour soutenir le bras dans cette posi-

tion, une écharpe qui soulève le bras; pendant qu'un bandage de corps le tient appliqué contre la poitrine, un petit coussin carré a été placé dans le creux axillaire pour maintenir la tête humérale en haut et en dehors.

Depuis vingt jours que l'appareil est appliqué, le malade va bien, et tout fait espérer une bonne consolidation.

Nous avons vu à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jamain, remplaçant de M. Denonvilliers, un autre exemple de fracture de l'acromion. Cette lésion était déjà ancienne lorsque la malade s'est présentée à la consultation.

Le moignon de l'épaule était un peu aplati. La pression exercée sur l'acromion permettait de constater la mobilité, et causait une douleur assez vive; les mouvements d'élévation du bras étaient très-douloureux.

Un appareil tout à fait semblable à celui que nous avons décrit plus haut, fut appliqué pendant un mois au moins, et la malade sortit de l'hôpital sans que rien pût faire soupçonner un commencement de consolidation.

Du cathétérisme dans les déviations de la portion prostatique de l'urèthre.

Depuis la publication de notre dernière *Revue clinique*, dans laquelle nous manifestions l'intention de mettre un terme, par la publication des lettres de MM. Mercier et Desprès, au débat soulevé sur le cathétérisme dans les déviations de la portion prostatique de l'urèthre, de nouvelles lettres nous sont parvenues. Le point de priorité n'étant plus en question, nous n'avons pas à nous occuper des lettres qui n'ont d'autre objet que de formuler de nouvelles réclamations. Cette élimination faite, il ne nous reste qu'à dire un mot d'une lettre de M. le docteur Sernin Fontan, d'Arreau (Hautes-Pyrénées), qui vient apporter le témoignage de son expérience personnelle à l'appui du procédé en cause, et à mettre sous les yeux de nos lecteurs la petite explication que nous adresse M. le docteur Mallez, à qui revient le droit de clore une discussion provoquée par la communication dont nous lui sommes redevable.

« Tous les chirurgiens qui ont fait usage de mandrins et de sondes élastiques, nous écrit M. le docteur S. Fontan, ont dû remarquer le jeu de l'un et de l'autre lorsqu'on retire à ciel ouvert le mandrin de la sonde. Voici ce qui se produit, et il est facile de le vérifier : Quand on dégaîne le mandrin, le bec de la sonde de gomme élastique s'élève et se recourbe vers son pavillon, de façon à simuler le mouvement d'un serpent qui va se mordre la queue. Cette évolution bien connue, rien de plus facile que de se rendre compte du mode de progression de la sonde dans la portion prostatique. On comprend sans peine le succès que cette manœuvre procure dans les cas d'ampliation des lobes de la prostate, ampliation qui a pour effet de porter plus haut l'orifice vésical de l'urèthre et, par suite, d'augmenter la courbure de son canal. Ce mouvement d'ascension et de retour de la sonde sur elle-même semble se plier on ne peut plus favorablement aux exigences des dispositions anatomiques actuelles de la région.

» La première application que je fis de ce procédé se rapporte à un cas de cathétérisme que j'eus à pratiquer une trentaine de fois sur un vieillard de soixante-dix-huit ans, atteint de rétention d'urine déterminée par une hypertrophie énorme de la prostate. Engagé dans la portion membraneuse de l'urèthre, le bec de la sonde n'avançait plus; je voulus essayer d'introduire la sonde sans mandrin; je me bornais alors à la maintenir au point où elle était déjà parvenue, et j'exerçais sur le mandrin des tractions qui agissaient en sens inverse de l'effort que je faisais pour empêcher la sonde de sortir. Le mouvement fut si heureusement réussi, que la sonde entrait pendant que le mandrin sortait. La combinaison de ce mouvement de recul imprimé au mandrin avec un mouvement de douce impulsion communiqué à la sonde me paraît digne d'attention. Par ce moyen, j'ai réussi à sonder un vieillard de soixante-douze ans, après avoir échoué par d'autres tentatives. Le même procédé m'a également bien servi chez un adulte atteint de cystite du col et probablement de prostatite blennorrhagique, etc. »

Voici la lettre de M. Mallez, après laquelle une plus longue discussion serait désormais sans objet :

« Je regrette, en vérité, d'avoir déjà causé tant de bruit pour si peu de chose. Mais j'espère qu'une lecture attentive de la note que vous avez publiée (n° du 1er octobre) sur le cathétérisme uréthral dans les engorgements prostatiques, convaincra tout le monde que je me suis à deux reprises efforcé d'écarter la question de priorité.

» Je réponds à M. Ribes ce que vous-même lui avez dit, que j'étais en droit, n'ayant pas connu Pasquier, d'ignorer ce détail de sa pratique, qu'il n'a pris soin de consigner nulle part.

» A M. Mercier, dont je lis souvent les importants travaux, je n'avais pas cru amoindrir sa légitime réputation en ne citant pas le passage de ses *Recherches* où il attribue, un peu à tort selon moi, le mérite du procédé en question à Chopart et à Hay, passage qu'il fait suivre de cette juste et philosophique remarque : « Il semble que l'urèthre soit un enfer dont on ne peut approcher sans rencontrer Cerbère aux trois têtes. »

» Agréez, etc. MALLEZ. »

APOPLEXIE SÉREUSE

survenue au déclin d'une albuminurie liée à l'état de gestation. — Hémiplégie. — Guérison.

Par M. le docteur HAMON (de Fresnay).

A propos de l'intéressante observation d'apoplexie séreuse communiquée par M. le docteur Gourdon, dans le n° 111 de cette *Gazette*, qu'il me soit permis de relater un cas de cette nature observé par moi, et dans lequel j'ai été assez heureux pour obtenir la guérison de ma malade.

La femme M..., primipare, douée d'une forte constitution, me fit appeler pour lui donner mes soins le 15 janvier 1857. Elle était parvenue au terme de huit mois et demi de sa grossesse. Elle était infiltrée d'une façon monstrueuse. Les urines étaient fortement chargées d'albumine; le précipité formé par ce principe immédiat mesurait 0m06 à mon albuminomètre (1).

Malgré les vives appréhensions que j'avais conçues au sujet de l'accouchement qui devait s'accomplir dans d'aussi déplorables conditions, cette femme mit au monde, aussi heureusement que possible, un gros garçon plein de force et de vie, trois jours après ma première visite, c'est-à-dire le 18 janvier.

Après un certain nombre de péripéties qu'il est inutile de rapporter ici, la maladie semblait promettre une heureuse solution. Toute trace d'œdème avait disparu aux membres pelviens; l'épanchement péritonéal, qui, au moment de l'accouchement était très-abondant, était presque entièrement résorbé; les urines, depuis quelques jours, avaient cessé de charrier de l'albumine. Depuis huit jours cette jeune femme vaquait aux occupations les moins pénibles de son ménage; l'appétit était assez bon, les forces revenaient de jour en jour. Certes il était permis dans de telles conditions de porter un pronostic favorable. Or, dans la nuit du 9 au 10 février, je fus appelé en grande hâte auprès de la malade, que je trouvai, à ma grande stupéfaction, je dois le dire, dans l'état suivant :

Coma profond; résolution musculaire générale, complète; teint à peu près normal; pouls régulier; respiration calme. La malade avait fait un repas à trois heures du soir, comme de coutume.

A cinq heures, elle s'était couchée, n'accusant aucune souffrance. A six heures, son mari avait entendu une sorte de ronflement. Comme ce phénomène était insolite chez elle, il s'en était approché et avait vainement tenté de la réveiller. Ce ne fut que plusieurs heures après l'accident que je fus appelé auprès de la malade.

Je diagnostiquai aussitôt une apoplexie séreuse. Je prescrivis, en conséquence, soit simultanément, soit successivement, des lavements purgatifs, des sinapismes, des vésicatoires aux jambes, à la nuque, quelques potions purgatives hydragogues. Telles furent les bases du traitement auquel j'eus recours pour combattre cette terrible complication. On va voir bientôt que cette médication fut couronnée d'un plein succès.

Le 12, l'amélioration est sensible. La malade a trois fois fait signe qu'elle désirait uriner. Cette fonction accomplie, elle était aussitôt retombée dans l'assoupissement, à la suite de chaque miction. Je puis constater que cette jeune femme est affectée d'une hémiplégie complète, alterne. (Bras et jambe du côté droit, paralysie faciale gauche.) La sensibilité, toutefois, est conservée. Pour la première fois elle prend, dans la journée, un peu de bouillon et d'eau vineuse. Les liquides, d'ailleurs, ont tendance à baver du côté paralysé.

Le 13, elle prend un peu de nourriture. Je parviens à lui arracher quelques paroles, avec une peine extrême. Elle me fait comprendre qu'elle a mal à la tête. La douleur siége du côté gauche.

Le 15, la malade parle assez distinctement pour se faire comprendre, mais elle bredouille affreusement.

Le reste de cette observation n'offre plus rien qui soit digne d'être rapporté. Je me contenterai de noter que la résolution des parties paralysées s'est effectuée dans l'ordre suivant : c'est à la jambe que le mouvement est revenu en premier lieu; le bras n'a pas tardé ensuite à le recouvrer; la langue, enfin, n'a repris que la dernière l'exercice intégral de ses fonctions.

J'ajouterai, comme dernier renseignement, que cette femme s'est parfaitement rétablie, et qu'elle n'a point cessé depuis cet accident de jouir d'une santé florissante.

Ce fait est intéressant à plus d'un titre. J'avais bien évidemment affaire à une apoplexie séreuse, dégagée de toute complication du côté des méninges. Or M. Serres a établi comme caractère pathognomonique de cette affection, l'absence de toute paralysie. C'est donc à tort, je crois, que certains auteurs ont considéré comme impossible la production de cette complication.

Si l'on tient compte de la coïncidence manifeste qu'il y a eu ici entre la rapide disparition des diverses hydrorganies et la brusque apparition des phénomènes cérébraux, on est porté à admettre, avec Martin Solon, que la résorption trop rapide des épanchements séreux pourrait bien être susceptible, par une sorte de métastase, de donner lieu à des accidents encéphaliques d'une essence identique.

La pratique de la saignée est, à mon sens, complétement irrationnelle dans l'apoplexie séreuse, fût-elle foudroyante, et l'on doit toujours se garder d'y avoir recours du moment où il a été possible de reconnaître la nature de l'accident. Je ne saurais donc en cela me rallier à l'opinion des auteurs du *Compendium*, qui considèrent la phlébotomie comme étant encore un des moyens les plus efficaces d'accélérer la résorption de la sérosité (2). Dans les cas douteux, je préférerais avoir recours à la médication alcaline, dans laquelle j'ai grande confiance pour combattre l'apoplexie cérébrale, qu'elle soit de nature soit congestive, soit inflammatoire, soit hémorrhagique (1). Un tel traitement est d'autant plus avantageux, qu'il constitue un véritable mode d'exploration éminemment propre à éclairer la religion du praticien dans de semblables cas, ainsi que dans une foule d'autres où les indications sont loin d'être aussi nettes, aussi précises que l'on pourrait le souhaiter. Mais, je le répète, dans l'apoplexie séreuse, qui se lie presque constamment à un état cachectique, hydrorganique, et un épuisement général de tout l'organisme, il importe essentiellement de ne point imposer à l'économie des pertes plastiques, globulaires trop abondantes, si on veut lui laisser les moyens de réagir convenablement.

Le traitement le plus rationnel est incontestablement celui auquel j'ai eu recours dans le cas présent, traitement qui d'ailleurs n'est autre que celui de Boerhaave. Il était, je crois, difficile d'en faire usage dans de plus graves conjonctures. Ce fait est donc de nature à témoigner que cette hydrorganie, malgré toute son incontestable gravité, n'en est pas moins encore susceptible de guérison lorsqu'elle n'est pas foudroyante, dernière condition qui ne permet pas à l'art d'intervenir efficacement, et que le mal est attaqué aussitôt avec toute l'énergie et la sagacité désirables.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 124, 1858; n° 27, 1859.

(2) Tome I, p. 296.

(1) Voyez *Gazette des Hôpitaux*, nos 103, 1857; 143, 1858; 99, 1859.

DE LA COCCYODYNIE.

Par M. J. Y. SIMPSON.

M. Simpson a observé assez souvent cette affection, qui a passé inaperçue de la généralité des pathologistes; tous ses malades étaient des femmes, et rapportaient l'origine de leur mal soit à un refroidissement, soit à une cause traumatique.

Le symptôme le plus important est une douleur vers le coccyx éprouvée par la malade à chaque mouvement qu'elle fait pour se lever ou pour s'asseoir, persistant quelquefois pendant qu'elle est assise, et pouvant alors devenir assez violente pour empêcher complétement cette attitude. D'autres fois la malade est obligée pour pouvoir s'asseoir de ne s'appuyer que sur l'une des tubérosités sciatiques. Dans quelques cas, les mouvements de progression sont excessivement pénibles; d'autres fois encore, la douleur devient surtout intolérable pendant l'expulsion des matières fécales, ou pendant les autres actes qui sollicitent les contractions du sphincter et du releveur de l'anus, ou des muscles ischio-coccygiens.

La douleur est toujours exaspérée par la pression exercée sur le coccyx, et par l'un ou plusieurs des mouvements que l'on peut imprimer à cet appendice. Sa durée est souvent très-considérable, de plusieurs années; assez légère chez quelques sujets, elle acquiert chez d'autres une intensité horrible; elle présente d'ailleurs chez la même malade des oscillations assez considérables.

M. Simpson n'a pu jusque-là déterminer le siége précis de la coccyodynie, et il a vu échouer contre elle un grand nombre de médications, les narcotiques, les antirhumatismaux, les antinévralgiques, divers traitements généraux. Dans quelques cas où les articulations coccygiennes ou sacro-coccygiennes paraissaient être le siége d'une inflammation aiguë, des sangsues, puis des exutoires ont assez bien réussi. Les injections sous-cutanées d'une solution de sel de morphine, souvent employées avec succès par M. Simpson contre des affections névralgiques, ont à peine pu pallier parfois les douleurs coccygiennes.

M. Simpson conseille, dans les cas où des moyens plus doux n'ont rien produit, de faire la section sous-cutanée de toutes les fibres tendineuses qui s'attachent au coccyx; l'os n'exécute plus alors les divers mouvements que lui impriment les grands fessiers, les releveurs de l'anus, les ischio-coccygiens, et qui sont au moins l'une des principales causes de la douleur. Cette opération a donné à M. Simpson plusieurs succès complets, et même dans des cas anciens; elle peut cependant échouer, et dans ce cas M. Simpson propose d'amputer le coccyx en tout ou en partie.

Pour faire cette nouvelle ténotomie, on fera bien d'employer un couteau très-fort; les tissus qu'il faut traverser sont extrêmement serrés, et il est arrivé une fois à M. Simpson d'y casser son ténotome. (*Medical Times and Gazette* et *Gaz. hebd.*)

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. le docteur Demortain, pharmacien en chef de l'armée d'Italie, la lettre suivante, par laquelle notre distingué confrère nous met en mesure de faire connaître à nos lecteurs les noms des pharmaciens militaires de l'armée d'Italie qui ont eu la principale part dans les recherches hydrotimétriques entreprises sous sa direction en Lombardie. Nous nous empressons de souscrire à ses désirs en publiant cette lettre.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire dans votre journal le compte rendu de la séance de l'Académie de lundi dernier. Il m'a paru que mon nom y tenait trop de place, et je viens vous éclairer sur les vrais auteurs du travail hydrotimétrique adressé par moi à M. le maréchal Vaillant.

Je n'ai eu en tout ceci qu'un mérite assez mince, celui de l'initiative. L'administration de la guerre, sur ma demande, mit à la disposition des pharmaciens militaires de l'armée des appareils hydrotimé-

triques, et je fis appel au savoir et à la bonne volonté de mes camarades.

Pendant les opérations de guerre, tout travail d'analyse fut impossible; après la conclusion de la paix, j'ai chargé de ce travail deux pharmaciens militaires attachés près de moi au grand quartier général, MM. Brauwers, pharmacien-major de 1re classe, et Viltard, aide-major de 1re classe.

Le mérite de ces analyses d'eau leur appartient donc tout entier, comme ils en assument aussi toute la responsabilité.

Cette échelle hydrotimétrique des eaux de la Lombardie m'a été remise, et je l'ai adressée à S. E. le maréchal Vaillant, en l'accompagnant d'une note qui tâchait d'en faire ressortir l'intérêt et qui en nommait les auteurs.

Veuillez agréer, etc.

DEMORTAIN,
Pharmacien en chef de l'armée d'Italie.

P. S. — J'ai à vous donner un renseignement qui vous rassurera sur les conséquences qui pourraient être tirées des analyses de MM. Brauwers et Viltard. Ce travail n'est que le début des efforts tentés par ces pharmaciens militaires; d'autres analyses se font et seront continuées pendant l'hiver par un autre de nos camarades resté à Milan, M. Dupuis. Nous aurons ainsi, je l'espère, une série bien complète, et la science pourra s'éclairer d'analyses faites aux époques principales de l'année.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 octobre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

La séance est ouverte à trois heures et demie. Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

L'ordre du jour de la séance étant très-chargé, M. LE PRÉSIDENT invite M. le secrétaire général à donner lecture de la correspondance.

CORRESPONDANCE.

M. BOINET dépose sur le bureau un exemplaire d'un mémoire publié par lui en 1847, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, et intitulé : *Mémoire et observations sur un procédé nouveau et très-simple pour l'extraction de certains corps aigus engagés dans l'urèthre*. Ce procédé ne diffère pas de celui que M. Ségalas a communiqué récemment à l'Académie de médecine.

— Une lettre de M. Depaul, annonçant qu'il donne sa démission de secrétaire de la Société de chirurgie.

La lettre de M. Depaul donnant lieu à d'unanimes protestations, la Société, afin de permettre plus de liberté aux observations qui s'élèvent de toutes parts, se forme en comité secret.

A quatre heures, la séance est de nouveau rendue publique.

— M. RICHARD, avant de présenter à la Société deux sujets hermaphrodites, dit qu'il a renoncé à lire un travail complet sur l'hermaphrodisme, tendant à prouver que les sujets atteints de ce vice de conformation sont mâles; la discussion de ce sujet étant trop purement anatomique. La véritable démonstration du fait qu'il avance consiste dans une connaissance exacte du développement de l'appareil génital : car si l'on cherche à s'éclairer par les observations antérieures des auteurs qui s'en sont occupés, on trouve que certains détails ont été créés de toutes pièces, et de plus on a le droit d'émettre des doutes sur la compétence des anatomistes à bien distinguer un testicule de l'ovaire.

Le premier sujet présenté à la Société porte des habits de femme. Il a dix-huit ans; point de mamelles développées; l'habitude extérieure d'un jeune garçon.

C'est là le type ordinaire de l'hermaphrodisme : deux grandes lèvres ou scrotum vides de glandes séminales; un pénis, et au-dessous une sorte de vulve bornée par deux nymphes. Cette vulve conduit en avant dans la vessie, et en arrière dans un vagin.

Le second sujet n'a que neuf ans et demi. Il est pourtant déjà pubère, au moins au point de vue des organes génitaux : car le pénil est ombragé de poils nombreux, le pénis est celui d'un jeune garçon de seize ans. Cet organe est bridé en bas par deux nymphes minces, libres dans leur tiers antérieur, réunies dans le reste de leur étendue de manière à former un urèthre pénien analogue à celui des sujets hypospadiaques. Le scrotum est représenté par deux grandes lèvres comme chez le sujet précédent. L'aspect du corps et surtout du bassin est plutôt féminin que masculin. Cet enfant est un exemple rare et très-précieux de la transition entre les hermaphrodites ordinaires et les hypospadiaques.

On voit clairement chez ces deux sujets, ajoute M. A. Richard, la véritable signification de l'appareil génital externe de la femme. C'est une grave erreur de dire que la vulve est l'orifice antérieur du vagin; le vagin et la vulve sont séparés par le ligament de Carcassonne. Le vagin est un organe pelvien qui s'ouvre dans le vestibule, et ce dernier est une coupe ou entonnoir qui représente l'abouchement extérieur de l'urèthre. Il constitue l'urèthre pénien de la femme, sur lequel on rencontre les lacunes et les glandes de l'urèthre pénien de l'homme; il répond en haut à la gouttière uréthrale des corps caverneux et du gland, et il est borné en bas par la face interne des nymphes ou corps spongieux.

Le vagin s'ouvre, à la partie inférieure et postérieure de cet urèthre pénien, comme font chez l'homme les conduits éjaculateurs.

La composition de cet appareil génital externe n'est pas analogue, mais identique dans les deux sexes; c'est ainsi qu'on trouve :

1° Un corps caverneux et des muscles ischio-caverneux coiffés par un gland.

2° Un scrotum réuni chez l'homme, séparé chez la femme en deux grandes lèvres; séparé de même chez les sujets atteints d'épispadias, d'exstrophie de vessie, et chez les hermaphrodites.

3° En avant du gland ou bulbe, un corps spongieux chez l'homme, corps mal nommé car il est composé de longs vaisseaux et non de tissu caverneux; chez la femme, un corps identique dont la partie moyenne non réunie forme les nymphes.

4° Un bulbe, bifide chez l'homme, totalement séparé en deux chez la femme.

5° Des glandes de Cooper, identiques aussi dans les deux sexes, et s'abouchant au même point de l'urèthre.

Toutes ces parties dans l'un et l'autre sexe ont la même structure, les mêmes vaisseaux, les mêmes nerfs, les mêmes rapports, et sont bridées par les mêmes aponévroses. Cette saine notion de l'appareil génital externe de la femme est capitale en chirurgie; elle démontre que les lésions du bulbe, les maladies si variées des glandes de Cooper chez la femme, ne sont absolument pas des maladies du vagin.

M. GIRALDÈS est d'avis que M. Richard, depuis ses dernières communications, n'a pas fait faire un pas à la question de l'hermaphrodisme; il en est resté aux descriptions données par M. Coste des organes extérieurs, aux rapprochements et aux comparaisons déjà établis entre les appareils génitaux externes de l'un et de l'autre sexe, et acceptés de tout le monde.

D'après ces rapprochements, ces comparaisons et ces descriptions qu'il ne fait que reproduire, M. Richard n'est pas autorisé à conclure que tous les hermaphrodites sont mâles; on est en droit d'exiger de lui, avant d'adopter sans discussion les faits qu'il avance, qu'il veuille bien établir aussi les analogies des organes génitaux internes, et qu'il donne l'explication anatomique des dissections dont M. Giraldès a rapporté l'histoire dans l'une des séances précédentes, dissections où ont été rencontrés, soit une matrice, soit des ovaires avec des testicules, soit encore des organes dont la nature n'a pu être déterminée, même par l'examen microscopique.

La démonstration de la transformation par développement des organes internes féminins en organes internes mâles, c'est-à-dire le point véritablement litigieux de la question qui nous occupe, n'a été jusqu'ici ni élucidée ni traitée par M. Richard d'une manière satisfaisante.

M. RICHARD ne croit pas, comme M. Giraldès, que tout le monde soit d'accord sur les transformations des organes génitaux externes établies par M. Coste. Il n'est pas d'accord lui-même avec M. Coste, puisque ce savant admet que l'urèthre s'ouvre dans le vagin, tandis que M. Richard considère, au contraire, que le vagin s'ouvre dans l'urèthre.

Afin de convaincre M. Giraldès, il reviendra à l'histoire anatomique des anomalies des parties génitales, attendu qu'elle est toute récente, qu'elle date à peine du fait rapporté par M. Follin, et que nos devanciers n'ont donné sur ce sujet que des travaux dont il ne tient pour sa part absolument aucun compte.

M. VERNEUIL rappelle à M. Richard qu'il l'a prié de vouloir bien indiquer des observations authentiques d'hermaphrodites étant sujets à la menstruation, bien que mâles, ainsi que l'a avancé M. Richard.

Le plus âgé des sujets que notre collègue vient de nous faire voir est menstrué, et néanmoins notre collègue le regarde comme mâle! M. Verneuil ne peut croire à une pareille confusion des attributs des sexes; à moins que l'individu présenté ne soit véritablement à demi homme et à demi femme.

Dans l'état actuel de la science, l'ovaire est regardé comme la condition essentielle de la menstruation; s'il peut en être autrement, nos opinions sur ce point de physiologie doivent être réformées.

M. RICHARD affirme que le plus âgé des deux sujets présentés est menstrué; qu'il est pourvu d'un utérus, comme on peut s'en assurer par le toucher rectal; que de plus, ses appétits sont tout à fait féminins; qu'il ne recherche que les hommes et qu'il veut absolument être femme. Néanmoins, M. Richard persiste à le regarder comme un mâle, et énumère, à l'appui de sa manière de voir, les modifications qu'apporte la castration dans les goûts et l'habitude extérieure des eunuques.

La menstruation, dominée normalement par l'ovaire, pourrait, à son avis, dans les cas de monstruosité, être provoquée par le testicule.

M. VERNEUIL ne saurait admettre la comparaison faite par M. Richard des eunuques avec les sujets réputés hermaphrodites.

Il n'admet pas davantage qu'un sujet pourvu d'un utérus et menstrué soit mâle.

Quant à l'opinion de M. Richard, faisant jouer au testicule le même rôle qu'à l'ovaire dans la menstruation, elle lui paraît au moins singulière.

M. GIRALDÈS demande encore à M. Richard d'apporter des faits à l'appui de ses opinions : le seul que M. Richard ait produit est celui qu'a relaté M. Follin; mais ce fait n'autorise pas une affirmation aussi absolue que l'affirmation de notre collègue.

L'arrêt de développement invoqué par M. Richard ne rend pas compte de la duplicité des organes constatés par quelques observateurs : il faudrait que M. Richard signalât la raison pour laquelle le corps de Wolf, *un* dans le principe, se développe dans son évolution ultérieure en donnant naissance tantôt à des organes mâles, tantôt à des organes femelles; il faudrait qu'il expliquât la forme singulière de l'utérus dans les cas qui nous occupent; qu'il voulût bien dire pourquoi on trouve en même temps que ces organes un testicule et un canal déférent; qu'il donnât, enfin, des faits anatomiques probants de sa manière de voir.

M. RICHARD répète qu'il n'a pas cru devoir soumettre des détails purement anatomiques à une Société s'occupant exclusivement de chirurgie, et qu'il s'est appliqué à ne lui soumettre, au contraire, que des faits de son ressort.

M. LE PRÉSIDENT déclare la discussion close et donne la parole à M. Broca, qui expose les recherches faites par lui depuis peu sur le curare.

Sur la proposition de M. LARREY, la Société invite M. Broca à rédiger lui-même ses intéressantes recherches, afin qu'elles ne perdent rien de leur importance dans la rédaction nécessairement abrégée du procès-verbal.

Reprise de la discussion sur le traitement du tétanos par le curare.

M. BROCA. Je croyais encore il y a quelques jours, comme tous ceux qui ont parlé du curare soit ici, soit à l'Académie des sciences, que ce poison n'était nullement absorbé par la muqueuse gastrique. Mais j'ai reçu tout récemment de mon excellent maître M. Martin-Magron, une lettre dont je crois d'abord devoir vous donner lecture :

« J'ai entendu hier à la Société de chirurgie la lecture d'une note dont l'auteur, M. Réveil, soutient que *le curare n'est point absorbé par la muqueuse digestive;* il va même jusqu'à dire que ce caractère est le seul qui permette d'affirmer que la substance soumise à l'expérience est *réellement* du curare. J'ai l'honneur de vous faire remettre la première partie d'un mémoire qui paraîtra dans le prochain numéro du *Journal de physiologie* de M. Brown-Séquard. Vous y verrez la preuve que l'opinion émise par M. Réveil, déjà réfutée expérimentalement par Fontana, n'est plus soutenue aujourd'hui par ceux-là mêmes qui ont le plus contribué à la propager. Il ne m'appartient pas d'intervenir dans la discussion qui pourrait s'établir sur le traitement du tétanos en général, mais il m'est permis de dire qu'en raison d'expériences nombreuses que nous avons faites, M. Buisson et moi, sur le curare, nous sommes portés à croire que ce poison doit avoir une influence sur les convulsions du tétanos, tant qu'elles sont sous la dépendance du système nerveux; mais quand cette affection est arrivée à la période où les muscles sont contracturés par le fait même de l'irritation propre des fibres qui les constituent, le curare ne peut plus produire le moindre effet, attendu qu'il n'agit pas sur la contractilité musculaire. Permettez-moi d'ajouter que dans le premier cas même, c'est-à-dire quand les convulsions ou les contractions musculaires permanentes sont encore sous la dépendance du système nerveux, on court le risque de faire succéder à une contraction qui produit l'asphyxie, un relâchement absolu qui produit le même effet. Ce dernier état néanmoins est préférable au premier, parce qu'il peut être traité avec quelque chance de succès par la respiration artificielle.

» *Signé* MARTIN-MAGRON. »

A cette lettre, continue M. Broca, M. Martin-Magron avait bien voulu joindre une épreuve du mémoire qu'il publie avec M. Buisson dans le *Journal de physiologie*, sur l'action comparée de la strychnine et du curare. La lecture de ce travail m'a pleinement convaincu que le curare est réellement absorbé dans l'estomac; la chose m'a paru assez grave pour être communiquée à la Société; mais auparavant j'ai voulu remonter aux sources et consulter autant que possible les documents publiés depuis un siècle, pour pouvoir du moins, à défaut d'expérience personnelle, invoquer l'expérience des autres.

Il est certain que la plupart des voyageurs qui ont parlé du curare ont ajouté que ce poison pouvait être avalé impunément. Cette erreur, répandue d'abord par Gumilla, a été presque généralement acceptée, et elle repose sur des faits qui, au premier abord, paraissent assez concluants. La Condamine, à l'exemple des sauvages de l'Amérique du Sud, s'est longtemps nourri de gibier tué avec des flèches empoisonnées. Son compagnon de voyage, don Antonio Ulloa, a vu plus d'une fois les Indiens passer dans leur bouche la pointe de leurs flèches, pour humecter le poison desséché et en rendre les effets plus sûrs. M. de Humboldt a souvent avalé de petits fragments de curare, et, suivant lui, les Indiens regardent cette substance comme un excellent stomachique. Enfin, M. Richard Schomburg, se trouvant atteint de fièvre pendant son voyage, s'administra longtemps le curare comme médicament. Ce traitement ne produisit absolument aucun effet.

En comparant l'innocuité de ce poison introduit dans l'estomac avec les effets terribles qu'il produit lorsqu'il est appliqué sur une plaie, on avait cru d'abord que le contact des liquides gastriques décomposait le curare et lui enlevait ses propriétés toxiques. Mais lorsque MM. Bernard et Pelouze eurent institué sur les chiens atteints de fistule gastrique la célèbre expérience que M. Legouest nous a récemment rappelée; lorsqu'ils eurent prouvé que le suc gastrique d'un chien qui a avalé impunément du curare, tue promptement les animaux auxquels on l'inocule, il fallut bien adopter une autre explication. On admit donc que la muqueuse digestive était réfractaire à l'absorption du curare; cette opinion, que paraissait confirmer une expérience d'endosmose cadavérique faite sur un estomac retourné, se conciliait si bien avec les belles recherches de M. Bernard sur les affinités électives de certaines substances solubles pour certaines voies d'absorption, qu'elle fut acceptée presque sans contestation, et l'intéressante brochure de M. Reynoso, dont M. Bouvier nous a présenté l'analyse dans la dernière séance, ne contribua pas peu à la vulgariser.

Il y a cependant dans la science des faits nombreux et authentiques qui prouvent que le curare est absorbé dans l'estomac, et que, pris à dose suffisante, il empoisonne de la même manière que lorsqu'on l'introduit dans les plaies.

On lit dans le journal britannique de Cleaby, t. XIII, p. 85, qu'un oiseau à qui on avait fait avaler du curare mourut sur-le-champ. Ce fait, que j'emprunte à Fontana, ne fut pas pris au sérieux, et ce fut Fontana qui, vers la fin du dernier siècle, eut le mérite d'entrer le premier dans la voie des expériences régulières. Cet éminent physiologiste poussa du premier coup ses recherches jusqu'à des limites que nos contemporains ont rarement dépassées, et, comme s'il eût prévu que l'étude du curare deviendrait un jour un des sujets favoris de la physiologie française, il prit la peine d'écrire et de publier en français son beau *Traité sur le venin de la vipère et sur les poisons américains*, qui parut en 1781, à Florence, en 2 volumes in-4°. Ce travail, qu'on peut citer comme un modèle de précision scientifique, a d'autant plus de droits à notre admiration qu'il fut conçu et exécuté à une époque où les lois de l'absorption étaient inconnues, et où personne encore n'avait songé à faire intervenir les propriétés des poisons dans l'analyse des phénomènes de la vie. Il est difficile d'expliquer comment une œuvre aussi remarquable a pu échapper à l'attention de la plupart des modernes. Lorsque parurent les importantes recherches de M. Bernard sur les propriétés du curare, celles de Fontana étaient si bien oubliées qu'on put croire que ce poison venait d'être mis à l'étude pour la première fois. Nous aurions mauvaise grâce à nous en plaindre, car si l'on eût connu les belles expériences du physiologiste italien, on n'aurait peut-être pas essayé de trouver quelque chose après lui, et M. Bernard n'aurait peut-être pas été conduit par l'étude des propriétés du curare à la découverte de cette proposition majeure, que la *contractilité du système musculaire est indépendante du système nerveux.*

Fontana reçut en 1779, de Heherden, membre de la Société royale de Londres, un grand nombre de flèches empoisonnées et un vase de terre rempli de poison américain, le tout rapporté des bords de l'Amazone par don Pedro Maldonado. Ce poison, préparé par les Indiens Ticounas, et désigné pour cela sous le nom de *Ticunas*, n'était autre que le curare; la description de ses propriétés physiques, faite avec soin par Fontana, et la nature des accidents toxiques constatés par cet observateur, ne laissent à cet égard aucun doute.

Après avoir expérimenté le curare de toutes les manières, Fontana arriva à la découverte de ce grand fait, que toutes les parties du corps d'un même animal ne sont pas également susceptibles d'absorber le curare; qu'il y a à cet égard de notables différences entre la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les nerfs et les muscles; que, suivant qu'on verse le poison sur tel ou tel tissu, l'absorption est plus ou moins rapide, les effets plus ou moins prompts et plus ou moins graves; qu'une même dose, supportée sans accident lorsqu'on l'applique sur les plaies de la peau, devient presque foudroyante lorsqu'on la dépose à la surface d'un muscle; qu'enfin, pour produire des résultats déterminés, il faut des doses extrêmement variables, suivant la nature des tissus attaqués.

Le curare instillé dans la conjonctive lui parut tout à fait sans action, ce qui s'explique bien par l'impossibilité de maintenir longtemps un liquide entre les paupières.

Quant à la muqueuse digestive, elle fut loin de se montrer réfractaire à l'absorption du curare. Procédant par doses croissantes, il reconnut que l'empoisonnement par l'estomac exige des doses plus élevées que l'empoisonnement par les plaies; mais que, chez les oiseaux comme chez les mammifères, le curare pris à dose suffisante détermine la mort en moins d'une heure. Enfin, et j'insiste sur ce point qui est pour nous d'une haute importance, il découvrit que l'état de la muqueuse gastrique exerce une influence considérable sur les phénomènes de l'empoisonnement par l'estomac. Un animal à jeun est empoisonné plus rapidement et à dose beaucoup plus faible qu'un animal qui a mangé. Les petits lapins peuvent quelquefois avaler sans accident jusqu'à 30 centigrammes de curare lorsque leur estomac renferme des matières, tandis que la dose de 15 centigrammes tue en moins de trente-cinq minutes les lapins adultes qui n'ont pas mangé depuis quelque temps.

Cette série d'expériences sur l'absorption du curare par l'estomac conduisit Fontana à se demander s'il était bien vrai que le venin de la vipère et les autres poisons animaux fussent, comme on le croit encore généralement, tout à fait sans action sur la muqueuse digestive. L'opinion du vulgaire à cet égard ne venait-elle pas de ce que le serpent le plus venimeux ne dépose jamais dans une plaie une dose de venin *suffisante* pour empoisonner ceux qui sucent cette plaie? Pour répondre à cette question, Fontana fit avaler à un pigeon à jeun trente gouttes de venin provenant de huit vipères; l'animal mourut en moins de six minutes (1), et ainsi tombe l'argument par analogie qu'on avait tiré de l'étude des venins, pour montrer que certains poisons végétaux peuvent, quoique inoculables dans les plaies, n'être pas absorbés par l'estomac.

Vous m'excuserez d'avoir quelque peu insisté sur les belles recherches de Fontana. Outre qu'elles ont acquis une grande importance chirurgicale depuis que le curare a été appliqué au traitement du tétanos, j'ai cru faire un acte de justice en rendant à ce savant des découvertes qu'on a, de la meilleure foi du monde, attribuées à ses successeurs.

Mais j'ai hâte de revenir à la question de l'absorption du curare par les muqueuses.

Il résulte d'une communication faite en 1857 à l'Académie des sciences, par M. Pelikan, que Brocklesby et Emmer reconnurent, comme Fontana, les effets toxiques du curare pris à l'intérieur à dose suffisante. J'ignore la date de ces expériences déjà anciennes, et n'ayant pu remonter aux sources, qui ne sont pas indiquées, je ne puis vous en donner l'analyse.

Le premier physiologiste français qui ait, à ma connaissance, réussi à empoisonner des animaux par l'estomac est M. Vulpian (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1854, p. 73). Ce résultat était en opposition avec les notions admises en France à cette époque, et M. Vulpian se demanda d'abord si le curare dont il s'était servi, et que M. Green avait fait venir directement du Para (Brésil), n'était pas différent du curare des Indiens Andaquils rapporté d'Amérique en 1844 par M. Goudot, et employé jusqu'alors dans toutes les expériences de MM. Pelouze et Bernard. Mais ce dernier poison donna à M. Vulpian les mêmes résultats que l'autre, et il pensa alors que les grenouilles, les tritons et les crapauds qu'il avait empoisonnés faisaient exception à la règle. Pourtant le curare introduit dans la bouche empoisonna des carpes, des moineaux, des cochons d'Inde. L'exception commençait à se généraliser quelque peu. Enfin un lapin, qui n'avait pas paru atteint sur le moment, fut trouvé mort le lendemain dans son réduit. M. Vulpian n'osait pas affirmer que la mort de cet animal eût été produite par le poison, mais il faut avouer que la chose paraissait assez probable.

Les faits de M. Vulpian, malgré leur multiplicité et leur importance, n'empêchèrent pas M. Reynoso de soutenir, l'année suivante, dans son intéressante brochure, que la seule muqueuse capable d'absorber le curare est la muqueuse pulmonaire. Mais M. Bernard jugea que la question méritait d'être examinée de nouveau; il reconnut d'abord que les oiseaux qui ont avalé du curare meurent presque aussi rapidement que si le poison avait été introduit sous la peau (*Leçons sur les substances toxiques*. Paris, 1856; in-8°, p. 290). L'absorption est un peu moins rapide dans l'estomac des grenouilles; elle l'est moins encore dans l'estomac des mammifères; mais elle est suffisante pour empoisonner un chien *à peine* à la dose de 80 centigrammes (*loc. cit.*, p. 291). « L'ingestion du curare par le canal intestinal, conclut M. Bernard, » n'est donc pas innocente d'une manière absolue. »

Ajoutons que MM. Cogswell, Kolliker et Pelikan (*Académie des sciences*, 10 mars 1857) ont obtenu des résultats analogues. Ce dernier, après avoir reconnu que 6 centigrammes de curare à l'intérieur paraissent sans action sur les lapins, en tua trois sur cinq avec une dose de 30 centigr.; le quatrième revint à la vie après avoir présenté des signes évidents d'empoisonnement; le cinquième échappa à l'action du poison, mais il était en pleine digestion, comme les deux précédents, lorsqu'on lui fit avaler le curare; et les deux premiers, qui étaient à jeun, moururent beaucoup plus rapidement que le troisième. Ainsi se trouve confirmée la grande différence constatée d'abord par Fontana, puis par M. Bernard, entre les animaux à jeun et les animaux qui ont pris des aliments. Enfin MM. Martin-Magron et Buisson, dans des expériences plus récentes, ont également reconnu que le curare est absorbé dans l'estomac même pendant le travail de la digestion. Un petit cochon d'Inde, qui venait de manger, fut empoisonné avec 2 centigrammes de cette substance; mais il ne mourut que deux heures 40 secondes après l'ingestion du poison (*Journal de Physiologie*, 1859, t. II, p. 588). Ces physiologistes ont même démontré que le curare est éliminé par les urines *à l'état de curare*. Pour cela, ils ont recueilli l'urine des animaux qui avaient avalé le poison, puis ils l'ont concentrée au bain-marie jusqu'à consistance d'extrait, et ce résidu, inoculé à divers animaux, leur a donné la mort (expérience encore inédite, que M. Martin-Magron m'a communiquée verbalement).

Désormais, par conséquent, il ne manque plus rien à la démonstration. Le curare est absorbé avec une inégale rapidité dans les plaies et dans les diverses muqueuses; il s'élimine par les urines, comme la plupart des poisons; là où il est absorbé promptement, il empoisonne à petites doses; là où il est absorbé plus lentement, les petites doses sont aisément supportées, parce que l'élimination, *qui est rapide*, ne laisse pas accumuler dans l'organisme une quantité suffisante de poison; mais les doses plus élevées déterminent au bout d'une ou deux heures, et même plus tôt, des phénomènes d'empoisonnement qui peuvent être mortels; enfin les doses plus élevées encore peuvent, surtout lorsque l'animal est à jeun, tuer aussi rapidement que le fait l'inoculation du curare.

Les propositions précédentes, démontrées par l'expérimentation sur les animaux, sont, selon toutes probabilités, applicables à l'homme. M. F. de Castelnau nous apprend, dans sa *Relation d'une expédition dans les parties centrales de l'Amérique du Sud* (1843 à 1847), qu'on peut avaler impunément de petites doses de curare; mais que, pris à grandes doses, il tue instantanément. Quoique ce voyageur distingué n'ait pas cité d'observations particulières, son assertion est trop conforme aux résultats des expériences physiologiques pour n'être pas prise en très grande considération.

Cela posé, le curare administré par une voie quelconque peut-il être utile dans le traitement du tétanos? L'expérience seule pourra répondre à cette question; jusque-là, la théorie permet de concevoir des espérances sérieuses. Je ne veux pas dire que le curare puisse être considéré comme propre à combattre, à la manière des spécifiques, la cause du tétanos; mais en paralysant les extrémités nerveuses, il peut soustraire les muscles à l'influence du système nerveux, faire cesser par conséquent les contractures musculaires qui s'opposent à la préhension des aliments et à la respiration, et prolonger ainsi la vie des malades jusqu'à la guérison naturelle de la maladie dont ces contractures ne sont que le symptôme. Cette idée s'est présentée dès 1811 à l'esprit de notre éminent collègue M. Benjamin Brodie. Deux essais faits sur des chevaux tétaniques par le vétérinaire Sewel furent, il est vrai, sans résultats; mais nous ne connaissons ni les doses employées ni le mode d'administration du médicament. Peut-être n'a-t-on pas donné de doses suffisantes pour des animaux de cette taille. M. Velpeau nous a rappelé qu'il y a trois ans (novembre 1856), M. Thibeaud, dans un mémoire lu à la Société académique de Nantes, proposa à son tour de traiter le tétanos par le curare. Ces précédents ne diminuent en rien le mérite de M. Vella, qui a osé le premier employer sur l'homme, comme médicament, ce poison, dont son compatriote Fontana avait le premier fait connaître les remarquables propriétés.

Je ne me propose pas d'analyser ici en détail les trois faits de M. Vella et les deux faits observés tout récemment à Paris. Les deux premières tentatives du chirurgien de Turin furent faites pour ainsi dire *in extremis*, dans la période d'asphyxie; nous pouvons donc ne pas nous en préoccuper. Le troisième malade de M. Vella, comme vous le savez, était aussi dans un état fort grave, mais il fut traité à un moment plus favorable, et le chirurgien fut récompensé de sa hardiesse par un succès qui a eu un grand retentissement. A Paris, M. Manec, secondé par M. Vulpian, n'a pu sauver son tétanique; mais MM. Chassaignac et Tahère ont été plus heureux. Somme toute, deux succès sur trois malades constituent un résultat encourageant. Je reconnais la gravité des objections qui ont été faites soit ici, soit à l'Académie des sciences, soit dans la presse. M. Larrey nous a dit que le curare employé par M. Vella n'avait point été expérimenté sur les animaux immédiatement avant d'être appliqué sur l'homme. C'est une lacune fâcheuse. Il faut savoir, toutefois, que M. Vella est un physiologiste habitué depuis plusieurs années à manier le curare. Il communiqua en 1856, à la Société des sciences biologiques de Turin, une longue série d'expériences faites en commun avec les professeurs Ercolani et Tommasi sur l'antagonisme de la strychnine et du curare; il avait pu, « en agissant avec les précautions nécessaires, neutraliser les effets toxiques de ces deux substances l'une par l'autre »; et c'était ce résultat, conforme à l'opinion de M. Harley, et confirmatif d'une expérience de M. Virchow, qui l'avait conduit à employer le curare dans le traitement du tétanos. On peut donc accorder au fait de M. Vella autant de confiance qu'en mériterait, en France, une expérience dirigée par M. Cl. Bernard. Il connaissait déjà de longue main le curare dont il s'est servi, et cela a pu le dispenser de recourir à une vérification nouvelle. J'avoue d'ailleurs qu'il est difficile de ne pas être impressionné par une observation où l'on voit chaque application du poison suivie, au bout d'une demi-heure ou trois quarts d'heure, d'un relâchement musculaire complet, mais passager. Cela s'accorde si bien avec la théorie du curare, que je suis disposé à accorder une grande valeur à cette observation.

Le fait de M. Chassaignac a été plus vivement contesté. Mais, d'une part, la lettre de MM. Mialhe et Grassi nous a prouvé que le curare employé avait des propriétés toxiques très-prononcées, puisque, inoculé sur la cuisse d'un chat à la dose de 5 centigrammes, il avait déterminé la mort en deux minutes. On avait objecté encore que le curare avait été administré principalement à l'intérieur, et que cette partie du traitement était comme non avenue, le curare ne pouvant pas être absorbé par l'estomac. Cette objection, qui m'avait frappé comme tout le monde, n'a pas perdu toute sa valeur, puisque la dose employée à l'intérieur était assurément fort minime; mais nous savons maintenant que l'estomac absorbe le curare, et peut-être aussi le malade de M. Chassaignac, à la diète forcée depuis plusieurs jours, était-il dans des conditions propres à rendre l'absorption du curare par la muqueuse gastrique plus rapide qu'elle ne l'est d'ordinaire, même chez les animaux à jeun. On objecte enfin que ce cas de tétanos n'était pas des plus graves. L'appréciation exacte de l'état du malade ne peut être faite que par ceux qui l'ont vu; je ne me prononcerai donc pas sur ce point. Je dois dire toutefois que si le curare devait échouer constamment dans les cas de tétanos suraigu, et réussir seulement dans les cas semblables à celui qu'a traité M. Chassaignac, ce serait encore un des médicaments les plus précieux de la thérapeutique chirurgicale. L'insuccès de MM. Vulpian et Manec, qui ont administré sans aucun résultat des doses de curare bien supérieures à celles qu'ont employées les autres chirurgiens plus heureux, ne doit donc pas faire considérer la nouvelle méthode comme inefficace. Il s'agissait d'un tétanos suraigu qui tua le malade en vingt six heures. La première inoculation fut faite moins de huit heures avant la mort; peut-être le tétanos était-il déjà parvenu à cette période où, suivant M. Martin Magron, dont je vous ai lu la lettre, les muscles restent contractés en vertu de leur irritabilité propre, et indépendamment de l'influence *actuelle* du système nerveux.

Quoi qu'il en soit, l'efficacité du curare est loin d'être démontrée; mais les faits connus jusqu'ici permettent de la considérer comme probable. Quoi qu'il en soit encore, et malgré toutes les réserves que nous pouvons faire, nous pouvons être bien certain que tous les chirurgiens qui se trouveront en présence d'un cas de tétanos, et qui pourront se procurer du curare, chercheront à lutter au moyen du nouveau médicament contre cette affection, jusqu'ici presque sans ressources. Tout ce que nous dirons ici ne pourra rien contre cette situation. Mais ce que nous pouvons faire, c'est de chercher à déterminer autant que possible le meilleur mode d'administration du curare, pour rendre moins dangereux le maniement de cette arme à deux tranchants.

Disons d'abord qu'on a désigné à tort sous le nom général de curare, une foule de poisons divers d'origine et de propriétés, et même plusieurs venins de crapauds ou de serpents. Les végétaux ou les animaux de l'Amérique du Sud diffèrent entièrement de ceux de l'Afrique et de la Malaisie. On ne sait à peu près rien sur le poison des Indes orientales; celui dont se servent les nègres du Soudan est aussi dangereux, au dire de Clapperton et du major Denham, lorsqu'on le prend à l'intérieur que lorsqu'on l'introduit dans les plaies; on l'extrait des graines d'un arbuste nommé *kongkonie*, et il diffère par conséquent sous tous les rapports du poison des sauvages de l'Amérique. Ceux-ci même ont, suivant le pays, diverses espèces de poisons. Les Caraïbes se servaient du suc du mancenillier, végétal lactescent, sur lequel on a débité beaucoup de fables (Pauw, *Recherches sur les Américains*, t. II, p. 239, Berlin, 1770, in-12). M. Roulin parle d'une peuplade qui envenime des flèches de chasse avec du suc de crapauds (Bernard, *Leçons sur les substances toxiques*, 1856, p. 255). Enfin, le curare proprement dit, le seul dont on ait étudié les propriétés, le seul qu'il soit par conséquent permis d'employer, provient de l'écorce d'une liane sur laquelle M. Bouvier nous a donné des renseignements. D'après M. Reynoso, c'est cette substance seule qui doit conserver le nom de curare; et il serait d'une haute imprudence d'employer les autres poisons que je viens d'indiquer avant de les avoir soumis à une expérimentation régulière.

(*La fin au prochain numéro.*)

(1) Cette expérience n'a été publiée que dans le supplément du 2e volume de Fontana, p. 368.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 24 octobre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur:

M. le docteur Cazin, ancien chirurgien militaire, médecin du bureau de bienfaisance de Calais et ancien maire de cette ville;

M. le docteur Ristelhuber, ancien chirurgien-major, médecin en chef de l'hôpital de Strasbourg.

— Par décret du 24 octobre, M. Sabouraud, second pharmacien en chef de la marine, a été promu au grade de premier pharmacien en chef.

— La Société anatomique reprendra le cours de ses séances le vendredi 4 novembre 1859.

— Notre savant confrère, le docteur Phœbus, professeur à l'Université de Giessen, nous prie d'insérer la note suivante:

« Plusieurs auteurs anglais (Boslock, Gordon, Elliotson, Prater, King, Mackenzie et autres) ont décrit sous les noms de *catarrhe d'été, bronchite d'été, asthme d'été, fièvre de foin, asthme de foin*, un catarrhe pour lequel certains individus ont une disposition si particulière, qu'ils en sont atteints chaque année, parfois pendant toute la vie. Cette affection commence à la fin de mai ou dans les premiers jours de juin, et dure quelques semaines ou même deux mois. Les symptômes sont ordinairement les suivants: coryza avec fréquents éternuments, inflammation de la conjonctive et du pharynx, toux, asthme, fièvre légère.

» Occupé à étudier cette maladie, qui se rencontre également en Allemagne, je serais très-obligé aux médecins français qui auraient la complaisance de me donner des renseignements sur les questions suivantes:

» 1° La maladie existe-t-elle en France? Atteint-elle les gens du pays, ou seulement les étrangers?

» 2° Est-elle plus fréquente dans les villes ou à la campagne?

» 3° Règne-t-elle plus souvent dans les contrées où l'on cultive beaucoup de blé, ou dans celles où il y a beaucoup de prairies?

» 4° Est-il vrai qu'elle se rencontre presque exclusivement parmi les classes les plus hautes de la société, ou est-elle seulement moins remarquée parmi les classes plus pauvres?

» Je me ferai un devoir de rendre justice, dans le *Traité* que je publierai sur la maladie, aux médecins qui auraient bien voulu me seconder par des communications. » (*Gaz. hebd.*)

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 128. — MARDI 1er ET JEUDI 3 NOVEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 128. — MARDI 1er ET JEUDI 3 NOVEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL. Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT : PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 NOVEMBRE 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu dans cette séance la lecture d'un intéressant travail fait en collaboration par MM. Duroy, Ludger Lallemand et Maurice Perrin, sur un point de physiologie que l'on pouvait croire résolu, et qui, par le fait des recherches de ces trois savants, se trouve de nouveau mis en question ; il s'agit du rôle de l'alcool dans l'organisme. D'après les idées communément admises, l'alcool introduit par l'absorption digestive dans le torrent circulatoire, serait rapidement détruit par l'action comburante de l'oxygène respiré. Aussi a-t-on rangé d'un commun accord les boissons alcooliques au nombre des aliments dits respiratoires, au même titre que les matières amylacées, les matières grasses, le sucre, etc. Cette théorie, concordant avec les résultats négatifs des expériences qui ont eu pour objet la recherche de l'alcool dans le sang et dans les urines, semblait à l'abri de toute contestation. Or, voici un travail dont les résultats sont en désaccord à peu près complet avec cette idée. En effet, MM. Duroy, L. Lallemand et Perrin ont constaté, d'une part, que l'alcool n'est pas détruit dans le sang, car on le retrouve dans tous les liquides et dans tous les tissus, tandis qu'on n'y trouve pas les produits de la combustion ; et d'autre part, qu'il sort de l'économie par diverses voies d'élimination, par les poumons, la peau et les reins.

En exposant des résultats aussi contraires aux opinions généralement acceptées dans la science, ces auteurs se mettaient dans la nécessité de donner les preuves les plus minutieuses de l'exactitude et de la sévérité de leurs expérimentations. Aussi, après avoir établi par une première série d'expériences : 1° Que l'alcool ingéré dans l'estomac d'un chien ou de tout autre gros mammifère, se retrouve en nature et en quantité notable, à l'aide de la distillation, dans le sang de cet animal ; 2° qu'une certaine quantité d'alcool s'élimine par les poumons ; 3° que l'alcool est éliminé par les reins et passe dans l'urine, MM. Duroy, Lallemand et Perrin ne s'en sont pas tenus à ces épreuves directes ; ils ont cherché, par une série d'expériences d'un autre genre, à reconnaître la présence dans le sang, les viscères et les tissus, de quantités d'alcool trop faibles pour être extraites directement et représentées en nature. Ils ont utilisé à cet effet la propriété que possède l'alcool de réduire l'acide chromique en sesquioxyde de chrome. Des expériences plusieurs fois réitérées leur ont montré que l'alcool se trouve en proportion de une à deux fois plus considérable dans le cerveau et dans le foie que dans le sang. Ils ont pu, dans une de ces expériences, extraire d'une masse de matière nerveuse provenant du cerveau et de la moelle épinière de plusieurs chiens alcoolisés (pesant 400 grammes), 3 gr. 25 centigr. d'alcool très-concentré. L'alcool a été trouvé aussi dans les tissus musculaire et cellulaire. Ils ont constaté enfin que l'alcool était éliminé par la peau comme par la transpiration pulmonaire.

Ces faits auraient, au point de vue de la physiologie et de la pathologie, des conséquences importantes. « L'alcool ne devrait plus d'après cela être considéré comme un aliment, mais simplement comme un excitant du système nerveux. Sa condensation dans le foie et dans le cerveau expliquerait, par une action matérielle, les maladies de ces viscères qui reconnaissent pour cause l'excès ou l'abus des boissons spiritueuses ; son passage dans les urines expliquerait l'influence pathogénique des mêmes boissons sur les maladies des reins, etc. »

Les expériences de MM. Duroy, L. Lallemand et M. Perrin, et les conséquences physiologiques et pathologiques qu'ils en ont déduites, sont-elles à l'abri de toute objection ? C'est à un nouveau contrôle expérimental pour les premières, et au contrôle clinique pour les secondes qu'il appartient d'en décider.

M. Sédillot a présenté dans cette même séance un travail dans lequel il a exposé quelques perfectionnements que l'expérience pratique l'a conduit à apporter dans les opérations d'uréthroplastie. On trouvera plus loin l'exposé de ces nouvelles modifications opératoires et les observations cliniques qui les ont motivées.

Nous en sommes réduits pour les autres communications qui font partie de cette séance, au simple énoncé que renferme le *Compte rendu*. — Dr Brochin.

L'Association générale des médecins de France est définitivement constituée. La séance d'inauguration a eu lieu dimanche dernier, devant une nombreuse assemblée, dans le vaste amphithéâtre des nouveaux bâtiments de l'Assistance publique. La commission d'organisation, présidée par M. Rayer, occupait le bureau ; les présidents et délégués des associations départementales, à qui une invitation spéciale avait été faite, avaient des places réservées dans l'enceinte, en face du bureau. Les membres adhérents de Paris et du département de la Seine remplissaient les banquettes de l'amphithéâtre.

M. Amédée Latour, secrétaire général, a ouvert la séance par la lecture des décrets qui autorisent et constituent l'Association. M. le président a prononcé ensuite une allocution dans laquelle il a très-heureusement caractérisé le but et les moyens d'action de la nouvelle association, et fait ressortir tous les avantages qu'il y a lieu d'en espérer pour le bien-être et pour la dignité du corps médical. L'assemblée a accueilli cette allocution par une double salve d'applaudissements.

M. le secrétaire général a pris une seconde fois la parole pour présenter à l'assemblée le compte rendu des opérations de la commission d'organisation. Tout ce que la commission a mis de zèle, d'intelligence et d'esprit de concorde et de conciliation dans cette œuvre difficile, tout ce que le secrétaire général a mis de talent dans l'exposé de ces opérations, de modération et de convenance dans l'historique de ces travaux préliminaires, et de dévouement dans l'accomplissement de ses devoirs, ne pourrait être compris et convenablement apprécié que par la lecture de cet important document. Nous attendrons que ce compte rendu ait été publié pour faire connaître à nos lecteurs la situation actuelle de l'Association.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Compte rendu des faits de diphthérite observés pendant le premier semestre de l'année 1859.

Par M. le docteur Eug. MOYNIER, chef de clinique.

DE LA DIPHTHÉRIE CUTANÉE.

Nous avons observé quatre cas de diphthérie cutanée, trois guérisons et une mort. C'était chez de très-jeunes enfants : une fille âgée de sept semaines, un garçon et une fille de quatre mois, et une petite fille de treize mois. Celle-ci mourut, la diphthérie de la peau n'étant qu'un effet de la généralisation de la maladie, qui occupait aussi les voies aériennes.

J'ai rapporté déjà l'observation du jeune Ch..., je vais résumer les trois autres; on verra que le traitement a consisté dans les cautérisations avec le nitrate d'argent, soit en crayon, soit en solution, ou avec le perchlorure de fer; mais que le nitrate d'argent est bien plus utile que la solution concentrée de perchlorure de fer. Ce qui prouve, en passant, que le spécifique de la diphthérie, que l'on avait espéré voir dans le perchlorure de fer, est encore à trouver.

OBS. I. — Julie T..., âgée de quatre mois et demi, entre, le 8 février 1859, salle Saint-Bernard, n° 41, avec sa mère, atteinte d'une fissure à l'anus.

Deux jours après leur entrée à l'Hôtel-Dieu, la mère se plaignit d'un mal de gorge; elle était atteinte d'une angine pseudo-membraneuse.

L'enfant portait à l'oreille droite une petite déchirure, qui se recouvre de fausses membranes. — On cautérise avec le perchlorure de fer trois fois par jour.

Le 11, la plaque diphthérique s'est étendue.

Le 12, l'envahissement de la diphthérie semble s'être arrêté; l'aspect de la plaie paraît modifié.

Le 13, l'oreille gauche commence à se prendre; l'enfant a un peu de fièvre, et la mère la trouve un peu agitée. — On cautérise l'oreille gauche avec le nitrate d'argent.

Le 14, une éruption scarlatiniforme s'est manifestée sur tout le ventre.

Le 15, l'enfant est en meilleur état; la diphthérie n'a pas gagné. M. Trousseau enlève les croûtes qui couvrent les plaies des oreilles et cautérise avec le nitrate d'argent.

Le 18, il existe encore une petite plaie aux oreilles; mais l'oreille gauche, la dernière prise, est presque guérie, et la droite, cautérisée au moyen du perchlorure de fer, n'est pas encore complétemen guérie.

Le 21, l'oreille droite est enfin guérie; on constate une cicatrice mince sur l'oreille gauche.

OBS. II. — B... (Léonie) entre à l'Hôtel-Dieu le 29 juillet 1859, atteinte d'un rhumatisme articulaire. Elle allaite son enfant, âgé de sept semaines.

Cette enfant présente derrière l'oreille gauche et autour du cou une large plaque diphthérique, qui a paru depuis trois jours. Elle n'a pas été exposée à la contagion, et il n'y avait aucun enfant atteint de croup dans la maison qu'habitent ses parents, mais sa mère a perdu, il y a deux mois, un petit garçon âgé d'un an, et qui a succombé à cette maladie. — Cautérisation avec le nitrate d'argent.

Le 3 août, la plaque diphthérique a très-bon aspect.

Le 4, il ne reste qu'une plaie simple, qu'on panse avec du cérat au calomel.

OBS. III. — *Diphthérie pharyngienne et cutanée.*

Marie R..., âgée de treize mois et demi, entre avec sa mère à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 13, le 4 avril 1859.

Elle a déjà été traitée dans le service pour une rougeole, il y a cinq mois. Elle a été prise, il y a deux mois, d'une varioloïde, et traitée à Necker.

La mère, pour aller à son ouvrage, mettait tous les jours son enfant à la crèche. Dans la maison qu'elle habite, l'enfant jouait souvent avec une petite fille de dix ans, qui, il y a un mois, a été fort malade d'une angine couenneuse.

Depuis trois jours, cette enfant tousse beaucoup et se trouve dans un état d'abattement extrême; elle refuse le sein et ne veut prendre aucune boisson.

Derrière l'oreille droite on voit une large excoriation laissant écouler abondamment une sérosité fétide. Cette excoriation offre les caractères de la diphthérie cutanée.

Derrière l'oreille gauche, la peau est le siége d'une rougeur très-vive, sans excoriation.

Le 5 avril, la toux est éteinte; il y a un peu d'oppression. En faisant ouvrir la bouche, on remarque que les piliers postérieurs du voile du palais, la luette et tout le fond du pharynx, sont tapissés d'une fausse membrane épaisse et blanche. On touche le fond de la gorge avec une solution caustique de perchlorure de fer.

L'enfant succombe dans la soirée du 5 avril.

Autopsie faite trente-six heures après la mort. — On trouve des fausses membranes sur les amygdales, les piliers postérieurs du voile du palais; quelques pellicules blanchâtres à l'entrée du pharynx; rien dans le larynx ni dans la trachée.

Quelques portions des poumons sont hépatisées et ne surnagent pas lorsqu'on les plonge au milieu de l'eau.

Ce fait nous offre un exemple de mort par l'empoisonnement diphthérique sans accès de suffocation et sans asphyxie; la mort arrive par suite de l'anéantissement des forces vitales.

OBS. IV. — *De l'angine pharyngée diphthérique. Angine couenneuse. Cautérisation avec l'acide chlorhydrique.*

Le 1er juin 1859, la nommée Maria B...., infirmière, est couchée au n° 29 *bis*, salle Saint-Bernard.

Le 30 mai, en se réveillant, la malade, qui est infirmière dans la salle et qui a soigné trois enfants atteints de croup, s'est aperçue qu'elle avait de la peine à avaler sa salive, avec perte d'appétit, céphalalgie, gonflement léger des ganglions. Le mal de gorge a été en croissant jusqu'à midi; à ce moment, l'interne appelé constate une rougeur œdémateuse du voile du palais avec plaques blanchâtres sur les amygdales.

Le 1er juin, le mal de gorge a augmenté, la rougeur est aussi forte qu'hier; on aperçoit sur l'amygdale droite un petit point qu'on touche fortement avec le sulfate de cuivre. On trouve dans le fond de la gorge de larges exsudations blanchâtres.

Le 2, la luette est couverte d'une fausse membrane épaisse que l'on arrache; l'amygdale droite offre une fausse membrane épaisse. — Cautérisation avec l'acide chlorhydrique.

Le 3, l'amygdale gauche et la luette sont couvertes de fausses membranes très-épaisses. Etat général parfait; peu d'engorgement ganglionnaire, pas d'albumine dans les urines.

Le 4, elle n'a pas été cautérisée hier au soir. Les plaques sont

moins épaisses, s'arrachent plus facilement sur l'amygdale droite et sur la luette.

Le 5, état général parfait; amélioration. L'amygdale est toujours couverte d'une fausse membrane; la luette aussi, mais elle est moins épaisse.

Le 6, les fausses membranes ont encore diminué d'étendue et d'épaisseur; on les touche avec le crayon de sulfate de cuivre.

Le 8, le mieux est de plus en plus sensible; encore quelques fausses membranes minces et transparentes.

Le 9, il y a encore quelques taches blanches sur l'amygdale.

Le 10, il n'y a plus de fausses membranes que tout à fait à la partie supérieure; la voix n'est pas nasonnée, et la déglutition s'opère très-bien.

Le 11, encore une teinte rougeâtre et un petit point blanc sur l'amygdale.

Le 12, plus rien du tout dans la gorge. Cette femme est complétement guérie.

Obs. V. — *Fissure à l'anus. — Angine diphthérique.*

La nommée Juliette T..., âgée de vingt-cinq ans, demeurant rue de la Parcheminerie, est entrée le 8 février 1859 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 21.

Cette femme est accouchée il y a quatre mois et demi; depuis cette époque, elle éprouve de la douleur quand elle va à la selle, et les douleurs durent sept ou huit heures après. A l'examen, on découvre un bourrelet hémorrhoïdal léger, et à la partie postérieure une fissure peu profonde et de petite dimension. On lui donne de la ratanhia.

Le 10 février, elle souffre de la gorge depuis trois ou quatre jours; au fond de l'amygdale, on voit une petite tache blanchâtre qui semble être de la diphthérie. Les glandes du cou et les ganglions sous-maxillaires sont un peu engorgés, surtout au niveau de l'angle de la mâchoire. — Cautérisation avec le perchlorure de fer.

Le 11, la malade a beaucoup souffert hier après la cautérisation; elle va un peu mieux ce matin. L'état général est toujours le même. La gorge présente toujours des fausses membranes. — On cautérise fortement.

Le 12, les fausses membranes se sont reproduites dans la gorge; on cautérise de nouveau. Les ganglions lymphatiques sont toujours engorgés. Pas de difficulté pour avaler, pas de douleur, pas de fièvre. La malade a transpiré beaucoup cette nuit; anorexie; diarrhée légère.

Le 13, constipation; état général le même. — On cautérise de nouveau.

Le 14, la malade présente encore sur l'amygdale gauche une petite tache qu'on cautérise.

Le 15, elle va un peu mieux; la petite tache de l'amygdale a disparu à peu près complétement; elle ne souffre plus à peine de la gorge; l'engorgement du cou a disparu presque complétement.

Le 16, la malade va tout à fait bien pour l'état général; quant à l'état local, il reste encore un petit point sur l'amygdale. — On cautérise encore.

Le 17, la plaque de l'amygdale a complétement disparu.

Le 19, la malade va tout à fait bien.

Obs. VI. — *Angine diphthérique. — Cautérisation avec l'acide chlorhydrique.*

La nommée X..., âgée de 31 ans, malade depuis le 10 juin, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 18, le 10 juillet 1859.

Elle est entrée à l'hôpital le 10 juillet pour une éruption sudorale extrêmement abondante, et qui couvre de plaques confluentes les seins, les aines et les cuisses. Ces plaques sont formées de petites élevures rouges que l'on pourrait prendre pour de la rougeole. Son enfant présente la même éruption.

Le 16 juin, depuis six jours, à part cette éruption, elle se porte bien; elle est prise depuis deux ou trois jours d'un mal de gorge avec tuméfaction légère des ganglions du cou. A l'examen de la gorge, on constate sur la luette et sur les piliers du voile du palais une fausse membrane, mais si peu épaisse que l'on hésite à caractériser cette angine du nom de diphthérique. Etat général parfait, fort peu de fièvre. Peu de dysphagie.

L'éruption sudorale existe toujours. La voix est claire. — Cautérisation avec l'acide chlorhydrique.

Le 17, les piliers du voile du palais et la luette sont recouverts d'une production blanchâtre, peu épaisse, assez adhérente, que l'on attribue à l'eschare causée par la cautérisation. On ne cautérise pas.

Le 18, l'angine diphthérique se prononce de plus en plus. La luette, les amygdales et le voile du palais, énormément tuméfiés, sont recouverts de plaques pseudo-membraneuses très-épaisses, adhérentes et saignant au moindre contact. Tuméfaction du cou. Peu de fièvre. Appétit conservé. (Cautérisation avec l'acide chlorhydrique).

Le 19, mieux sensible, moins de gonflement de la luette. Les fausses membranes se détachent. (Nouvelle cautérisation).

Le 20, nouvelle poussée pseudo-membraneuse occupant la luette. Les urines ne sont pas examinées, mais l'état général est excellent. Il n'y a pas de fièvre, et l'appétit est plutôt augmenté que diminué. La réaction générale est nulle.

Le 21, les amygdales sont un peu dégagées, les piliers sont encore couverts d'une fausse membrane de moins en moins épaisse.

Le 22, la luette est toujours gonflée et rouge, ainsi que les amygdales; les fausses membranes commencent à diminuer.

Le 23, les fausses membranes diminuent de plus en plus; il n'y a plus qu'un point sur la luette et les piliers postérieurs du voile du palais. Malheureusement la malade, qui vient de perdre son enfant du croup, veut quitter l'hôpital, malgré nos instances pour la retenir.

Obs. VII. — *Angine pseudo-membraneuse; pneumonie du poumon droit; fausses membranes s'étendant dans les petites bronches.*

L... (Charles), âgé de 28 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 14 avril, salle Sainte-Agnès, n° 20.

Cet homme a mal à la gorge depuis six jours. C'est la première fois qu'il est atteint de cette affection. Il n'a vu aucune personne atteinte d'angine. Il n'a fait aucun traitement. Peau chaude, 96 pulsations. Le cou est gonflé, les ganglions sous-maxillaires sont énormément tuméfiés. Il ne peut pas avaler. Il crache beaucoup. Il n'a pas vomi depuis qu'il est malade. L'état local est grave, on voit des fausses membranes épaisses sur le voile du palais, sur la luette et sur les amygdales. Les urines contiennent beaucoup d'albumine. (Cautérisation avec le perchlorure de fer trois fois par jour. — Café, julep avec 4 grammes de perchlorure de fer.)

Le 16 avril, respiration difficile; cou toujours très-gonflé; fausses membranes épaisses et abondantes. La quantité d'albumine dans les urines est des plus considérables. (Même prescription).

Le 17, albumine en grande quantité; pouls à 96, faible, mou, dépressible; ganglions énormes, cou tuméfié, fausses membranes toujours aussi abondantes. Respiration difficile. Le malade paraît très-anxieux.

Le 18, urine très-albumineuse.

L'aspect de ce malade est très-inquiétant: face cachectique, regard éteint, anéanti.

Le cou est très-tuméfié. Peau chaude: 100 pulsations. Les fausses membranes sont toujours très-épaisses; il nasonne énormément quand il parle. L'oppression paraît très-forte. (Même prescription).

Dans la journée les symptômes d'oppression augmentèrent, et ce malade mourut avec tous les symptômes d'asphyxie à huit heures du soir.

Autopsie faite trente-six heures après la mort.—La langue est noircie par le perchlorure de fer; les amygdales sont noires et ont l'aspect gangrené; mais lorsqu'on les fend, on voit qu'il n'y a que la surface qui a été noircie par le perchlorure de fer.

Le larynx est tapissé, dans toute son étendue, par des fausses membranes peu épaisses qu'on ne peut enlever complétement. Dans la trachée, on soulève d'épaisses fausses membranes qui sont mobiles dans toute la longueur de la trachée; mais l'on voit, en outre, des fausses membranes minces qui se trouvent dans la trachée et qui se continuent dans les bronches; elles envoient même des prolongements dans les petites bronches, car en essayant de légères tractions on peut obtenir des lambeaux ramifiés de huit à dix centimètres de longueur, et qui ont l'aspect de branches d'arbres.

Quant au parenchyme pulmonaire, on trouve de la pneumonie occupant tout le poumon gauche et surtout le lobe supérieur.

Dans le poumon droit il y a des noyaux disséminés de pneumonie; les reins sont congestionnés sans autres altérations.

Cette forme, par ses allures, n'inspire pas autant d'effroi que la diphthérie laryngée ou croup, car la suffocation est légère, les forces sont éteintes, et le malade semble peu souffrir. Le danger semble moins imminent; il paraît même si éloigné, qu'on peut espérer qu'il ne viendra pas. Cependant cette sécurité serait très-fâcheuse, car si le danger n'est pas si imminent que dans le cas de croup, il est cependant très-réel. En effet, sur six malades atteints de pharyngite diphthérique, nous en avons vu mourir un du fait même de l'angine, et de plus, c'est peut-être la forme de la diphthérie qui est le plus souvent accompagnée de paralysie, paralysie qui peut devenir mortelle, ainsi que nous en rapportons des exemples.

Nous avons observé six malades atteints de diphthérie pharyngée: quatre ont guéri, deux sont morts.

Les fausses membranes occupaient quelquefois toute l'étendue du pharynx, amygdales, piliers du voile du palais et luette; quelquefois toute la muqueuse de cette région en est recouverte, et on ne découvre qu'une vaste surface d'un blanc grisâtre. Si avec une pince on vient à saisir et à détacher ces fausses membranes, on peut en arracher des lambeaux de 2 ou 3 centimètres. Nous avons enlevé de ces plaques ayant la forme d'un dé à coudre, et enveloppant la luette comme dans une gaîne complète. Les malades rendent, en outre, des fausses membranes tubulées, ramifiées, lorsque la maladie s'est étendue jusqu'aux petites bronches.

L'épaisseur de ces plaques diphthériques est quelquefois considérable, mais elle diminue à mesure que l'affection rétrograde.

Après l'arrachement de ces plaques, on voit la muqueuse rouge, dépouillée de son épithélium. L'on ne confondra pas ces fausses membranes diphthériques d'un gris blanc sale, adhérentes à la muqueuse, se reproduisant rapidement et laissant la muqueuse rouge, saignante, s'accompagnant de tuméfaction des ganglions, avec les productions pultacées formées par un enduit blanc d'une consistance molle crémeuse, disparaissant après 36 à 48 heures, facilement enlevées et laissant une muqueuse rouge, mais lisse, non dépouillée de son épiderme et sans engorgement ganglionnaire. Dans cette forme, à laquelle M. Bretonneau avait donné le nom d'angine couenneuse commune, et que M. Trousseau avait fait connaître comme un herpès du pharynx, que depuis M. Gubler a désignée sous le nom d'angine herpétique, et qu'on trouve plus souvent depuis qu'on la cherche davantage, après un ou deux jours de mouvement fébrile, les malades éprouvent une douleur à un côté de la gorge, où l'on peut voir quinze ou vingt petites taches blanches occupant les amygdales; après un jour, elles se réunissent et forment alors de larges taches d'un aspect pultacé qui peuvent en imposer pour une angine diphthérique; puis, au bout de deux ou trois jours, la maladie se termine par la guérison sans qu'il soit besoin de traitement énergique. Il n'en est pas de même pour l'angine couenneuse. Je n'insiste pas sur cette description, que l'on trouve dans tous les traités classiques. Je n'insisterai pas davantage sur la pneumonie qui se manifeste lorsque la diphthérie s'est étendue jusque dans les petites bronches, et qu'on peut aussi rencontrer, indépendamment de cette extension, des fausses membranes dans le cas de longue oppression.

Je mentionnerai l'inflammation ou tout au moins la congestion rénale, que nous avons constatée toutes les fois que nous avons fait l'autopsie d'individus morts de diphthérie, ce qui du reste se liait parfaitement avec l'albuminurie plus ou moins considérable que nous avons trouvée dans tous les cas graves de cette maladie.

La maladie, ainsi que je viens de le dire, est quelquefois bornée aux amygdales, quelquefois elle occupe toute l'étendue du pharynx; le point sur lequel l'attention doit être appelée, c'est l'hypertrophie des ganglions. Si nous avons vu que l'état de la plaie résultant de la trachéotomie indiquait l'état général du malade, nous verrons que les ganglions indiquent la gravité de l'angine diphthérique. On peut constater que, dans tous les faits de diphthérie pharyngée grave, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont augmentés de volume, et que cette augmentation de volume suit la marche progressive des fausses membranes; que réciproquement, à mesure que les fausses membranes qui tapissent le pharynx deviennent plus minces et moins larges, les ganglions diminuent de volume. Mais la décroissance des fausses membranes ne suffirait pas seule à produire la diminution des ganglions: il faut que l'état général s'améliore. Le pronostic dans la diphthérie pharyngée doit donc être porté plutôt d'après les ganglions que d'après les fausses membranes.

Un autre symptôme qui peut servir de guide dans l'appréciation de la gravité de la maladie, c'est l'albuminurie. Nous avons constaté la présence de l'albumine dans les urines toutes les fois que la diphthérie était étendue.

On s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps de la valeur de l'albuminurie au point de vue du pronostic. MM. Wade, Abeille, Sée, Empis, Bouchut, Blache, Roger, Bergeron, l'ont étudiée avec soin, mais ils ne sont pas d'accord sur la valeur pronostique que l'on doit lui attribuer. Certains médecins ne lui en accordent même aucune. Je crois qu'il faut faire une distinction, et se placer à deux points de vue différents. S'il s'agit de juger si le malade mourra ou survivra, la présence de l'albumine dans les urines ne fournit aucune indication; mais s'il s'agit de savoir si la durée ou la gravité de la maladie sera plus grande, alors la quantité plus ou moins grande d'albumine dans les urines devient un élément précieux de pronostic: elle indique que l'économie a été profondément atteinte. Non-seulement nous l'avons vue persister dans les cas où la mort par la diphthérie restait longtemps menaçante, mais dans les cas où la diphthérie paraissant moins grave, les malades étaient plus tard atteints de paralysie.

Le *traitement* est prophylactique et curatif.

Nous avons vu que la contagion était une cause très-réelle de diphthérie. *Exemple :* l'infirmière de l'Hôtel-Dieu prenant la diphthérie en soignant des enfants, la femme Th..., entrée pour une fissure à l'anus et prenant la diphthérie pharyngienne, tandis que son enfant prend une diphthérie cutanée. Cette femme, entrée avec son enfant pour une éruption sudorale, et prenant l'une et l'autre une diphthérie dont l'enfant meurt et dont la mère a été très-malade.

La prophylaxie consiste donc dans l'éloignement des gens atteints de diphthérie et la séquestration.

Traitement curatif. — M. Trousseau agit directement sur l'état local par les substances astringentes ou caustiques, et cherche à combattre par des médicaments administrés à l'intérieur l'affaiblissement, la dépression imprimée par l'empoisonnement diphthérique à tout l'organisme.

Au premier rang, parmi les caustiques, se trouve l'acide chlorhydrique pur fumant; c'est le plus énergique et le plus efficace; il est d'une utilité évidente et bien préférable aux caustiques solides dans les cas où il est urgent d'agir énergiquement. On imbibe un pinceau de charpie avec cet acide, qui, porté ainsi au fond de la gorge, se répand sur toutes les parties atteintes. Il faut quelquefois renouveler la cautérisation deux fois par jour. Après deux ou trois jours, on voit une modification telle dans l'état du pharynx, que l'on peut employer des agents moins actifs.

M. Trousseau a essayé la solution concentrée de perchlorure de fer; mais dans la diphthérie pharyngée comme dans la diphthérie cutanée, son utilité a été très-contestable; il est en outre aussi douloureux que l'acide chlorhydrique; aussi M. Trousseau ne l'emploie plus.

Le nitrate d'argent, l'alun en poudre, le sulfate de cuivre en crayon, sont très-utiles, mais lorsque les fausses membranes ont peu d'épaisseur et peu d'étendue. Ils sont encore utiles même lorsqu'on emploie les caustiques plus énergiques, ainsi nous avons vu que les surfaces étaient moins utilement modifiées par l'acide chlorhydrique ou le crayon de nitrate d'argent lorsqu'on les employait exclusivement pendant plusieurs jours de suite. Il est bon de cesser cette cautérisation énergique, d'insuffler de l'alun ou de toucher légèrement les surfaces malades avec le crayon de sulfate de cuivre, puis, le lendemain, de reprendre la cautérisation. On voit alors une amélioration rapide survenir.

Il est une précaution sur laquelle il faut insister lorsqu'on emploie les caustiques et en particulier les caustiques solides.

Si on cautérise des fausses membranes, le caustique s'entoure de ces fausses membranes qui protégent le reste de la surface et empêchent la cautérisation. Il faut donc, au moyen d'une pince à pansement, enlever, arracher même les fausses membranes et puis cautériser immédiatement les surfaces saignantes.

En même temps que les caustiques, M. Trousseau emploie le tannin, et il en a obtenu de très-bons effets.

Voici le procédé dont il se sert: il fait une solution saturée de

tannin, et, utilisant la pulvérisation de l'eau, suivant le procédé de M. le docteur Sales-Girons, au moyen de l'appareil de M. Charrière ou de celui de M. Mathieu, il lance au fond de la gorge une vapeur de tannin qui pénètre profondément et atteint toutes les parties malades.

Ou bien il fait insuffler, de deux à quatre fois par jour un mélange d'une partie de tannin en poudre pour deux parties de poudre d'alun.

Cette méthode a donné déjà de nombreux succès; j'ai été témoin de la guérison d'une jeune enfant de quatre ans, Mlle S..., atteinte d'une angine pseudo-membraneuse fort grave ; et l'effet de cette médication a été encore plus manifeste dans un cas d'œdème de la glotte ; sous l'influence de la projection d'une solution saturée de tannin, la respiration s'est rétablie, au moment où M. Robert se disposait à pratiquer la trachéotomie.

Comme traitement général, M. Trousseau emploie les toniques, le quinquina, le café. Tous les jours ses malades prennent une infusion de café noir dans laquelle on délaye quatre grammes de poudre de quinquina calisaya, ou on administre le quinquina sous forme de sirop ou de vin.

On a regardé le perchlorure de fer comme un spécifique et on l'a même administré comme préservatif, mais sans réaliser autant d'espérances qu'en avaient conçu M. Aubrun et M. Isnard (de St-Amand) ; il est très-utile comme tonique.

On l'administre à la dose de 4 à 10 grammes par jour dans du sirop qu'on formule ainsi :

Perchlorure de fer officinal de . . .	4 à 10 grammes.
Sirop simple.	40 —

Faire prendre dans la journée.

Lorsqu'en même temps on fait des insufflations de tannin, il faut mettre un intervalle entre l'insufflation et l'administration du sirop de fer, parce que le tannin et le fer se combinent et forment un tannate de fer qui a peu de propriétés actives.

HOPITAL MILITAIRE DE STRASBOURG.

M. C. Sédillot.

De quelques perfectionnements à apporter aux opérations d'uréthroplastie.

La facilité avec laquelle on remédie aujourd'hui aux rétrécissements de l'urèthre par des incisions longitudinales dont nous avons expliqué l'efficacité (voir notre *Mémoire sur l'uréthrotomie interne*, 1858), permet de poursuivre l'occlusion des fistules sus-scrotales par une simple suture ou par un des nombreux procédés autoplastiques dont la chirurgie s'est enrichie ; et les lambeaux, soit latéraux, soit supérieurs ou inférieurs à la fistule, ramenés au-devant d'elle par glissement ou transport, suffisent habituellement à la guérison.

La condition principale du succès est de bien aviver la circonférence de l'ouverture fistuleuse, afin d'en obtenir l'adhésion à la surface sanglante et *superposée* du lambeau oblitérateur.

Si le canal paraît trop étroit après la cicatrisation, on le fend de côté avec un de nos uréthrotomes internes, et l'on rétablit ainsi le diamètre de l'urèthre.

Dans les cas compliqués et réfractaires aux moyens curatifs ordinaires, les règles générales du traitement paraissent assez bien tracées. S'il existe une fistule urinaire au périnée, on la dilate et on l'agrandit (Ségalas) pour y engager une sonde, dont l'extrémité est maintenue dans la vessie. Si le périnée est intact, on le fend (Ricord); on incise l'urèthre, et une sonde sert, comme dans le cas précédent, à détourner le cours de l'urine et à en empêcher le contact sur les points à réparer.

L'uréthroplastie est alors pratiquée par la méthode à double lambeau superposé (Bach, de Strasbourg, 1841), ou ayant ou non recours à des fils métalliques pour les sutures (méthode dite *américaine* de MM. Pancoast et Bozemann), et la plaie préservée du contact de l'urine est recouverte en dehors par la couche épidermique de la peau, et en dedans, ou du côté du canal, par la même membrane ou par du tissu cicatriciel, sans tension ni étranglement des parties.

Dès que la guérison de la fistule est obtenue, on retire la sonde périnéale ; on la remplace par une sonde ordinaire introduite par le gland, et en deux ou trois semaines la plaie du périnée est cicatrisée.

Malgré des conditions opératoires aussi naturelles, on ne saurait méconnaître la rareté des succès immédiats ou primitifs de l'uréthroplastie.

La réunion par première intention est presque constamment incomplète, et ce n'est qu'à la suite de suppurations prolongées, après de nouvelles sutures, des applications de substances excitantes ou caustiques, du feu et parfois de la ténotomie, que l'on parvient à la cicatrisation de la fistule.

Il y a donc des causes d'insuccès à faire disparaître, et nous nous sommes efforcé d'y parvenir.

Deux indications dépendent des dispositions de la fistule : tantôt *a)* la muqueuse est unie à la peau; tantôt *b)* ces deux membranes sont séparées l'une de l'autre par une large cicatrice.

a). Si les adhérences du tégument externe à la membrane muqueuse sont intimes, il faut diviser la peau à quelques millimètres en dehors et de chaque côté de la solution de continuité, par des incisions droites et parallèles dont les extrémités sont coupées à angle droit au niveau de la fistule, ou bien l'on termine les incisions latérales par des angles légèrement arrondis. On obtient ainsi, sur les côtés de la fistule, une sorte d'encadrement de peau dont les deux moitiés, en forme de valves, sont partiellement disséquées de dehors en dedans, puis renversées dans le même sens sur elles-mêmes, pour en tourner en arrière la face épidermique et fermer l'ouverture accidentelle de l'urèthre. On fixe les lambeaux dans cette position, par quelques points de suture entrecoupés, dont les anses regardent en dehors, et les fils noués du côté du canal sont entraînés par l'urèthre au delà de l'orifice du gland, au moyen d'un petit stylet fenêtré d'argent flexible.

L'urèthre se trouve ainsi fermé par le renversement et l'accolement de la peau, et l'on a sous les yeux une assez vaste plaie que doit recouvrir un second plan de lambeaux. On arrive à ce résultat par plusieurs procédés : on peut disséquer les téguments vers le prépuce. On a de cette manière un grand lambeau transversal abaissé au-devant de la fistule déjà fermée et les points de suture extérieurs n'ont aucun rapport avec ceux des premiers lambeaux, condition essentielle et des plus favorables au succès de l'opération. Lors même qu'un peu de suppuration aurait lieu autour des fils, la solidité des deux plans de lambeaux n'en serait pas affectée, puisque le pus serait isolé et trouverait une libre issue du côté du canal de l'urèthre pour les lambeaux profonds, et en dehors des téguments de la verge pour les lambeaux superficiels, et qu'aucun corps étranger communiquant de l'urèthre à la peau ne favoriserait la persistance de pertuis fistuleux.

On peut en outre soumettre la verge à une légère pression pour mieux assujettir les lambeaux, en déterminer l'immobilité et empêcher le gonflement œdémateux, qui est à peu près constant, lorsque les plaies sont abandonnées à elles-mêmes.

b). Si des surfaces cicatricielles séparent la peau de la membrane muqueuse de l'urèthre, on doit les exciser en totalité, à l'exception des points les plus rapprochés du canal dont on forme deux lambeaux, en suivant les procédés précédemment décrits.

Telles sont les règles que nous avons adoptées, et l'observation suivante paraît en confirmer la valeur.

M... portait une large perte de substance de 2 à 3 centimètres de hauteur à la portion sus-scrotale de l'urèthre, et le pourtour de cette ouverture était formé à une assez grande distance en tous sens, par une cicatrice mince, sèche et non adhérente. Une ulcération phagédénique avait été la cause de cette infirmité, dont la date remontait à un grand nombre d'années.

L'uréthroplastie fut pratiquée le 3 novembre 1858, en présence de MM. les docteurs Leuret, médecin principal, Hergott et Boeckel, professeurs à la Faculté, et d'autres médecins militaires attachés à l'hôpital militaire.

Le malade couché en décubitus dorsal et chloroformé, une sonde fut portée dans la vessie ; le périnée et l'urèthre furent fendus au niveau du bulbe par une incision longitudinale ; la sonde fut retirée et une autre sonde du même calibre, dirigée entre deux stylets conducteurs par la plaie, fut conduite jusque dans l'intérieur de la vessie. (Voir pour plus de détails mon *Mémoire sur l'uréthrotomie externe ou périnéale*.) La membrane cicatricielle séparée du pourtour de la fistule forma deux lambeaux latéraux dont le renversement de dehors en dedans devait servir à fermer l'urèthre. Les bords excédants de ces lambeaux furent excisés, et lorsque les dimensions en furent convenables, on les réunit sur la ligne médiane par trois points de suture entrecoupés. La peau fut ensuite largement disséquée du côté du prépuce et ramenée de haut en bas au-devant des lambeaux profonds. Un des fils des sutures fut coupé près des nœuds et les fils restant dirigés au dehors de la plaie.

Aucun accident grave ne survint, mais la cicatrisation ne fut pas complète. Un peu de suppuration suivit un gonflement œdémateux assez marqué, et à la chute des fils du quatrième au huitième jour, un pertuis de 4 à 5 millimètres persista et laissa passer les liquides injectés par le gland.

Nous essayâmes à plusieurs reprises de fermer ce pertuis avec une épingle et la suture entortillée ; les pansements à plat et la cautérisation au nitrate d'argent échouèrent également, et le 5 décembre j'eus recours à un nouvel avivement avec deux points de suture dont les fils profonds furent ramenés par l'urèthre ; mais le moment opportun de cet utile procédé était passé, et nous ne réussîmes pas. La sonde périnéale était changée de temps à autre sans difficulté, et donnait passage à l'urine.

Je fis quelques cautérisations au fer rouge qui réduisirent le pertuis aux dimensions d'une tête d'épingle ; des applications de teinture d'iode concentrée le fermaient pendant deux ou trois jours, sans l'oblitérer définitivement. Je divisai par quelques sections sous-cutanées des brides qui fixaient les téguments aux parties profondes et ne leur laissaient pas toute la laxité désirable. Le prépuce remonta, après cette opération, d'une manière assez notable ; mais un second pertuis presque imperceptible s'ouvrit dans le trajet de la cicatrice, disparut, puis se reproduisit de nouveau.

Le 1er mars 1859, je retirai la sonde du périnée, dont la plaie était entièrement cicatrisée le vingtième jour. Pendant ce temps, le malade avait gardé une autre sonde introduite par le gland dans la vessie.

Le 5 avril, il retira définitivement cet instrument, et continua à uriner librement et à gros jets sans éprouver aucun inconvénient de la persistance des pertuis qui étaient à peine humides pendant la miction.

Nous pensâmes que le changement de régime, l'exercice et le grand air amèneraient dans la constitution lymphatique du malade des modifications avantageuses, et nous l'engageâmes à quitter l'hôpital ; peu de temps après, ce malade était en effet guéri.

Cependant nous ne pouvons nous dissimuler que le traitement a été long, et nous sommes convaincu qu'on l'abrégerait beaucoup en adoptant le procédé que nous avons proposé et qui consiste à faire sortir par l'urèthre les fils des sutures des lambeaux profonds, et en dehors de la plaie tégumentaire ceux des lambeaux extérieurs.

Aucun corps étranger interposé entre les surfaces des lambeaux ne compromettrait la réunion, et l'on pourrait obtenir en quelques jours la guérison d'une infirmité dont la cure a exigé jusqu'ici plusieurs mois de traitement, en ayant surtout la précaution de faire les lambeaux profonds très-courts pour empêcher la formation de cavités ou poches secondaires, dans lesquelles quelques gouttes d'urine restent parfois accumulées et gênent un peu la miction.

La guérison spontanée de la plupart des fistules urinaires, après le libre rétablissement du cours des urines, autoriserait à tenter l'uréthroplastie par notre nouveau procédé sans recourir à l'incision périnéale, et ce serait évidemment un grand progrès, puisque l'opération deviendrait plus simple et qu'on pourrait en espérer un succès plus prompt.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 octobre 1859. — Présidence de M. de Sénarmont.

Uréthroplastie. — M. C. Sédillot présente un mémoire intitulé *De quelques perfectionnements à apporter aux opérations d'uréthroplastie*. (Voir plus haut.)

Rôle de l'alcool dans l'organisme. — M. L. Lallemand lit, en son nom et au nom de MM. Duroy et M. Perrin, un mémoire sur le rôle de l'alcool dans l'organisme, dont voici un extrait :

D'après les idées communément admises, l'alcool introduit par l'absorption digestive dans le torrent circulatoire est rapidement détruit sous l'action comburante de l'oxygène amené par la respiration. Cette oxydation de l'alcool dans le sang peut donner comme résultat immédiat de l'acide carbonique et de l'eau, ou, comme il est généralement admis, elle fait passer l'alcool par une série de transformations représentant des dérivés de ce corps de plus en plus oxygénés : aldéhyde, acide acétique, acide oxalique, et aboutissant à l'acide carbonique, dernier terme de la série. Comme les matières amylacées sucrées et grasses que la digestion introduit dans l'économie subissent une destruction analogue, les boissons spiritueuses, eau-de-vie, vin, bière, cidre, etc., se trouvent ainsi rangées au nombre des aliments respiratoires.

Cette théorie, appuyée sur des expériences qui paraissent irréprochables, explique d'une manière satisfaisante pour l'esprit pourquoi on n'a pas trouvé d'alcool dans le sang, pourquoi on n'en a rencontré que des traces insignifiantes; elle explique aussi pourquoi on n'en a pas trouvé dans l'urine.

Les résultats des recherches qui font l'objet du mémoire que nous avons l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie sont pour la plupart en désaccord à peu près complet avec cette théorie, puisqu'elles nous conduisent, d'une part, à constater que l'alcool n'est pas détruit dans le sang, car on le trouve dans tous les liquides et dans tous les tissus, et on n'y trouve pas les produits de sa combustion; d'autre part, à prouver qu'il sort de l'économie par diverses voies d'élimination, par les poumons, la peau et surtout par les reins.

Ces recherches, trop étendues pour être reproduites en totalité, ne se prêtant guère à une analyse, nous nous bornerons à indiquer les principales conclusions auxquelles arrivent les auteurs, et qu'ils formulent dans les termes suivants :

1° L'alcool n'est pas un aliment : il n'agit que comme modificateur du système nerveux ;

2° L'alcool n'est ni détruit ni transformé dans l'organisme ;

3° L'alcool se concentre surtout dans le foie et dans le cerveau;

4° Ces faits éclairent la pathogénie de certaines altérations organiques et fonctionnelles du foie, du cerveau et des reins. (Commissaires : MM. Flourens, Pelouze, Rayer, Cl. Bernard.)

Ecaille détachée de la voûte interne du crâne, ayant pénétré à travers la dure-mère entre les deux lobes du cerveau. — M. le Secrétaire perpétuel communique l'extrait d'une lettre de M. Tigri, relativement à un fait qui a été, de la part du savant Siennois, l'objet d'une précédente communication. La note mentionnée au compte rendu de la séance du 26 septembre dernier avait pour titre : *Observations histologiques sur un fragment osseux adhérent à la grande faux de la dure-mère*. Comme cette note avait été adressée à l'occasion de celle de M. Molas (22 août), *Sur une pièce osseuse développée entre les deux feuillets de la faux du cerveau*, on a pu, mais à tort, supposer qu'il s'agissait d'un cas analogue. La pièce observée par M. Tigri, bien qu'adhérente à la faux de la dure-mère, n'était point un produit anormal de cette lame membraneuse, mais une portion d'os régulièrement formé occupant par suite d'une lésion externe une position anormale. En examinant cette pièce, dont le diamètre est à peu près celui d'une pièce de 50 centimes, mais dont le contour est irrégulier, l'auteur de la note lui a reconnu une face lisse comme celle de la surface des os plats, tandis que la face opposée rugueuse semblait indiquer qu'elle avait été séparée du diploé. M. Tigri, en effet, croit que c'est une écaille détachée de la voûte interne du crâne, et qui, après avoir traversé la dure-mère, avait pénétré entre les deux lobes du cerveau. La séparation de ce fragment écaillé aurait été le résultat d'un coup violent qui, laissant intacte la lame externe de la boîte osseuse, aurait fait sauter une portion correspondante de la lame interne. C'est à ses yeux un cas curieux à ajouter à ceux qui sont signalés dans l'histoire chirurgicale des contre-coups.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 19 octobre 1859. — Présidence de M. Marjolin.

Fin du discours de M. Broca.

Mais ce curare même, ce curare proprement dit, préparé par les

sauvages de l'Amazone et de l'Orénoque, est-il assez fixe dans sa composition pour qu'on puisse le faire entrer sans trembler dans la thérapeutique? Bien loin de là. Il paraît bien certain que dans toutes les peuplades où on le prépare, on emploie, comme matière première, le même végétal. Mais la nature et la proportion relative des substances accessoires qu'on ajoute à la préparation pour lui donner de la consistance, varient considérablement. Ici on y mêle du sang, là des fourmis écrasées, ailleurs des crochets de serpents, etc. Les recettes sont donc très-variables; et parmi les voyageurs qui ont assisté à la préparation dans des régions différentes, il n'en est pas deux qui soient parfaitement d'accord. Il en résulte que la partie active du curare est plus ou moins abondante, que le poison proprement dit est plus ou moins concentré, et les différences d'action qui en résultent sont effrayantes. Suivant M. Goudot, il faut de 12 à 18 flèches empoisonnées pour tuer un ours, et l'ours des Cordillères est moins grand que notre ours bruu (BERNARD, *loco citato*, p. 251). Mais Watterton a tué un bœuf de 500 kilogrammes avec trois flèches à sanglier. Le poison commença à agir au bout de quatre minutes, et au bout de vingt-cinq l'animal était mort. Une ânesse, frappée d'une seule flèche, tomba bientôt comme morte; on la rappela toutefois à la vie au moyen de la respiration artificielle (Ferdinand DENIS, *le Brésil*, Paris, 1837, in-8°, p. 312). Le même Watterton a vu dans une chasse un sanglier frappé d'une seule flèche aller tomber mort à 170 pas. Enfin, ce voyageur a connu un Indien Arrowack, qui avait vu quatre ans auparavant un de ses compagnons de chasse mourir quelques minutes après s'être blessé au bras avec sa propre flèche (BERNARD, *loco citato*, p. 269, 270). Voilà donc une substance dont l'activité peut varier de 1 à 18. Peut-on admettre dans la matière médicale une préparation aussi variable, aussi perfide que celle-là?

Je disais à un de mes collègues, en sortant de la dernière séance, que le curare ne pourrait entrer dans la thérapeutique régulière que lorsque les chimistes en auraient extrait un principe immédiat d'une composition bien déterminée. J'ai appris depuis que ce vœu était accompli depuis longtemps. La *curarine* existe, elle a été isolée, suivant des procédés différents, d'abord par MM. Boussingault et Roulin, puis par Pelletier et Petroz, et enfin par M. Trapp, de Saint-Pétersbourg, qui s'est servi du procédé de M. Boussingault. C'est un alcaloïde, comme la strychnine, avec laquelle elle a de nombreuses analogies chimiques; mais elle ne cristallise pas. Elle se prend en masse solide, transparente, d'un jaune pâle et d'une apparence cornée. Elle est extrêmement amère, rougit le curcuma, ramène au bleu le tournesol rougi par un acide, et forme des sulfates, des chlorhydrates, des acétates bien déterminés, quoique incristallisables. D'autres réactions ont été indiquées par M. Pelikan, d'après M. Trapp. M. Pelikan s'est assuré que la curarine possède toutes les propriétés actives du curare (Académie des sciences, 10 mars 1857). Il est probable même qu'elle les possède au maximum sous des doses très-petites. Mais ces doses n'ont pas encore été étudiées. Le curare en nature s'obtient difficilement, et il faut en sacrifier une notable quantité pour obtenir un peu de curarine. Voilà pourquoi cet alcaloïde a été jusqu'ici si peu manié par les physiologistes, qui, du reste, pouvaient aisément s'en passer pour le but qu'ils se proposaient. Aujourd'hui la question change de face: les besoins de la thérapeutique ne sont pas les mêmes que ceux de la physiologie; il faudra donc à tout prix extraire la curarine, l'étudier sur les animaux, en calculer les doses, et c'est alors seulement qu'on pourra procéder avec quelque sécurité sur les hommes atteints de tétanos.

Mais jusque-là il y aura des tétaniques, et on les traitera probablement par le curare. Voyons donc ce que l'état actuel de nos connaissances nous permet de dire sur la direction à donner à ce nouveau traitement. Et d'abord faut-il appliquer le curare sur les plaies, ou l'administrer à l'intérieur? Le premier mode, exigeant des doses beaucoup moindres d'une substance encore très-rare, semble à première vue bien préférable au second; et pourtant je n'hésite pas à dire qu'il est plein d'incertitudes et de dangers. On sait à peu près ce qu'absorbe une petite plaie toute récente et saignante; mais sait-on ce qu'absorbera une plaie datant de trois ou quatre jours, une plaie de deux ou trois semaines, couverte de bourgeons charnus; une plaie enflammée, une plaie grise, une plaie contuse, etc.? Tout cela est radicalement inconnu. Il est possible qu'une surface couverte de bourgeons charnus absorbe dix ou vingt fois plus lentement qu'une plaie ouverte depuis la veille. N'oublions pas d'ailleurs les remarques de Fontana sur l'inégale aptitude des divers tissus à l'absorption du curare; souvenons-nous de ces animaux qui pouvaient supporter une certaine dose de curare dans le tissu cellulaire sous-cutané, et qui succombaient promptement quand la même dose était appliquée sur les muscles. Or on ne connaît pas toujours exactement la profondeur et le trajet d'une plaie; on ne sait pas si le curare rencontrera du tissu cellulaire, du tissu musculaire ou des aponévroses. Les indications varient donc à chaque cas particulier. S'il s'agissait d'une substance peu active, l'inconvénient serait assez minime; mais il s'agit d'un des poisons les plus énergiques, à qui on demande de produire l'effet qui précède immédiatement la mort, et il est impossible de remettre l'absorption de ce poison entre les mains du hasard.

L'application sur la surface des vésicatoires, employée par M. Vella, et l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané, choisie par M. Vulpian, échappent à ces objections; et s'il fallait se décider pour l'application externe, c'est certainement à ce dernier mode que je donnerais la préférence. Mais il y a une objection qui plane à la fois sur tous les procédés qui précèdent. En s'adressant à des tissus où le curare s'absorbe rapidement, on se condamne par là même à employer des doses très-petites; puis, comme l'élimination du poison est rapide et que les effets produits sont très-passagers, il faut renouveler de temps en temps l'application du curare. Or, quelle sera la durée des intervalles entre deux applications? Si ces intervalles sont trop longs, on laissera au tétanos le temps de reprendre sa marche: s'ils sont trop courts, on courra risque d'empoisonner le malade en lui donnant une nouvelle dose avant que la précédente soit éliminée. Enfin, il est bien évident qu'il y a un grand danger à faire absorber rapidement une substance aussi active que le curare, surtout lorsqu'on peut obtenir les mêmes effets à la faveur d'une absorption plus lente, mais continue; et, pour ma part, si j'avais à traiter un tétanique, c'est par l'estomac que je lui administrerais le curare, à moins que l'asphyxie imminente ne me forçât à recourir à la méthode plus rapide de l'inoculation.

J'ai dit que le curare agit de la même manière, quel que soit le mode d'administration que l'on choisisse, pourvu qu'on emploie des doses en rapport avec l'aptitude particulière des diverses voies d'absorption. Ceci demande quelques mots d'explication. De quelque manière que l'on procède, il y a toujours une dose capable de produire la paralysie des extrémités nerveuses; mais ce résultat s'obtient avec plus ou moins de rapidité. Par l'estomac, les effets ne se manifestent qu'au bout d'une demi-heure ou d'une heure, à moins que la dose ne soit excessive; ils surviennent graduellement, de telle sorte qu'on peut en surveiller le développement. Enfin on possède un moyen de les atténuer en quelque sorte à volonté, soit en faisant vomir le malade, soit en lui faisant avaler ou en lui injectant dans l'œsophage, par la bouche ou par les narines, une certaine quantité de matières alimentaires; le travail de la digestion, comme on sait, oppose un obstacle très-grand à l'absorption du curare. A la suite de l'application du poison sur les plaies, on est privé de toutes ces ressources, et si l'effet obtenu dépasse le but, on ne peut opposer à la paralysie des muscles respirateurs que le moyen extrême de la respiration artificielle.

Je pense donc qu'il est préférable d'administrer le curare par les voies digestives, et quoique cette conclusion soit presque entièrement théorique, elle paraît assez probable pour être prise en considération.

Reste la question des doses. C'est la plus importante et malheureusement la plus douteuse. Dans la plupart des expériences faites sur les animaux, les auteurs n'ont précisé ni la quantité de curare ni le poids des animaux; ces expériences ne peuvent donc nous donner le moindre renseignement. Les autres sont en bien petit nombre, et les inductions que nous en pourrons tirer sont fort incertaines, parce que la susceptibilité à l'action des divers poisons varie suivant les espèces; elle n'est pas toujours la même chez les animaux de même taille; chez les animaux de taille différente, elle est loin d'être proportionnelle à leur poids. On a cru remarquer qu'en général les doses qui peuvent être tolérées sont plus considérables, par rapport au poids de l'animal, dans les petites espèces que dans les grandes. Il est donc bien entendu que dans l'administration des doses chez l'homme, il faudra se tenir bien au-dessous des limites approximatives qui vont résulter de nos calculs.

Je laisse de côté tout ce qui est relatif à l'injection directe du curare dans les vaisseaux, ce mode d'administration n'ayant pas été et ne devant pas être employé chez l'homme à cause de l'instantanéité presque foudroyante des effets qu'il produit. Je ne m'occuperai donc que de l'inoculation du curare dans une plaie *fraîche* et de l'introduction de ce poison dans l'estomac.

I. *Méthode par inoculation.* — A la suite d'une série d'expériences très-rigoureuses, Fontana reconnut qu'un centième de grain, c'est-à-dire un demi-milligramme de curare, appliqué sur les muscles des cochons d'Inde, était la première dose qui produisait la mort; les animaux ne mouraient même pas tous, mais tous présentaient des symptômes d'empoisonnement. En comparant le poids moyen des cochons d'Inde, qu'on peut évaluer à un demi-kilogr., au poids d'un homme robuste de 75 kilogr., on arrive à cette conclusion approximative que la dose de curare chez l'homme ne devrait pas dépasser, pour chaque inoculation, 75 milligrammes. (Fontana, t. II, p. 95.)

Deux expériences de M. Vulpian, récemment publiées dans la *Gazette hebdomadaire* (1859, p. 596), nous conduisent à une limite sensiblement plus élevée.

1° Chien de 10 kilogrammes. Inoculation de 2 centigr. de curare dans le tissu cellulaire sous-cutané. Empoisonnement presque mortel; l'animal, laissé comme mort au bout d'une heure, se rétablit cependant peu à peu, et est tout à fait guéri au bout de cent cinq minutes. (On voit par là combien est passagère l'action du curare inoculé lorsque les animaux en réchappent.) Il est clair que quelques milligrammes de plus auraient produit la mort sans rémission. 2 centigrammes pour un animal de 10 kilogrammes, représenteraient 15 centigrammes pour un animal de 75 kilogr.

2° Chien de 25 kilogrammes, ayant déjà résisté non sans accidents sérieux à une dose de 2 centigr. Trois heures après, on lui inocule une dose de 5 centigr.; il tombe au bout de onze minutes et meurt à la trentième minute. Cette dose de 5 centigr. représenterait 15 centigr. pour un animal du poids de 75 kilogr.

N'en concluons pas qu'on puisse approcher chez l'homme de la dose de 15 centigr. Il faudra rester bien au-dessous, et je considérerais comme une imprudence de s'élever au delà de 5 centigr. par inoculation. On a vu d'ailleurs que chez le deuxième chien de M. Vulpian la dose de 2 centigr. (soit 6 centigr. pour l'homme) avait, sans déterminer la mort, produit un relâchement musculaire passager, et c'est cet effet qu'on se propose d'obtenir chez les tétaniques.

L'intervalle qui sépare deux inoculations de 5 centigr. paraît devoir être de deux heures au moins; c'est au bout de ce temps que l'action nerveuse se rétablit ordinairement chez les animaux qui ne succombent pas. La durée des intervalles devra varier au surplus avec l'intensité des doses, et je préférerais pour ma part des inoculations plus légères et plus rapprochées.

II. *Administration du curare à l'intérieur.* — Il résulte de beaucoup d'expériences de Fontana (p. 90) que les lapins à jeun meurent en moins de trente-cinq minutes, après avoir avalé 15 centigr. de curare. Il n'a pas pesé ces animaux, mais on peut admettre qu'un lapin pèse en moyenne 2 1/2 kilogr.; et en ramenant ce poids à celui d'un homme, on trouve que la dose mortelle pour celui-ci serait environ de 4 grammes.

MM. Martin-Magron et Buisson ont vu que 2 centigr. de curare à l'intérieur tuent au bout de deux ou trois heures les jeunes cochons d'Inde en pleine digestion. (*Journal de physiologie*, 1859, p. 588, expérience 28.) En admettant que les jeunes cochons d'Inde pèsent 250 grammes, cette dose mortelle de 2 centigr. représenterait 6 gr. pour un animal du poids de l'homme. Mais il s'agit d'une dose donnée *pendant la digestion*, et bien plus élevée par conséquent que celle qui tuerait un animal à jeun.

M. Bernard, après avoir reconnu qu'un gramme de curare était sans effet sur un chien en digestion, tua en trois quarts d'heure un chien à jeun en lui faisant avaler 80 centigrammes de ce poison (*Loc. cit.*, p. 29). Le poids de l'animal n'est pas indiqué, et on n'en peut rien conclure puisque le volume des chiens peut varier de un à dix et même davantage.

Quoi qu'il en soit, la dose de 4 grammes à l'intérieur ne pourrait, chez l'homme, être atteinte sans une haute imprudence; mais je n'hésiterais pas à administrer par cuillerées une potion de 200 grammes contenant un gramme de curare en dissolution, à des intervalles d'environ une demi-heure, qu'on pourrait, suivant les indications, rendre plus longs ou plus courts. J'ai déjà dit ce qu'il faudrait faire si l'absorption du curare marchait plus rapidement qu'on ne voudrait, et menaçait de produire l'asphyxie par paralysie des muscles respiratoires, et je répète en terminant que si cette asphyxie survenait, on devrait, quelle que fût la voie par laquelle le curare aurait pénétré dans l'organisme, pratiquer la respiration artificielle au moyen d'un tube introduit dans le larynx. Le curare ne pourrait paralyser les nerfs de la respiration sans paralyser en même temps ceux qui animent les muscles masticateurs, et le cathétérisme des voies aériennes pourrait par conséquent s'exécuter sans obstacle. La respiration artificielle, employée d'abord par Brodie, lui a permis de ressusciter un chat empoisonné par le curare. (Orfila, *Traité de toxicologie*, 1852, tome II, page 629.) Watterton a rappelé à la vie, par le même moyen, une ânesse qu'il fallut maintenir pendant quatre heures sous l'influence du soufflet (Reynoso, *loc. cit.*, p. 48). Enfin, MM. Martin-Magron et Buisson ont reconnu dans leurs expériences l'efficacité de cette ressource. Je ne saurais trop la recommander à l'attention des praticiens qui auront à administrer le curare aux tétaniques.

Le mode d'action de la respiration artificielle se conçoit parfaitement. Le cœur est le seul muscle rouge qui puisse se contracter pendant quelque temps sans l'intervention immédiate du système nerveux. Son action survit par conséquent chez les animaux empoisonnés par le curare à l'action des muscles de la vie de relation. Ce phénomène remarquable, découvert par Fontana chez les animaux à sang froid (*Supplément* du tome II, p. 326), existe aussi, quoiqu'à un moindre degré, chez les animaux à sang chaud. Il suffit donc d'entretenir artificiellement les mouvements de la poitrine, pour que la circulation continue naturellement et pour que l'élimination du curare se fasse graduellement par les urines; mais il faut pour cela que la dose absorbée ne soit pas trop considérable, parce que le cœur ne peut pas se passer bien longtemps de l'intervention du système nerveux.

M. VELPEAU désirerait que la curarine, jusqu'à présent étudiée au point de vue chimique, fût étudiée aussi au point de vue physiologique et expérimental, afin qu'on sache à quelle dose cette substance peut être administrée.

Il réclame en faveur de M. Thibaut (de Nantes) la priorité de l'idée d'appliquer le curare au traitement du tétanos chez l'homme, Brodie n'ayant fait que le proposer sous forme dubitative.

M. CHASSAIGNAC désire que la Société se persuade bien que le cas de tétanos qu'il a traité par le curare était un tétanos aigu, et non pas un tétanos intermittent, ainsi que cela a été dit; les accidents ont été progressifs, et ne sont devenus intermittents qu'après l'administration du curare.

M. BOINET, qui avait signalé l'intermittence dans le cas de tétanos traité par M. Chassaignac, déclare que ce phénomène ne s'est montré, en effet, qu'après l'administration du médicament.

M. CHASSAIGNAC met sous les yeux de la Société quelques corps étrangers extraits de l'œsophage. L'un est un râtelier dont la chute dans l'œsophage fut soupçonnée d'après le symptôme signalé par M. Legroux; à savoir, l'impossibilité de renverser en arrière le cou du malade. L'autre est un os du tarse d'un mouton, avalé par un vieillard paraplégique qui succomba à un engouement pulmonaire, et dans le rectum duquel on trouva plusieurs phalanges de mouton ou de porc.

M. Chassaignac eut beaucoup de peine à extraire ce dernier os, que néanmoins tous ses instruments explorateurs rencontraient facilement. L'extraction fut faite avec des pinces, instrument que M. Chassaignac regarde comme bien supérieur, pour cette opération, au crochet de Græfe et à tous les autres.

Aux questions posées par M. Deguise sur l'état de l'œsophage à l'autopsie, M. Chassaignac répond qu'au-dessous du cartilage thyroïde l'œsophage présentait une impression correspondante au corps étranger, sans perforation, mais que la paroi trachéale du pharynx offrait une altération voisine de la perforation.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Errata du dernier numéro.—Page 508, col. 1, ligne 14 en remontant, *au lieu de* à peine, *lisez* à jeun. — Col. 2, ligne 6, *au lieu de* 2 heures 40 secondes, *lisez* 2 heures 40 minutes. — Col. 3, quatre lignes avant la fin de l'article, mettez une virgule après *renseignements*, et un point après *Reynoso*.

Par décret du 19 octobre, M. le docteur H. Philippe, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Bordeaux, a été promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

— Les médecins des hôpitaux ont procédé, le 28 octobre dernier, à l'élection des candidats aux fonctions de membre du conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique. M. le professeur Grisolle a été placé au premier rang par 34 suffrages; M. Béhier au second rang et M. Vernois au troisième.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 129. — SAMEDI 5 NOVEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 129. — SAMEDI 5 NOVEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — MAISON IMPÉRIALE DE CHARENTON (M. Calmeil). Deux observations de kystes de la grande cavité de l'arachnoïde. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 3 novembre. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 26 octobre. — Nouvelles.

PARIS, LE 4 NOVEMBRE 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Plusieurs présentations d'ouvrages, dont une entre autres, faite par M. Guérard au nom de M. Rufz, a été l'occasion de quelques explications intéressantes, relativement aux moyens de détruire le serpent de la Martinique, et une lecture de M. Briquet sur quelques moyens de traitement de la chorée, ont rempli la première moitié de la séance, dont la seconde moitié a été consacrée à la lecture en comité secret des rapports sur les prix. Le mémoire de M. Briquet a particulièrement pour objet l'application au traitement de la chorée des procédés de faradisation, qui lui ont déjà procuré des résultats avantageux dans diverses autres maladies nerveuses. On trouvera dans le compte rendu l'exposé des effets physiologiques et thérapeutiques constatés par l'honorable médecin de la Charité. Nous exposerons prochainement le résumé des principaux résultats cliniques qu'il a obtenus.

Nous publions ci-dessous un extrait du procès-verbal des séances tenues les 30 et 31 novembre par l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — Dr Brochin.

ASSOCIATION GÉNÉRALE

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

Première assemblée générale tenue à Paris les 30 et 31 octobre 1859.

Séance du 30 octobre. — Etaient présents à la séance les présidents et délégués des sociétés locales dont les noms suivant :

MM. les docteurs Lejeune, de Laon; Bourbier, de Saint-Quentin; Vastel, de Caen; L'Homme, de Bourges; Vallée, de Dijon; Gaudet, de Châtillon-sur-Seine; Sanderet, de Besançon; Gestin, de Quimper; Roch, d'Alais; Mabit, de Bordeaux; Cornuau, de Châteauroux; Crozat, de Tours; Escoffier, de Saint-Etienne; Lafond, de Nantes; Houssard, d'Avranches; Cazeneuve, de Lille; Colson, de Compiègne; Voillemier, de Senlis; Bancel, de Melun; de Saint-Amand, de Meaux; Michelin, de Provins; Pénard oncle, de Versailles; Bardiuet, de Limoges.

Après la lecture faite par M. le secrétaire général de l'arrêté de M. le ministre de l'intérieur, qui approuve les statuts de l'Association, et du décret impérial qui nomme M. Rayer président de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, M. le président prononce l'allocution suivante :

« Messieurs et chers confrères,

» Quand, il y a maintenant dix-huit mois, obéissant à la généreuse initiative des médecins de la Gironde, je devins l'instrument d'une pensée que j'adoptai, mes meilleures espérances n'allaient pas jusqu'à se représenter ce qui est aujourd'hui devant mes yeux : une œuvre sérieusement commencée, une organisation établie, une propagation fructueuse, le concours et l'appui de tant d'hommes éminents, ici rassemblés. Pourtant, au fond, il faut plus nous en féliciter que nous en étonner; les choses mûrissaient depuis longtemps. Qui ne connaît les efforts tentés, à diverses reprises, pour donner aux médecins disséminés quelque lien qui prolongeât la communauté de leur éducation, qui mît à profit cette première base, et introduisît parmi eux l'association, la protection, et ce qui en découle, un plus haut respect de soi-même. Notre chance, à nous, a été de recueillir les fruits des efforts déjà faits et de ne pas rencontrer les défavorables circonstances qui avaient fait échouer les entreprises antérieures.

» Pour des hommes comme vous, Messieurs, dans la pleine maturité de la vie, de l'activité et de l'influence, il n'est pas de meilleure jouissance que de s'attacher à quelqu'une de ces créations où, l'intérêt personnel ne jouant aucun rôle, on aperçoit le bien public à la fois comme mobile et comme récompense.

» Ces mêmes conditions qui concourent en faveur de notre Association, sont aussi celles qui; ayant permis de trouver et de grouper des hommes tout disposés à contribuer de leur temps et de leurs lumières, ont fait que l'œuvre a véritablement commencé.

» C'est mon devoir, comme c'est ma bien vive satisfaction de le dire : tout émane de la commission fondatrice; à elle doit remonter tout remerciment. Sans le travail assidu de la commission fondatrice, rien n'existerait de ce qui existe déjà.

» Des membres considérables de notre profession, chirurgiens ou médecins, un légiste renommé que la voix publique place entre les premiers, des économistes distingués, l'habile et expérimenté directeur de l'Assistance publique, notre secrétaire général qui s'est dévoué sans réserve, et dont la main infatigable a été dans tout ce qui s'est fait au nom de l'Association et pour elle, ont tracé le plan, étudié les détails, disposé le mécanisme d'une œuvre qui, dépassant tout ce qui a été conçu jusqu'ici, a la prétention et l'espérance d'embrasser la France entière.

» La commission fondatrice n'a pas entendu seulement donner plus d'extension aux sociétés médicales de prévoyance et de secours mutuels qui spontanément se sont établies en divers lieux; elle n'a pas entendu créer à Paris un centre d'action qui, se substituant à tout, gouvernât tout. Mais un point décisif qui la préoccupait a été saisi; c'est qu'il fallait avoir, à la fois, des sociétés particulières et une société générale, les parties et le tout, combinant ainsi l'action locale qui est plus sûre, et l'action commune qui est plus haute.

» Les Associations locales emprunteront à l'Association générale une vitalité qui, antérieurement, leur a fait défaut. Quelques-unes ont duré et prospéré; mais toutes n'ont pu se constituer, tant l'existence commune est nécessaire à l'existence particulière!

» Ce qui avait été élaboré avec application et maturité, dut se produire et trouva devant les pouvoirs publics accueil et examen. M. Delangle, alors ministre de l'intérieur, la commission supérieure d'encouragement et de surveillance des sociétés de secours mutuels, son vice-président, M. Rouher, son rapporteur, M. de Melun, nous ont accordé l'appui le plus bienveillant. Ils n'ont rien vu dans nos projets et dans notre avenir qui ne fût digne d'être encouragé, et leur sage contrôle est devenu notre garantie.

» Enfin, quand il a fallu obtenir la sanction suprême, l'Empereur, qui porte sur les hommes et sur les choses un regard vigilant, ne nous a refusé ni son attention ni sa protection; et, en me nommant président de l'Association générale des médecins de France, il a voulu confondre en un même objet ma reconnaissance envers lui et mes devoirs envers vous.

» Dès que la commission fondatrice eut en main les sanctions nécessaires, elle usa du temps qui lui restait et du pouvoir qui lui appartenait pour avancer l'œuvre d'organisation : proposant au corps médical d'adhérer aux statuts qu'elle avait dressés; provoquant la formation de sociétés locales; agrégeant celles qui se décidèrent; établissant la société centrale, destinée à rallier les membres épars de la profession, et administrée par une commission dont les deux vice-présidents représentent ce qu'il y a de plus élevé dans la médecine civile et dans la médecine militaire.

» Au milieu des travaux qui nous occupent et des espérances qui récompensent nos travaux, pourquoi faut-il que la mort soit venue deux fois nous attrister! » — Ici M. le président paye un tribut de légitimes regrets à MM. Bégin et Artbaud, puis il continue en ces termes :

« Vous, chers collègues, présidents et délégués des Sociétés des départements, qui êtes venus de si loin et du milieu de vos occupations pour inaugurer l'Association générale et l'asseoir sur ses bases, votre présence, qui est une sanction, est aussi une récompense. Il n'y a rien qui provoque plus vivement la reconnaissance que de voir autour de soi tant et de si éminents confrères; rien qui provoque plus vivement l'espoir que de sentir des sympathies et un concours apportés de toutes les parties de la France.

» Les pouvoirs de la commission fondatrice vont expirer. Vous la remercierez, je n'en doute pas, de son zèle et de son dévouement, et, je n'en doute pas non plus, vous donnerez à de bons commencements une bonne continuation. Une longue perspective est ouverte devant nous : étendre l'Association locale et la fortifier, relier les Sociétés à un centre, venir en aide aux moins riches par le moyen des plus riches, assurer partout secours et protection, et préparer les origines d'un corps qui prenne une puissance d'opinion et de morale sur les médecins pour les élever, sur le public pour élever la médecine. Tel est le but de nos efforts.

» Votre président, vous le savez, et je n'ai pas besoin de le redire, vous est dévoué. En tout ceci, il n'a fait qu'obéir à des initiatives qui lui ont paru bienfaisantes et généreuses; y obéir jusqu'au bout est le seul désir qui l'anime, le seul mérite qu'il réclame. » (Applaudissements répétés.)

— M. Amédée Latour présente ensuite le compte rendu des travaux de la commission organisatrice.

Nous extrayons de ce document, que son étendue ne nous permet pas de reproduire en entier, les passages suivants, qui font connaître la situation de l'Association générale :

« Messieurs,

» La commission organisatrice de l'Association générale, dont j'ai l'honneur d'être l'organe, ne croit pas que, malgré ses efforts, la grande institution que nous inaugurons aujourd'hui soit suffisamment connue dans son but, assez appréciée dans ses résultats immédiats ou lointains pour que son interprète puisse se borner à remplir strictement le devoir que lui impose l'article 20 des statuts, c'est-à-dire de vous exposer la situation morale et financière de notre œuvre.

» La commission a pensé que cette première et solennelle assemblée générale lui fournissait une occasion propice et opportune d'exposer toutes ses idées, toutes ses convictions, toutes ses espérances; de faire connaître à côté des résultats obtenus, les objections qui se sont produites, les réponses que l'on peut y faire, les résistances qu'elle a rencontrées et les motifs de persuasion par lesquels elle espère les vaincre. »

Après cet exposé du but qu'il s'est proposé dans son compte rendu, M. le secrétaire général fait l'historique de l'Association générale; arrivé à l'époque de la constitution de la commission d'organisation, il continue en ces termes :

» La commission d'organisation étant constituée, elle se mit immédiatement à l'œuvre. Sa première séance eut lieu le 21 mars 1858, et le 23 août suivant, après dix longues séances, elle adoptait par un vote d'ensemble le projet des statuts généraux qu'elle soumettait à l'approbation de M. le ministre de l'intérieur.

» Le 31 août suivant, un arrêté de M. le ministre de l'intérieur approuvait les statuts, et un décret de l'Empereur nommait notre illustre confrère, M. Rayer, président de l'Association générale.

» Après la circulaire si lucide adressée par M. le président de l'Association aux médecins de France, il paraîtrait superflu de donner ici un commentaire de nos statuts. Aussi telle n'est pas mon intention. Mais quelques critiques ayant été faites de l'œuvre de la commission, l'occasion se présente ici naturelle et opportune d'en examiner le fondement et la valeur. »

Ici M. le secrétaire général examine et discute les principales objections faites au projet d'Association générale, et les principales observations qui se sont produites relativement aux statuts de l'œuvre; puis il reprend en ces termes le récit des travaux de la commission d'organisation :

« Aussitôt que l'approbation de M. le ministre de l'intérieur donnée à nos statuts lui fut connue, la commission s'empressa de leur donner la plus grande publicité; M. le président de l'Association les fit accompagner de la circulaire n° 1, commentaire concis, quoique suffisamment détaillé, de leurs dispositions, et des adhésions furent provoquées chez nos confrères des départements et de Paris.

» Ce premier et unique appel, fait par la commission au corps médical, a eu des résultats très-satisfaisants. Plus de 1,500 adhésions individuelles lui sont parvenues, qui ne traduisent pas exactement la sympathie générale que l'œuvre a rencontrée, car il est plusieurs départements où des sociétés locales s'étant presque immédiatement organisées, les adhésions collectives n'ont pas passé sous les yeux de la commission. Vous verrez tout à l'heure que ce chiffre de 1,500 est aujourd'hui de beaucoup dépassé.

» Alors, Messieurs, une grave préoccupation s'est emparée de la commission. Elle s'est demandé ce qui était le plus urgent et le plus utile, ou d'organiser immédiatement la *Société centrale*, à Paris, ou de s'occuper avant tout de provoquer l'institution de *Sociétés locales* dans les départements et les arrondissements.

» C'est ce dernier parti que la commission a adopté; elle a mis une certaine lenteur à organiser la Société centrale, qui fonctionne aujourd'hui; elle a fait au contraire tous ses efforts pour organiser le plus promptement possible, le plus possible de sociétés locales, et de sa temporisation d'un côté, de son activité de l'autre, elle vous doit les motifs; les voici :

» La commission ne pouvait pas oublier que la plus sérieuse objection qui ait été faite au projet d'une Association générale, était celle de concentrer la vaste organisation et la difficile direction d'une Société de secours s'étendant à tous les médecins de France. Comment, disait-on, s'y prendrait cette Association pour connaître la valeur morale de ses associés? Où puiserait-elle les renseignements nécessaires pour apprécier la légitimité et l'opportunité soit d'une demande de secours, soit d'un concours moral en faveur de l'un de ses membres?

» L'institution de sociétés locales, partout où ces sociétés sont possibles, était le seul moyen pratique de relier à l'Association générale les nombreux adhérents devant lesquels la commission se trouvait déjà en présence. Les sociétés locales, outre tous les avantages qu'elles présentent comme facilité de fonctionnement et simplification de mécanisme, offrent encore cette grande utilité morale de répandre et de propager l'esprit d'association, de grouper les médecins qui ont le plus d'intérêt à se voir et à se connaître, d'entretenir là précisément où les intérêts les plus dissociants sont en présence, l'esprit de bienveillance réciproque et de bonne confraternité. Les médecins disséminés dans les départements, et qui ne tiennent à l'Association que par les liens de la Société centrale, tout associés qu'ils sont, restent dans leur isolement, ils ignorent que tel confrère voisin fait comme eux partie de l'œuvre, les associés de cet ordre n'ont entre eux aucun rapport, aucune communication, ils ne voient ni ne ressentent les conséquences de la confraternité protectrice que l'Association a pour mission de faire naître; ils sont associés, c'est vrai, ils ne sont pas unis.

» La commission a donc dû faire tous ses efforts, et les a continués jusqu'à ce jour, pour organiser l'Association en sociétés locales dans le plus grand nombre de localités possible.

» Mais c'est là, Messieurs, un travail très-long, très-compliqué, qui a demandé une volumineuse correspondance, aux exigences de laquelle tout notre zèle n'a pu quelquefois et trop souvent suffire, nous en demandons bien excuse à nos honorés correspondants. Ainsi, il fallait d'abord s'enquérir des dispositions générales du corps médical du département ou de l'arrondissement, car en dehors de cette enquête nous n'aurions eu pour nous guider que notre registre des adhérents. Lorsque nous voyions sur ce registre que le chiffre des adhésions approchait, avait atteint ou même dépassé le chiffre réglementaire (25), nous cherchions à nous mettre en rapport avec un ou plusieurs confrères adhérents que nous savions être sympathiques à l'œuvre, et à qui eur position pouvait permettre d'agir avec une certaine efficacité sur leurs confrères. Alors, nous leur offrions la délégation de convoquer le corps médical de leurs localités, de lui proposer la formation d'une société locale agrégée à l'Association générale, et, pour abréger et faciliter tous les préliminaires, nous leur adressions un projet de statuts que nous avions eu le soin préalable de soumettre à l'administration supérieure, qui lui avait donné son assentiment.

» Quand ces mesures obtenaient un bon résultat, nous cherchions à compléter notre intervention en guidant les sociétés nouvelles dans leurs démarches auprès de l'administration soit locale, soit supérieure, pour leur faire obtenir et l'approbation ministérielle et le décret de l'Empereur qui nommait leur président.

« Quel a été, Messieurs, le résultat de ces efforts? Dans le plus grand nombre des cas, ils ont été couronnés de succès. Le temps nous a manqué pour faire plus, mais sur une quarantaine de départements ou d'arrondissements qui ont plus ou moins reçu l'action de la commission, 26 ont pu être représentés dans cette solennité, 4 sont encore en instance au ministère de l'intérieur, plusieurs autres sont en voie d'organisation plus ou moins avancée.

» Ce résultat est considérable, et c'est avec une grande satisfaction que la commission le fait connaître; il est de nature à encourager le conseil général qui va nous succéder à persévérer dans des mesures qui ont réuni à l'Association générale, en peu de temps, presque le tiers des départements, et qui, sans folle illusion, pour l'année prochaine, à pareil jour, peuvent au moins en faire espérer un nombre double. »

M. le secrétaire général présente ensuite le tableau des sociétés locales actuellement instituées, et termine par une brillante péroraison, accueillie par les applaudissements unanimes et répétés de l'assemblée.

Séance du 31 *octobre*. — L'assemblée a procédé à l'élection du bureau et des 25 conseillers devant constituer pour cinq ans le conseil général de l'Association générale.

Ont été nommés vice-présidents :

MM. Andral; Cazeneuve, de Lille; Cruveilhier; Mabit, de Bordeaux.

M. Amédée Latour a été nommé par acclamation secrétaire général.

MM. T. Gallard et Léon Gros ont également été acclamés vice-secrétaires.

Ont été nommés conseillers :

MM. Bardinet, de Limoges; Cl. Bernard; Bertillon; Bouillaud; Conneau; Denonvilliers; J. Guérin; Houzelot, de Meaux; Jeannel, de Bordeaux; Jobert (de Lamballe); Larrey; Laugier; Lejeune; Lévy (Michel); L'homme, de Bourges; Mélier; Michon; Pénard, de Versailles; Ricord; Sanderet, de Besançon; Ségalas; Tardieu; Vastel, de Caen; Vernois; Villermé.

A l'issue de cette séance, le conseil général nouvellement élu s'est réuni et a procédé à la nomination des membres du conseil judiciaire et administratif de l'Association générale.

Ont été élus par acclamation :

MM. Andral fils, avocat à la cour impériale.
Betbmont père, avocat, ancien président au conseil d'Etat.
Bethmont fils, avocat à la cour impériale.
Michel Chevalier, membre du conseil d'Etat.
Davenne, directeur de l'Assistance publique.
Leplay, membre du conseil d'Etat.
Littré, membre de l'Institut.

M. Chaellaux, économe de l'Hôtel-Dieu, a été nommé agent comptable de l'Association générale.

MAISON IMPÉRIALE DE CHARENTON. — M. CALMEIL.

Deux observations de kystes de la grande cavité de l'arachnoïde.

OBS. I. — *Paralysie générale; feuillet pariétal de l'arachnoïde recouvert de chaque côté par une néomembrane stratifiée, présentant dans son épaisseur et à sa face externe de petites collections séro-sanguinolentes.*

G. de C..., 38 ans, né en Espagne, consul en disponibilité, entré à Charenton le 20 novembre 1858, est mort le 26 février 1859.

G. de C..., doué d'une assez grande intelligence, a reçu une éducation très-libérale. Il avait beaucoup d'amour-propre; son caractère était violent, énergique; sans moralité aucune, il a passé une jeunesse déréglée; les femmes, les duels, le jeu surtout, occupaient tous ses moments. Marié il y a quelques années, il avait détruit au bout d'un an de mariage toute sa fortune. De mauvais rapports avec sa femme en étaient résultés et il a eu beaucoup d'ennuis dans son ménage. Il a fait une chute de cheval il y a quatre ans; depuis cette chute, il avait de fréquentes céphalalgies.

Sa maladie a débuté, il y a trois ans, par de l'embarras de la parole et par une légère déviation des traits de la face; presque en même temps on a noté de l'affaiblissement de l'intelligence. Le délire ambitieux a éclaté un peu plus tard; il était peu marqué et disparaissait par intervalles. La maladie a suivi une marche lente et graduelle, sans qu'il soit survenu aucune attaque convulsive ou autre; aujourd'hui elle est arrivée à la dernière période. Incontinence de l'urine et des déjections alvines. Sa famille l'envoie dans cet état à Charenton.

A son entrée, on constate une démence profonde, de la roideur considérable des membres; la démarche est très-difficile et l'embarras de la parole tel qu'il peut à peine articuler quelques monosyllabes. Il reste dans cet état jusqu'au mois de février. Pendant les premiers jours de ce mois, il paraissait aller un peu mieux et a même pu écrire plusieurs lettres, tout à fait incohérentes, il est vrai, mais dont les caractères étaient assez bien tracés.

Le 20 février, il présente des symptômes d'hyperhémie cérébrale très-intense; assoupissement, rougeur des téguments de la face, paupières demi-closes, affaiblissement de la sensibilité, légère résolution des membres; pupilles égales, ayant un diamètre normal; 90 pulsations. — Diète.

Le 22, même état. — Saignée de 500 grammes.

Le 23, l'assoupissement continue, la face est toujours très-rouge 110 pulsations.

Le 24, même état. — Saignée de 500 gr.

Le 25, aggravation des symptômes; 140 pulsations. (Limonade Rogé.) Il n'est pas allé à la selle depuis trois jours.

Le 26, coma, résolution complète, insensibilité des membres. (Saignée de 300 grammes.) Mort le 27 février. Il n'avait pas d'escbares, et présentait encore un certain embonpoint.

Autopsie trente heures après la mort.

Les os du crâne, peu adhérents à la dure-mère, présentent une rougeur intense dans les deux tiers internes de leur épaisseur, qui n'est pas notablement augmentée. Les vaisseaux méningés, excessivement injectés, ont creusé de nombreux petits sillons sur la face interne des os de la voûte du crâne.

Le feuillet pariétal de l'arachnoïde est recouvert de chaque côté par une production membraneuse dont voici les caractères.

Néomembrane droite. — Elle adhère au feuillet viscéral de l'arachnoïde, le long du sinus longitudinal supérieur, dans une largeur de 0m,03 à 0m,04, par de petits filaments lamineux très-peu résistants et très-peu nombreux, et par quelques vaisseaux assez volumineux qui paraissent se perdre dans son épaisseur; elle est imbibée de sang, fortement colorée en rouge, surtout dans la fosse sphénoïdale et près de la tente du cervelet, où elle ne consiste qu'en une pellicule si peu résistante, qu'on peut à peine en enlever des lambeaux de quelques millimètres. De ces points, elle s'étend en avant jusque dans les fosses orbitaires et en dedans jusqu'à la faux du cerveau.

Au niveau de la partie antérieure et de la partie moyenne de l'arachnoïde pariétale, elle est plus épaisse que la dure-mère, peut facilement se dédoubler en quatre ou cinq feuillets, entre lesquels se trouvent compris çà et là de petits caillots fibrineux noirâtres.

Lisse à sa face inférieure, elle adhère à la dure-mère par de petits tractus dans toute son étendue, excepté à l'union des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur des hémisphères, où elle est décollée par de la sérosité fortement sanguinolente, dont la quantité peut être évaluée à 20 ou 25 grammes. La dure-mère, dépouillée de cette production accidentelle qui s'est enlevée facilement, présente dans un grand nombre de points un piqueté rouge; elle est aussi lisse qu'à l'état normal, et on peut en détacher des lambeaux excessivement ténus, de 5 à 6 millimètres, qu'on peut considérer comme appartenant au feuillet pariétal de l'arachnoïde.

Néomembrane gauche. — Même siége, même étendue, mêmes adhérences avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde. Comme elle aussi, elle est composée de plusieurs feuillets, et diminue d'épaisseur et de résistance d'avant en arrière et de dedans en dehors. Elle présente une coloration rouge encore plus foncée, et contient un grand nombre de petits caillots noirâtres; on y voit en outre, sur la partie qui correspond à la face externe des lobes antérieur et moyen du cerveau, cinq petits kystes d'inégale dimension, dont le plus petit pourrait à peine loger un pois, et dont le plus volumineux, situé en avant des autres, à 4 centimètres du sommet du lobe antérieur, mesure 5 centimètres de long sur 3 centimètres de large. Il s'écoule, après leur incision, de la sérosité fortement sanguinolente mêlée à de petits filaments fibrineux, sérosité qui est plus noirâtre dans les kystes les plus petits. La paroi inférieure du kyste le plus volumineux peut facilement se dédoubler en trois feuillets : le feuillet interne, qui était en contact avec la sérosité sanguinolente, diffère des deux autres par son épaisseur un peu plus considérable, par sa coloration blanchâtre légèrement piquetée de sang, par son opacité, son élasticité plus grande, et sa résistance beaucoup moindre; ce feuillet ressemble à une pseudo-membrane, et l'examen au moyen du microscope change en certitude cette présomption. Il est formé en effet de fibrine à l'état granuleux, parsemée de leucocytes et de quelques cellules épithéliales : il ne présente ni fibres lamineuses ni noyaux embryo-plastiques.

La paroi supérieure du kyste est formée de la même manière par trois feuillets, dont l'interne aussi est fibrineux.

Dans les autres kystes, les parois sont formées seulement par la juxtaposition de deux feuillets; la coque fibrineuse manque. On enlève alors la néomembrane, qui adhère dans tous ses points à la face interne de la dure-mère; le feuillet supérieur reste adhérent à la dure-mère, et se sépare des autres. On parvient cependant ensuite, au moyen d'un peu de soin et d'une assez légère traction, à rompre ses adhérences et à l'isoler dans toute son étendue, malgré sa faible consistance, moindre que celle des autres feuillets, qui paraissent par conséquent de date plus ancienne. La face interne de la dure-mère, dépouillée de cette néomembrane, présente comme à droite, dans quelques points, un piqueté rouge, et dans d'autres des arborisations vasculaires; elle est lisse, et laisse détacher des lambeaux pellucides de 0m,005 à 0m,01. Sont-ils aussi de nouvelle formation, ou bien appartiennent-ils au feuillet pariétal séreux ?

Les feuillets multiples dont se compose la production membraneuse qui recouvre la dure-mère présentent, examinés au microscope, les caractères des néomembranes arrivées déjà à une période assez avancée de leur formation; ils sont formés par de la matière amorphe, parsemée d'un grand nombre de noyaux embryo-plastiques, au milieu de laquelle on aperçoit beaucoup de fibres lamineuses très-fines, mais cependant bien distinctes. Les fibres dartoïques sont peu nombreuses, ne se voient pas dans toutes les préparations, sont moins distinctes que dans les lambeaux qu'on enlève à l'état normal, à la face interne de la dure-mère; elles ne deviennent visibles qu'après l'action de l'acide acétique.

Cette néomembrane contient-elle des vaisseaux?

Sur quelques préparations faites à la partie antérieure et interne, nous en avons trouvé quelques-uns; mais ils étaient peu nombreux, et peut-être étaient-ce simplement des vaisseaux du cerveau qui traversaient cette néomembrane pour se rendre dans le sinus longitudinal supérieur.

Encéphale. — Lésions ordinaires de la méningo-péri-encéphalite chronique; 100 grammes de sérosité sanguinolente dans la cavité de l'arachnoïde.

OBS. II. — *Paralysie générale; double kyste sanguin adhérent au feuillet pariétal de l'arachnoïde.*

F..., trente-quatre ans, coiffeur, entré le 16 juin 1857, est mort le 31 mai 1858.

Constitution robuste, tempérament sanguin; pas d'excès d'aucune espèce; contrariétés relatives à sa fortune. Le grand-père est mort aliéné; le père a succombé à une congestion cérébrale. Il est marié depuis cinq ans; sa femme déclare que, dès avant son mariage, il avait de légères congestions cérébrales caractérisées par des éblouissements et des bourdonnements d'oreilles. Ces congestions sont devenues plus fréquentes et plus graves, et depuis quelque temps elles sont caractérisées par la perte complète de connaissance et des mouvements convulsifs de la face et de tout le corps.

Examen du malade. — Le 1er juillet, affaiblissement considérable des facultés intellectuelles et affectives; il se rappelle à peine l'année de sa naissance, ne demande jamais des nouvelles de sa famille; pas de délire ambitieux; il a conscience de son état maladif, et demande qu'on le guérisse des troubles de la motilité qu'il présente. Ces troubles sont beaucoup plus marqués du côté droit que du côté gauche; marche saccadée, tremblement des membres, roideur musculaire, tressaillements des muscles de la face et des membres supérieurs; embarras de la parole très-grand, pupilles égales et très-contractées; sensibilité intacte. La santé physique est excellente, et toutes les fonctions nutritives s'accomplissent avec la plus parfaite régularité.

Le 1er août, les troubles des fonctions cérébrales sont un peu augmentés; l'hémiplégie, incomplète du côté droit, rend la marche très-difficile; il penche beaucoup de ce côté, serre la main très-faiblement et par saccades; lenteur extrême dans la parole et dans les idées; face très-colorée, pupilles toujours très-contractées.

Le 1er septembre, saignée de 500 grammes, il y a quinze jours, à la suite de laquelle il a recouvré plus de liberté dans l'exercice de ses facultés intellectuelles.

Le 27, légère excitation; le malade voulait se lever à trois heures du matin, croyant qu'il était l'heure à laquelle on se lève habituellement; la figure est rouge, les yeux injectés. — Saignée de 300 grammes.

Le 28, il est moins excité, plus facile à diriger; la gêne des mouvements fait des progrès très-rapides; pupilles toujours égales et très-contractées.

Le 29, l'excitation a reparu; il s'est levé la nuit sans motif; mouvements convulsifs des deux côtés du corps, mais plus marqués à droite; les membres présentent une rigidité très-grande et sont très-difficiles à fléchir. Les traits de la face sont tirés du côté droit, déviation qui paraît tenir à de la roideur musculaire; analgésie incomplète sans anesthésie. La démence fait beaucoup de progrès depuis l'entrée du malade; il ne connaît plus la valeur de l'argent; il dit qu'il est très-riche, et quand on lui demande combien il possède, il répond 100 francs de rente, puis 100 pièces de 5 francs, et enfin 40 francs. Il y a quelques jours, il disait qu'il avait 100,000 francs de rente. Il se trouve très-heureux, très-fort, se porte bien, et n'a plus, dit-il, qu'un peu de tremblement des membres qui disparaîtra avec de l'eau sédative. Il est très-lent à s'exprimer à cause de l'embarras extrême de sa parole et de l'affaiblissement de son intelligence.

Le 1er octobre, les convulsions, qui jusqu'à ce jour avaient été peu marquées du côté gauche, y sont très-fréquentes aujourd'hui. Il s'irrite de ce qu'on ne lui donne rien pour lui faire passer le tremblement de ses mains; sans cela, dit-il, il serait le plus heureux des hommes; pas d'idées de richesse.

Le 15, il ne peut plus se tenir debout, et reste au lit.

Le 1er novembre, il ne se lève plus; les mouvements convulsifs des muscles de la face et des membres deviennent de plus en plus intenses: toujours prédominance considérable à droite. Les membres, demi-contracturés, sont agités de temps en temps par des secousses convulsives : pupille droite moins contractée que la gauche; idées de satisfaction très-marquées; la démence est complète et générale. Il n'a plus aucune notion des choses les plus usuelles, sait à peine combien font trois et quatre, se dit riche à 5 millions, et un moment après toute sa fortune se réduit à la possession de son mouchoir; il veut aller à Versailles à pied, quoiqu'il ne puisse se tenir debout; là il doit voir une jolie maîtresse qui l'attend, et avec laquelle il compte accomplir de grandes prouesses. Incontinence de l'urine et des fèces.

Le 1er janvier, même état des facultés intellectuelles; contracture considérable et mouvements convulsifs avec prédominance à droite; persistance de l'inégalité des pupilles.

Le 10, depuis trois jours, état demi-comateux, remplacé aujourd'hui par une très-grande excitation.

Le 1er février, par moments il s'agite et parle beaucoup; d'autres fois, il reste un ou deux jours sans prononcer un seul mot.

Mai. Aucun changement notable n'est parvenu dans l'expression des troubles fonctionnels du cerveau; de temps en temps agitation, loquacité, à laquelle succède un état demi-comateux qui dure deux ou trois jours; analgésie incomplète; pupilles très-contractées, sans inégalité notable.

Le 25, aggravation considérable des symptômes; il ne parle presque plus, répond à peine oui ou non aux questions qu'on lui fait, et reste plongé dans un état de somnolence continuelle. Depuis huit jours le côté gauche est plus contracturé que le côté droit; il remue un peu les membres de ce dernier côté, tandis que tout mouvement volontaire est impossible dans le côté gauche. Pupille droite plus contractée que la gauche.

Le 28, conjonctivite intense de l'œil droit; persistance de la somnolence; la contracture ne présente pas de différence dans les deux côtés; la sensibilité est très-affaiblie, sans être complétement abolie.

Le 30, coma depuis hier.

Le 31, mort à une heure un quart du soir. Pendant tout le temps qu'il a été observé à Charenton, le nombre des pulsations a varié de 70 à 80, excepté toutefois pendant les périodes d'agitation, où il s'élevait jusqu'à 110 et 120. Les quinze derniers jours qui ont précédé la mort, on a compté 90 pulsations; la miction a été très-difficile pendant ce laps de temps.

Autopsie vingt-sept heures après la mort. — Température très-élevée.

Les os du crâne sont très-injectés; les artères méningées, qui rampent à la face externe de la dure-mère, sont distendues par le sang. En incisant cette membrane, on trouve appliqués à sa face interne deux kystes qui s'étendent depuis la tente du cervelet jusqu'à l'apophyse *crista-galli*, et recouvrent même les nerfs optiques et leur chiasma. Ils sont distants de 2 ou 3 centimètres de la scissure intra-hémisphérique et se terminent à la base du crâne. Ces deux kystes ne remontent pas à la même date de formation : celui du côté gauche est plus ancien, mieux organisé que celui du côté droit.

Kyste gauche. — Appliqué sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, à laquelle il est lâchement adhérent par quelques tractus celluleux et vasculaires, il n'a aucune connexion avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde. Quand on incise ce kyste, il s'écoule 30 à 40 grammes de sang noirâtre. Examiné au microscope, ce sang offre presque tous ses globules incrustés de granulations graisseuses. Ces globules sont mêlés à un grand nombre de granulations libres, à quelques leucocytes et à quelques cellules pavimenteuses. Ce kyste contient un petit caillot fibrineux d'un gris rougeâtre ; il présente une cavité de 13 centimètres de long sur 9 de large; les deux parois sont presque appliquées l'une contre l'autre, et en les écartant on brise quelques filaments cellulaires; autour de la cavité elles sont accolées, légèrement adhérentes l'une à l'autre dans une étendue de 4 ou 5 centimètres, et séparées dans quelques endroits par de petits caillots fibrineux. La paroi supérieure du kyste est beaucoup moins épaisse que l'inférieure; elle peut se diviser en deux feuillets et se sépare facilement de l'arachnoïde pariétale. La paroi inférieure est très-épaisse, très-résistante, lisse à sa face qui regarde la cavité de l'arachnoïde ; on peut la diviser çà et là en trois ou quatre feuillets, unis très-intimement entre eux, ce qui ne permet d'en enlever que des lambeaux de quelques centimètres.

La face des parois qui regarde la cavité du kyste est noirâtre et tomenteuse ; pas de vaisseaux sanguins visibles à l'œil nu.

Kyste droit. — Il est formé de la même manière que le gauche, dont il ne diffère que par l'épaisseur un peu moindre de ses parois et par une adhérence plus considérable au feuillet pariétal de l'arachnoïde, dont il est impossible de l'isoler complétement.

Les parois de ces kystes, examinées au microscope, sont formées de faisceaux de fibres lamineuses entre-croisées en tous sens, mêlées à quelques rares fibres dartoïques, au milieu desquelles serpentent quelques capillaires. On trouve disséminés dans l'épaisseur de ces parois quelques granulations graisseuses, des granules d'hématosine, des noyaux embryo-plastiques, des cellules épithéliales, des leucocytes et des corps granuleux de 2 ou 3 centimètres.

L'arachnoïde cérébrale est transparente, très-fine, présentant çà et là quelques traînées blanches sur la convexité des hémisphères, le long des vaisseaux ; la pie-mère est très-injectée ; ces membranes sont très-adhérentes aux circonvolutions cérébrales. Il est presque impossible de les enlever parce qu'elles se déchirent très-facilement, qu'elles adhèrent presque dans toute leur étendue à la substance corticale, qui est très-injectée et considérablement ramollie. Ramollissement de la substance blanche, surtout au niveau des parois des ventricules. Le cervelet est injecté, un peu ramolli.

La sérosité contenue dans la grande cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules de l'encéphale est incolore, transparente et peu abondante.

Examen microscopique. — Substance grise : granulations graisseuses en très-grand nombre, disséminées dans la matière amorphe ou incrustées dans les parois des capillaires et des cellules nerveuses. Les fibres nerveuses dans les points malades sont brisées en petits fragments, et il est impossible d'en trouver qui parcourent tout le champ du microscope comme à l'état normal. La matière amorphe nous semble plus abondante, et les cellules nerveuses plus faciles à briser. Les capillaires sont très-volumineux, très-flexueux et très-distendus par le sang.

Substance blanche. — Tubes nerveux détruits en grand nombre, granulations graisseuses très-abondantes. Corps granuleux de 15 à 25 millimètres, ressemblant à ceux des encéphalites locales ; noyaux et cellules embryo-plastiques. Ces altérations de texture s'observent dans toute l'étendue de la substance blanche, mais elles sont surtout marquées dans le corps calleux, la voûte à trois piliers, la cloison transparente et la corne d'Ammon.

Vessie hypertrophiée, distendue par l'urine, s'étendant presque jusqu'à l'ombilic. Pas d'altération pathologique dans les autres organes.

Les deux observations qui précèdent, si minutieusement recueillies, comme on a pu le voir, sont dues à M. Brunet, ancien interne des hôpitaux, et en dernier lieu interne du service de M. Calmeil, à la maison impériale de Charenton. Placé sur un théâtre aussi fertile en enseignements anatomiques, cliniques et micrographiques, M. Brunet, sous la savante inspiration de son dernier maître, a rassemblé tous les éléments d'une dissertation inaugurale dont la portée scientifique est infiniment supérieure à tout ce que l'on a l'habitude de rencontrer dans ces travaux de circonstance (1). Dans sa thèse, M. Brunet a commencé par rapporter des observations de néomembranes recueillies à Charenton; puis après avoir rapidement tracé la description de ces productions accidentelles, il a étudié avec soin leur mode de formation, consacré une mention spéciale et intéressante aux néomembranes considérées chez les enfants, et discuté les opinions émises par les auteurs sur leur nature et leur développement. Cela fait, l'auteur a entrepris l'examen des kystes de la grande cavité de l'arachnoïde, et les deux observations que nous avons relatées ci-dessus donneront aux lecteurs une idée suffisante de l'importance de cette étude, surtout après la lecture des conclusions suivantes :

« 1° Les kystes de la cavité de l'arachnoïde contiennent ordinairement du sang, et quelquefois de la sérosité transparente, incolore ou citrine.

» 2° Ils présentent deux modes de formation :

» A. Le sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde s'entoure d'un kyste, en déterminant une inflammation des deux feuillets de la séreuse dans les points avec lesquels il est en contact.

» B. Le sang épanché par le feuillet pariétal de l'arachnoïde décolle, dans une étendue plus ou moins considérable, une néomembrane qui lui était appliquée; une nouvelle lame membraneuse se forme ensuite à la partie supérieure de l'épanchement sanguin.

» Ce second mode de formation est beaucoup plus fréquent que le premier.

» 3° Les troubles fonctionnels produits par ces kystes ne sont pas assez bien connus pour qu'ils puissent permettre d'en reconnaître l'existence pendant la vie. »

En somme, M. le docteur Brunet, aujourd'hui médecin en chef de l'asile des aliénés de Niort, vient de doter la science d'un excellent travail d'anatomie pathologique. Partisan déterminé du microscope, il s'est imbu des principes si arrêtés de M. Calmeil, et sa thèse reflète toutes les tendances médicales de cet éminent praticien. D[r] Legrand du Saulle.

(1) *Recherches sur les néomembranes et les kystes de l'arachnoïde*. Paris, 1859, à la librairie d'Adrien Delahaye.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 novembre 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Plussiart, médecin des épidémies par intérim, sur une épidémie d'angine gangréneuse qui a régné dans la commune d'Ardin (Deux-Sèvres);

2° Le rapport final de M. le docteur Haime, médecin des épidémies de l'arrondissement de Tours, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Château-la-Vallière (commission des épidémies);

3° Un mémoire de M. le docteur Chabanne, médecin inspecteur des eaux minérales de Vals (Ardèche), sur deux sources dites *Camuse* et *Dominique*;

4° Une demande d'avis relative à une eau minérale provenant de deux sources situées dans la commune de Ligardo (Gers) (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Eugène Halléguen adresse un rapport général sur la salubrité publique dans l'arrondissement de Châteaulin. (Commissaires, MM. Villermay, Tardieu et Kergaradec.)

Le même médecin adresse la suite d'une observation d'invagination intestinale avec expulsion d'une anse d'intestin grêle. (Renvoi à la commission nommée.)

— M. le docteur Noyer (de Vichy) adresse une nouvelle lettre relative à la question des eaux potables de cette localité. (Renvoi à la commission des eaux minérales.)

MM. Bombes, Devilliers et Dallemagne soumettent à l'Académie leurs procédés de fabrication et la composition de leur allumette androgyne (Renvoi à la commission déjà nommée ; M. Poggiale, rapporteur.)

— M. Gaultier de Claubry dépose sur le bureau un travail sur les eaux de la Loire, par M. Rabourdin (d'Orléans).

— M. Guérard fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Rufz, d'un ouvrage intitulé *Enquête sur le serpent de la Martinique* (bothrops lancéolé). Cet ouvrage renferme l'histoire complète de ce dangereux reptile, qui fait chaque année un grand nombre de victimes. Pour le détruire, on a essayé d'acclimater à la Martinique divers animaux destructeurs des serpents, tels, en particulier, que le serpentaire ou secrétaire du Cap ; mais ces tentatives ont échoué jusqu'à présent. — M. Guérard ajoute que la Société d'acclimatation a proposé une médaille de 1,000 fr. à décerner à celui qui acclimaterait à la Martinique un animal capable d'exterminer le bothrops lancéolé.

M. Cloquet pense que l'on obtiendrait la destruction de ce serpent en introduisant à la Martinique la cigogne, commune en Algérie.

M. Geoffroy Saint-Hilaire est d'avis que l'introduction de la cigogne à la Martinique serait, en effet, un excellent moyen de triompher du bothrops. Quant aux tentatives que l'on a faites pour acclimater le serpentaire, si elles n'ont pas réussi, c'est qu'on n'y a introduit que quatre individus seulement, qui n'ont pas tardé à disparaître. C'est donc une tentative à recommencer.

— M. le secrétaire perpétuel présente au nom de M. le professeur Clarus (de Leipzig) la 3[e] édition du *Manuel de matière médicale*.

— M. Tardieu fait hommage à l'Académie, au nom de M. Calmeil, du *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, que ce médecin vient de publier. C'est, dit M. Tardieu, le traité le plus complet sur la matière, il ne tend pas à moins qu'à un remaniement complet de la pathologie cérébrale.

— M. le président annonce que M. le docteur Houssard, correspondant à Avranches, assiste à la séance.

LECTURE.

Traitement de la chorée. — M. Briquet lit un travail ayant pour titre : *Quelques recherches thérapeutiques sur la chorée*. Lorsqu'on fait agir sur les membres convulsés des choréiques les courants électriques produits par les appareils de physique destinés à la faradisation, on observe, dit l'auteur, deux ordres de phénomènes très-distincts et dont j'ai pensé qu'on pourrait faire à la thérapeutique d'utiles applications. Chacun de ces ordres de phénomènes répond au tissu sur lequel la faradisation est faite, c'est-à-dire sur la peau ou sur les muscles.

Si l'on place sur la peau de la partie interne et supérieure du bras, au niveau du passage du nerf médian, chez un sujet atteint de chorée dans ce bras, l'éponge humide qui termine le fil métallique partant de l'un des pôles d'un appareil d'induction ; si en même temps on applique l'éponge humide terminant le fil partant de l'autre pôle de cet appareil sur la peau de la face interne de la main, à l'instant même le courant faradique s'introduit dans le nerf médian et se répand dans les muscles du bras et de l'avant-bras, dont il sollicite la contraction, et à l'instant même la convulsion choréique cesse pour faire place à une contraction permanente et régulière de ces mêmes muscles; à l'agitation, à l'incohérence et au désordre des mouvements, succède une contraction régulière et continue qui dure tout le temps que dure le passage du courant. Si l'on fait agir le courant pendant un temps assez court, quelques minutes, par exemple, la chorée reparaît aussitôt qu'on interrompt ce courant avec la même intensité qu'auparavant, et il ne subsiste aucune trace du passage de l'électricité. Si on le fait agir pendant un temps plus long, un quart d'heure, par exemple, la contraction musculaire se maintient, puis peu à peu le muscle se fatigue de la sensation de vibration qu'il éprouve, et peu à peu il se détend; la contraction cesse, le membre se relâche et il semble être abandonné par le mouvement choréique. Mais aussitôt qu'on supprime le courant, les mouvements choréiques reparaissent et reprennent peu à peu leur intensité.

Ce mode de faradisation, qui serait très-commode puisqu'il ne s'accompagne point d'une véritable douleur, est donc inefficace pour guérir la chorée. M. Briquet a fait passer pendant plus d'un quart d'heure des courants faradiques le long des muscles d'un membre pris de chorée, sans avoir obtenu aucun résultat avantageux, et il ne croit pas que la faradisation des muscles, faite pendant un temps plus prolongé, ait un meilleur résultat.

Mais si la faradisation des muscles ne guérit pas la chorée, elle peut être très-utile contre l'un des accidents les plus graves de cette maladie.

On sait que quand la chorée est assez intense pour faire périr les sujets qu'elle attaque, la mort arrive ordinairement parce que la chorée, en se portant sur les muscles inspirateurs et expirateurs, amène dans leur action un désordre et une perturbation tels, que l'air n'entrant plus dans les poumons et n'en sortant plus d'une manière assez régulière pour que l'oxygénation du sang se fasse convenablement, l'asphyxie se produit graduellement.

La faradisation donne un moyen infaillible de prévenir un pareil accident; il ne s'agit que de faire passer le courant faradique alternativement à travers les muscles inspirateurs, et à travers les expirateurs. De cette manière on régularisera les deux mouvements dont se compose la respiration, et la pénétration de l'air dans les poumons se fera convenablement et régulièrement.

M. Briquet n'a point eu encore l'occasion d'employer la faradisation en pareille circonstance, mais il s'en est servi sur des choréiques prises de perturbation gênante dans les mouvements de la poitrine. Il plaçait l'une des éponges sur le point d'émergence de l'un des nerfs phréniques sur le bord antérieur du scalène antérieur; l'autre éponge était placée au creux épigastrique. A l'instant même, le diaphragme et d'autres muscles inspirateurs se contractaient régulièrement, et une inspiration profonde avait lieu. Il suffisait le plus ordinairement de lever l'une des éponges et d'arrêter ainsi le courant, pour que par la simple réaction élastique des côtes et par le ressort des muscles superficiels des parois abdominales, l'expiration se fit d'elle seule. Mais dans quelques cas où la perturbation était assez prononcée, on faisait contracter les muscles superficiels de l'abdomen, en plaçant l'une des éponges sur la partie inférieure de l'abdomen, pendant que l'autre restait sur la région épigastrique. Alors on obtenait une forte expiration.

Je ne doute pas, dit M. Briquet, qu'en opérant de cette manière pendant une ou plusieurs heures, et en répétant les séances aussi souvent que cela serait nécessaire, on ne prévienne la terminaison fatale par l'asphyxie.

M. Briquet, dans une seconde partie de son travail, expose les faits relatifs à l'influence qu'exerce sur la chorée la faradisation de la peau, dont l'application à la thérapeutique est bien plus étendue que la précédente, car elle peut s'appliquer à tous les cas de chorée, y amener une diminution très-prompte et très-notable dans l'intensité des mouvements choréiques, et souvent une guérison assez rapide de la maladie.

Nous exposerons un résumé de ces faits dans un prochain numéro.

— Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 octobre 1859. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Giraldès, à l'occasion du procès-verbal, demande à faire connaître le résultat de quelques recherches bibliographiques qu'il a faites à l'occasion du curare.

Dans un mémoire intitulé *Experimental researches relatives to corroval and vao, two new varietaes of woorara, the South American arrow poison*, by William A. Hammond, M. D. assist surgeon V. S. army, and S. Weir Mitchell., M. D. lecturer of physiology, mémoire lu à l'Académie des sciences naturelles, section de biologie (*American journal of medical sciences*, july 1859), on trouve les détails suivants :

Le woorara analysé provenait de la Nouvelle-Grenade; il a été apporté par les docteurs Nuschenberger et Culdwel, de la marine des États-Unis.

Les échantillons analysés comprennent deux espèces :

Woorara, variété de corroval.

Woorara, variété vao ou bao.

Soumis à l'analyse chimique d'après les procédés indiqués par

MM. Boussingault et Noulin, on en retira un alcaloïde, la *corrooalia*, dont les propriétés toxiques sont très-puissantes.

L'analyse chimique a démontré qu'aucun de ces poisons ne contenait de strychnine.

L'analyse microscopique ne décela aucun élément du règne animal.

Des expériences nombreuses sur des grenouilles, des caïmans, des lapins, des chats, des oiseaux, les auteurs déduisent les conclusions suivantes :

1° Que le corrooal diffère de quelques variétés de woorara connues par leurs propriétés chimiques et par leurs réactions physiologiques;

2° Qu'il agit directement sur le cœur au moyen du sang et qu'il arrête l'action de cet organe;

3° Que l'anéantissement des mouvements volontaires et réflexes suit la disparition des mouvements du cœur;

4° Qu'il agit sur le système nerveux de la périphérie au centre, et détruit les fonctions sensoriales et motrices;

5° Qu'il détruit l'irritabilité musculaire;

7° Qu'il est absorbé par le canal intestinal et la peau des grenouilles;

8° Que son action toxique est due à un alcaloïde qui n'a pas été décrit.

La seconde variété, le bao ou vao, a été soumise à l'analyse chimique et aux réactions physiologiques, expérimenté sur des animaux du même ordre. D'après ces recherches, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

1° Que le vao à l'état solide, et mieux en solution, est absorbé par le tissu cellulaire des animaux à sang froid;

2° Qu'il est absorbé par l'estomac, la muqueuse de l'œsophage, du rectum et la peau; la rapidité de son action varie suivant que l'animal est bien ou mal approvisionné d'eau;

3° Les animaux à sang chaud absorbent le vao par l'estomac, les intestins, à jeun; le poison ne produit aucun effet lorsque l'estomac contient des aliments;

6° L'action du vao augmente d'abord la force du cœur sans accroître le nombre des pulsations; ensuite le cœur est paralysé; la paralysie commence par les ventricules, ensuite par les oreillettes; chez les grenouilles, après que l'organe cessait de battre, il obéissait quelque temps à l'action des courants galvaniques;

7° Le vao, chez les animaux à sang chaud, détermine l'arrêt de la respiration par suite de la cessation des mouvements du cœur;

8° Que la respiration artificielle, ne pouvant pas rétablir les mouvements du cœur chez les animaux à sang chaud, démontre bien l'action toxique primitive sur cet organe;

14° Qu'il ne connaît aucun antidote physiologique, y compris la respiration artificielle;

15° Que le vao ressemble au corrooal par sa composition chimique et physique, et par ses réactions physiologiques.

En 1833, dans une leçon imprimée sur le tétanos, John Morgan, chirurgien de l'hôpital de Guy's, à Londres, appelait l'attention de ses élèves sur l'analogie du tétanos avec les spasmes musculaires tétaniques produits par l'action de quelques poisons végétaux. Après leur avoir cité ces expériences avec un poison végétal de l'île de Java, le chetek, dans le but de produire un tétanos artificiel, il s'est demandé s'il ne serait pas possible de trouver un agent produisant des effets diamétralement opposés et pouvant être employé contre le tétanos.

Il ajoute que des expériences instituées à cet effet avec le *ticunas* ou *wourali* lui ont montré que chez les animaux rendus tétaniques le spasme musculaire était détruit lorsqu'on inoculait à l'animal du ticunas ou wourali. Cependant il n'osa pas conseiller cette pratique chez l'homme. « Ne supposez pas, dit-il, que je vous donne le conseil de traiter un tétanique par ce moyen, l'inoculation du wourali; en vous citant mes expériences, je n'ai d'autre but que de vous montrer la possibilité de découvrir plus tard un agent susceptible d'être employé contre cette maladie, et nous espérons que des recherches ultérieures pourront atteindre ce but. » (P. 33.)

A la fin de cette leçon, dans un appendice, il cite deux observations de tétanos idiopathique observé chez des chevaux, et traité par le professeur Sewell avec le ticunas.

M. DEGUISE ne saurait admettre que le cœur soit paralysé par le curare. Dans des expériences qu'il a faites sur des lapins, il a vu cet organe continuer à battre, et cependant la respiration artificielle a été impuissante pour ranimer les animaux.

M. GIRALDÈS répond que, n'ayant pas d'opinion personnelle à cet égard, il s'est contenté de faire connaître celle de deux auteurs qui ont fait diverses expériences; et, comme on a pu le voir, leurs conclusions sous ce rapport sont formelles. (Le curare paralyse le cœur.) Il faut en outre observer, à propos des flèches avec lesquelles M. Deguise a fait des expériences, qu'elles étaient probablement empoisonnées avec du curare de mauvaise qualité; car d'autres faits ont montré que lorsqu'on les avait préparées avec du vrai curare, elles conservaient encore, au bout de trente années, toutes leurs propriétés délétères.

M. DEGUISE. Dans les nouvelles expériences que j'ai faites, et qui m'ont permis de constater que le cœur n'était pas paralysé, j'ai employé du curare qui m'a été remis par M. Cl. Bernard.

M. VERNEUIL. C'est la première fois qu'a lieu au sein de la Société une discussion sur le curare. Autant que personne, je suis ami du progrès, mais je pense que sur une question pareille et encore peu connue, il convient de n'agir qu'avec une grande réserve. On a déjà fait remarquer que puisque le principe actif du curare avait été obtenu, il fallait se servir exclusivement de la curarine, et je suis très-disposé à partager cette manière de voir.

Mais avant tout, il faudrait s'entendre sur les véritables caractères de la maladie que l'on veut combattre par ce poison; et la première chose que devrait faire la Société, ce serait de se livrer à une discussion approfondie sur le tétanos lui-même.

Ainsi il y a un tétanos aigu, un tétanos chronique et un tétanos intermittent. Doit-on voir là des degrés d'une seule et même maladie? ou bien doit-on les considérer comme des états pathologiques de nature différente? Toutes ces questions mériteraient d'être examinées avec un grand soin. Il importe de savoir s'il y a des maladies qui simulent le tétanos.

Dans les ouvrages classiques on trouve quelques exemples de tétanos qui auraient été guéris par des moyens très-divers. Ici, c'est l'opium; là, c'est la belladone; ailleurs, ce sont les bains de vapeur, etc., etc. Dans tous ces cas a-t-on réellement guéri de véritables tétanos?

Pour la malade dont j'ai déjà parlé, et chez laquelle, à la suite de l'extirpation d'un œil, j'ai vu se développer une maladie que j'ai cru être le tétanos, et qu'un autre confrère a considérée comme telle, je me demande, après l'amélioration obtenue avec le chloroforme, et la guérison définitive un mois après, si mon diagnostic était fondé et si j'ai eu réellement à traiter un tétanos?

M. Brown-Séquard, appelé il y a quelque temps à Londres pour y voir un cas de tétanos, reconnut qu'on avait commis une erreur, et ne constata qu'une contracture musculaire.

Il ne faut pas oublier que le tétanos chronique guérit souvent, et qu'il en est de même de celui qu'on appelle spontané, c'est-à-dire qui survient sans cause traumatique.

M. Verneuil n'entend pas d'ailleurs contester l'utilité du curare; mais l'emploi de cet agent pouvant entraîner des dangers, il se demande s'il faudrait y recourir pour un tétanos chronique, que l'on voit souvent guérir avec des moyens beaucoup plus simples? Il ne le pense pas.

— M. HUGUIER, à propos de la récente communication de M. Richard sur l'hermaphrodisme, fait remarquer combien est difficile la détermination du sexe dans certains cas, et combien cependant des données précises sur cette matière seraient utiles au point de vue médico-légal. Il rappelle que notre collègue, en déclarant que tous les prétendus hermaphrodites sont des garçons, a soulevé de nombreuses réclamations au sein de la Société, et que lui-même a parlé d'un fait qui lui paraissait contraire à cette manière de voir.

Il montre les dessins représentant les organes génitaux d'un enfant mort-né qui par sa conformation extérieure semblait appartenir au sexe masculin, tandis que par les organes génitaux internes il était incontestable qu'il fallait le ranger dans le sexe opposé.

A l'extérieur, en effet, on remarque un clitoris considérablement allongé et ayant les apparences d'une verge; au-dessous existent deux bourses séparées par une dépression au fond de laquelle se voit le méat urinaire. Le périnée est remarquable par son étendue. L'anus est à sa place. Dans l'intérieur du bassin, on voit derrière la vessie un utérus bicorne parfaitement reconnaissable. L'ovaire du côté droit existe avec sa forme ordinaire. Il ne manque que le ligament rond du côté gauche. On ne trouve, d'ailleurs, aucun vestige du testicule.

M. HOUEL. Il importe de bien s'entendre sur ce qui caractérise le sexe mâle et le sexe féminin. Pour lui, c'est le testicule et l'ovaire. Dans le cas de M. Huguier, on retrouve bien la plupart des organes génitaux de la femelle; mais où est la preuve que le corps qui a été considéré comme un ovaire est bien un organe de cette espèce? Tant qu'on ne l'aura pas soumis à un examen microscopique rigoureux, on fera bien de rester dans le doute.

Dans l'observation qu'on doit à M. Follin, le corps que le microscope fit reconnaître pour un testicule avait été pris à la vue pour un ovaire, dont il offrait tous les caractères extérieurs.

M. HUGUIER voudrait savoir si dans le cas publié par M. Follin il y avait un utérus bien développé comme dans le sien?

M. FOLLIN répond que l'utérus existait parfaitement constitué : d'un côté, il y avait un ligament large avec le corps de Rosenmuller; de l'autre, se voyait un petit organe ayant toutes les apparences d'un ovaire, et que le microscope montra être un testicule.

M. HUGUIER. Puisqu'on rencontre en même temps des organes mâles et des organes femelles, pourquoi dire que tous les hermaphrodites sont des mâles? Ne serait-on pas tout aussi bien autorisé à les considérer tous comme des femelles? Dans les cas dont M. Richard nous a parlé, l'autopsie n'a même pas été faite, puisque les individus vivent encore. Le fait de M. Follin ne prouve rien contre l'interprétation que je donne au mien. Qu'on me démontre que ce que je prends pour un ovaire est un testicule!

M. HOUEL. J'ai dit que dans ma manière de voir le testicule ou l'ovaire constituaient le caractère essentiellement distinctif de l'homme et de la femme, et je persiste à croire que c'est par l'examen microscopique seul qu'on peut bien différencier ces deux organes.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° *Eloge d'Amédée Bonnet*, par M. F. Barrier. Lyon, 1859; in-8°.

2° *Observations et remarques sur la rupture de l'ankylose de la hanche*, par le même. Lyon, 1859; in-8°.

3° *Nouvel uréthrotome*, par M. Félix Bron. Lyon, 1859; in-8°.

— M. Bouvier fait hommage à la Société d'un exemplaire de son travail intitulé *De la chorée ou danse de Saint-Guy*. Paris, 1859; in-8°.

— M. Larrey fait don à la Société des 8 derniers volumes des *Mémoires in-4° de l'Académie de médecine*, t. XV à XXII.

— M. le professeur Ried (d'Iéna) écrit à la Société pour la remercier de l'avoir nommé membre correspondant.

— M. le docteur Hervieux, médecin du Bureau central des hôpitaux, adresse à la Société, sous forme de lettre, un travail intitulé *De la suppression de la suppuration à la surface des plaies suppurantes par l'éponge imbibée d'eau chlorurée*. (M. Richet, rapporteur.)

— M. GUERSANT met sous les yeux de la Société un jeune enfant de huit à neuf ans atteint de contracture de la mâchoire à la suite d'une stomatite ulcéreuse.

Cet enfant fit une chute sur la tête il y a deux ans, et fut atteint de méningite pour laquelle on eut recours au calomel. Une stomatite intense suivit l'administration de ce médicament et amena les désordres qu'on peut constater aujourd'hui.

Il est impossible de pénétrer entre la joue du côté droit et les bords alvéolaires correspondants. Des brides nombreuses et résistantes unissent ces parties.

Des tentatives pour écarter les mâchoires ont déjà été faites le malade étant endormi, mais n'ont donné aucun résultat satisfaisant; M. Guersant, dans des cas analogues, a également essayé de couper ces brides, et il n'a pas réussi davantage. Il demande l'avis de ses collègues pour cet enfant, qui parle et mange sans grande difficulté.

M. BOINET, qui vient d'examiner le malade, pense que la difficulté pour écarter les mâchoires tient surtout à une contracture du muscle temporal. Il a positivement constaté de la mobilité dans l'articulation temporo-maxillaire. D'ailleurs, les brides lui paraissant limitées à la partie antérieure, il est d'avis qu'il faut d'abord s'occuper de les détruire.

M. RICHET ne saurait partager cette manière de voir au sujet des brides. Elles ne se tendent pas quand on cherche à écarter les mâchoires. On peut faire glisser un stylet entre la joue et les bords alvéolaires jusqu'au fond de la bouche. D'ailleurs, si on voulait diviser ces brides, on serait fort embarrassé sur la détermination du point sur lequel il faudrait faire agir l'instrument tranchant. Il lui semble bien plus probable qu'il s'agit là d'une contracture du masséter. Il pense en outre que l'articulation temporo-maxillaire est malade, car le condyle de ce côté est moins mobile.

M. BOINET. S'il s'agissait d'une simple contracture musculaire, on rencontrerait un vide entre la joue et les mâchoires, or cela n'existe pas, et l'on constate une soudure anormale. C'est ce qu'on observe quelquefois à la suite de la variole ou de certaines ostéites.

M. RICHET fait observer qu'il n'a pas nié l'existence des adhérences.

M. MICHON. Comme M. Richet, je pense que les brides ne sont pour rien dans l'impossibilité que le petit malade éprouve à écarter les mâchoires, mais je ne crois pas que la contracture existe dans le masséter, qui m'a paru souple; j'en placerai volontiers le siége dans les muscles ptérygoïdiens. Les ulcérations et l'irritation qui ont longtemps existé près d'eux ont dû produire ce résultat.

Certaines affections cancéreuses de la mâchoire entraînent les mêmes conséquences. Quand, dans ces cas, les malades ne peuvent ouvrir la bouche, j'en conclus que les muscles ptérygoïdiens sont envahis, et je m'abstiens de toute opération : c'est ce que je ferais pour le malade de M. Guersant, quoiqu'il ne s'agisse pas de cancer.

M. RICHET adopte l'opinion que vient d'exposer M. Michon. C'est par oubli qu'il n'a parlé que du masséter; dans son esprit il faisait jouer un rôle important aux ptérygoïdiens.

(Nous donnerons la fin de cette séance dans le prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Association des médecins et des pharmaciens du département de la Somme a arrêté la déclaration suivante dans sa dernière assemblée générale :

« Considérant que toutes les choses propres à la vie ordinaire sont depuis longtemps augmentées de prix, tandis que les honoraires des médecins sont restés les mêmes;

» Attendu, d'un autre côté, que, dans la fixation des honoraires, le nombre des visites faites n'est pas un élément suffisant; qu'il faut, en outre, tenir compte de la gravité de la maladie, de l'importance de l'opération, des dangers courus par le médecin, et d'autres circonstances encore, telles que la position sociale et la fortune des malades, etc.;

» 1° A l'avenir, les médecins ont droit à une rémunération plus élevée;

» 2° Cette rémunération ne sera pas établie d'après le nombre de visites faites, mais eu égard aux considérations indiquées ci-dessus. »

— Le concours ouvert le 24 octobre pour l'admission des élèves internes dans les hôpitaux civils de Lyon, s'est terminé par la nomination de MM. Dubuisson de Cristot, Ollier, Gaillard, Hénon, Charvet, Corporandy, Moriau, Chambard, Burlet, Civet, Talicbet, Binet.

Le jury était composé de MM. les docteurs Desgranges, Rollet, Berne, Arthaud, Vernay et Fresse.

— Le concours pour les places d'internes vacantes dans les hôpitaux de Bruxelles vient d'être terminé devant la Faculté de médecine de l'Université de cette ville.

Ont été nommés : MM. Moreau, élève externe à l'hôpital Saint-Jean; Aurélien, Thibaut et Jottrand, élèves externes à l'hôpital Saint-Pierre.

— Un congrès médical vient d'avoir lieu à Milan, où les médecins piémontais et les médecins lombards ont fait un premier acte d'alliance et de fraternité.

— Dans sa séance du 24 octobre dernier la Société médico-pratique a mis au concours la question de *l'eczéma*. Les concurrents devront insister sur l'historique, l'étiologie, et surtout sur le traitement de cette maladie, en s'appuyant sur des faits nombreux et bien observés.

La valeur du prix est de 300 fr.

L'auteur du mémoire couronné aura droit à cent exemplaires de son travail, pourvu que ce travail n'excède pas trois feuilles d'impression.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être adressés *franco* à M. Martin, agent de la Société, à l'Hôtel-de-Ville. Ils devront être parvenus avant le 31 décembre 1861.

— La Société médico-chirurgicale d'Amsterdam a mis au concours, dans sa séance générale du 7 septembre 1859, la question suivante :

« Dissertation physio-pathologique et thérapeutique du scoliosis. »

La Société désire surtout des recherches détaillées sur l'action des muscles qui peuvent déterminer le scoliosis, comme de ceux qui, opposés aux premiers, peuvent corriger la direction de la colonne vertébrale. Ensuite, elle veut être fixée sur les divers mouvements, actifs et passifs, nécessaires à faire agir les muscles dans le mode indiqué en dernier lieu, et sur la manière dont l'action de ces muscles peut être excitée par l'électricité. — Prix : une médaille d'or de la valeur de 30 ducats (environ 360 fr.). — Les mémoires (écrits en hollandais, français, anglais, allemand ou latin), devront être adressés *franco*, avant le 1er mai 1861, à M. le docteur J. W. R. Tilanus, secrétaire général de la Société, à Amsterdam.

— M. le professeur Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital Cochin, mercredi prochain 9 novembre, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis.

— M. le docteur Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, recommencera son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants, jeudi prochain 10 novembre, à huit heures, et le continuera tous les jeudis suivants.

Visites, leçons et opérations de huit à dix heures.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 130. — MARDI 8 NOVEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 130. — MARDI 8 NOVEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — ARMÉE D'ITALIE. Diarrhée, dyssenterie, fièvre intermittente en 1859; différence et connexité de leur origine. — CLINIQUE DE LA VILLE. Hémorrhagie gastro-intestinale; perchlorure de fer. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 31 octobre. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, fin de la séance du 26 octobre. — Nouvelles.

PARIS, LE 7 NOVEMBRE 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Sédillot a fait dans cette séance une nouvelle communication sur la régénération des os après l'évidement, qui a déjà fait le sujet de deux communications précédentes de sa part. On se rappelle que dans ses deux premières notes, M. Sédillot avait entretenu l'Académie d'un certain nombre de malades opérés par la méthode à laquelle il a donné le nom de méthode d'évidement. Cette nouvelle note a pour objet de compléter les renseignements cliniques relatifs à ces opérés, de faire connaître les effets de la régénération des os après l'opération en question, et d'énoncer quelques perfectionnements dont cette méthode lui paraît encore susceptible. Nous reproduisons textuellement cette nouvelle communication dans le compte rendu.

Dans une note sur les globules du sang des animaux invertébrés, M. Ch. Rouget a cherché à établir d'après de nouvelles observations, contrairement à l'opinion généralement admise en physiologie, que la présence ou l'absence de globules colorés dans le sang n'est pas en relation nécessaire avec la place qu'occupe un animal dans l'une ou l'autre des grandes divisions zoologiques, et qu'elle paraît dépendre non du type général, mais de conditions particulières à l'individu ou à l'espèce.

Ces deux communications, avec une courte note de M. Duméril au sujet des recherches de M. Rufz sur le *serpent* de la Martinique, constituent tout le contingent médico-physiologique de cette séance.

M. le président a déclaré à l'ouverture de la séance plusieurs vacances déjà anciennes, auxquelles l'Académie n'a pu pourvoir jusqu'ici par suite de l'absence obligée d'un grand nombre de ses membres pendant la saison d'été. Elle aura à y pourvoir prochainement. — Dr Brochin.

ARMÉE D'ITALIE.

Diarrhée, dyssenterie, fièvre intermittente en 1859; différence et connexité de leur origine;

Par M. le docteur CHAMPOUILLON.

Une armée a cela de spécial et d'utile, par rapport à la pathogénie, qu'elle se présente comme une sorte de réactif que l'on porte dans les contrées les plus diverses, de manière à pouvoir en étudier les influences morbifiques générales ou particulières, et à l'aide duquel on parvient quelquefois à mettre en lumière des points encore obscurs d'étiologie ou de thérapeutique. Ces déterminations, souvent épineuses dans la nosologie civile, deviennent, au contraire, assez faciles dans l'armée, dont tous les membres sont soumis aux mêmes habitudes nomades, aux mêmes influences et à l'uniformité inflexible d'un régime commun. Voilà sans doute pourquoi, durant l'épidémie qui touche actuellement à son déclin, nous n'avons pas éprouvé autant de perplexité dans le choix des moyens propres à la combattre là où nous l'avons rencontrée.

Il est généralement admis que la dyssenterie se montre surtout dans les climats équatoriaux, et par exception sous les latitudes tempérées, lorsque la chaleur atmosphérique y atteint un degré extraordinaire. Comme dans ces circonstances les nuits sont d'autant plus froides et plus humides que les journées ont été plus ardentes, plusieurs médecins, et notamment Webster, pensent que cette fraîcheur suffit pour engendrer la dyssenterie d'emblée. C'est là une opinion fort suspecte aux yeux de M. Andral, et très-contestable pour plusieurs motifs. On sait, en effet, que la fraîcheur des nuits dans les pays méridionaux dépend du rayonnement terrestre et de la condensation des vapeurs aqueuses à la surface du sol; que le rendement de ces vapeurs est proportionné à la pureté du ciel et à l'état hygrométrique des localités. Or, c'est chose peu commune en mer que la dyssenterie née de l'action exclusive du froid humide sur les passagers, même sur ceux qui subissent de la manière la plus sensible ces oppositions de température. Et d'ailleurs, dans aucun pays ce n'est point une des habitudes de la vie, je crois, que de passer la nuit en plein air. Par la nature exceptionnelle de leur service, les militaires sont souvent condamnés à la dure nécessité du bivouac, des factions, des piquets ou des patrouilles de nuit en été, et par conséquent voués à toutes les chances possibles de refroidissement.

Et pourtant il est bien rare que nos hommes ressentent dans ces circonstances d'autre indisposition qu'une diarrhée du type le plus ordinaire. Le froid humide, en supprimant ou en abaissant à son minimum d'activité l'excrétion cutanée, force l'intestin ou le poumon à une suppléance fonctionnelle qui amène dans un temps variable l'exaltation sécrétoire des muqueuses, avec ou sans inflammation de ces membranes. La dyssenterie attend pour se montrer que la constitution ait été préalablement éprouvée par les chaleurs intenses ou par l'intoxication paludéenne, ou par d'autres modificateurs hygiéniques qu'une exploration attentive fait presque toujours reconnaître. On trouve dans les phases successives de notre séjour en Italie une preuve de plus en faveur de cette assertion.

Pendant la première quinzaine du mois de mai dernier, le premier corps de l'armée française, en attendant l'ouverture des hostilités, prit ses cantonnements entre Novi et Ponte-Decimo, sur les bords de la Scrivia. Chaque jour le tonnerre se faisait entendre autour de nous dans les Apennins, et des pluies abondantes détrempaient sans cesse le terrain sur lequel nos troupes se trouvaient campées. Les hommes pénétrés par le froid humide, ayant constamment les pieds dans la boue, furent atteints en grand nombre de diarrhée tantôt simple, tantôt cholériforme. Pas un seul cas de dyssenterie proprement dite ne figura dans cette petite endémie, promptement réprimée par le laudanum, les ceintures de flanelle et surtout un temps meilleur.

Dans le courant du mois de juin, nous vîmes enfin se calmer la fréquence des orages; le ciel épuré commença à nous inonder d'une chaleur d'autant plus intolérable qu'elle nous arrivait sans transition. Toutes les rizières étaient encore submergées, et les innombrables canaux d'irrigation qui sillonnent les plaines du Piémont et de la Lombardie coulaient encore à pleins bords. La diarrhée, sans avoir complétement déserté nos rangs, s'y montrait accompagnée de l'état pathologique décrit sous le nom d'embarras gastrique fébrile, premier indice de l'influence saisonnière. Bientôt la peau, surexcitée par l'irradiation solaire et l'abondance de la transpiration, devint le siége d'éruptions diverses, telles que sudamina, érythème, eczéma, érysipèle, rougeole, etc. Cette exagération de la vitalité périphérique correspondait chez presque tous nos hommes à un abattement marqué des organes digestifs, qui finissaient par s'irriter au contact d'aliments réfractaires ou de nature viciée. Le foie, instrument d'élimination du carbone dans les pays chauds, prenait du volume en s'animant d'une activité supplémentaire à celle du poumon. C'est alors que l'on vit les diarrhées lienthériques, les gastrites, les gastro-entérites, les flux biliaires et dyssentériques avec ténesme et coliques, se montrer en foule, escortés d'une fièvre et d'une soif souvent très-violentes.

Tandis que les médecins italiens assaillaient à coups de lancette nos malades affectés de diarrhée et de dyssenterie, et ne réussissaient de la sorte qu'à les exténuer davantage, nous obtenions de l'ipéca à dose vomitive, ainsi que des purgatifs salins, des succès presque constants.

Vers la fin de juillet et au commencement d'août, les rizières et les canaux étaient déjà réduits par l'évaporation à l'état de marécages. Au déclin du jour et pendant la nuit, le voisinage de ces foyers méphitiques se trahissait, même à de grandes distances, par une odeur désagréable. On se sentait enveloppé d'une atmosphère empestée. A cette époque l'eau potable se faisait rare partout : pendant nos marches à travers les campagnes, tourmentés par la rage de la soif, nous avalions sans scrupule et sans répugnance l'eau trouble, limoneuse, fétide, qui se trouvait sur notre chemin. Je me souviens encore d'avoir vu, au village de Légrolé, le jour de la bataille de Solferino, des soldats se désaltérer à une mare dans laquelle affluait le sang des amputés. Les effets de cette intoxication simultanée par les voies digestives, par les surfaces pulmonaire et cutanée, prirent les caractères de la saturation paludéenne des climats chauds, c'est-à-dire que la fièvre intermittente vint compliquer la plupart des cas de dyssenterie aiguë ou chronique. La forme quotidienne des accès était le trait le plus remarqué de cette complication. Quant à l'affection dyssentérique, c'était bien toujours la même fréquence des selles, le même ténesme, le même abattement, mais la matière des déjections s'était modifiée, en ce que la bile s'y trouvait en moindre proportion, que le sang était plus séreux et plus abondant que dans la forme précédente. Je n'ai jamais eu occasion de noter aucun changement dans la marche ou dans l'intensité de l'affection intestinale, pendant ou après les accès fébriles. Néanmoins j'ai toujours eu soin, afin d'écarter du malade une cause de dépérissement de plus, d'associer le sulfate de quinine aux autres médicaments employés à combattre les dyssenteries, même apyrétiques, mais toujours très-graves quand elles résultent de l'empoisonnement miasmatique. — On sait que les boissons aqueuses, froides ou glacées, sont particulièrement du goût des habitants dans les pays chauds. On sait aussi que les Italiens parlent beaucoup et avec animation; cette verve, surexcitée encore par les événements politiques, se soutient pendant des jours entiers et ne tarit qu'avec la salive. Afin de rendre à la langue sa mobile facilité, les Italiens ont coutume de s'abreuver d'eau ou de limonade à la glace, et cette coutume est sans inconvénients pour eux, par cela sans doute qu'elle est une coutume. Mais un pareil breuvage, en raison de la réaction qu'il détermine sur la muqueuse des voies digestives, anime et irrite cette membrane, cause souvent des coliques, des vomissements, une diarrhée avec épreintes douloureuses chez les individus non encore acclimatés à son usage. C'est effectivement ce que j'ai remarqué partout où nos militaires ont trouvé de la glace et en ont consommé sans précaution. La nature de cette indisposition, son caractère inflammatoire, réclament principalement une médication antiphlogistique, à laquelle l'opium est avantageusement associé.

C'est un préjugé, suivant MM. Fournier et Vaidy, de croire que l'excès même des fruits puisse donner lieu à la dyssenterie; ils en seraient plutôt les remèdes. Cependant, d'après Dreysig, les habitants de l'Ukraine sont chaque année tourmentés par cette maladie, parce qu'ils font abus en été de melons et de pastèques. On se souvient qu'en 1830, l'armée française traversant la Provence pour se rendre en Algérie, la plupart des soldats gagnèrent la dyssenterie pour avoir mangé des oranges en quantité considérable. Malgré le grand nombre de faits de cette nature rapportés par une foule d'auteurs, l'on admet généralement aujourd'hui que les fruits d'Europe ne peuvent donner lieu à la dyssenterie qu'autant qu'on en mange en grande quantité, et avant qu'ils soient parvenus à l'état de parfaite maturité. Pour moi, j'ai souvent remarqué que cette maladie fait son apparition dans la garnison de Paris bien avant que les fruits y soient abondants, à bas prix, et par conséquent accessibles pour le soldat. Il en fut de même sous nos yeux en Lombardie, où les fruits d'ailleurs sont rares. S'il y avait eu péril sérieux de ce côté, les mesures prescrites par M. le baron Larrey auraient suffi pour le conjurer.

Tout le territoire lombardo-vénitien est planté de mûriers, qui donnent, vers le mois de juin, un fruit blanc, douceâtre, avec lequel on fabrique une eau-de-vie détestable. Nous avons vu fréquemment des bandes de traînards, accrochés aux arbres, et se gorgeant avec avidité de ces fruits, qui produisaient d'abondantes évacuations par le double effet de leurs propriétés laxatives, et de la résistance de leurs marcs à la dissolution gastro-intestinale. Toutefois cette diarrhée fut toujours d'espèce bénigne.

La nature prodigue aux habitants du Midi les végétaux comestibles, et leur indique ainsi l'usage qu'ils doivent en faire. Les Piémontais, les Lombards, les Vénitiens, naturellement très-sobres, se nourrissent principalement de maïs préparé sous forme de *polenta* et de bouillies au lait. Ce régime est d'ailleurs parfaitement approprié aux exigences du climat. Nos soldats, au contraire, vivaient presque exclusivement de viande de bœuf, de riz, de biscuit excellent : par suite d'insurmontables difficultés d'approvisionnement, ils ne recevaient quelquefois que du pain moisi, et rarement du vin ou de l'eau-de-vie. Il était à peu près impossible à l'armée de se fournir de légumes frais dans un pays déjà fourragé. On conçoit que l'estomac débilité par la chaleur et les fatigues, mis aux prises avec de semblables aliments, était peu propre à en opérer la digestion. Aussi après quelques jours de constipation avec état saburral, survenait-il de véritables débordements de bile et d'excrétions muqueuses, auxquels la diète et des boissons rafraîchissantes mettaient fin assez promptement.

Il me serait difficile de préciser au juste quelle a été sur la santé des soldats l'action du pain moisi, parce qu'ils en rejetaient habituellement les parties les plus compromises.

L'on s'entend mieux aujourd'hui qu'autrefois sur le mode et le

degré de nocuité des miasmes provenant de substances animales en putréfaction. Inspirées à l'état de concentration, ces émanations engendrent habituellement un flux dyssentérique des plus graves et contre lequel une médication antiseptique est le mieux appropriée. Le premier corps d'armée, plus que tout autre peut-être, s'est ressenti de cette influence pernicieuse, pendant son séjour à Castelnovo, sur les confins de la Vénétie. Là, les débris des abattoirs, les résidus des cuisines, le fumier des chevaux, les déjections des hommes éparses sur le sol, nous composèrent en peu de jours, sous un soleil tropical, une atmosphère tellement infecte, que les cas d'irritation intestinale s'y multiplièrent avec rapidité en revêtant en outre la forme typhique. Cette endémie ne nous quitta que sur les bords du lac de Garde, où nous trouvâmes enfin de l'air pur.

On se doute bien que la prostration inséparable des marches, des veilles, des combats, est intervenue comme prédisposition générale aux maladies qui ont sévi sur l'armée française en Italie : elle ne franchit point toutefois les limites habituelles de son action en temps de guerre.

Les affections du tube digestif comprises sous une même dénomination, peuvent, comme on vient de le voir, différer entre elles par des nuances assez importantes cependant pour en modifier la formule thérapeutique. Rappelons donc encore une fois un précepte trop souvent oublié : c'est que pour traiter avec chances de succès une maladie quelconque, il faut, avant tout, en déterminer exactement les causes. Procéder autrement, c'est se jeter sans excuse hors des voies de la raison et de la saine pratique.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Hémorrhagie gastro-intestinale idiopathique ayant amené un état syncopal grave. — Perchlorure de fer. — Moyen de distinguer la coloration noire des matières fécales due au mélange de sang de la teinte noire produite par l'action chimique du perchlorure de fer.

Par M. le docteur A. Raciborski.

M. God..., âgé de soixante-dix ans, d'apparence anémique, sujet aux douleurs gastralgiques avec sentiment de gonflement et de pesanteur après les repas, et à quelques maux de gorge qui le retenaient de temps en temps chez lui, n'a à cela près jamais éprouvé le besoin de s'aliter. Actif, doué d'un caractère aimable et affectueux, et possédant une nombreuse famille, il passait presque tout son temps à de longues promenades pour visiter ses parents et ses amis.

Le 19 septembre dernier, étant à Montfermeil, où il passe ordinairement l'été, sans d'autre indisposition préalable qu'un peu plus de pesanteur à l'épigastre depuis quelques jours, M. G... éprouva tout d'un coup une syncope accompagnée de sueurs froides et suivie immédiatement d'un abondant vomissement de sang, dont il avait rempli le quart d'une grande cuvette. Le sang formait un caillot d'un rouge assez vif, sans mélange d'autres matières et sans écume. Placé aussitôt dans son lit, le malade eut encore plusieurs syncopes successives dans le reste de la journée, et rendit beaucoup de sang noir par le rectum. Le docteur Richier, médecin de la localité, mandé auprès de lui, prescrivit le repos le plus absolu et la diète. En même temps, il ordonna des préparations astringentes composées de ratanhia et de sulfate d'alumine et de potasse.

Instruit de cet accident par un des parents du malade, je ne dissimulai pas la gravité de la position, et je conseillai d'avoir recours au perchlorure de fer et à la glace à l'intérieur.

Effectivement, dès le troisième jour, M. Richier avait déjà fait prendre par cuillerées douze gouttes de perchlorure de fer dans un julep gommeux.

Le 20, le malade rendit encore un peu de sang par les vomissements, mais il en rendait surtout beaucoup avec les garde-robes; son état s'aggravait évidemment; les syncopes devenaient de plus en plus fréquentes, et mettaient parfois le malade dans un état voisin de la mort.

Le 21, le malade, dont l'intelligence était toujours restée intacte, se vit lui-même assez en danger pour réunir autour de lui ses plus proches parents et réclamer les consolations de la religion.

C'est dans cet état que je le vis pour la première fois, le 22 septembre, en consultation avec M. Richier. Il était alors d'une faiblesse extrême et ne répondait qu'à voix très-basse aux questions. La peau était froide, le visage et les lèvres étaient d'une pâleur extrême; pouls très-faible, à peine perceptible. Pour prévenir les syncopes, qui étaient fréquentes, on avait placé le lit du malade au milieu de la chambre, dans un léger courant d'air. Les selles renfermaient des matières composées presque entièrement de caillots de sang de couleur noire.

En présence d'une hémorrhagie stomacale aussi subite et aussi abondante, l'idée d'un ulcère simple de l'estomac qui aurait fini par altérer les parois de quelque vaisseau, s'était d'abord présentée à mon esprit. Cependant, en analysant attentivement les symptômes et le mode de leur évolution, il était difficile d'expliquer la persistance des évacuations sanguines par les garde-robes, uniquement à l'aide de la source stomacale; il m'a paru plus rationnel d'admettre également dans les intestins une pareille cause de l'hémorrhagie, et cette cause ne pouvait guère être autre qu'une modification particulière dans la circulation capillaire, qui devait faciliter la transsudation du sang; l'état général du malade ne pouvait d'ailleurs que favoriser cette hémorrhagie. Rien n'autorisait à supposer chez lui l'existence d'un sac anévrysmal dans le voisinage; ses antécédents n'étaient non plus guère favorables à l'hypothèse d'un ancien ulcère latent de mauvaise nature dans l'estomac.

Si dans les deux hypothèses entre lesquelles on pouvait à la rigueur balancer quelque temps, les indications thérapeutiques immédiates étaient à peu près les mêmes, il n'était pas du tout indifférent de chercher à préciser le diagnostic au point de vue du pronostic. Il était, en effet, évident pour moi que j'avais plus de chances de sauver le malade, ayant à combattre une de ces hémorrhagies désignées sous le titre d'*hémorrhagies dynamiques*, liée plutôt à une altération locale dans la circulation capillaire qu'à une altération profonde du sang, que s'il nous eût fallu lutter contre un *traumatisme* suite d'un ulcère. Vu l'excessive faiblesse du malade, qui pouvait faire craindre à chaque instant une syncope fatale, nous décidâmes qu'il y avait avant tout deux indications principales à remplir : 1° arrêter l'hémorrhagie gastro-intestinale et empêcher son retour ; 2° relever les forces du malade en réparant le plus tôt possible les pertes subies par l'économie, et prévenir ainsi le retour des syncopes. Il fut convenu que le malade devait garder constamment la position horizontale, la tête basse. — On devait donner fréquemment de petits morceaux de glace à sucer et de petites gorgées d'eau glacée. En même temps, le malade avait à prendre toutes les heures une cuillerée à bouche d'eau gommée à la glace, avec l'addition de perchlorure de fer (1 gramme de perchlorure marquant 32° à l'aréomètre pour 120 grammes d'eau gommée), et tous les jours un lavement d'eau avec l'addition de 15 gouttes de perchlorure de fer. Au cas où les vomissements n'auraient plus reparu, on devait faire prendre de temps en temps une cuillerée à bouche de bouillon froid.

Le 25, j'ai revu pour la seconde fois le malade. Toutes les prescriptions ont été scrupuleusement exécutées. Plus de nouveaux vomissements; cependant le malade continuait toujours à rendre des matières sanguinolentes par les selles; sa faiblesse était si grande qu'on n'avait pas osé le remuer sous aucun prétexte, et qu'on attendait mon arrivée pour savoir si l'on pouvait impunément essayer de changer le malade de linge et de lit. Cette double opération, pratiquée en ma présence avec le plus de ménagements possible, avait occasionné une légère syncope accompagnée de sueurs froides. Nous avons pensé qu'on pouvait diminuer la dose de perchlorure de fer, et nous l'avons prescrit seulement à la dose de trois cuillerées par jour. Déjà, dès la veille, M. Richier s'étant aperçu que le malade avait éprouvé un sentiment de chaleur dans le fondement, avait substitué au lavement de perchlorure un lavement avec la décoction de racine de grande consoude. Nous avons permis quelques cuillerées d'une légère bouillie. Depuis lors, chaque jour on observait un peu d'amélioration, et les syncopes n'avaient plus reparu. Cependant, comme le malade rendait toujours des matières noires, on marchait très-timidement dans la voie de l'alimentation.

Le 29 septembre, ayant été mandé pour la troisième et dernière fois auprès du malade, je l'ai trouvé assez bien pour ne pas craindre de lui permettre un peu de bon vin de Bordeaux pur.

Cependant, eu égard à la persistance de la coloration noire des matières fécales, mon honorable confrère ainsi que les personnes qui entouraient le malade croyaient toujours à la continuation de l'hémorrhagie intestinale, et n'osaient guère accorder d'aliments plus substantiels. J'ai profité de cette circonstance pour me livrer à un examen attentif des évacuations alvines, afin d'éclairer l'importante question relative à la présence du sang dans les selles. Ces évacuations offraient effectivement une teinte noire très-prononcée; mais la couleur noire pénétrait dans toute leur épaisseur uniformément, comme une véritable teinture, ce que n'aurait pas produit le sang, qui se serait tout simplement mêlé aux matières. La partie liquide des garde-robes, composée d'urine et de matière colorante des selles, offrait de son côté un aspect noir, tirant sur le rouge, à faire supposer le mélange d'une certaine quantité de sang. Pour savoir au juste quelle était la nature de ce liquide, j'en ai séparé une portion et l'ai fait chauffer jusqu'à l'ébullition. Il est évident que dans le cas où ce liquide aurait renfermé du sang, l'ébullition l'aurait coagulé et aurait laissé apparaître des flocons rougeâtres. Loin de là, le liquide chauffé s'est éclairci davantage par l'ébullition. Cet important caractère, ajouté à cet autre que nous venons de tirer de l'aspect des matières fécales à l'intérieur, nous a donné la certitude que la coloration noire des matières alvines rendues par le malade le jour de notre dernière consultation, était l'effet de l'action chimique du perchlorure de fer pris dans les premiers jours de la maladie, et que l'hémorrhagie intestinale avait complétement cessé.

A partir de ce moment, on a pu marcher d'un pas ferme dans l'alimentation, et les forces du malade se rétablissaient chaque jour davantage.

Aujourd'hui M. G... est dans une complète convalescence, et sous peu de jours il se propose de retourner à Paris.

La persistance de la coloration noire dans les matières fécales quelques jours après la cessation de l'emploi des médicaments qui la produisent, n'a rien qui doive étonner. Nous avons eu l'occasion de constater plusieurs fois cette particularité chez les malades soumis pendant quelque temps à l'usage du perchlorure de fer ou du sous-nitrate de bismuth. Toutes les fois que, en administrant ces substances, il y a eu plus ou moins d'hémorrhagie intestinale, on peut se trouver embarrassé dans le diagnostic et hésiter sur la question de savoir si l'hémorrhagie continue ou si elle a déjà cessé. Les nouveaux caractères que nous faisons connaître à l'occasion de ce fait intéressant, pourront plus d'une fois être utiles aux praticiens.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 octobre 1859. — Présidence de M. de Sénarmont.

Vipère fer de lance de la Martinique. — M. Duméril lit la note suivante :

M. le docteur Rufz, lorsqu'il pratiquait la médecine à la Martinique, s'était efforcé de rassembler tout ce qu'on sait dans le pays sur l'animal si redouté par les habitants de cette île, et qu'on y désigne sous cette simple dénomination : *le serpent*. De nombreux matériaux lui furent fournis touchant les mœurs, les habitudes et le genre de vie de cet ophidien, qui, souvent nommé le *fer de lance*, est devenu, dans les classifications, l'un des types du genre *bothrops* (Wagler). Après avoir dépouillé ces matériaux avec un judicieux esprit de critique, il n'a négligé aucun des documents qu'il a pu recueillir sur les accidents causés par le venin de cette dangereuse espèce, et sur les divers modes de traitement proposés pour les combattre. Les résultats de cette enquête furent publiés, il y a une quinzaine d'années, à la Martinique même par M. Rufz.

Rentré aujourd'hui en France, ce médecin se prépare à donner une nouvelle édition, fort augmentée, de son travail, auquel il compte joindre une description anatomique très-détaillée du serpent dont il aura ainsi présenté l'histoire complète.

En raison de l'intérêt que comporte ce sujet, il m'a semblé utile d'en entretenir l'Académie. L'auteur s'empressera d'ailleurs de lui faire hommage, aussi promptement que possible, de cette instructive *Enquête*, car c'est là le titre de son travail.

Régénération des os après l'évidement. — M. Sédillot communique à l'Académie une note complémentaire de son précédent mémoire sur l'évidement des os. Il s'exprime dans cette note en ces termes :

« J'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie (séances du 1er mars et du 12 avril 1858) l'histoire de dix malades opérés par la méthode de l'évidement.

» Sur ce nombre, sept ont guéri et trois ont succombé. Parmi les premiers, nous avons montré cette année à la clinique la jeune Klaulf dont les lésions, d'une grande gravité, avaient nécessité l'évidement du tiers inférieur et des condyles du fémur, et que M. le docteur Wieger, professeur agrégé de la Faculté et médecin de l'hospice des Orphelins, nous avait ramenée marchant librement et parfaitement rétablie.

» M. le baron Tavernier, docteur à Schelestadt, nous a écrit que le jeune homme qu'il nous avait confié se livrait sans peine aux plus rudes travaux, et nous avons eu occasion de revoir la plupart des autres malades, dont plusieurs ont été présentés à la séance publique de la Société médicale de Strasbourg; l'un d'eux (observation III, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, p. 438, année 1858) avait fait à pied un trajet de cinq à six lieues.

» Nous pouvons ajouter que M. le docteur Marmy, médecin principal à Lyon, m'a fait connaître un nouveau succès d'évidement pratiqué sur un de ses malades atteint d'un tubercule enkysté des condyles du tibia, et M. le docteur Erbmann, médecin-major de première classe à Constantine, a été aussi heureux dans une application de l'évidement à une carie tibiale.

» Quant aux trois malades dont nous eûmes à regretter la mort, nous ne saurions en accuser la nouvelle méthode.

» Le premier (observation IV, séquestre et ostéite du fémur datant de dix-neuf ans) se levait et se promenait depuis un mois à l'aide de béquilles, lorsqu'il fut frappé d'érysipèle gangréneux d'un caractère épidémique, auquel il succomba six semaines plus tard, après avoir perdu la peau du scrotum et une partie des téguments de la cuisse saine.

» Le second malade (observation VI, résection du coude avec évidement) mourut quelques mois après des suites d'une ostéite avec nécrose de la tête de l'humérus, abcès de l'articulation scapulo-humérale et épanchement pleurétique : accidents dépendant du traumatisme primitif et de la constitution, mais en aucune façon de l'évidement.

» Le troisième malade (observation V, résection de la tête du fémur et évidement du tiers supérieur de la diaphyse), opéré le 17 mars 1858, s'éteignit en janvier 1859, après avoir donné de grandes espérances de guérison. La plaie extérieure était fermée, à l'exception de quelques trajets fistuleux entretenus par une carie du bassin, et un abcès intra-pelvien fit périr ce malheureux, qui était d'un tempérament lymphatique et depuis longtemps considérablement affaibli.

» La régénération osseuse avait eu lieu régulièrement pendant les dix mois écoulés depuis l'opération, et l'évidement était manifestement resté étranger aux accidents. L'examen du malade, fait avec le plus grand soin par M. le docteur Morel, professeur agrégé de la Faculté, chargé du service des autopsies, et par nous, a fourni la rare occasion de comparer les effets de la régénération des os à la suite des opérations si différentes de l'ablation sous-périostale et de l'évidement.

» Là où la tête du fémur et le grand trochanter avaient été réséqués, en conservant la capsule articulaire et le périoste d'enveloppe, aucun travail de reproduction osseuse ne paraissait avoir eu lieu. On remarquait seulement une masse compacte et arrondie à laquelle adhéraient :

» 1° Un petit fragment du grand trochanter donnant encore attache à l'obturateur externe ;

» 2° Des insertions musculaires en voie de dégénérescence graisseuse.

» L'extrémité du fémur offrait au contraire la preuve d'une régénération très-active, mais très-différente selon qu'on l'étudiait à l'extérieur ou à l'intérieur de l'os.

» A l'extérieur et particulièrement en arrière du tiers supérieur de la diaphyse, le périoste était considérablement épaissi, et ses couches profondes étaient ramollies, presque gélatiniformes, et en rapport avec une lamelle osseuse d'un à deux millimètres d'épaisseur dont la surface, légèrement mamelonnée, se prolongeait supérieurement en courtes saillies stalactiformes fort irrégulières.

» A l'intérieur, le fémur, fendu par une coupe longitudinale, ne présentait pas de traces de la cavité de l'évidement. La portion excavée de l'os était remplie de dehors en dedans par une couche osseuse de nouvelle formation, de neuf millimètres maximum d'épaisseur, aussi régulière du côté du périoste que du côté de la moelle, puis par un dépôt gélatiniforme sillonné de nombreux capillaires et parsemé d'une foule de noyaux osseux séparés les uns des autres et variant entre le volume d'un grain de millet et celui d'un petit pois.

» L'inspection microscopique confirma les travaux de M. le docteur Morel sur le développement des os (*Précis d'histologie humaine*) et fit voir les métamorphoses de la cellule fibro-plastique ou plasmatique en cellule osseuse, sans intervention d'une membrane médullaire ou d'un fibro-cartilage transitoire dont l'existence n'est nullement prouvée.

» Ces faits très-remarquables, déjà compris dans la théorie générale du célèbre secrétaire perpétuel de l'Académie, n'avaient pas été aussi nettement observés sur l'homme, et ils confirment hautement les avantages de l'évidement; la régularité et l'activité de la régénération osseuse paraîtraient en outre démontrer la supériorité de cette méthode sur les excisions ou ablations osseuses sous-périostales, dont on s'est beaucoup plus occupé jusqu'ici, qu'on ne les a réellement pratiquées d'une manière authentique et sérieuse. Les expériences sur les ani-

maux, quels qu'en soient le mérite et l'intérêt, n'ont qu'une valeur restreinte relativement à la pathologie humaine, et la clinique seule permet de juger en dernier ressort les questions chirurgicales.

» Nous voudrions cependant perfectionner encore notre procédé opératoire. La plaie extérieure communiquant avec la coque osseuse laisse après la guérison une cicatrice généralement étendue et adhérente à l'os excavé; peut-être serait-il possible de réunir, par première intention, les extrémités de l'incision des parties molles, en conservant une ouverture centrale pour les injections curatives, l'écoulement des liquides et la sortie ou l'extraction des parcelles osseuses nécrosées. La plaie et la cicatrice seraient ainsi réduites à de moindres dimensions, et les membres largement évidés resteraient plus réguliers. »

Etat des globules du sang chez les invertébrés. — M. CH. ROUGET adresse une note sur les globules du sang colorés chez plusieurs animaux invertébrés.

C'est une opinion généralement admise aujourd'hui que le sang des invertébrés ne renferme que des globules incolores, analogues aux globules blancs du sang des vertébrés; et l'on a considéré l'absence de corpuscules sanguins colorés comme pouvant servir à établir une nouvelle distinction fondamentale entre les deux grandes divisions des animaux. Quelques rares exceptions à la loi générale qui paraît régir la composition du sang des animaux inférieurs, ont été écartées comme ne se rapportant pas au sang proprement dit : elles se rencontrent presque toutes dans la classe des Annélides.

Cette note a pour objet de faire connaître que chez plusieurs espèces de Tuniciers et de Radiaires le liquide nourricier, mû par l'impulsion du cœur, et seul analogue au sang, offre une coloration due, non pas au sérum, mais à des corpuscules cellulaires, et que ceux-ci possèdent dans certains cas, outre la teinte, les caractères histologiques essentiels des globules rouges du sang des vertébrés.

Il semble résulter des faits exposés dans cette note, que la présence ou l'absence de globules colorés dans le sang n'est pas en relation nécessaire avec la place qu'un animal occupe dans l'une ou l'autre des grandes divisions zoologiques, et qu'elle paraît dépendre non du type général, mais de conditions particulières à l'individu ou à l'espèce. (Commissaires : MM. Milne-Edwards et de Quatrefages.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 26 octobre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Abcès chronique simple du canal médullaire de l'humérus datant de sept ans, traité par la trépanation.

M. BROCA résume rapidement l'histoire des abcès du canal médullaire des os longs. On trouve dans les recueils d'observations du dix-huitième siècle un certain nombre de cas où la trépanation a été pratiquée sur les os longs, principalement sur le tibia, pour évacuer le pus. Il est probable que quelques-uns de ces faits sont relatifs à des abcès simples du canal médullaire; mais les chirurgiens, convaincus qu'une plaie ou une suppuration des os ne pouvait guérir sans exfoliation, c'est-à-dire sans nécrose, appliquaient après l'opération des topiques destinés à provoquer ou à accélérer cette exfoliation. On voit donc dans toutes ces observations un séquestre se détacher tôt ou tard des parois de la cavité ouverte par le trépan, et on ne peut pas savoir si ces séquestres ont été la cause des abcès ou l'effet du traitement. On ne peut savoir par conséquent si l'abcès était simple ou s'il était symptomatique d'une nécrose profonde. Quoi qu'il en soit, les symptômes propres aux abcès simples du canal médullaire étaient tout à fait inconnus à cette époque, et le premier chirurgien qui les ait décrits, qui en ait indiqué les signes et régularisé le traitement, est notre éminent collègue de Londres, M. Benjamin Brodie.

En 1824, M. Brodie se décida à couper la jambe d'un malade qui présentait un gonflement considérable du tibia, accompagné de douleurs intolérables et incoercibles. A l'examen du membre, il reconnut qu'il existait un abcès de l'extrémité inférieure du canal médullaire, et qu'on aurait pu conserver le membre en évacuant le pus au moyen de la trépanation. Cette leçon ne fut pas perdue pour lui, et quatre ans après, ayant à traiter un cas analogue, avec cette seule différence que le gonflement occupait l'extrémité supérieure du tibia, il osa appliquer en ce point une couronne de trépan, et il eut le bonheur de rencontrer du premier coup un petit abcès contenant environ deux drachmes de pus. L'opéré, dont la maladie datait de dix ans, fut guéri au bout de six mois, et le gonflement du tibia, qui était très-considérable, disparut peu à peu presque entièrement.

Depuis, tout le traitement des abcès chroniques du canal médullaire par la trépanation fut érigé en méthode. En 1846, M. Brodie avait déjà trépané et guéri six malades.

Liston en avait guéri deux autres. En 1856, rédigeant un article sur les abcès des os pour le *Dictionnaire de chirurgie* de M. Costello (*The cyclopedia of practical surgery*, vol. III, article OSTÉITE), M. Broca réunit tous les faits qu'il put trouver dans les recueils, et reconnut avec surprise que l'opération de Brodie n'avait pas encore été pratiquée sur le continent. Les abcès du canal médullaire, étudiés par M. Brodie dans deux mémoires importants, n'avaient pas été l'objet d'une description didactique, et pour combler cette lacune, M. Broca mit en œuvre dix-sept observations cliniques ou anatomo-pathologiques, qui lui permirent d'étudier méthodiquement la physiologie et la pathologie des abcès simples du canal médullaire.

Ces abcès occupent constamment l'une des extrémités du canal médullaire; ils sont en général peu volumineux, et dépassent rarement le volume d'une amande. Le gonflement considérable qui les accompagne survient graduellement, et il est dû à la formation de couches osseuses sous-périostales, qui à la longue deviennent très-épaisses, très-dures, et presque éburnées. La surface de l'os est ordinairement assez lisse. L'abcès est limité par une mince membrane pyogénique, douée sur le vivant d'une sensibilité excessive. La partie adjacente du canal médullaire est oblitérée par une masse de tissu spongieux très-dur et très-serré. Le tissu spongieux de l'épiphyse correspondante est lui-même plus dense et plus dur qu'à l'état normal. La cavité de l'abcès offre des contours réguliers.

Ces diverses lésions existent sur l'extrémité supérieure d'un tibia que M. Broca met sous les yeux de la Société, et qu'il a trouvé à l'Ecole pratique sur un cadavre d'origine inconnue. Cet os est tuméfié dans sa moitié supérieure, et est bien plus lourd et plus dense qu'à l'état normal. Sur la coupe longitudinale qui a été faite à la scie avec beaucoup de difficulté, on voit que l'abcès est situé à 5 centimètres de la surface articulaire, et qu'il occupe bien réellement l'extrémité du canal médullaire. Il est de forme ovoïde, long de 3 centimètres et large de 15 millimètres.

Au-dessous de lui le canal médullaire est oblitéré par un tissu spongieux très-dur et très-serré, dans une étendue de 7 centimètres. L'abcès est séparé de la surface de l'os par une paroi compacte et épaisse de 14 à 18 millimètres, qu'il aurait fallu traverser pour donner issue au pus. Une mince membrane pyogénique existait sur la pièce fraîche, et séparait l'os du liquide purulent, dont les caractères ont été constatés au microscope.

Les abcès chroniques simples du canal médullaire, dus dans l'origine à une médullite suppurative circonscrite, provoquent ensuite autour d'eux un travail d'ostéite condensante, qui augmente graduellement l'épaisseur et même la dureté des parois de ce canal. L'obstacle qui s'oppose à l'évacuation du pus s'accroît donc sans cesse au lieu de diminuer, de telle sorte que ces abcès peuvent persister un grand nombre d'années (vingt-cinq ans dans un cas) sans se frayer une ouverture, sans se creuser des cloaques, comme le font les abcès symptomatiques de la nécrose.

Cette affection a pour siége de prédilection le tibia (quinze cas sur les dix-sept rassemblés par M. Broca). Elle débute presque toujours entre la douzième et la dix-huitième année, et sur dix-sept malades, il y en avait quinze qui appartenaient au sexe masculin. Les symptômes sont d'abord ceux d'une ostéite profonde, et ne présentent au début rien de bien spécial; mais peu à peu il survient un gonflement plus ou moins considérable de l'extrémité osseuse, et la douleur toujours croissante ne tarde pas à devenir caractéristique. Cette douleur profonde et térébrante a son siége principal au niveau de l'abcès, et s'irradie souvent dans toute l'étendue de l'os; elle est rarement continue, presque toujours elle présente des rémissions et même des intermittences complètes revenant par crises irrégulières, dont l'intensité, la fréquence et la durée vont en s'accroissant chaque année; elle devient souvent excessive, malgré tous les traitements, au point d'empêcher complétement le sommeil pendant plusieurs semaines consécutives, et il est arrivé plusieurs fois que les malades sont venus réclamer à grands cris l'amputation.

A la suite de la trépanation, cette douleur disparaît quelquefois tout à coup; d'autres fois, elle n'est que diminuée pendant les premiers jours, après quoi elle se dissipe graduellement à mesure que la membrane pyogénique perd sa sensibilité. L'ouverture reste longtemps fistuleuse, et ne se referme ordinairement qu'au bout de cinq ou six mois.

Enfin le gonflement du squelette se dissipe en grande partie, ce qui est dû à la résorption partielle des couches osseuses nouvelles, dont la formation avait été provoquée par la présence du pus.

Tels sont les principaux résultats des recherches que M. Broca a consignées en 1856, dans son travail sur les abcès chroniques simples du canal médullaire. Grâce à cette étude particulière d'une affection fort rare, qui n'a pas encore trouvé place dans nos traités classiques, il a pu établir un diagnostic exact et un traitement convenable dans le cas suivant, qu'il communique aujourd'hui à la Société.

OBSERVATION. — Le 24 septembre dernier, dit-il, pendant mon séjour à Sainte-Foy, j'ai été consulté par M. L. Aubergier, au bourg de Gardanne, pour une affection de l'humérus dont le début remontait à douze années.

C'est un homme âgé de trente ans, d'une stature herculéenne, d'une constitution excellente, mais arrivé, par suite des douleurs presque continuelles qui le tourmentent depuis plusieurs années, à un état de maigreur très-prononcé. Sa poitrine est parfaitement saine. Il est exempt d'antécédents de scrofule, de tubercules et de syphilis.

Au mois de février 1847, par un froid très-vif et par un temps de neige, M. L..., alors âgé de dix-huit ans, fit un soir, en courant presque continuellement, un trajet de 9 kilomètres. En arrivant, il était tout trempé de sueur, et, sans avoir le temps de changer de linge, il prit part à un festin qui dura plusieurs heures. Il eut grand froid pendant le repas; le soir même, il fut pris de frisson et de fièvre, fut obligé de s'aliter le lendemain, et pendant douze jours on le crut menacé de fièvre typhoïde. Au bout de ce temps, le bras droit devint le siége d'une tuméfaction considérable, accompagnée d'une vive douleur. Trois ou quatre jours après, il devint nécessaire de pratiquer sur la partie externe et moyenne de ce membre une longue incision, qui suppura très-longtemps. On ne tarda pas à reconnaître que l'os était à nu, et depuis lors l'humérus a toujours été malade.

Dans le courant de l'année 1847, l'incision du bras se referma, mais la partie inférieure de l'humérus, près du coude, se tuméfia, et il se forma près de l'olécrâne deux abcès qui s'ouvrirent, restèrent plusieurs mois fistuleux, et laissèrent échapper chacun une lamelle d'os large et épaisse comme un ongle. Lorsque les ouvertures furent refermées, le coude était définitivement ankylosé à angle droit.

Depuis lors, onze ans se sont écoulés sans qu'il se soit formé de nouvel abcès extérieur dans la moitié inférieure de l'humérus. Mais, il y a un peu plus de sept ans, en 1852, trois abcès s'ouvrirent à la partie supérieure du bras : l'un en dedans, près de l'insertion du grand pectoral; les deux autres en dehors et en avant, vers l'insertion du deltoïde. Il sortit d'abord par les deux ouvertures inférieures plusieurs petites esquilles; puis un jour, en tirant sur une pointe osseuse qui faisait saillie, le chirurgien amena à l'extérieur un séquestre comprenant près de la moitié supérieure du corps de l'humérus (environ 12 centimètres). En très-peu de temps les ouvertures se cicatrisèrent; un os nouveau, aujourd'hui très-solide et presque régulier, maintint la longueur du membre. Le malade put se croire guéri, si ce n'est que le coude était toujours ankylosé, et que l'articulation scapulo-humérale était un peu roide; elle l'est encore, quoiqu'elle permette des mouvements assez étendus.

Aucun abcès ne s'est montré à l'extérieur depuis cette époque, c'est-à-dire pendant les sept années qui viennent de s'écouler. Mais très-peu de temps après la cicatrisation des fistules de la partie supérieure du bras, il survint dans le tiers inférieur de l'humérus, en un point qui n'a pas varié, une douleur assez vive, accompagnée d'un gonflement léger de la moitié inférieure de l'os. On pouvait croire que cette moitié inférieure allait se nécroser comme la supérieure; pourtant il n'en fut rien.

Les douleurs disparaissaient tout à fait de temps en temps, puis reparaissaient après un intervalle variable, et duraient plusieurs semaines. Dans ces dernières années, les crises devinrent plus vives, plus fréquentes et plus longues. M. le docteur Giroux, de Gardanne, vit pour la première fois le malade il y a trois ans. Il a remarqué que, quand la douleur s'exaspérait, la peau de la région externe et postérieure de la partie inférieure du bras devenait lisse et tendue, quelquefois légèrement colorée, avec empâtement des tissus subjacents; il a cru plusieurs fois qu'il allait se former un abcès, mais la résolution s'est toujours opérée sans qu'on ait pu trouver nulle part la moindre fluctuation. Après la résolution, le volume de l'os paraissait un peu accru, et M. Giroux déclare aujourd'hui que ce volume est notablement plus considérable qu'il y a trois ans.

Cependant les douleurs s'accroissaient à chaque crise nouvelle sans que rien pût les calmer. Depuis deux ans, il n'y a pas eu de rémission complète; les crises sont devenues insupportables, et plus d'une fois le malade a été privé de sommeil pendant plus d'une semaine.

Le 24 septembre, le malade me fut présenté par son ami M. Festal, vétérinaire à Gardanne; il était pâle, amaigri, et exténué par la douleur qui était continuelle; il y avait plus de vingt jours qu'il n'avait dormi, et venait me prier de lui pratiquer l'amputation.

L'extrémité supérieure de l'humérus droit, constituée par un os nouveau, était d'ailleurs saine, et à peine plus grosse que du côté opposé. A partir de l'insertion du deltoïde, le corps de l'humérus se renflait graduellement jusqu'au pli du coude. Le point où la douleur avait son centre était situé à environ 8 centimètres au-dessous de la ligne articulaire du coude ankylosé. A ce niveau, la diaphyse de l'os paraissait avoir 7 ou 8 centimètres de diamètre. La pression sur ce point n'était nullement douloureuse, quoique les chairs fussent quelque peu engorgées. Les mouvements du bras et de la main n'étaient pas douloureux non plus. La douleur était profonde, et le malade annonçait lui-même qu'elle résidait au centre de l'os.

Dans toute autre circonstance, avec de pareils symptômes, je n'aurais pas hésité à diagnostiquer un abcès simple du canal médullaire de l'humérus. Mais je ne pouvais oublier que, onze ans auparavant, deux esquilles s'étaient détachées de l'extrémité inférieure de cet os, près de l'olécrâne, et que cinq ans après une grande nécrose avait détruit toute la partie supérieure de la diaphyse. Il y avait donc eu, à deux reprises différentes, un travail de mortification, tant au-dessus qu'au-dessous de la partie actuellement malade, et je dus me demander s'il ne s'agissait pas simplement d'un séquestre invaginé, dû à la récidive, ou plutôt à la continuation de la première maladie, comme on n'a que trop souvent l'occasion de l'observer. Mais depuis sept ans que duraient les nouveaux symptômes, ce séquestre aurait eu, et bien au delà, le temps de devenir libre, et le travail d'élimination aurait dû presque nécessairement entraîner la formation de cloaques et d'abcès extérieurs. Or, il n'y avait à ce niveau aucune cicatrice, et le malade affirmait que depuis sept ans il ne s'était produit chez lui aucune suppuration appréciable. En outre, l'intensité extraordinaire de la douleur, la rémission et les exacerbations qu'elle avait présentées, étaient tellement en désaccord avec les symptômes ordinaires de la nécrose, et contrastaient d'une manière si frappante avec la marche indolente des anciennes nécroses du même malade, que la maladie actuelle me parut tout à fait différente de la première.

Je diagnostiquai donc un abcès simple du canal médullaire de l'humérus; je proposai l'opération de la trépanation, et le malade, qui avait fait d'avance le sacrifice de son membre, accepta avec empressement ma proposition.

Par malheur je n'avais pas ma boîte de trépan, et j'étais trop loin de Paris et trop rapproché de mon départ pour avoir le temps de me procurer des instruments chirurgicaux. Je m'armai donc d'une grosse vrille de charpentier de 8 millimètres de diamètre. Puis, comme je n'ignorais pas que j'avais à traverser une couche très-épaisse d'un tissu osseux très-dur et très-compacte, craignant que ma grosse vrille ne pût pénétrer sans s'émousser, je pris pour lui faire la voie une petite vrille connue sous le nom d'*avant-clou*. Je mets sous vos yeux ces deux instruments. Pour compléter mon arsenal improvisé, j'y joignis un ciseau plat d'armurier et un maillet de bois.

Le 27 septembre 1859, à trois heures de l'après-midi, je me rendis à Gardanne et je procédai à l'opération avec le concours de MM. les docteurs Broca père, Boymier, Duplais et Giroux. Le malade fut soumis à l'inhalation du chloroforme et maintenu endormi pendant tout ce temps de l'opération, qui dura près de trois quarts d'heure.

Je fis d'abord à la partie postéro-externe du bras une incision longitudinale de 8 centimètres, descendant jusqu'à 5 centimètres environ de l'articulation du coude. L'incision pénétra jusqu'à l'os à travers une couche de tissus indurés et de muscles lardacés, épaisse de 4 centimètre et demi. Je voulus, au fond de cette plaie, détacher le périoste avec la sonde cannelée; il était trop adhérent, et je dus transformer en rugine l'extrémité d'un bistouri.

Le sang coulait en abondance; je liai deux artérioles, mais l'hémorrhagie continua en nappe. Je pris le parti de tamponner la plaie avec le perchlorure de fer pour ne pas être gêné par le sang pendant la trépanation. L'écoulement de sang étant en grande partie tari, je pus examiner la surface de l'os; elle était blanche, presque lisse, et très-compacte. J'eus un instant la crainte que la dureté presque éburnée de l'os ne résistât à l'action des instruments défectueux dont j'étais armé, et je dus me résoudre à procéder avec une grande lenteur pour éviter de casser mes vrilles, dont il m'eût été ensuite presque impossible de retirer le fragment terminal.

Je savais que les abcès du canal médullaire sont toujours très-petits et quelquefois moins gros qu'une amande, et je ne pouvais guère espérer de rencontrer du premier coup la cavité de l'abcès avec des instruments d'un petit diamètre. En outre, j'étais privé d'un point de repère fort précieux en pareil cas; le coude était ankylosé, et je ne pouvais déterminer avec exactitude le niveau de la ligne articulaire;

la situation de l'extrémité inférieure du canal médullaire, que je cherchais, ne pouvait donc être reconnue par des moyens anatomiques précis. Je résolus donc de faire successivement de bas en haut plusieurs perforations successives, situées à 2 centimètres de distance les unes des autres. Je me proposais de faire ainsi, au besoin, jusqu'à trois perforations ; si aucune d'elles n'avait rencontré l'abcès, j'aurais fait sauter au ciseau les ponts intermédiaires ; enfin, si le pus n'était pas venu, j'aurais confié à la nature le soin de l'évacuer consécutivement.

Je fis le premier trou à environ 2 centimètres de l'extrémité inférieure de mon incision, c'est-à-dire à 6 centimètres du niveau présumé de la ligne articulaire du coude ankylosé. La petite vrille pénétra très-difficilement, et, pour faire avancer la grosse, je dus employer une grande force. J'étais obligé de retirer souvent mon instrument, parce qu'il s'échauffait beaucoup, malgré le contact du sang. Arrivé à une profondeur d'un demi-centimètre, la résistance diminua un peu ; enfin je pénétrai dans un tissu spongieux très-dense, dont je retrouvai quelques fragments reconnaissables dans la cuiller de la vrille. A 4 centimètres je m'arrêtai. Il était clair que j'avais manqué l'abcès. Je recommençai donc à 2 centimètres plus haut.

Je parvins de nouveau, avec la même lenteur et la même difficulté, à une profondeur de 2 centimètres et demi. Je sentis alors la résistance diminuer, et je retirai la vrille ; mais il ne s'écoula que du sang. Il y avait dans la cuiller un peu de tissu spongieux, et je me demandais déjà s'il fallait creuser davantage ou passer à la troisième perforation, lorsque mon père s'écria tout à coup qu'il voyait le pus ; on apercevait, en effet, une strie blanche sur le sang. Je pénétrai aussitôt dans le foyer avec une sonde cannelée, et j'eus la satisfaction de voir s'écouler une quantité de pus que nous évaluâmes au volume d'une amande. J'étais soulagé d'un grand poids.

En explorant avec un stylet recourbé la cavité de l'abcès, je reconnus que je n'avais atteint que la partie la plus inférieure de cette cavité, qui se prolongeait au-dessus de ma dernière perforation dans une étendue d'environ 2 centimètres. Il me parut nécessaire d'ouvrir au pus une voie plus large et plus directe. Je fis donc avec une grosse vrille une troisième perforation, située à 1 centimètre au-dessus de la seconde ; puis je fis sauter avec le maillet et le ciseau les ponts intermédiaires. J'obtins ainsi une gouttière étroite et profonde qui aboutissait à l'abcès. Je l'élargis ensuite au ciseau jusqu'à ce qu'elle eût 1 centimètre de large, et je pus alors introduire le petit doigt dans le foyer purulent, qui était très-régulier, elliptique, long de plus de 2 centimètres, large d'environ un demi, et tapissé intérieurement d'une membrane lisse ; cette membrane était douée d'une sensibilité extraordinaire. Quoique le malade fût encore endormi et insensible partout ailleurs, le moindre attouchement sur cette membrane provoquait des cris et des mouvements dont il n'a du reste gardé aucun souvenir. En explorant la cavité soit avec le doigt, soit avec la sonde, nous nous assurâmes qu'il n'y avait aucune dénudation, aucune anfractuosité, aucune trace de carie ou de nécrose. Notre abcès était par conséquent un abcès chronique simple du canal médullaire. Il était séparé de la surface de l'os par une couche compacte épaisse de 16 millimètres. Je vous présente le pont osseux qui existait entre la deuxième et la troisième perforation, et que j'ai fait sauter au ciseau ; sa plus grande longueur, qui est de 16 millimètres, représente l'épaisseur de la paroi de l'abcès. Le tissu de ce fragment d'os est d'une dureté éburnée très-supérieure à celle du tissu compacte ordinaire, et les deux faces qui ont été coupées par le ciseau sont devenues presque polies sous la pression de l'instrument.

J'introduisis une étroite et longue mèche de charpie dans la cavité de l'os, et je pansai la plaie avec de légers bourdonnets de charpie.

La nuit qui suivit l'opération fut assez pénible. Le malade souffrait beaucoup dans sa plaie ; cette douleur, suivant lui, différait entièrement par son siége et par sa nature de celle qu'il éprouvait avant l'ouverture de l'abcès. Il y eut néanmoins un peu de sommeil, fréquemment interrompu.

Le lendemain matin, 28 septembre, quoique seize heures à peine se fussent écoulées depuis l'opération, M. Giroux trouva toutes les pièces de pansement imbibées de pus. Il renouvela le pansement extérieur sans enlever la mèche, qui resta en place jusqu'à ma visite du 29. Les pansements ont dû être faits matin et soir pendant plusieurs jours, à cause de l'abondance de la suppuration.

L'opéré avait eu la fièvre pendant la nuit du 27 au 28, et l'avait gardée jusque vers la matinée du 29. Ce jour-là il se trouva sensiblement mieux, prit avec plaisir un peu de viande, et à quatre heures du soir, quand je vins lui faire ma seconde et dernière visite, je le trouvai installé dans un fauteuil. Le pouls était à 84 ; la langue était à peine chargée, le facies assez bon ; il n'y avait plus qu'une douleur légère et superficielle. L'ablation des pièces extérieures du pansement ne fut nullement douloureuse, mais quand j'enlevai la mèche le malade souffrit beaucoup. Celle-ci ne fut pas remplacée. J'appliquai un pansement simple avec le linge troué. Je dois ajouter que les lèvres de la plaie étaient recouvertes d'une mince couche de lymphe plastique étalée sous forme de fausses membranes.

Le traitement consécutif a été dirigé par M. le docteur Giroux, médecin de M. L...

Voici maintenant les renseignements que m'ont fournis mon père et mon confrère M. Boymier, sur les suites ultérieures de l'opération :

Le 30 septembre, fausses membranes plus épaisses que la veille ; plaie très-douloureuse. — Pansement au jus de citron, diète.

Dans la nuit du 30 au 31, fièvre, insomnie, diarrhée intense, douze selles en quelques heures. (Il y a dans le pays beaucoup de cas de dysenterie.) — Lavements laudanisés.

Le 1er octobre, les fausses membranes disparaissent ; la diarrhée est arrêtée. — Vin de quinquina. L'appétit renaît, le sommeil revient.

Le 2, une demi-ration.

Le mieux continue les jours suivants. Appétit presque normal ; l'opéré commence à se promener ; la douleur diminue peu à peu. La suppuration, extrêmement abondante pendant les premiers jours, commence à diminuer à partir du 9 octobre. Les deux extrémités de la plaie sont en bonne voie de cicatrisation.

Du 10 au 15, trois petits fragments osseux, dont le principal a environ 3 millimètres de diamètre, tombent dans les pièces du pansement.

Le 17, état très-satisfaisant, douleur fort modérée qui décroît de jour en jour ; l'appétit est revenu avec le sommeil. Les bourgeons charnus forment une couche continue, interrompue seulement au niveau de la partie moyenne de l'abcès. Il se forme évidemment en ce point une fistule qui ne pourra se refermer que longtemps après la cicatrisation du reste de la plaie. Deux autres petits fragments d'os, semblables aux râclures que j'ai ramenées avec la vrille pendant l'opération, sont sortis par cette ouverture du 17 au 20.

Le 21, nuit anxieuse.

Le 22, léger gonflement ; plaie grise, recouverte d'une mince fausse membrane. — Pansement au jus de citron.

Le 23, la plaie est redevenue vermeille, le gonflement est dissipé.

Le 24 et le 25, à la partie moyenne de la plaie les bourgeons charnus s'écartent pour laisser passer deux esquilles minces et irrégulières, longues d'un centimètre environ, et paraissant être dues à une exfoliation superficielle des bords de la mortaise, ou de la surface de l'os qui a été ruginée avant la trépanation, et qui a de plus subi le contact du perchlorure de fer. L'état général est excellent, la douleur est dissipée. L'opéré se promène toute la journée. Il se propose de faire demain un trajet de 9 kilomètres pour aller voir mon père à Sainte-Foy.

Il est digne de remarque qu'avant l'opération, le malade, outre les douleurs atroces qu'il ressentait dans le bras, éprouvait dans la main correspondante une chaleur insupportable avec une sueur abondante et presque continuelle. Depuis l'opération, cette chaleur et cette sueur ont été en décroissant comme la douleur, et ont fini par disparaître.

Il s'écoulera encore plusieurs mois sans doute avant que la guérison soit complète. Il m'est permis d'espérer que mon opéré sera aussi heureux que l'ont été ceux de Liston et de Brodie. Je vous communiquerai plus tard la fin de l'observation, mais je n'ai pas voulu attendre jusque-là pour vous entretenir d'un fait rare et déjà instructif. C'est la première fois, à ma connaissance, qu'on observe soit sur le vivant, soit sur le cadavre, un abcès du canal médullaire de l'humérus. M. Brodie a cru une fois à l'existence d'un de ces abcès, et a trépané l'humérus sans trouver de collection purulente. C'est la seule erreur de diagnostic qu'il ait commise en ce genre, et il est bon d'ajouter que le malade, à la suite de la trépanation, fut complétement délivré des douleurs atroces qui avaient fait croire à l'existence d'un abcès.

Une circonstance qui pourrait permettre à l'avenir d'éviter une semblable erreur de diagnostic, c'est que chez ce malade la tuméfaction osseuse occupait la partie moyenne du corps de l'humérus. Or, les abcès chroniques simples du canal médullaire n'ont été rencontrés jusqu'ici qu'à l'extrémité de ce canal. Il est probable que lorsque la suppuration se produit dans la continuité de la moelle, la paroi compacte adjacente est inévitablement condamnée à la nécrose, au moins dans ses couches internes, tandis qu'à l'extrémité du canal cette paroi moins épaisse, moins compacte et plus vasculaire, peut échapper à la mortification, pourvu que la sécrétion du pus s'effectue assez lentement.

L'observation de M. Broca donne lieu à une discussion.

M. MICHON rappelle qu'il y a six ou sept ans, il reconnut sur un de ses malades de la Pitié un abcès du tibia. Les signes qui lui servirent à établir son diagnostic sont ceux qui ont été indiqués un peu partout, et qui, en particulier, ont été bien décrits par Auguste Bérard. A l'aide d'une couronne de trépan il tomba sur la collection purulente. Il n'y avait aucun séquestre, et une guérison définitive fut obtenue.

Cinq ou six ans après le même malade revint à l'hôpital éprouvant de vives douleurs dans la partie supérieure du tibia du côté opposé. Quoique le diagnostic ne parût pas aussi certain que la première fois, M. Michon eut recours à la trépanation de l'os, qui fut trouvé notablement hyperémié ; mais il n'y avait pas de pus. Le malade parut guéri pendant sept ou huit mois. Après ce temps les douleurs reparurent. Depuis on n'a rien fait de nouveau. Cette observation n'a pas été publiée.

M. GOSSELIN voudrait savoir s'il peut y avoir un abcès dans le tibia, alors qu'il n'existe aucun gonflement de l'os.

M. BROCA répond que ce signe n'a jamais manqué dans les cas qui sont connus.

M. GOSSELIN, continuant, raconte le fait suivant : J'ai observé il y a quelque temps une jeune femme qui, à la suite d'une contusion, éprouvait des douleurs vives et presque continuelles à la partie supérieure du tibia. Il n'y avait aucun gonflement appréciable ni dans l'os ni dans les parties environnantes. Après avoir, pendant plusieurs mois, essayé sans succès de moyens divers, je me décidai, après de nombreuses hésitations, à proposer la trépanation, et je l'aurais faite si la malade ne s'y était absolument refusée. Je n'ai parlé de ce cas, ajoute M. Gosselin, que parce que j'ai été longtemps embarrassé sur le parti que je devais prendre. Cette malade a quitté mon service depuis deux ans, et j'ai appris récemment que les douleurs n'avaient pas cessé.

M. HOUEL dit qu'on peut voir au musée de la Faculté deux ou trois exemples d'abcès du tibia. Dans l'un d'eux le gonflement de l'os et la cavité occupée par le pus sont beaucoup plus considérables que sur la pièce montrée par M. Broca. Il croit qu'on le doit à Auguste Bérard, et que l'observation en a été publiée.

Quant à la douleur, il la considère comme un excellent signe. C'est en se laissant guider par ce caractère que Duverney a fait deux trépanations, et dans les deux cas il a trouvé du pus.

M. RICHET. Quand je me suis occupé de la question des tumeurs blanches, j'ai eu occasion de scier un très-grand nombre d'os, et j'ai souvent rencontré des collections purulentes dans leur intérieur. J'ai relaté ces faits dans mon mémoire, qui se trouve publié dans ceux de l'Académie de médecine. Ces abcès sont quelquefois multiples, j'en ai rencontré jusqu'à six. Je me demande si pour ces cas la trépanation serait véritablement utile. On pourrait en vider deux ou trois, mais les autres ! Et d'ailleurs, il y a toujours ostéite dans ces circonstances. Elle constitue même la maladie principale, et je ne vois pas ce que pourrait la trépanation contre une pareille complication.

M. BROCA. Il faut bien se garder de confondre tous ces cas. Ceux de Duverney avaient tous une origine traumatique. Ceux dont a parlé M. Richet avaient un siége différent; ils existaient dans le tissu spongieux. La maladie décrite par M. Brodie, au contraire, est une inflammation suppurative de l'une des extrémités du canal médullaire. Le pus s'enkyste dès le début, et jouant alors le rôle de corps étranger, il produit l'hypertrophie de l'os, qui augmente considérablement de volume. Le fait cité par M. Michon permet de supposer une récidive. Toutefois, M. Brodie a vu un de ses malades dix ans après l'opération, et la guérison s'était maintenue. Enfin, je dois signaler une différence entre les malades de M. Richet et ceux dont j'ai voulu parler. Les premiers étaient des scrofuleux, tandis que les autres avaient une constitution excellente à l'époque du début de l'affection.

M. RICHET. Je sais qu'il faut distinguer les abcès du tissu spongieux et ceux du canal médullaire; mais je crois avoir établi dans mon mémoire qu'il existe aussi de vives douleurs dans les collections purulentes qui se développent dans la partie spongieuse des os. Ce fait, d'ailleurs, n'avait pas échappé à M. Brodie.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Conformément aux dispositions du décret du 12 juin 1856 et par décision du 24 octobre dernier, le ministre de la guerre a nommé à 78 emplois d'élève du service de santé militaire à l'école instituée près la Faculté de médecine de Strasbourg les candidats dont les noms suivent :

Élèves à douze inscriptions. — Fachan, Calvo, Roux, Breton, Laurent.

Élèves à huit inscriptions. — Drouineau, Chassagne, Merviel, Brouillet, Sarniguet, Boell, Sommeillier, Willigens, Maignac, Nogier, Morisson, Jacquez, Courtois, Beltz, Bertrand, Klée, Cenac, Balle, Malabard, Leblan, Flament, Gobert, Thomas, Lanoaille-Lachèze, Goguet, Louis, Sabathier, Dengler, Talon, Renard, Romand-Picquand, Fritsch dit Lang.

Élèves à quatre inscriptions. — Brousson, Bleicher, Blondel, Cros, Larret-Lamalignie, Thurel, Nicolet, Gérard, Planque, Vanmerris, Rheims, Duchemin, Delalande, Popis, Josien, Beauliès, Donnezan, Driout, Vial, Pingaud, Phelippon, Protin, Hériot, Lomet, Savoye, Aubert, Delmas, D'Hennezel, Fabriès, Arnaud, Crouzillard, Bontemps, Bertelé, Sonrel, Moutet, Puyvarge, Cuvillon, Caillard, Hahn, Rinaldi, Capitrel.

— Le concours pour les prix de l'internat a commencé vendredi dernier 4 novembre.

Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes :

1° Internes de 3e et de 4e année : *Région sus-hyoïdienne; grenouillette.*

2° Internes de 1re et de 2e année : *glotte, œdème de la glotte.*

— La séance solennelle de rentrée des Facultés et de l'École de pharmacie de Montpellier aura lieu le 15 novembre. C'est M. Wolf, professeur à la Faculté des sciences, qui doit prononcer le discours d'usage.

— Un concours pour trois places d'agrégés stagiaires (section de médecine proprement dite et de médecine légale) doit s'ouvrir devant la Faculté de médecine de Montpellier le 1er décembre prochain. Les candidats inscrits sont : MM. Barbaste, Batigne, Battle, Bertin, Blanc, Castan, Dumas, Espagne, Ronzier-Joly, Vignal.

— Un concours pour une place d'agrégé stagiaire près la même Faculté (section de chirurgie et d'accouchements) y sera ouvert le 1er février 1860.

— Par décision de la commission administrative des hôpitaux et hospices civils de Toulouse, M. le docteur Dedieu a été nommé chirurgien chef interne à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

— A l'occasion de l'anniversaire de la vingt-cinquième année de la fondation de l'Université de Bruxelles, il y aura une grande solennité dans cette ville. Le samedi 19 novembre, M. le bourgmestre réunira dans un grand banquet, à l'hôtel de ville, l'administration de l'Université et tout le corps professoral, tous les membres du conseil communal, de la députation permanente et de l'administration des hospices.

Le lendemain dimanche, à une heure, aura lieu à l'hôtel de ville, dans la salle gothique, la séance solennelle, qui sera présidée par M. Ch. de Brouckere. M. Verhaegen, inspecteur-administrateur de l'Université, ainsi que M. le bourgmestre, y prononceront un discours.

A six heures du soir, aura lieu un grand banquet où se trouveront réunis toute l'Université, le conseil communal, l'administration des hospices, le gouverneur, la députation permanente et tous les anciens étudiants de l'Université, disséminés aujourd'hui dans toute la Belgique, où ils occupent des positions diverses. On compte que le banquet réunira au moins quatre cents convives. (*Presse méd. belge.*)

— L'organisation du service sanitaire de l'armée anglaise se poursuit avec activité. On vient de s'occuper de celle de son administration supérieure.

Il a été établi près du directeur général un conseil composé de trois membres choisis par le secrétaire d'État pour la guerre parmi les médecins militaires les plus distingués. Les attributions de ce conseil se divisent en trois branches : l'hygiène, la statistique et le service médical proprement dit. M. le docteur Logan, inspecteur général, est à la tête de la division d'hygiène; la direction de celle de statistique est confiée au docteur Balfour, vice-inspecteur général, si connu par sa coopération aux *Tableaux statistiques des maladies et de la mortalité des militaires dans les possessions anglaises* ; enfin, le service médico-chirurgical proprement dit est dirigé par le docteur Mapleton, vice-inspecteur général. (*Arch. belges de méd. milit.*)

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa séance le mercredi 9 novembre.

Ordre du jour : 1° Analyse de l'ouvrage de M. Lamarche sur la politique et la religion, par M. Delasiauve ; 2° de l'iridectomie partielle dans le glaucome et autres affections de l'œil, par M. Coursserant.

— La Société d'anthropologie de Paris a repris ses travaux jeudi dernier 3 novembre, à trois heures de l'après-midi, dans son nouveau local, rue de l'Abbaye, 3.

Les séances ont lieu le premier et le troisième jeudi de chaque mois, à trois heures.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 131. — JEUDI 10 NOVEMBRE 1859. (32e ANNEE.) N° 131. — JEUDI 10 NOVEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 NOVEMBRE 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Les eaux potables ou non potables de Vichy ont encore occupé une partie de cette séance. Une lettre de M. Ferrus en réponse à celle de M. Noyer; une lettre de la commission municipale de Vichy portée à la tribune par M. Durand-Fardel, qui a joint à cette communication l'exposé de l'analyse qu'il a faite, avec le concours de M. Lefort, des eaux des puits et sources qui alimentent la population de Vichy ; tels sont les nouveaux éléments contradictoires apportés au débat, et que la commission des eaux minérales aura à apprécier. Quelques observations échangées à l'occasion de la communication de M. Durand-Fardel, ont failli déchaîner une nouvelle tempête sur ces pauvres sources de Vichy, naguère si calmes et aujourd'hui si profondément agitées ; ce que voyant, les prudents de l'Académie se sont empressés de conjurer le danger, en réclamant le renvoi à la commission.

Le calme ainsi rétabli, l'Académie a entendu avec intérêt la lecture d'un très-bon mémoire de M. A. Becquerel, sur le traitement des névralgies par les courants électriques à forte tension. — Témoin de quelques-uns des essais de Magendie, dans lesquels il avait déjà puisé l'idée d'appliquer au traitement des névralgies la méthode qui fait le sujet de ce mémoire ; conduit plus tard, par la publication des idées de M. Duchenne sur l'électrisation cutanée, à essayer cette dernière médication, M. Becquerel a mis à profit le souvenir des succès dont il avait été témoin et les insuccès de ses propres essais pour formuler une nouvelle méthode, fondée sur cette donnée physique, savoir : que lorsqu'on fait circuler un courant direct et continu d'une certaine intensité dans un nerf, et qu'on prolonge son action, on engourdit momentanément la sensibilité et la motilité de ce nerf, tandis qu'avec un courant inverse on excite au contraire la sensibilité et la motilité.

Mais comme l'application des courants continus au traitement des névralgies est très-difficile, M. Becquerel s'est servi de machines magnéto-électriques puissantes, après avoir constaté qu'on obtient des effets semblables lorsqu'on fait circuler dans un nerf atteint de névralgie des courants de même sens ou alternativement contraires, fournis par une de ces machines, mais à la condition d'opérer rapidement la rotation, de telle sorte que les intermittences soient aussi courtes que possible. Telle est la méthode à laquelle M. Becquerel donne le nom de méthode électrique hyposthénisante, à raison de son action sédative sur la douleur nerveuse, par opposition au mode d'action par stimulation révulsive, attribué par M. Duchenne à sa méthode d'électrisation cutanée. On trouvera dans le compte rendu un exposé plus détaillé des effets de cette méthode, dont nous n'avons voulu ici qu'énoncer seulement le principe. Quant aux applications, dont les résultats seraient des plus satisfaisants, d'après le petit résumé statistique qu'en a présenté M. Becquerel dans la deuxième moitié de son travail, nous les ferons connaître dans un prochain article. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MANEC.

Observation de hernie crurale. — Étranglement récent. — Opération. — Guérison.

(Recueillie par M. DESPRES, interne.)

La femme D..., dévideuse de soie, entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Rose, n° 12, le 22 août 1859, avec une hernie crurale étranglée, accompagnée de coliques violentes, de hoquet et de vomissements bilieux.

Depuis douze ans, la femme D... portait une hernie dont la réductibilité et le petit volume l'avaient détournée de consulter un médecin.

Deux ou trois fois cependant la tumeur ne s'est point réduite pendant quelque temps. Il y a un mois, à la suite d'un semblable accident, la malade, qui avait conçu des inquiétudes, consulta un médecin qui réduisit la bernie, mais elle ne fit point usage de bandage. Du reste, quoique maigre, elle était jusque-là d'une bonne santé.

Depuis le matin huit heures que l'étranglement s'est manifesté, les accidents croissent d'intensité.

A droite, une tumeur existe au pli de l'aine, à l'union du tiers interne avec le tiers moyen ; elle est globuleuse, très-résistante. La peau a conservé sa coloration et sa chaleur normales, et glisse facilement sur la tumeur. Il est aisé de reconnaître à ces signes une hernie crurale étranglée.

L'interne, après quelques tentatives de réduction restées sans effet, fait mettre la malade au bain et renouvelle les tentatives de taxis avec précaution ; la bernie paraissait être de celles que des tentatives de réduction forcée compliquent gravement. M. Manec fut prévenu.

Le chirurgien arrive à quatre beures un quart, et après un examen attentif et quelques tentatives de réduction, déclare l'opération nécessaire. Voici comment il procède : un pli est fait à la peau, perpendiculairement au pli de l'aine, et le chirurgien obtient par transfixion, à la partie moyenne du pli formé, une incision parallèle au pli de l'aine.

Les tissus sous-cutanés sont incisés couche par couche, à savoir les deux feuillets du fascia superficialis; les vaisseaux sous-cutanés sont rejetés en dehors, et le sac apparaît en dedans du fascia cribriformis ; M. Manec en saisit une très-petite partie avec une pince et l'ouvre avec un bistouri tenu à plat. Il s'écoule un liquide séro-sanguinolent assez abondant, et la petite ouverture est transformée en une grande incision au moyen des ciseaux.

L'intestin mis à nu est examiné ; il ne présente point de traces de gangrène, il est violacé, et cette couleur est due à une forte congestion de ses tuniques ; il n'y a point d'adhérences, les parois du sac ont perdu toutefois le poli propre aux membranes séreuses. En un mot, la hernie est étranglée par inflammation.

Le collet du sac est exploré avec l'index de la main gauche ; le chirurgien, guidé par ce doigt, porte son bistouri boutonné directement en haut, et le débridement est accompli, les aides tirant sur les parois du sac de manière à porter le collet en bas et en avant.

L'intestin, attiré un peu hors de l'anneau, ne présente point au niveau de l'étranglement une constriction trop violente ; sa réduction est facile. L'opération terminée, il n'y a aucun écoulement sanguin, quoiqu'il n'ait été fait aucune ligature, et la malade, qui n'a pas été chloroformée, n'a ressenti que peu de douleur.

Un pansement simple est appliqué; des compresses triangulaires recouvrent le pansement, et un bandage triangulaire maintient les pièces de l'appareil.

Des onctions avec de l'axonge chauffée sont faites sur tout le ventre, qui reste couvert d'un morceau de flanelle. M. Manec prescrit ces onctions, dans la pensée de combattre les dispositions à la péritonite, si redoutable alors.

Un lavement purgatif est administré à buit beures. La malade boit du chiendent, du tilleul et un julep huileux.

La nuit, il y eut encore quelques boquets, mais sans vomissements. Deux selles peu abondantes ont soulagé la malade.

Le 23, il y a du mieux ; un peu de sensibilité du ventre autour de la plaie. Deux selles. — Même traitement. Le soir, bien ; plus de fièvre.

Le 24, le pansement est renouvelé ; il n'y a pas de traces d'inflammation au niveau de la plaie. — Même traitement. Le soir, même état; une selle.

Le 25, pansement ; la plaie ne suppure point, mais il a coulé un peu de sérosité sanguinolente. — Même traitement. Le soir, point de selles ; lavement huileux.

Le 26, il y a eu une selle peu abondante pendant la nuit. Pansement, encore la sérosité sanguinolente. — Bouillons ; émulsion avec huile de ricin, 15 grammes. Le soir, pas de selles ; huile de ricin, 15 grammes; lavement émollient trois beures après.

Le 27, plusieurs selles la nuit ; le matin, nouvelles selles. La malade se trouve bien et demande à manger ; le ventre n'est presque plus sensible. — Bouillons, une côtelette ; lavement émollient. Le soir, très-bon état.

Le 28, selles naturelles pendant la nuit. Pansement. La suppuration n'est pas encore établie. Appétit. — Une portion; même traitement et pansement. Le soir, bien.

Le 29, même état, même traitement. Le soir, bien.

Le 30, les onctions avec l'axonge sont supprimées, le ventre n'étant plus sensible au toucher. La suppuration s'établit à la plaie ; bien général et bon appétit.

Les jours suivants, le pansement fait avec soin amène une cicatrisation prompte. La malade mange deux et trois portions.

Le 10 septembre, la plaie est presque cicatrisée ; un bandage crural accordé à la malade ne peut être appliqué encore. Quelques cautérisations activent la guérison de la plaie.

FEUILLETON.

LE CATALEPTIQUE DE L'ASILE DE ROME.

Parmi les diverses affections qui constituent le cadre nosologique, il en est une, heureusement fort rare, qui appartient au groupe des névroses extraordinaires, et dont les manifestations sont aussi étranges, aussi protéiformes, que ses phases sont variables et imprévues : je veux parler de la catalepsie. Le médecin qui n'a jamais eu l'occasion de donner des soins à un cataleptique, accueillera toujours avec défiance les récits bizarres qui lui seront faits sur cette maladie, tant ils pourront lui paraître peu vraisemblables. Là, plus que pour toute autre chose, *pour croire, il faut avoir vu.* Cependant les faits n'en existent pas moins, et malgré tout ce que ce préambule peut avoir de peu encourageant, je désire exhumer de mon calepin de voyage l'observation assez curieuse, ce me semble, d'un des sujets du Saint-Père.

Le 26 octobre 1857, l'un de nos plus honorables confrères de Paris, aussi connu par son érudition profonde et variée que par son esprit original et brillant, M. le docteur Cerise, fit à la Société médico-psychologique une communication orale relativement à un malade atteint d'un état très-singulier de catalepsie, qu'il avait observé quelques semaines auparavant à l'Asile des aliénés de Rome. Je fus, à cette époque, vivement frappé de ce que nous rapporta M. Cerise ; mais j'étais loin de me douter alors que les circonstances me permettraient un jour de voir moi-même ce malade : c'est cependant ce qui est arrivé.

Le 10 avril 1859, j'ai visité l'Asile de Rome, et mon premier soin a été de demander à M. le docteur Gualandi, médecin en chef de cet établissement, de vouloir bien me faire voir — s'il vivait encore — le cataleptique dont il avait été un jour question à la Société médico-psychologique de Paris. Quelques minutes après, j'étais introduit dans une infirmerie assez longue, où un seul lit se trouvait occupé au milieu de la salle, à gauche. Là, je me trouve en face d'un bomme paraissant âgé de quarante-huit ans environ, au teint bistre, à la face très-amaigrie, placé dans le décubitus dorsal, conservant l'immobilité, ayant invariablement les yeux fermés aux trois quarts et respirant sans force et sans bruit; sa bouche demeure à demi close et laisse apercevoir des dents horriblement sales et recouvertes de fuliginosités fort épaisses, et en examinant attentivement ce malade, il est très-difficile de savoir s'il est dans l'état de veille ou s'il est plongé dans une espèce de demi-sommeil.

Je continuai à passer en revue l'habitude extérieure du corps, et, en découvrant le malade, je n'eus réellement devant moi qu'un véritable squelette. La maigreur de ce malheureux est si hideuse qu'elle dépasse de beaucoup celle que nous observons chez les phthisiques ou les cancéreux qui succombent à la période ultime du marasme et de la cachexie. J'appliquai la main sur la région épigastrique et sur l'abdomen, afin de voir si je ne découvrirais pas par basard la présence d'une tumeur spéciale; mais tout me sembla parfaitement dans l'ordre physiologique. Je lui pris alors successivement un bras et une jambe, les deux bras ou les deux jambes, et je communiquai à ces membres une attitude étrange et contraire à toutes les lois de la pesanteur. Les mouvements imprimés par moi persistèrent jusqu'à ce que je les fisse cesser de mon plein gré.

L'insensibilité à la peau existe d'une façon très notable, mais ce phénomène n'est cependant pas aussi développé que nous avons pu l'observer chez certains lypémaniaques à la plus baute puissance.

J'en étais là de mon examen, lorsque je m'informai de tous les commémoratifs de l'observation : ils étaient à peine consignés sur une feuille volante, et l'on put seulement me dire que cet homme avait exercé à Rome la profession de sellier; que l'invasion de sa névrose remontait à cinq années, mais qu'il n'était à l'Asile que depuis trois ans et demi; que lors de son entrée on avait remarqué qu'il était d'une constitution très-robuste, d'un tempérament lymphatico-bilieux ; que sans être obèse il était fortement musclé, gros et gras; qu'on l'avait d'abord vu sombre et taciturne, et qu'il était rapidement arrivé à être presque étranger aux choses du monde extérieur.

Je m'enquis sur ces entrefaites du régime alimentaire que l'on faisait suivre au malade, et il me fut répondu qu'il était absolument impossible de lui faire prendre sa part de la ration commune, et qu'il ne mangeait que du pain et très-rarement un peu de bœuf bouilli. C'est alors que le surveillant de la division des hommes me confirma ce que M. Cerise avait déjà relaté à la Société, à savoir : que le malade était entièrement insensible à la parole du médecin, de ses élèves, de l'aumônier et des infirmiers, et qu'au surveillant de la division *seul* avait été exceptionnellement dévolu le don de se faire entendre. Lui seul était obéi, lui seul pouvait le faire manger. En effet, je fis des tentatives multipliées sinon pour faire parler ce malheureux homme, du moins pour en tirer un son : il resta impassible et muet. Je priai que l'on me donnât du pain, et je le lui présentai : il conserva la même immobilité.

A bout d'efforts et un peu de patience, très-désireux d'autre part d'assister au repas du malade, je dis au surveillant de vouloir bien d'abord le faire parler devant moi. Le surveillant l'appela par son nom : il répon-

Le 17, le bandage peut être porté ; la malade se lève, ses forces reviennent. Elle sort le 23 septembre 1859, parfaitement guérie.

Réflexions. — Un étranglement portant sur une hernie crurale moyenne a été levé par une opération régulière et que rien n'a compliqué ; une guérison prompte a suivi un traitement attentif.

Le cas offre cependant quelques particularités dignes d'être signalées. Bien que les symptômes d'étranglement ne remontassent qu'à huit ou neuf heures, l'inflammation des parties profondes était déjà avancée ; la face interne du sac avait perdu de son poli, le liquide qu'il contenait était floconneux, rougeâtre ; l'intestin était presque noir. Ces faits indiquent que si l'opération eût été différée, le résultat n'en aurait probablement pas été aussi heureux.

Dans le *Manuel opératoire*, le procédé pour faire l'incision cutanée auquel M. Manec a toujours recours, outre qu'il assure une grande régularité à la plaie, préserve aussi très-sûrement les parties profondes, qu'il importe tant de ménager.

Ajoutons que le rétablissement du cours des matières a été provoqué quelques heures après l'opération, et que l'administration d'un lavement purgatif a produit cet effet salutaire sans surexciter l'intestin, ainsi que le redoutent quelques chirurgiens. M. Manec a remarqué depuis bien longtemps que la stagnation des matières stercorales était bien plus apte à produire l'entérite ou l'entéro-péritonite que ne l'est l'action des laxatifs administrés avec prudence et ménagement.

Hernie crurale étranglée, entéro-épiplocèle. — Opération. — Le lendemain de l'opération présence d'une nouvelle portion d'épiploon entre les bords de la plaie. — Réunion des bords de la plaie par la suture entortillée. — Guérison.

(Observation recueillie par M. Georges Beaumetz, interne.)

La nommée Jeanne M..., âgée de 46 ans, couturière, demeurant rue Guisarde, n° 19, entre le 22 septembre 1859 à l'hôpital de la Charité ; elle est couchée au n° 18 de la salle Sainte-Catherine.

Cette femme, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, ordinairement bien réglée, est atteinte depuis à peu près trois ans d'une hernie du cô é droit ; la malade attribue cette hernie à uu violent effort qu'elle fit à cette époque pour soulever une terrine pleine d'eau ; cette hern e est d'ailleurs peu volumineuse ; elle ne provoque aucune douleur, et rentre en partie avec facilité. La malade n'a jamais porté de bandage.

La veille de son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 21 septembre, cette malade, qui était atteinte depuis quelques jours d'une bronchite intense, ressentit tout à coup une très-vive douleur dans sa hernie en voulant accrocher un objet à un porte-manteau assez élevé : il était huit heures du soir ; la douleur fut bientôt suivie de coliques très-vio- [illegible] la marche est impossible, et on ramène la malade chez elle en voiture. Un médecin, appelé de suite, essaye mais en vain de faire rentrer la hernie ; il fait appliquer de la glace sur la tumeur. Pendant la nuit les vomissements ne cessèrent pas, la douleur se calma un peu.

Le lendemain, 22 septembre au matin, le même médecin fit de nouveaux mais inutiles efforts pour réduire la hernie ; il conseilla alors à la malade d'entrer à l'hôpital de la Charité.

L'interne de garde fait encore quelques tentatives de taxis qui restent sans résultat. M. Manec, qui fait le service en l'absence de M. Velpeau, est alors appelé, et voici dans quel état il trouve la malade : il est quatre heures de l'après-midi ; la face est rouge, vultueuse, couverte de sueur ; la peau est chaude, le pouls est fréquent ; il y a à tout moment des vomissements bilieux ; depuis l'accident la malade n'a pas été à la selle.

Si l'on passe à l'examen local, on trouve dans la région inguinale droite une tumeur ovalaire dont le grand axe est parallèle au pli de l'aine ; sa position élevée fait croire un moment à une hernie inguinale ; mais en cherchant à bien déterminer les rapports de son pédicule, comme nous l'indique M. Manec, on s'assure qu'il est au-dessous du ligament de Fallope, et que par conséquent ce doit être une hernie crurale. Cette tumeur est d'une dureté presque uniforme, seulement à sa partie interne on sent un point globuleux plus résistant que partout ailleurs. La peau est rouge, tendue ; la pression est douloureuse, le ventre est ballonné, etc. Les quintes de toux que la bronchite ne cesse de provoquer, aggravent singulièrement l'état de la malade.

M. Manec, en face de tous ces symptômes, diagnostique une hernie crurale étranglée, et après quelques essais de réduction très-douloureux et restés sans effet, il procède immédiatement à l'opération.

La malade est soumise aux inhalations de chloroforme. Un pli longitudinal est fait à la peau qui recouvre la tumeur, et c'est sur ce pli que M. Manec fait son incision, qui conduit presque immédiatement sur le sac herniaire. Ce dernier est ouvert avec précaution ; il sort un jet de liquide séreux ; on arrive alors sur une masse épiploïque considérable, et derrière l'épiploon on trouve une petite portion de l'intestin grêle d'un rouge sombre.

On procède au débridement du collet du sac, qui offre plus de difficultés qu'à l'ordinaire à cause de la présence de l'épiploon ; après quoi on réduit avec facilité l'anse d'intestin hernié ; quant à l'épiploon, comme il a déjà contracté de nombreuses adhérences avec la face interne du sac, on passe sur lui une forte anse de fil, et l'on coupe toute a portion située au-dessous de la ligature. Le fil est fixé à la partie externe de la plaie ; puis on procède au pansement, qui se compose d'un morceau de linge cératé, d'un fort plumasseau de charpie, de compresses triangulaires, et d'un triangle inguinal pour maintenir le tout. — Potion calmante, lavement purgatif ; potion huileuse ; onctions sur le ventre avec de l'axonge.

Le 23 au matin, la nuit a été mauvaise, les vomissements ont continué ; il n'y a eu qu'une très-petite selle ; le ventre est douloureux. M. Manec défait alors le pansement, et trouve entre les bords de la plaie une nouvelle portion d'épiploon qui a fait hernie ; il réduit cet épiploon, et, pour empêcher la reproduction de semblables accidents, encore à redouter à cause de la toux qui ne cesse de fatiguer la malade, il maintient les deux bords de la plaie réunis par un point de suture entortillée. On applique le même pansement. — Potion calmante, lavement purgatif ; potion huileuse ; onctions sur le ventre avec de l'axonge.

A quatre heures du soir, la malade va beaucoup mieux ; les vomissements ont cessé. Elle a eu trois garde-robes.

Le 24, le mieux continue. La nuit a été beaucoup plus calme. Etat général amélioré. La malade a été plusieurs fois à la selle. On renouvelle le pansement. — Potion calmante ; bouillon.

Le 25, la malade va de mieux en mieux. Tous les matins, le pansement est renouvelé.

Le 27, les onctions d'axonge sont suspendues, le ventre n'étant plus sensible.

Le 28, l'épingle qui réunissait les bords de la plaie est enlevée ; la plaie ne se désunit point.

Le 30, la ligature qui entourait l'épiploon tombe.

Le 7 octobre, la malade fait quelques efforts, ce qui amène un léger gonflement inflammatoire au niveau de la plaie.

Le 8, le gonflement disparaît.

Le 9, la malade mange deux portions. La cicatrisation marche rapidement.

Le 15, la plaie est cicatrisée ; la malade, en parfaite santé, restera quelques jours pour attendre le bandage qu'elle devra toujours porter. Ce bandage lui est appliqué le 20. Elle sort de l'hôpital le 22 octobre, entièrement guérie.

DU KYSTOTOME-CURETTE

dans l'extraction de la cataracte par le procédé linéaire.

Supposons un malade ayant une cataracte dont le noyau soit solide et dont les couches corticales soient molles.

Voici comment, selon le procédé ordinaire, on doit opérer chez certains vieillards dont les yeux ne peuvent permettre l'extraction ordinaire.

Les élévateurs placés entre les paupières du patient, on fixe l'œil avec la pince ordinairement employée pour cet usage. Ensuite, au côté externe, on fait à la cornée une incision linéaire à l'aide du couteau lancéolaire de Beer. Dès que l'ouverture est assez large pour permettre au noyau de sortir de la chambre antérieure, on retire brusquement l'instrument ; car sans cette précaution, il faudrait attendre quelques instants pour que l'humeur aqueuse pût de nouveau remplir la chambre antérieure et permettre aux autres instruments de passer entre l'iris et la membrane de Demours. On fait ensuite pénétrer le kystotome ordinaire dans la chambre antérieure.

Dans son trajet, cet instrument aigu peut blesser l'iris, quelle que soit l'habileté de l'opérateur ; c'est pour éviter ces sortes d'accidents que M. le docteur Desmarres a fait construire le *kystotome-curette*.

Il est constitué par une curette ordinaire, dans la concavité de laquelle on a pratiqué un trou ; dans le sens de cette concavité est une rainure allant jusqu'au manche de l'instrument. Dans cette rainure passe une tige métallique dont une des extrémités est armée d'un crochet ; comme dans le serre-tête, au moyen d'une pédale on fait avancer ou reculer le crochet, c'est-à-dire on le fait entrer dans la concavité de la curette ou on l'en fait sortir.

Reprenons l'opération au moment où le couteau lancéolaire sort de la chambre antérieure ; on fait alors pénétrer le kystotome-curette de manière que le crochet soit caché dans la concavité de la curette, ce qui s'obtient en serrant la pédale avec le pouce. Il est dès lors facile d'arriver devant la capsule sans blesser l'iris, puisqu'on n'a qu'une simple curette entre les mains.

Dès que l'on est arrivé dans le champ de la pupille, on lâche la pédale, le crochet sort, et on fait à la capsule une incision au côté externe. Cette incision doit être courbe et faite parallèlement au bord libre de l'iris. La capsule déchirée, on presse la pédale, le crochet rentre, et sans quitter l'instrument qui devient simple curette, on l'incline de manière à le placer derrière le noyau, en passant par le bord externe de ce dernier, puis on le chasse dans la chambre antérieure et on le fait sortir par l'incision de la cornée. Ce kystotome nouveau offre donc deux avantages :

1° Avec lui, impossibilité de léser aucune membrane, qu'on entre dans la chambre antérieure ou qu'on en sorte ;

2° Le nombre des instruments employés pendant l'opération est diminué.

A l'appui de cette théorie, donnons un fait choisi parmi tant d'autres.

Le 11 mai 1859, se présente à la clinique le nommé Rouaut, âgé de soixante et onze ans, ancien soldat au 118e de ligne, et actuellement à l'hôtel des Invalides. Voici l'état du malade :

L'œil gauche est atteint d'une cataracte depuis treize ans ; aujourd'hui la vue est nulle ; sur la cornée se voit une petite tache, suite de blessure.

L'œil droit est atteint d'une cataracte depuis onze mois ; la vision de cet œil est aujourd'hui presque nulle. La santé générale est bonne.

M. Desmarres diagnostiqua, au premier abord, une cataracte dont les couches corticales étaient molles et dont le noyau était encore solide. Nous fûmes tous bien confirmés dans son opinion, car, suivant que le malade penchait la tête en avant ou en arrière, on voyait le noyau flotter dans les couches corticales liquéfiées. Ainsi, dans le premier cas, la cataracte dans son pourtour était blanc-bleuâtre, mais le centre était jaunâtre, caractère indiquant la présence du noyau ; dans le second cas, au contraire, la cataracte prenait une teinte blanc-bleuâtre uniforme dans toute son étendue.

Le malade fut opéré le 11 mai 1859, suivant le procédé que nous venons d'indiquer, et immédiatement après l'opération il put compter les doigts. Un incident important est à noter. Dès que les couches corticales ramollies se furent échappées, après le déchirement de la capsule, le noyau plongea, et ce ne fut qu'après quelques recherches qu'on put le faire sortir.

Le malade entra à la Clinique. Le 12 mai, il s'est plaint de cuisson, provoquée du reste par le taffetas d'Angleterre.

---

dit par un miaulement guttural et monosyllabique. Je lui fis demander s'il était malade, s'il souffrait quelque part, s'il désirait quelque chose, s'il voulait voir sa famille, etc., etc. ; à quoi il me fit savoir, toujours à peu près dans le même langage, qu'il ne souffrait pas, qu'il était bien, qu'il ne demandait rien, qu'il ne voulait rien. « Donnez-lui maintenant à manger, dis-je au surveillant. » Il lui fut sur-le-champ présenté un morceau d'environ 500 grammes de pain bis : le malade avança la main, prit le pain, ouvrit la bouche, mordit énergiquement dans sa petite miche, mastica et déglutit.

Mais voici bien autre chose : pendant qu'il mange, si une personne autre que le surveillant vient à lui parler, il s'arrête soudain, et laisse inachevés les actes de la préhension des aliments, de la mastication et de la déglutition, jusqu'à ce que la voix amie lui intime l'ordre de continuer et de finir. A peine a-t-il repris son repas au point où il l'a laissé, que si un étranger lui adresse de nouveau la parole, il s'arrête encore et se remet en suspens. Cette expérience, on pourrait la renouveler indéfiniment.

J'aurais voulu qu'on le fît boire, mais on m'opposa cet argument que le malade — sans avoir pour cela le moins du monde horreur des liquides — ne buvait presque pas déjà depuis longtemps, et qu'on ne pouvait lui faire avaler qu'à grand'peine quelques centilitres de vin blanc.

Quant à l'accomplissement des actes abdominaux, voici ce qui arrive : une fois par vingt-quatre heures on le place sur la chaise, et il rend une quantité excessivement minime d'urine ; tous les quatre, cinq ou six jours, l'intestin s'exonère.

J'ai remarqué chez ce malade un abaissement considérable de température. Tous les physiologistes, en effet, ont insisté sur ce phénomène dans les cas d'alimentation insuffisante, de jeûnes prolongés, de suicides par inanition. On a même été jusqu'à dire, si je ne me trompe, que l'on ne mourait pas de faim, mais que l'on mourait de froid. Toujours est-il que si j'avais eu occasion de noter dans les maisons d'aliénés un certain retrait du calorique chez ces mélancoliques renforcés que l'on est obligé de nourrir au moyen de la sonde œsophagienne, je n'avais jamais perçu une aussi énorme perte de chaleur que chez le malade de l'Asile de Rome. Je n'ai pas fait l'expérience, je le déclare, mais, *à priori*, je ne crois pas qu'une boule thermométrique introduite dans les orifices naturels eût pu accuser plus de 28 ou 30 degrés centigrades.

M. Cerise nous avait dit, il y a deux ans, que le malade, bien que souffrant depuis longtemps, n'avait pas notablement maigri. Mon savant collègue apprendra, par les détails dans lesquels je viens d'entrer, que d'affreux progrès se sont effectués du côté de l'état général. Du reste, la vie prolongée de cet homme, malgré les conditions si défavorables dans lesquelles il se trouve, a été vraiment pour moi quelque chose de tout à fait inexplicable, et je crois que tout le monde devra partager mon étonnement.

M. le docteur Gualandi, mandé ce jour-là en toute hâte au Vatican, au moment même de sa visite, n'ayant pu me faire le plaisir de m'accompagner dans les salles de son service, m'avait remis aux soins d'un *medico-assistente* de l'asile, et ce jeune confrère, des procédés duquel j'ai grandement à me louer, m'apprit qu'aucun traitement médical sérieux n'avait été tenté depuis trois ans et demi. Sur une marque de très-vive surprise de ma part, il me demanda comment je m'y prendrais en France pour soigner ce malade : « Si j'avais l'honneur d'être medecin d'un asile, lui ai-je répondu, et que cet homme fût entré dans mon service, j'aurais tenu à ce que le régime alimentaire fût essentiellement réparateur, et j'aurais prescrit plusieurs tasses de café à l'eau par jour ; ensuite, et comme moyens thérapeutiques, j'aurais essayé le tartre stibié à doses graduelles altérantes ; en cas d'insuccès, je me serais adressé aux préparations de strychnine. Si je n'avais pas été plus heureux, j'aurais prescrit un traitement hydrothérapique dans toutes ses phases et dans toute sa rigueur, et enfin je ne me serais complétement tenu pour battu que si l'emploi infructueux de l'électricité était venu me faire perdre une à une toutes mes espérances. J'ai une foi robuste, lui dis-je, dans la thérapeutique appliquée avec discernement au traitement des maladies mentales, et j'aurais combattu jusqu'à la fin. » Je laissai, je le crois bien, mon interlocuteur peu convaincu, et je pris congé de lui.

M. Cerise avait commencé, il y a deux ans, la relation de cette observation de *névrose extraordinaire* ; je viens de la continuer dans cet article, et je ne désespère pas qu'au prochain voyage à Rome de l'un des membres de la Société médico psychologique, il ne nous soit donné d'en connaître la fin et peut-être les résultats nécroscopiques. Dans tous les cas, j'ai pensé qu'il serait intéressant de faire connaître les diverses circonstances de l'observation qui précède, et je suis heureux, en terminant, d'avoir pu offrir aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* les prémices des impressions pathologiques que j'ai rapportées de la Ville éternelle.

Dr Legrand du Saulle.

M. le docteur Mattei commencera son cours public et complet d'obstétrique, à la Maison d'accouchements, place Sorbonne, 3, le jeudi 10 novembre, à midi précis, et le continuera tous les jours à la même heure. Les premières leçons seront consacrées au diagnostic obstétrical.

Le 13, le malade s'est levé et est sorti seul pour se rendre aux Invalides.

Le 14, tout est bien; l'iris tremble, phénomène dû à l'absence du cristallin.

Le 16, le malade peut, avec un verre biconvexe du n° 2 1/2, lire les caractères ordinaires.

Depuis, la guérison s'est maintenue. A. DESMARRES, étudiant en médecine.

DANGER DE LA SAIGNÉE DANS L'APOPLEXIE CÉRÉBRALE.

Réponse à M. le Dr JOIRE, de Lille, par M. le Dr Alf. LIÉGARD, de Caen (1).

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans votre réponse à mon article sur le *Danger des saignées dans l'apoplexie cérébrale*, toute pleine d'ailleurs de bienveillance et de courtoisie, il y a un reproche auquel je veux tout d'abord me hâter de répondre, parce que s'il était fondé je pourrais, au contraire, moi-même être accusé d'avoir manqué à votre égard de ces qualités indispensables à toute discussion entre gens faits pour s'estimer réciproquement. Vous m'accusez, monsieur, d'avoir dit que vous appliquiez la saignée *absolument et irrévocablement* dans tous les cas d'apoplexie... Vous aviez donné sans doute une très-légère attention à ce passage de ma lettre, qui va, je n'en doute pas, me justifier entièrement à vos yeux. Après avoir énuméré les cas dans lesquels il est nécessaire de s'abstenir de la saignée, « M. le docteur Joire, ajoutai-je, en a parfaitement exposé les caractères, et il convient que dans ces cas les émissions sanguines soient *contre-indiquées.* » Cela bien rétabli, je vais m'efforcer, Monsieur, de répondre de mon mieux à vos questions et à vos objections. Reprenons-les dans l'ordre où elles sont disposées dans votre lettre. Vous posez d'abord en fait que les cas dans lesquels les saignées sont indiquées sont les plus ordinaires. J'avais tâché, au contraire, de démontrer qu'ils sont de beaucoup les plus rares. Je m'étais appuyé, pour cela, sur des faits et des raisonnements. Dans un instant, je ferai en sorte de corroborer ma démonstration par l'anatomie et la physiologie pathologiques. Les faits que j'ai rapportés en faveur de ma thèse sont, dites vous encore, *peu nombreux*. Vous ne contestez pas leur exactitude au point de vue de la succession de la saignée et de la paralysie ou de la mort, mais vous critiquez leur interprétation, le rapport de causalité admis entre ces deux circonstances. Je sais comme vous, Monsieur, combien il est souvent dangereux de se fonder sur cet argument: *Post hoc; ergo propter hoc;* mais permettez-moi de vous faire observer d'abord que si les faits que j'ai cités sont peu nombreux, c'est que j'avais voulu ne pas trop étendre un article de journal déjà peut-être un peu long, et j'avais eu soin d'affirmer que je pourrais en rapporter un grand nombre de semblables; et puis ils étaient choisis, ce me semble, de manière que l'on pût apercevoir clairement ce rapport de causalité que vous niez néanmoins, entre le moyen et l'aggravation du mal: *Non numerandæ sunt, sed perpendendæ observationes...* Que deviendrait la science médicale, déjà si peu riche d'observations concluantes, s'il fallait ne tenir aucun compte des faits tels que ma deuxième observation?

Vous insistez néanmoins, et vous devenez plus agressif: de mon côté, vous *n'apercevez que l'empirisme seul, faisant d'un simple rapport de succession*, SANS PREUVE AUCUNE, *un rapport de causalité*; du vôtre, au contraire, *l'interprétation physiologique, inattaquée jusqu'ici, des effets de la saignée...* Et pourquoi donc, mon cher confrère, si les bons effets de la saignée dans l'apoplexie sont *inattaqués*, vous armez-vous de toutes pièces pour les défendre? « *L'opinion que je soutiens*, » ajoutez-vous, *est le partage des hommes que la science de nos jours* » *compte parmi les plus élevés et les plus sérieux.* » Vous avez vite oublié les deux célèbres professeurs de la Faculté de médecine de Paris dont je vous ai déjà rapporté les opinions parfaitement en rapport avec la mienne, et je pourrais vous indiquer bon nombre d'autres bons praticiens qui partagent cette manière de voir, et qui ne manquent ni de *sérieux* ni de *distinction*.... Un article tout récent du savant rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux* (8 octobre 1859) semble me donner le droit de le compter aussi au nombre de ceux qui vous sont contraires; enfin je vous parlerai tout à l'heure de la doctrine de M. Beau sur les évacuations sanguines en général.

Mais hâtons-nous d'entrer, comme on le dit au palais, dans les entrailles de la discussion.

« Quand à l'autopsie, dites-vous, nulle trace d'hémorrhagie interstitielle n'apparaît, si une exhalation séreuse abondante existe autour du cerveau, elle a dû précéder l'attaque, et celle-ci n'est que la conséquence d'une nouvelle accumulation de sérosité ou d'une congestion cérébrale, et dans ce dernier cas, je vous prie, quelle a été la part de la saignée? Pouvez-vous la fixer?... quel mal pouvez-vous faire peser sur elle? »

Ici, Monsieur et honoré confrère, pour éviter le reproche que vous m'avez adressé de *m'appuyer uniquement sur l'empirisme*, permettez-moi de faire un peu d'anatomie et de physiologie pathologiques. Et d'abord, je dois vous rappeler qu'au commencement de l'article auquel vous avez répondu, loin de rejeter la saignée d'une manière *absolue*, je posais au contraire en fait que *dans les constitutions médicales inflammatoires*, comme celles que nous avions traversées de 1815 à 1825, le danger de la saignée dans l'apoplexie cérébrale *n'était pas et ne devait pas même être soupçonné*. Lisez tout ce qui a été écrit à cette époque sur ce sujet, et vous verrez sur l'efficacité de la saignée un consentement unanime; tous les praticiens rapportaient alors tous les symptômes de cette maladie à une hémorrhagie active, ou à une congestion cérébrale inflammatoire. Dans ce temps-là, de 1820 à 1825 inclusivement, j'ai assisté à un très-grand nombre de dissections du cerveau après l'apoplexie, tant à l'Hôtel-Dieu de Caen qu'à celui de Paris et à la Salpêtrière (service de M. Rostan), et je puis vous affirmer qu'alors les apoplexies séreuses étaient si rares, que, maîtres et étudiants, nous les regardions généralement comme un *mythe*, comme un jeu de l'imagination de quelques vieux auteurs. Nous trouvions constamment à l'autopsie toutes les nuances de la congestion inflammatoire parfaitement franche, depuis la coloration uniforme rose vif de la pulpe cérébrale, avec un piqueté sanguin abondant à la tranche, jusqu'à l'hémorrhagie capillaire et celle avec épanchement, caillots plus ou moins considérables, et toujours si bien en rapport avec le genre de *paralysie consécutive*, qu'à l'examen seul de cette dernière, M. Rostan pouvait nous dire d'avance, avec une certitude presque mathématique: Vous trouverez un caillot de tel volume dans telle ou telle partie du cerveau. Dans un grand nombre de cas existaient des signes positifs d'une inflammation préalable, comme l'a si bien fait remarquer Lallemand. C'est alors que les émissions sanguines répétées arrêtaient et faisaient rétrograder le plus souvent les mauvais symptômes.....

Plus tard, au contraire, à mesure que se sont éloignées de nous les influences de cette *constitution médicale*, nous avons vu disparaître peu à peu les signes des congestions franchement inflammatoires et des hémorrhagies cérébrales actives; à l'autopsie nous sont apparues de plus en plus fréquemment ces exhalations séreuses, plus ou moins abondantes, à la surface du cerveau et dans ses ventricules; et en même temps les saignées répétées et abondantes ont eu des succès plus rares, et c'est pourquoi s'est opérée, à juste raison, cette réaction contre le système de Broussais, réaction qu'une constitution médicale, tout opposée à celle dont je parlais accroît encore de jour en jour, et contre laquelle, mon honoré confrère, vous lutterez en vain, parce que vous avez maintenant contre vous les faits, le raisonnement, l'anatomie et la physiologie pathologiques.

J'ai cité plus haut M. Beau comme l'un de vos plus redoutables adversaires; c'est avec lui que je vous convie, Monsieur, à examiner cette question à son point de vue physiologique. Le caillot des saignées est composé de deux substances, les globules et la fibrine. Dans les phlegmasies, les proportions de la fibrine et des globules sont en raison inverse l'une de l'autre: la fibrine augmente, les globules diminuent, et plus ils diminuent plus l'inflammation devient intense; car ce n'est pas tant la quantité absolue de la fibrine qui dispose à l'inflammation que sa quantité relative: les globules lui font pour ainsi dire contre-poids et modèrent par leur nombre sa qualité phlogistique. Donc tout ce qui appauvrit le sang en le privant de ses globules, tout ce qui cause l'anémie, prédispose aux phlegmasies, aux engorgements et aux congestions sanguines en faisant prédominer la fibrine... La saignée est la cause par excellence de cette *aglobulie*, de cet appauvrissement du sang. La diminution des globules est en raison de la quantité du sang tiré; de là, la pâleur, la laxité, la faiblesse... Un autre résultat très-fâcheux de la spoliation des globules, est, en affaiblissant le malade, d'ôter à l'organisme les ressources nécessaires pour amener la résolution de la phlegmasie ou de l'extravasation sanguine.

Tout cela, Monsieur, vous l'avez déjà remarqué sans doute vous-même, est parfaitement conforme aux travaux de MM. Andral et Gavarret, qui avaient aussi fait voir que plus les saignées sont répétées, plus elles présentent la couenne inflammatoire.

J'ai vu en 1825, à l'Hôtel-Dieu de Paris, M. Husson prescrire une saignée de 3 à 400 grammes, *onze jours de suite*, à un jeune homme affecté d'un rhumatisme articulaire aigu. La dernière saignée présentait un caillot plus petit, mais qui était recouvert d'une couenne plus épaisse que la première; mais je vous prie de remarquer surtout qu'à mesure que cette couenne augmentait, la *proportion du sérum* devenait aussi *beaucoup plus considérable*... « Vous le voyez, Messieurs, nous disait ce médecin en se décidant enfin à changer son mode de traitement, la *mort* arriverait ici avant la cessation de la *couenne*. »

M. Beau, après avoir exposé dans ses leçons (*Gazette des Hôpitaux*, 6 et 8 septembre 1859) la théorie que je viens de vous rappeler en peu de mots, et de laquelle on pouvait conclure, *à priori*, au rejet presque absolu des émissions sanguines dans les phlegmasies en général, a voulu interroger les faits à ce sujet; je vous engage, Monsieur, à lire cette curieuse statistique, dans laquelle la pneumonie a été choisie comme type des phlegmasies.

Je vous rappellerai maintenant les études très-intéressantes de M. le docteur Collongues sur la dynamoscopie appliquée au pronostic et au traitement des paralysies. Voici l'un des principes qu'il a tirés de faits très nombreux: tout traitement qui fait passer le bourdonnement et le petillement de la première à la seconde période est mauvais, car ce signe aggrave le pronostic; eh bien, vous verrez dans presque toutes les histoires qu'il a rapportées d'apoplexies cérébrales traitées par les émissions sanguines, ce mauvais symptôme s'offrir à son observation, c'est-à-dire qu'après une saignée copieuse le petillement et le bourdonnement diminuaient presque constamment. Cette remarque se trouve encore applicable à la dernière observation qu'il a publiée tout récemment (*Gazette des Hôpitaux*, septembre 1859). Aussi termine-t-il ses réflexions par cette sentence peu encourageante pour ce mode de traitement: « Il est (*sic*) complétement inutile de songer à ôter du sang.... » Le malade qui fait le sujet de cette observation avait été saigné, et on lui avait appliqué des sangsues: le petillement et le bourdonnement diminuèrent et disparurent, et, dit M. Collongues, « la mort » arriva le cinquième jour après le début de l'attaque. »

Mais, me direz-vous peut-être, si la saignée, en rendant le sang plus couenneux, prédispose aux phlegmasies, comment avez-vous pu observer le succès des déplétions sanguines pendant l'époque où régnaient ensemble la *constitution* que vous appelez *inflammatoire* et le système des médecins physiologistes? Je vous avouerai, mon honoré confrère, que tout cela est encore un problème que personne ne peut résoudre actuellement que par une hypothèse: la fibrine, l'albumine, les globules étaient-ils alors tout à la fois en telle surabondance que les saignées répétées dussent ramener ces éléments plastiques du sang à leur nombre et à leur volume normal? C'est une question que des analyses bien faites dans une nouvelle constitution médicale inflammatoire, le cas échéant, permettraient seules de résoudre; le fait est que le caillot de nos saignées était à cette époque constamment volumineux, consistant et très-couenneux, et que les évacuations sanguines abondantes nous donnaient des résultats généralement très-avantageux; tandis que maintenant, et depuis bien des années déjà, dans les pneumonies même très-violentes, la couenne inflammatoire tend à disparaître de plus en plus, et l'efficacité des saignées y est chaque jour mise de plus en plus en doute. Mais ce qui est hors de contestation, c'est que dans les apoplexies cérébrales on ne voit presque jamais la couenne inflammatoire; le caillot, peu volumineux, sans consistance, nage dans une sérosité relativement très-considérable; or qu'arrive-t-il lorsque dans de telles circonstances on revient à plusieurs reprises aux évacuations sanguines abondantes? Le sang s'appauvrit de plus en plus à mesure qu'on les multiplie davantage, la sérosité y devient relativement très-prédominante: de là l'œdème général, l'infiltration des tissus et l'imminence des congestions cérébrales séreuses.

Un mot encore: vous connaissez l'opinion qui tend à se généraliser et qui considère le ramollissement cérébral qui précède et accompagne assez souvent les congestions et apoplexies encéphaliques, comme étant la conséquence non d'une inflammation, mais de la *diminution* locale et générale de l'*action vitale*. Cette opinion vient d'être soutenue avec talent par M. le docteur Teissier (de Lyon), et si elle est l'expression de la vérité, ne voyez-vous pas qu'ici encore la saignée générale serait véritablement pernicieuse? Aussi est-elle proscrite par ce savant praticien, qui prescrit au contraire les toniques, les amers, les bains salés, les frictions excitantes, l'hydrothérapie, etc., etc.

Vous le voyez, Monsieur, les faits, les théories les plus rationnelles, l'anatomie et la physiologie pathologiques, tout se réunit pour engager les meilleurs esprits à proscrire, en général, les saignées, et à faire peser sur elles une sorte de réprobation dans les apoplexies et congestions cérébrales.

Quant à moi, vous l'avez vu dans l'article auquel vous m'avez fait l'honneur de répondre, j'ai été bien loin de les proscrire absolument. J'ai démontré seulement avec quelle circonspection on devait les prescrire et les cas *exceptionnels* dans lesquels elles pouvaient convenir. Je n'ai rien aujourd'hui à y ajouter ni à y retrancher.

Enfin, pour ne rien omettre, je dois rappeler aussi que l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur a été signalée comme l'une des causes prédisposantes de l'apoplexie cérébrale et comme l'une des circonstances dans lesquelles les émissions sanguines devaient être employées avec une certaine énergie. Eh bien, encore ici, Monsieur, je pense qu'il faut en être très-sobre, d'autant plus que dans ces cas la *digitaline* et divers autres moyens peuvent les remplacer avec grand avantage. Permettez-moi, en terminant, de vous raconter un fait qui vous donnera une preuve évidente de ce que j'avance.

Je fus appelé à la fin de l'année dernière, à 15 kilomètres de Caen, pour me trouver en consultation avec un confrère qui donnait des soins à un riche propriétaire frappé la veille au soir d'une apoplexie cérébrale. Ce malade, grand et fort, âgé de quarante-cinq ans, était atteint depuis quelques années d'une hypertrophie du ventricule gauche. Une saignée de 400 grammes environ avait été pratiquée dans la nuit. Je le trouvai sans connaissance, avec perte de la sensibilité et du mouvement du bras et de la jambe gauches. Les muscles de la face du même côté étaient aussi paralysés. Le sang de la saignée présentait un caillot *petit*, sans *couenne* et sans *consistance*, nageant dans une *quantité considérable de sérum*.

Le malade, quoique fortement constitué, était évidemment lymphatique: les malléoles étaient même un peu œdématiées depuis quelque temps; les battements du cœur étaient très-forts, un peu irréguliers; le pouls était à 120 pulsations par minute. A mon arrivée, mon confrère se disposait à pratiquer une deuxième saignée; nous eûmes préalablement une longue conférence dans laquelle j'eus quelque peine à lui faire comprendre les graves inconvénients de son mode de traitement, qui, en appauvrissant le sang, favoriserait son extravasation dans le foyer apoplectique d'autant plus certainement que la saignée serait plus répétée sur un sujet chez qui l'hypertrophie du cœur donnait à la colonne sanguine une impulsion considérable, et à lui faire admettre l'idée que nous devions bien plutôt faire tout pour diminuer la force et la fréquence de cette impulsion, et pour rendre le sang plus riche et plus plastique (1).

En conséquence, le malade fut placé dans une position assise, des sinapismes furent promenés sur les extrémités inférieures, en même temps que des compresses très-froides étaient fréquemment renouvelées sur le front; on prescrivit 3 granules de digitaline par jour, la potion au perchlorure de fer, un lavement purgatif, etc.

Le lendemain, il y avait un mieux considérable; la connaissance était revenue ainsi que la sensibilité des membres paralysés. La veille au soir, trois heures après le deuxième granule, le pouls était déjà tombé à 80 battements, il était maintenant à 70. On permit quelques bons bouillons; le sirop de perchlorure de fer fut donné à la dose d'une cuillerée matin, midi et soir, et la digitaline fut continuée. Trois jours après, le mieux avait encore fait des progrès, les doigts de la main gauche remuaient un peu, et le malade demandait avec instance de la nourriture. Le huitième jour, il pouvait se soutenir et faire quelques pas dans sa chambre.

Pendant les quinze jours suivants, on continua le même traitement, moins la digitaline; on fit prendre tous les trois jours des pilules aloétiques. On appliqua ensuite sur la nuque un large vésicatoire qu'on fit suppurer pendant deux mois; on fit succéder au perchlorure de fer l'usage de l'iodure de potassium; puis enfin l'électricité acheva de rendre aux membres paralysés presque toute leur force et l'énergie de leurs mouvements. Vous le voyez donc, Monsieur, ce traitement ne manque ni de puissance ni d'efficacité.

(1) Voir le numéro du 23 octobre.

(1) M. le docteur Isnard a démontré que le perchlorure de fer plastifie les éléments fibro-albumineux du sang, et le met ainsi dans l'impossibilité de transsuder à travers les tissus.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 novembre 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

1° Trois rapports de MM. Bordes, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1859 dans l'arrondissement de Beauvais;

2° Un rapport de M. le docteur Ragaine sur une épidémie de variole qui a régné dans l'arrondissement de Mortagne, pendant les années 1857 et 1858. (Commission des épidémies.)

— M. le ministre de l'intérieur adresse plusieurs exemplaires de la

statistique médicale des établissements pénitentiaires de 1850 à 1855, par M. le docteur Parchappe, inspecteur général.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Des lettres de MM. Regnauld, Briquet, Bouis et Langlois, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

Une observation relative à une désarticulation de la cuisse pratiquée avec succès par M. le Dr Jean Masnata, de Cagliari. (Commiss., M. Malgaigne.)

Une note sur la curabilité et le traitement de la phthisie pulmonaire, par M. le docteur Rouault, de Rennes. (Commiss., M. Piorry.)

Un travail de M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Évêque, sur l'emploi des émanations de koaltar comme moyen hygiénique et prophylactique. (Commission déjà nommée.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Aubergier, membre correspondant à Clermont-Ferrand.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre écrite par M. Ferrus, empêché par une indisposition d'assister à la séance. Dans cette lettre, en réponse à la lettre par laquelle M. Noyer, ancien maire de Vichy, conteste la fréquence des fièvres intermittentes sur les bords de l'Allier, M. Ferrus déclare persister dans son opinion et s'étonne que M. Noyer, au lieu de se laisser guider par des considérations un peu trop administratives et de s'abandonner à des récriminations poussées jusqu'à l'offense, n'ait point accueilli avec plus de déférence les réclamations que les hommes appelés à s'occuper des applications générales de la science sont en droit de formuler à l'égard de l'administration qu'il a dirigée.

LECTURE.

Eaux potables de Vichy. — M. DURAND-FARDEL monte à la tribune pour donner lecture d'une lettre que la commission municipale de Vichy adresse à l'Académie relativement à la question des eaux potables de cette ville. La commission municipale de Vichy, reconnaissant qu'elle ne pouvait, sans sortir de son rôle et de sa propre compétence, s'engager dans une étude chimique ou médicale, se borne à faire les déclarations suivantes :

Les fontaines publiques de Vichy sont alimentées par des eaux de sources appartenant à l'État et à la commune, et provenant de coteaux situés au sud-est de Vichy. C'est de ces eaux que les habitants de Vichy ont toujours fait un usage presque exclusif, car M. le docteur Rotureau a été mal informé lorsqu'il a avancé que l'on buvait généralement de l'eau de l'Allier. Nous devons ajouter à cela les puits, qu'un grand nombre d'habitants ont pu creuser dans leurs propriétés, puits fournissant pour la plupart des eaux très-potables, mais quelques-uns des eaux très-inférieures en qualité. Quant aux études en cours d'exécution dans le but de doter la ville de Vichy d'eaux empruntées à l'Allier ou au Sichon, elles ont pour objet, non de remplacer une eau moins bonne par une eau meilleure, mais d'accroître la quantité d'eau nécessaire aux services publics.... Or depuis des siècles aucun indice n'a permis de supposer que la santé, soit des habitants de Vichy, soit des étrangers qui s'y rendent chaque année, ait souffert en aucune façon des eaux douces dont ils ont fait usage.

M. Durand-Fardel, après la lecture de cette lettre, communique le résultat de l'analyse chimique de l'eau douce de Vichy, qu'il a pratiquée avec le concours de M. Jules Lefort. Il résulte de cette analyse, dit-il, que l'eau douce de Vichy peut être considérée comme très-potable, et que le sel minéral prédominant est le bicarbonate de chaux.

Après cette lecture, MM. Devergie, Depaul, Chevallier, Chatin et J. Cloquet présentent quelques courtes observations. Mais sur la demande réitérée de plusieurs membres, qui réclament le renvoi à la commission, la discussion est bientôt terminée, et M. le président renvoie la lettre des membres de la commission municipale de Vichy et la note de M. Durand-Fardel à la commission des eaux minérales.

Traitement des névralgies par les courants électriques à forte tension. — M. A. BECQUEREL lit sous ce titre un mémoire dans lequel il énonce les résultats de l'application qu'il a faite de l'électricité, d'après la méthode qu'il appelle hyposthénisante, au traitement des névralgies.

L'auteur, après avoir tracé à grands traits l'historique des applications thérapeutiques de l'électricité, s'exprime en ces termes :

La publication des idées de M. Duchenne sur l'électrisation cutanée me conduisit à essayer cette médication sur une grande échelle. Pendant un an je traitai toutes les névralgies qui se présentèrent dans mon service par l'électrisation cutanée. Je continuai ce traitement avec persévérance et ténacité. Voici quel fut le résultat de mes essais. L'électrisation cutanée, appliquée à l'aide de pinceaux métalliques sur la peau rendue bien sèche par la poudre d'amidon ou la poudre de lycopode, agit de deux manières, et par l'augmentation de sensibilité cutanée et par la production d'une véritable hyperémie capillaire ; l'action qu'elle produit est rarement énergique, car si l'on veut aller un peu loin, des contractions musculaires ne tardent pas à s'y joindre même en employant le courant induit. En employant donc l'électrisation cutanée à la dose la plus grande à laquelle je pouvais atteindre sans l'accompagner de contractions musculaires, je n'ai jamais pu obtenir que quelques améliorations des névralgies et jamais un seul exemple de guérison.

Ces insuccès me conduisirent à formuler la méthode à laquelle je donnai dans le cas actuel le nom de méthode hyposthénisante. Voici sur quelles données scientifiques repose cette formule.

Lorsqu'on fait circuler un courant direct et continu d'une certaine intensité dans un nerf, et qu'on prolonge son action, on engourdit momentanément la sensibilité et la motilité de ce nerf. Cette sensibilité et cette motilité restent diminuées ou abolies pendant quelques instants, et elles reparaissent ensuite avec leurs caractères habituels, quelquefois un peu atténués. Avec un courant inverse on excite au contraire la sensibilité et la motilité.

Si l'on emploie le courant inverse immédiatement après le courant direct, on détruit souvent l'action hyposthénisante de ce dernier et on rétablit rapidement la sensibilité et la contractilité.

Si, au lieu de courants continus, directs et indirects de médiocre intensité, on emploie ces mêmes courants puissants, continus et très-énergiques, cette distinction est beaucoup moins tranchée, et on peut, avec les deux espèces de courants, produire l'engourdissement momentané de la sensibilité et de la motilité.

Voici à quelles idées et à quelles expériences ces faits ont conduit M. Becquerel.

En employant les courants continus, très-énergiques, d'une pile à auges de 60 couples et fortement chargées, sur un nerf atteint de névralgie, ces courants anéantissant momentanément la sensibilité morbide de ce nerf, il semble n'agir que sur cette dernière.

L'engourdissement, auquel il donne ici le nom d'action hyposthénisante, va très-rarement au delà et n'atteint pas les propriétés sensibles et motrices naturelles du nerf. Il y a seulement cessation de la douleur et nullement anesthésie véritable.

L'exaltation de la sensibilité étant engourdie, la douleur disparaît. Alors trois choses peuvent arriver :

1° La sensibilité morbide, c'est-à-dire la névralgie, revient au bout de peu de temps;

2° La douleur névralgique ne revient qu'au bout d'un temps beaucoup plus long; quelquefois plusieurs heures, un jour même;

3° Enfin, dans quelques cas, l'exagération de sensibilité disparaît pour toujours et ne revient pas.

En général, plus on répète sur le même nerf l'application d'un courant continu énergique, plus on rend difficile et même impossible le retour de la sensibilité morbide, par conséquent plus facilement on guérit la névralgie.

Les applications des courants continus au traitement des névralgies sont très-difficiles à faire. Elles manquent souvent. Aussi, malgré quelques succès obtenus dans ses premiers essais, M. Becquerel dut-il songer à procéder autrement, et il expérimenta avec des machines magnéto-électriques d'une grande énergie. Il mit exclusivement en usage deux appareils construits exprès pour lui : l'un par MM. Breton frères, l'autre par M. Graiffe, et il obtint les résultats que voici :

Lorsqu'on fait circuler dans un nerf atteint d'une névralgie intense des courants de même sens ou alternativement contraires fournis par une de ces machines ; lorsqu'on opère rapidement la rotation de la machine, de telle sorte que les intermittences soient aussi courtes que possible ; lorsqu'enfin on continue de faire passer ce courant dans le nerf pendant un espace de temps qui varie de deux à cinq minutes, suivant l'intensité de la névralgie et le volume du nerf atteint, voici ce qu'on observe :

La douleur produite par le courant est violente ; elle peut cependant être facilement supportée ; toute contraction cesse dès le moment que le courant est bien établi et que la rotation de la roue de la machine est rapide. En même temps la douleur névralgique cesse d'être perçue. Une fois qu'on arrête le courant, le nerf malade est devenu insensible.

Il se passe ensuite ce que l'on observe avec les courants continus et d'une manière plus nette encore, c'est-à-dire que deux choses peuvent arriver :

1° La douleur a complétement disparu quand le courant cesse de traverser le nerf, puis elle revient quelque temps après, mais toujours moins intense ;

2° La douleur ne revient pas ; cela est rare.

Lorsque la douleur névralgique reparaît, si l'on vient à recommencer l'application des courants énergiques, la douleur disparaît plus facilement que la première fois. De plus, lorsqu'elle a à revenir, elle reparaît plus tardivement et avec moins d'énergie. Au bout de quelques séances, elle disparaît complétement pour ne plus revenir.

Le nombre des séances a été (sauf un cas unique), au *minimum* de 3 et au *maximum* de 16.

Ces expériences indiquaient le véritable traitement des névralgies.

Après l'exposition de ce qui précède, M. Becquerel indique la méthode qu'il a suivie dans l'application des courants, et rapporte les résultats qu'il a obtenus. Nous reproduirons cette dernière partie de son travail dans un prochain article.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bouvier, Trousseau et Blache.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Trois places de membre titulaire sont actuellement vacantes à la Société de médecine de Bordeaux.

Pour être inscrit sur le tableau des membres titulaires de cette Société, il faut être docteur en médecine ou en chirurgie.

Nul n'est admis à la candidature que sur la demande qu'il en fait, par écrit, au président de la Société.

— Le premier *Bulletin* des séances de l'Institut égyptien contient une lettre du secrétaire des commandements du vice-roi, pour annoncer le patronage de Sa Hautesse ; une autre lettre du prince Napoléon, nommé membre honoraire ; un rapport du docteur Schnepf, au nom du comité d'organisation ; le résumé d'un discours de M. Pereyra ; une suite de communications scientifiques, parmi lesquelles nous ne trouvons qu'un travail relatif à la médecine, et qui contient des recherches sur les eaux sulfuro-alcalines d'Hélouan, par M. Gastinel.

— La Société médicale d'Amiens, dans sa séance publique annuelle de 1860, décernera :

1° Une médaille d'or de la valeur de 100 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : « Faire la topographie d'une ou plusieurs localités du département de la Somme ; indiquer les améliorations dont ces localités sont susceptibles dans l'intérêt de l'hygiène et de la salubrité. »

2° Une médaille d'or de la valeur de 200 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : « De l'alimentation des nouveau-nés. Tracer les règles d'une bonne alimentation artificielle. »

Le lauréat sera nommé membre correspondant de la Société médicale. Une ou plusieurs mentions honorables seront accordées. Les mémoires devront être remis au secrétaire de la Société, rue des Jacobins, 46, avant le 1er juin 1860.

— Le conseil du collége des chirurgiens de Londres a proposé pour le prix Jackson, à donner en 1860, les questions suivantes :

1° « De l'anatomie normale et pathologique de la prostate » ;

2° « Description des conditions morbides de l'articulation du genou qui indiquent l'amputation de la cuisse, et de celles qui doivent faire préférer la résection de cette jointure, avec une démonstration des avantages relatifs à ces deux opérations, autant qu'ils peuvent être démontrés par des observations propres à l'auteur. »

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 132. — SAMEDI 12 NOVEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 132. — SAMEDI 12 NOVEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et des Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De la faradisation de la peau comme moyen de traitement de la chorée. — De l'opération préliminaire dans l'enlèvement du polype naso-pharyngien. — Dyssenterie épidémique ; influence favorable de la calorification. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 2 novembre. — Nouvelles. — FEUILLETON. A M. le docteur Beau, sur le traitement de la pneumonie franche.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la faradisation de la peau comme moyen de traitement de la chorée.

Nous avons exposé dans l'un des précédents numéros (numéro du 5 novembre) les essais que M. Briquet a faits, à l'aide de la faradisation musculaire, pour combattre les troubles respiratoires qui surviennent chez quelques choréiques, et prévenir les accidents asphyxiques qui en sont souvent la conséquence. M. Briquet a été conduit par ces premiers résultats à étudier l'action de la faradisation de la peau sur les mouvements choréiques et à l'appliquer d'une manière générale comme méthode de traitement de la chorée elle-même. Voici le fait expérimental qui a servi de point de départ et de base à ses nouvelles recherches thérapeutiques :

Si, en plaçant l'éponge qui termine l'un des fils d'un appareil d'induction à la partie supérieure d'un membre frappé de chorée, on promène pendant quatre ou cinq minutes sur la peau de ce membre le pinceau métallique qui termine l'autre fil, une douleur très-vive se produit, les mouvements choréiques s'accélèrent et prennent de l'intensité, tant dans ce membre que dans les autres parties du corps où ils existaient ; cette excitation dure d'une demi-heure à une ou deux heures, puis peu à peu l'agitation se calme, et dès le lendemain on s'aperçoit que les mouvements sont moins forts qu'avant la faradisation ; à mesure que la faradisation est répétée, à mesure aussi que l'intensité de la chorée va diminuant.

Chez quelques malades néanmoins, après avoir éprouvé de la diminution, les mouvements choréiques reprennent de l'énergie dans l'intervalle qui s'écoule entre deux séances de faradisation, et la chorée offre ainsi de la résistance pendant quelque temps ; l'amélioration est peu prononcée ; mais à la fin, l'influence de la faradisation l'emporte, et alors la chorée se dissipe assez rapidement.

Voici, d'ailleurs, un résumé des expériences cliniques que M. Briquet a faites dans son service de l'hôpital de la Charité pendant le cours de cette année.

Le traitement par la faradisation de la peau a été employé chez neuf malades. Elle a été pratiquée tous les jours ou tous les deux jours, suivant que les accidents étaient plus ou moins pressants. On la faisait durer de cinq à six minutes ; on l'exécutait à l'aide de l'appareil Legendre et Morin : on promenait pendant tout ce temps-là le pinceau métallique sur toute la longueur des membres convulsés, en s'arrêtant principalement sur les muscles les plus agités.

Aucun autre traitement n'a été fait, sauf quelques bains simples, et l'administration de quelques ferrugineux chez certaines malades chlorotiques. On n'a pas fait prendre de médicaments.

Parmi ces neuf jeunes filles, deux étaient âgées l'une de cinq et l'autre de six ans ; trois avaient de dix à onze ans ; deux avaient quinze ans et deux dix-huit ans. Une seule était hystérique et avait des attaques, quatre étaient chlorotiques ; les quatre autres étaient des enfants d'assez bonne santé, mais elles étaient fort impressionnables.

La chorée datait de trois semaines chez une malade, de six semaines chez trois, de trois mois chez deux, d'un an chez une, et de douze ans chez la dernière.

La chorée avait une grande intensité et affectait tout l'ensemble des muscles chez trois de ces jeunes filles ; chez l'une d'elles, tous les muscles de la face et de la tête étaient dans une agitation continuelle. Elle était également générale chez quatre autres ; mais les mouvements choréiques avaient une moindre intensité que chez les précédents. Enfin, chez une seule malade, la chorée était partielle et n'affectait qu'un membre.

Chez toutes la figure était le siége de mouvements incohérents continuels ; chez quatre, il y avait soit de l'impossibilité de parler, soit un bégayement notable.

Bien que générale, la chorée affectait plus fortement le côté droit du corps chez six malades, et le côté gauche chez deux.

Deux d'entre elles gardaient le lit. Chez toutes les mouvements volontaires étaient tellement pervertis qu'elles ne pouvaient pas même manger seules, et que la marche était ou difficile ou gênée. Chez cinq il y avait de l'hyperesthésie dans les muscles des membres affectés de chorée. Enfin, trois seulement avaient de la fièvre au moment où elles furent soumises à la faradisation ; les autres étaient à l'état apyrétique.

Toutes ces malades avaient, pendant un temps plus ou moins long, suivi une ou plusieurs des médications à l'aide desquelles on combat ordinairement la chorée : opium, strychnine, émétique à hautes doses, belladone, gymnastique, bains sulfureux, etc., et néanmoins quand on a commencé à les faradiser, la maladie allait chez toutes en augmentant.

L'amélioration chez ces diverses choréiques s'est manifestée aux époques suivantes :

Chez cinq, une amélioration notable s'était manifestée au bout de quelques jours de traitement, les grimaces avaient cessé ou avaient notablement diminué ; elles pouvaient se servir de leurs mains pour manger, et la marche paraissait plus assurée ; le bégayement avait disparu.

Chez trois cette amélioration n'avait été observée qu'au bout de huit jours.

Enfin, chez la dernière, il n'y avait pas eu de modification notable avant le quinzième jour du traitement.

Les malades chez lesquelles la diminution de la chorée s'est faite avec le plus de promptitude sont celles qui avaient de l'hyperesthésie dans les muscles atteints au maximum de chorée.

Chez l'une d'elles, qui avait de l'hyperesthésie au plus haut degré, l'amélioration se produisit de la manière la plus curieuse. Il y avait de l'hyperesthésie dans le masséter gauche ; aussi la malade ne pouvait-elle pas prononcer un mot, sa mâchoire inférieure étant dans un mouvement continuel. A la seconde faradisation de la peau de la région massétérienne, la difficulté de parler avait en grande partie cessé, et les mouvements choréiques n'existaient plus dans la mâchoire.

On s'occupa ensuite de l'hyperesthésie du muscle sterno-mastoïdien à laquelle correspondait un mouvement vibratoire continuel de rotation de la tête sur le cou. A la première faradisation, faite au niveau de ce muscle, les mouvements avaient diminué, et à la troisième ils avaient complétement disparu. On poursuivit ainsi la chorée, pièce par pièce, en attaquant successivement les divers points d'hyperesthésie qui existaient dans les muscles des membres du côté gauche du corps. Une fois obtenue, l'amélioration a été ordinairement croissant d'une manière graduelle ; M. Briquet n'a jamais aperçu qu'elle se fût faite irrégulièrement et par saccades.

Enfin la cessation complète des mouvements choréiques a eu lieu chez une malade au bout de 8 jours, chez une seconde au bout de 21 jours, chez une troisième au bout de 24 jours, chez une quatrième au bout de 28 jours, chez une cinquième au bout d'un mois, chez une sixième au bout de 33 jours, chez une septième au bout de 36 jours et chez une huitième au bout de 47 jours de traitement. La neuvième a quitté la Charité vers le quinzième jour sans être complétement guérie.

Si l'on se rappelle que la plupart de ces malades avaient déjà été traitées par les méthodes ordinaires, les unes depuis six semaines, d'autres depuis trois ou quatre mois, avant l'emploi de la faradisation, et que chez toutes la maladie ne faisait qu'augmenter, on sera disposé à admettre, avec M. Briquet, que chez la plupart de ces jeunes malades l'intervention des courants électriques a eu une influence favorable et a concouru à la diminution des convulsions choréiques.

M. Briquet attribue cette influence favorable à la révulsion très-énergique que la faradisation, excitant vivement la peau, produit au profit des muscles ; il en voit la preuve dans l'amélioration qui suit la disparition de l'hyperesthésie des muscles chez les choréiques par la faradisation. Chez toutes les malades hyperesthésiées, le fait lui a paru assez évident pour qu'il n'hésite pas à admettre cette interprétation.

La faradisation n'est pas sans inconvénients. L'un des plus grands est la douleur qu'elle produit, douleur qui est telle que plusieurs malades ont dû être préalablement soumises à l'action du chloroforme chaque fois qu'on les voulait faradiser. Toutefois la plupart des malades s'y sont assez facilement prêtées sans qu'on eût besoin de recourir à ce dernier agent ; elles s'y résignaient d'autant plus volontiers, dit M. Briquet, qu'elles apercevaient très-positivement l'amélioration qui se produisait dans leur état.

De l'opération préliminaire dans l'enlèvement du polype naso-pharyngien.

La communication récente faite par M. Maisonneuve à l'Académie des sciences sur un nouveau procédé pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, a rappelé l'attention des chirurgiens sur les opérations préliminaires qu'il est souvent indispensable

FEUILLETON.

A M. LE DOCTEUR BEAU,

SUR LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE FRANCHE.

> Nous ne dirons jamais assez d'injures au déréglement de notre esprit. (*Essais* de MONTAIGNE, l. 1, chap. IV.)

Dans le courant de l'année 1828, au temps où la médecine dite physiologique, reconnue impossible par les bons esprits, était forcée de battre en retraite sur tous les points et de solder son bilan en grande perte, M. Louis attaqua énergiquement l'efficacité des saignées dans le traitement de la péripneumonie. Cette méthode, comparée à l'expectation, eut à supporter quant aux chiffres un énorme désavantage.

En 1857, M. Bennett, dans un mémoire lu à la Société médicale d'Edimbourg, démontrait par la statistique les inconvénients des saignées dans les phlegmasies, et obtenait 62 guérisons sur 65 péripneumonies franches, alors que MM. Jones, Reid, Peacock et Mac Dong perdaient 222 malades sur 644 pneumonies.

M. Bennett ajoutait à son premier chiffre ceux fournis par M. Dieltz (de Vienne), qui avait perdu 17 péripneumoniques sur 85 en les traitant par les saignées, et seulement 14 sur 189 par l'expectation. Il concluait au rejet absolu de la saignée dans les phlegmasies, et en particulier dans la pneumonie.

Comme complément à toutes ces preuves tirées de l'expérimentation clinique, mentionnons les résultats fournis par M. Mitchell : 24 morts sur 100 traités par la saignée, 14 sur 100 quand la saignée est exclue du traitement ; et n'oublions pas le mémoire de feu le docteur Legendre, publié dans les *Archives* en septembre dernier, intitulé *De l'expectation dans les pneumonies franches des enfants*, constatant que ces maladies guérissent très-bien dans le jeune âge par la simple expectation.

C'est muni de ces importantes données que vous avez adopté ces résultats et que vous en avez fait la matière de plusieurs leçons cliniques, les corroborant par quatre propositions que voici :

1° Les phlegmasies surviennent surtout chez ceux qui ont subi déjà une perte plus ou moins notable de globules, perte déterminée par la durée plus ou moins considérable des symptômes de faiblesse générale qui précèdent habituellement le début des phlegmasies.

2° Les phlegmasies, une fois établies, ont pour résultat commun avec toutes les autres maladies de diminuer encore les globules ; mais elles ont pour résultat propre d'augmenter la fibrine.

3° Les dangers de cette surabondance de la fibrine sont : A. de produire la coagulabilité du sang jusqu'à la concrétion polypiforme ; B. d'exciter des phlegmasies sur la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux, par le contact du sang extra-fibrineux ou couenneux avec cette membrane.

4° Les phlegmasies, et surtout la pneumonie, guérissent en très-grande proportion d'une manière spontanée et sans l'intervention d'une thérapeutique active.

Jetons un coup d'œil sur ce que la médecine de tous les temps, y compris celle de nos jours, a pensé du traitement des phlegmasies et des péripneumonies en particulier.

Excepté Van Helmont, dont la répugnance contre la saignée était absolue, nous verrons les médecins de tous les temps et de tous les pays employer les émissions sanguines pour combattre la pneumonie, et encore, chez cet homme célèbre, l'aversion n'était-elle qu'indirecte, et basée sur le vitalisme le plus pur : il voulait, inspiration sublime ! rechercher les spécifiques, combattre par conséquent l'essence de la maladie, et jamais le symptôme. Pour ne pas faire un examen des doctrines médicales que ne comporte pas ma manière d'écrire, je dirai qu'Hippocrate, Baillou, Sydenham, Triller-Huxham, et tous les autres maîtres, ont à peu près sur ce point suivi les mêmes errements.

Quant à Stoll, voici sa propre narration (*Constitution de l'année* 1776, t. I, p. 45) : « Je distinguais soigneusement deux états des poumons ; le premier, lorsque l'inflammation étant dans sa vigueur, excluait tout remède actif. » Et plus bas : « J'observai une ou deux fois, dans l'inflammation très-grave des poumons, le pouls mou, faible et accéléré ; *cependant la saignée fut très-avantageuse*, le sang présenta une couenne inflammatoire, le pouls se releva et devint plus plein.

de pratiquer pour atteindre les productions de natures diverses qui se développent dans l'arrière-gorge, à la base du crâne, et dans la partie postérieure des fosses nasales,

On sait que dès le milieu du siècle dernier, Manne incisait le voile du palais dans toute sa hauteur pour arriver plus facilement jusqu'à ces tumeurs, que leur position dérobe à la vue et à l'action de l'opérateur; qu'en 1840 Flaubert fils enlevait dans le même but l'os maxillaire tout entier, et qu'en 1849 M. Nélaton, prenant un moyen terme entre l'opération de Manne et celle de M. Flaubert, réunissait l'incision du voile du palais à l'excision d'une portion de la voûte palatine.

Le procédé nouveau indiqué par M. Maisonneuve consiste en une incision partielle du voile du palais, désignée sous le nom de boutonnière palatine.

Le chirurgien qui va enlever un polype naso-pharyngien, et qui doit, au préalable, s'ouvrir un passage, a donc à choisir entre ces quatre modes opératoires : la section complète du voile, la résection du maxillaire supérieur, l'incision du voile du palais unie à l'enlèvement d'une portion de la voûte, la simple incision incomplète du voile, dite boutonnière palatine.

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Mallez la relation des deux observations suivantes, recueillies tout récemment à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Foucher, suppléant de M. Laugier. Ces deux observations, suivant la judicieuse remarque de notre confrère, permettent de discerner ce qu'il convient de faire dans ces sortes de cas.

Le premier malade, jeune garçon de dix-neuf à vingt ans entré salle Sainte-Marthe le 2 septembre, présentait une tumeur de l'arrière-gorge qui repoussait en avant le voile du palais et débordait en bas de quelques millimètres. Le malade n'en faisait remonter le début qu'à une année, bien qu'elle fût de date plus ancienne; sa consistance était fibreuse, et son volume celui d'un œuf de pigeon. Le doigt la contournait assez facilement, mais sans atteindre son point d'insertion. La respiration par les fosses nasales était devenue impossible, bien que ces cavités ne fussent pas déformées. L'étude des symptômes, et surtout le résultat de l'exploration directe pratiquée par les fosses nasales et par la cavité buccale, permirent de reconnaître chez le malade l'existence d'un polype fibreux remplissant la partie supérieure du pharynx et obstruant l'orifice postérieur des fosses nasales. Mais c'était seulement par analogie que l'on pouvait supposer que l'insertion de ce polype se faisait à l'apophyse basilaire ou au corps du sphénoïde.

Quelques jours après l'entrée du malade, M. Foucher a pratiqué une simple boutonnière sur le voile. Cette ouverture a permis de mieux constater la mobilité de la tumeur, de la saisir avec une pince de Museux et d'en enlever une portion assez considérable. L'écoulement de sang qui a suivi cette opération, devenu un moment inquiétant, n'a été arrêté que par des applications de perchlorure de fer.

On s'est contenté pendant une semaine de maintenir ouvertes les lèvres de la boutonnière, tendant à la cicatrisation; ensuite on a fait par cette voie une première application de beurre d'antimoine contenu dans un tube de verre, puis une autre cautérisation avec le caustique de Vienne solidifié; et enfin, une dernière plus profonde avec le cautère électrique.

Des portions mortifiées de la tumeur se sont détachées les jours suivants et ont rendu facile la respiration nasale, précédemment impossible. Le doigt, introduit par la boutonnière, a pu après cela parcourir toute la face postérieure du voile du palais et constater que la portion pharyngienne du polype était réduite à presque rien, et qu'il y avait lieu d'espérer que la portion nasale qui reste à détruire pourrait l'être aisément par le dernier des moyens employés, le cautère électrique.

— Le second malade est une femme d'une trentaine d'années, présentant une tumeur pharyngienne d'une exploration difficile et d'un diagnostic douteux. La boutonnière palatine a été également pratiquée; et en permettant de plus complètes investigations, elle a fait reconnaître une tumeur cancéreuse adhérente aux parois postérieures et latérale au pharynx et au voile du palais, et dont il serait aussi inutile que dangereux de tenter l'extirpation.

— Dans ces deux cas de nature et de gravité différentes, la boutonnière a servi pour le premier à extirper en grande partie un polype volumineux, et pourra probablement en permettre la destruction complète; pour le second, à porter un diagnostic définitif. Mais quand même elle ne devrait pas toujours suffire, et dût-on, après l'avoir faite, se voir dans la nécessité d'agrandir la voie par un autre procédé, la raison et la prudence ne sont-elles pas d'accord pour conseiller de commencer d'abord par cette simple incision?

Des trois autres opérations qui ont été proposées et pratiquées, la première en date, celle de Manne, la séparation complète du voile du palais sur la ligne médiane, offre un inconvénient depuis longtemps signalé, et qui l'a fait abandonner; c'est d'exposer à une division permanente du voile, ou de forcer à pratiquer la staphyloraphie, dont le succès n'est pas toujours assuré, et qui laisse du reste après elle, même en cas de réussite, une gêne de la parole qui ne se dissipe que lentement; la seconde, la résection du maxillaire supérieur, toute grosse de dangers, doit être réservée pour des cas exceptionnels, et pour la tenter il faut non-seulement y être contraint, mais se croire en droit de mettre en péril la vie du malade.

Reste l'opération de M. Nélaton, l'excision d'une portion de la voûte palatine, unie à l'incision complète du voile. Sans présenter la gravité de la résection du maxillaire, elle entraîne souvent après elle des conséquences dont il est utile de se rappeler. La perforation de la voûte palatine persiste, et malgré la perfection que l'on apporte aujourd'hui dans la construction des obturateurs palatins, il n'est pas permis de considérer comme une chose indifférente la nécessité où se trouvera le malade de porter constamment une pièce artificielle, si parfaite qu'elle soit d'ailleurs. C'est encore pourtant à ce dernier procédé que l'on doit accorder la préférence quand on a reconnu l'impossibilité de faire l'opération définitive avec la seule boutonnière.

Mais c'est bien certainement à celle-ci qu'il faut tout d'abord recourir. Opération exploratrice, elle devient dans beaucoup de cas définitive, et elle permet de terminer l'extirpation des polypes, sinon elle n'empêche pas d'exciser la partie postérieure de la voûte ou ouvrir même une voie plus large encore. Elle n'expose à aucun des dangers qu'entraînent les trois autres procédés, car on se voit plutôt obligé de lutter contre la tendance à la cicatrisation.

Une dernière considération qui aux yeux de M. Foucher doit faire accorder à ce procédé la première place, c'est que le traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens s'est enrichi d'un nouveau moyen très-puissant, et tout particulièrement propre à combattre ces tumeurs cachées dans la profondeur des cavités anfractueuses, nous voulons parler du cautère électrique, qui se place commodément, qui se chauffe quand on a bien déterminé la portion de tissu que l'on veut détruire. Le fil de platine surtout, chauffé à blanc, rencontre là plus qu'en nul autre endroit une application excellente et qui restera dans la pratique, après même que les espérances exagérées qu'a fait naître la cautérisation galvanique auront été réduites à leur juste importance.

— Depuis que nous avons écrit les lignes qui précèdent, nous avons appris que le malade opéré par M. Foucher, et dont tout pouvait faire espérer la guérison prochaine, a été pris soudainement d'une infection purulente à laquelle il a succombé quelques jours plus tard. Cette terminaison fatale pourra peut-être paraître de nature à modifier ce que nous venons de dire des avantages de la boutonnière palatine. Cependant nous devons nous hâter d'ajouter que l'autopsie a révélé, outre les lésions propres à l'infection purulente, que le polype inséré sur la face inférieure du corps du sphénoïde était en grande partie détruit, que son insertion seule persistait, que de plus un prolongement assez volumineux obstruait encore la fosse nasale droite. Il a été facile de vérifier que le caustique introduit par la boutonnière arrivait directement sur le pédicule de la tumeur, qu'en le portant en avant on attaquait la portion nasale, qu'il eût été d'ailleurs possible de détruire par la fosse nasale.

L'insuccès ne nous semble donc pas devoir être attribué ici à l'étroitesse de la voie ouverte, mais plutôt à la lenteur d'action des moyens employés pour achever la destruction du polype. On pourrait, dans les cas de ce genre, se servir avantageusement de la boutonnière pour porter la chaîne de l'écraseur linéaire sur le pédicule de la tumeur, ne réservant que la plus petite portion possible, que la racine, à l'action du cautère électrique. On éviterait ainsi le grave inconvénient d'entretenir pendant longtemps dans le fond du pharynx une suppuration sanieuse, gangréneuse, dont une partie passe inévitablement dans le tube digestif. Ces remarques, du reste, n'incriminent en rien la conduite du chirurgien, qui a été rationnelle dans la solution d'une question encore à l'étude, et qui d'ailleurs avait affaire à un malade à tempérament lymphatique, et qui, venant de la campagne, a bien pu subir l'influence désastreuse d'un séjour prolongé dans une salle d'hôpital.

Dyssenterie épidémique. — Influence favorable de la calorification.

Dans les différents articles que nous avons publiés sur la dyssenterie épidémique qui a régné d'une manière générale pendant le cours de l'été, on a pu remarquer une petite note dans laquelle M. le docteur Hélye, considérant cette affection comme le résultat d'un refroidissement, préconisait la calorification comme le meilleur moyen de la prévenir et de la combattre. Nous recevons aujourd'hui de M. le docteur Laforgue, médecin-major du 40e de ligne, en garnison à Rome, la relation d'une épidémie de dyssenterie et de diarrhée qui a sévi sur ce régiment pendant les mois de juillet, août et septembre derniers, et qu'il a combattue avec avantage par des moyens analogues à ceux que préconise notre confrère de Romans.

« Je suis entièrement de l'avis de M. le docteur Hélye sur le traitement de la dyssenterie, nous écrit M. le docteur Laforgue. Dans cette affection, comme dans la diarrhée, la première médication à mettre en usage, la plus efficace, c'est la chaleur.

» J'apporte à l'appui de cette opinion l'appuie d'une statistique établie sur un grand nombre d'observations. »

Voici ces faits :

Dans le trimestre de juillet, août et septembre de cette année, il s'est produit à Rome, dans le 40e de ligne, 545 cas de diarrhée ou de dyssenterie, tous suivis de guérison (chiffre très-élevé et qui représente un malade sur cinq valides en trois mois). Si ces deux affections n'ont pas pris le cachet épidémique et n'ont offert qu'une gravité relative, notre confrère l'attribue à la calorification du ventre employée dès le début.

« Je ne fais pas, dit-il, une grande différence entre la diarrhée et la dyssenterie qui viennent de sévir sur mon régiment. Ce sont deux sœurs jumelles. Les mêmes causes les ont produites. Elles ont été traitées et guéries par les mêmes moyens. Elles se sont souvent substituées l'une à l'autre chez le même individu (1). On pourrait, il est vrai, établir entre elles des dissemblances notables, en se basant sur leur siége anatomique et sur la diversité de leurs symptômes. Mais, considérant leur identité de cause, d'élément morbide et de traitement, je les ai englobées dans la même dénomination de flux muco-séreux. En effet, dans certains cas, les selles, qui étaient composées de mucosités plus ou moins sanguinolentes, accompagnées de ténesme, etc., etc., devenaient séreuses et abondantes avec des coliques très-violentes; la maladie était remontée. Les soldats disaient avec la naïveté qui les caractérise : « Je faisais de la graisse et du sang, » à présent je ne fais plus que de l'eau. »

Les 545 cas de flux muco-séreux se décomposent ainsi :

Forme diarrhéique, 411; forme dyssentérique, 134; total : 545.

(1). Voir à ce sujet l'article de M. Champouillon intitulé : *Armée d'Italie*, no du 8 novembre.

» Je dois faire remarquer que j'attachais peu d'importance à l'inspection du sang que l'on gardait dans les vaisseaux destinés à cet usage, soit qu'il parût avoir de la densité ou n'en pas avoir, soit qu'il fût couvert ou non de la croûte inflammatoire; c'est, en effet, un signe fort sujet à induire en erreur. »

Opinion de Broussais. — « Mon but, dit-il, page 8 de la *Préface* de l'*Examen des doctrines médicales*, est de former des médecins d'une pratique plus heureuse que ne peut l'être celle des systématiques à la mode. (Page 40) : Les traits caractéristiques des maladies doivent être puisés dans la physiologie; formez un tableau aussi vrai qu'animé du malheureux livré aux angoisses de la douleur; débrouillez-moi par une savante analyse les cris souvent confus des organes souffrants, faites-moi connaître leurs influences réciproques; dirigez habilement mon attention vers le douloureux mobile du désordre universel qui frappe mes sens, afin que j'aille y porter avec sécurité le baume consolateur qui doit terminer cette scène déchirante; alors j'avouerai que vous êtes un homme de génie. »

Or voici le baume consolateur (*Propositions de médecine*, section 3e, § 262) : « Il est toujours dangereux de ne pas arrêter une inflammation dans son début; (263) il y a quatre sortes de moyens d'arrêter la marche des inflammations, les débilitants, etc.; (264) les débilitants propres à arrêter les inflammations sont la *saignée*, l'abstinence, les boissons émollientes et acidules; *mais la saignée est le plus efficace de tous*; (265) la saignée des gros vaisseaux convient aux engorgements sanguins qui se font avec rapidité sous l'influence de l'irritation dans les parenchymes. »

Voulez-vous passer en revue la pratique des modernes professeurs de nos écoles? Mais à quoi bon? La méthode des saignées coup sur coup de M. Bouillaud vous est bien connue; les sages préceptes tracés par MM. Trousseau et Pidoux dans leur *Traité de thérapeutique*, et tous les autres travaux sont présents à votre savante mémoire; c'est donc assez en dire sur ce point.

Vous voyez, Monsieur, que si je ne partage pas tout d'abord vos opinions sur le traitement de la pneumonie, je m'appuie sur des autorités bien respectables et sur la pratique de tous les temps.

Fortis imaginatio generat casum, disent les clercs; il n'y a pas encore trente années que j'étudie en médecine, et combien de révolutions ai-je déjà vues touchant le seul traitement des pneumonies! Hélas! le tout s'en est allé à peu près. Que, pour le peuple, le principal crédit des visions, et tels effets extraordinaires venant de la puissance de l'imagination agissent contre ces âmes vulgaires, cela se conçoit; on leur a si fort vicié la créance qu'ils croient voir et qu'ils ne voient point; mais comment chez les médecins, auxquels J. J. Rousseau lui-même accorde le plus de science parmi les hommes savants, se peut-il qu'il y ait sur un seul sujet purement matériel, suivant l'école anatomique, tant et tant d'opinions diverses, juste au moment où selon leur dire nous possédons nombre d'hommes lumineux?

S'il s'agissait entre nous de débattre le mérite des avis de Simon Thomas, célèbre médecin de son temps, consultant dans la ville de Toulouse un riche vieillard pulmonique, et lui conseillant de se tenir en la compagnie d'un jeune homme alors présent, de repaître ses yeux de sa fraîcheur de visage, de l'allégresse et de la vigueur qui regorgeaient en son adolescence, pensant ainsi en amender son habitude;

Ou bien d'affirmer si Abisag de Sunam, partageant la couche du roi David et restant vierge, communiquait aux poumons de ce vieillard la vigueur de ses jeunes années;

Si... Mais je m'arrête. Vous sentez que vos discours ne m'ont pas convaincu; car, je vous l'avouerai, la statistique même agricole ne m'inspire pas beaucoup de confiance, depuis qu'ayant supputé ses ressources alimentaires elle a failli deux fois nous laisser mourir de faim. Quant aux chiffres en médecine, je suis forcé, en général, de ne leur accorder aucune confiance.

Tenez, Monsieur, si vous voulez me le permettre, je vais vous présenter une petite objection, *si peu que rien*; votre conscience va être alarmée : toutes les observations sur lesquelles vous vous appuyez ont été recueillies dans les hôpitaux des grandes villes; or il y a des raisons majeures qui peuvent infirmer vos raisonnements; n'en prenons qu'une, l'*action instinctive nosocomiale*; en ne faisant rien aux malades, vrais *noli me tangere*, une fois qu'ils y sont entrés, ils ne meurent pas ordinairement; mais si on les saigne, si on les spolie, si on donne le dessus à la partie fibrineuse du sang aux dépens des globules, et je vous accorde cette théorie sans y tenir moi-même, alors les malades s'éteignent : tel est le secret probable des succès de l'expectation et de l'insuccès des saignées.

515 cas ont été traités à la chambre; 5 sont entrés à l'infirmerie régimentaire; 25 ont été envoyés à l'hôpital. Total : 545.

Des 515 malades à la chambre, 237 ont été traités par M. Laforgue lui-même, et 278 par M. A. Sarrazin, aide-major à qui avait été confiée la visite de la moitié du régiment.

Cette distinction est essentielle, parce que la médication de M. Sarrazin a différé de celle de M. Laforgue; tandis qu'ils se sont entendus pour l'emploi de la chaleur, moyen auquel ils ont ajouté l'un et l'autre la plus grande importance.

Médication du docteur Sarrazin.

Le matin, sulfate de soude, de 10, 15 à 20 grammes, pendant un, deux ou trois jours, suivant le cas.

Le soir, une ou deux pilules d'extrait gommeux d'opium, de 5 centigrammes chacune.

Médication du docteur Laforgue.

Le premier jour, 1 gramme d'ipéca en poudre et 5 centigrammes d'émétique mélangés et pris en une seule fois à la visite du matin.

Le lendemain et les jours suivants selon l'indication, ipéca en lavage à doses variables.

Le soir, également une ou deux pilules d'extrait gommeux d'opium.

Ces deux méthodes ont produit à peu de chose près le même résultat. L'ipécacuanha n'a pas eu une supériorité bien sensible sur le sel de soude. En voici la preuve :

Malades traités par le docteur Sarrazin.

Diarrhée : 201, qui ont donné 617 journées de traitement, soit une moyenne de 3 jours 1 heure 40 minutes.

Dyssenterie : 77, qui ont donné 322 journées de traitement; soit une moyenne de 4 jours 4 heures 22 minutes.

Malades traités par le docteur Laforgue.

Diarrhée : 183, qui ont donné 425 journées de traitement, soit une moyenne de 2 jours 7 heures 45 minutes.

Dyssenterie : 54, qui ont donné 227 journées de traitement, soit une moyenne de 4 jours 4 heures 53 minutes.

Les trente cas envoyés à l'infirmerie ou à l'hôpital s'étaient compliqués de fièvre endémique de Rome, et ont donné 542 journées de traitement, soit une moyenne de 18 jours.

Si M. Laforgue a obtenu pour les diarrhées une moyenne de traitement de quelques heures inférieure à celle du docteur Sarrazin, en revanche elle a été la même pour les dyssenteries; ce qui prouve aux yeux de notre confrère que les deux médications sont également efficaces ou également indifférentes. Tout au plus, ajoute-t-il, elles ont eu l'avantage de maintenir les hommes au régime. Aussi, pour lui, l'explication de ce succès remarquable n'est-elle pas là. Elle est tout entière dans la calorification du ventre à l'extérieur au moyen de la flanelle, et à l'intérieur par des boissons chaudes.

Chaque fois qu'un malade atteint de diarrhée ou de dyssenterie se présentait à la visite, on exigeait rigoureusement qu'il maintînt sa flanelle appliquée sur le bas-ventre comme il convient (la plupart négligeant cette prescription), et on veillait à ce qu'il la gardât jour et nuit. De plus, pendant toute la saison épidémique, on mettait à la disposition des malades une grande quantité de décoction de racine de réglisse constamment chaude et aromatisée avec de la menthe sauvage, ou avec de la feuille fraîche d'oranger.

Aussi M. Laforgue est-il très-disposé à croire que l'ipéca, associé ou non à l'émétique, que le sel de soude et l'opium, n'ont été que des adjuvants plus ou moins actifs et peut-être inutiles; mais que tout le bénéfice qui a paru résulter de l'emploi de ces médicaments doit être attribué à la chaleur.

« En 1849, continue notre confrère, à Lyon, le choléra, par une de ces bizarreries dont il a donné tant d'exemples, frappait le 19e régiment de ligne, auquel j'étais attaché comme aide-major, tandis qu'il épargnait la population de la ville et les autres corps de la garnison. Plus de la moitié de nos hommes étaient atteints de diarrhée. Rien n'y remédiait, ni les mesures hygiéniques ou sanitaires, ni les traitements employés. J'eus l'idée de conseiller une feuille de ouate appliquée sur le ventre. Le colonel donna immédiatement l'ordre à tous les capitaines d'en faire acheter une provision sur les fonds de l'ordinaire des compagnies et de les délivrer aux malades sur ma prescription. Dès le lendemain tous les diarrhéiques étaient pourvus d'une bonne feuille de ouate. Les soldats adoptèrent avec empressement ce moyen dont ils reconnurent tout de suite les bons effets. Après trois ou quatre jours, je n'avais plus de malades, l'épidémie était vaincue. »

» Aux sages prescriptions de M. le docteur Hélye, j'ajouterai la suivante : Lorsqu'une épidémie de diarrhée ou de dyssenterie sévit dans une localité, recommander aux populations de se couvrir préventivement le ventre avec une bonne ceinture de flanelle, et mieux encore, pour les pauvres surtout, avec une feuille de ouate, qui est plus chaude et qui ne coûte que dix à quinze centimes. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 novembre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la séance précédente, M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le professeur Sédillot (de Strasbourg), assiste à la séance.

M. BROCA demande la parole à l'occasion du procès-verbal :

M. Michon a dit dans la dernière séance qu'Auguste Bérard avait consacré dans le Compendium de chirurgie un article spécial aux abcès simples des os : j'ai vérifié cette assertion, et je me suis assuré que notre collègue avait dû être trompé par le titre de l'article; mais en le lisant, il est facile de se convaincre que c'est une simple analyse du mémoire de M. Morven Smith sur la suppuration diffuse de la moelle, première période de la nécrose profonde des os longs. La trépanation a pour but d'empêcher la nécrose en limitant les décollements de la moelle.

Il est évident que cela n'a aucun rapport avec le travail de M. Brodie.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Le Chirurgien à l'ambulance, études pratiques sur les plaies par armes à feu, suivies de lettres sur les blessés de Palestro, Magenta, Marignan et Solferino, par M. L. Appia, membre de la Société de médecine de Genève.

L'auteur de cet ouvrage demande le titre de correspondant étranger, et annonce, par l'intermédiaire de M. Monod, qu'il enverra prochainement un travail manuscrit à l'appui de sa candidature.

— Après le dépouillement de la correspondance, M. Foucbé est appelé à lire un travail intitulé : *Note sur le traitement des polypes naso-pharyngiens*. (Renvoyé à une commission composée de MM. Richet, Verneuil et Huguier.)

M. BROCA donne le résumé d'une observation adressée par M. le docteur Viennois (de Lyon), et intitulée *Coxalgie, ankylose, rupture de l'ankylose, rétablissement des formes et d'une partie des mouvements. Constatation du résultat un an après. Mort et autopsie.*

La pièce pathologique accompagne l'observation et est mise sous les yeux de la Société.

Un homme de 35 ans, d'une bonne constitution, travaillant aux forges d'Oullins, entre le 19 octobre 1858 dans le service de Bonnet.

A l'âge de quinze ans il avait eu une affection de la hanche droite, suite de ses travaux dans un lieu humide et malsain. La cuisse était alors fléchie sur le bassin, la marche impossible, les douleurs très-vives. Un vaste abcès s'étant formé à la partie interne et supérieure de la cuisse, il fut ouvert et guéri au bout de quinze jours. Après une série de vésicatoires, le malade sortit au bout de six mois, marchant parfaitement bien.

Il y a six ans, nouvelles douleurs dans la même articulation : séjour de six mois à l'Hôtel-Dieu de Lyon, sept cautères à la potasse au niveau de l'articulation. Il sort notablement amélioré, mais boitant légèrement.

Ayant repris ses travaux aux forges d'Oullins et se trouvant de nouveau exposé à des variations brusques de température, les douleurs se réveillèrent, la claudication devint plus prononcée, et bientôt il lui fut impossible de marcher.

Il entra de nouveau à l'Hôtel-Dieu de Lyon. A l'examen on constate : douleur au niveau de la hanche droite s'irradiant jusqu'au genou, exaspérée par le moindre mouvement. Gonflement peu considérable au niveau de la banche.

A la vue, le malade étant couché, le membre paraît allongé; mais la mensuration fait voir que la longueur est la même des deux côtés. La différence apparente tient à une inclinaison du bassin. Flexion du membre avec abduction et rotation en dehors; genou écarté de 27 centimètres de l'axe du corps; rotation en dehors évaluée à 45 degrés. La cuisse forme avec le tronc un angle de 130 degrés. Il y a ankylose de l'articulation coxo-fémorale. Tous les mouvements imprimés se communiquent exclusivement au bassin.

La station verticale est impossible sans le secours d'un aide. Quand le pied droit appuie à terre, le bassin s'incline considérablement.

Le 15 novembre, le malade est éthérisé, et l'ankylose persiste malgré la résolution complète des muscles. M. Bonnet saisissant alors la cuisse, lui imprime suivant son axe une série de mouvements. De violents craquements se font entendre, et la main perçoit des frottements rugueux; le membre devient plus mobile. On exécute la flexion, puis successivement tous les mouvements de la cuisse, en terminant par la circumduction, ensuite on opère le redressement; sept pastilles de potasse sont appliquées autour de l'articulation; le membre est enveloppé dans un appareil amidonné qui embrasse le bassin, et définitivement placé dans la grande gouttière de Bonnet.

Les choses restent en place pendant un mois, les douleurs étant très-supportables et beaucoup moins vives qu'avant l'opération. Le bandage étant enlevé, on constata que le membre avait conservé la position qui lui avait été donnée. Les cautères suppuraient, et il n'y avait plus de douleur.

A la fin de janvier 1859, le malade pouvait marcher, mais en boitant. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale étaient très-limités; il y avait encore un peu de flexion, d'abduction et de rotation en dehors. Il fut alors soumis à des mouvements de flexion avec un appareil, mais on négligea les mouvements d'abduction et d'adduction.

Il quitta l'hôpital le 10 mai 1859, marchant facilement et boitant très-peu; il n'y avait plus pour toute difformité qu'un peu de rotation en dehors et un peu d'allongement (1 centimètre et demi). Les mouvements articulaires étaient bornés à un peu de flexion.

Ayant repris ses occupations aux forges d'Oullins, il pouvait se livrer aux travaux les plus pénibles de son métier. Au mois de septembre, il fut pris d'accidents d'une autre nature, et entra encore à l'Hôtel-Dieu, où on reconnut qu'il était atteint d'un anévrysme de l'aorte. Cette maladie fit de rapides progrès, et la mort survint le 21 octobre.

Voici ce qu'à l'autopsie on a pu constater du côté de l'articulation coxo-fémorale droite, et ce qu'on peut voir encore en partie sur la pièce qui nous a été envoyée :

Pas de difformité bien saillante; il y a un allongement de 1 centimètre et demi dû à une inclinaison du bassin. Le mouvement de flexion de la cuisse sur le tronc n'atteint pas le degré qu'on avait cru reconnaître sur le vivant, mais il est évident. Les mouvements d'abduction et d'adduction sont très-limités. La rotation en dehors est impossible.

Il y a une transformation graisseuse incomplète du muscle psoas-iliaque. Le long de son tendon non rétracté existe une masse fibrineuse, jaunâtre, très-résistante, terminée par un renflement noirâtre, fongueux au centre, ressemblant aux restes d'une ancienne membrane pyogénique. Les adducteurs commencent à subir l'atrophie graisseuse. Les autres muscles de la région sont à peu près sains.

La capsule articulaire, augmentée de volume d'une façon générale, a en arrière une épaisseur d'un demi-centimètre. Elle est en ce point rétractée, très-résistante, et en maintenant le grand trochanter rapproché de la tubérosité sciatique, elle fixe le membre dans la rotation en dehors. La capsule est renforcée de plusieurs ostéophytes. Deux à la partie supérieure, développés à la face interne du bourrelet cotyloïdien, paraissent avoir été, lors de la rupture de l'ankylose, séparés violemment d'autres ostéophytes que présente la tête du fémur. Ce qui le ferait croire, c'est la configuration réciproque des surfaces osseuses qui s'adaptent parfaitement, bien que les frottements aient émoussé les saillies et effacé en partie les dépressions. Sur la paroi interne de la capsule existe un troisième ostéophyte volumineux et indépendant.

Les surfaces articulaires sont libres. Pas de traces du ligament rond; son insertion sur la tête du fémur a même disparu. L'arrière-fond de la cavité cotyloïde n'est indiqué que par quelques dépressions peu marquées. Ces surfaces articulaires sont recouvertes par un cartilage al-

---

Voulez-vous en faire, de la statistique? Suivez-moi un moment, la promenade ne sera pas gaie. Voyez ces opérés avant leur mort, tous les accidents, toutes les phlegmasies tombent sur eux dans les salles de chirurgie, les décollements, les abcès, les fièvres purulentes (et de quel pus!), les érysipèles, etc. Ils se fondent.

Pourquoi n'admettriez-vous pas que la maladie, l'air, les autres influences nosocomiales et morales, *les saignées*, n'attireraient pas sur les péripneumoniques des abcès, des érisypèles des bronches et du tissu pulmonaire lui-même, et enfin l'extinction. Tout cela est naturel et malheureusement vrai.

Permettez-moi de vous dire comment en fait de pneumonies les choses se passent ici, et tous mes amis et confrères des campagnes vous en diront autant.

Ordinairement, contre la lettre de votre premier apborisme, la maladie affecte soudainement un sujet au plus fort de la santé; si on est appelé de suite, on le saigne une ou deux fois en douze ou vingt-quatre heures, on lui donne des boissons délayantes, on le soumet à la diète, et il guérit. Avant la saignée, la respiration était difficile; après elle se fait mieux; le pouls se relève, il devient harmonieux, ondulant, et la diaphorèse s'établit (c'est le mouvement critique ordinaire), et en quelques jours tout est dit. Je parle de la pneumonie franche; nous nous entendons : il y a pneumonie et pneumonie.

Si on est appelé le second ou le troisième jour, la scène change, la maladie a souvent passé du premier au deuxième degré, et alors les affaires se compliquent. Ici on est plus embarrassé; *c'est l'attente*, l'expectation, qui a causé le surcroît du mal; pour lors on emploie les antimoniaux, etc.; on fait, comme on dit, pour le mieux, selon les cas, et les terminaisons sont diverses.

Tenez, Monsieur, demandez à tous les médecins de campagne, qui en fin de compte en valent bien d'autres pour l'observation, et vous verrez si je vous trace l'histoire naturelle de la pneumonie franche avec vérité. C'est assez vous dire que votre savoir vous ne nous avez nullement convaincu. Je parie pour mes pareils et pour moi, sans craindre d'être démenti.

Je puis même ajouter, avec le respect que vous m'inspirez, *on a saigné* avant vous dans le traitement des pneumonies, *on saignera encore après*. Ne vous échauffez donc pas, je vous prie, à vouloir défendre une cause qui me paraît on ne peut plus contestable, surtout eu égard au milieu douteux dans lequel les expériences ont été faites.

Le tout dit de ma part avec le ton qui convient entre ceux qui agissent de bonne foi, et en ne confondant pas les opinions avec la science elle-même. J'ajouterai que les vues du vrai praticien se modifient à mesure que les faits sont mieux observés, et comme ce n'est pas en matière de science expérimentale que la fixité des opinions est honorable, je suis prêt à vous faire le sacrifice des miennes si vous parvenez vraiment à me convaincre : — mais selon la maxime de Rabelais, ajoutons : *Et jeu sans tricherie.*

Amédée Joux,
de la Ferté-Gaucher.

P. S. Après ceci, je pense que si votre femme ou votre enfant, que je suppose forts et bien portants, étaient attaqués d'une fluxion de poitrine franche à la campagne, vous ne vous borneriez pas à la simple expectation... n'est-ce pas?

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'au bureau.

De la santé des gens de lettres, suivi de l'Essai sur les maladies des gens du monde, par TISSOT; nouvelle édition, revue sur les derniers manuscrits de l'auteur, et publiée par M. le docteur BERTRAND DE SAINT-GERMAIN. Un volume in-18. Prix : 4 fr. Chez Techener, rue de l'Arbre-Sec.

Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les bandages, les appareils de fractures, les pessaires, les ponctions, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, etc. 1860, 3e édition. Un volume grand in-18, avec 307 figures; par M. A. JAMAIN, chirurgien des hôpitaux, etc. Prix : 7 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

téré, dépoli, raviné, très-aminci en certains points où l'on pourrait le croire absent. En quelques endroits il présente un aspect granuleux ; dans d'autres, il se laisse dissocier en faisceaux perpendiculaires à la surface d'implantation, quand on le gratte avec l'ongle.

La synoviale vasculaire dans les culs-de-sac n'est pas fongueuse, mais offre de nombreux tractus fibreux qui s'implantent sur les surfaces osseuses.

La tête du fémur a la forme d'un segment d'ovoïde, dont la base se dirige obliquement en arrière et en bas. Elle est hérissée de productions osseuses de nouvelle formation dont les unes forment une couronne à sa base et les autres prolongent son sommet en dedans et en bas. Son volume est considérable ; elle présente 22 centimètres de circonférence dans sa partie la plus renflée, 8 centimètres de son sommet à son point de jonction avec le col, et 6 centimètres et demi dans son diamètre transversal. Cette tête est portée par un col irrégulier, beaucoup plus gros qu'à l'état normal (4 centimètres et demi de diamètre), et dont l'axe semble faire avec celui de la tête un angle obtus d'environ 120 degrés, ouvert en arrière. Mais une section qui divise le col et la tête suivant leur longueur, montre que cette apparente déviation du col est due aux ostéophytes qui l'entourent et qui, plus développés en dedans, forment là comme un troisième trochanter qui dépasse le grand de 4 centimètres en avant. Cette section permet aussi de constater l'éburnation du tissu osseux de la tête, conséquence d'une ancienne ostéite condensante.

La cavité cotyloïde est agrandie ; son diamètre vertical mesure 6 centimètres, son diamètre transversal 7 1/2, et sa profondeur, calculée à partir du bord libre du bourrelet, 4 centimètres.

M. le docteur Ollier a examiné au microscope les tissus altérés. Les cartilages articulaires lui ont présenté une substance fondamentale granuleuse, creusée de cavités, cinq ou six fois plus vastes qu'à l'état normal et renfermant de nombreuses cellules cartilagineuses remplies elles-mêmes de granulations. Cette disposition se remarquait surtout dans les parties qui présentaient l'altération décrite. Le tissu musculaire malade a offert l'altération graisseuse à divers degrés ; dans certains points, disparition complète de fibres musculaires remplacées par de grosses gouttes huileuses et des fibres de tissu cellulaire ; dans d'autres points, infiltration graisseuse simple des fibres musculaires.

Le tissu de cicatrice, trace de l'ancien abcès, a présenté des fibres élastiques et de tissu cellulaire mêlées à beaucoup de graisse.

Après avoir dépouillé l'articulation coxo-fémorale des parties molles, mais avant d'ouvrir la capsule, nous avons de nouveau cherché à apprécier l'étendue des mouvements. Le fémur est maintenu dans un certain degré de flexion (20 degrés ; angle de 160° avec le tronc), ce qui masquait sur le vivant la projection du bassin en avant et en bas. Le mouvement de flexion ne s'exécute pas directement, mais comme nous l'avions déjà remarqué, se combine avec l'abduction. Son étendue ne dépasse pas 40 degrés, de sorte que dans le maximum de flexion, il reste encore entre le fémur et le bassin un angle de 120 degrés. Cette flexion est limitée par la résistance de la capsule en bas et en arrière et par la rencontre des ostéophytes développés sur la tête d'une part, et dans le bourrelet cotyloïdien de l'autre.

Il n'y a de bien évident que ce mouvement de flexion. L'abduction est empêchée par la saillie osseuse considérable qui a été comparée à un troisième trochanter et par la rétraction de la capsule, surtout en arrière et en haut. L'abduction proprement dite, un peu mieux accusée, est bientôt limitée par la résistance des faisceaux internes de la capsule et la saillie de l'ostéophyte, signalée au sommet de la tête du fémur.

M. LEGOUEST. Il est évident que, dans ce cas, il n'y avait pas de soudure osseuse, et il en est ainsi dans la plupart des cas où on avait cru le contraire.

Le Musée du Val-de-Grâce possède une pièce qui est la reproduction à peu près complète de celle qui est soumise en ce moment à l'examen de la Société. On a beaucoup parlé des appareils de Bonnet pour rétablir les mouvements. Je les ai employés récemment sur un malade, en les variant de toutes les façons, et je dois dire que je n'ai rien obtenu de satisfaisant. Ce malade est récemment revenu des eaux thermales, et l'ankylose persiste.

Le membre est redressé, mais il y a toujours la même roideur et absence de toute mobilité dans l'articulation de la hanche.

Mais une question se présente : quand l'articulation malade est entourée d'abcès ou de fistules, doit-on faire des tentatives de redressement ? J'ai essayé dans ces diverses circonstances, et je n'ai pas vu d'accidents se développer, soit que les abcès fussent ouverts, soit qu'ils ne le fussent pas. J'en conclus qu'on peut essayer de redresser sans se préoccuper de ces circonstances.

M. GOSSELIN. Cette pièce pathologique me paraît offrir un grand intérêt.

Nous connaissons le *morbus coxæ senilis* et l'affection que dans ces derniers temps on a décrite sous le nom d'arthrite sèche. États morbides identiques, selon moi, et qui caractérisent la coxalgie des adultes et des vieillards, essentiellement différente de celle des jeunes sujets ; les altérations anatomiques ne sont pas les mêmes. L'autopsie, dans un cas, m'a bien permis de constater le fait que j'avance. Certains malades qui ont des arthrites sèches éprouvent quelquefois des accidents qui en imposent pour une sciatique chronique, et de pareilles erreurs sont souvent commises dans la pratique.

Un caractère qui distingue la coxalgie de l'adulte et du vieillard de celle du jeune sujet, c'est que chez les premiers la douleur résiste souvent à tous les moyens employés pour la calmer.

M. SÉDILLOT. Je crois qu'il faut surtout étudier l'anatomie pathologique de la coxalgie. On confond sous ce nom beaucoup de choses très-différentes.

Quand Bonnet (de Lyon) annonça que le plus sûr moyen de calmer la douleur était le redressement du membre, cela surprit presque tous les chirurgiens, qui se demandèrent comment la position longitudinale, qui est la moins favorable, pouvait amener ce résultat ; l'expérience ayant depuis longtemps appris qu'instinctivement, pour trouver du calme, les malades adoptaient la flexion avec abduction.

J'ai, comme beaucoup d'autres, essayé du redressement, et je suis parvenu à le produire.

J'ai pu m'assurer alors que le fémur était mobile dans la cavité cotyloïde. Les deux surfaces articulaires sont notablement agrandies, et, quand on constate de vives douleurs, cela indique que ces surfaces ont perdu une partie de leurs rapports normaux, et il est très-indiqué alors de redresser le membre. Il y a une grande différence à établir entre les luxations traumatiques et les luxations spontanées : dans celles-ci un changement partiel de rapports suffit pour que des parties nouvelles soient exposées à des compressions et des distensions plus ou moins grandes.

Sur des enfants j'ai pu rendre au membre la longueur et la situation normales ; mais pour rendre le succès définitif, il aurait fallu pouvoir les maintenir dans cette situation, et c'est pour cela que Bonnet avait imaginé ses appareils inamovibles. Malheureusement cela est presque impossible à obtenir chez les enfants, la cavité cotyloïde s'étant en général considérablement agrandie. Il faut s'efforcer de ramener la tête du fémur dans la direction de l'axe de la cavité cotyloïde.

Pour certaines coxalgies des adultes et des vieillards, j'ai eu recours, comme beaucoup d'autres, aux grandes déchirures, aux sections sous-cutanées tendineuses et musculaires, et je n'ai pas tardé à me convaincre que de pareilles interventions étaient dangereuses, et que le plus sage était encore de ne toucher à rien. L'ankylose dans ces cas doit être respectée, et considérée comme un mode heureux de guérison employé par la nature.

Lorsque les idées de Bonnet furent discutées au sein de la Société médicale de Lyon, plusieurs membres s'élevèrent contre cette nouvelle méthode.

J'ajouterai, en terminant, que le raccourcissement ne dépend pas seulement de la situation vicieuse du membre. Une partie doit être rapportée à la déformation des surfaces articulaires.

D'un autre côté, il ne faut pas oublier que toute la thérapeutique ne doit pas consister dans le redressement. Il faut se souvenir que l'affection articulaire est souvent née sous l'influence d'un mauvais état général de l'organisation qu'il faut s'attacher à combattre.

M. VERNEUIL demande si, à l'autopsie de l'homme qui a fourni la pièce pathologique venue de Lyon, on a eu soin d'examiner l'autre articulation coxo-fémorale.

M. BROCA répond que cet examen n'a pas été fait.

M. VERNEUIL continuant. Je ne saurais partager l'opinion de M. Gosselin sur les difficultés que présenterait le diagnostic du *morbus coxæ senilis* ; seulement il est évident que pour ne pas se tromper, il faut en avoir étudié les caractères. J'ai eu récemment occasion d'en observer deux cas : l'un à l'Hôtel-Dieu, l'autre à l'hôpital Beaujon, et véritablement cela était facile, quoiqu'on les eût pris pour autre chose.

Les malades atteints de cette affection de la hanche sont infirmes, ne peuvent pas travailler, et on peut constater une fausse ankylose. La cavité cotyloïde a quelquefois une étendue considérable. La tête du fémur et le grand trochanter ont aussi beaucoup augmenté de volume.

M. GOSSELIN. J'ai seulement voulu dire que, tandis que chez les enfants on avait eu souvent l'occasion de constater par l'autopsie les désordres de l'articulation, il n'en était pas de même pour les adultes et les vieillards, que dans presque tous les cas on n'avait examinés que pendant la vie.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. CHASSAIGNAC. Je mets sous les yeux de la Société un homme que j'ai opéré à Saint-Antoine, il y a huit ans, pour un corps étranger dans l'articulation du genou, qui déterminait de très-vives douleurs. Je m'étais contenté de le faire sortir de la cavité articulaire et de le fixer dans le tissu cellulaire.

Aujourd'hui on en retrouve encore la trace, mais il a diminué des deux tiers. J'ai pensé que nos collègues constateraient avec intérêt ce que deviennent, après un certain temps, ces corps étrangers articulaires fixés dans le tissu cellulaire.

Après avoir endormi le malade et saisi le corps avec un ténaculum, j'ouvris la capsule ; mais à ce moment, l'interne le laissa échapper. L'ayant ramené à la surface et saisi de nouveau, je le fis glisser dans le tissu cellulaire. Il n'y eut aucun accident. Dans une autre circonstance, j'ai pu entraîner un corps étranger du genou jusqu'à la partie inférieure du tibia.

Il ne faut pas oublier que certains de ces corps se brisent très-facilement. Il m'a paru aussi qu'il était préférable de les diriger vers le côté externe de l'articulation, la région opposée étant plus riche en lymphatiques, et par conséquent plus capable de s'enflammer.

M. RICHET. Je félicite M. Chassaignac du succès qu'il a obtenu. Ce n'est pas chose facile que de chasser les corps étrangers de l'intérieur des articulations. Je n'ai jamais essayé de cette méthode, mais j'ai vu un de nos chirurgiens les plus distingués éprouver de grandes difficultés pour la mettre en pratique. Le corps ne put être saisi ; mais pendant les manœuvres, de l'air pénétra dans la cavité articulaire, et quelques jours après il se déclara une arthrite violente qui fit rapidement périr le malade.

Une pareille opération me paraît difficile dans tous les temps qu'elle comporte.

M. LEGOUEST. Je suis étonné de l'opinion que vient d'émettre M. Richet et du cas malheureux qu'il nous a rapporté. J'ai fait trois fois avec succès et sans le moindre accident, l'opération dont a parlé M. Chassaignac. Je l'ai pratiquée deux fois sur le même malade et sur le même genou. Quand on a le choix, c'est vers le bord supérieur de la rotule qu'il me paraît convenable d'agir. Je regrette d'avoir perdu ces opérés de vue et de n'avoir pu constater ultérieurement ce qu'étaient devenus les corps étrangers déplacés.

M. BROCA pense qu'on peut expliquer les différences qu'on vient de signaler en se rappelant que parmi ces corps étrangers articulaires les uns sont entièrement libres, tandis qu'il y en a qui sont adhérents.

M. CHASSAIGNAC. Il est bien entendu qu'il ne faut attaquer que les corps qui sont entièrement libres. Pour cela, il faut à l'avance étudier avec soin leur manière d'être, et c'est ce que j'avais fait pour le malade que je viens de montrer.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Thoinnet, né à Saint-Herbion (Loire-Inférieure) ; *Quelques mots sur une variété d'érysipèle traumatique par infection.*

Charbonnel ; *Étude sur les eaux sulfureuses des Eaux-Bonnes, et sur leur action thérapeutique dans quelques maladies de poitrine.*

Deligeannis, né à Janina (Grèce) ; *Du ramollissement aigu du foie.*

Jacques, né à Montrouge (Seine) ; *Du traitement du choléra épidémique.*

Michel, né à Martigues (Bouches-du-Rhône) ; *Des corps étrangers pénétrants de l'œil.*

Fongue, né à Gien (Loiret) ; *De la fièvre paludéenne simple.*

Fourgniaud, né à Nedde (Haute-Vienne) ; *De la sous-cutanisation des plaies par la réunion collodionnée.*

Lechevallier, né à Dijon (Côte-d'Or) ; *Du palper abdominal appliqué à l'obstétrique, et plus spécialement à l'étude de la grossesse.*

Mourette, né à Homblière (Aisne) ; *Quelques remarques critiques sur la fièvre de lait.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, le registre des inscriptions du quatrième trimestre 1859 restera ouvert à la Faculté de médecine de Paris, jusqu'au 21 de ce mois.

Les étudiants qui n'obtiendraient leur titre de bachelier ès lettres que le lendemain 22, dernier jour de la session, pourront, sur une demande qui sera transmise à M. le ministre par l'intermédiaire de M. le vice-recteur, être admis à prendre leur première inscription après la clôture du registre.

— La séance solennelle de rentrée de la Faculté de médecine de Paris, et la distribution des prix de l'École pratique et des prix Corvisart et Montyon, auront lieu dans le grand amphithéâtre de ladite Faculté, sous la présidence de M. le doyen, le mardi 15 novembre, à une heure précise.

M. le professeur Wurtz a été désigné, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, pour prononcer le discours d'usage, dont le sujet est l'éloge de Soubeiran.

— On lit dans la *Gazette hebdomadaire* :

« Nous ne croyons pas nous trop avancer, en annonçant que le décret de nomination de M. Regnault à la chaire de pharmacie (qui prend le nom de chaire de pharmacologie) paraîtra avant peu au *Moniteur*. »

— On lit dans le *Bulletin de médecine et de pharmacie militaires* :

« Les mutations indiquées dans le numéro de ce jour sont, en grande partie, relatives aux désignations récemment faites pour le corps expéditionnaire de Chine. La campagne à laquelle vont prendre part, avec l'armée, les officiers de santé dont les noms figurent dans cette liste, n'est pas sans attrait pour ceux dont l'esprit est porté au merveilleux, à la vie aventureuse. Mais autre chose que le désir de la nouveauté contentera sans doute ceux qui sont appelés à faire cette expédition : certitude d'avancement et avantages pécuniaires.

» L'indemnité d'entrée en campagne est, en effet, dit-on, allouée indistinctement à tous les officiers, qu'ils viennent de France, d'Algérie ou d'Italie, et elle est en outre augmentée d'un tiers. Pendant la durée de l'expédition, le supplément de solde de Paris serait également compté à tous les officiers. Ce sont là des intérêts pécuniaires qui ne sont pas à dédaigner ; mais il en est d'un autre ordre qui sont beaucoup plus importants puisqu'ils touchent à l'avenir militaire. Au retour de la campagne, les militaires proposés pour l'avancement seraient admis à être promus immédiatement ; en outre, le chef de l'expédition aurait le droit de nommer à toutes les vacances, sur la proposition des chefs de chaque service. D'où il suit qu'un aide-major, par exemple, pourrait être nommé major de deuxième classe au début de la campagne, ce qui ne l'empêcherait pas d'être proposé pour le grade de major de première classe, et d'être promu à ce grade à sa rentrée en France. »

— Suivant notre confrère espagnol M. Lunda, la quantité journalière de viande distribuée aux soldats dans les diverses armées d'Europe varie ainsi qu'il suit : armée anglaise, 375 grammes ; française, 250 ; belge, 250 ; russe, 250 (quatre fois seulement par semaine) ; napolitaine, 192 (2 fois par semaine) ; prussienne, 170 ; piémontaise, 156 ; autrichienne 125. En Espagne, à l'exception d'un petit nombre de régiments, les soldats ne reçoivent pas de viande de boucherie, mais seulement 33 à 38 grammes de lard. (*Gaz. hebd.*)

— La médecine anglaise vient de perdre le docteur Francis Barker, professeur de chimie au collége de la Trinité, de Dublin.

— M. le professeur Piorry commencera son cours de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, le mercredi 16 novembre, à sept heures et demie très-précises.

Les leçons, qui auront lieu à huit heures et demie, auront trait une fois par semaine à l'auscultation.

Exercices pratiques de plessimétrisme, par MM. Favre, Taquet, Bracou et Baudouin, aides de clinique.

— M. le docteur Fano, professeur agrégé en chirurgie de la Faculté, a commencé son cours de clinique des *maladies des yeux, des voies urinaires et des tumeurs* le jeudi 10 novembre, à midi, à sa clinique, rue des Lavandières-Ste-Opportune, 13, et le continuera tous les jours suivants à la même heure.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 133. — MARDI 15 NOVEMBRE 1859. (32e ANNÉE) N° 133. — MARDI 15 NOVEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 NOVEMBRE 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. le professeur Courty, de Montpellier, a communiqué à l'Académie une intéressante observation d'asthme guéri par les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine dans le voisinage du nerf pneumo-gastrique. C'est une nouvelle et heureuse application de la méthode des injections sous-cutanées ou hypodermiques, dont nous avons fait connaître il y a deux mois environ les premiers essais. M. Courty, qui avait déjà eu l'occasion de vérifier l'efficacité des injections sous-cutanées des sels de morphine et d'atropine dans le traitement des névralgies, a été conduit par analogie à essayer cette méthode dans le traitement de l'asthme. Le succès a couronné sa tentative, ainsi qu'on en pourra juger par la relation de l'observation que nous publions textuellement ci-dessous. On y verra en outre, incidemment, une confirmation du fait d'antagonisme entre l'action de l'opium et celle de la belladone, sur lequel M. Béhier a récemment appelé l'attention des praticiens; antagonisme dont M. Courty a heureusement tiré parti dans cette circonstance pour neutraliser les effets toxiques de l'atropine, dont il a pu ainsi impunément élever et prolonger l'action.

On trouvera dans le compte rendu la relation abrégée des recherches curieuses que M. Virchow, de Berlin, a faites sur le développement du *trichina spiralis* dans les muscles de l'homme ; une courte réponse de M. Filhol à M. Gaultier de Claubry sur le procédé de recherche de l'arsenic par la carbonisation des matières organiques dans les expertises médico-légales ; et les conclusions d'un mémoire de M. Burdel, de Vierzon, sur la glycosurie dans la fièvre paludéenne, circonstance qui révélerait un des caractères essentiels de cette affection, savoir, la perturbation de l'équilibre existant entre le système cérébro-spinal et le système sympathique.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Compte rendu des faits de diphthérite observés pendant le premier semestre de l'année 1859.

Par M. le docteur Eug. MOYNIER, chef de clinique.

Paralysie consécutive à la diphthérie.

Cette affection n'a été étudiée que dans ces dernières années. A un léger degré, elle passait inaperçue ; plus grave, elle n'était pas rattachée à sa véritable cause. Avant les travaux de MM. Bretonneau et Trousseau, l'on méconnaissait le rapport qui unit cette forme de paralysie aux productions diphthériques, ainsi que le prouve le fait très-intéressant que M. le docteur Thirial a observé en 1833 dans le service de M. Récamier, et qu'il a bien voulu me communiquer.

Paralysie généralisée suite de diphthérie.

Le 13 juin 1833, une jeune femme de vingt-deux ans, mère de deux enfants, jouissant d'une bonne santé habituelle, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, dans le service de M. Trousseau, qui suppléait alors M. Récamier.

Cette jeune femme habitait un village du département de la Haute-Marne, et elle était venue à Paris pour s'y faire soigner.

Le 14 février précédent, elle était accouchée de son dernier enfant; sa couche avait été heureuse comme la première.

Mais cette femme raconta que quinze jours environ après son accouchement, elle avait été prise d'une angine qualifiée d'angine membraneuse, qui l'avait rendue très-malade et lui avait fait courir de grands dangers. Le médecin du village qui lui donnait ses soins opposa à cette maladie d'abord une saignée du pied, puis 60 sangsues appliquées en plusieurs fois, et il y ajouta plus tard les vésicatoires aux mollets, sans qu'il soit fait mention d'aucun moyen topique. La malade fait remarquer que la surface de ces vésicatoires se recouvrait de fausses membranes. Ce détail a ici son importance en ce qu'il ne laisse aucun doute sur la nature de cette angine et sur son caractère grave et infectant.

Malgré l'insuffisance du traitement employé, la malade eut le bonheur de guérir, mais ce ne fut qu'après un temps assez long qu'elle entra en convalescence. En effet, elle ne commença à se lever que vers le 10 avril, c'est-à-dire plus de six semaines après le début de la diphthérie.

La première fois que la malade essaya de se tenir debout et de marcher, elle s'aperçut d'un certain embarras dans la jambe droite, et elle ajouta qu'elle ne pouvait se soutenir et faire quelques pas sans le secours d'un bâton. Le médecin à qui elle se plaignit de cet embarras y fit assez peu d'attention, le rejetant sur le compte de la faiblesse suite naturelle d'une aussi longue maladie.

Mais quelques jours après, il survint des fourmillements incommodes dans cette même jambe, et la difficulté dans les mouvements s'accrut d'une manière notable.

Bref, au bout d'une quinzaine de jours, le membre inférieur droit était frappé d'une paralysie complète, et de plus la paralysie avait gagné le bras du même côté.

Après un certain temps, des fourmillements se manifestèrent dans tout le côté gauche du corps ; bientôt la motilité alla en s'affaiblissant simultanément dans le membre supérieur et dans le membre inférieur. Vers la fin de mai, la malade cessa de pouvoir se soutenir sur les jambes, même en s'aidant d'un appui, et de ce moment elle fut obligée de garder constamment le lit. Au bout d'une quinzaine de jours, comme cet état ne changeait pas, la famille de la malade la décida à venir à Paris pour s'y faire traiter.

Voici l'état qu'elle présentait à son entrée à l'hôpital :

Les membres, tant supérieurs qu'inférieurs, sont frappés d'une paralysie presque complète ; le bras droit peut à peine exécuter quelques légers mouvements d'extension ; les doigts sont rétractés et fléchis dans la paume de la main, et quand on veut essayer de les étendre on provoque un peu de douleur.

Dans le membre supérieur gauche, la paralysie est moins étendue et moins complète ; la malade fait exécuter au bras quelques mouvements d'adduction ; de plus, elle peut encore faire fléchir l'avant-bras sur le bras, et produire quelques faibles mouvements de pronation et de supination. Toutefois, les doigts de la main gauche sont en flexion permanente comme ceux de la main droite.

J'ai dit que le membre inférieur droit était totalement privé de mouvement. Il en est à peu près de même pour le membre inférieur gauche, si ce n'est que la malade peut encore pousser et attirer légèrement à elle ce membre grâce à l'action conservée des muscles du bassin. Ajoutons qu'il existe une certaine difficulté dans l'émission des urines et des matières fécales.

Notons d'ailleurs qu'ici, malgré la perte presque générale de la mobilité des deux côtés du corps, la sensibilité est restée parfaitement intacte dans les membres paralysés. Ces parties sont un peu plus froides qu'à l'état normal, mais elles sentent très-bien le contact de la main ainsi que les différences de température.

D'autre part, l'intelligence et les organes des sens sont dans toute leur intégrité. La parole est libre et facile. Toutes les réponses sont même d'une justesse et d'une précision remarquable.

Du reste, le pouls est à l'état normal. La malade a peu d'appétit, mais les digestions sont bonnes.

M. Trousseau prescrit l'extrait de rhus radicans à la dose d'un gramme en cinq pilules.

Le 27 juin, la malade n'ayant éprouvé aucun effet appréciable du médicament, la dose a été augmentée de 50 centigrammes par jour, et on est arrivé jusqu'à 2 gr. 50 sans observer d'autres effets que quelques fourmillements dans les membres paralysés, surtout dans les bras. On substitue au rhus radicans la poudre de noix vomique à la dose de 10 centigr.

Le 4 juillet, la noix vomique a été portée progressivement de 10 à 60 centigr. Cette dernière dose déterminant des secousses et roideurs tétaniques assez fortes dans les membres, avec serrement des mâchoires, on descend à 45 centigr.

Le 14, on est resté plusieurs jours à cette dernière dose, qui produit encore des secousses.

De ce moment, on commence à observer un peu d'amélioration dans la paralysie. La malade peut mouvoir les membres inférieurs, les fléchir et les étendre, mais il lui est impossible de se tenir sur les jambes; en outre, elle fait exécuter aux bras les mouvements complets de pronation et de supination, et les tient élevés. Ajoutons que les doigts jusque-là retenus en flexion forcée dans la paume de la main, se mét-

FEUILLETON.

Le gorille. — Extraction de l'acide sulfurique du sulfate de chaux. — Moyen de désinfecter les gaz hydrogène et acide carbonique. — L'opium indigène.

En Angleterre, lorsqu'un homme de science et de talent ouvre un cours ou simplement consacre une séance à l'étude d'un sujet important, on voit souvent les personnages les plus considérables, des princes même, venir s'asseoir sur les bancs comme de simples auditeurs. C'est là un bel encouragement pour les sciences et les lettres, et cette déférence de l'homme élevé par la naissance ou le talent pour le savant, honore autant le noble auditeur que le professeur.

Un fait de ce genre s'est dernièrement passé à Londres. Le célèbre Robert Owen avait annoncé une lecture sur le gorille ; le prince Albert, empêché, fit prier le savant naturaliste de ne point commencer son discours avant son arrivée.

L'étude à laquelle sir Owen allait se livrer, présentait un grand intérêt. Il s'agissait de détrôner le singe qu'on avait jusqu'alors jugé l'animal le plus rapproché de l'homme, et de placer le gorille à la place du chimpanzé.

Trois points principaux de cette leçon demandent à être mis en relief. D'abord la conformation de la main du gorille, puis l'étude de son crâne et de sa face, enfin les caractères ostéologiques qui distinguent la tête du gorille et des singes de sa classe de celle de l'homme.

On a fait jouer en zoologie un grand rôle aux proportions de la main, qui pour plusieurs est l'instrument de la perfection humaine. Ce premier caractère de supériorité se retrouve dans le gorille. Le pouce de ce singe présente une plus grande longueur relative. Son extrémité arrive au-dessus de l'articulation de la première phalange de l'indicateur.

Les muscles de la hanche et l'obliquité des trochanters facilitent sa station bipède.

Mais le gorille offre un développement énorme des mâchoires, et n'est-ce pas une preuve de son infériorité? disaient les partisans du chimpanzé. Sir Owen retourne l'argument et s'en sert victorieusement pour sa cause.

Le siamang et les singes à longs bras ont une figure plus fine ; les petits singes de l'Amérique méridionale ont une physionomie qui se rapproche bien plus de celle de l'homme. Cela semble vrai au premier abord ; mais pénétrons plus avant dans cette étude. Prenons un gorille, un chimpanzé en bas âge, et comparons leurs cerveaux à celui d'un siamang du même âge : nous trouverons que chez les premiers les circonvolutions sont plus nombreuses, plus profondes , le cervelet plus complétement recouvert, tous caractères qui dénotent la supériorité des premiers sur le second. Leur cerveau est à l'état normal de développement au moment de la seconde dentition. Alors, chez le gorille, les mâchoires continuent à se développer; des crêtes osseuses considérables donnent attache à un ordre de muscles masticateurs extrêmement puissants ; chez le siamang, la mâchoire ne prend plus de développement : il offre un véritable arrêt, preuve nouvelle d'infériorité.

Quant aux signes qui séparent la tête des chimpanzés, gorilles, etc., de celle de l'homme, on peut les résumer en se rappelant la position et le plan du trou occipital, la grandeur relative des condyles et des apophyses mastoïdes, la petitesse des intermaxillaires et par suite des incisives, la proéminence des os du nez, et la forme angulaire et carrée des orbites.

De toutes ces données, sir Owen conclut à la prééminence du gorille sur les autres anthropomorphes. Son étude présente un véritable intérêt quand on songe aux mille rapports qui semblent rapprocher de l'homme cette classe de singes. Passions, conformation extérieure, secours empruntés à la nature environnante, tout donne un caractère fort curieux à ces animaux.

Le gorille habite les parties boisées du Gabon, se nourrit de fruits, dont il casse les noyaux avec des pierres. Il mange les œufs d'oiseaux, se construit dans les arbres, au moyen des branches qu'il entrelace, une sorte de hamac, où il couche par couple avec ses petits.

Souvent, armé d'une grosse branche, il dispute le terrain aux éléphants, se mesure avec le lion, et jette la terreur dans les tribus nègres qui sont convaincues de leur parenté avec lui.

L'intelligence du gorille présente quelques lacunes assez originales et que nous rapportons en finissant. Il sait se construire une maison quand il pleut, mais il ignore que le toit est alors la partie importante, et il n'en établit pas. Souvent, après le départ d'une troupe de nègres, le gorille vient se chauffer auprès du feu qu'ils avaient allumé pour éloigner les bêtes fauves. Le feu se consume sans que le gorille ait l'idée d'ajouter un sarment pour alimenter la flamme. La bête montre le bout de l'oreille.

— Un chimiste anglais, M. Shank, propose d'extraire l'acide sulfurique du sulfate de chaux. Son procédé est basé sur les réactions

ent à volonté dans l'extension. Enfin, la malade peut se soulever et se tenir sur son séant pendant un certain temps.

La dose de noix vomique, réduite à 30 centigr., détermine encore des secousses qui quelquefois réveillent la malade en sursaut. Notons encore que depuis l'emploi de la noix vomique, la malade, qui à son entrée avait peu d'appétit, accuse maintenant un appétit dévorant.

Le 16, la malade a continué le médicament à la dose de 45 centigr. Elle éprouve toujours quelques secousses; mais surtout des fourmillements et des élancements dans les membres. Du reste, la paralysie va diminuant de jour en jour. Tous les mouvements des bras s'exécutent avec une grande facilité. Maintenant elle se dresse librement sur son séant et s'y tient à volonté. De plus, depuis la veille, elle a commencé à se tenir sur ses jambes, et, soutenue par une de ses voisines, elle a pu faire quelques pas dans la salle. Ajoutons que depuis deux nuits, contre son ordinaire, elle a un sommeil profond et de longue durée. L'appétit continue à être excellent et les digestions parfaites.

Le 24, cette femme a pu marcher sous nos yeux sans l'aide d'un bâton. Seulement, pour assurer son équilibre, elle est obligée d'écarter un peu les jambes en marchant.

Le 1er août, les progrès vont croissant tous les jours; la marche a lieu sans soutien avec une grande facilité. Depuis quelques jours la malade se plaint d'une forte céphalalgie. Il est possible que le mal de tête tienne à l'absence des règles. — On prescrit quelques bains de siége.

Le 12, la malade sort de l'hôpital après un séjour de deux mois. Elle marche facilement. Il ne reste plus aucune trace de la paralysie, qui a duré trois mois environ.

En donnant cette observation comme un exemple de paralysie diphthérique, nous ne prétendons nullement dire qu'elle ait été considérée comme telle primitivement. En effet, il importe de remarquer que cette observation remonte à l'année 1833, c'est-à-dire à une époque où le rapport existant entre la paralysie et l'angine couenneuse avait à peine été entrevu.

J'ajoute que cette malade ayant eu son angine dans son pays, et loin du regard du médecin appelé à la soigner ultérieurement pour sa paralysie, cette circonstance devait presque forcément faire méconnaître le lien qui pouvait exister entre deux éléments morbides si distincts. Bref, la vérité est que l'idée de ce rapprochement ne vint à personne.

On comprendra d'ailleurs combien, à défaut de cette lumière, le diagnostic de cette singulière paralysie dut présenter d'obscurités; et combien aussi la difficulté était de nature à exercer la sagacité et mettre en jeu l'imagination des observateurs. En effet, aujourd'hui, malgré les vingt-six années qui nous séparent de cette époque, nous nous rappelons encore les débats animés que suscita ce fait insolite parmi les nombreux médecins qui se pressaient à la clinique de M. Trousseau; mais surtout nous n'avons pas oublié qu'après toutes les hypothèses plus ou moins vraisemblables qui furent successivement émises, tant sur la nature que sur le siége de la maladie, le diagnostic véritable resta comme un mystère pour tous, maîtres et élèves, aussi bien après la guérison de la maladie qu'il l'avait été le jour de son entrée à l'hôpital.

Aujourd'hui que le trait d'union entre ces deux affections en apparence si éloignées se trouve scientifiquement établi, et que cette notion précieuse est devenue monnaie courante, nous pensons qu'il ne peut plus y avoir ici de difficulté, et que cette paralysie de forme si spéciale sera rapportée sans hésitation à l'affection diphthérique.

Nous avons pensé qu'il pouvait y avoir utilité à faire connaître ce fait : d'une part sa date seule montrera que la paralysie diphthérique n'est pas une maladie aussi nouvelle que quelques-uns inclineraient à le croire; d'autre part, en raison du soin tout particulier avec lequel il a été observé et recueilli, peut-être ne serait-il pas indigne de figurer à côté des faits du même genre qui ont été publiés plus récemment, et par suite de servir à l'histoire de cette intéressante affection, actuellement à l'ordre du jour. —

THIRIAL.

On trouve bien quelques faits épars dans quelques mémoires isolés, mais aucune doctrine, aucune systématisation ne les avait rapprochés et n'avait montré le lien qui les unissait.

En 1748, Chomel rapporte des observations d'angine couenneuse, et il en termine une par ces mots : « Le malade n'a véritablement commencé à être hors d'affaire que le 45e jour de la maladie, ayant toujours eu la peine à s'exprimer, parlant du nez, ayant la luette traînante » Et ainsi une autre : « J'ai appris qu'après le 40e jour de la maladie, la malade parlait beaucoup du nez, était devenue louche et contrefaite; mais en reprenant ses forces, elle a repris de jour en jour son état naturel. »

Ghizi, qui publiait dans ses lettres médicales, en 1749, la relation des épidémies qu'il avait observées à Crémone les deux années précédentes, avait noté la paralysie du voile du palais, qu'il attribue à l'intensité de l'inflammation.

Il parle des étranges effets de cette maladie, effets qui se remarquaient chez beaucoup de ceux qui étaient déjà rétablis, et qui persévéraient pendant environ un mois après la guérison de l'angine.

Il termine ainsi une observation d'angine avec gonflement considérable des ganglions : « L'enfant continuait à parler du nez, et les aliments, au lieu de suivre le chemin de l'œsophage, revenaient par les narines, principalement ceux qui étaient le moins solides. »

On trouve dans Samuel Bard (New-York, 1771) l'observation d'une petite fille de deux ans et demi, guérie d'une angine couenneuse à laquelle succéda une grande faiblesse, ainsi qu'une aphonie, qui persistèrent de telle sorte qu'au deuxième mois elle pouvait difficilement marcher seule et élever la voix au-dessus du chuchotement.

Chez cette petite fille, on avait appliqué deux vésicatoires, un derrière chaque oreille. « ... Quelques jours après ils rendirent considérablement, et la matière de la suppuration était si âcre et si corrosive, qu'elle enflamma presque toute la peau depuis le menton jusqu'au sternum. »

Ozanam, en 1829, en avait rapporté aussi des exemples, ainsi que M. Orillard, de Poitiers, en 1836. Mais c'est à M. Trousseau que revient l'honneur d'avoir tracé l'histoire de cette affection, dont il a observé de nombreux exemples. Il a publié avec M. Lasègue un article dans la *Gazette médicale* (octobre 1851), et plus tard des leçons dans la *Gazette des Hôpitaux* (juillet 1855).

Il y a déjà dix ans, frappé de ce fait qu'après les angines couenneuses il y avait de la paralysie du voile du palais avec nasonnement de la voix et difficulté de la déglutition, M. Trousseau pensait que la luette, le voile du palais ayant été envahis par la diphthérie, il était survenu dans les muscles une modification inflammatoire qui les rendait incapables de se mouvoir. En 1846, avec M. le docteur Vosseur, il avait vu chez un enfant survenir du strabisme, une paralysie du voile du palais et des membres, deux mois après une angine fort grave.

En 1849, il soigna, avec M. le docteur de Wulf, trois enfants atteints d'angine; tous trois guérirent, mais trois semaines après l'un de ces trois enfants eut une paralysie de la langue, du voile du palais, des membres et un strabisme, et elle mourut ou plutôt s'éteignit lentement.

Dès lors, il vit que la théorie de l'inflammation musculaire qui pouvait s'appliquer à la paralysie du voile du palais, était insuffisante pour expliquer la paralysie des membres, l'amaurose, etc. Il reconnut alors que la paralysie dépendait d'un état plus général, de l'empoisonnement, de l'intoxication de toute l'économie par la diphthérie.

M. Bretonneau (*Archives*, 1855) avait signalé la paralysie qui succède à la diphthérie, mais il l'attribuait à la diphthérie nasale devenue chronique. « L'atteinte portée à la myotilité, à la crase du sang, à l'innervation, les infirmités qui se sont tant prolongées sont les conséquences trop fréquentes de la diphthérie nasale passée à l'état chronique. Alors, comme à la suite de la diphthérie gengivale, du chancre tonsillaire diphthérique, des affections syphilitiques primaires prolongées, à l'activité d'expansion succède une disposition presque inverse jusqu'à ce que l'activité, déjà tant diminuée, finisse par s'éteindre, lorsqu'à la phase de la diphthérie primitive localisée a succédé celle de la diphthérie secondaire ou constitutionnelle. »

M. Sellerier, en 1857, a fait connaître plusieurs observations de paralysie suite d'angine.

M. Maingault, qui avait pris pour sujet de thèse inaugurale : *De la paralysie du voile du palais*, a lu cette année à la Société des hôpitaux un mémoire non encore publié sur la paralysie diphthérique, sur lequel M. Henri Roger a fait un rapport fort remarquable.

Enfin, dans ces derniers temps, on a publié de nombreuses thèses sur ce sujet : nous citons celles de MM. Pery et Gros.

Avant de donner la description de la maladie, nous allons rapporter les faits dont nous avons été témoin.

Obs. II. — *Paralysie suite d'angine diphthérique.*

Victor M..., âgé de vingt-sept ans, domestique, demeurant rue de l'Arcade, 25, né au Moutiers-en-Auge (Calvados), entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, no 18, le 14 mars 1859. Cet homme est d'une vigoureuse constitution, grand, bien développé; il a les apparences les plus robustes. Il est très-sujet aux angines, et en 1852 on lui a réséqué les amygdales. Il nous apprend qu'étant au Havre, vers le 11 décembre 1858, il fut pris d'un mal de gorge caractérisé, dit-il, par de la douleur au pharynx, de la gêne dans la déglutition, et une impossibilité à peu près complète de respirer par le nez. Il alla consulter M. le docteur Marchessaux, qui lui prescrivit un gargarisme. Pendant deux jours, il eut de la fièvre, l'angine s'aggrava, ce qui ne l'empêcha cependant pas de sortir pour se rendre chez son médecin. Celui-ci reconnut une angine diphthérique caractérisée par de nombreuses concrétions blanchâtres dans le pharynx; il ordonna des pilules et de l'alun en poudre pour être porté sur les parties malades. Sous l'influence de ce traitement, l'angine disparut rapidement et au dixième jour M... put reprendre son service.

Cependant il éprouvait une grande faiblesse, et il était obligé de prendre beaucoup de précautions pour avaler les liquides, qui sans cela ressortaient par le nez. Cette difficulté de la déglutition alla en augmentant, et un mois après le début de la maladie elle était encore très-prononcée.

A cette époque, c'est-à-dire vers le milieu de janvier, le malade s'aperçut que lorsqu'il voulait lire ou écrire il éprouvait au bout d'un instant un trouble très-notable de la vision qui l'empêchait de continuer; ce symptôme se manifesta même une ou deux fois au moment du réveil, et dura quelques instants.

Le 12 février, le malade se trouvait à Lisieux; il éprouvait encore une grande faiblesse, la vision était légèrement troublée. Il consulta un médecin, qui lui prescrivit un collyre et du carbonate de fer, qu'il prit pendant huit jours.

Le 28, il partit pour Paris, et bientôt il s'aperçut qu'il éprouvait dans les bras et dans les jambes de l'engourdissement et des fourmillements remontant jusqu'aux coudes et aux genoux, plus particulièrement du côté droit. Du reste, pas de douleurs; il ne pouvait marcher que lentement; il lui semblait qu'il avait les pieds enflés.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, service de M. Trousseau, il se plaint d'engourdissement dans les bras et dans les jambes, surtout du côté droit, de fourmillements. Ces mouvements sont difficiles, surtout pour les membres droits; la sensibilité de la peau est diminuée, le malade a la sensation de froid aux pieds.

Les mains et les bras sont affaiblis, sans tremblement; au dynamomètre de M. le docteur Burq il marque 25 kilos de la main droite et 32 de la main gauche, et comme il n'est pas gaucher, ce faible degré prouve que les deux mains sont affaiblies et que la droite l'est plus que la gauche. La vue est conservée; il nous dit qu'il y a quelque temps il avait encore de la peine à lire, que sa vue s'obscurcissait; mais aujourd'hui elle est très-bonne; l'ouïe, la sensibilité tactile sont intactes. L'intelligence est parfaite.

---

qui se produisent quand on décompose le sulfate de chaux par le chlorure de plomb, et qu'on traite le sulfate de plomb ainsi formé par l'acide chlorhydrique.

Voici la manière dont on procède pour arriver à ce résultat :

Dans une grande cuve plus longue que haute, construite en une matière inattaquable par les acides, on met 86 parties en poids de gypse, ou 68 parties de sulfate de chaux calcinée, et 140 parties de chlorure de plomb (proportions déterminées par les équivalents chimiques). On ajoute une grande quantité d'eau, qu'on chauffe à 140° Fahrenheit. On mêle et on agite.

La réaction ne se fait pas attendre. Immédiatement le sulfate de plomb se précipite, le chlorure de calcium se dissout dans l'eau qui surnage. On agite jusqu'à ce que la liqueur ne contienne plus de plomb. On décante et on lave le précipité de sulfate de plomb qui se trouve dans la cuve.

La seconde partie de l'opération consiste à ajouter de l'acide chlorhydrique du commerce en quantité un peu plus forte que celle indiquée par les équivalents. On chauffe à 140° Fahr. Le chlorure de plomb se précipite; la liqueur qui surnage est une solution d'acide sulfurique. On refroidit, on décante, et l'acide est évaporé jusqu'au degré de concentration du commerce. Le chlorure de plomb de la cuve est lavé à l'eau froide pour enlever l'acide sulfurique. Il suffit alors d'ajouter du sulfate de chaux, et le chlorure de plomb nécessaire aux réactions n'a plus besoin d'être renouvelé.

— La préparation du gaz hydrogène est toujours accompagnée d'une odeur désagréable, que l'on ait recours au contact des acides sulfurique ou chlorhydrique soit avec le zinc, soit avec le fer. Dans le premier cas, il y a formation d'une petite quantité d'un hydrogène carboné liquide se rapprochant du naphte impur; dans le second, cet hydrogène carboné se dégage en bien plus grande quantité, et s'accompagne d'hydrogènes sulfuré, phosphoré, et même arsénié.

De son côté, l'acide carbonique, qui joue un si grand rôle dans la fabrication des eaux gazeuses, obtenu par le carbonate de chaux et l'acide sulfurique, présente aussi une odeur désagréable qui se communique aux eaux gazeuses. Aussi se trouve-t-on contraint de substituer le bicarbonate de soude au carbonate de chaux, procédé plus coûteux.

M. Stenhouse propose un seul petit changement dans les appareils à gaz : ajouter une colonne de charbon de bois grossièrement pulvérisé, et forcer le gaz à la traverser.

De cette manière, M. Stenhouse obtient des gaz hydrogène et acide carbonique sans la moindre odeur, lors même que pour ce dernier il opère sur des pierres calcaires renfermant des matières bitumineuses.

Le charbon peut servir presque indéfiniment, car, pour lui rendre toute sa force, il suffit de le calciner au rouge en vase clos.

— Depuis les remarquables travaux de M. Aubergier, la France semble décidée à s'affranchir de l'impôt qu'elle payait à l'Orient, et à demander à sa propre culture l'opium dont elle a besoin. La question de l'*opium indigène* marche toujours, et nous voyons un professeur de botanique de l'Ecole navale de Rochefort nous donner dans un mémoire sur ce sujet les espérances les plus heureuses.

De 1851 à 1858, M. Roux s'est livré à des recherches sur huit espèces de pavot, et ses conclusions permettront d'apprécier la valeur de ces études.

Le pavot de l'Inde fournit une proportion considérable d'opium et de graines. La culture de cette vigoureuse et remarquable espèce devrait être tentée dans les départements où l'extraction de l'huile d'œillette s'opère sur une grande échelle. Cette plante s'acclimatera facilement en France. Un semis fait au mois d'octobre 1857 a parfaitement réussi, et les jeunes plants ont sans accident supporté, dans l'hiver de 1857 à 1858, une température de 10 degrés au-dessous de zéro. L'influence de ce froid n'a pas été plus sensible sur des pavots blancs, œillettes ordinaires, pavots rouges semés à la même époque et dans le même terrain que les pavots de l'Inde.

Les pavots œillettes, œillettes aveugles et rouges, sont les espèces qui fournissent le meilleur opium.

Le suc provenant de ces pavots offre une richesse en morphine supérieure à celle des opiums du commerce.

L'œillette, l'œillette aveugle, le pavot indien, le pavot rouge pourraient être cultivés avec avantage dans la plupart de nos départements.

L'emploi de l'opium indigène en médecine, conseillé par divers observateurs, administré avec succès par M. Duval, premier chirurgien en chef de la marine à Brest, serait une heureuse innovation. Ce suc, riche en morphine, mettrait à la disposition du praticien des produits actifs, dont les effets seraient au moins égaux ou supérieurs à ceux fournis par les diverses espèces d'opiums d'Egypte, de Smyrne, de Constantinople et de l'Inde.

Dr E. RENAUD.

Il a de la difficulté à retenir ses urines. Pas d'albuminurie avant sa maladie. Il avait peu de penchant pour les plaisirs sexuels, mais depuis trois mois il n'a plus d'érections ni de pollutions. — Préparations ferrugineuses, bains sulfureux.

Le 14, il ne peut se tenir sur la jambe gauche; il se tient plus facilement sur la jambe droite. — Bains sulfureux tous les deux jours; deux pilules de fer, deux portions.

Le 21, au dynamomètre il marque 22 à droite, 28 à gauche; les jambes sont faibles et sont le siége de fourmillements.

Il se plaint de la gorge, mais il n'y a qu'un peu de rougeur; la sensibilité des membres donne les résultats suivants, à l'exploration par les pointes :

Bras à droite, face dorsale, il sent deux pointes à 0,085.

A gauche, id.

Cuisses à droite, face interne, id., 0,085.

A gauche, id., id., 0,012.

Jambes à droite, face interne, 0,010.

A gauche, id., 0,007.

Le 25, le mal de gorge a été insignifiant. La paralysie existe toujours. Il monte avec peine les escaliers; il est obligé de s'arrêter à chaque marche.

Le 3 avril, les engourdissements varient; ils sont tantôt plus, tantôt moins forts. Il a eu des érections.

Le 8, il marque 20 à droite, 23 à gauche. — Trois cuillerées de sulfate de strychnine.

Le 14, égalité des deux côtés, 22. Moins de fourmillements.

Le 16, il se trouve mieux; il a moins d'engourdissement; ses forces semblent augmentées.

Il quitte l'hôpital, malgré l'avis contraire de M. Trousseau.

Le 19, il est rentré depuis à l'hôpital encore faible, mais ayant d'ailleurs une santé générale excellente.

Le 10 mai, il sort complétement guéri.

(*La suite prochainement.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Attaques d'asthme guéries par la narcotisation localisée pratiquée à l'aide d'injections de sulfate d'atropine sur le nerf pneumo-gastrique.

Par M. A. COURTY, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Mme C..., âgée de cinquante-quatre ans, encore réglée, d'une petite taille, d'une constitution sèche, mais assez forte, d'un tempérament nerveux sanguin depuis l'âge de onze ans n'a jamais souffert de la moindre douleur et ne se rappelle avoir eu aucune maladie nerveuse. Seulement, à l'âge de huit ans, pendant une épidémie de dyssenterie, elle fut atteinte comme beaucoup d'autres, et resta deux mois malade. Mariée à vingt-huit ans, elle eut un enfant, qui mourut à l'âge de six mois.

Il y a quatre ans, à la suite d'une course rapide et pénible qui avait déterminé une transpiration abondante, elle se refroidit, et éprouva à l'instant même une grande difficulté dans la respiration. La dyspnée augmenta peu à peu soit par défaut de soins, soit plutôt par suite de la nature même de la maladie au développement de laquelle le refroidissement et la suppression brusque de la transpiration avaient servi de cause occasionnelle, et bientôt les accès d'asthme, séparés par des intermittences plus ou moins longues, mais rarement exemptes d'oppression, atteignirent le degré de violence que je leur ai reconnu depuis que je donne mes soins à cette malade.

Plusieurs médecins avaient déjà donné des soins à Mme C..., et essayé vainement de la soulager par l'usage longtemps prolongé de l'ipécacuanha, de la belladone, des vésicatoires, et des autres moyens usités en pareille circonstance, même des inspirations d'éther et de chloroforme.

Lorsque je fus appelé auprès d'elle pour la première fois, il y a environ dix-huit mois, je la trouvai en proie depuis plusieurs jours à un de ses violents accès, ne pouvant ni dormir ni manger, ayant beaucoup de peine à parler, l'oppression se trouvant par moments interrompue par des quintes de toux très-fatigantes, avec état vultueux et violacé des lèvres et de la face d'ailleurs ordinairement assez pâle, produisant l'imminence de la suffocation, et suivies d'une expectoration muqueuse qui apportait à peine un soulagement de quelques minutes.

L'auscultation fait constater qu'il n'existe aucune altération organique du cœur, mais qu'il y a un peu d'emphysème pulmonaire, notamment vers le sommet des deux poumons, et une contraction spasmodique des bronches, de la trachée et du larynx déterminant un râle sibilant des plus intenses.

Un émétique, un purgatif, des frictions sur le cou avec l'onguent napolitain belladoné, des pilules antispasmodiques composées d'opium, d'extrait de valériane et d'extrait de belladone à parties égales, l'usage interne du chlorate de potasse, et des sinapismes promenés sur divers points, me parurent successivement appelés à remplir les principales indications, et finirent par produire en effet au bout d'une quinzaine de jours un soulagement marqué, suivi lui-même de la fin de l'accès et d'une amélioration notable de la maladie pendant l'intermission, notamment de la possibilité pour Mme C... de se coucher dans son lit. Les mêmes moyens furent employés avec la même efficacité une autre fois, et parurent conjurer un nouvel accès sans amener d'ailleurs un résultat suffisant pour permettre à la malade de sortir de son appartement.

Mais, quelques mois après, la maladie reparut avec une violence telle que, après avoir employé de nouveau sans succès pendant trois semaines les mêmes moyens, la fumée de *datura stramonium*, des cigarettes Espic, etc., je crus devoir recourir aux lumières d'un confrère. Mon collègue et ami le professeur Bouisson, appelé en consultation, après avoir examiné attentivement la malade, partagea mon avis sur la nature de l'affection, et nous arrêtâmes ensemble le traitement suivant :

Pilules de Dupuy, vésicatoires promenés sur la poitrine et pansés avec l'hydrochlorate de morphine, usage des Eaux-Bonnes.

Malgré l'usage longtemps continué de ces moyens et de plusieurs autres, cette nouvelle crise se prolongea plusieurs semaines encore. Enfin, elle s'apaisa par degrés, et une nouvelle intermission, ramenant un peu de calme, permit à la malade de prendre haleine pendant trois ou quatre mois. Mme C... ne pouvait pourtant ni sortir ni se livrer à ses occupations ordinaires.

Le 28 août 1859, je fus appelé pour un nouvel accès en tous points semblable aux plus intenses observés déjà sur la même malade. Je pris aussitôt le parti d'essayer sur Mme C... l'influence si remarquable de la narcotisation localisée. En conséquence, le même jour, à trois heures trente minutes du soir, je pratiquai une première injection de 6 gouttes de la solution de sulfate d'atropine au centième, équivalent à près de 2 milligrammes de ce sel, en dedans du sterno-cléido-mastoïdien gauche, au niveau du cartilage thyroïde, sur le trajet de la gaîne des vaisseaux et nerfs du cou, c'est-à-dire du pneumo-gastrique. Le trocart fut enfoncé de 7 à 8 millimètres seulement, de peur de léser les organes importants de la région. Quelques minutes après l'injection, vertiges, sécheresse de la bouche et de la gorge, dilatation des pupilles, fréquence du pouls, impressionnabilité très-grande à la voix et au toucher. A cinq heures, nous constatons ces divers symptômes de narcotisation. En même temps, nous remarquons avec plaisir que la respiration est un peu plus aisée. Sinapismes aux pieds.

Le 29, pendant la nuit, il y a eu un peu d'agitation et même de délire; à deux heures du matin une quinte de toux. Cependant Mme C... a pu coucher dans son lit et dormir par intervalles assez fréquents. D'après nos instructions, elle a pris une pilule de 0 gr. 025 d'extrait gommeux d'opium. Ce matin à onze heures, l'oppression est moins forte, plus de céphalalgie, de temps à autre quelques tournoiements de tête et des quintes de toux moins longues que précédemment. *Deuxième injection* de 6 gouttes, au même niveau, du côté droit, mais à une profondeur au moins double : le trocart ayant fait la piqûre, la canule seule fut enfoncée peu à peu, de manière à avancer sans danger aussi près que possible du pneumo-gastrique. A 11 heures 30 minutes somnolence, congestion vers la tête; la malade ne se plaint de rien. Les symptômes de narcotisation vont en augmentant. A 3 heures du soir, Mme C... se trouve encore dans l'état de stupeur qui l'a prise, nous dit-on, après 11 heures 30 minutes; elle ne nous reconnaît pas, semble effrayée quand on s'approche d'elle, profère des mots sans suite, revient pourtant à elle-même en peu d'instants et répond très-laconiquement à nos questions; céphalalgie, bouche sèche, sensation de brûlure dans le pharynx et l'œsophage, dilatation des pupilles, pouls petit, fréquent, respiration presque normale. (Sinapismes aux pieds, 0 gr. 10 extrait gommeux d'opium, divisés en 4 pilules égales à prendre de demi-heure en demi-heure, jusqu'à diminution notable des symptômes.) A 9 heures, les symptômes d'intoxication sont moindres; mais comme la malade n'a pris qu'une pilule, il paraît convenable, pour la délivrer plus vite, de mettre des sinapismes aux mollets et de donner une nouvelle dose d'opium.

Le 30, pendant la nuit, le sommeil a été un peu agité par des rêves, des cauchemars. La respiration, quoique plus aisée, n'est pas tout à fait aussi libre qu'elle l'était hier pendant l'intoxication. Nous avions remarqué depuis plusieurs jours un état saburral de la langue, la bouche était pâteuse, l'appétit presque nul, la constipation opiniâtre. La malade a rendu ce matin une tasse de café. En conséquence, nous prescrivons un purgatif (huile de ricin, 50 grammes; eau de menthe, sirop de limons, āā 20 grammes. Mêlez). Dix heures du soir. Mme C... a vomi le purgatif et tout ce qu'elle a pris après (bouillon aux herbes, tisanes, etc). Nous prescrivons un lavement laxatif qui est rendu bientôt sans matières fécales.

Le 31, la nuit a été très-bonne. Il y a longtemps, nous dit Mme C..., qu'elle n'en avait passé de pareilles. Sommeil de plusieurs heures. La langue est toujours saburrale, épaisse, jaunâtre, la bouche amère; les envies de vomir sont bien manifestes (5 centigr. de tartre stibié, à répéter si les vomissements ne sont pas assez considérables). Huit heures du soir. La malade a vomi des matières jaune-verdâtre après la première prise. Elle se sent fatiguée après la première prise. Néanmoins la respiration devient de plus en plus libre, l'expectoration est facile; il n'y a que quelques rares quintes de toux. Les règles arrivent à l'époque ordinaire.

Le 1er septembre, moins de sommeil que la nuit précédente; du reste, pas de quinte de toux, expectoration facile, respiration aisée, un peu sifflante. A onze heures, troisième injection de sept gouttes, audessus du dernier point piqué à droite; la canule, pénétrant à 2 centimètres, est promenée de haut en bas, de manière à disperser le liquide dans une plus grande étendue sur le trajet du nerf. Deux heures du soir. Depuis onze heures 30 minutes, la malade ne connaît plus personne; elle entend pourtant, et à chaque parole elle paraît surprise des sons qu'elle perçoit. Peu de dilatation de la pupille, tête chaude, pouls petit, fréquent; respiration très-aisée (sinapismes aux pieds; pilules de 0,025 milligr. d'extrait gommeux d'opium à prendre de trente minutes en trente minutes jusqu'à cessation des phénomènes d'intoxication). Sept heures du soir. La malade a recouvré ses sens depuis quatre heures, après avoir pris deux pilules d'opium; la céphalalgie a diminué progressivement; il y a encore des étourdissements et un peu de sécheresse dans la bouche; pas de quintes de toux depuis ce matin; la respiration est très-facile.

A partir de ce moment, c'est-à-dire quatre jours après la première injection, l'accès d'asthme est entièrement terminé et la malade peut être considérée comme guérie.

Le 1er octobre, Mme C... est entièrement rétablie. Elle respire facilement, digère bien, peut se promener et reprendre les soins de son ménage.

Le 1er novembre, la guérison ne s'est pas démentie. Mme C... est venue me voir plusieurs fois dans mon cabinet, bien que son logement soit très-éloigné du mien. Elle monte l'escalier sans oppression, la respiration est libre; elle ne se rappelle pas avoir jamais été aussi bien portante depuis quatre ans, époque de l'invasion de sa maladie; elle se regarde, malgré les craintes que nous exprimons à cet égard, comme délivrée pour toujours de son asthme et en possession de sa santé d'autrefois.

DU PALPER ABDOMINAL

appliqué à l'obstétrique et plus spécialement à l'étude de la grossesse.

(Thèses de Paris.)

La plupart des élèves, en faisant leur thèse, n'y apportent tout juste que le travail nécessaire pour payer un tribut académique. D'autres font des travaux vraiment scientifiques, soit en compilant les faits déjà publiés, soit en réunissant des faits nouveaux. On ne saurait trop encourager ces derniers élèves. La thèse de M. Lechevallier est une de celles qui méritent des éloges véritablement sérieux.

M. Lechevallier ayant suivi les leçons cliniques de M. Mattei, a été frappé de la précision avec laquelle ce dernier diagnostiquait les phénomènes de la grossesse par le palper abdominal, et après avoir étudié lui-même ce moyen de diagnostic, il en a fait le sujet de sa dissertation inaugurale.

L'auteur consacre la première partie de son travail à l'histoire du palper; et, il faut le dire à sa louange, c'est l'historique le plus complet qu'on ait encore publié sur ce sujet. Il était aisé de prévoir qu'on ne pourrait pas indiquer quel a été le premier médecin qui se soit avisé de palper le ventre dans un but séméiologique, et surtout dans un but obstétrical. Ainsi, par les écrits même d'Hippocrate, on voit que ce moyen de diagnostic était souvent déjà mis à profit. C'est ce qu'on a fait aussi jusqu'à la fin du dix-septième siècle, mais sans suivre aucun précepte. C'est le toucher vaginal qui était pratiqué et décrit exclusivement dans les auteurs.

Avec le dix-huitième siècle, qui est une époque de restauration et de progrès pour l'obstétrique, on voit le palper acquérir de l'importance par sa combinaison avec le toucher vaginal; et ici l'auteur cite des passages de Rœderer, de Puzos et d'autres. Mais c'est dans le dix-neuvième siècle que le palper a été isolé du toucher vaginal et apprécié à sa juste valeur.

L'Allemagne a eu le mérite d'entrer la première dans cette voie, et les écrits de Joerg, de Froriep, de Wigand et surtout de Schmith, avaient déjà vulgarisé le palper dans cette partie de l'Europe lorsqu'il était encore à peine connu en France.

M. Holtz, en traduisant le mémoire de Schmith, M. Velpeau, par les indications de son *Traité d'accouchements*, et M. Colombe, étaient presque les seuls qui accordassent quelque valeur au palper. Nos traités classiques d'accouchement sont aujourd'hui encore en arrière de ce qui se pratiquait en dehors de la France.

Après avoir extrait textuellement les diverses opinions des auteurs sur ce sujet, M. Lechevallier résume ainsi l'état de la science :

« On prescrivait le palper abdominal pour diagnostiquer la grossesse en constatant le développement de l'utérus et les mouvements actifs du fœtus. Dans l'accouchement, lorsque le toucher vaginal et l'auscultation étaient incertains ou que l'utérus avait une forme irrégulière, que les parois abdominales étaient minces; et le plus souvent lorsque les eaux amniotiques s'étaient écoulées, alors on s'en servait pour constater le point qu'occupe la tête de l'enfant, et conséquemment la présentation, etc. »

Voilà où en était le palper lorsque M. Mattei, en 1855, publia ses recherches dans son *Traité sur l'accouchement physiologique*; recherches qu'il a étendues depuis, et dont la thèse de M. Lechevallier peut être considérée comme le résumé.

Pour constater le progrès qu'a fait le palper sous la main de son maître, M. Lechevallier n'avait, en effet, qu'à mettre en présence l'état où était ce moyen de diagnostic avant le livre que nous venons de citer et l'état où il est aujourd'hui.

Dans la deuxième partie de sa thèse, l'auteur donne des préceptes généraux sur l'éducation de l'organe explorateur, la position à donner à la femme et les moyens de surmonter certaines difficultés; mais il est frappé de la facilité avec laquelle il a pu faire l'application de ce moyen de diagnostic. Il reconnaît avec son maître que le palper a :

1° Une valeur intrinsèque quand on l'apprécie isolément;

2° Une valeur relative quand on le compare aux autres moyens d'exploration;

3° Une valeur collective quand il est combiné à ces moyens.

Pour ne donner ici que ce qui constitue la valeur intrinsèque, nous reproduirons l'énumération de M. Lechevallier :

« 1° Innocuité pour la mère et pour l'enfant;

» 2° Simplicité et promptitude pour l'apprendre et l'appliquer;

» 3° Ménagement de la pudeur de la femme, car on peut le pratiquer en laissant l'abdomen recouvert de la chemise;

» 4° Possibilité de porter un diagnostic certain lorsque les organes génitaux, pour une maladie quelconque, ne permettent pas d'autres explorations;

» 5° Lorsque la grossesse est assez peu avancée pour que le toucher et l'auscultation donnent des renseignements positifs;

» 6° Pour reconnaître l'époque de la grossesse, le développement du fœtus, les grossesses simples ou doubles, vraies ou fausses;

» 7° Pour reconnaître plusieurs états morbides qui peuvent compliquer ou simuler la grossesse;

» 8° Pour reconnaître la présentation et la position du fœtus dans le cours des derniers mois de la grossesse;

» 9° Dans un cas de médecine légale où la femme ne voudrait pas permettre le toucher vaginal;

» 10° Enfin, pour pratiquer la version à travers les parois ab-

dominales, version dont on trouve les indications chez les anciens, mais qui a été décrite par Wigand et perfectionnée considérablement dans ces derniers temps par M. Mattei. »

La dernière partie de la thèse de M. Lechevallier, consacrée aux applications spéciales du palper, justifie une à une les propositions que nous venons de reproduire. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans les détails sans sortir des limites d'une simple analyse ; le lecteur seul de la thèse pourra apprécier ce travail à sa juste valeur ; mais, encore une fois, nous ne saurions trop féliciter M. Lechevallier du choix qu'il a fait de son sujet et de la manière consciencieuse dont il l'a traité. Il contribuera à vulgariser par sa thèse un moyen d'exploration qui désormais, pour la précision et l'importance, ne le cède pas au toucher vaginal et à l'auscultation. F...

DE LA FISTULE URÉTÉRO-UTÉRINE.

Par M. le docteur Albert PUECH.

Parmi les conquêtes chirurgicales dont s'honore notre siècle, une des plus belles est sans contredit la cure des fistules urinaires chez la femme. Grâce à des tentatives répétées et persévérantes, des cas de guérison ont été enregistrés, et quoique encore aujourd'hui on puisse les compter, au fur et à mesure que les années s'écouleront, le manuel opératoire, perfectionné de plus en plus, en viendra multiplier le nombre. Ce n'est là, il est vrai, qu'une espérance, mais on a plusieurs raisons de croire qu'elle ne sera point vaine.

Est-ce à dire que toutes les fistules soient curables ? Telle ne saurait être notre pensée ; il est des limites à l'art ; la diversité des cas, l'étendue des lésions, le laps de temps écoulé, l'espèce de fistule, modifient nécessairement les chances d'une opération quelque rationnelle qu'elle soit ; le chirurgien peut devenir plus apte à surmonter les difficultés, mais pourra-t-il jamais les vaincre toutes ? c'est ce dont je doute fort, tout en souhaitant d'être démenti par les faits.

Les fistules urinaires comptent chez la femme plusieurs espèces : ce sont, en procédant de dehors en dedans, les fistules *uréthro-vaginales*, *vésico-vaginales*, *vésico-utéro-vaginales*, *vésico-utérines*, *vésico-intestinales*, *urétéro vaginales* et *urétéro-utérines*. Au point de vue pratique, ces diverses espèces peuvent être divisées en deux catégories : la première comprendrait les quatre ou tout au moins les trois premières espèces, c'est-à-dire toutes celles qui sont accessibles au chirurgien, et qui lui ont fourni quelques succès ; la seconde, au contraire, comprendrait toutes les autres. Hâtons-nous de le dire, si la seconde catégorie a pour caractère distinctif l'incurabilité, elle est aussi par compensation la moins fréquente ; ainsi les fistules vésico-intestinales signalées en 1843 par M. Léo Barbier, les fistules urétéro-utérines rencontrées en 1841 par le professeur Auguste Bérard, les fistules urétéro-vaginales décrites pour la première fois en 1857 par M. le professeur Alquié (1), comptent à peine quelques exemples. Parmi ces espèces, il en est même qu'on n'a rencontrées qu'une seule fois.

A titre de renseignement, il m'a paru utile de consigner un fait de cette dernière catégorie, que j'ai observé pendant mon séjour à Toulon.

Accouchement laborieux ayant duré six jours. Rétention d'urine, puis écoulement continu par la vulve dû à une fistule urétéro-utérine donnant lieu à plusieurs erreurs de diagnostic.

MarieR..., âgée de vingt-six ans, habitant un village voisin de Toulon, a eu à divers intervalles trois enfants qui sont venus morts après un travail long et laborieux. Le dernier accouchement eut lieu le 25 décembre 1857. Sa durée le signale entre tous ; le travail se prolongea six jours, et la tête de l'enfant stationna à la vulve pendant toute une journée. Aucune application de forceps ne fut faite ; on n'y pensa même pas.

La délivrance effectuée, Marie ne put uriner ; après l'avoir laissée deux jours et une nuit dans cet état, on se décida à la sonder : on n'eut pas lieu d'y revenir ; le lendemain, les urines s'écoulaient involontairement. Malgré sa caractéristique, ce phénomène est méconnu, et, à en croire cette femme, le médecin l'attribue à l'inflammation des parties. Quoi qu'il en soit, rien n'est tenté : après avoir vainement attendu, elle se rend, à l'occasion des fêtes de Pâques, à Roquebrune, lieu de sa naissance. Le médecin de l'endroit est consulté : il diagnostique une fistule, prescrit des injections, et cautérise par deux fois les organes génitaux. Il est probable, je pourrais même dire il est certain que la cautérisation porta ailleurs que sur la fistule. Ce traitement étant comme de juste resté sans effet, elle se décida à venir à l'Hôtel-Dieu de Toulon.

Je la vois alors : elle me dit qu'elle perd ses urines par la vulve et tout à la fois, qu'elle les rend par moments par le méat. La difficulté qu'elle a à s'exprimer, la difficulté que j'ai à recueillir les antécédents, me font donner peu de créance à ces derniers détails ; aussi, sans plus ample informé, je procède à l'examen des parties.

Après avoir constaté l'érythème de la vulve, les érosions qui existaient sur les grandes lèvres et la paroi postérieure du vagin, le toucher est pratiqué : la pulpe de l'indicateur promenée en tous sens ne fait reconnaître aucun pertuis, aucune éraillure ; en un point pourtant existe un amincissement. Ne serait-ce pas le résultat des cautérisations antérieures ? J'ai tout lieu de le croire.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1857, p. 211, et *Annales cliniques de Montpellier*, 1857, p. 65. Je ne serais pas étonné qu'on décrivît un jour les fistules urétéro-intestinales.

Introduit par le méat, un stylet ne put jamais être perçu à nu par le doigt.

Remplaçant le stylet par la sonde, j'amène une assez grande quantité d'urine : une injection avec du lait est alors pratiquée ; elle est conservée, et aucune goutte ne tombe ni directement ni indirectement dans le vagin.

L'urèthre et la vessie étaient donc sains, et l'urine qui s'écoulait par la vulve ne pouvait provenir que de l'uretère.

Restait maintenant à préciser en quel point siégeait la fistule. Était-ce alors que l'uretère côtoie l'utérus, ou bien encore lorsqu'il repose et adhère à la paroi antérieure du vagin ? La chose était à examiner.

Le toucher, l'examen au spéculum, sont répétés sans résultats ; je ne les prolonge pas, crainte de fatiguer la malade ; mais afin de compléter séance tenante le diagnostic, une sonde en gomme élastique (1) est portée dans l'utérus. Quelques minutes après l'avoir disposée et fixée, la malade sentait et je voyais les urines courir et s'écouler le long de ce conducteur.

Aucun doute n'était plus possible ; néanmoins, pour plus de sûreté, on répéta les mêmes expérimentations. M. Long, chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu, Mme Augier, sage-femme de la Maternité, et plusieurs autres personnes, purent assister à cet examen et vérifier la justesse de mon diagnostic.

Ainsi donc, tout était expliqué ; l'un des uretères amenait dans la vessie les urines rendues par le méat, tandis que l'autre, perforé dans son parcours, venait déverser son contenu dans l'utérus et donner lieu à l'écoulement par la vulve.

Avant d'aborder toute tentative de traitement sur cette fistule *urétéro-utérine* si nettement caractérisée, une question préliminaire devait être vidée. L'uretère malade était-il encore perméable ? En d'autres termes, pouvait-on sans danger chercher à obturer la fistule ? N'avait-on pas à craindre en l'attaquant la rétention des urines ? Pour arriver à cette connaissance, on avait deux partis : ou bien recueillir les urines et comparer les quantités rendues par l'une et par l'autre voie, ou bien chercher une position qui, en facilitant le parcours naturel, pût momentanément faire disparaître la fistule. *A priori*, le premier mode était défectueux ; quelque rigoureuse qu'eût été l'analyse quantitative, une hypersécrétion chez l'un des reins entraînait à erreur, la femme pouvant rendre plus d'urine par le méat sans pour cela avoir conservé la perméabilité de son canal urétéral ; d'autre part, ce canal pouvant être perméable et le liquide sortir tout entier par la voie anormale ; toutes ces raisons étaient plus que suffisantes pour choisir l'autre moyen. Les décubitus soit horizontal, soit latéral, successivement expérimentés, n'apportant aucune modification, on fit coucher la femme à plat ventre ; l'écoulement fut un peu moindre, mais il cessa complétement alors que les coudes et les genoux furent les seuls points d'appui du corps. Je ne puis guère m'expliquer ce résultat, mais il a été trop souvent répété pour être contestable.

Si l'uretère était perméable dans toute son étendue, la position fatigante par laquelle on le démontrait condamnait par avance toute tentative sérieuse de thérapeutique. Ne pouvant agir directement sur la fistule, on avait peu à espérer de la cautérisation, et encore, pour que celle-ci fût efficace, il eût fallu qu'elle pût être secondée par la position. Or, après une heure, deux heures au plus, cette femme, ne pouvant la supporter davantage, devait lui en substituer une autre plus commode sans doute, mais agissant à l'encontre de tout traitement.

Renonçant à toute cure radicale, on dut chercher à pallier. Me fondant sur l'ampleur plus grande du vagin à sa partie supérieure, je pensai à l'utiliser pour faire tenir en place un urinal qui eût été porté sur le col ; mais cette idée, quelque rationnelle qu'elle fût, ne put être réalisée faute d'ouvriers capables, et cette femme dut sortir sans qu'on eût rien fait pour elle.

Tel est ce cas ; s'il est rare, intéressant au point de vue de la diagnose, s'il signale des erreurs singulières, il est triste, désespérant même comme résultat thérapeutique. A ces divers titres, il pourrait fournir le texte de bien des réflexions : pour le moment, je me bornerai à une seule, qui surgit bien nette de son narré et de son étude : si jamais la fistule urétéro-utérine cesse d'être incurable, ce sera par la cautérisation combinée à la position qu'on arrivera à ce résultat. C'est surtout sur la position que doivent porter les recherches ; on aura chance d'obtenir un succès du moment qu'une attitude tolérable pendant plusieurs jours sans inconvénients majeurs rétablira le cours des urines. Hors cette condition, on sera réduit à pallier plus ou moins heureusement cette dégoûtante infirmité.

TRAITEMENT DE L'IRRITATION DE LA VESSIE par l'extrait de belladone.

Par M. le docteur H. BEHREND.

L'auteur a employé l'extrait de belladone contre une irritation de la vessie datant de quinze mois, chez une dame âgée de trente ans environ. La miction était normale pendant le jour, mais pendant la nuit un ténesme vésical pressant forçait la malade à vider sa vessie au moins trois ou quatre fois, et souvent plus de huit fois ; l'urine était d'ailleurs normale. La maladie résista à tous les moyens mis en usage, et s'accompagna bientôt d'amaigrissement, de céphalalgie, de nausées et d'autres troubles nerveux.

L'extrait de belladone fut donné progressivement jusqu'à la dose de 5 centigrammes pendant six semaines ; quelques accidents d'intoxication s'étant alors montrés, on administra encore l'extrait pendant quatre jours à la dose de 75 milligrammes ; puis on en suspendit l'usage. Une amélioration graduelle avait accompagné ce traitement, et quand il fut terminé, la guérison était presque complète. La malade ne tarda pas à être complétement rétablie, et il n'y avait pas eu de récidive au bout de six mois. (*The Lancet* et *Gaz. hebd.*)

(1) C'est le procédé par lequel j'explore les cavités utérines ; sa complète innocuité, dans tous les cas où j'y ai recouru, me le fait préférer à la sonde utérine proprement dite.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 novembre 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Trichina spiralis. — M. R. VIRCHOW (de Berlin), correspondant de l'Académie, communique des *Recherches sur le développement du trichina spiralis*. Depuis quelque temps, dit l'auteur, je me suis spécialement occupé de rechercher la présence du *trichina spiralis* dans les muscles de l'homme ; j'ai pu me convaincre que cet animal se rencontrait très-souvent à Berlin. Depuis huit mois, j'ai eu l'occasion d'en observer six ou sept cas. J'ai trouvé le *trichina spiralis* dans presque tous les muscles, même dans les muscles du larynx, de la langue, de l'œsophage et dans le diaphragme. Je ne l'ai trouvé qu'une seule fois dans le cœur, ce qui peut s'expliquer par les conditions chimiques spéciales dans lesquelles se trouve ce muscle.

Dans un cas fort intéressant, j'ai trouvé un nombre incroyable de *trichina* ; la plupart étaient encore en vie ; je pus voir très-nettement leurs mouvements intérieurs et extérieurs, quand je les eus retirés du kyste qui les entourait.

L'histoire du *trichina* étant peu connue, je résolus de tenter quelques expériences et d'en faire manger à un chien.

L'animal auquel je fis manger un grand nombre de *trichina* était déjà malade au début de l'expérience ; ce détail, que j'ignorais malheureusement, ne nous permit pas de prolonger longtemps l'expérience. Trois jours et demi après avoir mangé le *trichina*, ce chien mourut d'une double pleurésie hémorrhagique. L'autopsie fut faite peu de temps après la mort ; je trouvai dans le poumon de nombreuses ecchymoses peu étendues : j'espérais déjà rencontrer des *trichina* dans ces points, mais je ne pus parvenir à les voir.

Je fus plus heureux pour l'intestin. Outre plusieurs tænias et un grand nombre de podrospermes que contenaient les villosités intestinales, je rencontrai dans le mucus qui remplissait la partie supérieure de l'intestin grêle, un nombre très-considérable de *trichina* libres et vivants. Je ne trouvai aucune trace de leur kyste d'enveloppe ; la plupart étaient entourés de graisse figée. Les autres *trichina* étaient si petits, qu'on ne pouvait les reconnaître qu'après les avoir débarrassés du mucus qui les entourait : ils étaient remarquables par leur transparence.

Les *trichina* avaient une grande ressemblance avec le trichocéphale, ce qui viendrait à l'appui des idées de Küchenmeister, qui prétend que le *trichina* ne diffère du trichocéphale que par le degré de développement. Les recherches de M. Davaine sur le développement des œufs du trichocéphale hors du corps vivant tendraient aussi à étayer cette manière de voir. Je n'ai cependant jamais rencontré dans les mâles les organes génitaux caractéristiques du trichocéphale, et peut-être le *trichina* eût-il pu devenir un autre entozoaire, un strongle intestinal, par exemple. Ce qui est démontré, c'est que le *trichina*, de même que le cysticerque ou l'échinocoque, peut continuer son développement dans l'intestin des carnivores.

Narcotisation localisée. — M. VELPEAU présente au nom de M. A. COURTY un mémoire ayant pour titre : *De la narcotisation localisée pratiquée à l'aide d'injections de sulfate d'atropine sur le nerf pneumo gastrique comme nouveau moyen de guérir les attaques d'asthme.* (Voir la Clinique ci-dessus.)

Recherches de l'arsenic. — M. E. FILHOL adresse, à l'occasion d'une communication récente de M. Gaultier de Claubry, un travail intitulé *Recherches de l'arsenic*. Il était dit dans la note de M. Gaultier de Claubry que le procédé de carbonisation des matières organiques qui consiste à traiter ces matières par l'acide azotique est jugé et repoussé par tous les chimistes. Cette assertion paraît à M. Filhol trop absolue, et il rappelle qu'il a proposé en 1848 (*Journal de pharmacie et de chimie*, t. XIV, p. 404) de faire subir à ce procédé une modification qui fait disparaître les inconvénients qu'on lui reprochait avec raison, et que le procédé ainsi modifié a reçu l'approbation de tous ceux qui ont essayé de l'employer. C'est ainsi qu'en 1852 Orfila (*Traité de toxicologie*, t. I, p. 495), ayant répété ces expériences, déclara qu'il avait constamment obtenu les meilleurs résultats de l'emploi de la carbonisation par un mélange d'acide azotique et d'acide sulfurique dans la proportion de 100 grammes du premier et de 10 à 12 gouttes du second, ce dernier n'étant employé que pour éviter la déflagration du résidu.

A la suite de cette communication, MM. Pelouze et Regnault font remarquer que le procédé dont il s'agit dans la lettre de M. Filhol doit réussir sans doute quand il est appliqué par un chimiste expérimenté, mais que hors de cela il pourrait avoir de graves inconvénients. Ils rappellent, en terminant, les réflexions qui ont été présentées sur ce sujet dans le rapport lu à l'Académie le 14 juin 1841.

Glycosurie dans la fièvre paludéenne. — M. ED. BURDEL, de Vierzon, adresse un mémoire sur la glycosurie dans la fièvre paludéenne. Il résume les résultats de ses recherches dans les termes suivants :

1° Il existe dans les fièvres paludéennes un véritable diabète ou glycosurie ;

2° Cette glycosurie n'est qu'éphémère, c'est-à-dire qu'étant l'expression des troubles survenus dans l'organisme, elle apparaît avec la fièvre, persiste autant qu'elle et disparaît aussi avec elle ;

3° La glycosurie de la fièvre paludéenne révèle bien le trouble profond et spécial qui frappe l'équilibre existant entre le système cérébro-spinal et le système sympathique ;

4° Cette explication donnée par M. Cl. Bernard se trouve confirmée par ces faits ;

5° Plus l'accès est violent, plus les frissons intenses, plus aussi la quantité de sucre dans les urines est considérable ;

6° Plus au contraire les accès ont été nombreux et ont perdu de leur force, plus en un mot la cachexie s'établit, moins la quantité de sucre est élevée.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 134. — JEUDI 17 NOVEMBRE 1859. (32e ANNEE.) N° 134. — JEUDI 17 NOVEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13 ;
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 NOVEMBRE 1859.

SÉANCE D'OUVERTURE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine va céder le pas aujourd'hui à la Faculté. Tandis que l'ordre des travaux dont s'occupe en ce moment la savante Compagnie de la rue des Saints-Pères nous réduit à un rôle à peu près passif, la Faculté au contraire appelle toute notre attention par la solennité de sa séance d'ouverture. C'est donc de la place de l'Ecole de médecine que nous daterons aujourd'hui ces lignes.

La Faculté a tenu, en effet, hier 15 novembre, sa séance d'inauguration de la nouvelle année scolaire. M. le doyen, assisté de ses deux assesseurs, MM. Grisolle et Gavarret, a pris place au bureau à une heure précise. Les professeurs et agrégés étaient sinon au complet, du moins en grand nombre. On y remarquait particulièrement les professeurs nouvellement nommés, qui vont introduire un élément de régénération dans l'Ecole, et les jeunes agrégés stagiaires, sur qui se fondent ses espérances un peu plus lointaines.

M. Wurtz, chargé cette année de prononcer le discours d'usage, a fait l'éloge de Soubeiran, que la Faculté a perdu deux ans à peine après qu'il avait été appelé dans son sein. Si les titres et les travaux scientifiques de Soubeiran ne pouvaient trouver d'appréciateur plus compétent, de juge plus éclairé que M. Wurtz, les qualités privées du savant, la noblesse de toute sa carrière, l'honnêteté et la pureté de son caractère, ne pouvaient être louées dans un langage plus digne et mieux approprié au sujet.

Aussi l'assemblée a-t-elle plusieurs fois interrompu l'orateur par ses applaudissements et par ses témoignages d'approbation et de sympathie. Elle a accueilli surtout par un unanime mouvement et une véritable explosion de bravos le beau passage sur l'intérêt qui s'attache aux découvertes scientifiques, abstraction faite de leurs applications actuelles ou de leur utilité ultérieure possible, à l'occasion de la découverte du chloroforme, qui lui en offrait si naturellement un exemple frappant : — le chloroforme qui hier encore ne figurait dans les collections qu'à titre d'objet de curiosité, et qui rend aujourd'hui de si grands services à l'humanité.

Enfin, pourquoi ne pas le dire ? le discours de M. Wurtz a assez de qualités, et elles ont été assez ostensiblement appréciées, pour que nous n'ayons pas à craindre qu'on se méprenne sur le sens de la louange que nous voulons ajouter à toutes celles qu'il mérite. Ce discours a été court; c'est là une qualité réelle, devenue beaucoup trop rare aujourd'hui dans tous les discours d'apparat, ainsi que dans les discussions académiques, pour que nous n'ayons pas cru devoir saisir l'occasion de la signaler comme un bon exemple.

La lecture de ce discours a été suivie de la proclamation des prix que décerne annuellement la Faculté, et de la lecture du programme du prix de la fondation Corvisart proposé pour l'année prochaine. Puisse la Faculté, qui n'a pas jugé à propos de décerner le prix cette année, faute de travaux d'un mérite suffisant, être plus heureuse l'année prochaine ! On comprend que ce n'est pas de la Faculté elle-même, mais du zèle des élèves que dépend la réalisation de ce vœu.

Dr Brochin.

Messieurs,

Dans la séance où la Faculté inaugure chaque année le retour de ses travaux, en même temps qu'elle distribue des couronnes aux élèves en qui elle fonde son espérance, elle tient à honorer la mémoire des maîtres qu'elle a perdus. Des pensées de deuil viennent donc se mêler à cette fête de la jeunesse, et le souvenir de ceux qui ne sont plus ajoute à la solennité de cette réunion. La mort frappe notre Compagnie à coups redoublés. Dans l'espace de quelques jours, elle nous a ravi Soubeiran et Bérard. Tous deux ont succombé avant le terme extrême que la nature marque à notre activité, et non sans avoir payé un long tribut aux souffrances et à l'infirmité humaine. L'un s'est incliné lentement vers la tombe, l'autre a contemplé la mort face à face et dans la plénitude de ses facultés. Si prévues qu'elles soient, de telles pertes sont toujours prématurées, et notre Ecole ne peut que les ressentir avec douleur. Une seule pensée diminue ses regrets : elle ne perd pas entièrement ceux qui meurent, car elle conserve leurs noms, recueille le fruit de leurs travaux, et s'enveloppe de leur gloire. (Très-bien ! applaudissements.)

M. Soubeiran, dont je vais prononcer l'éloge, a pleinement acquitté la dette que chacun de nous doit au corps tout entier. Par ses découvertes, par sa vie, par son caractère, il a également honoré l'Ecole de pharmacie, la Faculté de médecine et la profession dont il était l'ornement. Une intelligence sûre et nette, au service d'une volonté ferme et d'un cœur d'élite, tel était l'homme dont j'ai à vous tracer le portrait. Puissé-je ne point rester trop au-dessous de ma tâche ! Je n'ai pas recherché et je redoutais l'honneur de parler devant vous : je ne l'ai point décliné pourtant. C'est un devoir que chacun de nous doit remplir. S'il eût vécu, M. Soubeiran lui-même n'y eût point failli. Au mois de septembre 1858, déjà gravement atteint par la maladie, mais encore plein d'espoir, il rassemblait les matériaux du discours qu'il devait prononcer en cette enceinte. D'une main encore assurée, il avait écrit les mots suivants : « Devant cette assemblée illustre, la mort se » pose en ennemie. A son moment, à sa guise, elle choisit une vic» time, et chaque année nous ouvrons un nouveau deuil. »

Hélas ! il disait juste : mais c'est son propre deuil que nous portons; notre collègue devait être la première victime, et montrer par son exemple même la vérité de ses paroles.

Il appartenait à une famille originaire des Cévennes, et qui fut dispersée à la révocation de l'édit de Nantes. Son aïeul vivait à Montpellier, son père vint s'établir à Paris. Eugène Soubeiran naquit dans cette dernière ville le 24 mai 1797. Ses débuts dans la vie ne furent point heureux. Revers de fortune, santé faible, études interrompues, aucune épreuve ne fut épargnée à sa jeunesse. Si, comme on le dit, l'adversité est une école, l'apprentissage de M. Soubeiran a été complet. Son père exerçait avec honneur la profession d'agent de change. Un jour, trompé par la mauvaise foi de quelques clients, il se trouva débiteur d'une somme considérable. Il dut accepter cette dette injuste, qui devint une ruine. Le jeune Soubeiran entrait alors dans sa douzième année et faisait ses humanités au collége Louis-le-Grand. Il relevait d'une maladie grave et finissait à peine le cours de quatrième, lorsque survint la catastrophe qui renversa la fortune de son père. Le coup fut cruel et eut de sérieuses conséquences. Les ressources désormais trop exiguës de la famille ne permettaient plus l'entretien de trois fils au collége. On en retira le plus jeune, notre écolier, qui suivit ses parents à Houilles, petit village des environs de Paris. Dans cette modeste retraite, Mme Soubeiran se voua à l'éducation de son fils. S'efforçant de remplacer les maîtres qui lui faisaient défaut, elle se mettait résolûment à apprendre la veille ce que le lendemain elle devait enseigner à son élève. Mais, quelques prodiges qu'elle puisse faire, la tendresse maternelle ne peut pas suffire à tout. M. Soubeiran a plus d'une fois avoué depuis que ses études de latin avaient cruellement souffert en ce temps-là. Pourtant un si beau dévouement ne fut pas perdu. S'il n'avança que médiocrement les connaissances de celui qui en était l'objet, il lui inspira une tendre vénération pour sa mère. De son côté, le jeune Soubeiran avait besoin de l'amour maternel : la détresse de sa famille, l'abandon dans lequel tant d'amis l'avaient laissée, la gêne présente comparée à la prospérité du temps passé, toutes ces disgrâces avaient fait sur son cœur une profonde et douloureuse impression. Elles ne furent point sans influence sur son caractère, en développant, en exagérant même des dispositions qui lui étaient naturelles : une certaine réserve, cette modestie qui plus tard fut le charme de son commerce, mais aussi cette défiance de lui-même et des autres, apanage et punition des âmes timides.

C'est à Houilles qu'il reçut les premières notions de chimie. Son père y avait fondé un établissement de filature de laine et de blanchissage; Soubeiran en devint le contre-maître. L'atelier de blanchissage l'occupa et l'intéressa particulièrement. On y traitait les étoffes d'après les méthodes découvertes par Berthollet ; car ce grand législateur de la science avait appliqué ses étonnantes facultés avec un égal succès aux questions les plus ardues de la philosophie chimique et à l'avancement des arts utiles : rare privilége dans un si beau génie que d'avoir pu descendre des régions les plus élevées de la pensée dans le domaine des choses pratiques, et d'avoir pu tout ensemble poser les lois de l'affinité et régler les détails d'opérations vulgaires.

On doit à Berthollet la connaissance de ces procédés rapides et efficaces à l'aide desquels on prive les tissus de leur teinte naturelle pour leur donner ce fond pur qui fait paraître les couleurs dans tout leur éclat. Il a publié sur cette matière un livre qui devint le guide du jeune Soubeiran. Celui-ci avait ignoré jusque-là les pratiques et encore davantage les principes du nouvel art. Il s'efforça de comprendre les préceptes du grand chimiste, et apprit bientôt à préparer et les lessives alcalines et la solution de chlore, principal agent de la décoloration. C'est ainsi que Berthollet est devenu, sans le savoir, le premier maître de M. Soubeiran.

Mais de si excellents conseils et tant de bonne volonté ne purent suppléer à l'expérience qui faisait défaut. Aussi bien la fortune ne fut point favorable à l'entreprise. On y renonça bientôt.

Cependant des temps plus prospères succédèrent à ces temps d'épreuves. C'était alors l'époque où la patrie, menacée par l'étranger, appelait sous les drapeaux tous ses enfants valides. Le jeune Soubeiran entrait dans un âge où il fallait se préparer à suivre cet appel. Sa résolution fut bientôt prise. Il voulut se mettre en état d'obtenir une commission de pharmacien de l'armée et de servir son pays aux ambulances. C'est ainsi que la nécessité, et sans doute le goût qu'il avait pris pour la chimie, décidèrent sa vocation. Son entrée dans la carrière ne fut point brillante. S'étant présenté, pour faire son apprentissage, chez un pharmacien de Paris, il fut refusé net; on le trouva trop grêle pour les rudes travaux du laboratoire.

Mais cet échec fut réparé, et à quelque temps de là nous trouvons le jeune apprenti à Montpellier, étudiant avec ardeur la botanique sous le professeur Pouzin. Collaborateur et ami de De Candolle, M. Pouzin herborisait avec passion. Il s'intéressa vivement aux progrès de son élève, et lui communiqua ses propres goûts. Ce fut un heureux temps. Plus avancé dans la vie, M. Soubeiran aimait à ramener ses souvenirs vers ces années paisibles et studieuses, vers les promenades qu'il faisait avec son maître, tous deux explorant les collines, les champs, la plage, et rapportant le soir un riche butin. Il a voué une tendre reconnaissance à la mémoire de l'homme de bien qui l'avait initié aux études de la nature, au milieu de la nature même.

Mais la chimie, qui avait été le premier objet de ses travaux, et qui depuis devint le plus important, fut négligée à Montpellier : toutes les lumières de la science naissante étaient encore concentrées dans son foyer. C'est à Paris, c'est dans cette enceinte même, que l'éloquence entraînante de Fourcroy avait transporté son auditoire, que Vauquelin exposait ses analyses avec tant d'autorité; c'est à Paris que Gay-Lussac venait de faire la plus étonnante et la plus féconde de toutes ses découvertes, et que Thénard préludait à cet enseignement fort et classique qui a donné à la France deux générations de chimistes.

Quelques années plus tard, Soubeiran devait trouver de tels maîtres. Son retour dans sa famille fut hâté par les malheurs de la patrie. Au mois de juin 1815, à la nouvelle de la bataille de Waterloo, l'émeute grondait dans Montpellier. Soubeiran commit l'imprudence de se hasarder dans la rue, et eut le bras fracassé par une balle. Sa témérité lui valut de longues souffrances, mais l'amputation lui fut épargnée par les bons soins de Delpech.

A peine remis, il fut rappelé par son père, et entra comme élève dans une des meilleures pharmacies de Paris.

De ce moment datent ses plus grands efforts et ses premiers succès. Le laboratoire était comme sa demeure, et dans le laboratoire les livres ne le quittaient pas : double école, mais sûrement instructive et nécessaire dans sa diversité à qui veut acquérir, avec la pratique de l'art, la science qui lui sert de base. Le soir, brisé mais non pas vaincu par les travaux de la journée, il s'appliquait encore aux études théoriques. Ses progrès furent proportionnés à sa persévérance. S'étant présenté au concours des hôpitaux, il mérita le premier rang, mais n'obtint que le second. (Bruyantes interruptions sur les bancs supérieurs de l'amphithéâtre.) Une fois interne, il eut une carrière assurée, et, chose aussi précieuse, des loisirs pour un travail soutenu. Pendant trois années passées dans les hôpitaux et à la pharmacie centrale, il remporta tous les premiers prix. Au bout de ce temps, il fut nommé pharmacien en chef de l'hôpital de la Pitié, et plus tard professeur adjoint à l'Ecole de pharmacie. Toutes ces distinctions, toutes ces places, il les obtint au concours, hormis celle de professeur, qu'il dut à sa réputation.

Ses premières publications remontent à l'année 1824, et ont eu pour objet quelques tartrates doubles, notamment l'émétique. On sait que ce sel, qui a provoqué tant de travaux depuis le commencement du dix-septième siècle, est aussi extraordinaire par sa composition qu'il est précieux par ses propriétés thérapeutiques. Glauber avait enseigné sa préparation avec la crème de tartre et les *fleurs argentines d'antimoine*. Un siècle plus tard, Bergmann reconnut sa véritable nature. M. Soubeiran étudia et compara les procédés en usage pour le préparer, et rectifia les idées qu'on s'était faites sur la théorie de l'opération.

La crème de tartre soluble est une sorte d'émétique dans laquelle l'oxyde d'antimoine est remplacé par l'acide borique. On doit à M. Soubeiran une bonne analyse et une bonne méthode de préparation de ce curieux composé. Ces recherches sur le tartrate double de potasse et d'acide borique l'ont conduit à déterminer la composition de cet acide lui-même, d'une manière plus exacte que Gay-Lussac et Thénard n'avaient pu le faire avant lui. Il soumit les borates à un nouvel examen, et des proportions de base et d'acide qu'ils renferment, il déduisit les rapports suivant lesquels le bore se combine à l'oxygène, avec une précision que le grand maître en analyse, Berzélius, put à peine dépasser.

Quelques années plus tard M. Soubeiran entreprit des recherches sur l'hydrogène arsénié, et employa le premier l'arséniure de zinc fondu, pour la préparation de ce gaz. Il fallait un certain courage pour aborder un tel sujet, à une époque où était encore présent à tous les esprits le souvenir de la mort de Gehlen, empoisonné par quelques bulles d'hydrogène arsénié. La prudence de M. Soubeiran et le soin qu'il apportait dans toutes ses expériences, lui firent éviter en cette occasion, comme dans le reste de sa carrière, les dangers auxquels les chimistes sont si souvent exposés.

On connaît de curieuses combinaisons formées par le chlore et le soufre, liquides jaunes ou rouges, suivant les proportions des éléments qu'ils renferment. Le chlorure de soufre rouge, en absorbant de l'ammoniaque, donne naissance au chlorure de soufre ammoniacal. M. Soubeiran a publié une analyse de cette combinaison. En la traitant par l'eau, il a obtenu le sulfure d'azote. Parmi les découvertes qui ont signalé ses débuts dans la science, celle-ci est une des plus intéressantes : elle a été remarquée, et, mieux que les autres, elle a mis en relief le talent d'observation et l'habileté consciencieuse du jeune auteur. Les travaux qu'il a fait paraître dans cette première période de son activité scientifique sont nombreux, et, ce qui vaut mieux, ils sont exacts. Peut-être s'est-il mépris quelquefois dans l'interprétation des faits, dans les formules et dans les déductions théoriques. Il n'importe : des erreurs de ce genre ne sont point des fautes. D'ailleurs n'est-il pas vrai que les écarts même de la théorie ont quelquefois leur utilité ? Contrôlés ou redressés par les expériences qu'ils provoquent, ils peuvent ramener par un détour à la connaissance de la vérité. Ce qui est nuisible dans la science, ce sont les faits mal observés. Les travaux de M. Soubeiran en sont exempts. Dans toutes ses publications, même dans les premières, on rencontre les qualités qui distinguaient son esprit ; cette netteté de vues, cette clarté d'exposition, et par-dessus tout ce sens pratique qui le portait à se livrer de préférence à des études sur la composition des médicaments les plus utiles. Les recherches qu'il a entreprises sur les mercuriaux témoignent de sa constante application et de son succès dans cette voie. Ce qu'il a découvert sur le calomel mérite particulièrement d'être mentionné ici. On sait quel fréquent usage les médecins anglais font de cette substance dans toutes sortes de maladies. Ils l'emploient en poudre d'une ténuité uniforme et également éloignée de la finesse extrême du protochlorure de mercure précipité, et de l'apparence compacte et un peu grossière du mercure doux porphyrisé. Pour ce produit, connu sous le nom de *calomel à la vapeur*, nous étions tributaires de nos voisins. Le secret de sa préparation n'a pas échappé à la sagacité de notre collègue. M. Soubeiran a fait voir qu'il suffisait de distiller le calomel et de recevoir sa vapeur dans un grand espace, pour que, passant à l'état solide, au milieu d'une masse d'air interposée, cette vapeur se condensât en une poudre d'une ténuité extrême.

D'autres préparations de mercure ont également été l'objet de ses travaux. On lui doit l'analyse des nitrates ammoniacaux de mercure, ainsi que des remarques sur ce curieux sel double formé de chlorhydrate d'ammoniaque et de sublimé corrosif, et connu des anciens sous les noms de *sel Alembroth*, *sel de vie*, *sel de science*, *sel de sagesse*, toutes dénominations qui rappellent les propriétés précieuses qu'ils attribuaient à ce médicament aujourd'hui oublié. Par tous ses travaux, M. Soubeiran a éclairci plusieurs points de l'histoire chimique du mercure, sujet difficile et toujours nouveau, quoiqu'il ait souvent occupé les savants modernes, après avoir exercé pendant si longtemps la stérile curiosité des alchimistes du temps passé.

Vers la fin du dixième siècle, on allait en pèlerinage à l'école établie à Salerne par les bénédictins du mont Cassin. Henri, duc de Bavière, s'y rendit pour se faire opérer de la pierre. Le fondateur du couvent, saint Benoît de Nursie, voulut se charger lui-même de guérir un hôte de cette importance. Il apparut au prince, lui fit l'opération pendant qu'il le tenait endormi, et à son réveil lui mit la pierre dans la main.

Messieurs, c'est une légende que je vous raconte ; mais le miracle qu'elle doit consacrer s'accomplit tous les jours sous nos yeux. Quelle découverte a plus étonné le monde et mieux servi les hommes que cette merveilleuse découverte de l'anesthésie ! Aux noms glorieux qu'elle rappellera un jour à la postérité reconnaissante, nous devons associer le nom de M. Soubeiran. (Bravos prolongés.)

C'est lui qui a découvert le chloroforme ; mais je dois ajouter qu'il partage cet honneur avec M. Liebig. Permettez-moi de vous indiquer l'ordre et la date des recherches qui ont valu un tel présent à la science et à l'humanité.

Au mois d'octobre 1831, parut dans les *Annales de chimie et de physique*, un mémoire de M. Soubeiran ayant pour titre : *Recherches sur quelques combinaisons du chlore*. Après avoir combattu les assertions de Davy, relatives à l'euchlorine ou protoxyde de chlore, l'auteur aborde la question des chlorures d'oxydes que l'on obtient en traitant un oxyde tel que la chaux par le chlore. Il s'arrête à l'opinion, déjà exprimée par M. Liebig, que les chlorures d'oxydes constituent des mélanges de chlorures et de chlorites. On sait que cette théorie a été rectifiée depuis par M. Balard, qui a démontré que le prétendu chlorure de chaux est un mélange de chlorure et d'hypochlorite. Sur un grand nombre de substances, le chlore de chaux exerce une action énergique. M. Soubeiran eut l'idée de le mettre en contact avec de l'alcool et de distiller le mélange : il recueillit du chloroforme. Ce procédé légèrement modifié est encore en usage aujourd'hui : il n'est pas le seul qui puisse donner du chloroforme. M. Liebig a obtenu ce corps, de son côté, non-seulement par cette réaction, mais par d'autres encore, notamment en traitant par les alcalis le chloral, produit de l'action du chlore sur l'alcool. Chose curieuse, il a consigné ses observations à cet égard dans une lettre adressée à Gay-Lussac, et publiée exactement à la même époque, au mois d'octobre 1831, dans les *Annales de chimie et de physique*.

Ainsi, s'occupant simultanément et à l'insu l'un de l'autre des mêmes objets, les deux observateurs sont arrivés aux mêmes résultats. Heureuse coïncidence, qui n'ôte rien à l'originalité de la découverte et qui lui donne d'abord une consécration que d'autres attendent pendant des années. Cependant, MM. Soubeiran et Liebig se sont mépris tous deux sur la nature du nouveau produit. L'un le considérait comme un composé de chlore et d'hydrogène bicarboné, l'autre comme un chlorure de carbone ; et il était réservé à M. Dumas de découvrir, quelques années plus tard, sa vraie constitution, ses réactions fondamentales et son nom. Car son nom est une découverte : il rappelle le dédoublement caractéristique en chlorure et formiate, que le chloroforme éprouve sous l'influence des alcalis. Aujourd'hui on le rattache, avec beaucoup d'autres corps, ses congénères, à ce gaz hydrogène carboné qui se dégage en bulles nombreuses lorsqu'on remue la vase des marais. En remplaçant le chlore par de l'hydrogène, on a réussi en effet à transformer le chloroforme en hydrogène proto-carboné. On peut donc envisager le corps découvert par MM. Soubeiran et Liebig comme du gaz des marais trichloré, conformément à cette admirable théorie des substitutions qui a changé la face de la science, et qui a rendu à jamais célèbre le nom de mon maître et de votre maître, M. Dumas.

Voyez, Messieurs, par l'exemple du chloroforme, comment la chimie procède en ses découvertes. Elle s'enrichit d'un nouveau composé : aussitôt elle étudie les circonstances de sa formation ; elle détermine sa composition et ses propriétés ; enfin elle lui trouve un nom systématique et une famille. Voilà le nouveau corps classé, et la science a dit son dernier mot.

Pendant de longues années le chloroforme, dont l'emploi est compté aujourd'hui par centaines de kilogrammes, figurait dans les collections comme un objet de curiosité et d'intérêt purement scientifique. Mais ne vous y trompez pas ; la curiosité des savants fraye la route aux inventeurs, et la théorie doit précéder l'application. Où seraient les merveilles de notre siècle et sa gloire, si l'esprit humain était livré encore, comme au moyen âge, aux hasards d'un empirisme grossier et à la tutelle de traditions incomprises ? De nos jours, c'est la science qui réveille, guide et féconde le génie de l'invention, et la recherche du vrai conduit tôt ou tard à la découverte de l'utile. Oui, j'ose l'affirmer, rien n'est inutile dans la science. Trop souvent on entend dire et répéter : A quoi bon cette multitude de faits théoriques dont elle s'enrichit incessamment ? C'est l'ignorance qui tient ce langage. « On traite volontiers d'inutile ce qu'on ne sait pas, » a dit Fontenelle avec finesse. Amassons toujours des vérités et donnons notre temps et nos soins à des objets en apparence stériles : l'utilité cachée se découvrira un jour. Et puis n'est-il pas vrai que tout ce qui honore l'intelligence est digne de nos respects ? Si vous vouliez juger la beauté d'une œuvre par sa valeur vénale, la grandeur d'une conception par son application immédiate, la noblesse d'une carrière par ses profits matériels, ah ! dites-le-moi, à quel rang placeriez-vous Dante et Corneille, Leibnitz et Newton, et que deviendraient les plus beaux dons de l'esprit, la pénétration philosophique, l'éloquence et la poésie ? (Explosion de bravos et d'applaudissements.)

On lit dans Horace : *Difficile est proprie communia dicere*, et je suis frappé en ce moment de la justesse de cette remarque. Comment vous parler avec mesure et convenance des nombreux travaux que M. Soubeiran a entrepris sur la pharmacie, et ne dois-je point craindre, dans un sujet si ingrat, ou d'être injuste envers sa mémoire, ou de fatiguer votre attention ? Permettez-moi donc de m'attacher surtout à ce que ces travaux offrent de saillant, de les caractériser plutôt que d'en présenter l'énumération, et de faire ressortir l'influence qu'ils ont exercée sur les progrès de l'art.

Qui de vous, en ouvrant un ancien traité de pharmacie, n'a pas été étonné de ce chaos de recettes impossibles, de formules bizarres et de procédés tellement fastidieux qu'ils ne semblent avoir été inventés que pour lasser la patience ou éprouver l'habileté des *artistes-apothicaires* ?... Enfin Lemery vint qui combattit le premier les extravagances de la pharmacie galénique, en s'aidant du secours d'une chimie encore peu éclairée, mais sérieuse au moins et sincère. Le mouvement qu'il commença devint une réforme à la fin du siècle dernier. A cette époque, la chimie triomphante rajeunit la pharmacie, et en cela elle n'a fait que s'acquitter envers cette dernière d'une dette contractée depuis des siècles, car elle en avait reçu de grands bienfaits, et c'est un beau privilége et un éternel bonneur pour la profession des pharmaciens que d'avoir réveillé le génie de tant de chimistes éminents !

La réforme de l'art fut longue et difficile : on ne peut attaquer que par degrés les choses fortement établies. Aussi restait-il beaucoup à faire au commencement de ce siècle pour terminer l'œuvre inaugurée par les Lemery et les Baumé. M. Soubeiran fut le continuateur de cette grande école. C'est à lui surtout que la pharmacie chimique doit sa forme actuelle. Il fut merveilleusement secondé par l'essor que prit la chimie organique et par tant de découvertes qui se succédèrent rapidement à partir de 1820, et parmi lesquelles je dois citer en première ligne l'immortelle découverte de Pelletier et Caventou.

Ses travaux à la Pharmacie centrale, ses publications, son enseignement, ont porté notre collègue à la tête du progrès pharmaceutique.

Il fut appelé, en 1832, à la direction de la pharmacie centrale de l'Assistance publique de Paris. Cette position, qu'on peut regarder à bon droit comme la plus élevée à laquelle un pharmacien puisse aspirer dans la carrière professionnelle, a ouvert un champ nouveau et immense à l'activité de M. Soubeiran. Dans l'exercice de ses importantes fonctions, deux choses le préoccupaient surtout : livrer aux pharmacies des hôpitaux et des maisons de secours des médicaments d'une qualité irréprochable, et réaliser toutes les économies compatibles avec les besoins du service. Cette double tâche, il la remplit avec honneur et conscience pendant près de trente ans. Chez lui, l'habileté de l'administrateur vint en aide à l'autorité du savant. Les laboratoires où régnait une propreté recherchée furent l'objet de sa sollicitude constante ; il y appliquait immédiatement tous les progrès accomplis dans l'art de préparer les extraits, les eaux minérales artificielles, et, en général, de disposer les appareils et de conduire les grandes opérations de la chimie pharmaceutique. La variété des préparations qu'on y exécute lui permit d'expérimenter et de comparer tous les procédés de la pharmacie pratique, et d'en perfectionner un grand nombre. Il en éclairait la théorie pour en simplifier la marche.

Dans ces études, personne n'a fait intervenir plus largement que lui les connaissances chimiques les plus précises et les notions les plus variées empruntées aux sciences naturelles. Laissez-moi vous montrer par un seul exemple comment il procédait dans ses recherches. On connaît les difficultés qu'offrent la préparation et la conservation des sirops. Voulant jeter quelque lumière sur divers points relatifs à cette question, M. Soubeiran observe et définit avec toutes les ressources d'une science consommée les changements moléculaires que le sucre éprouve sous l'influence de l'eau et de la chaleur ; il fait voir qu'à mesure que le sucre incristallisable se forme dans la solution, celle-ci subit une modification dans ses propriétés optiques ; enfin, élargissant ce sujet restreint, il aborde l'histoire d'autres matières sucrées, du sucre de fruits, du sucre de maïs, du miel lui-même. C'est ainsi qu'il faisait concourir la chimie aux progrès de la pharmacie, et que ses travaux, tout en perfectionnant l'art, tournaient au profit de la science même. Dans le cours de sa longue carrière, il put amasser un trésor d'observations utiles, de faits nouveaux et de détails pratiques qui valent quelquefois des découvertes. Il les fit connaître dans cent mémoires disséminés dans les recueils scientifiques ; il les résuma dans son livre.

Il avait donné, en 1828, un volume où il développait cette idée, que les progrès sérieux et durables de la pharmacie ne peuvent naître que des applications des sciences naturelles et physiques. Ce petit livre eut un grand et légitime succès. Après quatre années passées à la Pharmacie centrale, l'auteur, refondant son premier ouvrage et profitant des éléments précieux que sa position lui offrait, fit paraître le *Traité théorique et pratique de pharmacie*, parvenu aujourd'hui à sa cinquième édition. Abandonnant les routes battues, il disposa les matières d'après un ordre rationnel et tout nouveau. Dans cet ouvrage, au lieu de ces chapitres interminables sur les formes pharmaceutiques, on trouve les médicaments rangés d'après leurs affinités naturelles et les préparations éclairées par les propriétés des principes immédiats qui les composent. Ce traité n'est point seulement un compendium d'officine, c'est un ouvrage d'éducation professionnelle, sévère et scientifique dans la méthode, simple et correct dans la forme, complet et lumineux dans les détails. Traduit dans toutes les langues de l'Europe, il est devenu le livre classique de la pharmacie moderne.

L'esprit de ce livre, on le retrouve dans l'enseignement de M. Soubeiran. En 1853, après la mort de notre illustre et tant regretté collègue Orfila, la chaire de Deyeux fut rétablie dans cette Faculté. M. Soubeiran la demanda et l'obtint. Il sentit vivement l'honneur de cette nomination et s'en montra digne. A un âge où d'autres aspirent au repos, il recommença une carrière ; car pour un savant c'est changer de carrière que de changer d'enseignement. A l'École de pharmacie il avait, pendant quinze ans, professé la physique. Tel était son talent d'exposition qu'il faisait comprendre et aimer une science dont il ne possédait que les éléments. Ses leçons étaient animées par une parole facile, lucide, élégante, et par un choix d'expériences et de démonstrations toujours appropriées aux besoins de l'auditoire. Quand il prit la chaire de pharmacie de cette Faculté, il grandit comme professeur, car à toutes les qualités qui l'avaient distingué d'abord il en joignit une nouvelle, l'autorité, complément nécessaire de l'art de bien dire. Chargé d'initier les étudiants en médecine à la connaissance de la pharmacie, M. Soubeiran comprit tout ce que cette mission offre de particulier et de difficile. Il estima que les mêmes enseignements ne sauraient convenir à ceux qui sont appelés à préparer les remèdes et à ceux qui doivent les ordonner. Aussi, laissant de côté tout ce qui regarde la récolte, la fabrication et la conservation des drogues simples, et tant de détails concernant les opérations pratiques de la pharmacie, il insistait particulièrement sur la description des médicaments, sur leur histoire, sur le choix des formes qu'il convient de leur donner, sur la manière de les doser justement et de les associer les uns aux autres sans les neutraliser ou les décomposer, enfin, pour tout dire en un mot, sur cet art un peu négligé et pourtant si utile qu'on appelle l'art de formuler. Le croira-t-on ? de bons esprits ont élevé des doutes sur la convenance d'un tel enseignement à l'École de médecine. La Faculté ne pouvait point partager leur sentiment. Elle a mesuré l'utilité de la chaire aux services qu'avait rendus le professeur, et, parmi tant d'arguments qu'elle a pu produire, elle a fait valoir le succès remarquable qu'a obtenu M. Soubeiran. Hélas ! il ne lui a pas été permis de jouir longtemps de ce succès et d'une position glorieusement conquise. Au printemps de 1858, il sentit les premières atteintes d'une maladie qui l'emporta le 17 novembre de la même année.

Sa fin donna l'exemple d'une noble et mâle résignation. Calme au milieu de cruelles souffrances, il régla lui-même le soin de ses funérailles, dont il écarta toute pompe officielle. On eût dit qu'il voulait cacher sa mort, comme il avait caché sa vie, et dérober sa mémoire aux hommages qu'il avait si bien mérités. Il ne la dérobera point à nos regrets et à notre juste reconnaissance. Il vivra par ses œuvres, par ses vertus, et ce que nous avons admiré en lui restera : une âme honnête et pure, une volonté ferme, l'austérité des mœurs jointe à la douceur du caractère, et les facultés de l'intelligence ennoblies par les plus rares qualités du cœur. « J'aime le bien et les gens de bien : » telle était sa devise, devise touchante et bien légitime, car il ne faisait qu'aimer ses pareils. Simple et un peu réservé dans ses manières, il n'avait point cet abord facile et souriant qui prévient toujours, mais qui trompe quelquefois. Chez lui la réserve n'était point froideur, mais timidité. Il était d'une complexion délicate, et l'état de sa santé ne lui a jamais permis ni les efforts trop longtemps soutenus ni les veilles prolongées. Il y suppléait par la constance et la régularité du travail, et son courage lui tenait lieu de force.

C'est un noble devoir que d'honorer après leur mort les hommes de mérite qui, vivants, ont oublié de se faire valoir. Il en était ainsi pour notre collègue, dont la modestie dépassait le talent. Mais cette modestie même me commande de tempérer la louange. Le seul éloge digne d'un tel homme, c'est de proposer en exemple sa vie bien remplie, et d'appliquer à sa mémoire ces paroles du prince des historiens de Rome : « *Admiratione te potius quam temporalibus laudibus, et, si natura suppeditet, æmulatione decoremus.* »

Me trompé-je en pensant que la carrière laborieuse, utile, honorée, qu'a fournie M. Soubeiran, peut exciter la noble émulation de quelques-uns de ces jeunes agrégés, l'espoir de cette Faculté et de la science future, et qui aujourd'hui pour la première fois se pressent dans cette enceinte ? Et, puisqu'en terminant je prononce des paroles de bienvenue, je tiens à honneur de saluer nos nouveaux collègues : vous, Monsieur, dont les brillantes découvertes étonnent depuis vingt ans les écoles de physiologie de l'Europe et qui nous apportez le tribut d'une expérience consommée et d'une autorité si justement reconnue.

Vous, Monsieur, que des liens si étroits unissent au collègue dont nous déplorons la perte, et qui avez eu le rare privilége de lui succéder trois fois, vous estimerez haut et vous conserverez intact le précieux héritage scientifique qu'il vous a légué. C'est pour vous une obligation sacrée ; mais, courage ! elle n'est point au-dessus de vos forces, de ces forces que vous puiserez dans un talent déjà éprouvé, et dans les sentiments de vénération et de piété filiale que vous inspire la mémoire de M. Soubeiran.

M. GAVARRET proclame les prix décernés, et lit le programme de la question posée pour le concours de l'année prochaine.

Grand prix de l'École pratique (médaille d'or). — M. Heurtaux (Alfred), de Nantes.

1er Prix (médaille d'argent). — M. Simon (Edmond-François-Joseph), de Bapaume (Pas-de-Calais).

2e Prix (médaille d'argent). — M. Sirdey (François), de la Villeneuve-les-Convers (Côte-d'Or).

Mention honorable. — M. Gibert (Paul-Eugène), de Chartres.

Prix Monthyon. — M. Peter (Charles-Félix-Michel), de Paris.

Prix Corvisart. — La Faculté a décidé qu'il n'y a pas lieu de décerner cette année le prix Corvisart.

Elle a arrêté, pour sujet du prix de clinique à décerner en 1860, la question suivante :

Déterminer, par des observations recueillies dans les cliniques de la Faculté, les effets du quinquina dans les affections septiques, soit intérieures, soit extérieures.

Ce prix, consistant en une médaille d'or, sera décerné dans la séance de rentrée de la Faculté.

Du 15 au 30 août 1860, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au lit qui lui aura été désigné ;

2° La réponse à la question proposée.

Les élèves en médecine prenant inscription à la Faculté sont seuls admis à concourir pour le prix Corvisart.

La Faculté croit devoir rappeler aux concurrents que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche bibliographique de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie.

Nota. Les noms des concurrents doivent être mis sous cachet.

Aujourd'hui mercredi a eu lieu la séance d'ouverture de l'École supérieure de pharmacie, sous la présidence de M. Bussy, directeur. M. E. Robiquet a prononcé le discours d'usage, dont le sujet était l'éloge de Souberain.

Nous publierons dans le prochain numéro le programme des prix décernés dans cette séance.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Fistule vésico-vaginale datant de près de trois ans. — Grossesse intercurrente. — Particularités diverses. — Autoplastie par glissement. — Réunion par première intention.

Par M. le professeur JOBERT (de Lamballe.)

Les médecins et les élèves qui ont suivi les cliniques chirurgicales de M. le professeur Jobert (de Lamballe) pendant l'année scolaire, ont pu voir chez les femmes bon nombre de fistules génito-urinaires ; plusieurs d'entre elles ont été opérées et guéries. Bien que le cas qui suit se soit passé en dehors de la clinique, nous ne nous en faisons pas moins un devoir de le publier ; ce n'est que par la connaissance de faits nombreux et par l'appréciation des particularités que chacun d'eux présente, que la science peut faire des progrès. En effet, quoique ces sortes de lésions puissent se ranger dans le même cadre nosologique, elles présentent quelquefois des incidents dont la connaissance peut souvent éclairer le praticien.

La malade qui fait le sujet de cette observation est Italienne d'origine ; elle est née à Voghera, près Montebello.

Cette dame est âgée de trente-trois ans et demi, d'une taille moyenne, d'une coloration brune très-prononcée, ne présentant aucune difformité du côté du bassin. Quoique son extérieur annonce les attributs d'une bonne constitution, on remarque cependant chez elle une décoloration des muqueuses assez prononcée : elle est d'un tempérament *lymphatique*.

Réglée à l'âge de treize ans, elle n'a jamais éprouvé le moindre accident du côté de la menstruation ; elle n'a jamais été malade. Mariée en janvier 1856, à l'âge de 31 ans, elle est devenue enceinte quatre mois après. La grossesse n'a rien présenté de particulier, elle a même été très-heureuse ; mais il n'en a pas été de même de l'accouchement. Les grandes douleurs ont commencé de bonne heure, et ont duré pendant trois jours. La présentation était naturelle ; mais le volume disproportionné de la tête de l'enfant n'a pas permis à l'accouchement de s'effectuer par les seules forces de la nature. Le troisième jour, on a appliqué le forceps, et l'on a retiré un enfant qui, au dire de la malade, aurait vécu quelques minutes. L'accouchement fut pratiqué à quatre heures du soir, et ce ne fut que vers dix heures que l'on parvint à extraire le placenta, et encore ne le retira-t-on que par lambeaux.

Les jours qui suivirent se passèrent aussi bien qu'on pouvait le désirer après un travail aussi laborieux, et, chose peu commune, la malade conserva ses urines, et l'on n'observa aucun accident jusqu'au 19e jour ; ce n'est qu'à cette époque qu'elle s'aperçut qu'elle mouillait sous elle. A partir de ce moment les urines ont coulé par le vagin.

Quarante jours après l'accouchement, cette dame s'est rendue à Pavie, où elle a subi 20 à 25 cautérisations au nitrate d'argent ; elle est restée couchée pendant cinq mois, une sonde placée à demeure dans la vessie ; mais malgré un traitement aussi long et une constance aussi opiniâtre, elle n'a obtenu aucune amélioration à son état. Elle est retournée chez elle perdant ses urines comme auparavant. Après un mois de séjour à la campagne, les règles sont revenues pour la première fois depuis l'accouchement ; elles ont continué à paraître plus ou moins régulièrement pendant neuf mois ; mais chaque époque menstruelle était pour elle une nouvelle source de souffrances.

Quinze mois après le premier accouchement, elle est devenue enceinte pour la seconde fois ; cette fois encore la grossesse s'est passée sans accident, et l'accouchement a été des plus heureux ; elle a mis au monde une petite fille qui a aujourd'hui quatre mois.

Il faut ajouter que depuis l'accident du premier accouchement, la malade n'a pu se livrer à la moindre occupation ; c'est tout au plus si elle pouvait se lever de temps en temps, et se promener un peu dans son appartement. Dans cet état de souffrance continuelle, et ne voyant dans son pays aucun espoir de guérison, elle se rend à Paris pour réclamer les soins de M. le professeur Jobert (de Lamballe).

Elle arrive le 4 août 1859 ; quatre jours après M. Jobert l'examine, et voici ce qu'il observe :

Érythème des parties génitales externes ; l'urine est accumulée dans le vagin et s'écoule lorsqu'on déprime la cloison recto-vaginale. En écartant, au moyen des leviers, les grandes et les petites lèvres, on aperçoit, à 3 centimètres en arrière du méat urinaire, et un peu du côté gauche, une ouverture circulaire dont les bords sont rouges, formés de tissu cicatriciel ; elle a à peu près 1 centimètre de diamètre dans tous les sens ; c'est par cette ouverture que s'écoule l'urine. Une sonde cannelée introduite dans cette ouverture et une sonde de femme dans le canal de l'urèthre, les deux instruments se rencontrent dans l'intérieur de la vessie : c'est donc à une fistule vésico-vaginale que l'on a affaire.

Suivant sa coutume, M. Jobert prépare la malade pendant quelques jours par des bains et des purgations ; et le 16 août, aidé de ses élèves, il pratique l'opération en présence de plusieurs médecins distingués de Paris.

Je ne décrirai pas avec détails le procédé opératoire, que tout le monde connaît ; je me contenterai de dire ce qui a été fait dans ce cas.

La malade est placée sur le bord d'un lit, le siége élevé en face de l'opérateur ; deux aides tiennent les jambes et les cuisses écartées et fléchies sur le ventre, et, au moyen de leviers, dilatent à droite et à gauche l'entrée de la vulve, tandis qu'un troisième aide, muni du spéculum univalve, déprime la paroi recto-vaginale.

M. Jobert, assis devant la malade, procède d'abord au ravivement : au moyen de pinces à griffes, il saisit les bords de la fistule, et avec un bistouri à lame étroite, il enlève en dédolant un bourrelet circulaire de tissu cicatriciel qui tapisse l'intérieur de l'ouverture ; de sorte que, dans un premier temps, tout le trajet fistuleux est rendu saignant. Quelques petits ravivements sont pratiqués après afin de rendre l'ouverture légèrement évasée en dehors ; par ces ravivements, le trajet fistuleux est considérablement agrandi.

Pour maintenir en contact les lèvres saignantes de la fistule au moyen de ses aiguilles courbes, M. Jobert passe d'abord trois points de suture d'arrière en avant qui embrassent les deux lèvres de la plaie, et il les fixe au-devant par un double nœud ; sur le côté droit, il existe encore un petit pertuis ; M. Jobert passe un quatrième fil un peu obliquement de dehors en dedans, mais toujours d'arrière en avant.

Ceci terminé, l'opérateur, fidèle aux principes qu'il a posés dans sa méthode, par une incision semi-elliptique détache de son insertion au col de l'utérus toute la paroi antérieure du vagin, qui peut alors glisser en avant ; par ce déplacement, la perte de substance qui constituait la fistule se trouve complétement réparée, et la réunion peut s'effectuer sans tiraillements ; quelques lamelles d'amadou sont placées dans le vagin, afin d'absorber le sang qui pourrait s'écouler de l'incision. La malade est remise dans son lit, couchée sur le dos ; une sonde à demeure est placée dans la vessie, et l'urine s'écoule aussitôt, légèrement teinte de sang.

L'opération a duré moins d'un quart d'heure, et elle a été peu douloureuse.

La soirée se passe sans fièvre : quelques tasses d'infusion de tilleul ; une potion calmante pour la nuit.

Le 17 août au matin, la malade va bien ; les urines ont coulé limpides toute la nuit. La journée est bonne. — Deux bouillons.

Les 19 et 20, rien à noter ; les urines sont toujours claires, et la sonde est changée plusieurs fois dans les vingt-quatre heures ; le lit est sec ; la malade prend des bouillons et des potages, du vin de Bordeaux, un peu de poulet.

Le 21, à trois heures, M. Jobert examine la malade, et enlève deux fils ; les deux autres restent en place ; ils sont un peu cachés dans les tissus ; une assez grande quantité de pus s'écoule par le vagin, mais pas d'urine. La sonde, remise en place, fonctionne parfaitement. Même alimentation ; la nuit est très-bonne.

Le 22, la matinée se passe bien ; les urines sont claires ; mais, à trois heures du soir il survient un frisson assez intense, et en même temps il s'écoule par la sonde une quantité de sang considérable ; ce sang obstrue la sonde ; on est obligé de la changer souvent. La malade éprouve le besoin d'aller à la garde-robe ; on lui administre un lavement ; elle rend une grande quantité de matières solides ; le frisson cesse ; elle se trouve soulagée, mais le sang continue à s'écouler par la sonde ; il n'y en a pas de trace dans le vagin ; c'est donc par la surface interne de la vessie que se fait l'hémorrhagie.

Le soir, M. Jobert prescrit une potion astringente ; l'hémorrhagie diminue, mais ne cesse pas ; pendant la nuit, le sang continue à s'écouler ; toutefois il change de couleur ; il ne se coagule plus ; on dirait une hémorrhagie par simple exhalation. La nuit se passe sans sommeil.

Le 23, le frisson a cessé ; la malade est calme, mais elle est un peu affaiblie ; on continue la potion astringente ; malgré cela le sang continue à s'exhaler jusqu'au lendemain.

Le 24, à six heures du matin, on applique de la glace pilée sur la région hypogastrique ; l'hémorrhagie diminue, et à neuf heures tout écoulement de sang a cessé, et l'urine a repris toute sa limpidité. — Bouillon, potage, une côtelette, vin de Bordeaux.

Le 25, M. Jobert examine la malade, coupe le troisième fil ; le quatrième reste encore en place ; pas d'urine dans le vagin. On donne un verre d'eau de Sedlitz, qui produit deux garde-robes. La sonde fonctionne bien. — Même alimentation que la veille.

Les 26 et 27, rien de particulier à noter ; la malade continue à prendre de la nourriture ; pas de trace d'urine dans son lit.

Le 28, le quatrième fil est enlevé ; la réunion paraît complète ; la suture est transversale, et elle se présente sous l'aspect d'une petite saillie rouge à peu près parallèle aux plis du vagin, dont le côté droit présente encore l'empreinte du quatrième fil que l'on vient d'enlever.

La sonde reste encore dans la vessie ; l'urine coule régulièrement.

Rien à noter jusqu'au 30. Ce jour-là M. Jobert retire la sonde à neuf heures du matin ; la malade est mise dans un bain, où elle urine naturellement. On la remet dans son lit, et à huit heures du soir elle a pris cinq fois le vase pour uriner.

Pendant la nuit, elle urine deux fois, et le matin sa couche ne présente aucune trace d'humidité.

Le 31 août et le 1er septembre tout va bien ; la malade boit et mange ; sa physionomie se ranime ; on ne lui permet pas encore de se lever ; elle urine toutes les trois heures ; la nuit elle urine moins souvent.

Les jours suivants se passent à peu près de la même manière.

Le 5 septembre, la malade se lève ; elle urine chaque trois ou quatre heures ; la nuit, elle n'urine plus qu'une fois.

Le 6 et le 7, elle se promène dans son appartement, et n'urine plus qu'une fois toutes les cinq heures ; pendant la nuit une fois seulement.

La santé générale s'améliore ; les couleurs reviennent.

Le 8, M. Jobert examine la malade en présence des médecins qui avaient assisté à l'opération. Voici ce que l'on constate : Parties génitales externes sèches ; pas d'urine dans le vagin ; la réunion est complète, la suture à peine apparente. L'incision qui a été faite pour détacher la paroi du vagin de son insertion au col de l'utérus est encore rouge. Le conduit vulvo-utérin n'a rien perdu de sa forme ni de ses dimensions. La sonde introduite dans le canal de l'urèthre donne issue à une assez grande quantité d'urine limpide.

Le même soir les règles apparaissent, mais cette fois elles ne sont plus une cause d'irritation pour les parties génitales ; la santé générale n'en est pas troublée.

Le lendemain, la malade se promène trois ou quatre heures en voiture ; elle urine moins fréquemment ; la vessie semble reprendre petit à petit sa capacité primitive.

La santé revient tous les jours, et le 13 septembre la malade repart pour l'Italie.

L'observation que l'on vient de lire a été suivie d'un succès complet ; cependant la malade se trouvait dans des conditions peu favorables. En effet, cette femme était épuisée par une infirmité de trente-deux mois et une grossesse intercurrente ; sa constitution était peu favorable aux réunions par première intention.

Tout le monde sait, en effet, qu'il existe des personnes qui ont beau se faire des plaies, même des blessures très-profondes ; jamais il ne se manifeste de suppuration ; tout se réunit par première intention. Ces personnes sont douées, comme l'on dit vulgairement, d'une *peau saine*. On sait également qu'il existe d'autres personnes qui ne peuvent se faire la moindre égratignure sans qu'elle soit suivie de suppuration ; chez elles pas de réunion possible par première intention ; au lieu de lymphe plastique entre les lèvres d'une plaie, c'est du pus qui se dépose. Eh bien, cette malade pouvait être rangée dans cette dernière catégorie ; c'était, pour me servir de l'heureuse expression du chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui avait parfaitement jugé cette constitution, *une femme à pus*.

Aussi M. Jobert, qui s'en défiait beaucoup, examine sa malade le quatrième jour ; il trouve le vagin plein de pus et sur-le-champ coupe deux fils, laissant en place les deux autres, qu'il enlève à des intervalles assez éloignés : le troisième le huitième jour, et le quatrième le douzième jour, époque que l'on attend rarement ; mais, comme il le dit lui-même, l'expérience lui a appris que dans ces circonstances ce n'est pas d'après des règles posées d'avance que l'on doit agir, mais bien d'après les indications spéciales.

Comme conséquence de cet état est survenue une hémorrhagie de la surface interne de la vessie : c'était une hémorrhagie par simple exhalation. En effet, ce sang a paru presque dès le début avec une coloration noire, une fluidité visqueuse, comparable à une dissolution de gelée de groseille ; cet accident n'avait aucun rapport direct avec l'opération ; c'est le cinquième jour qu'il est survenu, et il n'y avait pas de trace de sang dans le vagin.

M. Jobert, qui a observé plusieurs cas semblables, explique ce phénomène de la manière suivante : Ces femmes sont en général mal réglées ; beaucoup n'ont pas vu paraître leurs règles depuis l'accident ; l'opération amenant un dérangement dans l'économie, il se fait une fluxion vers les parties génito-urinaires. Si pour une cause quelconque l'utérus n'est pas apte à donner lieu à l'écoulement physiologique, la surface de la vessie peut y suppléer, comme dans le cas que nous rapportons. L. BRUN.

LES EAUX DE CONDILLAC.

Depuis quelque temps, il est fait grand bruit des *eaux de Condillac* et de leurs merveilleuses propriétés. Plusieurs des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* nous ayant à différentes reprises demandé ce qu'il fallait en effet penser de cet agent thérapeutique, nous avons cru que la meilleure chose à faire était de leur présenter un résumé rapide et complet du chapitre consacré à ces eaux dans le *Traité général des eaux minérales* de MM. Pétrequin et Socquet, médecins tous deux des hôpitaux de Lyon, professeurs à l'École de cette grande ville, et qui ont eu plusieurs fois occasion d'étudier sur place les sources dont il va être question.

Les eaux de Condillac sont au plus haut degré alcalines calciques ; elles sont froides, et contiennent principalement du bicarbonate de chaux (1 gr. 35 sur 2,19 de principes solides). Elles sont riches en acide carbonique, piquantes et agréables, sans être trop chargées de ce gaz, comme l'est très-souvent l'eau de Seltz artificielle, et sont faciles à supporter.

Elles ne produisent jamais cette irritation des voies digestives qui est souvent le résultat de l'usage longtemps prolongé des

eaux alcalines sodiques; elles favorisent la digestion en stimulant la vitalité de l'estomac et en augmentant la sécrétion du suc gastrique.

Pour les organes urinaires, les recherches de Robert Whytt ont depuis longtemps démontré l'action dissolvante des préparations calciques sur la pierre et la gravelle; la chaux faisait la base du fameux lithontriptique de Mme Stephens, et nous ferons remarquer que cette propriété spéciale est nettement signalée pour les eaux alcalines calciques de Condillac.

Chez la femme, elles exercent une action physiologique complexe sur le système utérin, diminuent les écoulements leucorrhéiques; les douches vaginales aident beaucoup l'action des bains et des boissons. Les troubles de la menstruation sont avantageusement combattus par ces eaux, qui modifient heureusement comme résolutives les engorgements chroniques de l'utérus et des ovaires.

C'est surtout sur l'appareil digestif que l'action des eaux de Condillac est remarquable. Nous avons dit plus haut qu'elles sont toujours parfaitement supportées. MM. Pétrequin et Socquet vont plus loin, et ici nous citons textuellement :

« Elles favorisent la digestion et réveillent l'appétit. En raison du bicarbonate de chaux qu'elles renferment, les eaux de Condillac (source Anastasie) sont utiles dans les mêmes maladies que celles de Châteldon; ainsi, elles ont guéri des gastralgies et des dyspepsies accompagnées de sécrétions acides stomacales avec développement de gaz. « Elles aident merveilleusement à la digestion chez les convalescents, chez les personnes atteintes de gastrites chroniques, de gastralgies, de flatuosités (V. Duval, 1852.) Nous trouvons le même témoignage porté par Rognetta (*Annales de thérapeutique*.) Nous compléterons ces observations en ajoutant que les eaux carbonatées calciques de Condillac sont très-avantageuses et particulièrement recommandables dans les diarrhées avec flatuosités, gonflement et tension de l'estomac. » Et plus loin :

« Il résulte des faits que nous venons d'exposer, que l'eau de Condillac (source Anastasie), par sa composition minérale (bicarbonate de chaux, chlorure de sodium, faibles traces d'iodure) et par le gaz acide carbonique qu'elle renferme en abondance, est *éminemment favorable soit à la digestion, soit à la nutrition*, et qu'elle l'emporte sous ces deux points de vue, ainsi que par son goût franchement piquant, sur les autres eaux gazeuses connues jusqu'à ce jour.

» Ces eaux se conservent un temps très-long et se transportent au loin sans altération : l'observation a même fait voir qu'elles étaient plus savoureuses six mois après leur embouteillement, sans doute par suite de la combinaison plus intime de leurs divers éléments, principalement du gaz acide carbonique. »

Disons enfin en terminant que l'eau de Condillac, dans laquelle on trouve une quantité assez notable d'iode, a été démontrée par l'expérience d'une efficacité réelle dans la plupart des manifestations scrofuleuses, dans les maladies qui relèvent du lymphatisme, et que la quantité de chaux qu'elle contient la rend utile dans le traitement du rachitisme et de l'ostéomalacie.

Dr A. Foucart.

RHUMATISME AIGU; ACIDE CITRIQUE.

Owen Rees, Dalrymple, Perkins et d'autres ont conseillé le suc des citrons comme agent essentiel dans le traitement du rhumatisme aigu. Le docteur Hartung croit que l'acide citrique administré dans les mêmes circonstances, non-seulement donne lieu à moins de frais, mais jouit d'une plus grande efficacité. Il l'administre à la dose de 6 gros en solution aqueuse 5 onces, édulcorée avec 1 once 1/2 à 2 onces de sirop, mixture qu'il fait prendre en 15 à 36 heures. En même temps il fait boire de l'eau fraîche autant que le malade en désire, et enveloppe les parties entreprises dans de la ouate. L'auteur rapporte avoir traité de cette manière quarante-cinq cas de rhumatisme aigus, parmi lesquels il s'en trouvait de très-graves. Chez deux malades seulement le traitement n'eut pas tout le succès désiré; chez tous les autres, le résultat a été des plus satisfaisants. Quelquefois, après vingt heures de traitement, il y a déjà diminution notable de la douleur et de la fièvre; le plus souvent néanmoins, cet amendement ne se manifeste qu'après un laps de temps de un à trois jours de traitement. Cependant, il persiste encore malgré cela, certaines incommodités qui réclament des soins spéciaux, tels que la constipation, l'insomnie, la roideur, le gonflement, etc.

Le docteur Hartung affirme que le remède, facile et agréable à prendre, ne cause pas de diarrhée, et que loin d'arrêter la transpiration, il la favorise. (*Ann. méd. de la Flandre occidentale*.)

ASSOCIATION MÉDICALE INTERNATIONALE (PROFESSIONNELLE.)

Nous recevons sous ce titre le document suivant :

« A une époque comme la nôtre, il devient désirable que les médecins, à cause de leurs rapports immédiats avec les intérêts les plus précieux de la vie sociale, s'unissent, en concentrant leurs efforts, afin de provoquer, soit dans l'organisation légale de leur science, soit dans l'exercice de leur profession, les améliorations qui rendront plus vraie encore l'expression appliquée à leur art : *salutifera*.

» Pénétrée de ces idées, l'Association médicale des Pays-Bas (*Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst*), fondée en 1848, médite depuis longtemps le projet d'une alliance internationale qui amènerait l'échange périodique de tous les documents concernant la constitution et la marche des sociétés existantes dans les divers pays.

» Il deviendrait donc indispensable de se communiquer :

» 1° Les statuts, règlements, comptes rendus et autres pièces publiées jusqu'à présent;

» 2° Les principales lois, arrêtés et mesures gouvernementales (en vigueur ou proposées) qui se rattachent aux intérêts médicaux du pays.

» L'Association néerlandaise convie, par cette présente missive, toutes les associations étrangères à lui faire parvenir dans le plus bref délai possible, et par la *voie de la librairie*, à l'adresse du docteur J. P. Heije, directeur-secrétaire du comité central, à Amsterdam, un exemplaire de ces statuts, règlements, etc.

» L'accueil que les sociétés médicales à l'étranger réservent à cette proposition, donnera à l'Association néerlandaise le droit d'y répondre immédiatement par une réciprocité. Elle se propose de publier annuellement une liste des sociétés qui auront répondu à son désir. Cette liste sera accompagnée d'un aperçu de ce qui lui a paru le plus remarquable dans leur organisation et dans leurs travaux. Si plus tard on était d'avis qu'un congrès international fût le moyen le plus prompt et le plus efficace de provoquer ou préparer des réformes dans la législation médicale des différents pays, dont le but serait d'influer favorablement sur la profession du médecin, dans ses rapports avec la société et le bien public, l'Association néerlandaise s'empresserait d'y concourir. »

Au nom de l'Association médicale des Pays-Bas,
Le directeur-président : J. Van Geuns, m. d.
Le directeur-secrétaire : J. P. Heije, m. d.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 novembre 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

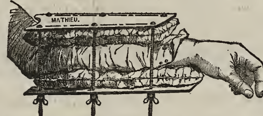
CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un travail de M. le professeur Courty (de Montpellier), intitulé *De la narcotisation localisée, pratiquée à l'aide d'injections de sulfate d'atropine sur le nerf pneumo-gastrique, comme moyen de guérir les attaques d'asthme*. (Voir notre dernier numéro.) [Commission déjà nommée; M. Trousseau, rapporteur];

2° Un mémoire, écrit en espagnol, sur la fièvre jaune ou fièvre amaryle, par M. Evariste Pinnoda (commission déjà nommée; M. Beau, rapporteur).

— M. Mathieu présente à l'Académie un appareil à fractures qu'il a construit d'après les indications de M. le docteur Ducloux, de Sainte-Marie-aux-Mines.



Cet appareil, destiné plus spécialement au traitement des fractures de l'avant-bras, a été fait en vue :

1° D'empêcher les fragments osseux de se rapprocher, inconvénient grave, qui, en réduisant l'espace interosseux, a pour résultat de causer une gêne considérable des mouvements de supination et de pronation;

2° De permettre de faire une compression plus méthodique, mieux graduée, de manière à éviter les accidents et particulièrement la gangrène, qui se montre trop souvent lorsqu'on emploie des appareils trop serrés ou s'adaptant mal.

L'appareil se compose de deux planchettes ou attelles, reliées entre elles par des boulons à vis, munis d'écrous que l'on peut serrer plus ou moins. L'avantage de cette disposition est de maintenir fortement les deux attelles dans le même plan et de produire une compression perpendiculaire à la surface de l'avant-bras; tandis que les planchettes, indépendantes l'une de l'autre, peuvent basculer sous l'influence de bandes ou autres moyens de contention que l'on emploie pour les immobiliser.

On applique au-dessous des planchettes un coussin destiné à rendre la pression plus douce, et au niveau du point fracturé on place sur le plan interosseux deux petites compresses graduées, qui sous l'influence de la pression refoulent au debors de l'axe du membre les fragments osseux qui tendent à converger.

On peut, du reste, sous cet appareil contentif, employer telle autre disposition que l'on préférera : ainsi on pourra se servir des petits morceaux de liége conseillés par M. Nélaton; les petits rouleaux de diachylon, au lieu de la compresse graduée qui a été employée par M. Ducloux. On pourra de même, au lieu des coussins employés ordinairement, employer des bandes de ouate, etc.

— M. le Président annonce que M. Bretonneau est présent à la séance.

M. le président annonce ensuite la mort de M. Arendt, de Saint-Pétersbourg, associé de l'Académie.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit les rapports suivants :

1° Un rapport sur l'eau d'une nouvelle source découverte à Vichy, et désignée sous le nom de source Larbaud. L'eau de cette source sort à une température moyenne de 15°; elle est d'une limpidité parfaite; mais exposée à l'air ou à la chaleur, elle se trouble en blanc jaunâtre ou ocracé; elle est très-riche en gaz carbonique, en fer et en bicarbonates alcalins. Elle contient, en outre, comme les autres sources de Vichy, des iodures, des bromures, de l'arsenic, etc. La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée.

2° Un rapport sur l'eau de Saint-Moritz, canton des Grisons (Suisse). Cette eau étant analogue aux eaux ferrugineuses, bicarbonatées, calcaires et alcalines de France, la commission est d'avis qu'il n'y a ni utilité ni opportunité à en permettre l'importation.

3° Un rapport sur l'eau d'une source sulfureuse découverte à Compans (Seine-et-Marne). Considérant l'insuffisance des documents fournis par les propriétaires de la source et l'imperfection des moyens de captage, la commission pense qu'il y a lieu d'ajourner l'autorisation sollicitée, jusqu'à ce que ces conditions aient été remplies.

L'Académie adopte sans discussion ces diverses conclusions.

— M. Depaul, au nom de la commission de vaccine, commence la lecture du rapport annuel sur la vaccine.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Cornillac, né à Saint-Pierre-Martinique (Antilles françaises); *Rapport sur le service médical de la rade de Saint-Pierre (Martinique), pendant les années 1856 et 1857.*

Vailhé, né à Celles (Hérault); *Exposition de quelques faits médicaux recueillis à l'hôpital général de Grenoble, suivi de réflexions cliniques* (service de M. Robin, années 1856 et 1857).

Gausserand, né à Gaillac (Tarn); *Des commotions actives et passives du sang.*

Villaret, né à Beauvoisin (Gard); *Considérations théoriques et pratiques sur les fractures de la jambe et sur leur traitement à l'aide de l'appareil amovo-inamovible.*

Waton, né à Vaison (Vaucluse); *De la médecine expectante.*

Chazarain, né z Sarlat (Dordogne); *Du mariage entre consanguins, considéré comme cause de dégénérescence organique, et plus particulièrement de surdi-mutité congéniale.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A la suite d'un remarquable rapport fait à M. le ministre de l'instruction publique, que nous donnerons dans un prochain numéro, le décret suivant a été rendu le 13 de ce mois :

Art. 1er. La chaire de pharmacie de la Faculté de médecine de Paris prendra désormais le titre de *Chaire de pharmacologie*.

Le programme de l'enseignement auquel cette chaire est affectée sera déterminé par un arrêté de notre ministre de l'instruction publique et des cultes.

Art. 2. M. J. Regnault, docteur en médecine, docteur ès sciences, pharmacien de 1re classe, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de pharmacologie à ladite Faculté.

— La nouvelle que nous avons donnée samedi des avantages promis à nos confrères qui vont faire partie de l'expédition de Chine est complétement confirmée. Voici la composition du service de santé du corps expéditionnaire :

Médecins principaux de 2e classe. — MM. Durand (de Lunel), chef du service médical, et Guiliano, dit Castano.

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Gerrier, Didiot, de Finance, Bonduelle, Netter, Garnier, Strauss, Larivière et Champenois.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Daga, Corne, Dufour, Lespiau et Mouret.

Médecins aides-majors de 1re classe. — MM. Hattute, Alezais, Le Roy, Dezon, Rizet et Guirard.

Médecins aides-majors de 2e classe. — MM. Frilley, Libermann, Sculfort, Maître, Maratray, Giard, Mathis, Tréjau et Tardy.

Médecin aide major commissionné. — M. Jean.

Pharmacien-major de 1re classe. — M. Dulierre Boyer, chef du service pharmaceutique.

Pharmacien-major de 2e classe. — M. Ollivier.

Pharmaciens aides-majors de 1re classe. — MM. Strohl et Fetsch.

Pharmacien aide-major de 2e classe. — M. Berquier.

Pharmaciens aides-majors commissionnés. — MM. Judicis et Têtedoux.

— Un concours pour une place d'interne dans les hôpitaux de Marseille sera ouvert le 5 décembre prochain à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Le 19 décembre, un autre concours pour sept places d'externes sera ouvert dans la même ville.

Les internes sont logés et nourris dans l'établissement, et de plus ils jouissent d'un traitement de 400 fr. Les externes ont un traitement de 300 fr., et sont nourris quand ils sont de garde.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 135. — SAMEDI 19 NOVEMBRE 1859. (32e ANNEE.) N° 135. — SAMEDI 19 NOVEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Rapport à S. Exc. le ministre de l'instruction publique et des cultes. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Cas de splénite chronique. — Traitement des névralgies par les courants électriques à forte tension, ou par la méthode hyposthénisante. — De l'huile de foie de morue ferrugineuse. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 9 novembre. — Nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

RAPPORT

A SON EXC. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES CULTES.

Voici le texte du rapport de M. Dumas sur la chaire de pharmacologie de la Faculté de médecine de Paris. On trouvera dans cet important document, en même temps qu'un exposé aussi lucide que convaincant des motifs qui justifient les modifications introduites dans cette partie de l'enseignement, des considérations tendant à faire ressortir l'utilité d'une chaire nouvelle, qui compléterait le système de l'enseignement de la chimie dans toutes ses applications à la médecine. Ce rapport peut être signalé, en outre, comme une de ces belles leçons, telles que l'illustre professeur en a conservé le secret, sur les généralités de la science et sur les rapports des diverses branches des sciences physiques et chimiques entre elles et avec la grande et suprême science de la vie. — Dr BROCHIN.

Monsieur le ministre,

La chaire de pharmacie de l'École de médecine de Paris étant devenue vacante par la mort de son regrettable titulaire, M. Soubeiran, vous avez voulu qu'une commission spéciale fût chargée d'examiner le programme du cours dont il était chargé, et de vous dire si ce programme, préparé sur votre demande par les soins de la Faculté, était l'expression la plus complète et la plus utile de l'enseignement qui doit être donné dans une chaire de pharmacie et dans une Faculté de médecine. Après un examen attentif, la commission vient vous rendre compte du résultat de ses délibérations.

Elle répondra, en même temps, aux questions d'une nature plus générale que Votre Excellence a bien voulu lui indiquer verbalement comme étant comprises dans le cercle de ses études.

A l'unanimité, la commission est d'avis que l'enseignement de la pharmacie proprement dite à la Faculté de médecine de Paris n'exige pas un cours entier d'un semestre.

A l'unanimité également, elle est d'avis qu'il y aurait lieu d'instituer la chaire affectée à cet enseignement sous le titre de *chaire de pharmacologie* comprenant la *matière médicale* et la *pharmacie*.

Ce cours devrait embrasser :

I. — L'exposé des procédés généraux de la préparation des médicaments;

II. — L'étude particulière des substances médicamenteuses et des médicaments, envisagée sous le rapport de leur histoire naturelle, de leurs caractères physiques ou chimiques, de leurs formes pharmaceutiques, enfin des sophistications dont ils peuvent être l'objet;

III. — L'art de formuler;

IV. — L'histoire des eaux minérales naturelles et des eaux minérales artificielles;

V. — L'histoire de la pharmacie, considérée chez les anciens et chez les principales nations de l'époque actuelle.

Ce programme sommaire nous a paru suffire pour faire comprendre la pensée de la commission sans gêner en rien la liberté du professeur qui sera chargé de la traduire en leçons; il était toutefois indispensable de le mettre sous les yeux de Votre Excellence, le mot *pharmacologie*, par lequel la commission propose de définir la chaire, ayant reçu des interprétations diverses dans les ouvrages de médecine ou de pharmacie.

La commission s'est appuyée, en le choisissant, sur l'emploi le plus habituel qu'on en ait été fait; elle a écarté le titre de *Chaire de pharmacie* par divers motifs considérables.

Premièrement. La Faculté de médecine de Paris elle-même n'a pas entendu que la chaire dont elle a voté le maintien serait consacrée à un cours de pure pharmacie.

Secondement. Un tel cours existe et est parfaitement à sa place à l'École de pharmacie, où, à la rigueur, peuvent l'aller suivre ceux des élèves en médecine qui voudraient diriger leurs études de ce côté.

Troisièmement. A l'égard des élèves en médecine en général, il y a plus d'inconvénient que de profit à fixer leur attention sur les procédés en usage pour la préparation des médicaments, procédés toujours compliqués de détails minutieux et infinis, dont la connaissance précise est indispensable au pharmacien, mais dont le médecin n'a jamais à s'occuper.

Aussi la commission propose-t-elle d'étudier moins dans le cours de la Faculté la préparation des médicaments, ce qui ne regarde que le pharmacien, et d'étudier davantage leurs caractères et leurs actions réciproques, ce qui intéresse au contraire beaucoup le médecin, car c'est ainsi qu'il arrive à se rendre compte des principes de l'art de formuler.

Il est à peine nécessaire d'indiquer par quels motifs la commission fait rentrer les leçons relatives aux eaux minérales dans le cours de pharmacologie. Les eaux minérales naturelles sont des médicaments qu'on pourrait appeler *simples*, selon la terminologie pharmaceutique ordinaire, c'est-à-dire donnés par la nature et n'ayant été l'objet d'aucune manipulation, de même que les eaux minérales artificielles sont des médicaments qu'on pourrait appeler *composés*, ou préparés par la main de l'homme.

Les unes sont donc du ressort de la matière médicale, les autres du ressort de la pharmacie, et elles se rattachent également, en conséquence, au cours de pharmacologie, d'après la définition que la commission adopte de ce mot.

Mais la commission est obligée d'exposer les motifs qui la déterminent à réunir la matière médicale elle-même à la pharmacie et à la séparer de la thérapeutique, à laquelle elle est associée aujourd'hui dans le cours de la Faculté de Paris.

La matière médicale ou l'histoire naturelle des drogues médicamenteuses est une branche de l'enseignement de l'art de guérir qui prend plutôt sa base, son point de départ dans les collections du naturaliste et dans l'officine du pharmacien qu'au lit du malade.

C'est au lit du malade, au contraire, que la thérapeutique l'étudie.

Or, la Faculté de médecine, lorsqu'elle doit pourvoir à la nomination d'un professeur de thérapeutique, est naturellement préoccupée des besoins de ses élèves, au sujet des doses auxquelles il convient de prescrire les médicaments, de la forme qu'il faut préférer pour leur administration, des effets qu'on en peut attendre, eu égard à l'état du malade, à ses forces, aux complications que la maladie présente, aux conditions générales des temps et des lieux elles-mêmes. En conséquence, elle désigne au choix de l'autorité un clinicien étranger, en général, par ses goûts et ses habitudes, à l'étude de la matière médicale, qui se réduit entre ses mains à l'histoire des médicaments usuels.

Au contraire, elle choisira toujours pour la chaire de pharmacologie un candidat spécialement préparé par sa connaissance pratique des drogues simples, et par des études dans la double direction de la chimie et de l'histoire naturelle, à s'occuper avec intérêt et curiosité de l'histoire des médicaments simples pour elle-même, et à faire, par conséquent, un bon cours et un cours complet de matière médicale.

Remarquons, de plus, que la commission reconnaît qu'il est impossible de faire un cours d'un semestre sur la pharmacie pure; tandis qu'une et même deux années ne suffisent point à l'enseignement de la thérapeutique, restreint néanmoins à ses objets les plus essentiels.

Il y a donc lieu de dégrever l'enseignement de la thérapeutique et d'étendre celui de la pharmacie. La combinaison proposée rendrait donc service aux deux chaires, tout en offrant aux élèves deux enseignements plus homogènes, ce qui, pour le succès de leurs études, est toujours avantageux, les professeurs le savent bien.

La commission a-t-elle besoin de justifier l'innovation qu'elle propose en demandant au professeur de pharmacologie de faire quelques leçons sur l'histoire de la pharmacie? Je ne le pense pas. Exposer à grands traits les transformations que la pharmacie a subies à partir d'Hippocrate, sous l'influence de Galien, sous celle des Arabes, de Paracelse, et surtout à mesure que la chimie moderne a mieux fait connaître à la fois l'importance des agents minéraux solubles et absorbables, et l'art d'extraire les principes actifs des plantes ou des animaux, de façon à concentrer sous le plus petit volume leur énergie médicamenteuse, ce sera, pour le professeur, l'occasion de montrer par quels liens étroits les ressources et les pratiques de l'art de guérir demeurent toujours unies aux progrès de la philosophie naturelle.

Il ne saurait être inutile non plus d'appeler l'attention des élèves sur les caractères généraux qui distinguent les procédés pharmaceutiques en usage en France de ceux qui sont préférés en Angleterre, en Allemagne et dans le nord de l'Europe, en Italie ou dans d'autres pays. Même à l'époque actuelle, où de fréquentes communications tendent à confondre les usages et à émousser les caractères spécifiques de contrées séparées autrefois et inopinément rapprochées par les chemins de fer, il est encore facile de distinguer les unes des autres les formules médicamenteuses écrites par les médecins des diverses nations que nous venons de citer. En Angleterre, les doses sont plus fortes; en Allemagne, les formules sont plus complexes; en France, les prescriptions empruntent davantage aux progrès de la chimie, etc.

N'est-il pas bon que ces nuances, ces traits généraux soient connus des élèves, et n'est-il pas bon surtout que le médecin français puisse lire à livre ouvert les prescriptions des médecins étrangers et les formules des pharmacopées étrangères, sans être arrêté par les signes spéciaux en usage dans les autres pays pour exprimer les poids et les mesures? Telles sont les considérations qui déterminent la commission à proposer à Votre Excellence de maintenir la chaire en discussion, de l'appeler chaire de pharmacologie, et d'adopter pour cet enseignement le programme ci-dessus tracé.

Vous aviez autorisé, Monsieur le ministre, la commission à énoncer au besoin les vœux qui lui sembleraient justifiés par les études que vous lui aviez confiées.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Du panaris et des inflammations de la main; par M. le Dr BAUCHET, chirurgien des hôpitaux (1).

Le panaris semble être une affection si commune et si connue, qu'au premier abord on est tenté de se demander comment un chirurgien moderne a pu croire nécessaire un traité exclusivement consacré à cette maladie. Et cependant, si l'on se donne la peine de faire quelques recherches bibliographiques, on reste surpris du grand nombre des classifications qui ont été proposées pour les diverses variétés de panaris, de la confusion qui existe dans la science, et l'on comprend mieux qu'un esprit judicieux se soit rencontré, qui ait conçu le projet de reprendre cette histoire en sous-œuvre, et de la rendre simple, claire, en la débarrassant des arguties et des subtilités dont on l'a surchargée.

C'est pour avoir perdu de vue la disposition anatomique des diverses parties qui entrent dans la composition des doigts, et pour avoir négligé d'étudier l'inflammation dans ses rapports avec leur structure, dit M. Bauchet, que l'on est tombé dans ces confusions. Aussi, pour ne pas s'exposer à encourir le même reproche, a-t-il commencé par donner une description anatomo-topographique des doigts et de la paume de la main, deux parties entre lesquelles il trouve la plus grande analogie, surtout au point de vue des inflammations qui s'y développent. On lira avec intérêt cette esquisse d'anatomie des régions, dans laquelle l'auteur a essayé principalement de mettre en relief quelques détails intéressants sous le rapport chirurgical, et d'en faire ressortir l'importance pour l'interprétation des symptômes et de la marche des affections qui font le sujet de son livre.

Ces préliminaires bien établis, M. Bauchet aborde la pathologie proprement dite, et divise le panaris en trois variétés :

1° Panaris *superficiel;*

2° Panaris *sous-cutané* (ces deux variétés communes aux trois phalanges);

3° Panaris *profond*, qui est propre aux deux premières phalanges, et n'affecte jamais l'unguéale, en raison de sa structure.

Chacune de ces variétés comprend plusieurs formes que l'auteur passe successivement en revue, et qui ont leur valeur, sans mériter cependant toute l'importance que l'on doit attacher aux trois divisions principales. A la première variété, se rattachent le panaris superficiel proprement dit, ou *érythémateux*, le plus fréquent de tous; c'est l'angioleucite des doigts, la piqûre anatomique, qui est souvent le point de départ des accidents les plus graves, quand il s'accompagne d'intoxication; puis le panaris *phlycténoïde*, ou vésiculeux; l'*unguéal*, ou tourniole; l'*anthracoïde*, que les auteurs ont oublié dans leurs descriptions, sorte de transition entre le superficiel et le sous-cutané.

Au panaris sous-cutané, le plus intéressant à étudier, qui a pour siége le tissu cellulaire sous-dermique, et dont le pronostic est toujours grave, se rattache le *gangréneux*, omis également par les auteurs classiques, fort dangereux, en ce sens qu'il peut occasionner la mort, et que le doigt qui en est le siége est presque toujours irrévocablement perdu; et le panaris *de la pulpe des doigts*, qui se termine inévitablement par la nécrose de la phalange unguéale.

La troisième variété, panaris profond, qui a pour siége la coulisse fibro-synoviale des doigts, est celle qui a été le mieux étudiée par les auteurs; elle est fort grave, et est presque toujours suivie d'adhérences indélébiles et conséquemment de difformité de la main.

La seconde partie du travail de M. Bauchet comprend les inflammations de la main, dans la description desquelles l'auteur a adopté les mêmes divisions, et qui présentent, en effet, les analogies les plus frappantes avec les inflammations des doigts. On peut dire que c'est là un chapitre tout neuf de pathologie chirurgicale, et l'on ne comprend pas que les auteurs n'aient pas jusqu'à présent jugé ces affections dignes de faire le sujet d'un chapitre spécial. M. Bauchet avoue, du reste, avec une louable et honorable franchise, qu'il s'est inspiré pour son travail entier des excellentes leçons et des savants préceptes d'un illustre maître sous les yeux et dans le service duquel il a recueilli la plus grande partie de ces matériaux.

M. Bauchet a été élevé à une bonne école, et nous croyons faire un suffisant éloge de son livre en disant que tout en accordant une large part à ce qu'il y a d'original et de véritablement *sien* dans son *Traité du panaris et des inflammations de la main*, on y reconnaît la méthode, la clarté, la précision qui distinguent par-dessus tout l'enseignement de la clinique chirurgicale de la Charité. Les coups d'essai de ce genre sont de nature à faire espérer que bientôt l'élève passera maître à son tour.

(1) 2e édit. Un vol. in-8° de 206 pages. Paris, Adrien Delahays.

Elle mettra cette autorisation à profit.

Il lui semble que l'enseignement de la chimie à la Faculté de médecine de Paris n'est plus organisé d'une manière aussi profitable qu'il l'était il y a dix ans, lorsqu'il existait deux chaires de chimie, l'une affectée à la chimie minérale, l'autre à la chimie organique. A cette époque, le cours de pharmacie était professé par un agrégé, et l'enseignement de la chimie médicale, en conséquence, n'était gêné par aucune entrave.

A la vérité, l'Ecole ouvrait alors ses cours à des élèves qui n'étaient pas encore pourvus du diplôme de bachelier ès sciences. Elle n'exigeait d'eux que le diplôme de bachelier ès lettres pendant la première année de leurs études; elle admettait donc qu'ils pouvaient ignorer la chimie et qu'ils avaient besoin de l'apprendre.

Lorsque S. M. l'Empereur décida, en 1852, que l'enseignement élémentaire des sciences serait rétabli dans les lycées sur les mêmes principes qui avaient guidé le fondateur de l'Université, votre prédécesseur pensa que les étudiants en médecine pouvaient être dispensés du titre de bachelier ès lettres, mais qu'on devait en exiger le diplôme de bachelier ès sciences. En conséquence, ils avaient dû suivre un cours complet de chimie avant d'entrer à l'Ecole, et ils n'avaient plus besoin d'y trouver, on pouvait le croire, un enseignement général de cette science. Une chaire de chimie médicale semblait suffire aux intérêts de la Faculté de Paris.

Mais les choses ayant été remises sur leur ancien pied par une mesure récente à laquelle le corps médical tout entier a applaudi, il serait naturel d'en conclure que les étudiants admis dans les Facultés avec le diplôme de bachelier ès lettres, peu familiarisés dès lors avec les études chimiques, ayant à produire cependant plus tard le diplôme de bachelier ès sciences, ont besoin, comme autrefois, de trouver un enseignement complet de chimie dans l'Ecole même.

Il est vrai que près de chaque Faculté de médecine il existe une Faculté des sciences, et que l'enseignement de la chimie s'y trouve représenté.

Mais, lorsqu'il s'agit de la Faculté de médecine de Paris, on peut se demander si l'on n'a pas été trop loin en lui appliquant un régime qui, à la rigueur, suffirait à celle de Montpellier ou de Strasbourg, et si les contacts de la chimie et de la médecine, qui ont produit Stahl, Boërhaave, Berthollet, Fourcroy, Berzélius et Prout, n'ont pas été profitables également à ces deux sciences et aux progrès généraux de l'esprit humain?

La chimie n'a-t-elle pas pris une trop large place dans l'étude de l'homme sain ou de l'homme malade? N'est-elle pas trop fréquemment mêlée aux questions que la physiologie, l'hygiène, la pathologie et la médecine légale ont à résoudre pour qu'on puisse mettre en doute l'utilité d'une science chimique élevée et étendue pour le médecin?

Si l'anatomie descriptive apprend au médecin à se rendre compte de la conformation des organes et de la place de chacune de leurs parties essentielles; si l'anatomie générale lui en fait connaître les matériaux vivants et lui révèle les procédés de leur développement, la chimie seule lui dira quels éléments premiers composent ces organes, et quelle part d'influence leur nature propre et les propriétés essentielles des composés chimiques auxquels ils peuvent donner naissance, exercent dans la manifestation de la vie.

La connaissance des tissus du corps humain, et surtout celle des liquides qu'ils renferment, constituait jadis une grande et difficile étude. Mais combien les découvertes récentes ont accru son importance et ses difficultés! On n'en aurait plus cette vue sûre et complète qui est nécessaire au médecin, si on mettait aujourd'hui à l'écart ce riche territoire découvert et fécondé par la chimie organique moderne, où la nature et l'art rivalisent d'efforts et de puissance, et où se rangent les infinies productions placées aux confins mêmes du domaine de la vie, qui n'appartiennent déjà plus à la nature morte, et qui ne sont pas encore pourtant la nature vivante.

En effet, ces formes que tous les organismes revêtent passagèrement quand ils se détruisent pour rentrer dans la nature minérale, et que tous les éléments minéraux sont forcés d'adopter pour avoir le droit de prendre part à la formation des tissus organisés, peuvent-elles être ignorées du médecin, du moins dans leur appréciation générale et dans les lois qui régissent leur admirable enchaînement?

Non, sans doute; et puisque la composition de l'homme, comme celle de tous les êtres organisés, se ramène à trois données fondamentales:

1° Les tissus et leurs matériaux organisés ou organisables;

2° Les composés organiques que leur destruction engendre;

3° Les éléments chimiques proprement dits, dont ils sont formés, il est difficile de ne pas y reconnaître l'indication de trois cours importants chargés d'enseigner dans toute Faculté l'anatomie générale, la chimie organique, la chimie minérale.

La chimie minérale a d'ailleurs près de la Faculté plus d'un service à rendre. Elle seule peut familiariser les élèves avec le maniement des appareils et des procédés de la chimie, avec la connaissance et l'emploi de ses agents. C'est elle qui apprend à préparer cette foule de précieux médicaments empruntés à la chimie des métaux en particulier; c'est elle qui montre comment on reconnaît leur pureté et comment on se met à l'abri des réactions altérantes qu'ils peuvent subir par leur rencontre et leur action réciproque; c'est elle qui, initiant l'élève aux procédés et à la marche de l'analyse chimique, lui inspire une défiance salutaire de lui-même et lui permet de se rendre compte de la part exacte qui revient au médecin, et de celle qu'il faut laisser au chimiste dans les opérations de la médecine légale et dans la recherche des poisons.

Ainsi, les lois générales de la chimie, l'étude des médicaments chimiques de nature minérale, la toxicologie des poisons minéraux, tel était le programme du premier semestre du cours de chimie.

Le second avait pour objet la chimie organique. Les lois générales de la chimie organique, l'étude des médicaments extraits des plantes ou des animaux, l'étude des composés qui intéressent la physiologie ou la pathologie, la toxicologie des poisons organiques, tel était le programme du cours de chimie pour le second semestre.

La commission est d'avis, à l'unanimité moins une voix, que ce serait rendre à la Faculté et à la science de la médecine un véritable service que de rétablir ce bel et utile ensemble. Autant il lui semble nécessaire de laisser à l'Ecole de pharmacie ce qui est professionnel et de respecter cette séparation bien tranchée de la médecine et de la pharmacie, qui, au grand profit de l'art de guérir, maintient en France chacun dans son rôle; autant il lui paraît, au contraire, utile de familiariser le médecin avec les idées chimiques elles-mêmes.

Sans oublier tout ce qui revient à cette puissance de la vie qui plane sur les phénomènes dont la médecine s'occupe et qui les domine de si haut, il est bien permis de rappeler que le médecin doit aussi connaître l'homme matériel, et qu'il y parvient par l'étude de l'anatomie descriptive qui lui montre la forme et le plan des organes, par celle de l'anatomie générale qui lui révèle, le microscope à la main, l'intime composition des tissus, et qui lui fait voir de quels éléments organiques se composent leurs trames; enfin par celle de la chimie, qui, par ses analyses et ses synthèses, lui apprend quels mystérieux chemins la matière brute traverse pour revêtir les attributs de la vie, et comment elle perd ceux-ci pour rentrer dans le domaine de la mort.

La vie est un combat où les forces de l'organisation, en lutte continuelle avec les forces qui régissent la matière brute, doivent sans cesse maîtriser celle-ci pour les plier aux besoins de notre existence. Appelé presque toujours dans ces moments délicats et suprêmes où l'effort de la vie fléchissante est près de céder le pas aux tendances naturelles de la matière inanimée, le médecin n'a-t-il pas, à chaque instant de sa noble carrière, à peser d'une main sûre ce qu'il peut espérer encore des ressources de l'organisation, et ce qu'il doit redouter, au contraire, des affinités chimiques propres aux éléments bruts dont se composent nos organes? Loin de diminuer d'importance aux yeux du médecin qui pénètre plus avant dans la connaissance intime des lois auxquelles la matière morte obéit, la notion de la vie se dégage du contraire, et le sentiment de son essence mystérieuse et divine se purifie et s'agrandit par ces fortes études sur la chimie des corps organisés. C'est ainsi que la machine à vapeur n'est pas connue de celui qui se borne à considérer matériellement la forme et le jeu visible des organes mécaniques qui la composent, tandis qu'elle s'idéalise et s'élève aux yeux de celui qui, se rendant compte en physicien des propriétés secrètes de la vapeur qui la met en mouvement, n'en reconnaît que mieux combien il ignore la nature du feu qui en fait la force et qui en est l'âme.

J'ai l'honneur d'être, Monsieur le ministre, de Votre Excellence, avec respect, le très-dévoué,

DUMAS.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Cas de splénite chronique.

M. Monneret, dans une séance de la Société médicale des hôpitaux, a exposé à ses collègues la relation d'un cas de splénite chronique qui présente d'autant plus d'intérêt que la lésion de la rate — circonstance très-rare — se trouve ici dégagée de toute complication, et partant, plus apte que la plupart des faits de ce genre connus jusqu'ici à jeter quelque jour sur l'histoire encore si obscure des affections de cet organe.

Voici l'exposé sommaire de ce fait, que nous faisons suivre de l'analyse de quelques-unes des considérations cliniques pleines de justesse dont il a fourni le texte au savant médecin de l'hôpital Necker.

Un homme âgé de soixante-sept ans, mécanicien, est entré à l'hôpital Necker le 14 février dernier, malade depuis environ cinq mois. Il ressentit d'abord dès cette époque une douleur sourde dans l'hypochondre gauche, douleur qui descendit dans le flanc du même côté et fut suivie d'une augmentation notable du ventre et d'infiltration légère des membres inférieurs; puis ses forces diminuant graduellement, il dut s'aliter. Lors de son entrée, son visage et ses membres étaient très-amaigris, la peau offrait une teinte terreuse et jaunâtre rappelant entièrement la teinte des affections organiques; l'appétit était diminué, les digestions bonnes. La paroi du ventre était soulevée dans toute sa partie gauche par une tumeur inégale, bosselée, de 30 centimètres de hauteur. Une petite quantité de liquide était épanchée dans le péritoine. Le foie avait ses dimensions normales. Rien dans les urines; rien non plus dans les organes thoraciques.

A ces signes, M. Monneret n'hésita pas à reconnaître une hypertrophie considérable de la rate. Mais quelle était la nature de cette lésion? Les renseignements fournis par le malade ne permettaient pas de supposer qu'elle fût liée à une intoxication paludéenne. Il n'avait pas quitté Paris depuis trente ans et n'avait jamais eu d'accès de fièvre. S'agissait-il d'une leucémie? Le sang, examiné au microscope, a montré une première fois des globules blancs en petite quantité; une deuxième fois (2 mois plus tard), lorsque la cachexie avait fait de nouveaux progrès, leur nombre avait diminué, ainsi que celui des globules rouges; enfin, une troisième fois (quinze jours avant la mort, lorsque le sang obtenu par la saignée du doigt ne présentait plus qu'une liqueur à peine rosée), il n'existait plus de globules blancs, et la quantité des globules rouges était amoindrie. — On verra plus loin la signification de ces faits.

Quoi qu'il en soit, voici ce qui se passa durant les quatre mois qui s'écoulèrent entre l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital et la terminaison fatale de la maladie. Du 17 au 27 février, M. Monneret administra du sulfate de quinine à la dose de 1 gramme. Pendant ce temps on constata une notable diminution de l'ascite et du volume de la rate et une diurèse copieuse. Toutefois, après avoir reconnu l'insuffisance du sulfate de quinine, du vin de quinquina et des amers, il eut recours à l'hydrothérapie pendant deux mois. Le malade fut soumis tous les jours une fois à la douche en pluie et à la douche en jet pendant une à trois minutes. A partir de cette époque, les forces, l'appétit et le sommeil revinrent; les douleurs spléniques, qui jusque-là se réveillaient par intervalles, ne reparurent plus. Mais l'état local, ainsi qu'on le verra plus loin, n'en fut point modifié. Cette amélioration générale se maintint jusque vers le mois de mai. A cette époque, l'émaciation, qui s'était d'abord arrêtée, fit de nouveaux progrès; les muscles étaient atrophiés à un degré extrême, les mouvements étaient difficiles, le pouls faiblissait de jour en jour. Le malade ne pouvait plus digérer que quelques boissons alimentaires et du vin; gêne épigastrique, oppression; souvent des coliques vives suivies de selles liquides, mais jamais sanglantes;

De la saignée dans la grossesse, études pratiques sur la valeur des émissions sanguines, et sur leur application aux accidents pathologiques qui peuvent affecter les femmes enceintes, par M. le docteur SILBERT (d'Aix), ouvrage couronné par l'Académie de médecine (1).

Les médecins de l'antiquité proscrivaient formellement la saignée dans la grossesse; ceux des époques modernes en ont fait, au contraire, un abus que l'on pourrait justement qualifier de déplorable, et qui a eu ceci de fâcheux que la nécessité de la saignée dans cet état est passée à l'état de préjugé populaire. Il est rare qu'une femme devienne enceinte sans qu'elle demande à son médecin à quelle époque elle devra se faire saigner. Malheureusement, toutes ne demandent pas conseil à l'homme de l'art, et plus d'une a tout simplement recours à la matrone, qui s'empresse de satisfaire la cliente, dont elle espère, en accédant à son caprice, s'attirer une confiance dont les conséquences seront productives.

Aujourd'hui, depuis surtout les remarquables travaux de M. Cazeaux, il y a une sorte de réaction, violente comme toutes les réactions, contre l'emploi de la saignée dans la grossesse; disons tout de suite qu'à notre avis, dans un grand nombre de cas, les réactionnaires ont ici raison. Le plus souvent, les phénomènes de pléthore, les étouffements, les palpitations, etc., ne sont chez la femme enceinte que des phénomènes nerveux essentiellement liés à un état chloro-anémique, et dont viennent plus facilement à bout les toniques et les analeptiques, qui les font disparaître quelquefois, que les émissions sanguines qui les exaspèrent souvent.

(1) 2e édition. — Un vol. in-8° de 220 pages. Chez Victor Masson.

Mais entre les deux excès, il est une juste mesure qu'il importe de garder, et dans laquelle se trouve le salut de la malade. C'est cette nuance si délicate, cette limite si difficile à établir qu'a cherché à déterminer un homme déjà connu par d'importants travaux en obstétrique, d'un jugement sûr, sagace et consciencieux observateur, M. Silbert (d'Aix), dont, il y a plusieurs années déjà, nous avons, dans ce journal, examiné l'important travail sur l'*accouchement prématuré artificiel*.

M. Silbert a mis en parallèle, non pour les opposer les unes aux autres, mais pour tâcher de les concilier (1) et d'en dégager la vérité, les opinions des accoucheurs des trois derniers siècles et celles des observateurs contemporains; il a démontré que c'est principalement depuis une trentaine d'années que l'on s'est efforcé de poser les indications rationnelles qui devaient faire exclure ou accepter la saignée; sous ce rapport de l'histoire de l'art, son introduction est des plus intéressantes et mérite au plus haut degré de fixer l'attention.

Abordant bientôt le côté pratique de la question, M. Silbert se livre à des considérations générales sur la saignée dans la grossesse, et cherche à fixer le degré d'utilité de ce moyen. Il essaye de déterminer l'influence que la grossesse exerce sur l'économie; il fait remarquer, comme a dit le savant rapporteur de l'Académie, que cette influence est entièrement variable; que tantôt elle passe complétement inaperçue, que dans d'autres cas elle est la source de certains troubles qui, en s'exagérant, peuvent devenir de véritables maladies; que tantôt, enfin, elle ravive une nutrition jusqu'alors languissante, et qu'elle donne à toutes les fonctions une activité salutaire.

(1) *Novi veteribus non opponendi, sed perpetuo jungendi fœdere.* BAGLIVI.

Si les recherches hématologiques modernes ont rendu un compte satisfaisant de certains phénomènes observés pendant la grossesse, et ont posé d'une manière formelle la contre-indication des émissions sanguines dans un grand nombre de cas, M. Silbert fait cependant remarquer qu'il faut aussi se mettre en garde contre les interprétations exagérées et contre les théories *à priori*, qui, une fois conçues, ne servent qu'à fausser la véritable signification des faits.

Dans un long chapitre, consacré à l'examen des états morbides qui peuvent être observés chez la femme enceinte, l'auteur a apprécié avec la sagesse d'un praticien consommé les avantages et les inconvénients de la saignée, suivant les circonstances où se manifestent ces états morbides, et là se trouvent d'excellents et utiles préceptes sur la préférence qu'il faut donner aux émissions sanguines locales ou générales, sur la quantité de sang qu'il convient de tirer, sur les précautions à prendre selon les cas, les époques de la gestation, les constitutions des malades.

Nous ne pouvons mieux résumer l'impression qui nous est restée de la lecture de ce livre qu'en disant, avec un homme dont les paroles font aujourd'hui autorité dans la science obstétricale, M. Depaul, que l'ouvrage de M. Silbert est un abrégé bien fait de la pathologie puerpérale, dans lequel l'auteur a fait une application judicieuse des principes précédemment établis par lui, et dans lequel aussi il a montré un grand sens pratique.

Dr A. FOUCART.

M. Bouillaud, professeur de clinique interne à l'hôpital de la Charité, a repris ses leçons aujourd'hui samedi 19 novembre, et les continuera les mardis, jeudis et samedis, de huit à dix heures.

épreintes anales; jamais de vomissements; fréquentes lipotbymies au moindre mouvement; peau sèche, démangeaisons vives, point de pétéchies ni d'ecchymoses; infiltration légère des pieds.

Pendant les huit derniers jours, la sérosité, quoique en très-petite quantité, s'épancha de nouveau dans le péritoine; l'urine, pâle et neutre, devint albumineuse à un faible degré; la température du corps baissa de plus en plus, la circulation devint insensible, et le malade s'éteignit dans un état comateux le 10 juin.

— A l'autopsie, on constata dans la rate cinq espèces d'altérations très-distinctes les unes des autres : la congestion, l'hémorrhagie, la phlegmasie exsudative, la phlegmasie suppurative, la phlébite. La presque totalité de la rate était constituée par une altération de texture produite par une combinaison intime du sang avec le tissu propre, qui est dur, résistant, d'un rouge clair, et qui laisse apercevoir facilement tous les éléments normaux de la rate. Dans plusieurs points, le sang était extravasé sous forme de granulations noires, et dans d'autres infiltré en masses noires parfaitement circonscrites et entourées de tissu splénique induré.

La plus curieuse de toutes ces altérations était la suivante : A la partie supérieure de l'organe, tout le parenchyme, dans l'étendue de 6 centimètres carrés, était converti en une masse dure, d'un rouge clair, tout à fait semblable par sa couleur et sa consistance à la pneumonie parvenue au troisième degré. L'examen de ce tissu au microscope faisait reconnaître qu'il était composé de fibrine infiltrée sous la forme que M. Monneret a appelée *fibrine en plaques*. Le tissu splénique était entièrement étouffé par cet élément morbide, auquel n'était mêlé aucun globule de pus. Dans quatre autres points, on retrouvait la même altération.

La quatrième lésion était caractérisée par la formation en 8 ou 10 points d'un pus épais, crémeux et très-blanc, qui avait fini par s'enkyster et produire de petits abcès parenchymateux.

Dans 8 ou 10 endroits différents, on rencontra des traînées blanchâtres, constituées par une matière à demi concrète, déposée dans les vaisseaux principaux de la rate, d'où le scalpel l'enlevait aisément. Le microscope y révélait l'existence de globules de pus et d'une assez grande quantité de matière grasse. Il n'existait nulle part de ramollissement ou d'autre altération de texture.

Les capsules surrénales offraient une altération de texture très-remarquable. On n'y distinguait plus les substances corticale et médullaire; elles étaient ramollies, converties en une matière pulpeuse et un liquide brunâtre semblable à de la sépia.

Le foie, les poumons et le cœur étaient à l'état normal. Tout le système vasculaire était exsangue; il n'y avait nulle part d'abcès métastatiques. Enfin, on trouvait un liquide séreux, verdâtre, non floconneux, épanché dans le péritoine, qui était d'ailleurs exempt de toute altération.

— Cette observation n'est pas moins remarquable par ce qu'elle ne renferme pas que par ce qu'elle renferme, c'est-à-dire par les phénomènes négatifs dont elle contribue à donner le sens, que par les phénomènes positifs qui lui impriment son caractère.

Ainsi que le fait remarquer M. Monneret, en effet, la maladie de la rate chez ce malade est née en dehors de toute influence paludéenne et sans aucune cause appréciable : on n'a observé à aucune époque de la maladie ni fièvre continue ni fièvre intermittente; preuve nouvelle à ajouter à beaucoup d'autres, que les lésions de la rate ne sont la cause ni directe ni indirecte du mouvement fébrile dans la fièvre intermittente.

Une autre circonstance que fait remarquer M. Monneret, c'est l'absence d'hémorrhagie. Cette absence de toute sortie du sang est d'autant plus remarquable, en effet, que le liquide a été profondément modifié dans sa composition pendant toute la durée de la maladie; que, dès le début, les globules blancs s'étaient accrus en nombre : or la leucocythémie offre pour symptômes principaux les hémorrhagies et les hydropisies fréquentes, et jamais ces symptômes ne se sont développés chez le malade. L'ascite, qui a été fort légère, tenait d'ailleurs à la maladie de la rate. Quant à l'œdème, il n'a jamais dépassé le pourtour des malléoles. Plus tard, à la fin de la maladie, les globules blancs avaient disparu; le sujet n'était plus leucocythémique.

Parmi d'autres symptômes négatifs, M. Monneret signale cette autre circonstance qu'avec une altération telle du sang que vers les derniers mois on ne trouvait, pour ainsi dire, plus ce liquide dans les vaisseaux, avec une altération telle que les globules rouges étaient devenus très-rares, et que le sang ne ressemblait plus qu'à de l'eau rougie, les symptômes caractéristiques de l'anémie, les bruits continus et les frémissements vibratoires veineux manquèrent cependant complétement. Cette absence des globules rouges ne pourrait s'expliquer dans ce cas particulier, suivant M. Monneret, que par la suspension des fonctions de la rate, en admettant, avec un grand nombre de physiologistes, que c'est là que se forment les globules rouges. Dans tous les cas, il était impossible de croire que les globules blancs pussent se faire de toutes pièces dans la rate malade, puisqu'ils ont disparu entièrement du sang à mesure que cet organe a été plus profondément altéré.

Ce fait serait loin d'être favorable aux idées nouvellement émises en Allemagne sur la *mélanémie*, maladie qu'on suppose produite par le développement d'une grande quantité de matière pigmentaire dans la rate et le foie. On n'en a trouvé aucune trace soit dans ces viscères, soit dans d'autres parties du corps.

On trouve encore dans ce fait une circonstance qui semblerait infirmer la valeur des effets attribués à la lésion des capsules surrénales dans la maladie dite *d'Addison*. On a vu, en effet, que chez ce malade les capsules étaient profondément altérées et presque entièrement détruites; et cependant le malade n'a présenté à aucun moment de sa maladie la couleur bronzée particulière assignée à cette lésion.

En résumé, les seuls désordres que M. Monneret se croit fondé à attribuer à la maladie de la rate dans ce cas, sont : l'altération profonde de la nutrition générale et l'altération du sang, qui a cessé peu à peu de se faire; l'inanitiation marquée par l'exténuation des muscles, et résultant tout à la fois de la suspension complète de la digestion gastrique et de la fonction élaboratrice que possède la rate. C'est dans cet organe qu'il place l'origine de tous les autres troubles fonctionnels, et spécialement de l'hématose. Enfin, M. Monneret signale les formes curieuses que l'inflammation a revêtues dans le parenchyme splénique : l'hyperémie, l'hémorrhagie, l'exsudation fibrineuse et la suppuration, qui ont eu lieu simultanément dans le même organe, lui paraissent indiquer clairement que l'irritation inflammatoire a été le point de départ de toutes les altérations spléniques, et de plus que, bien différente dans sa marche de ce qu'elle est dans les autres viscères, l'inflammation peut produire lentement dans la rate toutes les lésions de la phlegmasie aiguë.

Traitement des névralgies par les courants électriques à forte tension, ou par la méthode hyposthénisante.

Nous avons exposé dans un précédent numéro (voir le numéro du 10 novembre), les principes de la méthode d'électrisation que M. Becquerel a essayé d'appliquer au traitement des névralgies, et qu'il désigne sous le nom de *méthode hyposthénisante*. Nous ne reviendrons pas ici sur ces principes ni sur la série de raisonnements et d'expériences qui ont amené M. Becquerel à adopter cette méthode; nous nous bornerons, comme complément de ce que nous avons déjà dit à cet égard, à exposer ici la manière d'agir de M. Becquerel dans l'emploi de ce mode d'application de l'électricité, et les résultats cliniques qu'il en a obtenus.

On a vu par la communication de M. Becquerel à l'Académie, que pour réussir dans le traitement électrique des névralgies, il faut employer des appareils très-énergiques. Il a fait toutes ses expériences avec le grand modèle de MM. Breton frères, et avec la plus forte machine de M. Gaiffe.

Pour administrer l'électricité, il emploie simplement les réophores munis d'éponges mouillées à leurs extrémités, en plaçant l'une des éponges à l'extrémité du nerf la plus rapprochée du centre, et l'autre à l'extrémité périphérique.

Les éponges doivent être maintenues fortement appuyées sur le point où elles sont placées.

La direction du courant doit être prise en considération; cependant M. Becquerel n'y attache pas une trop grande importance; il est incontestable qu'il vaut mieux employer un courant direct, ou si l'on veut le pôle positif du côté central, et le pôle négatif à l'extrémité périphérique. Les effets sont plus complets, plus positifs et plus rapides; mais on ne peut cependant méconnaître que quand il s'agit de courants très-intenses, à forte tension et à intermittences rapides, on peut tout aussi bien obtenir l'hyposthénisation avec le courant inverse ou contraire au précédent.

L'intensité du courant a de l'importance; il doit toujours être très-énergique. M. Becquerel emploie en général les courants donnés par l'échelle de la machine de Breton ou de celle de Gaiffe aux trois quarts de la force totale. La durée de la séance est en général de cinq minutes.

L'époque de leur renouvellement varie suivant un certain nombre de circonstances. Lorsqu'une névralgie est continue, il est utile de faire deux séances par jour.

Si la névralgie reparaît plus tôt, on avance la deuxième séance. Dans les névralgies à périodicité irrégulière, il faut attendre l'apparition de la névralgie, et appliquer l'électricité ou la renouveler lorsque l'accès paraît.

Voici maintenant quels ont été les résultats de cette méthode de traitement :

Névralgies sciatiques. — Les névralgies sciatiques que M. Becquerel a pu traiter par la méthode hyposthénisante sont au nombre de 19, dont 17 ont été observées à l'hôpital et 2 en ville.

Parmi les 17 malades traités à l'hôpital, on compte 14 hommes et 3 femmes. Chez tous la sciatique n'existait que d'un seul côté; chez une malade, elle était accompagnée d'une névralgie crurale; chez deux d'une névralgie lombaire.

Cette névralgie sciatique, chez cinq malades, était ancienne, et son début remontait à plusieurs années : elle cessait et récidivait.

Chez une malade, elle remontait à plus de deux ans, et sévissait d'une manière continue avec des rémissions et des exacerbations.

En tous cas, toutes les névralgies étaient assez intenses pour avoir obligé les malades de cesser leur travail et d'entrer à l'hôpital.

Ces 17 malades furent traités par la méthode hyposthénisante : l'un d'eux fut guéri en deux séances, un autre en six; un troisième le fut en cinq; un quatrième éprouva une très-grande amélioration, mais on ne put faire disparaître une douleur névralgique persistant dans le mollet : on la combattit sans succès en y appliquant la cautérisation transcurrente.

Les 13 autres malades guérirent tous par l'administration des courants électriques. Le nombre le plus grand des séances fut de onze, le plus faible de trois. Un seul de ces malades avait une névralgie sciatique qui existait d'une manière constante depuis plus de deux années. Cet homme présentait un état anémique accompagné d'une légère atrophie du membre correspondant. Un traitement hydrothérapique fit justice de tous les autres accidents.

Névralgies intercostales et lombaires. — Les névralgies intercostales sont peut-être celles qui peuvent être guéries le plus facilement et le plus rapidement par les courants électriques énergiques. M. Becquerel en a traité 14 cas développés chez 11 femmes et 3 hommes.

Ces névralgies ont été le plus souvent simples. Cependant, chez un homme et deux femmes, il y avait deux et trois nerfs atteints.

Elles ont beaucoup varié d'intensité; toutes cependant causaient de vives douleurs aux malades.

Dans ces 14 cas, la guérison a eu lieu avec une extrême facilité, sans qu'on ait été obligé d'aller au delà de six séances.

Des névralgies occupant des siéges différents chez des femmes, deux lombo-iliaques, une lombo-abdominale, une autre lombo-iliaque, une enfin occupant la paroi abdominale du côté droit, et qu'il n'était pas possible de localiser dans des filets nerveux bien déterminés, ont guéri parfaitement sous l'influence de l'emploi de la médication électrique hyposthénisante.

Névralgies crurales. — Deux cas de névralgie crurale développés chez des hommes ont guéri, en cinq ou six séances, par l'emploi des courants électriques. Cette guérison a été assez facile.

Névralgies trifaciales. — Les névralgies trifaciales sont celles que M. Becquerel a eu plus rarement l'occasion de traiter par les courants électriques. Trois cas seulement ont pu être soumis à l'emploi de cette méthode. Dans l'un, il s'agissait d'une jeune femme de chambre de vingt-quatre ans, atteinte d'une névralgie sus-orbitaire double des plus violentes; elle guérit en douze séances.

Deux autres cas sont relatifs à deux hommes qui présentaient les névralgies suivantes : l'un, une névralgie sus-orbitaire violente et ancienne du côté droit; l'autre, une névralgie latérale de la tête occupant spécialement la région occipitale gauche.

Ces trois malades guérirent parfaitement.

Relativement aux inconvénients ou aux dangers que pourrait avoir ce traitement, voici quelle est l'appréciation de notre confrère.

Lorsqu'on fait passer le courant dans le nerf malade, dès le premier instant la douleur est excessivement vive, et elle s'accompagne d'un tremblement fibrillaire des muscles placés entre les deux pôles; cette douleur vive est remplacée par une sensation d'engourdissement. Cet engourdissement augmente peu à peu, finit par devenir complet et profond, et il persiste jusqu'à la fin de l'application. Quelquefois cette sensation d'engourdissement est interrompue par le retour de quelques-unes des sensations douloureuses qui s'étaient produites à l'instant de leur application; mais ce retour n'a pas d'importance, et quand on vient à cesser l'application des courants, toute douleur a disparu complétement.

Quelquefois, chez les femmes, il succède à l'application un état nerveux qui dure un temps plus ou moins long, mais qui cesse toujours assez vite sans laisser aucune trace dans l'organisme.

L'application des courants électriques énergiques n'a jamais paru produire le moindre accident. Cependant M. Becquerel est d'avis qu'il faut bien y réfléchir avant d'employer cette médication contre les névralgies de la tête.

Chez deux malades atteints, l'un de névralgie d'un nerf sus-orbitaire, l'autre d'un nerf occipital, l'administration de l'électricité détermina la production des symptômes de la congestion cérébrale, qui l'obligèrent de cesser.

Quelquefois ces courants énergiques appliqués sur le crâne retentissent vigoureusement sur le cerveau et déterminent la production de céphalées violentes.

DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE FERRUGINEUSE
de M. VEZU, pharmacien à Lyon,

Par le Dr MARY.

Au mois de mai 1857, M. Vezu constatait la propriété que possède le fer et son protoxyde gélatineux de se dissoudre dans les huiles fixes.

« C'est, dit M. Vezu dans une brochure qu'il a publiée à ce sujet, sous l'influence de l'eau, de l'air, de la chaleur, que la dissolution s'opère. L'eau est indispensable, dans tous les cas, pour que la réaction ait lieu. La dissolution du fer dans les huiles se fait principalement par son intermédiaire, et sous les mêmes conditions que dans l'eau acidulée; la réaction est la même; il y a décomposition de l'eau sous l'influence du fer et de l'huile, oxygénation du métal par l'oxygène dégagé, dissolution de l'oxyde formé par les huiles qui jouent le rôle d'acide, et enfin dégagement d'hydrogène. »

Le fait dont nous venons de parler, qui dans l'espèce aurait été presque insignifiant, et serait peut-être passé inaperçu, ne tarda pas à acquérir, entre les mains habiles de l'inventeur, une certaine impor-

tance thérapeutique, et à servir de base à un nouveau médicament d'une valeur aujourd'hui incontestable. La commission nommée par l'Académie de médecine a, du reste, déjà fait sur lui un rapport favorable dans la séance du 31 août 1858.

L'association du fer à l'huile de foie de morue est une idée heureuse. Loin de se nuire entre elles, chacune de ces deux substances conserve non-seulement toute son action, toutes ses propriétés, mais encore l'une semble annihiler les inconvénients de l'autre. Ainsi, d'un côté, sous l'influence de la préparation martiale, la saveur si désagréable, parfois si repoussante de l'huile de foie de morue, est sensiblement modifiée; de l'autre, les sels de fer perdent leur goût astringent et atramentaire par leur dissolution dans les huiles, qui protégent, en outre, la muqueuse intestinale contre leur action constrictive et irritante. Des malades dont l'estomac n'avait pu supporter jusqu'alors aucune de ces préparations, ont pu prendre parfaitement l'huile de foie de morue ferrugineuse de M. Vezu, et recueillir à la fois les bienfaits de cette double médication.

Pour constater l'efficacité de ce nouvel agent thérapeutique, M. Vezu a voulu le soumettre au creuset de l'observation la plus rigoureuse, et des expériences ont été faites par les praticiens les plus distingués de Lyon. M. le docteur Bonnarie, médecin de l'hospice de l'Antiquaille, MM. les docteurs Rollet, Lambert, Gromier, ont déjà publié des faits remarquables par les résultats merveilleux qui ont été obtenus.

L'huile de foie de morue, qui est convertie en ferrugineux par M. Vezu, provient de la maison Quinier, de Dunkerque, qui est sans contredit une des premières fabriques de ce médicament; elle contient 10 centigrammes de fer par 30 grammes d'huile. Sa limpidité et sa transparence parfaites, sa couleur d'un beau rouge acajou ou grenat, permettront toujours de la distinguer de celles que l'on trouve dans le commerce, qui sont *rances*, *noires*, *épaisses*, et qui *déposent*.

Enfin, nous terminerons en disant que M. Vezu a monté un laboratoire spécial, muni d'appareils fort ingénieux et d'un prix très-élevé, dans le but d'éviter que l'huile de foie de morue ne s'altère au contact de l'air.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 novembre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté après une courte rectification demandée par M. Gosselin.

— M. LEGOUEST communique l'observation suivante, au nom de M. Houzelot, médecin en chef de l'hôpital de Meaux et correspondant de la Société de chirurgie :

Compression mécanique suivie de compression digitale intermittente pour un anévrysme faux consécutif de l'artère pédieuse. — Six heures de compression. — Guérison. — Le 11 avril 1859, le nommé J..., cultivateur, se fit, en équarrissant un morceau de bois avec sa hache, sur le dos du pied, une plaie profonde oblique et longue de 4 à 5 centimètres; l'artère pédieuse avait été atteinte; une hémorrhagie très-abondante eut lieu immédiatement. Le médecin appelé en mon absence se borna à réunir la plaie par première intention avec des bandelettes agglutinatives; le repos absolu fut prescrit.

Le sixième jour après l'accident, le blessé, sous prétexte de gêne par les bandelettes, défit son appareil, se repansa lui-même, et aussitôt après alla chez un de ses voisins, à 2 ou 300 mètres de distance; l'hémorrhagie se renouvela. Le même médecin fut appelé de nouveau; la plaie n'était pas cicatrisée; on réappliqua les bandelettes; le malade dut garder le lit; au bout de onze jours la cicatrisation était complète. Quelques jours après, malgré la compression circulaire faite sur tout le pied, une tumeur molle saillante se développa dans la lèvre externe de la plaie; en huit jours, elle eut acquis le volume de la moitié d'un œuf de pigeon.

Consulté à cette époque, je reconnus un anévrysme faux consécutif circonscrit de l'artère pédieuse; j'édifiai le malade sur toutes les conséquences possibles de sa position; il continua à travailler néanmoins. La tumeur augmenta de volume; effrayé alors par ce qu'il voyait et ce que je lui avais dit, J... alla consulter à Meaux M. le docteur Houzelot, dont l'avis fut de tenter la compression digitale intermittente.

Bien que je ne comptasse que médiocrement sur l'efficacité de ce moyen, en raison de l'indocilité du malade et aussi à cause de la difficulté de trouver à la campagne des personnes intelligentes qui voulussent, au moment des travaux des champs, se prêter à une manœuvre de patience et d'assujettissement, je me décidai néanmoins à suivre le conseil de mon honorable confrère.

Le 6 juin, en conséquence, à deux heures de l'après-midi, le malade étant couché, je plaçai sur l'artère pédieuse, en arrière de la tumeur, une petite rondelle d'amadou, par-dessus un disque de bouchon de liége épais de 1 à 2 centimètres, et sur ce disque une petite attelle étroite, longue environ de 30 centimètres. A la face plantaire du pied, je disposai une autre attelle plus large, de même longueur que la précédente, et garnie de linges; les extrémités des attelles furent liées avec une ficelle en forme de casseau. Le petit appareil ne portait que sur deux points opposés circonscrits, évitant ainsi une compression circulaire qui n'eût été que difficilement supportée. Je permis au malade de le relâcher si besoin était, mais non de l'enlever.

Vers quatre heures, le malade, impatient de la gêne que lui causait l'appareil, disait-il, le relâcha, puis l'enleva complétement à six heures, c'est-à-dire quatre heures après l'application, pour y substituer la compression digitale. A ce moment déjà, selon le malade, les battements de la tumeur étaient sensiblement plus faibles : la compression digitale fut faite pendant trois heures par le malade lui-même avec plus ou moins de constance et d'exactitude. Mais, bientôt fatigué, le blessé, vers neuf heures du soir, replaça son petit appareil, qui, serré modérément, resta en place toute la nuit et jusqu'au lendemain dix heures du matin.

A cette heure, ajoute M. Houzelot, je vis le malade; les battements avaient complétement cessé dans la tumeur, déjà dure et résistante; on pouvait dire la guérison certaine : six heures de compression avaient suffi à ce résultat.

Le casseau, enlevé alors, fut, par surcroît de prudence, remplacé par la compression digitale, qui, maintenue d'une manière intermittente et fort irrégulière jusqu'au mercredi matin, cessa complétement dès lors : la tumeur, toujours consistante, non pulsatile, demeura telle, et diminua progressivement; au bout de vingt jours, elle avait en entier disparu.

Au bout de trente jours, le malade avait repris son travail; la cicatrice était solide.

Aujourd'hui le blessé marche sans rien ressentir, et se livre aux rudes travaux des champs.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

De l'influence que peuvent avoir sur la santé publique les agglomérés de houille, par M. Henri Lespiau. Paris, 1859, in-8°.

Relation d'une épidémie diphthérique qui a sévi sur le 75e régiment de ligne, par le même. Paris, 1854, in-8°.

Des rétrécissements infranchissables de l'urèthre et de leur traitement par l'uréthrotomie externe sans conducteur, par M. Andrade (Augustin), de Mexico. Thèse inaugurale. Paris, 1859, in-4°.

M. RICHET fait hommage à la Société d'un exemplaire de la 2e édition de son *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*. Paris, 1860, in-8°.

M. FOLLIN communique à la Société un nouveau cas de tétanos traité sans succès par les injections de curare. Il s'agit ici d'un tétanos traumatique à marche rapide, dont les accidents ne sont guère enrayés par les médications habituellement mises en usage. C'est devant cette impuissance ordinaire de la thérapeutique que M. Follin a songé à l'emploi du curare; mais l'évolution de la maladie a été telle, que le poison indien semble n'avoir modifié en rien les accidents.

Avant de communiquer à la Société tous les détails de ce cas, M. Follin fait part d'une remarque importante de M. Claude Bernard sur l'action du curare chez les animaux malades ou mutilés. M. Cl. Bernard prétend que les animaux dont la santé est altérée, ou qui ont subi quelque mutilation, sont bien plus difficilement influencés par le curare que les animaux bien portants. Ce poison peut quelquefois rester presque sans effet sur des grenouilles déjà malades. Il y a à tirer de cette observation quelques conséquences pour l'application du curare dans la thérapeutique du tétanos traumatique; mais c'est là un élément nouveau dans la question, et jusqu'alors on n'a pu en tenir compte.

(Nous publierons cette observation dans le prochain numéro.)

M. DEGUISE demande à présenter quelques observations à propos de ce cas. Il lui semble que la question du curare s'embrouille de plus en plus. Il demande à M. Follin si des injections de curare aussi rapprochées que celles qui ont été faites à son malade ne peuvent pas être nuisibles. Il ne faut pas oublier, en effet, que chez les animaux les effets toxiques de cet agent ne se sont montrés, en général, qu'une ou deux heures après son introduction dans l'économie, et que, avant ce temps, ils n'ont rien éprouvé. Il est rare de voir la mort suivre de très-près l'injection du curare. Dans un cas, il s'est écoulé trois heures avant l'apparition des accidents.

En résumé, avec un agent dont les résultats sont aussi variables que ceux produits par le curare, notre collègue est d'avis qu'il pourrait y avoir danger à rapprocher les injections autant que cela a été fait dans l'observation de M. Follin.

M. FOLLIN. Pour juger de l'action produite par le curare sur mon malade, je ne pouvais consulter que l'état des muscles. C'était le seul thermomètre physiologique qui pût me fournir des indications précises, et c'est par lui que je me suis laissé guider. Après avoir injecté quelques gouttes de curare seulement, voyant la contracture du masséter persister, j'ai dû continuer; sans cela je n'aurais eu aucune garantie thérapeutique. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que le tétanos est une maladie qui, en général, tue très-vite. Celui que j'observais était des plus graves et devait promptement se terminer par la mort; ne pouvant compter sur l'efficacité des autres moyens connus, j'ai dû entrer franchement dans la médication à laquelle je m'étais arrêté. En somme, j'ai employé moins de curare que M. Manec ne l'avait fait dans un autre cas.

M. BROCA. Il ne faudrait pas oublier que les gouttes qui ont été injectées en se servant de la seringue de Pravaz, n'équivalent qu'au quart des gouttes ordinaires.

M. FOLLIN. Dans le calcul que nous avons fait, nous avons admis que chacune de nos gouttes représentait en poids 3 centigrammes et une fraction.

M. BROCA. Il est bien entendu que je n'entends en aucune façon critiquer ce qui a été fait. Je n'ai d'autre but que de m'instruire et d'être utile aux malades.

M. Deguise a pensé qu'on avait agi trop activement. Je suis d'une opinion contraire. Il me semble que la quantité de curare qui a été introduite n'a pas été suffisante. La centième partie d'une solution de curare doit être à peu près nulle. Je m'en suis assuré auprès de M. Martin-Magron, qui a fait de nombreuses expériences avec cet agent. Pour obtenir un effet, il en faut 3 ou 4 centigrammes. Il ne faut pas oublier, en outre, que son action varie selon les tissus avec lesquels on le met en contact.

D'après Fontana, 2 milligrammes auraient suffi quelquefois pour certains animaux, quand ils étaient introduits dans le tissu musculaire. Les autres tissus absorbent beaucoup moins vite. J'en conclus que les premières injections de M. Follin doivent être considérées comme n'ayant pu avoir aucune influence; car il ne faut pas oublier que le curare est très-promptement éliminé, et si la quantité qui reste dans l'économie est par trop minime, on comprend qu'elle puisse être sans action. En un mot, il faut que l'absorption du curare soit de beaucoup supérieure à son élimination.

En terminant, M. Broca reconnaît que la nouvelle tentative de M. Follin est peu encourageante.

M. FOLLIN fait remarquer qu'il a employé 25 centigrammes de curare dans la première partie de son expérience.

M. CHASSAIGNAC a déjà entretenu la Société d'un malade sur lequel il avait été obligé de pratiquer la ligature de la carotide primitive pour arrêter une hémorrhagie grave, qui s'était déclarée pendant l'ouverture d'un abcès rétro et latéro-pharyngien.

Cet homme, qui n'est pas entièrement guéri, veut quitter l'hôpital, et notre collègue a pensé que la Société le verrait avec intérêt.

Plusieurs trajets fistuleux existent encore. On constate un gonflement notable de la portion cervicale de la colonne vertébrale. Plusieurs ganglions de la région ont notablement augmenté de volume. Cependant la santé générale est assez bonne. La voix a repris son timbre normal.

Ce malade ayant promis de revenir à l'hôpital, son observation complète sera ultérieurement publiée dans les Bulletins de la Société.

— M. le docteur PERRIN, professeur agrégé au Val-de-Grâce, donne lecture d'un mémoire intitulé : *Remarques au sujet du chloroforme introduit dans l'organisme.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Richet, Gosselin et Michon.

M. GUERSANT met sous les yeux de la Société une jeune fille de 13 ans, qui porte dans la région mastoïdienne droite une tumeur molle et bosselée d'un volume assez considérable. Cette tumeur aurait commencé à se développer il y a quatre ans. Une seconde tumeur, beaucoup plus petite, existe sur la voûte palatine, et paraît de même nature que la première à notre collègue, qui demande ce qu'il faut faire dans un pareil cas. On remarque en même temps sur le maxillaire inférieur et à droite, au niveau des deux premières molaires, une tumeur osseuse peu considérable, qui a succédé à un abcès qui s'était développé dans cette région l'hiver dernier.

M. DEPAUL. Cette tumeur m'en rappelle une fort singulière que j'ai eu occasion d'enlever, il y a deux ou trois ans, sur un malade de l'hôpital Necker. Elle existait à la région occipitale, et était formée par la peau de cette région considérablement hypertrophiée, et qui retombait sur les épaules, recouvrant toute la région postérieure du cou. Au toucher, on avait la sensation de petits cylindres durs, dont quelques-uns avaient le volume d'une petite plume d'oie, et qui roulaient sous la peau. Après avoir beaucoup hésité, et après avoir fait de nombreuses hypothèses sur la nature de cette tumeur, qui n'était pas douloureuse et qui ne gênait que par son volume, le malade demandant avec instance qu'on l'en débarrassât, je pratiquai l'opération. Il en résulta une plaie considérable, dont une partie seulement put être réunie par des points de suture; il ne survint pas d'accidents, et quelque temps après le malade sortit guéri.

Je remis la pièce à M. Verneuil, qui voulut bien la disséquer, et nous constatâmes que la tumeur était en grande partie formée par les nerfs de cette région considérablement hypertrophiés. Elle fut à cette époque présentée à la Société anatomique. Je regrette que notre collègue ne soit pas présent à la séance, il pourrait ajouter quelques détails sur ce fait curieux et peut-être unique dans la science.

Sans affirmer que la tumeur de la malade de M. Guersant soit de même nature, elle m'a paru offrir quelques caractères qui m'ont fait penser à celle dont je viens de parler. Ainsi elle est surtout constituée par un épaississement de la peau, et j'ai constaté dans son épaisseur quelques cordons durs et mobiles. Dans tous les cas, il me semble qu'il est parfaitement indiqué d'en débarrasser la malade.

J'ajouterai, pour répondre à une question de M. Deguise, que l'aspect de la peau chez mon malade n'était pas le même que dans le cas présent. Il était à peu près normal, tandis qu'ici on constate une espèce de boursouflement œdémateux.

M. GUERSANT fait observer que ce qui le fait hésiter à entreprendre une opération, c'est l'existence de la tumeur de la région palatine.

M. CHASSAIGNAC. Je pense que dans l'intérêt de la malade il convient de ne pas rester inactif. Il est urgent d'éclairer le diagnostic de la tumeur de la voûte palatine. Une ponction exploratrice n'aurait aucun inconvénient. Si cette tumeur est de mauvaise nature et si on reste inactif, elle ne tardera pas à compromettre la vie. A la rigueur, rien ne presse pour les autres tumeurs, et si plus tard on se décidait à opérer celle de la région mastoïdienne, je conseillerais de se servir de l'écraseur linéaire, et de l'enlever en deux portions par une double opération.

M. HUGUIER. Il s'agit là de plusieurs états pathologiques qui me paraissent indépendants. En ce moment la tumeur de la voûte palatine est peu volumineuse et bien circonscrite. Je crois, comme l'a dit M. Chassaignac, qu'il convient de l'enlever, et c'est par là que je commencerai. Quant à la tumeur extérieure, elle paraît résulter d'une sorte d'hypertrophie du derme. Quand on la palpe, on sent des ondulations qui rappellent celles de l'intestin, et la première idée qui m'est venue, c'est qu'il y avait au-dessous d'elle des veines dilatées. Quoi qu'il en soit, si elle augmente de volume, je suis d'avis qu'il faut l'enlever et se servir pour cela de l'écraseur linéaire.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous publierons dans le prochain numéro l'éloge de Soubeiran, prononcé par M. Robiquet, à la séance de rentrée de l'École supérieure de pharmacie. Voici la liste des prix qui ont été décernés dans cette séance.

Concours de 1re année. — Prix : M. E. Petit, d'Issoudun.

Mentions honorables : MM. M. E. Roché, de Tours; E. Peschier, de Vallon (Ardèche); J. L. Giraud, de la Garde-Freinet (Var).

Concours de 2e année. — Prix : M. A. P. Clottereau, de la Suze (Sarthe).

Mention honorable : M. P. A. Avisard, de Moulins.

Concours de 3e année. — 1re mention honorable : M. L. G. Daille, d'Arlay (Jura).

2e mention honorable : M. André (dit Pontier), de Nogent-sur-Marne.

— M. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté, a repris son cours de thérapeutique générale et appliquée hier vendredi 18 novembre, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, à cinq heures du soir, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 136. — MARDI 22 NOVEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 136. — MARDI 22 NOVEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 21 novembre 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Doyère continue à opposer au système de la génération spontanée de M. Pouchet, le système de la revivification, qui, bien qu'impliquant des faits d'une presque aussi incompréhensible gravité, semble cependant s'éloigner un peu moins peut-être des données générales de la physiologie. Le système de la revivification repose sur des expériences qui consistent à placer certains animalcules précisément dans les conditions en apparence destructives de dessiccation et de température élevée que M. Pouchet a invoquées comme preuves de la génération spontanée, puis à les soumettre à l'influence revivifiante de l'hydratation. Les animalcules qui après avoir subi cette double épreuve, donnent des signes incontestables de vie, sont considérés comme revivifiés, et désignés par M. Doyère sous le nom d'animaux ressuscitants.

Les expériences relatées dans la note que M. Doyère a communiquée à l'Académie, sont suivant toute apparence celles dont M. le professeur Gavarret a rendu compte tout récemment dans un article de la *Gazette hebdomadaire* que nous avons sous les yeux. Il s'agit, en effet, dans cette note, d'expériences faites de concert par MM. Gavarret et Doyère, dans le cabinet de physique de la Faculté de médecine. Comme il ne saurait être assurément indifférent pour nos lecteurs de connaître l'opinion de M. Gavarret sur la valeur et les résultats de ces expériences, nous résumerons ici l'appréciation qu'en a faite le savant professeur de physique médicale.

Rappelons d'abord l'objet précis de ces expériences, qui était d'étudier l'influence de la dessiccation à froid sur les Rotifères, les Tardigrades et les Anguillules des mousses des toits, et l'influence des hautes températures sur ces animalcules préalablement desséchés.

La première de ces deux questions a paru à M. Gavarret complétement et définitivement résolue, après avoir constaté que ces animalcules, dont la dessiccation à froid avait été poussée aussi loin que le permet l'état des sciences physico-chimiques, reprennent toute leur activité sous l'influence de la simple hydratation.

Quant à l'influence des hautes températures, M. Gavarret déclare ne pouvoir rien dire des Anguillules, les mousses mises en expérience n'en contenant pas en assez grande quantité pour constater avec netteté les résultats de l'expérience.

En ce qui concerne les Rotifères et les Tardigrades, il est demeuré établi à ses yeux que ces animalcules, après avoir été desséchés à froid, pouvaient être soumis à la température de 100 et même 200 degrés, sans perdre la propriété de reprendre leur activité sous l'influence de la simple hydratation.

C'est ce dernier fait surtout dont la constatation était importante au point de vue de la question que ces expériences ont pour objet d'éclairer.

M. J. Cloquet a mis sous les yeux de l'Académie deux calculs, l'un extrait de la région prostatique de l'urèthre chez un enfant nouveau-né, le second retiré de la vessie d'un sanglier. M. J. Cloquet a saisi cette occasion pour éclairer, à l'aide de ces deux faits, quelques points de l'histoire des calculs.

— Nous reproduisons ci-dessous les principaux passages de l'éloge de Soubeiran, prononcé par M. Robiquet à la séance d'ouverture de l'École de pharmacie. Nous avons pensé que, indépendamment du mérite de cette œuvre, les détails biographiques qu'elle renferme auraient pour nos lecteurs assez d'intérêt pour justifier à leurs yeux l'espèce de double emploi qu'elle peut sembler faire avec le discours de M. Wurtz. — Dr Brochin.

NOTICE SUR LA VIE ET LES ŒUVRES DE M. SOUBEIRAN.

Par M. E. Robiquet (1).

Messieurs,

Il y a bientôt vingt ans, un nombreux cortége de professeurs et d'élèves accompagnait à sa dernière demeure l'homme de bien, le savant illustre qui restera toujours aux yeux de la postérité une des gloires les plus pures de notre École.

Pendant la cérémonie religieuse, où, par un triste privilége, j'occupais le premier rang, la mémoire de celui que la mort avait si soudainement frappé fut honorée par d'éloquents discours où les phrases pompeusement trompeuses des éloges funèbres ordinaires étaient remplacées par les témoignages d'une sincère affliction. J'avais dix-sept ans, et à cet âge où tout est espérance et où tout me manquait à la fois, il m'était bien permis de faiblir un instant, et de maîtriser à grand'peine la douleur qui m'accablait. Lorsque le silence se fut fait sur la tombe de mon père, il me sembla qu'un tourbillon passait devant mes yeux, et déjà je me sentais chanceler, lorsque j'entendis murmurer à mes oreilles ces paroles que je n'oublierai jamais : *Enfant, du courage ! Souvenez-vous de ce que vous venez de voir, de ce que vous venez d'entendre...* Et c'est parce que je me suis souvenu, c'est parce que je me souviens encore, qu'aujourd'hui je viens à mon tour rendre hommage à la mémoire de l'homme de cœur qui le premier m'a tendu la main.

Eugène Soubeiran est né à Paris le 24 mai 1793. Sa famille, originaire des Cévennes, était jadis riche et puissante ; mais elle professait le culte protestant, et la révocation de l'édit de Nantes, cet acte de démence politique arraché à la faiblesse du grand roi, la dispersa sans retour.

Lorsque les fureurs du prosélytisme ultra-catholique furent apaisées et que le gouvernement de la France comprit enfin que son premier devoir était de protéger la liberté de conscience, les familles protestantes retournèrent en foule dans leurs foyers.

L'aïeul de M. Soubeiran fut du nombre, mais il ne voulut pas revoir la province témoin de l'ancienne splendeur de sa maison, et il alla se fixer à Montpellier. Il mourut jeune, laissant une fortune plus que suffisante pour subvenir à l'éducation et assurer l'indépendance de ses trois filles et de son fils. Sa veuve, devenue chef de la famille, se montra à la hauteur de sa tâche : c'était une femme d'un grand sens, qui savait allier à une rare fermeté d'esprit cette patiente douceur qui, avec les enfants, triomphe de toutes les résistances.

Son fils n'était animé que du désir de la payer de retour, et rien n'égalait sa joie quand il venait lui apporter la nouvelle d'un succès dans ses études. Lorsque le moment fut venu pour lui de choisir une carrière, il voulut embrasser la médecine. Sa vive intelligence, son amour du travail et cette légitime ambition de dominer la foule qui est le propre des esprits d'élite, étaient autant de gages d'un brillant avenir ; mais la famille, dont les intérêts étaient engagés dans le négoce des laines, en décida autrement, et il fut destiné à la carrière commerciale. Ce fut une résolution funeste ; on était aux plus mauvais jours de la révolution, la fortune publique déclinait rapidement, et la Convention nationale, les pieds dans le sang, la tête dans les tempêtes, en présence d'un peuple affamé, de ses armées à peine vêtues, se vit dans la terrible nécessité de décréter la loi du maximum. Ce fut pour M. Soubeiran père, comme pour tant d'autres, une ruine complète, et qui lui fut d'autant plus sensible qu'il voyait avec effroi qu'il ne pourrait sans doute jamais assurer l'avenir d'aucun de ses enfants.

Lorsque le premier Consul eut rendu à la France le calme et la prospérité, M. Soubeiran, dont la fortune avait pu s'abattre mais non le courage, se remit à l'œuvre. Un de ses amis lui fit successivement obtenir une place de receveur des finances, puis une charge d'agent de change. L'inventaire de chaque année accusait une augmentation sensible dans les bénéfices.

M. Soubeiran avait des goûts modestes, et bien des fois il désira réaliser sa fortune ; mais il se résignait à continuer les affaires dans l'intérêt de l'avenir de ses six enfants, dont le plus jeune, Eugène Soubeiran, venait d'atteindre sa dixième année. Vers le milieu de l'année 1803, plusieurs clients de mauvaise foi, qui avaient joué avec une témérité inouïe sur les fonds publics, lui laissèrent la responsabilité d'achats de rentes faits par leurs ordres dans de déplorables conditions.

L'honnête homme n'hésita pas : tout le monde fut payé ; mais ce coup fut fatal, et il fallut vendre à tout prix une charge qu'il n'était plus possible de gérer avec bonheur.

Eugène Soubeiran fut retiré du lycée au moment où il venait de terminer sa quatrième, et sa famille, par raison d'économie, alla se fixer dans une modeste maison de campagne qu'on avait pu sauver du naufrage.

Quelques années plus tard, M. Soubeiran père chercha une fois encore à relever sa fortune dans l'industrie. Le système du blanchiment par la méthode de Berthollet était alors en pleine faveur ; l'ancien agent de change, séduit comme bien d'autres par les idées nouvelles, fonda une blanchisserie au chlore et y joignit une fabrique de molletons.

Eugène devint son contre-maître : il apprit à peigner et à filer les tissus, à préparer le chlore et à l'appliquer au blanchiment des étoffes... Jeunes gens qui m'écoutez, souvenez-vous que notre maître à tous n'a pas rougi de porter la blouse de l'ouvrier, et sachez qu'il se rappelait toujours avec orgueil cette phase pénible de son existence pendant laquelle il secondait de son mieux et par les plus rudes labeurs son père luttant courageusement contre l'adversité ! Heureusement pour son avenir scientifique, la blanchisserie et la filature ne donnaient pas des résultats financiers très-satisfaisants. Le jeune contre-maître et son père faisaient un métier qu'ils ne connaissaient pas, et pour lequel les notions théoriques nécessaires au succès de l'entreprise leur manquaient complétement : il fallut bientôt tout abandonner.

On était en 1813, à ce moment critique du premier Empire où la France s'apprêtait à étonner l'Europe par son ingratitude envers l'homme de génie qui l'avait tirée de l'abîme creusé sous ses pas par la haine implacable de l'Angleterre. Les appels répétés de la conscription moissonnaient chaque année sans pitié la jeunesse française, et le cri des mères commençait à dominer le bruit du canon, le fracas des armées. Chaque famille s'ingéniait de son mieux à préserver les siens de l'inévitable tribut. M. Soubeiran décida que son fils Eugène ferait son apprentissage en pharmacie, pour être plus tard commissionné comme pharmacien militaire.

Dès lors commença pour lui une nouvelle phase d'existence, et nous allons bientôt le voir s'élancer en avant sans dévier un instant de la direction qui convenait à ses goûts et à la nature de son esprit.

Peut-être trouverez-vous, Messieurs, que j'ai trop longuement insisté sur ses premières années, et que j'aurais pu ne pas donner au sujet de sa famille des détails complétement étrangers à notre profession ; mais il m'a semblé que son caractère sage et peu communicatif ne pourrait être sainement apprécié qu'en connaissant le milieu dans lequel il s'était développé, la nature des obstacles qu'il avait eu à vaincre. Et, en effet, c'était une rude leçon infligée à un enfant de douze ans que le spectacle de son père, entouré des plus illustres amitiés, honoré de tous et comblé des dons de la fortune, puis tout à coup presque complétement ruiné, voyant les amis de la veille changés en indifférents du lendemain, et se retirant, pour cacher sa détresse, dans une humble habitation, où ne vint le retrouver aucun de ceux qui étaient jadis les plus empressés à lui prodiguer ces fades témoignages de l'amitié banale du monde, ces offres continuelles de services dont on sait qu'on n'a pas besoin ! Il en résulta pour cette jeune âme un froissement ineffaçable, et comme un refoulement intérieur de tous les élans si naturels à l'enfance. Eugène Soubeiran devint timide et sauvage, persuadé d'ailleurs par l'exemple qu'il avait sous les yeux, que le courage, l'intelligence et la probité ne remplacent pas les avantages de la richesse ; il conçut contre la société une insurmontable défiance que l'avenir devait affaiblir, mais non complétement effacer. Petit fut le nombre des amis auxquels il se livra tout entier, et c'était chez lui comme un parti pris d'être aussi attentif à cacher les qualités de son cœur, que d'autres mettent de soin et d'ostentation à se parer des vertus dont la pratique réelle leur paraît parfaitement inutile à leur avancement.

En 1813, il était donc décidé que le jeune Soubeiran embrasserait la profession de pharmacien militaire. Son père le conduisit dans une officine du faubourg Montmartre, au titulaire de laquelle il le proposa comme apprenti. Notre brave confrère prenait ses élèves au mètre ; il trouva le nouveau venu trop délicat de santé pour manier le pilon, et surtout d'une trop petite taille pour pouvoir atteindre, monté sur l'unique tabouret de la pharmacie, au dernier rang de ses bocaux. C'était un début peu encourageant, et la famille méditait sans doute d'autres combinaisons d'avenir, lorsqu'une circonstance particulière vint mettre un terme à ses perplexités. M. Pouzin, professeur de botanique à l'École de pharmacie de Montpellier, venait de conduire à Paris son fils unique, reçu à l'École polytechnique. Une sincère amitié l'unissait à M. Soubeiran père, qui lui parla de ses anciens projets. Les deux amis furent bientôt d'accord : M. Pouzin emmena avec lui Eugène, et laissa à M. Soubeiran le soin d'être correspondant de son fils. . . .

. . . .

Le jeune Soubeiran revint à Paris au mois d'avril 1816, et fut installé en qualité de second élève dans une pharmacie de la rue Saint-Honoré. Son nouveau patron ne fut pour lui ni indulgent ni sévère, mais, ce qui est bien pis, complétement indifférent, usant envers lui de la plus redoutable des forces, celle de l'inertie.

C'était un bien dur changement pour un jeune homme sensible avant tout aux bons procédés, et qui devait comparer avec amertume sa nouvelle existence avec celle qu'il menait sous le toit de l'excellent Pouzin. Fort heureusement pour lui, six mois après son entrée dans cette officine, le titulaire la céda à M. Moutillard, ancien pharmacien militaire.

Aussitôt les rôles changèrent : M. Moutillard était un homme franc, loyal et expansif ; il devina bientôt la valeur et la bonté de cœur d'Eugène Soubeiran, sut vaincre sa timidité et provoquer ses confidences. Habitué à la liberté des camps, il se pliait mal aux exigences d'une

(1) Le défaut d'espace nous oblige à ne citer que les principaux passages de ce discours.

profession sédentaire, et peu à peu, à mesure que sa confiance en son élève augmentait, il lui abandonna la gestion de son officine. Il n'eut pas à s'en repentir, car dès la première année les recettes furent presque doublées. Cette espèce d'association dura, sans arrière-pensée de part et d'autre, jusqu'au printemps de l'année 1818, celui-ci payant de sa bourse et de son nom, celui-là de son intelligence et de son activité.

A cette époque, Eugène Soubeiran apprit qu'il existait chaque année un concours pour l'internat en pharmacie dans les hôpitaux ; que les élèves y étaient logés, nourris et payés. Sachant que son père ne pourrait subvenir à ses dépenses pendant les années de cours, et encore moins lui acheter une officine lorsque le moment serait venu d'exercer sa profession, il prit aussitôt envers lui-même la résolution d'être reçu le premier au prochain concours, et fit loyalement part de ses projets à M. Moutillard. L'excellent homme vit bien que son élève allait lui échapper ; mais, avec une loyauté toute militaire, il l'approuva complétement. Ce fut alors, entre ces deux natures si bien faites pour se comprendre, une lutte continuelle de délicatesse ; l'un ne se permettant d'étudier que quand les intérêts de la pharmacie n'avaient pas à en souffrir ; l'autre réformant peu à peu ses habitudes de liberté et donnant tout son temps aux soins intérieurs de sa maison. Malgré cette bonne volonté réciproque, il n'était pas possible au futur candidat de travailler plus d'une heure ou deux par jour ; mais il possédait déjà l'art de saisir les questions dans leur sens vrai et de laisser de côté tous les détails inutiles. Avec cette sûreté de jugement qui le distingua plus tard dans ses écrits, il étudiait peu, mais il étudiait bien. Sans cesse la plume à la main, tantôt il copiait les passages qu'il fallait apprendre par cœur, tantôt il les résumait en quelques mots, n'abandonnant un sujet que quand il l'avait nettement analysé et irrévocablement fixé dans sa mémoire. Combien cette méthode lente, mais sûre, diffère de celle que suivent ces travailleurs étourdis, entassant sans cesse dans leur esprit des faits qu'ils saisissent à peine, et se faisant illusion à eux-mêmes par le nombre des noms nouveaux qu'ils balbutient sans les comprendre ! Puis le moment du concours arrivé et les questions posées, ils essayent en vain de se reconnaître dans le labyrinthe qu'ils ont construit de leurs propres mains. Pendant qu'ils cherchent leur route et perdent un temps précieux, ceux qui ont étudié sagement exposent avec clarté leur sujet et atteignent le premier rang. C'est ce qui arriva à M. Soubeiran au concours d'avril 1819. Le jury fut étonné de voir cet élève inconnu, d'un extérieur modeste, sans recommandation aucune, l'emporter sur ses concurrents à toutes les épreuves, et traiter les questions désignées par le sort avec une netteté d'expression et une sûreté de jugement qu'on n'était habitué à rencontrer que dans un professeur exercé. A cette époque on dressait une liste par ordre de mérite des élèves ayant satisfait aux épreuves du concours, et à mesure qu'il y avait des vacances, on appelait les élus un par un dans les hôpitaux, en suivant l'ordre irrévocable adopté par le jury. Le second par le nombre des points était un élève qui avait concouru déjà deux fois, et qui l'année précédente aurait été admis dans un service, si une seule vacance de plus avait été déclarée. Le jury pensa que le jeune Soubeiran, si nouveau venu, serait encore fort content d'être le second, et il lui sembla juste de ne plus faire attendre celui qui attendait déjà depuis si longtemps. On donna donc une sorte de prix de constance à ce vétéran des concours, et M. Soubeiran ne fut que le second. Peu lui importait d'ailleurs, car ses camarades eux-mêmes lui donnaient le premier rang. Les juges avaient accompli une de ces petites capitulations de conscience si fréquentes dans les concours, oubliant que l'avenir de la jeunesse studieuse est un bien sacré auquel il est défendu de toucher.

Eugène Soubeiran n'attendit pas longtemps son tour, et il entra dans les hôpitaux le 27 décembre 1819.

Il y resta trois ans, puis il passa une année comme élève chimiste à la Pharmacie centrale. Dès lors, sa carrière est publique et connue de tous : chaque année amène un nouveau résultat, un nouveau succès. De 1820 à 1823, il remporte successivement toutes les premières médailles aux concours de l'École de pharmacie. A cette époque on n'avait pas encore centralisé en un seul tous les concours, et chacune des sciences pharmaceutiques avait ses récompenses particulières. Rien n'empêchait d'ailleurs les Chevallier, les Chatin, les Aubergier, les Astaix, d'obtenir successivement tous les premiers prix. Au concours de juin 1823, M. Soubeiran fut nommé pharmacien en chef de la Pitié ; en octobre 1825, membre adjoint de l'Académie de médecine, et le 1er mars 1832, directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux.

En 1827, il avait épousé la fille de M. Bosc, professeur au Muséum et membre de l'Institut. Dès lors, sûr d'un appui et confiant dans son propre mérite, il peut se livrer en toute sécurité d'esprit à ses travaux de prédilection, laissant au temps le soin de lui amener de nouveaux succès, et c'est ainsi que, par la force des choses, il est successivement nommé professeur adjoint, puis professeur titulaire de physique à l'École de pharmacie (19 octobre 1834), membre titulaire de l'Académie de médecine (20 janvier 1835), chevalier de la Légion d'honneur, secrétaire général de la Société de pharmacie (juillet 1840), et enfin membre du conseil de salubrité (1er novembre 1852) et professeur titulaire de pharmacie à la Faculté de médecine (10 décembre 1853). C'est ainsi encore qu'il remporte, en 1829, la médaille d'or de la Société des sciences de Harlem pour son grand mémoire sur les applications thérapeutiques de la botanique ; en 1833 la médaille du choléra ; en 1847, avec M. Bouchardat, un prix de 500 fr., pour leur mémoire sur le dégorgement des sangsues ; mémoire qui procura à l'administration des hôpitaux une économie de plus de 40,000 fr. par an ; enfin, en 1849, le prix Gossier, que lui décerna la Société centrale de la Seine-Inférieure, pour ses travaux sur la nature chimique de l'humus et ses applications à l'agriculture.

C'est à partir de 1832 qu'il publia les travaux qui ont assuré sa réputation. Directeur de la Pharmacie centrale et délivré du souci de l'avenir, il pouvait, en effet, profiter des précieuses ressources d'un laboratoire modèle.

Devant un autre auditoire que celui-ci, il est permis d'énumérer ces nombreux mémoires scientifiques où la netteté des résultats et la nouveauté des aperçus se disputent à l'importance des applications ; mais c'est peine superflue dans une enceinte où il semble qu'à chaque instant sa voix va retentir encore.

Qu'il me suffise de vous rappeler les titres de ses principaux travaux sur les chlorures de mercure, l'hydrogène arsénié, les tartrates simples et composés, la méthode de déplacement, les sulfures d'azote, et par-dessus tout sa découverte du chloroforme, qui fut un véritable bienfait pour l'humanité. A la même époque et presque à la même heure, M. Liebig découvrait par une voie différente le même composé. Cependant, il faut bien le dire, tous deux s'étaient mépris sur la véritable nature chimique du nouveau corps : il était réservé à M. Dumas de relever leur commune erreur et de donner à ce dérivé du formyle un nom exprimant son origine. C'est pour l'histoire des sciences un exemple instructif que cette lutte entre deux esprits si différents : l'un, poétique et aventureux, l'autre sage et réservé, lutte que devait terminer l'arrêt irrévocable prononcé par celui-là seul qui avait assez d'autorité pour faire taire toute polémique. Il ne faut pas oublier non plus les recherches que M. Soubeiran entreprit sur les camphènes, et dont il partagea la gloire avec M. Capitaine ; ni ses mémoires sur les diverses variétés de sucres, mémoires à l'un desquels le vénérable doyen du collége de France, M. Biot, ne dédaigna pas de coopérer.

Les recherches auxquelles M. Soubeiran se livrait de préférence étaient celles qui avaient une conséquence pratique, et je fatiguerais votre attention en faisant le dénombrement des travaux qu'il a publiés sur la plupart des préparations pharmaceutiques. Grâce à lui, la fabrication industrielle du calomel, dont le monopole était entre les mains des Anglais, est devenue toute française, et la préparation en grand de l'éther, du kermès et du fer réduit par l'hydrogène, n'est plus qu'un jeu. La nature même de ces recherches l'amena à composer son *Traité de pharmacie*, ce bréviaire de l'étudiant comme du pharmacien exerçant : cinq éditions successives, publiées tant en France qu'à l'étranger, sont venues attester les services rendus à notre profession par cet ouvrage modèle. Les annales de la librairie n'ont eu à enregistrer un pareil succès que pour les livres désormais classiques de nos maîtres aimés et respectés, M. Le Canu, M. Guibourt. Ce qui distinguait par-dessus tout M. Soubeiran, soit dans ses cours, soit dans ses écrits, c'était une grande clarté d'exposition. Qui de nous ne se rappelle, comme vibrant encore à ses oreilles, cette parole élégante et précise qui avait rendu ses cours si populaires ? A sa voix, les difficultés semblaient s'aplanir d'elles-mêmes, tant elles étaient vaincues ou éludées avec art. Le mot propre, l'expression heureuse, semblaient naître naturellement sur ses lèvres.

C'est surtout dans son cours de physique, professé pendant plus de vingt ans à notre École, qu'il sut le mieux se mettre à la portée de ses auditeurs et comprendre leurs besoins.

Pour moi, je me rappellerai toujours comme une des époques les plus heureuses de ma vie, celle où je remplissais auprès de lui ces difficiles fonctions de préparateur, qui amènent si promptement entre le maître et l'élève une intimité de tous les instants. Avec quelle indulgence il savait redresser mes erreurs, et combien je lui dois pour tous les conseils qu'il ne cessait de me prodiguer ! Sans que j'eusse besoin de prononcer une parole, il savait deviner à mes traits les moments de défaillance, me relever d'un mot et me ramener dans le chemin du devoir et du travail. Cette rectitude de jugement que nous admirions tous en lui, il l'apportait aussi bien dans ses leçons que dans ses discussions scientifiques avec ses collègues. Le souvenir des séances de la Société de pharmacie, où il parlait si souvent, en qualité de secrétaire général, est encore présent à tous les esprits. Que de fois, dans les questions délicates à juger, il tranchait en quelques mots la difficulté et nous ramenait tous à son avis avec cette limpidité de parole dont il semble avoir transmis le secret à son digne successeur notre secrétaire général actuel, M. Buignet! Aussi, quand il se fut volontairement démis de ses fonctions, toutes les voix se portèrent sur celui qui pouvait le mieux sinon nous le faire oublier, du moins s'en rapprocher le plus, et on vit alors se produire un de ces votes d'unanimité qui honorent autant celui qui en est l'objet que la compagnie qui l'a émis.

Et non-seulement il s'exprimait avec élégance, mais il savait surtout modeler son enseignement sur la nature de son auditoire. Le cours de physique qu'il professa pendant quelque temps pour les ouvriers était tout autre que celui qui était destiné aux élèves de cette école, quoique les sujets des leçons fussent absolument identiques. C'est ainsi encore qu'il parlait un tout autre langage comme professeur de pharmacie à l'École de médecine, que celui qu'il avait tenu jadis en la même qualité à la Pharmacie centrale. Aussi son enseignement à la Faculté fut une véritable révolution : on vit accourir en foule à ses leçons et les jeunes médecins qui comprenaient un quart d'heure trop tard ce qui leur manquait pour la pratique de leur art, et les étudiants qui le devinaient un quart d'heure plus tôt. On s'étonna qu'un cours aussi fondamental ait été si longtemps suspendu dans une Faculté jalouse du droit que la loi lui accorde d'envoyer des délégués à nos examens et qui crée des médecins pouvant à l'occasion non-seulement ordonner les médicaments, mais encore les préparer. Aussi M. Soubeiran donna-t-il tous ses soins à un cours où il sentait qu'il pourrait être si utile, et dont il voulait faire, entre les pharmaciens et les médecins, l'instrument d'une union si désirable pour les progrès de la thérapeutique. A un âge où il avait bien mérité le repos, il n'hésita pas à prendre le grade de docteur en médecine, et le bien qu'il se sentait la force d'accomplir fut le seul motif qui le décida à quitter une École où il avait toujours trouvé auprès de ses collègues et de ses élèves sympathie et obéissance. Les études pharmaceutiques pures avaient toujours été l'objet de ses prédilections ; en faisant le cours de la Faculté, il se retrouvait dans son élément naturel, et il y apporta cette ardeur juvénile avec laquelle, vingt-cinq ans auparavant, il se livrait au même enseignement à la Pharmacie centrale.

Tout semblait lui sourire, et cependant ses intimes savaient bien deviner dans ses traits les signes d'un insurmontable chagrin. Ce fut à cette époque qu'il renonça à remplir les fonctions de secrétaire perpétuel de la Société de pharmacie.

Je sens que l'âge arrive, disait-il dans la lettre par laquelle il annonçait son irrévocable résolution, et qui était bien le reflet des pénibles préoccupations de son esprit.

La santé depuis longtemps languissante de Mme Soubeiran le préoccupait sans cesse, et quand la mort vint la frapper, ce fut pour lui une perte irréparable, car la noble femme avait été pendant toute sa vie l'âme de la famille. Voyant et aimant peu le monde, d'une douce et indulgente piété, d'un dévouement sans bornes et de tout instant pour ses enfants, elle était bien la digne compagne d'un homme tel que lui. Tout à coup, on s'en souvient, la funèbre nouvelle vint nous surprendre au moment où nous nous apprêtions à le féliciter dans un banquet de son heureuse nomination à l'École de médecine, et tous de se séparer en silence, car il n'y avait rien à dire, il n'y avait rien à faire en présence de l'arrêt du destin. A partir de ce coup fatal, sa santé déclina rapidement : il voulut se roidir contre la douleur qui le minait sourdement, il put quelquefois la dissimuler, la maîtriser, jamais. En vain il essaya de reprendre ses travaux ; en vain les premiers succès de son fils, professeur-agrégé à un âge où on est encore sur les bancs, et le bonheur d'avoir pu fixer le sort de sa fille bien-aimée, vinrent faire quelque temps diversion à son mal : il se sentait frappé à son tour, et le moment était venu pour lui de jeter son anneau à la mer.

Je me rappellerai toujours l'avoir vu, dans les derniers jours de septembre, se promenant à pas lents dans la vallée de Montmorency, où si souvent il allait avec son fils reprendre ses anciennes études de botanique.

Croyant être seul, il ne faisait aucun effort pour dissimuler par sa contenance les pénibles préoccupations qui l'accablaient, et ses traits affaissés portaient déjà l'empreinte de la mort. Comme le malade de Millevoye, il regardait tristement tomber à ses pieds les feuilles secouées par le vent d'automne, et lui aussi semblait se dire

Que ce serait pour la dernière fois.

Pensant que la promenade l'avait fatigué, il s'assit quelque temps ; mais il se releva bientôt, et reprit sa route. A quoi bon, en effet chercher le repos ? il n'était plus à l'âge où quelques instants d'inaction suffisaient pour réparer ses forces. Sa santé déclinait rapidement. Quelques intervalles de mieux se succédèrent ; mais il ne se fit aucune illusion, et s'apprêta à mourir. Avec un calme digne de son caractère, il mit en ordre ses affaires, et rappela sa fille auprès de lui.

Tout le monde a lu cette touchante relation du procès de lord Russel sous Charles II, écrite par l'auteur de l'*Histoire de la civilisation en France*. Les débats s'ouvrirent le 13 juillet 1683 devant la cour d'assises de Londres. Lord Russel, s'adressant au président, dit :

— Puis-je avoir quelqu'un qui écrive pour aider ma mémoire ?

— Oui, milord, un de vos serviteurs.

— Ma femme est là prête à le faire.

Lady Russel se leva pour exprimer son assentiment ; et tout l'auditoire frémit d'attendrissement et de respect. Le président lui ayant permis de s'asseoir aux côtés de son mari, elle resta pendant tout le procès son seul secrétaire et son plus vigilant conseiller.

M. Soubeiran ne pouvait, comme lord Russel, appeler auprès de lui la compagne de sa vie ; mais il avait sa fille, et une fille digne de lui. Quand le moment fut venu, il lui dicta ses dernières volontés. Je ne sache pas qu'il y ait rien au monde de plus chrétien que le spectacle d'un père pouvant, avant de mourir, regarder en face ses enfants avec la conscience d'avoir accompli son devoir pendant toute une vie de travail noblement remplie. Honorons aussi cette fille courageuse qui, surmontant sa poignante douleur et en dissimulant jusqu'à l'apparence, se consacrait sans réserve à comprendre les pensées du mourant et à adoucir ses derniers moments avec ce raffinement de tendresse que peut seule inventer la piété filiale. Les derniers jours d'octobre se passèrent dans une cruelle anxiété ; puis les forces du malade s'éteignirent rapidement, et le 17 novembre il expira.

Bien différent de ces parasites de la civilisation qui traînent toute leur vie leur oisive opulence, M. Soubeiran pensait que tout citoyen doit payer sa dette envers son pays en laissant après lui la trace de ses œuvres. Sa vive intelligence et sa singulière facilité d'élocution l'ont aidé puissamment à accomplir la tâche qu'il s'était imposée. Ses livres, ses mémoires sont des modèles de savoir et de précision, et on peut le considérer à bon droit comme le législateur des sciences pharmaceutiques. Il était doué au suprême degré de cet esprit critique qui est un des caractères les plus saillants de notre époque, et il possédait cette incorruptible honnêteté qui contient l'insolence des parvenus et commande le respect des honnêtes gens.

Il ne se fit pas d'ennemis, parce qu'il ne se trouva jamais sur le chemin de personne. Son cœur vibrait à l'unisson de son esprit, et personne, dans sa famille ou parmi ses amis, ne peut dire qu'il soit venu en vain lui demander aide et protection. Ces qualités de l'âme et de l'intelligence sont le propre des esprits d'élite, et expliquent l'ascendant qu'ils exercent sur leurs contemporains, ascendant qui se continue après leur mort par le souvenir de leurs préceptes et par leurs écrits.

Et ne nous séparons pas, Messieurs, sans adresser nos sincères remercîments au ministre libéral qui préside aux destinées de l'instruction publique, et qui a choisi, pour désigner son fils d'adoption comme son successeur à la Faculté de médecine, le jour même où l'École de pharmacie, berceau de ses premiers succès, devait lui faire ses derniers adieux.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Compte rendu des faits de diphthérite observés pendant le premier semestre de l'année 1859.

Par M. le docteur Eug. Moynier, chef de clinique (1).

Obs. III. — *Paralysie suite d'angine diphthérique.*

Salle Sainte-Agnès, n° 19. G..., Casimir, âgé de vingt-quatre ans, journalier, demeurant rue de Clichy ; né à Clichy (Seine), malade depuis trois semaines, entré le 24 décembre 1858, sorti le 19 février 1859.

Cet homme est déchargeur de bateaux. Un jour du mois de novembre 1858, il se met en nage, ne prend aucune précaution, et se refroidit très-rapidement. Le lendemain en s'éveillant, il avait un tel mal de gorge qu'il ne pouvait tourner la tête. Il resta trois jours chez lui sans faire aucun traitement ; mais souffrant davantage, il fit venir un méde-

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 novembre.

cin qui lui cautérisa la gorge avec du nitrate d'argent, et lui donna un gargarisme avec de l'alun et du miel rosat. Malgré cela, ne voyant pas d'amélioration, il se décida à entrer à l'hôpital. Il se présenta à Beaujon, où il fut reçu dans le service de M. Gubler.

On lui prescrivit un gargarisme que le malade ne peut spécifier, mais qui améliora rapidement son état, car le troisième jour on lui donna à manger, et il put sortir guéri le huitième jour.

Après sa sortie de l'hôpital, il resta trois jours chez lui, puis il reprit son travail. Après quatre jours de travail, pendant lesquels il se plaignait continuellement du froid, il s'aperçut que sa voix changeait; il nasonnait, et, s'il avalait vite, les liquides ressortaient par le nez.

Huit jours après, il s'aperçut qu'il avait de l'engourdissement dans la main droite, et qu'elle était très-douloureuse; le lendemain, sa main gauche était aussi engourdie, mais avec moins de douleur.

Quinze jours après, ses pieds et ses jambes furent pris d'engourdissement et de faiblesse; il était obligé de se tenir aux rampes pour descendre les escaliers.

Il ne fit aucun traitement pour lutter contre cette faiblesse générale, et resta chez lui; mais, ne voyant pas d'amélioration, il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, le 24 décembre 1858.

A son entrée, il peut avaler, mais lentement; lorsqu'il avale vite, les liquides remontent par le nez. Le côté droit de la figure est engourdi. Il y a anesthésie superficielle, mais analgésie profonde, surtout au bras droit. Il marque au dynamomètre de M. Burq 20 kilos de la main droite et 21 de la main gauche. Il peut bien saisir avec ses mains; mais s'il presse le corps qu'il saisit, ce corps lui semble piquant; il éprouve des piqûres d'aiguilles, et ensuite l'objet saisi lui donne une sensation vague, comme si la main était recouverte d'un gant. Les jambes sont faibles; quand il marche, il chancelle et trébuche; la démarche est incertaine; il est obligé de regarder s'il touche le sol, car il ne ressent qu'une sensation de pointes et non la sensation du sol. La miction se fait parfaitement, mais il a de l'anaphrodisie.

Depuis qu'il est sorti de l'hôpital Beaujon, il n'a pas eu une seule érection; toutefois il ne présente rien de particulier à noter du côté de l'appareil urinaire ni du côté de l'intestin. Il a un appétit modéré. Pas d'amblyopie, pas de strabisme. Intelligence intacte. — Sirop de citrate de fer, deux cuillerées; vin de quinquina.

Le 4 janvier 1859, la sensibilité est un peu revenue; aucun bruit de souffle dans les carotides ni au cou, malgré un aspect anémique; pas plus de force dans les bras; jambes plus fortes.

Le 5, on supprime le citrate de fer.

Le 8, les pieds sont engourdis, mais sont plus faibles; il ne nasonne pas moins. Pas d'albumine dans les urines. — Julep avec teinture de noix vomique; sirop d'écorce d'oranges.

Le 11, les pieds sont moins engourdis, mais les mains sont toujours aussi faibles. On cesse la noix vomique; on donne trois cuillerées de sirop de sulfate de strychnine.

Le 12, un peu de roideur dans les jambes.

Le 14, les yeux se troublent un peu, mais il n'a rien aux oreilles.

Le 15, moins d'engourdissements; mais le dynamomètre ne marque pas davantage, 20 kil. à droite, 21 à gauche.

Le 16, la vue est redevenue bonne.

Le 19, la sensibilité du corps est bonne, mais il n'a pas plus de force.

Le 22, les jambes sont très-lourdes, mais il n'a plus de picotements; sa voix est un peu plus claire.

Le 1er février, on cesse la strychnine, et on reprend le sirop de citrate de fer. On commence les bains sulfureux.

A partir de ce moment la force fait de sensibles progrès, et le dynamomètre marque successivement:

Le 5 février,	28 à droite,	26 à gauche.	
11	— 34	— 28	—
15	— 34	— 30	—
17	— 32	— 34	—

Ce malade a reçu une lettre le 18 février qui l'oblige à sortir de l'hôpital ce jour même.

Obs. IV. — *Paralysie consécutive à la diphthérie.*
(Communiquée par M. le docteur Faure.)

Le 24 janvier 1859, je fus appelé à sept heures du soir auprès d'un enfant âgé de cinq ans et demi, B. G..., rue Honoré-Chevalier. Quand j'arrivai, je trouvai l'enfant suffoquant; l'arrière-gorge était tapissée de fausses membranes épaisses, nacrées et solides: on avait mis un vésicatoire et on avait appliqué 20 sangsues sur le cou. A peine étais-je arrivé, que l'enfant perdit connaissance. Je pris des ciseaux dans ma trousse, et, éclairé seulement d'une chandelle que tenait un ouvrier de la maison, je mis la trachée à nue, puis je la fendis; cette opération se fit rapidement, sans écoulement de sang et sans aucun signe de sensibilité de la part de l'enfant, qui restait immobile.

Après quelques instants, il revint à lui; j'envoyai chercher une canule chez M. Charrière. Pendant quatre jours nous fûmes pleins d'espoir; puis la poitrine se prit gravement; il rendait par la canule une matière visqueuse, comme gommeuse, qui se desséchait très-vite et adhérait ensuite fortement. Les accès de suffocation se renouvelèrent, et il succomba dans la nuit du cinquième au sixième jour.

Le 3 février, quatre jours après, on vint me chercher pour son frère. Je trouvai chez cet enfant, comme chez le précédent, d'épaisses fausses membranes sur les amygdales et les piliers. Il y avait de la dyspnée, de la toux et des accès de suffocation. Je cautérisai aussitôt avec l'acide chlorhydrique pur.

Le lendemain 5, la mère, femme de trente-huit à trente-neuf ans, était prise de la même manière; chez elle, il y avait une tuméfaction considérable des ganglions du cou: elle fut aussi cautérisée.

Le 5 au soir, on m'appela rue Cassette, 17, pour un ami de la famille, M. A..., qui avait passé une nuit auprès de l'enfant défunt. Je le trouvai atteint de la même façon que la mère et l'enfant, et comme eux se plaignant d'une très-vive douleur; les ganglions étaient très-tuméfiés. — Cautérisation deux fois par jour avec l'acide chlorhydrique; insufflation d'alun en poudre, etc.

Le 11, la femme de ce malade est prise de la même manière.

Le 17, ces quatre malades étaient en pleine convalescence; mais la sœur de cette dernière, qui demeurait dans le même logement, est prise à son tour et avec le même degré de gravité.

Le 25 février, M. A..., au moment où je quittais sa belle-sœur, me dit en riant, et sans y attacher d'ailleurs aucune importance, qu'il lui arrivait quelque chose de très-singulier: il ne pouvait plus prononcer certains mots; soit qu'il lût, soit qu'il parlât, il se trouvait tout à coup arrêté devant quelques assemblages de sons. Je le fis lire, et, en effet, je le vis, à la quatrième ligne, s'arrêter involontairement. Avec ses lèvres et sa langue, il faisait des efforts impuissants. Le mot une fois passé, il reprenait sa lecture jusqu'à ce qu'un autre obstacle l'arrêtât. J'examinai l'intérieur de sa gorge. Le voile du palais était relâché d'un côté, de telle sorte que le bord postérieur offrait une ligne très-irrégulière; la luette était tirée du côté opposé, elle était très-contractée et à peine saillante. Cette situation devint plus grave; le nombre des mots difficiles ou impossibles à prononcer augmenta; bientôt le malade ne put plus parler; de plus, sa voix avait pris un nasonnement remarquable; et enfin, quand il buvait ou quand il mangeait, on voyait presque de suite survenir un accès de toux violente, et il rejetait par les narines une partie des substances introduites.

Le 3 mars, la femme de ce malade était prise des mêmes symptômes; seulement chez elle la voix était plus nasonnante. Comme je les avais prévenus de ce qui pouvait arriver, tout en les rassurant, ils n'avaient aucune inquiétude sur leur état; mais ils ne pouvaient se regarder ou se parler sans de grands éclats de rire, en raison des grimaces qu'ils se voyaient faire.

Peu de jours après la sœur de Mme A... fut prise de la même manière.

Chez M. A... les membres perdaient de leur force, la station debout était difficile, et il lui était impossible de tourner une règle sur le papier, à plus forte raison d'écrire.

Cet état se prolongea à la fin d'avril. M. et Mme A... étant venus me voir, je constatai que leur voix était encore fort altérée.

Je les envoyai à la campagne, et leur prescrivis un régime tonique et fortifiant sous tous les rapports; toutefois M. A..., que j'ai rencontré vers la fin du mois de juin, m'a affirmé qu'il se sentait encore faible sur ses jambes, que ses mains n'avaient pas encore repris leur activité naturelle, et qu'il avait encore une certaine difficulté à s'exprimer. Ce qui est certain, c'est que sa voix est loin d'être claire comme elle l'était autrefois.

En résumé, un enfant meurt d'une affection pseudo-membraneuse des voies respiratoires.

Son frère prend la même affection; puis leur mère, puis un ami qui avait passé une nuit auprès de l'enfant mort; puis la femme de celui-ci, puis la sœur de cette dernière.

Ces cinq derniers malades survivent, les deux premiers ne présentant aucun phénomène consécutif, les trois autres, au contraire, en présentant de graves, de même forme et de même caractère.

On ne peut pas dire que ces symptômes aient été produits par le traitement, c'est-à-dire par la cautérisation de l'arrière-gorge, car chez la dernière malade je me suis abstenu de toute cautérisation, et les symptômes consécutifs du côté de l'arrière-gorge ont été tout aussi marqués.

Cette année, au mois de mars, M. Faure a vu, rue Fortin, à Batignolles, une petite fille de neuf ans, qui, à la suite d'une angine couenneuse, avait été pendant trois mois *absolument aveugle*, bien que ses yeux ne présentassent alors, au dire des parents, extérieurement aucun signe de maladie.

QUELQUES MOTS

à propos d'un symptôme peu connu d'une variété de grenouillette.

Par M. Maugin, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Certaines variétés de grenouillette présentent à l'observateur un symptôme rare et cependant incontestable. Je veux parler de l'augmentation de volume de la tumeur pendant les repas. Ce phénomène, quand il se présente, est facile à observer; on peut le reproduire à volonté en donnant à manger aux malades, ils ont alors parfaitement conscience d'une gêne plus considérable.

Ce n'est donc pas sans un vif sentiment d'étonnement et de surprise que j'ai appris que l'énonciation de ce fait avait été traitée d'*énormité*. Je comprends que ce mot soit appliqué à un jugement précoce ou téméraire, mais je ne puis que m'affliger de le voir employer à propos d'un fait qu'on peut constater sans être un homme de génie.

Il n'y a plus de censure scientifique; le serment des vieilles Facultés n'est plus qu'un souvenir historique; il est, donc, un peu tard pour venir invoquer la formule surannée: *Magister dixit*. Et, du reste, un maître a parlé, c'est la Société de chirurgie. Il est difficile de dire qu'on n'a pas entendu la voix de celui-là, et je puis repousser tout d'abord une fin de non-recevoir basée sur l'ignorance, car ce maître parle publiquement, et il imprime ce qu'il dit. J'ouvre, en effet, les *Mémoires de la Société de chirurgie*, et voici ce que je lis (tome III, 1853; *Rapport de M. Forget sur un travail de M. Jarjavay, relatif à la dilatation des conduits excréteurs des glandes*, p. 519):

« Il s'agit d'une jeune femme qui, pendant dix-sept ans, et ce n'est pas là le détail le moins intéressant de cette observation, présenta, à des alternatives de temps indéterminées, des accès de douleur et de gonflement dans la partie latérale gauche de la région glotto-sus-hyoïdienne; ces accès, qui se produisaient *constamment pendant les repas*, disparaissaient immédiatement après... M. Jarjavay examina cette femme pendant son repas, et vit quelques minutes après qu'elle eut commencé à manger, une notable tuméfaction sur le trajet du conduit de Warthon, avec sensation douloureuse se propageant jusqu'à la glande... »

Et plus loin (p. 521; *Observation de grenouillette* due à M. Richet): « Le 3 novembre 1847, M. B..., âgé de vingt-deux ans, fut pris tout à coup *en mangeant* d'une douleur très-vive dans la région maxillaire gauche. Appelé immédiatement auprès de M. B..., je constate, dit M. Richet, un gonflement douloureux de cette région non accompagné d'empâtement... J'aperçus sous la langue, au niveau de la deuxième et de la troisième dents molaires, une tumeur arrondie, de la grosseur d'une petite noix. Cette tumeur, comme transparente, semblait contenir un liquide clair... Un an se passe, et M. B... se croyait bien à l'abri d'un nouvel accident semblable à celui qu'il avait éprouvé, lorsque tout à coup et de la même manière, il est pris, le 15 novembre 1848, de douleur et de gonflement dans la région maxillaire... »

Les noms que je viens de citer doivent suffire pour servir de parrains à l'opinion que j'ai émise. Elle me paraît parfaitement viable et bien constituée. Cependant, pour achever de convaincre ou du moins pour donner une preuve de plus, je vais rapporter l'observation d'un fait récent que j'ai vu à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 68.

Le 28 octobre 1859, Mme D..., âgée de soixante ans, entra à l'hôpital, demandant à être débarrassée d'une tumeur placée sous la langue et qui gênait la parole et la mastication. Cette tumeur avait environ le volume d'une grosse fève; elle était placée sur le plancher de la bouche, derrière l'arcade dentaire, sur le côté gauche du frein de la langue. Sa surface supérieure était irrégulièrement bosselée, et la plus élevée de ces bosselures présentait une coloration bleuâtre. En cet endroit, l'enveloppe semblait être amincie, et on voyait comme une sorte de transparence. La sensation de fluctuation était très-manifeste. Aucun empâtement n'existait autour de la tumeur ni au-dessous de la mâchoire; les ganglions étaient sains.

La malade s'était aperçue de la présence de cette tumeur environ dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital, et quand elle avait atteint environ le volume d'un petit pois.

Mme D... ajouta à ses réponses, et sans qu'on portât son attention sur ce sujet, que *sa tumeur grossissait et la gênait davantage au moment où elle allait se mettre à table; qu'elle revenait à son volume primitif quelque temps après le repas.* Depuis quelque temps ce phénomène se reproduisait invariablement dans les mêmes circonstances. Plusieurs fois elle insista sur ce fait, que toutes les personnes qui suivent le service ont pu constater facilement.

M. Dolbeau, qui remplace M. Richet, diagnostiqua une grenouillette. Il fit le 31 octobre la ponction du kyste avec le trocart. Il y eut issue d'un liquide clair et filant. La ponction fut immédiatement suivie d'une injection iodée au tiers.

La réaction fut peu intense, et pendant quelques jours le volume de la tumeur fut sensiblement diminué. Mais l'amélioration ne fut pas de longue durée.

Le 5 novembre, le kyste avait repris ses dimensions premières, et présentait les mêmes symptômes qu'auparavant. Une nouvelle ponction donna issue à du liquide filant, semblable, quant à la consistance et à la couleur, à l'albumine de l'œuf. M. Dolbeau injecta par la canule de la teinture d'iode pure. La malade eut de la fièvre le lendemain.

Le 7, la santé générale était bonne.

Mais Mme D... n'était pas guérie. Le kyste se remplit peu à peu de liquide et redevint douloureux pendant la mastication.

Le 10, le chirurgien excisa une partie de la paroi supérieure du kyste, après avoir constaté que les injections iodées avaient amené une rétraction des tissus et par suite une certaine gêne dans les mouvements de la langue. Cet organe était bridé et ne pouvait plus être tiré hors de la bouche, ni porté en haut et en arrière vers la voûte palatine. Pendant ce dernier mouvement, il était facile de voir la muqueuse, tiraillée, résister à la traction exercée par la langue.

Mme D... sortit le lendemain.

Je l'ai revue depuis. Une pellicule extrêmement fine et transparente est venue occuper l'espace circonscrit par l'excision. Le kyste s'est de nouveau rempli, mais il s'est rompu une fois spontanément à l'endroit où la paroi est mince, après s'être gonflé subitement au moment où la malade allait se mettre à table, et elle a senti manifestement dans la bouche l'issue d'une certaine quantité de liquide. L'ouverture accidentelle n'a pas mis après cela vingt-quatre heures à se refermer.

Il me reste à signaler l'absence de calculs salivaires dans cette grenouillette et la douleur produite par la pression du doigt. Cette douleur a déjà été indiquée par M. Richet dans l'observation dont j'ai cité plus haut un passage comme un signe diagnostique entre les grenouillettes salivaires et les kystes séreux simples du plancher de la bouche, qui sont le plus souvent indolents.

Je ne veux tirer aucune conséquence du fait que je rapporte sur le siége, la nature et le traitement de la grenouillette salivaire. Ce fait est assez éloquent et assez clair par lui-même.

Maintenant, c'est la nature qu'il faut accuser d'*énormité*. Mais il est prudent de ne pas lui infliger à la légère les reproches d'ignorance ou d'absurdité auxquels elle échappera toujours fatalement pour nous.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 novembre 1859. — Présidence de M. de Sénarmont.

Calculs urinaires vésicaux. — M. J. Cloquet communique à l'Académie les deux observations suivantes:

Obs. I. *Calcul urinaire chez un enfant nouveau-né.* — L'observation de ce fait pathologique, qui m'a été communiquée par M. le docteur Burdel, médecin en chef de l'hôpital de Vierzon, m'a paru devoir intéresser l'Académie sous plus d'un rapport: les faits de ce genre sont très-rares, bien qu'on en possède quelques exemples, auxquels celui-ci vient s'ajouter.

M. le docteur Burdel a extrait ce calcul de l'urèthre d'un enfant de cinq mois. Le corps étranger venait de sa vessie, et, trop volumineux pour être expulsé, il s'était arrêté dans la partie inférieure du canal. Arrivé là, il augmenta graduellement de volume, en dilatant la partie de l'urèthre où il s'était engagé. Les parents avaient observé que peu de temps après sa naissance l'enfant n'urinait que rarement, qu'il criait beaucoup, était inconsolable, et que parfois il restait trente à quarante heures sans être mouillé; aussi la vessie avait-elle pris un développement énorme et dépassait le niveau de l'ombilic; l'urine avait une acidité très-marquée.

Lorsque l'enfant fut présenté à M. le docteur Burdel, l'urine ne s'échappait que goutte à goutte, et la vessie faisait fortement saillie au-dessus du pubis.

Le calcul, que l'on sentait avec le doigt, formait une nodosité sur le trajet du canal. Une simple incision a suffi à M. Burdel pour le saisir et l'extraire. Après la sortie du calcul, la plaie fut fermée par une serre-fine et complétement cicatrisée au quatrième jour.

J'ai examiné le calcul, qui m'a été remis avec l'observation par mon honorable confrère. Il est irrégulièrement allongé et arrondi, plus épais à l'une qu'à l'autre de ses extrémités. Il pèse 48 centigrammes. Sa couleur est d'un gris-verdâtre. Sa surface, rugueuse, inégale, est couverte de petites saillies mamelonnées qui me firent reconnaître à la première vue que c'était un calcul mural composé d'oxalate de chaux, bien que certains calculs d'acide urique offrent des rugosités mamelonnées de même apparence; mais ces dernières sont moins rudes, plus douces au toucher que celles des calculs formés par ce sel calcaire. Mon opinion à cet égard a été confirmée par l'analyse que notre confrère M. Frémy a bien voulu faire de cette concrétion urinaire.

« Le calcul, m'écrit M. Frémy, est formé par de l'oxalate de chaux; il ne contient que des traces de phosphate de chaux et de substance organique azotée de nature albumineuse; il ne contient ni acide urique ni phosphate ammoniaco-magnésien. Il est à regretter qu'on n'ait pas analysé l'urine de l'enfant, dont on a seulement constaté l'extrême acidité. »

OBS. II. *Deux calculs urinaires volumineux, trouvés dans la vessie d'un sanglier.* — Les deux calculs que je présente à l'Académie ont été trouvés dans la vessie d'un jeune sanglier, par l'un de nos correspondants, M. Chevandier, à Cirey (Meurthe). M. Chevandier avait envoyé ces pierres urinaires à M. Isidore Geoffroy-Saint Hilaire, qui m'a proposé de les examiner et d'en rendre compte, en les présentant à l'Académie de la part de son correspondant à Cirey.

Voici les renseignements qui m'ont été fournis :

Le sanglier avait deux ans et demi; il était très-gras et ne paraissait nullement se ressentir, dans ses allures, de la maladie dont il était atteint.

C'était, à la connaissance de M. Chevandier et de tous les chasseurs des environs, le premier exemple d'une semblable affection chez un sanglier.

L'un des calculs dont il est question pèse 64 gr. 75, et l'autre 61 gr. 20. Ils sont l'un et l'autre d'une couleur fauve-jaunâtre, tirant sur le brun. Leur pesanteur paraît considérable relativement à leur volume.

Le plus volumineux de ces calculs est triangulaire, et chacune des trois faces que limitent des angles obtus sont légèrement convexes et d'un poli remarquable, comme éburnées.

Le second calcul, d'un volume un peu moindre que le précédent, est d'une forme moins régulière, quoiqu'il présente aussi trois faces polies, une plus large que les deux autres, et qui, au lieu d'être convexes comme dans l'autre concrétion, sont concaves et s'adaptent exactement aux premières, ainsi qu'on le voit entre les surfaces contiguës des os dans plusieurs articulations diarthrodiales.

L'aplatissement en facettes, aux points de contact, des calculs multiples, ne dépend pas seulement de l'usure par les frottements que ces corps solides éprouvent les uns contre les autres, par les mouvements du corps et ceux que leur impriment les contractions de la vessie, ainsi qu'on l'a admis assez généralement; il est bien plus le résultat de la difficulté qu'éprouve la cristallisation, l'incrustation des sels urinaires dans les parties sous-jacentes de la concrétion, ainsi que je l'ai démontré dans un *Mémoire sur les calculs urinaires* que l'Académie a couronné en 1822. La cristallisation des sels de l'urine est seulement plus lente dans les points de contact des calculs multiples que sur leurs parties libres qui baignent continuellement dans le liquide où les sels sont en dissolution.

La section de l'un de ces deux calculs, faite perpendiculairement à ses surfaces de contact, prouve la vérité du mode d'accroissement que j'avais indiqué pour les couches des calculs à facettes contiguës. En effet, au lieu d'être détruites, coupées, interrompues, comme cela arriverait si les facettes étaient dues à une usure par frottement, les couches concentriques sous-jacentes existent en même nombre tout autour du noyau central, seulement elles sont infiniment plus minces au niveau de ces faces de contact dont elles ont la direction, tandis que leur épaisseur et leur courbure deviennent d'autant plus marquées, qu'elles se rapprochent des angles ou parties qui sont exemptes du contact et de la pression d'un autre calcul.

Le centre du calcul est occupé par un noyau oblong, formé de cristaux confus, irrégulièrement agglomérés, d'une couleur jaune fauve, et entouré de couches très-denses, alternativement d'un jaune pâle ou foncé. On observe que, dès leur formation autour du noyau central, les couches ont pris la disposition qu'elles ont conservée à mesure que les calculs ont augmenté de volume.

Suivant M. Frémy, qui a fait l'analyse de ces calculs, ils contiennent :

1° Phosphate ammoniaco-magnésien. . . .	93,42
2° Phosphate de chaux tribasique.	2,04
3° Matière organique azotée.	4,34
	99,80

La quantité considérable de phosphate ammoniaco-magnésien trouvée dans les calculs de ce sanglier me paraît donner quelque intérêt à l'analyse qui en a été faite.

Animaux ressuscitants. — M. DOYÈRE, à l'occasion d'une communication faite à l'Académie dans la séance du 18 octobre dernier, adresse la lettre suivante :

Avant de répondre à la communication par laquelle M. Pouchet a voulu infirmer devant l'Académie le phénomène de la réviviscence, j'ai cru devoir attendre les résultats d'expériences commencées il y a plus de trois mois. Ces résultats, dont quelques-uns viennent d'être publiés, ont prouvé que je n'ai rien à retrancher de mon Mémoire de 1842.

Les Rotifères, les Tardigrades et les Anguillules des toits peuvent être desséchés, *à froid*, aussi absolument que le permettent les moyens les plus rigoureux de la science; et, après avoir été desséchés ainsi, ils peuvent être portés jusqu'à des températures notablement supérieures à 100 degrés, sans perdre la faculté de revenir à la vie par la réhumectation.

En se servant exclusivement de la dessiccation à chaud, M. Pouchet a réussi à porter ses animalcules jusqu'à 90 degrés, sans anéantir leur réviviscence. Entre ses animalcules ainsi desséchés et ceux que j'appelle *desséchés absolument*, il n'y a évidemment de différence que pour la minime fraction d'eau que les premiers retiennent au sein d'un air humide, M. Pouchet ne desséchant pas l'air de ses étuves. Mais cette minime fraction suffit pour abaisser le degré de température auquel la substance des tissus s'altère. Ce que personne ne consentira à admettre, ce sont des enveloppes qui, laissant les animalcules se réendosmoser en quelques minutes lorsqu'on les réhumecte, empêchent, au contraire, assez énergiquement le même liquide de s'exhaler, pour que ces mêmes animalcules conservent l'humidité de leurs tissus, et vivent pendant deux heures entre 80 et 90 degrés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, sont nommés membres du jury du concours qui s'ouvrira à Montpellier, le 1er décembre prochain, pour trois places d'agrégés stagiaires (médecine proprement dite et médecine légale) :

MM. Donné, recteur de l'Académie, président; Jaumes, professeur de pathologie et thérapeutique générales; René, professeur de médecine légale; Dupré, professeur de clinique médicale; Anglada, professeur de pathologie interne; Ribes, professeur d'hygiène; Parlier, agrégé en exercice. — *Juges supplémentaires* : MM. Golphin, professeur de thérapeutique et matière médicale; Fuster, professeur de clinique médicale; Combal et Girbal, agrégés en exercice.

— Par un second arrêté, sont nommés membres du jury du concours qui s'ouvrira à Strasbourg le 1er décembre prochain, pour une place d'agrégé stagiaire (médecine proprement dite et médecine légale) :

MM Ehrmann, doyen de la Faculté, président; Stœber, professeur de pathologie et thérapeutique générales; Forget, professeur de pathologie médicale et clinique; Ch. Schützenberger, professeur de pathologie médicale et clinique; Tourdes, professeur de médecine légale; Hirtz et Wieger, agrégés en exercice. — *Juges supplémentaires* : MM. Coze, professeur de matière médicale et de pharmacie; Stoltz, professeur d'accouchements et de clinique d'accouchements; Dagonet et Stohl, agrégés en exercice.

— Par décret du 13 novembre 1859, ont été promus ou nommés dans le corps des officiers de santé de la marine, à la suite des concours ouverts dans les ports, savoir :

Au grade de chirurgien de 1re classe. — MM. les chirurgiens de 2e classe, Villaret, Barthélemy-Benoit, Béguin, Courbon, Savina, Rolland, Le Coniat.

Au grade de chirurgien de 2e classe. — MM. les chirurgiens de 3e classe, Falot, Bompar, Amalbert, Verse, Foucheraud, Rougon, Richaud, Cotino, Jaquolot et Doublet.

Au grade de chirurgien de 3e classe. — MM. les élèves, Talairach, Bourru, Coste, Garnier, Friocourt, Petipas la-Vasselais, Besombes, Aurillac, Piriou, Le Grand et Foll.

— Nous avons le regret d'avoir à annoncer un nouveau cas de mort par le chloroforme. Une femme d'un certain âge, mais fortement constituée, était entrée à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Manec, pour une luxation de l'épaule. Après avoir échoué dans ses premières tentatives de réduction, M. Manec eut recours au chloroforme. La luxation fut assez facilement réduite, mais à peine le chirurgien venait-il de terminer ses manœuvres que la malade expirait. Rien n'a pu la rappeler à la vie. Nous publierons prochainement les détails de ce fait malheureux.

— M. le docteur Thèze, chirurgien de 1re classe de la marine, chevalier de la Légion d'honneur, est mort à Gorée (Sénégal), le 10 octobre dernier, à l'âge de trente-quatre ans, des suites d'une fièvre épidémique.

— Nous avons annoncé qu'un concours pour trois places d'agrégés stagiaires (section de médecine proprement dite et de médecine légale) doit s'ouvrir le 1er décembre à la Faculté de médecine de Montpellier. Les candidats inscrits sont : MM. Barbaste, Batigne, Battle, Bertin, Blanc, Castan, Dumas, Espagne, Ronzier-Joly et Vignal.

— M. le docteur Debange, ancien interne des hôpitaux, a été nommé chef de la clinique obstétricale de Lyon, en remplacement de M. le docteur P. Meynet, dont les deux années de service finissaient avec l'année scolaire 1858-1859.

— M. Parrayon, membre du conseil de salubrité de Lyon, membre du jury médical du Rhône, ancien président de la Société de pharmacie, vient de succomber à une attaque d'apoplexie.

— La diminution progressive des étudiants en médecine qui a lieu dans nos Facultés depuis vingt à vingt-cinq ans, s'est également manifestée en Portugal. Il résulte d'un tableau statistique officiel énonçant le nombre des élèves inscrits chaque année à l'Ecole médico-chirurgicale de Lisbonne, que de 1839 à 1859 inclusivement, 4,949 inscriptions ont été prises, soit une moyenne annuelle de 400 réparties entre les cinq années d'étude, et 339 thèses soutenues. Mais tandis que 271 inscriptions figurent dans l'année scolaire 1838-39, il n'y en a plus que 62 en 1848-49, et 30 seulement dans l'année qui vient de finir 1858-59; 54 thèses sont signalées en 1844-45, et le nombre en est réduit à 8 en 1858-59. (*Gazeta medica de Lisboa.*)

— M. le docteur Duchesne-Duparc reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, jeudi prochain 24 novembre, à son dispensaire de la rue Larrey, 8, près l'Ecole de médecine, et les continuera les jeudis suivants, à onze heures précises du matin.

— M. le docteur Sandras a commencé son cours public sur les maladies nerveuses hier 21 novembre, à midi, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure.

Il traitera de l'état nerveux et des névroses générales.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 137. — JEUDI 24 NOVEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 137. — JEUDI 24 NOVEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 NOVEMBRE 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nos lecteurs connaissent déjà le procédé d'inhalation du chloroforme par une seule narine, proposé par M. le docteur Faure. Ce nouveau mode d'administration des agents anesthésiques, auquel M. Faure a été conduit par ses recherches sur l'asphyxie et sur les effets du chloroforme, a été le sujet d'une communication intéressante de M. le Dr Béraud. Chargé par intérim pendant deux mois de l'un des services de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, M. Béraud a saisi cette occasion pour étudier le procédé de M. Faure. Les résultats que M. Béraud a obtenus de ses nombreux essais nous paraissent dignes d'être pris en sérieuse considération, en présence des accidents si regrettables qui se sont produits dans ces derniers temps, et dont nous avons à déplorer encore en ce moment un nouvel exemple. Nous avons pensé qu'on lirait avec intérêt ce document clinique plein d'actualité, aussi le mettons-nous tout entier sous les yeux de nos lecteurs.

M. Trousseau a lu un court extrait du rapport annuel sur les épidémies, rapport dont les conclusions tout administratives ont dû être discutées en comité secret. Nous reviendrons plus tard sur la partie scientifique de ce rapport, qui ne peut manquer de nous offrir plus d'un enseignement utile.

Dr Brochin.

HOPITAL MILITAIRE DE TOULON. — M. SECOURGEON.

Observations d'enchondromes du tissu musculaire.

Par M. le docteur BUEZ, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg.

L'étude clinique des tumeurs cartilagineuses a été poursuivie avec beaucoup d'ardeur dans ces dernières années, et la plupart des chirurgiens leur ont consacré une part importante dans des traités spéciaux. L'application du microscope à la détermination et à la classification des divers produits pathologiques de l'organisme, a surtout contribué à débrouiller le chaos dans lequel étaient tombés les anciens à cet égard : on a pu ainsi, en évitant une confusion qui embarrassait singulièrement le terrain de la chirurgie, rapporter à des types, à des genres bien tranchés, une foule de faits qui paraissaient au premier abord devoir se soustraire à toute loi synthétique.

Si l'on consulte les anciens auteurs au sujet des tumeurs cartilagineuses, on rencontre des opinions bien diverses et une grande confusion, lorsqu'il s'agit de classer des faits sur la nature desquels règne une grande hésitation.

Ces faits nouveaux, ou plutôt mieux observés, étaient déjà l'objet de nombreuses discussions au sein de l'ancienne Académie de chirurgie.

Chopart, dans un mémoire important sur les loupes (1), dit à propos du diagnostic différentiel : « Il ne faut pas confondre avec elles (loupes) les tumeurs qui se forment dans la substance même des os, dont la matière est renfermée dans un sac membraneux ou dans les cellules osseuses, et qu'on a désignées sous le nom d'*ostéotéatomes, ostéathéromes*...

» Le 15 mai 1766, j'ai présenté à l'Académie une observation sur plusieurs ostéo athéromes situés à la tête d'un enfant. »

A. Cooper cite des cas qu'il appelle *exostoses cartilagineuses médullaires*, par opposition aux *exostoses périostales* (2). Ces cas, dit Muller (3) se rapportent évidemment aux enchondromes des os avec coque osseuse.

Bordeu, dans son travail sur les écrouelles, mentionne sous le nom d'*observations particulières sur les écrouelles*, des tumeurs énormes situées sur tous les doigts de la main, et qui semblaient des vessies, dans lesquelles on sentait craquer quelque chose de cartilagineux ou comme du parchemin sec (1)... »

(1) *Essai sur les loupes*, par M. Chopart. Prix de l'Académie de chirurgie, t. IV (2e partie), p. 288. — Paris, M.DCC.XLIII.
(2) *Essai sur les exostoses*.
(3) *Traité des tumeurs*, 1838.

On retrouve la désignation d'*ostéostéatome* dans une observation de tumeur cartilagineuse rapportée dans la *Médecine de Haller* (2).

Vigarous de Montagut en fait des *loupes osseuses* (3).

On sentit bientôt la nécessité de faire une étude plus approfondie de ces tumeurs, dont l'observation devenait de plus en plus fréquente, et d'établir une distinction entre des faits de nature bien différente, et qu'on avait attribués pendant trop longtemps à des modifications du même état pathologique. Dupuytren avait ouvert la voie à des recherches plus exactes dans l'étude des tumeurs en général, et avait jeté beaucoup de jour dans le diagnostic différentiel des tumeurs de la mâchoire inférieure en particulier.

Muller désigna les tumeurs cartilagineuses sous le nom d'*enchondromes* (4); M. Fichte leur conserva le même nom (5); M. Paget leur consacra un chapitre important dans son *Traité des tumeurs* (6). En France, M. Cruveilhier surtout en fit une détermination rigoureuse (7); il distingue d'abord les productions cartilagineuses des os, qu'on peut diviser en deux classes, soit qu'elles naissent du périoste, soit qu'elles naissent dans l'épaisseur de l'os lui-même. Dans le premier cas, ce sont des chondrophytes et ostéochondrophytes (ou périchondromes); dans le deuxième cas, ce sont les enchondromes proprement dits. C'est la division de Muller qui donne d'abord le nom d'*enchondrome* à toutes les tumeurs cartilagineuses, et les divise ensuite en deux catégories :

1° Enchondrome des os *avec coque osseuse* (enchondrome proprement dit).

2° Enchondrome *sans coque osseuse* (chondrophytes, ou périchondrome).

M. Cruveilhier poursuit son étude des productions cartilagineuses dans le tissu cellulaire libre, dans les membranes séreuses et synoviales.

Un troisième genre comprend les chondromes des membranes séreuses et fibro-séreuses, du tissu musculaire, des glandes, etc.

De nombreuses observations vinrent enrichir la science à ce sujet, et furent l'occasion de nouvelles monographies (8). C'est à l'aide de tous ces matériaux que M. Dolbeau est parvenu à faire une histoire très-complète de l'enchondrome, qu'il a recherché dans les régions du corps (9) qui en sont le plus fréquemment affectées.

Ces productions cartilagineuses ne sont pas également communes dans tous les tissus de l'organisme; si elles apparaissent fréquemment dans les os, elles sont, en revanche, assez rares dans le tissu musculaire proprement dit. « Le tissu musculaire présente quelquefois des productions cartilagineuses dans son épaisseur, productions cartilagineuses qui font souvent suite à des productions osseuses. Je l'ai observé dans les muscles qui environnent d'anciennes luxations non réduites, dans l'épaisseur des muscles de l'éléphantiasis (10). »

Il ne serait pas difficile, en compulsant les anciennes observations de tumeurs *curieuses* et *rares* développées dans des masses musculaires, de rencontrer quelques cas qui se rapportent évidemment à des chondromes. C'est ainsi que l'examen attentif d'une énorme tumeur observée à la cuisse par Du Fossard, chirurgien de l'hôpital de Bicêtre (11), nous révélerait probablement aujourd'hui, à l'aide des moyens d'investigation plus exacts que nous possédons, une tumeur cartilagineuse. L'*exposition au feu*, aux *agents chimiques*, dont on disposait alors, ne peut cependant éclairer suffisamment le diagnostic au sujet de ce fait si intéressant.

Une observation non moins curieuse, et très-probable quoique révoquée en doute depuis par beaucoup d'auteurs, est celle de Colombas (1), qui trouva la cloison du *cœur* cartilagineuse.

(1) Prix de l'Académie de chirurgie, t. III, page 109. Paris, 1750.
(2) *Osteosteatomatis casus rarior, a Fred. Jac. Tettmann.* Haller, Th. med., t. VI.
(3) *Opuscule sur la génération des os, les loupes osseuses et les hernies*, p. 8. Paris, 1788.
(4) *Loc. cit.*
(5) *Ueber das Enchondron*, 1853.
(6) *Lecture on Tumours*, 1853.
(7) *Traité d'anatomie pathologique*, t. III, Paris, 1856.
(8) Thèses de MM. Fayau et Favenc. Paris, 1855-1856.
(9) *Arch. de méd.*, 1858; *Gaz. hebd.*, 1858; *Monit. des Hôp.*, 1859.
(10) Cruveilhier, *loc. cit.*, p. 823.
(11) *Mém. Acad. chirurg.*, t. I, p. 27.

On peut conserver des doutes sur la véritable nature des tumeurs rapportées par Warren (2) comme cancéreuses et mélaniques. Une de ces tumeurs avait son siége à la partie antérieure de la cuisse, dans l'épaisseur du muscle droit antérieur; la moyenne partie était formée de substance musculaire noire, indurée; au centre se trouvait un noyau à coque osseuse d'un pouce de diamètre, renfermant un liquide noir. La tumeur enlevée, il n'y eut pas de récidive.

Le même auteur décrit sous le nom de squirrhe une tumeur qu'il enleva au niveau de la base de la poitrine du côté gauche (le malade l'attribuait à un coup de soulier reçu dans cette région); sa consistance offrait la dureté d'une périostose; la peau était sillonnée de veines variqueuses. La masse enlevée présentait une dureté cartilagineuse; sur sa surface, on reconnaissait les débris des muscles auxquels elle était adhérente; son intérieur était formé d'une substance brune dans laquelle une multitude de petites granulations se trouvaient mêlées à un tissu d'apparence fibreuse. La portion profonde était aussi dure que le reste.

Le peu de fréquence relative du chondrome musculaire nous a engagé à publier l'observation suivante, que nous avons recueillie dans le service de M. le docteur Secourgeon, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulon :

B..., âgé de vingt-cinq ans, soldat au 37e de ligne, terrassier de son état, entre à l'hôpital le 22 septembre, pour une tumeur située à la paume de la main droite, dans la région du cinquième métacarpien; elle date de quatre mois et demi; le malade ne sait à quelle cause l'attribuer (pas de maladies antérieures); il a bien fait une chute sur la main droite, mais déjà, à cette époque, existait la tumeur, qui avait alors la grosseur d'une noisette; il est vrai que depuis ce moment elle a augmenté très-vite, de stationnaire qu'elle paraissait être. Est-il besoin d'ajouter que la chute faite par le malade n'avait déterminé aucune lésion, ni fracture ni plaies? Ce fut seulement *après* cet accident que se manifestèrent des douleurs lancinantes à caractère intermittent dans la tumeur, et une sensation de chaleur souvent insupportable, *pendant la nuit*, dans tout le bras. La douleur était surtout intense lorsqu'un corps étranger, par exemple, venait heurter la tumeur.

Celle-ci, à son début, était d'abord molle, puis comme pâteuse et très-mobile; bientôt vinrent s'ajouter à ce noyau central (après la chute) de petites aspérités irrégulières et très-dures, et la tumeur ne fit que croître dans ces conditions. Aujourd'hui, la masse centrale a acquis le volume d'une grosse noix, d'où partent dans tous les sens des *bosselures*, dont quelques-unes sont de véritables arêtes. Le cinquième et une partie du quatrième métacarpien sont ainsi recouverts; la mobilité persiste, quoique moins grande; la dureté est partout *osseuse*, la sensation d'un frottement rugueux très-distincte, la peau intacte, de coloration normale sans réseau veineux, et adhérente à la tumeur. Il est à remarquer que les douleurs *spontanées* ont disparu depuis le changement de consistance de la tumeur, et qu'elles sont même très-faibles devant un choc assez résistant. Ce n'est pour le malade qu'une question de gêne, lorsqu'il veut saisir un objet de la main droite. Les mouvements de l'annulaire, de l'auriculaire surtout, sont gênés; ceux de flexion sont encore possibles, mais ceux d'extension nuls. Il y a donc une légère déformation dans l'attitude des deux derniers doigts. La constitution du sujet est très-vigoureuse, et n'a en rien souffert de la présence de cette tumeur.

M. Secourgeon se décide immédiatement à enlever la tumeur : il en circonscrit le sommet par une incision ovalaire, dissèque la peau dans tout le pourtour, et énuclée la masse en divisant les fibres musculaires auxquelles elle adhère profondément. Pas d'hémorrhagie. Réunion des téguments au moyen de deux points de suture.

Examen de la tumeur. — C'est un corps très-dur, très-irrégulier, très-bosselé, parfaitement organisé : la couche superficielle se laisse un peu déprimer et présente l'élasticité du cartilage; elle est très-mince. Les couches centrales sont pierreuses, sans aucun mélange de tissu interposé. Le microscope confirme le diagnostic qu'on pouvait déjà porter. A la simple inspection de la tumeur, on trouve dans les premières couches une substance amorphe creusée d'excavations tapissées d'une *membrane* (*anhiste*), et renfermant une et deux cellules. Les couches centrales sont formées exclusivement d'une masse blanche, dans laquelle on rencontre des *ostéoplastes* (*corpuscules osseux*), qui rappellent la forme des cellules plasmatiques étoilées. On peut aussi distinguer au pourtour de quelques-uns des rayonnements qui s'anastomosent entre eux (canalicules osseux).

Il n'y avait pas ici de difficulté de diagnose : le palper seul

(1) *De re anat.*, lib. XV.
(2) *Surgic. observ. on tumours.* Extrait du *Compend. de chirurg. prat.*, t. II, p. 205. Paris, 1851.

révélait déjà une tumeur osseuse; la *mobilité* et l'absence de *gonflement* des deux derniers métacarpiens excluaient l'idée d'exostose. En est-il toujours ainsi? Malheureusement non, et bien des cas de ce genre ont été l'occasion de beaucoup d'erreurs. Nous avons vu, du reste, que la tumeur était loin de présenter ces caractères si tranchés à son début.

Il est donc intéressant d'étudier ce mode de transformation, qui, comme nous le verrons plus tard, doit peut-être imprimer de nouveaux caractères à la tumeur. C'est ce que nous ferons dans un deuxième article.

RÉFLEXIONS CRITIQUES

sur les observations de diphthérie traitées dans le service de M. le professeur Trousseau.

Par M. le docteur Aubrun.

M. le docteur Eug. Moynier vient de rendre compte dans la *Gazette des Hôpitaux* (numéros des 25 octobre et 3 novembre) des faits de diphthérie observés dans le service de M. le professeur Trousseau pendant le premier semestre de l'année 1859.

Dans ces deux articles, M. Moynier, sans faire l'histoire complète de la diphthérie, présente une série de considérations cliniques très-pratiques sur le début, l'étiologie, les symptômes, la marche et les complications de cette maladie. Il cite à l'appui sept observations avec tous les détails observés jour par jour.

Si la description et l'appréciation de chacun des phénomènes de la diphthérie y sont traitées avec cette clarté pratique que l'on rencontre toujours dans les leçons de M. Trousseau, je ne puis accepter avec la même déférence ce qu'il dit du traitement relativement à l'emploi du perchlorure de fer.

Dans ces observations, M. Trousseau a fait une étude comparative des divers caustiques ou modificateurs des fausses membranes diphthériques; c'est surtout le traitement local qui est mis en relief. En effet, à chaque jour de ses observations, je lis: « Cautérisation.... on cautérise fortement.... on cautérise de nouveau, etc. » Et ces cautérisations sont quelquefois répétées jusqu'à trois fois par jour. Il a employé pour les produire tantôt l'acide chlorhydrique pur et concentré, qu'il place en première ligne des caustiques, tantôt le nitrate d'argent en crayon ou en solution; tantôt le sulfate de cuivre, l'alun, le tannin; tantôt la solution concentrée de perchlorure de fer. L'utilité, dit-il, de cette dernière substance comme caustique lui a paru très-contestable, et il ne l'emploie plus.

Je ferai observer tout d'abord que le perchlorure de fer n'est pas généralement considéré comme caustique, bien qu'il contienne toujours un excès d'acide chlorhydrique libre, à moins d'une préparation spéciale.

Le traitement général est peu indiqué dans chaque observation; le café et le quinquina en font la base générale, et le perchlorure de fer à l'intérieur, à la dose de 4 grammes, n'est indiqué que dans l'observation VII, chez un malade déjà à la dernière période de l'empoisonnement diphthérique, et qui a succombé trois jours plus tard.

D'après les résultats obtenus de ces différentes expérimentations, M. Moynier a écrit les passages suivants:

« J'ai rapporté déjà l'observation du jeune Ch..., je vais résumer les trois autres; on verra que le traitement a consisté dans les cautérisations avec le nitrate d'argent, soit en crayon, soit en solution, ou avec le perchlorure de fer, mais que le nitrate d'argent est bien plus utile que la solution concentrée de perchlorure de fer, ce qui prouve, en passant, que le spécifique de la diphthérie, que l'on avait espéré voir dans le perchlorure de fer, reste encore à trouver. »

Et plus loin, dans ses conclusions, il ajoute:

« On a regardé le perchlorure de fer comme un spécifique; on l'a même administré comme préservatif; mais sans réaliser autant d'espérances qu'en avaient conçues MM. Aubrun et Isnard (de Saint-Amand), il est seulement très-utile comme tonique. »

Oui, j'ai donné le perchlorure de fer presque comme un spécifique de la diphthérie, tant il est puissant; mais j'ai conseillé de l'administrer le plus près possible du début de l'affection, ce qui ne peut pas toujours avoir lieu dans les services des hôpitaux. C'est surtout comme médicament interne que je l'ai conseillé; et, dans le traitement local de la diphthérie, soit sur la peau, dans la gorge ou dans les fosses nasales, je me sers toujours d'une solution plus ou moins étendue, souvent même de celle que boit le malade. Il y a donc loin de cette solution très-étendue à cette solution très-concentrée dont s'est servi M. Trousseau pour faire ses expériences. Mon but n'est pas de cautériser; je regarde même les cautérisations comme inutiles, pour ne pas dire nuisibles; je m'y oppose toujours et ne les emploie plus, ce qui n'empêche pas mes malades de guérir, comme l'a constaté M. Trousseau lui-même.

Dans le traitement local, je cherche à enlever les fausses membranes par des badigeonnages avec une éponge, pour que la solution de perchlorure de fer puisse modifier plus directement les surfaces malades; mais, je le répète, c'est pour moi le traitement interne qui constitue toute la médication, à la dose de 4, 6, 10 et même 15 grammes de perchlorure de fer par jour, suivant les âges et l'intensité de l'affection. Souvent même, il m'est arrivé de ne donner aucune attention aux fausses membranes par elles-mêmes, et la guérison de ces fausses membranes s'est faite uniquement sous l'influence du traitement interne; à l'appui de cette proposition, qu'il me soit permis de citer deux faits tout récents.

Obs. I. — *Diphthérie cutanée et laryngée. — Contagion.*

L'enfant C..., place Royale, âgé de trois ans, d'une constitution lymphatique, portait au bras gauche un vésicatoire depuis six mois. Dans les premiers jours de mars 1859, il devint triste, maussade, pâle, et perdit l'appétit. Une excoriation pseudo-membraneuse se forma derrière l'oreille droite. La surface du vésicatoire se recouvrit également d'une pseudo-membrane blanche et très-épaisse, qui laissait la surface du vésicatoire saignante toutes les fois que la mère de cet enfant cherchait à enlever cette fausse membrane. Je ne fus pas appelé pour cet enfant à cette période de la maladie.

Mais huit jours après le début de cette diphthérie cutanée, la mère fut prise d'angine couenneuse pharyngienne (12 mars). Je la traitai par le perchlorure de fer à l'intérieur, 8 grammes par jour, deux badigeonnages dans la gorge, et la maladie fut guérie au bout de trois jours.

Dans la nuit du 16 au 17 mars, l'enfant dont j'ai parlé plus haut fut pris de croup: toux rauque, sifflement, respiration presque impossible, aphonie, etc. Aucune fausse membrane sur les amygdales. C'est alors que je constatai la diphthérie cutanée de l'oreille et du bras, dont l'existence remontait à treize jours. C'est évidemment cette diphthérie cutanée qui avait, par contagion, déterminé l'angine couenneuse pharyngienne de la mère. — Traitement interne par le perchlorure de-fer, 12 grammes pour chacun des deux premiers jours. Les fausses membranes de l'oreille furent lavées avec la même solution que buvait l'enfant: celles du bras ne subirent aucune médication.

Le 19 mars, les fausses membranes laryngées commencent à se ramollir. Au moyen d'un vomitif avec l'ipéca, cet enfant en a rendu plein une cuiller à bouche.

Le 20 au matin, la fausse membrane du bras a été trouvée complétement détachée et flottante sous l'influence unique du traitement interne. Elle avait plus d'une ligne d'épaisseur. L'excoriation de l'oreille allait mieux, mais il existait encore une petite plaque couenneuse d'environ un demi-centimètre de longueur. La respiration est presque libre; la voix revient. Cette amélioration est constatée dans la journée par M. le docteur Gaide.

Le 22 mars, l'enfant est en parfaite santé.

Obs. II. — *Diphthérie généralisée.*

Le 10 juin 1859, je fus appelé rue de la Roquette, près d'une petite fille âgée de dix-neuf mois. Constitution faible, scrofuleuse. Cette enfant présentait un des cas de croup le plus grave que j'aie été à même de constater. En outre des fausses membranes qui tapissaient le larynx, le pharynx et les fosses nasales, elle présentait des fausses membranes sur la surface d'un vésicatoire au bras, sur la muqueuse génitale, et au pli de la cuisse droite. — Perchlorure de fer à l'intérieur, 12 grammes pour chacun des deux premiers jours, puis 6 gr. pour les jours suivants; injection étendue dans les fosses nasales et badigeonnage de la gorge tous les matins. Le bras et la vulve n'ont reçu aucune médication. Dans le pli de la cuisse on a mis un peu de ouate imbibée de la même solution que buvait cette petite fille.

Le 13 juin, sommeil de quatre heures calme et paisible pendant la nuit. Expulsion après le badigeonnage d'une grande quantité de fausses membranes laryngées. La voix reparaît immédiatement après.

Le 14, l'enfant se lève, mange, et se trouve complétement guérie le 16 juin, même des fausses membranes du bras et de la vulve, qui n'avaient point reçu de traitement local.

D'après ces deux observations, il m'est bien permis de croire que les *cautérisations énergiques* ne sont pas aussi utiles que semble le penser M. Trousseau, et avec lui bon nombre de médecins; j'espère également qu'elles pourront montrer à chacun des lecteurs de votre journal que le perchlorure de fer n'a pas été aussi *inutile* entre mes mains que dans le service de l'Hôtel-Dieu. Sans publier d'autres observations, je dirai que depuis que je fais usage de cette médication par le perchlorure de fer, j'ai eu à soigner 27 cas de diphthérie.

12 diphthéries pharyngiennes. — 12 guérisons.
5 diphthéries cutanées. — 5 guérisons.
6 diphthéries pharyngiennes, laryngées et cutanées. — 4 guérisons et 2 morts.
4 diphthéries laryngées et cutanées. — 3 guérisons, 1 mort.
Total, 24 guérisons sur 27 diphthéries.

Chez ce dernier malade qui a succombé, la médication avait été commencée au cinquième jour de la maladie, et l'enfant a succombé à l'empoisonnement diphthérique quatorze heures après le commencement du traitement. Cet enfant est mort sans agonie, par l'affaiblissement complet des forces vitales, et, ainsi que le dit M. le docteur Moynier, « comme s'il eût oublié qu'il fallait respirer pour vivre. »

Voilà ce qui m'est personnel.

Disons maintenant un mot de ce que je connais des bons effets du perchlorure de fer.

Je ne rappellerai pas le travail de M. Isnard; tout le monde peut le consulter.

Dans la commune de Nogent-sur-Marne, près Paris, il y avait eu, depuis le 1er janvier 1859 jusqu'à la fin de mars, 26 cas d'angine couenneuse ou croup observés par M. le docteur Lequesne; 22 cas s'étaient terminés par la mort.

A la fin de mars, M. Trousseau, appelé en consultation, fit connaître l'emploi du perchlorure de fer à M. Lequesne.

Il fut employé à l'intérieur et localement, et l'enfant, quoique fort gravement malade du croup, guérit en quelques jours.

Depuis cette époque jusqu'à la fin de juin, 12 cas nouveaux de croup ou d'angine couenneuse ont été observés par M. Lequesne. Tous ces cas ont été traités par le perchlorure de fer, à l'intérieur spécialement. *Tous* avaient guéri. Ces détails, je les tiens de la bouche de M. Lequesne lui-même.

Je pourrais également citer les noms de plusieurs confrères de mon voisinage qui, eux aussi, ont reconnu les bons effets du perchlorure de fer dans la diphthérie, et lui doivent une dizaine d'heureuses guérisons.

Je résume:

1° Ce n'est pas par des cautérisations qu'il faut traiter la diphthérie, mais par un traitement interne.

2° Le perchlorure de fer à haute dose et à l'intérieur, est sans contredit le moyen le plus efficace que je connaisse pour obtenir la guérison de la diphthérie.

3° L'emploi de ce moyen thérapeutique est d'autant plus efficace qu'il est administré plus près du début de l'affection.

4° Avec cette médication, je n'ai pas eu à constater de paralysie diphthérique, si fréquente avec les autres méthodes. Il n'y a pas, à proprement parler, de convalescence; la guérison est rapide et complète en quelques jours.

OBSERVATION DE POLYURIE. EFFICACITÉ DES FERRUGINEUX.

Par M. Deebrey, médecin adjoint.

Un soldat âgé de vingt-quatre ans, de constitution moyenne, tempérament lymphatique, plusieurs fois atteint de fièvre palustre, a vu depuis deux ans augmenter considérablement la quantité de ses urines. Il rend actuellement 25 litres d'urine dans les vingt-quatre heures. Elle est claire, très-pâle, ressemblant à de l'eau, sans odeur. Sa pesanteur spécifique est de 1001. Elle est neutre, ne précipite ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique, ni par l'ammoniaque. Le réactif de Troncherz n'y décèle aucune trace de glucose.

La quantité de boissons prises n'est pas aussi grande que celle de l'urine. (Ce dernier point aurait mérité une étude très-attentive.)

L'embonpoint est assez bien conservé, et le sujet offre presque l'aspect de la santé. En effet, les fonctions importantes se font bien. On note seulement la salive rare et épaisse, la bouche pâteuse, une sensation de sécheresse dans le pharynx; peau sèche, sensibilité très-grande au froid.

Une analyse chimique montre que l'urée a conservé son chiffre normal, et qu'il y a seulement diminution relative des principes solides de l'urine. (Relative à quoi? à la quantité moyenne de ces principes chez l'adulte, ou bien aux autres parties constituantes de l'urine?)

Le malade dit que sa mère, un frère et deux sœurs, tous décédés, ont présenté la même affection. (A quel âge et par suite de quelle maladie ont-ils succombé?)

Quant aux traitements subis, ils avaient consisté:

1° Dans l'abstinence la plus complète possible des boissons, à l'exception du vin et de la bière que l'on donnait aux repas; les boissons étaient remplacées par des citrons;

2° Dans l'usage du quinquina et de la portion pour régime.

Il fut soumis à cette thérapeutique une première fois en 1854, pendant quatre mois; une autre fois pendant trois mois et demi l'année suivante. Il sortit de l'hôpital à peu près comme il y était entré.

Nous lui prescrivîmes le fer réduit par l'hydrogène, 2 grammes divisés en huit paquets, en poudre, deux par jour à chaque repas. Au bout de deux mois, la quantité d'urine était diminuée de moitié, et la soif devenue modérée.

L'affection restant alors pendant trois semaines dans ces limites, nous passâmes aux préparations martiales solubles. — Citrate de fer à la dose de 0,40 gr. par jour en sirop.

Après un mois et demi, l'excrétion urinaire avait encore subi une diminution notable: au lieu de quatre vases de nuit, le malade n'en remplissait plus que trois (10 litres 1/2 dans les vingt-quatre heures.)

Le traitement dut cesser; le malade détenu ayant obtenu sa grâce, sortit de l'hôpital. (*Archives belges de méd. militaire.*)

DRAGÉES FERRUGINEUSES MANNO-BISMUTHÉES.

Par M. le docteur Morin.

On a déjà tant parlé des préparations ferrugineuses, on en a tant inventé et vanté d'espèces différentes, qu'il semble presque singulier de venir aujourd'hui en signaler et en recommander une nouvelle; et cependant nous n'hésitons pas à le faire, pour plusieurs motifs que nous demanderons la permission d'exposer brièvement.

Jusqu'à présent toutes les préparations ferrugineuses connues (*poudre*, *sirop*, *dragées*, *pilules*) ont les défauts de leurs qualités, pour ainsi dire, et on leur reproche avec raison plusieurs inconvénients plus ou moins graves. Le premier, sans contredit le plus constant, est une constipation parfois opiniâtre, souvent douloureuse, et qui est tellement inhérente aux préparations ferrugineuses, qu'elle en est la conséquence inévitable.

L'insolubilité des ferrugineux est un inconvénient d'une autre nature. Ils sont la plupart du temps à peine attaqués par les acides de l'estomac; ils fatiguent cet organe, gênent la digestion, causent des douleurs gastralgiques, et rendent ainsi la médication intolérable pour le malade, sinon même dangereuse, et non-seulement cette insolubilité est la cause des troubles physiologiques que nous venons de signaler et qui n'ont échappé à aucun praticien, mais elle fait que la substance médicamenteuse passe dans les voies digestives sans y être absorbée.

Que si les préparations ferrugineuses sont solubles, elles sont alors ou facilement altérables, et partant peu constantes dans leur composition, ou bien elles renferment parmi leurs éléments des acides minéraux, source de dyspepsie et de maladies de toute sorte. Enfin, par cela même qu'elles sont solubles, leur saveur styptique est tellement désagréable qu'elle excite au plus haut point la répugnance des malades; que si encore on administre les préparations solubles sous la forme de pilules pour éviter l'inconvénient de la saveur répugnante, alors le médicament n'est plus, au bout de quelques jours de prépa-

ration, qu'un corps presque inerte en quelque sorte, en ce sens que la pilule durcit, se divise à peine dans l'estomac, et passe dès lors, sans être absorbée, dans les voies digestives qu'elle irrite sans profit, mais non pas sans le désavantage de la constipation et des douleurs gastralgiques.

Ainsi donc, si les préparations ferrugineuses sont insolubles, elles sont souvent sans effet; si elles sont solubles, elles sont répugnantes au goût, fatigantes pour l'estomac et l'intestin.

Voilà le double écueil signalé par la pratique et qu'il importait d'éviter.

Nous pensons que la préparation nouvelle, due à M. L. Foucher, pharmacien à Orléans, réunit au plus haut degré les avantages attachés aux ferrugineux, et qu'elle ne présente aucun des inconvénients qui leur ont été si justement reprochés.

Voilà la formule de cette préparation :

Pyrophosphate de fer.	0,05
Sous-azotate de bismuth.	0,05
Manne en larmes purifiée.	0,25

Pour une dragée.

Ces trois éléments médicamenteux, intimement combinés, revêtent la forme de *dragées* faciles à croquer, et l'auteur les a désignés par le nom de *dragées ferrugineuses manno-bismuthées*, qui rappelle les trois substances composantes.

L'élément ferreux, ou le pyrophosphate de fer, est un sel fixe, constant dans sa composition, parfaitement soluble, sans action nuisible sur l'estomac, indécomposable par les produits acides de ce viscère, d'une absorption et d'une assimilation des plus faciles.

Voilà pour le principe vraiment actif des dragées. Il est inutile de nous y étendre davantage; les rapports académiques et les expériences cliniques ont suffisamment démontré les avantages de ce sel. Quant au sous-azotate de bismuth, la pratique avait en quelque sorte indiqué que son adjonction au fer était d'indication logique et rigoureuse. Ainsi il y a déjà longtemps qu'un savant médecin de Paris, bien connu par ses longues études sur la physiologie et la pathologie des organes de la digestion, le docteur Gaubert, avait eu l'idée d'employer le sous-azotate de bismuth chez les sujets jeunes, lymphatiques, d'une grande susceptibilité nerveuse de l'intestin, et dont la santé exigeait l'usage des toniques.

De nos jours, le sous-azotate de bismuth est la substance banale, pour ainsi dire, qu'on oppose à toutes les douleurs gastralgiques. L'adjonction de ce sel est tellement physiologique, tellement rationnelle, que l'on se demande comment il se fait que l'application qu'en a faite M. Foucher ne soit pas venue à l'esprit de tout le monde.

Reste le troisième élément constitutif des dragées ou la *manne*. Cette substance a un double effet : de combattre la constipation que provoquent les ferrugineux, et en même temps de maintenir le pyrophosphate dans un état permanent de dissolution, et de permettre ainsi son absorption dans toute l'étendue du parcours digestif.

Il nous resterait bien un mot à dire sur la forme de cette préparation. Ce serait presque le cas d'employer l'expression de Cuvier quand il dit « que la forme est plus essentielle que la matière! » Plus essentielle, c'est trop! mais contentons nous de dire qu'un médicament consistant en une dragée, un vrai bonbon, assez agréable pour les enfants surtout, n'est point à dédaigner de la part des nombreux malades dont la santé exige l'usage des préparations martiales.

En résumé, s'il nous est permis d'établir un parallèle entre la préparation de M. Foucher et les divers autres médicaments ferrugineux, nous dirons que les dragées de M. Foucher sont agréables au goût, tandis que la plupart des médicaments ferrugineux sont désagréables; qu'elles sont inoffensives pour l'estomac, tandis que presque toutes les autres fatiguent et irritent cet organe; qu'elles ne déterminent pas de constipation, tandis que les autres ferrugineux provoquent ce resserrement fâcheux des voies digestives; que tenues à l'état de dissolution au milieu des mucosités digestives, elles sont promptement et complétement assimilées, tandis que les autres composés ferriques passent sans assimilation aucune.

Les succès qu'ont obtenus les nombreux praticiens qui ont eu recours aux *dragées ferrugineuses manno-bismuthées* de M. L. Foucher, et les avantages que nous avons nous-mêmes, à plusieurs reprises, retirés de leur emploi, nous font un devoir de les recommander à nos confrères dans tous les cas où sont indiqués le fer et ses composés.

ACTION COMPARATIVE

de l'amylène et du chloroforme chez le même individu.

On devait pratiquer l'amputation du pouce à un enfant de huit ans. On lui fit respirer de l'amylène; au bout d'un quart d'heure il avait perdu la conscience des choses qui l'entouraient, mais sa sensibilité persistait toujours. Le pouls, accéléré au début de l'opération, devint peu à peu insensible. Bien qu'il ne se fût manifesté ni convulsions ni excitation, on était cependant en droit d'avoir des craintes sérieuses. Le premier coup de bistouri tira l'enfant de son état; il reprit connaissance, et le pouls revint à son état primitif. Toutefois, on ne crut pas devoir continuer l'inhalation, et l'on renvoya l'opération au lendemain.

Cette fois, on essaya de produire l'anesthésie avec le chloroforme. Au bout de trois minutes, elle était complète; il y eut un peu d'excitation, mais pas de spasme de la glotte; et le pouls, qui s'était un peu accéléré, reprit bientôt sa régularité première.

L'opération s'acheva sans douleur; le malade se réveilla, vomit un peu, et resta pendant quelque temps dans cet état de torpeur. Depuis lors, on n'observa rien qui vaille la peine d'être mentionné.

(*Medical Times.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 novembre 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Barrera, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans l'arrondissement de Prades (Pyrénées-Orientales) en 1859;

2° Un rapport de M. le docteur Morère, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans l'arrondissement de Sceaux, dans le mois d'août dernier;

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements de l'Isère et du Puy-de-Dôme (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire sur les constitutions médicales des climats intertropicaux, par M. le docteur Fiedmann, de Munich. (Commissaire : M. Bouvier.)

2° De nouveaux documents sur l'influence du seigle ergoté sur le produit de la conception, par M. le docteur Robert Urdale West. (Commission déjà nommée.)

3° Une note relative à une modification de la pile de Bunsen, par M. Thomas, pharmacien aide-major à Strasbourg. (Commissaires : MM. Poggiale, Longet et Gavarret.)

LECTURE.

Sur l'inhalation du chloroforme par une seule narine.—M. BÉRAUD lit la note suivante :

Ayant été chargé pendant quatre mois d'un service de chirurgie à l'Hôtel-Dieu, j'ai voulu mettre à l'épreuve la méthode que M. Faure a proposée pour administrer le chloroforme.

M. Faure, on le sait, s'est proposé de faire respirer le chloroforme avec le moins de danger possible et de la manière la moins incommode pour l'opéré et pour l'opérateur. Il a d'abord recherché quelle est la quantité de chloroforme strictement nécessaire pour amener l'anesthésie, et il a constaté par des expériences nombreuses et très-variées sur des animaux qu'il suffit que la quantité d'air chargée de vapeur de chloroforme soit égale à la quantité d'air pur respirée. En se fondant sur cette donnée, il a pensé qu'on pourrait arriver à des résultats suffisants en ne faisant respirer la vapeur de chloroforme que par une seule narine, l'autre narine restant en communication avec l'air atmosphérique, et la bouche étant fermée. Sa prévision a été pleinement confirmée par un grand nombre d'expériences.

L'appareil et la manière de procéder sont des plus simples. Comme appareil, c'est un flacon de la contenance de 100 grammes, à deux tubulures. A l'une des tubulures est adapté un tube de caoutchouc du calibre n° 15; l'extrémité libre de ce tube est munie ou non d'un embout légèrement conique.

Pour procéder, M. Faure introduit à l'entrée de la narine cette extrémité libre du tube, l'appareil ne contenant pas encore de chloroforme, et il invite le sujet à respirer librement, tranquillement. Une fois que le sujet s'est familiarisé avec cette manière de respirer, M. Faure le prévient qu'il va ressentir une légère cuisson dans la narine. Il fait tomber une gouttelette de chloroforme dans le flacon par l'embouchure restée ouverte; une seconde après, il en fait tomber une nouvelle, et ainsi de suite. Si le sujet se plaint d'une cuisson trop vive, on éloigne un peu l'appareil, puis on le rapproche peu à peu. Le sujet devient, en général, très-rapidement insensible à l'action locale exercée dans la narine; alors on fait couler 7 ou 8 grammes de chloroforme dans le flacon. Si l'anesthésie ne se prononce pas à la troisième ou quatrième minute, on agite le flacon de manière à le projeter sur les parois et à augmenter la surface d'évaporation.

On pourrait croire, d'après ces détails, que l'opération est compliquée; il n'en est rien : presque toutes les inhalations ont été faites par des élèves du service qui avaient vu employer l'appareil une fois ou deux seulement. Il n'y a pas de moyen dont l'emploi soit plus simple, parce qu'il n'en est aucun où la surveillance soit aussi aisée.

Dans 23 opérations qui ont exigé l'emploi du chloroforme et dont j'ai fait tenir compte exactement, l'anesthésie m'a toujours donné de bons résultats. Dans les amputations, dans les extirpations de tumeurs, l'insensibilité a été complète; dans les luxations, la résolution musculaire est arrivée promptement, et la réduction s'est opérée avec facilité; elle s'est déclarée le plus souvent avant la cinquième minute; dans trois cas, seulement vers la huitième. Dans aucun cas elle n'a été précédée de ces phénomènes de douleur ni même de simple dyspnée qui sont presque inévitables avec les autres procédés, et qui ne sont dus qu'à l'action trop vive du chloroforme sur les voies respiratoires; chez presque aucun il n'y a eu d'excitation ou de congestion vers la tête : j'ai vu la plupart des malades s'endormir comme s'ils cédaient à un sommeil naturel.

Une fois l'anesthésie déclarée, on la maintient au degré voulu avec une facilité sans pareille; il suffit pour cela de tenir le tube à portée de la narine : selon l'exigence du moment, on retire l'appareil ou on l'agite.

Une malade que j'ai opérée d'un cancer du rectum a été anesthésiée pendant plus d'une heure, et chaque fois que le moment de l'opération allait devenir plus douloureux, il suffisait d'agiter légèrement le flacon pour que cette femme, qui paraissait seulement assoupie, tombât presque subitement dans la plus profonde insensibilité.

Mais, ce qui est remarquable surtout ici, c'est cette sécurité extrême avec laquelle il m'a semblé que l'on procédait.

Dans aucun cas le pouls et la respiration n'ont cessé de présenter l'état le plus rassurant. Si le cœur faiblissait un peu, on éloignait l'appareil pendant quelques secondes, et cet organe se relevait aussitôt sans que l'insensibilité diminuât.

Cette possibilité d'obtenir ainsi à volonté une insensibilité absolue, sans affaiblissement des mouvements du cœur, m'a paru, je le répète, bien précieuse.

Comme celui qui respire avec un tel appareil ne peut pas, au moment où il aspire, faire autrement que d'attirer une quantité d'air pur égale à la quantité d'air chargée de vapeur de chloroforme, il y a impossibilité d'une asphyxie immédiate. Comme les effets ne se prolongent et ne se prononcent qu'à la condition qu'on persiste dans l'inhalation, il s'ensuit que si loin qu'on les pousse ils suivent toujours une marche progressive qui permet de s'arrêter à l'instant même où on le veut. Jamais on n'arrive d'emblée à un état d'anesthésie grave, comme cela arrive presque tous les jours avec les autres méthodes d'inhalation.

Dans la grande majorité des cas, je le répète, ce n'est qu'après avoir agité le flacon pendant quelques instants que l'on voit l'anesthésie se prononcer, et, comme on est parfaitement maître de ses mouvements, on ne la laisse arriver qu'au degré voulu.

Il n'est pas douteux qu'on ne puisse avec d'autres procédés obtenir une certaine sécurité, l'emploi du chloroforme n'étant après tout qu'une affaire de précaution. Mais jusqu'ici a-t-on d'une manière générale pu diriger aussi aisément les effets? C'est là ce dont je doute. Il ne manque pas de chirurgiens qui, ayant l'habitude d'un certain procédé d'inhalation, agissent avec une grande hardiesse et une grande sécurité; mais le chloroforme, qui est dans la pratique d'un emploi si fréquent, ne doit-il être manié sans crainte que par ceux qui, en raison d'une position exceptionnelle dans les hôpitaux, l'expérimentent chaque jour? A mon avis, ce n'était donc pas une chose de peu d'importance que de pouvoir régulariser les temps de l'inhalation comme on a régularisé ceux des opérations chirurgicales les plus usuelles.

A cet égard, nous ferons remarquer que la méthode de M. Faure nous paraît réaliser un véritable progrès. Qu'avons-nous observé, en effet, depuis la découverte des agents anesthésiques? Dans une première période, que nous appellerons *période d'essai*, les chirurgiens peu familiarisés avec ces agents n'ont administré le chloroforme qu'avec la plus grande circonspection. Dans cette période, nous voyions les malades s'endormir progressivement, sans agitation et avec une promptitude vraiment extraordinaire. Consultez les observations de cette première période, et vous verrez que l'on assigne presque toujours 1, 2 ou 3 minutes tout au plus pour que l'anesthésie soit complète.

Dans une seconde période, que nous désignerions volontiers sous le nom de *période de confiance*, on s'est habitué au chloroforme, on a vu qu'il n'est pas aussi redoutable qu'on l'avait cru d'abord. Dès lors on ne craint plus cet agent, on administre le chloroforme ou l'éther avec profusion, avec témérité, et bientôt les accidents se montrent avec une fréquence qui devient vraiment alarmante.

Actuellement, en présence de ces revers, plusieurs chirurgiens n'osent plus anesthésier leurs opérés, et ce n'est qu'à leur corps défendant qu'ils s'y décident. Cet état des esprits tendrait à se généraliser et à persister, si quelque nouvelle méthode ne venait nous rendre une confiance justement ébranlée. La méthode de M. Faure nous semble destinée à nous faire entrer dans une troisième période, ou plutôt, et c'est là, nous pensons, un de ses grands mérites, à nous faire retourner à cette première période dans laquelle nous n'administrions le chloroforme qu'avec la plus grande réserve et à petites doses.

L'inhalation par une seule narine a constamment réussi dans mon service; mais sous les yeux d'autres chirurgiens elle a quelquefois échoué. M. Faure m'a cité quelques cas de ce genre; mais si les cas d'insuccès sont infiniment rares relativement aux autres, c'est à la disposition spéciale des sujets et non à la méthode elle-même qu'il faut s'en prendre. Est-il d'ailleurs un procédé d'inhalation duquel on puisse dire qu'il réussit constamment?

En résumé, après avoir ainsi constaté par moi-même les bons résultats du nouveau moyen d'inhalation, et sachant d'ailleurs qu'il avait été adopté définitivement par plusieurs de mes collègues des hôpitaux, j'ai cru devoir en donner connaissance à l'Académie, heureux si je puis contribuer à généraliser son emploi, car je le crois, je le dis sans hésiter, préférable à tous ceux qui ont été indiqués jusqu'ici.

RAPPORTS.

Épidémies. — **M. TROUSSEAU**, au nom de la commission des épidémies, lit le rapport annuel sur les épidémies de 1858. (Nous publierons plus tard des extraits de ce rapport.)

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie pour entendre les conclusions de ce rapport, et les propositions relatives aux médailles et récompenses à décerner aux auteurs des meilleurs travaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 9 novembre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Tétanos traité sans succès par les injections de curare. — M. FOLLIN communique l'observation suivante :

J.., Charles, âgé de seize ans, cartonnier, demeurant rue des Bergeries, 80, à Grenelle, entre le 28 octobre 1859 au n° 11 de la salle Saint-Pierre.

Ce malade est venu à l'hôpital pour une plaie contuse de la face dorsale de l'avant-bras, un peu au-dessus du poignet, plaie qui a été produite par deux lames d'une roue de moulin, entre lesquelles a été saisi l'avant-bras.

Le lendemain de l'entrée du malade, l'avant-bras étant très-gonflé, très-douloureux au niveau de la plaie, on fit un débridement en haut et en bas par deux incisions comprenant la peau et l'aponévrose, et prolongeant la plaie dans ces deux sens. Deux jours après, on ouvrit un abcès qui s'était formé à la face antérieure de l'avant-bras au même niveau que la plaie.

Le 3 novembre, sous l'influence des cataplasmes et des bains locaux d'eau tiède prolongés, le gonflement de l'avant-bras a complétement disparu; le malade ne souffre pas et dit se trouver très-bien; cependant au moment de la visite il se plaint d'un peu de gêne, d'un peu de roideur pour ouvrir la bouche, mais cette gêne est très-peu prononcée, et ne l'empêche pas d'ouvrir devant nous assez largement la bouche.

Le 4, à la visite du matin, le malade est dans l'état suivant : visage contracté avec quelques mouvements convulsifs; contraction de l'orbiculaire des paupières et impossibilité d'ouvrir la bouche; contraction des masséters; par une forte pression on peut éloigner les dents des deux mâchoires les unes des autres de 1 centimètre; contraction des sterno-mastoïdiens, soubresauts de tout le corps depuis hier soir. Le corps est couvert de sueur : pouls dépressible, 116 pulsations par minute. La respiration est surtout abdominale, 28 inspirations par minute.

Les jambes se remuent facilement et volontairement; il y a de l'opisthotonos. La déglutition est excessivement difficile ; quand on fait avaler au malade quelques gouttes de liquide, il les rejette aussitôt avec des menaces de suffocation.

Il existe à la face dorsale de la partie inférieure de l'avant-bras et de la main une plaie de 18 centimètres de longueur sur 3 à 6 de largeur, plaie contuse dans laquelle on aperçoit les muscles à nu dans une certaine étendue, et sur d'autres points des parties sphacélées. A la partie inférieure de la région antérieure de l'avant-bras, il existe une plaie de 3 ou 4 centimètres de longueur résultant de l'ouverture de l'abcès qui s'était formé dans ce point. Plus de gonflement de l'avant-bras ; pas de suppuration à la surface des plaies, qui du reste n'ont aucun mauvais caractère.

Le malade, interrogé alors sur ses antécédents, dit qu'étant jeune il a eu le carreau et une fluxion de poitrine ; mais depuis ces treize dernières années il s'est toujours bien porté.

A huit heures et demie du matin, on commence par injecter avec la seringue de Pravaz, dans le tissu cellulaire de l'angle supérieur de la plaie, 10 gouttes d'une solution de curare au centième.

A neuf heures du matin, nouvelle injection de 10 gouttes à l'angle supérieur de la plaie; et dans le tissu cellulaire sous-cutané de la partie supérieure de l'avant-bras, injection de 13 gouttes d'une autre solution de curare, contenant 0 gr. 30 de curare pour 11 gr. d'eau; puis immédiatement après, on verse sur la plaie quelques gouttes de la solution de curare au centième.

A neuf heures et demie du matin, injection de 20 gouttes de la solution de 0 gr. 30 de curare pour 11 gr. d'eau.

A dix heures du matin, injection de 26 gouttes de cette dernière solution de curare. Le malade peut entr'ouvrir très-légèrement les mâchoires, ce qu'il ne pouvait pas faire ce matin, avant le commencement du traitement.

A dix heures quarante minutes du matin, injection de 16 nouvelles gouttes de la même solution. Le malade n'accuse de douleur nulle part, il se trouve assez bien ; il a seulement une grande soif.

A onze heures un quart du matin, injection de 20 gouttes de la même solution. Le malade paraît entr'ouvrir un peu moins facilement les mâchoires. Même état du reste.

A midi, injection de 20 gouttes de la même solution.

A midi trois quarts, injection de 20 gouttes de la même solution. Le malade est exactement dans le même état qu'avant le commencement de l'emploi du curare. Toutes ces injections ont été faites dans le tissu cellulaire sous-cutané de la partie supérieure de l'avant-bras.

A une heure vingt minutes, injection de 22 gouttes de la même solution dans le tissu cellulaire du bord externe et supérieur de la plaie.

A une heure cinquante minutes, injection de 20 gouttes de la même solution. Même état.

A deux heures vingt minutes, injection de 22 gouttes de la même solution. Pas de changement dans l'état du malade.

A deux heures cinquante minutes, injection de 24 gouttes de la même solution.

A trois heures quarante-cinq minutes, injection de 20 gouttes de la même solution dans le tissu cellulaire sous-cutané de la poitrine, près du mamelon droit. Jusque-là on l'avait toujours injecté à la partie supérieure de l'avant-bras droit.

A quatre heures vingt minutes, on apporte une solution de curare préparée par MM. Mialbe et Grassi. Cette solution paraissant à M. Follin trop concentrée pour pouvoir être maniée facilement sans danger pour le malade, il y fait ajouter un peu d'eau distillée. La quantité de curare était de 53 centigrammes dissous dans 2 gr. 65 d'eau distillée, constituant par conséquent 3 gr. 18 de solution : on y ajoute 10 gr. 70 d'eau distillée, et on obtient ainsi 13 gr. 88 d'une solution contenant 53 centigrammes de curare, c'est-à-dire, à très-peu de chose près, un vingt-sixième de son poids. On injecte aussitôt dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi antérieure de la poitrine 5 gouttes de cette solution.

A ce moment, le malade se trouvait toujours à peu près dans le même état que le matin : visage couvert de gouttes de sueur, comme cela a eu lieu toute la journée; pouls dépressible (100 pulsations par minute), s'accélérant un peu de temps à autre au moindre mouvement du malade, et aussi à certains moments où des contractions involontaires, que le malade compare à des crampes, se produisent dans le bras gauche, c'est-à-dire dans celui qui est sain et dans la cuisse correspondante : il n'y a pas de ces contractions dans le bras malade. Respiration toujours abdominale; 30 inspirations par minute.

A cinq heures du soir, injection de 5 nouvelles gouttes de la même solution. Même état.

A cinq heures et demie du soir, injection de 6 gouttes de la même solution. Même état.

A six heures et demie, injection de 7 gouttes de la même solution. La fréquence du pouls, à l'état de repos, est de 100 pulsations par minute ; mais par instants il devient plus petit et beaucoup plus fréquent, et on compte alors 140 et même 160 pulsations par minute ; puis, bientôt après, il redescend à 100 pulsations par minute. Pendant ces exaspérations, le malade accuse de la douleur à la partie inférieure de la paroi antérieure de la poitrine et à l'épigastre.

A sept heures, injection de 7 nouvelles gouttes de la même solution.

A sept heures et demie, injection de 7 nouvelles gouttes de la même solution : sueurs toujours très-abondantes sur la face et le corps.

A huit heures, injection de 10 gouttes de la même solution. La respiration paraît un peu plus gênée : toujours quelques accès de douleur de temps en temps.

A huit heures trois quarts, injection de 12 gouttes de la même solution. Environ dix minutes après, le malade ayant demandé à boire, on lui a donné quelques gouttes de vin dans une cuiller; mais l'injection de cette petite quantité de liquide a été suivie d'un accès de suffocation violent pendant lequel la face est devenue pâle, violacée, cadavéreuse, les yeux ternes, sans expression, et pendant lequel on a craint un instant de le voir succomber : la respiration se faisait à peine par quelques mouvements convulsifs des muscles du thorax ; le pouls très-petit et extrêmement fréquent. Mais au bout d'une demi-minute environ, la coloration violacée a commencé à disparaître, puis à être remplacée par la coloration rosée de la face qui existait avant. Après la terminaison complète de cet accès, la respiration reste très-accélérée, toute l'inspiration est brusque comme dans le hoquet : 52 inspirations par minute, 128 pulsations.

A neuf heures un quart, injection de 14 gouttes de la solution. La contraction des sterno-mastoïdiens n'est pas permanente : quand le malade est calme on les trouve relâchés, mais de temps en temps on les sent se contracter pendant quelques instants. Les muscles de la figure se crispent ; la physionomie indique un accroissement de douleur ; les mâchoires se serrent davantage l'une contre l'autre ; puis, au bout de quelques instants, cet état de contraction cesse, et le malade redevient calme, l'opisthotonos persistant, les masséters restant toujours contractés, mais un peu moins fortement que pendant l'accès.

A neuf heures trois quarts, injection de 15 gouttes de la même solution.

A dix heures un quart, injection de 20 gouttes de la même solution.

A dix heures trois quarts, injection de 20 nouvelles gouttes de la même solution.

A onze heures, le malade paraît éprouver un mieux sensible ; il entr'ouvre un peu plus les mâchoires, il parle un peu plus distinctement ; il a pu avaler sans trop de difficultés, en plusieurs fois il est vrai, deux petites cuillerées de vin ; lui-même se trouve très-bien, il ne souffre pas ; il dit même qu'il a faim, et il demande qu'on lui donne un biscuit dans du vin ; il pense qu'il pourrait l'avaler. La respiration paraît un peu moins gênée, quoique toujours accélérée : 36 inspirations par minute ; pouls à 120.

A onze heures un quart, le malade ouvre mieux encore la bouche que tout à l'heure ; mais il ne peut toujours pas baisser la tête ; il se plaint d'avoir faim et répète à chaque instant : J'ai faim.

Injection de 22 gouttes de la même solution.

Quelques instants après l'injection, le malade se plaint de soubresauts, de contractions brusques, un peu douloureuses à l'épigastre. La respiration est surtout diaphragmatique ; pendant l'inspiration la partie inférieure du thorax se dilate un peu, et les parois abdominales sont assez fortement repoussées en avant.

A minuit, le malade se plaint que les couvertures sont trop lourdes, qu'il ne peut remuer les membres ; la parole est un peu plus gênée ; il semble que le malade n'ait pas la force de parler, il achève à peine les mots qu'il a commencés ; les yeux sont à demi fermés; on entend dans la gorge des râles produits par des crachats que le malade n'a pas la force d'expulser. Le cou est beaucoup moins roide, on peut incliner un peu la tête en avant sur le thorax sans grande difficulté, ce qu'il était absolument impossible de faire dans la journée. La bouche, cependant, ne peut pas s'ouvrir plus qu'il y a une heure.

Mais cet état, plus satisfaisant au point de vue de la contraction des muscles, ne tarde pas à s'aggraver : au bout de quelques minutes, le malade dit qu'il a envie de dormir, ses yeux se ferment à demi presque involontairement, mais cependant il peut les ouvrir quand on lui parle. Puis des contractions brusques, tétaniques du diaphragme et des muscles inspirateurs se produisent, dilatant de temps à autre la poitrine et faisant saillir la paroi antérieure du thorax et de l'abdomen pendant un certain temps, sans qu'une inspiration suffisante puisse se produire.

Deux ou trois fois, à de courts intervalles, après cette exaspération de la contraction des muscles inspirateurs, le malade est devenu pâle, la peau du visage terne, cadavéreuse, et il semblait qu'il allait expirer; mais peu à peu la respiration a pu se faire un peu plus facilement, et la coloration de la face est revenue petit à petit à peu près comme avant l'accès. Après ces accès, la respiration est restée très-accélérée, s'élevant jusqu'à 80 inspirations par minute; le pouls petit, très-fréquent, variant de 140 à 160 pulsations par minute. La peau de tout le corps est couverte de grosses gouttes de sueur. Pendant les accès, les muscles de la face et du cou se contractent aussi; les peauciers et les sterno-mastoïdiens se dessinent sous la peau comme des cordes tendues; mais à la face ce sont surtout les muscles dilatateurs de la bouche qui se contractent. Néanmoins, même pendant les accès, l'opisthotonos reste moins prononcé qu'avant; mais le trismus a plutôt augmenté que diminué. Pendant ces accès aussi le malade se plaint surtout de douleurs épigastriques, que la pression largement exercée avec la paume de la main pendant l'expiration soulage ; peut-être est-ce en facilitant l'expiration.

A une heure et quart du matin, le calme est un peu revenu, mais la respiration reste haute, fréquente, l'inspiration brusque (64 inspirations par minute); le pouls est plus petit, toujours très-fréquent (150 pulsations par minute). De temps en temps, il y a encore des contractions brusques et permanentes pendant quelques instants des muscles sous-hyoïdiens et des autres muscles dilatateurs de la poitrine, mais sans suffocation imminente.

A une heure et demie du matin, à peu près même état; le trismus est peut-être un peu moins marqué. — Injection de 20 gouttes de la même solution de curare.

A trois heures et demie du matin, au moment où j'arrive auprès du malade, il fait entendre des gémissements; sa face est très-pâle, cadavéreuse; les yeux ternes, les pupilles très-dilatées; il vient d'avoir un de ces accès de contracture des muscles inspirateurs dont j'ai parlé; les lèvres sont violettes, la respiration se fait à peine; le malade exécute quelques mouvements automatiques avec les membres supérieurs.

Au bout de quelques instants, la coloration de la face revient un peu; mais un nouvel accès se produit presque aussitôt, et le malade succombe quelques instants après.

Très-peu de temps avant mon arrivée, le malade était à peu près dans l'état où je l'avais laissé à une heure trois quarts du matin, au dire de l'infirmier auquel il venait de parler.

Quelle quantité de curare a été injectée, et par conséquent quelle quantité le malade a-t-il dû en absorber? Or on lui a injecté :

1° 10 gouttes d'une solution de curare au 100°;

2° 253 gouttes d'une seconde solution contenant 0,30 de curare pour 11,30 de solution;

3° 170 gouttes d'une troisième solution contenant 0,53 de curare pour 13,88 de solution.

En admettant que le poids d'une goutte de ces solutions soit à peu près de 0,038, il s'ensuit que le poids des dix gouttes de la première solution est de 0,38, contenant 0,0038 de curare; que le poids des 253 gouttes de la deuxième solution est de 9,614, contenant 0,255 de curare; que le poids des 170 gouttes de la troisième solution est de 6,460, contenant 0,246 de curare. Donc le malade a dû absorber en totalité 0,0038 + 0,255 + 0,246 = 0,5048 de curare, ou environ 50 centigrammes.

Autopsie faite quarante-huit heures après la mort.

Le cerveau et la moelle sont très-fermes, superficiellement injectés.

Adhérences des deux poumons aux parois thoraciques, du foie et de la rate au diaphragme.

Poumon droit rétréci, comprimé par une poche pleurale remplie d'une matière semblable à du mastic liquide. Cette poche est parfaitement circonscrite par une pseudo-membrane épaisse de 1 millimètre environ, recouverte de petites ecchymoses et de taches pigmentaires. Le poumon, qui à la coupe présente une couleur rosée, surnage bien.

A la partie supérieure et postérieure du poumon gauche se voient deux masses de tissu pulmonaire noirâtre, mais qui surnagent également.

Rien de particulier au cœur.

Légère congestion rénale; ecchymoses dans le tissu cellulaire des muscles du bras, sur le trajet des nerfs, sur le nerf radial surtout, au niveau du pli du coude. Ecchymose considérable sur le médian, au pli du coude, dans l'étendue de 8 à 10 centimètres, depuis le tiers inférieur du bras jusqu'au milieu de l'avant-bras. On en trouve également sur le trajet du nerf cubital.

A la partie inférieure de la région dorsale de l'avant-bras se trouve une excavation profonde s'étendant au-dessous des tendons des extenseurs des doigts intacts. Dans cette cavité, le radius se trouve à nu; les muscles qui se rendent au pouce sont déchirés. Le radius est à nu dans l'étendue de 6 centimètres, sur sa face interne et postérieure. L'épiphyse inférieure du radius est décollée. L'articulation radio-cubitale inférieure est remplie de pus. Le fragment supérieur est fendu longitudinalement dans l'étendue de 6 à 7 centimètres. Oblitération de l'artère radiale au niveau de la plaie. Articulations radio-carpienne et du coude intactes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Luzy, né à la Celle-sur-Nièvre (Nièvre); *Considérations sur l'amaurose.*

Bardonnet, né à Curbigny (Saône-et-Loire) ; *Des relations sympathiques qui existent entre l'appareil génital et l'appareil digestif chez la femme en particulier.*

Fargier, né à la Palud (Vaucluse); *Du sarcocèle syphilitique.*

Lallemand, né à Tonnay-Boutonne (Charente-Inférieure) ; *Relation médicale de la campagne de la corvette de la marine impériale* la Constance, *dans les mers de l'Indo-Chine et du Japon, et dans l'océan Pacifique, pendant les années* 1853, 1854, 1855 et 1856.

Mourão-Pitta, né à Lisbonne ; *Du climat de Madère et de son influence thérapeutique dans le traitement des maladies chroniques en général, et en particulier de la phthisie pulmonaire.*

Combalat, né à Poussan (Hérault) ; *De la région prostatique et de quelques considérations chirurgicales qui découlent de son étude.*

Blanc, né à Draguignan (Var) ; *Application de l'exciseur parcellaire au diagnostic des tumeurs solides.*

Garrigou-Lamenie, né à Sarlat (Dordogne) ; *Des principaux soins hygiéniques à donner aux femmes en couches.*

Lugagne, né à Fauzillou (Hérault); *De la périnéotomie, ou de l'uréthrotomie périnéale dans le traitement des rétrécissements considérables ou infranchissables de l'urèthre.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les juges du concours pour l'agrégation (médecine et médecine légale), qui s'ouvrira à Paris le 2 décembre prochain, sont :

MM. Denonvilliers, Trousseau, Guillot, Grisolle, Cruveilhier, Tardieu, Rayer, Dubois (d'Amiens) et Michel Lévy, *juges.*

MM. Bouillaud, Rostan, Barth et Beau, *suppléants.*

— M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics vient d'accorder à l'établissement thermal de Bagnères-de-Luchon une subvention de 3,000 fr. pour servir à des améliorations particulièrement profitables aux malades pauvres.

— M. le docteur Auzias Turenne, vient de recevoir du roi de Danemark la décoration de l'Etoile polaire, en récompense de ses travaux sur la syphilisation.

— Le docteur Corrado Taddei, de Gravina, médecin-directeur du manicôme « alla Fregionaja » de Lucques (Toscane), qui avait été blessé au bas-ventre, le 3 juin dernier, par un servant qui l'attendait lorsqu'il faisait la visite de nuit de cet établissement, a succombé le 15 octobre dernier, âgé de quarante-huit ans seulement.

— La monarchie autrichienne renferme 330 hôpitaux publics civils et 159 militaires. On y soigne en moyenne 400,000 individus par an. Il y a de plus 40 maisons d'aliénés avec environ 6,000 malades; 40 Maternités avec 60,000 naissances par an; 33 maisons d'enfants trouvés avec environ 24,000 enfants.

— Dimanche dernier a eu lieu le grand banquet pour célébrer le 25e anniversaire de la fondation de l'Université de Bruxelles. Les dimensions du local ont forcé la commission organisatrice de la fête à fermer la liste de souscription au nombre de 350. Le nombre des convives se serait élevé à 500 au moins, si le local l'avait permis.

La veille avait eu lieu, dans la salle gothique de l'hôtel de ville, le grand banquet offert par M. Ch. de Brouckere, bourgmestre de la ville de Bruxelles, à l'administration et au corps enseignant de l'Université. Le gouverneur du Brabant, la députation permanente, le conseil communal et un grand nombre d'illustrations du pays y assistaient. Cette fête a été digne du premier magistrat de la capitale.

Le Gérant, Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 138. — SAMEDI 26 NOVEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 138. — SAMEDI 26 NOVEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Constitution médicale de la fin de l'été et de l'automne de 1859.

Nous avons plusieurs fois appelé l'attention de nos lecteurs sur l'épidémie de cholérine et de dyssenterie qui a caractérisé d'une manière si particulière la constitution médicale de la fin de l'été et d'une partie de l'automne, et qui paraît en ce moment toucher à peu près partout à son terme. Si, en raison du changement qui selon toute apparence va s'opérer dans la constitution médicale sous l'influence des froids vifs et précoces qui règnent depuis quelques semaines, il y a tout lieu de croire que les préoccupations de la thérapeutique auront à prendre un autre cours, il ne nous en semble pas moins utile de faire connaître les résultats de l'expérience pratique, ceux de nos confrères qui ont été à même d'observer avec soin ces affections et de fixer leur opinion sur la valeur des diverses méthodes de traitement en usage. Tel est l'objet de la communication suivante que vient de nous adresser M. le Dr J. de Laplagne, médecin à La Souterraine. Nous souscrivons avec d'autant plus de plaisir au désir de M. de Laplagne de faire connaître sa relation, qu'indépendamment des indications thérapeutiques générales très-utiles qu'elle renferme sur le traitement de la cholérine et de la dyssenterie, elle a plus particulièrement encore pour objet de signaler une complication dont il est de la plus haute importance de bien connaître la valeur indicative; nous voulons parler de la complication paludéenne.

Les cholérines qui pendant trois mois se sont offertes à mon observation, nous écrit notre confrère, affectaient des formes assez distinctes pour réclamer un traitement spécial.

Elles peuvent être réduites à trois principales :

1° La forme inflammatoire,

2° La forme muqueuse ou pituiteuse,

3° La cholérine simple.

Ces trois formes ont eu pour symptôme commun et fondamental des évacuations fréquentes par le haut ou par le bas, ou des deux côtés à la fois, de matières liquides porracées plus ou moins abondantes; mais elles différaient assez entre elles sous certains rapports pour qu'il ait été indispensable de tenir compte dans la pratique des divers phénomènes qui caractérisaient chacune d'elles en particulier.

1° La forme inflammatoire, qui n'est à vrai dire qu'une entérite cholériforme, a pour caractères spéciaux la chaleur âcre et mordicante de la peau, plus prononcée encore dans les régions épigastrique et ombilicale; la sécheresse, l'état fendillé et la rougeur au moins à la pointe et sur les bords de la langue; la tension et le ballonnement du ventre avec coliques et douleurs épigastriques plus ou moins vives, surtout à la pression; la soif, la céphalalgie, une fièvre intense et une diminution notable de la quantité des urines, qui sont troubles et épaisses. Cette forme s'est quelquefois compliquée d'accidents dyssentériques.

2° La forme muqueuse, qui tantôt a succédé à la précédente, tantôt a débuté d'emblée, se reconnaît aux signes suivants : chaleur douce et halitueuse, parfois âcre et sèche, de la peau; état saburral de la langue, qui est recouverte, surtout à sa base, d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre, plus ou moins épais et tenace, ou qui offre l'aspect lanugineux; ventre le plus souvent mou et dépressible, d'autres fois tendu et rénitent; douleur obtuse à l'épigastre, jamais vive comme dans la forme inflammatoire; anorexie; soif nulle; fièvre peu intense et affectant pour l'ordinaire le type rémittent; teinte blafarde ou subictérique des conjonctives, des ailes du nez et du pourtour de la bouche; douleurs contusives dans les membres; dépression considérable des forces, qui persiste longtemps encore après la guérison et prolonge ainsi la convalescence. C'est cette forme qui de toutes a été la plus commune.

3° La cholérine simple, qui n'estautre chose qu'un léger choléra sporadique, consiste essentiellement dans l'abondance et la fréquence des déjections avec coliques et des vomissements souvent provoqués par la plus légère ingestion des boissons; dans la petitesse, l'irrégularité et la vitesse du pouls; le refroidissement de tout le corps avec sueurs visqueuses; la suppression des urines; la rétraction des parois de l'abdomen; le grippement de la face; l'oppression et la vive anxiété des malades.

C'est ici que M. de Laplagne nous signale une particularité importante à connaître pour ceux qui, comme lui, habitent une contrée où les fièvres intermittentes sont endémiques; là, en effet, lorsque ces fièvres se montrent en grand nombre, en automne par exemple, il n'est pas rare de voir les accès revêtir subitement la forme pernicieuse et participer des autres maladies régnantes, en affectant leurs symptômes dominants. Notre confrère a pour sa part, nous dit-il, observé pendant le cours de cette dernière épidémie quatre cas de fièvre intermittente pernicieuse cholérique.

Cette forme, qui ordinairement n'est pas franchement intermittente, est très-insidieuse; il est de la plus grande importance que le médecin soit prévenu de la possibilité de cette transformation, et l'ait pour ainsi dire sans cesse présente à la pensée, un seul moment d'oubli pouvant coûter la vie à son malade. M. de Laplagne doit à la connaissance de ce fait de n'avoir perdu qu'un seul malade sur les quatre qu'il a été appelé à traiter, et il ne met pas en doute qu'il aurait eu un revers de moins à déplorer si, mandé plus tôt auprès du malade qui a été comme foudroyé au second accès, il avait été ainsi mis en mesure de le soumettre dès le début au traitement énergique commandé par la gravité de son état.

A la première forme compliquée d'une véritable inflammation des voies digestives, M. de Laplagne a opposé un traitement antiphlogistique modéré; sangsues à l'épigastre; cataplasmes émollients laudanisés sur l'abdomen; demi-lavements amidonnés et laudanisés; pour boisson eau de gomme, limonade, ou mieux encore eau froide pure ou additionnée d'une petite quantité d'eau de Seltz; et enfin, dans quelques cas, mais surtout dans ceux où prédominent la douleur épigastrique, les coliques, le ténesme et les divers accidents dyssentériques, une potion plus ou moins fortement morphinée ou laudanisée; ici, l'emploi des évacuants lui a toujours semblé contre-indiqué par l'état inflammatoire de la muqueuse digestive.

Dans les cas où la forme muqueuse a succédé à celle-ci, c'est au traitement de cette dernière qu'il a eu recours, mais sans jamais perdre de vue l'élément phlegmasique qu'il avait eu à combattre au début.

Dans la forme muqueuse, les vomitifs, et en particulier l'ipécacuanha et les éméto-cathartiques, ont fait la base du traitement. Notre confrère a souvent employé avec grand succès, surtout au début, un mélange de 1 gramme de poudre d'ipéca avec 20 grammes de sulfate de soude, qu'il faisait prendre dans trois verres d'eau tiède de quart d'heure en quart d'heure, en ayant soin, lorsqu'il existait encore quelques traces de phlogose du côté des organes de la digestion, de prescrire, immédiatement après l'effet obtenu, une potion morphinée ou laudanisée, par cuillerée d'heure en heure. Pour boisson : l'eau pure, la limonade, et un peu plus tard une légère infusion de fleurs de camomille, lui ont paru répondre à toutes les indications. Lorsque la fièvre affectait le type rémittent ou intermittent, ce qui avait lieu quelquefois au déclin, les préparations de quinquina ou les sels de quinine administrés suivant les préceptes de Torti et de Sydenham, si avantageusement modifiés par l'école de Tours, lui ont toujours donné les résultats les plus satisfaisants.

Dans le choléra simple, l'action soutenue de la chaleur sur l'abdomen lui a paru très-utile; rien n'a secondé avec plus d'efficacité l'effet des autres moyens de traitement concurremment indiqués. Depuis longtemps, dit M. de Laplagne, j'avais pour habitude, dans des circonstances analogues, de faire couvrir l'abdomen, chez mes malades de la campagne, avec de la laine suineuse préalablement chauffée, et j'ai vu avec plaisir tout dernièrement que M. le docteur Hélye, de Romans, préconisait

---

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments de zoologie médicale, par M. Moquin-Tandon, membre de l'Académie des sciences, professeur à la Faculté de médecine de Paris (1).

La médecine est la plus vaste de toutes les sciences; son étendue est illimitée, et il n'y a pas d'intelligence assez vaste pour en approfondir tous les détails. Il n'est pas une seule des différentes branches de la connaissance humaine qu'elle ne mette à contribution : philosophie, mathématique, physique, chimie, physiologie, anatomie, botanique, zoologie, etc., tout peut lui servir et tout favorise ses progrès. Sans l'étude de la nature, grande ou petite, sans la connaissance de l'histoire naturelle, il n'y a pas de médecin vraiment digne de ce nom, et tout ce qui peut aider l'élève ou le médecin dans l'acquisition facile et rapide de ces éléments indispensables, doit être salué avec reconnaissance.

A ce titre, les *Éléments de zoologie médicale* récemment publiés par M. le professeur Moquin-Tandon, que ses beaux travaux sur les *Hirudinées* ont fait entrer à l'Institut, doivent être favorablement accueillis du monde savant. Cet ouvrage, destiné aux médecins, diffère des ouvrages de zoologie proprement dite. L'auteur a supprimé les détails trop minutieux d'organisation qui intéressent particulièrement le zoologiste, pour ne faire connaître de la structure des animaux que ce qui intéresse la science médicale. Dans cette zoologie appliquée à la médecine, le médecin trouve rapidement tout ce qu'il lui est utile de connaître :

(1) Un volume in-12, rempli de figures intercalées dans le texte. — J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

1° Sur les animaux ou produits animaux anciennement employés en médecine, aujourd'hui abandonnés;

2° Sur les animaux ou produits animaux rarement employés en médecine;

3° Sur les animaux ou produits animaux habituellement employés en médecine, tels que les *huiles de foie*, les *produits musqués*, les *insectes vésicants*, les *sangsues*, les *excroissances galliques*, dont je reparlerai tout à l'heure;

4° Sur les produits animaux d'un emploi accessoire en médecine, les *os*, le *sang*, la *chair*, etc.;

5° Sur les animaux nuisibles non venimeux et non parasites, tels que la *punaise*, le *cousin*, les *larves*, etc.;

6° Sur les animaux venimeux ou *toxicozoaires*, tels que les vipères, les serpents étrangers, l'araignée, le scorpion, l'abeille, la guêpe, etc., et sur les *venins*.

7° Sur les animaux parasites extérieurs ou *épizoaires*, tels que les poux, la puce, la chique, le sarcopte, etc.;

8° Sur les animaux parasites intérieurs ou *entozoaires*, tels que les œstrides, l'ascaride, l'oxyure, le tricocéphale, l'ancylostome, le strongle, le filaire, les douves, les tænias, le botriocéphale; les helminthes vésiculeux, tels que le cysticerque, l'échinocoque, les acéphalocystes, etc.

Chacun de ces *épizoaires* ou de ces *entozoaires* est représenté au moyen de figures d'une exécution nouvelle, et intercalées dans le texte de façon à en donner une idée parfaite; avantage incontestable, car on ne les rencontre souvent qu'après une longue pratique, et plusieurs médecins n'ont jamais vu ou ne verront jamais sur nature. Ces figures ne sont pas les seules; il y en a un très-grand nombre d'autres qui montrent outre l'animal lui-même, soit l'organe ou la partie nuisible qui intéresse spécialement le médecin, soit enfin le produit utilisé en thérapeutique. Parmi ces figures, je citerai la *civette*, le *castor* et ses organes si compliqués, d'où sortent le musc et le castoréum; le cousin, sa trompe, et sa trompe en action; les différentes têtes de la vipère et son appareil venimeux, qui est parfaitement exécuté; le sarcopte mâle et femelle de la gale, etc. En ornant le texte, elles en facilitent singulièrement la lecture, et ce sont des choses de première utilité.

Le savant professeur a mis dans ce livre tout ce qui caractérise son enseignement et lui donne un juste éclat. A la connaissance complète de son sujet, qu'il exprime toujours avec la méthode et la lucidité des hommes sûrs de leur parole et de leur jugement, il joint ce talent philosophique qui élève les choses les plus vulgaires et qui donne aux plus infimes détails un intérêt particulier. M. Moquin-Tandon est du nombre de ces esprits d'élite que l'étude de l'anatomie et de la physiologie n'a pas convertis au matérialisme de la philosophie positive, et il le montre dans les considérations d'anthropologie placées en tête de son livre. Partisan de la création primitive et de l'unité de l'espèce humaine, il ne croit pas à l'homme sauvage et n'admet que la pluralité des races. A l'exemple de l'immortel Linné, de Cuvier, de M. Duméril, il distingue l'homme des animaux, et en fait avec raison un genre à part dans l'animalité, sentiment qu'il partage avec Voltaire : « L'Éternel a donné aux hommes organisation, sentiment et intelligence; aux animaux, sentiment et ce que nous appelons instinct; aux végétaux, organisation seule. Sa puissance agit donc continuellement sur ces TROIS RÈGNES. »

Quoique cette manière d'envisager l'homme comme un être supérieur aux animaux ne soit pas du goût de certains philosophes qui font de la vie une propriété de la matière et qui dénient à l'homme le principe des opérations de la conscience, M. Moquin-Tandon n'hésite pas, et il admet qu'il y a parmi les êtres vivants, ou dans l'*empire organique, trois règnes* : le *végétal*, l'*animal* et l'*hominal*.

« Je ne vois pas en quoi, dit-il, cette classification pourrait offrir un danger dans les Facultés de médecine, ainsi qu'on l'a écrit tout récemment, et faire négliger ou méconnaître les relations organiques

l'emploi de la chaleur sur le ventre dans le traitement de la dyssenterie; je partage complétement son opinion, et tous les jours mes observations personnelles me prouvent que rien n'est plus propre à modérer le flux dyssentérique et en général tous les flux intestinaux que l'application de la chaleur sur l'abdomen. Si les douleurs sont vives, je commence par faire pratiquer sur le ventre des embrocations avec le baume Tranquille ou l'huile de camomille camphrée, et je fais couvrir le tout d'une épaisse couche de flanelle chaude, que l'on renouvelle aussi souvent que cela est nécessaire pour les maintenir à une température toujours élevée; si, par extraordinaire, ce moyen ne produit pas promptement un amendement notable des symptômes, je fais appliquer à l'épigastre ou sur le ventre, suivant les cas, un large vésicatoire volant que l'on peut au besoin panser avec quelques centigrammes d'un sel de morphine; des frictions sèches sont pratiquées sur tout le corps, et des sinapismes promenés sur les extrémités inférieures; il faut, en outre, par tous les moyens externes possibles, chercher à réchauffer le malade pendant tout le temps que dure la période de refroidissement.

Généralement, la convalescence s'établit d'une manière franche, et c'est tout au plus s'il existe pendant quelques jours encore un peu de susceptibilité du côté du tube digestif chez les individus qui n'ont point à en souffrir habituellement. A ceux qui ont un estomac délicat ou de mauvais intestins, sans parler des moyens hygiéniques prescrits en pareille circonstance, voici le traitement que M. de Laplagne dit avoir toujours conseillé avec le plus d'avantage : ceinture de flanelle, frictions sèches sur tout le corps; à l'intérieur et suivant les cas, sous-nitrate de bismuth avec poudre d'yeux d'écrevisses, de rhubarbe ou de colombo. L'eau de chaux, les eaux minérales de Vichy, quelques tisanes amères, celle de camomille en particulier, seules ou additionnées d'eau gazeuse, ont donné souvent de beaux résultats. La faiblesse dont se plaignent presque toujours les malades qui ont été atteints de la cholérine, et spécialement de celle à forme muqueuse, et qui parfois persiste pendant un temps assez long, a été avantageusement combattue par les frictions sèches et l'usage à l'intérieur de quelques toniques, comme une décoction ou le vin de quinquina.

Quant aux fièvres intermittentes pernicieuses cholériques ou dyssentériques, il suffit d'avoir signalé la possibilité de leur apparition en temps d'épidémie et sous la forme insidieuse de la maladie régnante, pour avoir indiqué la conduite à tenir.

Le traitement de la dyssenterie se trouve implicitement compris dans ce qui précède.

En 1852 et 1854, ajoute notre confrère, j'ai eu à traiter un grand nombre de dyssenteries avec embarras gastrique, de celles que Stohl a désignées sous le nom de dyssenteries bilieuses; là, l'ipécacuanha, administré à dose vomitive ou suivant la méthode brésilienne, faisait vraiment merveille. Cette année-ci, au contraire, je n'ai guère observé la dyssenterie que comme une complication ou, pour parler plus exactement, comme l'exagération des flux intestinaux, et spécialement de ce que j'ai appelé l'entérite cholériforme. Or ici l'ipéca, et en général les évacuants, avaient perdu tout leur prestige, tandis que la médication antiphlogistique prudemment dirigée, l'usage des narcotiques, et en particulier de l'extrait gommeux d'opium et du laudanum de Sydenham en lavement et en potion, à faible ou à forte dose, suivant le plus ou moins d'intensité des symptômes inflammatoires, me donnaient des résultats souvent inespérés.

Je m'empresse toutefois d'ajouter, car c'est là un fait qui a bien son importance, que s'il arrivait que la maladie s'offrît à mon observation sous la forme qu'elle affectait dans les deux épidémies que je viens de citer, c'était alors un médicament qui déjà m'avait donné tant et de si éclatants succès, que je me hâtai de recourir à l'ipéca, qui, avec son indication, retrouvait toute sa puissance. C'est aussi dans cette forme que l'action de la chaleur sur le ventre m'a donné les meilleurs résultats, tandis que dans la forme purement inflammatoire j'obtenais plus d'effet des cataplasmes émollients laudanisés maintenus à une douce température.

D'où il suit, ainsi que le fait très-judicieusement remarquer notre honorable correspondant, que tout en tenant compte, dans de certaines limites, de l'influence directe des constitutions médicales sur le mode d'action des médicaments, le médecin doit bien, avant tout, se préoccuper de la forme de l'épidémie et de celle que peut affecter, quoique exceptionnellement, la maladie régnante.

Observation de luxation de l'humérus; tentatives infructueuses de réduction; emploi du chloroforme; accidents suivis de mort.

Nous tenons de M. Desprès, interne à la Charité, la relation du fait suivant qui s'est passé dans le service de M. Manec, et que nous avons annoncé dans le dernier numéro. Nous nous empressons de la porter à la connaissance de nos lecteurs.

Nous communiquons les détails que le public médical attend de nous sur le cas malheureux de mort par le chloroforme dont nous avons été témoins; nous le faisons non-seulement dans l'intérêt de la science, mais encore dans le but de prévenir, s'il est possible, le retour des phénomènes si regrettables que nous avons observés. Tout ce qui suit a été revu par M. Manec :

La fille P..., 50 ans, domestique, entre à la salle Sainte-Rose, n° 12, le 20 novembre; elle est tombée dans un escalier; le corps a porté sur l'épaule et le côté droit. La malade, qui raconte elle-même ce qui s'est passé, ne paraît pas en état d'ivresse, et pourtant les renseignements qu'elle donne sont brefs et très-obscurs. En effet, à part une légère ecchymose à la partie moyenne du bras, nous ne trouvons sur son corps nulle trace de contusion. L'épaule paraît un peu aplatie, et le bras, qui pend légèrement, semble allongé. Le diagnostic reste douteux dans l'esprit de l'interne. L'état de la malade, du reste, ne lui parut pas exiger de traitement immédiat. Un cataplasme fut appliqué sur l'épaule.

Le lendemain, la malade est examinée avec plus de soin, et M. Manec dit que, bien que les signes de luxation soient moins prononcés qu'à l'ordinaire, la luxation n'en existe pas moins. Alors il fut fait des tentatives de réduction qui restèrent sans effet et produisirent de vives douleurs. Le chloroforme était indiqué.

La malade était couchée dans son lit, dégagée de tous liens; le chloroforme fut administré par l'interne de service au moyen d'une compresse simple, sur laquelle le chloroforme fut versé successivement et par petites quantités. La malade, interrogée préalablement, répondit qu'elle n'avait rien mangé et qu'elle n'avait point l'habitude de boire; l'interne l'engagea à respirer largement et sans crainte. Les premières inhalations s'exécutèrent régulièrement, et une minute ne s'était pas écoulée que la période d'agitation commença. Une seconde minute fut employée à l'évolution de cette période. La malade était congestionnée, elle poussait quelques cris, et ses muscles étaient contractés. M. Manec recommanda de redoubler d'attention. Deux jours auparavant, dans un cas d'amputation de la cuisse, il avait à ce moment fait suspendre l'anesthésie, et l'opérée dit n'avoir rien senti. Mais ici il fallait pousser le sommeil plus loin pour arriver jusqu'à la résolution musculaire. L'agitation se calma, la compresse fut retirée, la malade resta quelques secondes faisant des efforts pénibles d'inspiration, puis elle fit plusieurs respirations qui dissipèrent toute inquiétude. Bientôt, cédant peu à peu à l'influence du chloroforme, le système musculaire se détendit. La malade fut placée commodément, la tête un peu basse. A ce moment, nous entendîmes le râle laryngien habituel, tel qu'il a été observé dans quatre cas semblables traités dans le service, trois luxations de l'épaule et une de la hanche, et pour lesquels il a fallu obtenir une résolution complète du système musculaire.

L'interne, qui avait fait observer que la malade avait perdu beaucoup de dents, songea à un accident observé chez les vieillards. Il releva le menton fortement, et la respiration s'effectua assez bien. Alors, après avoir recommandé de veiller plus à la respiration qu'au pouls, tenu par un élève du service, l'interne, obéissant à M. Manec, après avoir fait tirer le bras dans la direction et suivant les préceptes conseillés en ce cas, réduisit la luxation. Un claquement léger indiqua la réussite de l'opération. M. Manec, les élèves et les assistants s'éloignèrent alors, après avoir regardé la malade, qui ne semblait rien éprouver d'inquiétant. L'élève qui tenait le pouls l'avait quitté au moment où la réduction avait été accomplie. L'interne, resté seul auprès de la malade, dont il tenait encore le bras, faisait exécuter quelques légers mouvements à l'articulation, afin de savoir s'il n'y avait pas quelque chose de particulier dans ce cas où le diagnostic avait présenté des difficultés. Tout à coup, en ramenant le bras sur la poitrine de la malade, il s'aperçut qu'elle respirait à peine. Aussitôt il plonge son doigt dans la bouche, en même temps qu'il appelle M. Manec, qui se lavait les mains au pied du lit. L'effort tenté ne produisit rien; la respiration cessa, et la face passa rapidement d'une coloration violacée à une pâleur mortelle. M. Manec fit respirer de l'ammoniaque; la respiration artificielle fut produite, et le courant maximum d'une machine électrique de Morin, que l'on put trouver dans une salle voisine, fut appliqué sur le trajet du nerf phrénique, les attaches du diaphragme et les muscles inspirateurs.

Pendant ce temps, les fenêtres étaient ouvertes, de l'eau froide était jetée sur le visage de la malade, sa poitrine était fortement frappée et secouée, et sa langue était toujours maintenue avec le doigt.

Un instant nous crûmes que la malade allait revenir; la respiration artificielle avait fait parvenir de l'air dans le poumon; il y eut une expiration plus forte que les autres, mais la pâleur restait la même et le pouls ne battait plus. Enfin, après vingt minutes d'efforts inutiles, l'auscultation du cœur ne permit plus aucun doute. Tout ce qui fut encore tenté resta sans effet.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, nous apprit que le poumon droit était contus, et ainsi les lésions nous ont paru sur le cadavre mieux en rapport avec les conséquences de la chute de la malade.

Voici, du reste, ce que nous avons observé : A la poitrine : de la sérosité dans le péricarde, avec quelques-unes de ces plaques blanches décrites par M. Bizot; une hypertrophie concentrique du cœur, sans altération des orifices; des adhérences de la plèvre viscérale droite avec la plèvre pariétale du même côté; une contusion au troisième degré de la périphérie des deux lobes du poumon droit et une congestion passive de la partie centrale des deux poumons; les vaisseaux pleins de caillots noirs diffluents.

Au crâne : un peu de suffusion séreuse sous l'arachnoïde; les membranes sont saines; les vaisseaux cérébraux antérieurs et leurs branches étaient remplis de sang noir fluide, ainsi que le tronc basilaire; les sinus contenaient au contraire peu de sang.

---

plus ou moins nombreuses qui existent entre l'homme physique et les animaux supérieurs.

» Dans les Facultés de médecine, la connaissance de notre espèce commence par des *dissections* et finit par des *autopsies*. L'étude des malades est toujours précédée et suivie par l'étude des cadavres. C'est notre marche habituelle, logique, nécessaire, indispensable. Comment une classification qui rappelle aux étudiants qu'il existe dans l'homme autre chose que des os, des muscles et des nerfs, pourrait-elle entraver l'examen de ces nerfs, de ces muscles, de ces os? Le principal danger, au contraire, dans les études médicales, c'est de trop isoler l'homme physique de l'homme intellectuel, et de trop insister sur ce qui dans notre admirable organisation nous est commun avec les mammifères. »

Il y a, en effet, dans l'homme autre chose qu'un mouvement dû aux propriétés de la matière. Chez lui, comme dans tous les êtres vivants, cette matière montre une sorte de prescience du but à remplir, et elle lutte contre les lois vitales qui la maintiennent temporairement sous une forme et avec des attributions qu'elle perd dès que par la mort elle retombe sous l'empire de ses lois physiques.

Du haut en bas de l'échelle des êtres vivants, chez les animaux et dans les végétaux, du mammifère à l'infusoire, partout les actes naturels des corps vivants indiquent cette prescience du but à atteindre, du résultat à obtenir, et cette prédestination de la matière douée d'une certaine impulsion vitale à lutter contre les lois physiques pour réaliser une forme vivante de préférence à une autre. M. Moquin-Tandon fournit une preuve intéressante de cette spécialité d'action vitale dans son chapitre sur la formation des noix de galle du chêne, qui sont, ainsi que le cynyps et sa tarière, parfaitement figurées dans le texte.

On sait que les galles sont le résultat de la piqûre des feuilles ou des tiges par des insectes. C'est là un fait général. Sur le chêne, il paraît qu'on trouve un petit hyménoptère de la famille des *Térébrants*, ainsi nommée à cause de l'acharnement que ses membres mettent à percer les feuilles des arbres.

Cet acte est-il une propriété aveugle de la tarière, une propriété de la feuille qui se laisse percer, ou la conséquence d'une fonction réfléchie de la bête qui va disparaître comme individu, mais qui prétend conserver son espèce en cachant dans son ovule presque invisible une étincelle de la vie qui l'anime? On discute encore à cet égard. Pour moi, qui pense que la fonction a créé la tarière et non la tarière la fonction, c'est un problème à ne pas débattre ici. Voyons cependant l'histoire du petit hyménoptère qui produit la galle du chêne. Des deux cynyps mâle et femelle, cette dernière seule est térébrante de la feuille du chêne, et c'est une nécessité pour elle qu'avoir cet instrument destiné à ensevelir ses œufs dans l'exsudat que produit sa blessure. Le mâle, n'ayant aucun besoin de cet appareil, en est dépourvu.

A la partie postérieure du corps du cynyps, sous l'anus, dans une petite coulisse du ventre, se trouve une tarière très-pointue cachée entre deux petites palettes allongées de même longueur. A l'aide de la tarière, l'animal pique la feuille, et, sans voir ce qu'il fait, y dépose un œuf, qu'il maintient et qu'il enfonce à l'aide de ses deux palettes. Plus adroit, sans y voir, qu'un être supérieur beaucoup mieux doué, il sème ainsi ses œufs dans une foule de blessures foliacées qui se recouvrent de sucs et forment par degrés une excroissance de plus en plus grande et de plus en plus dure. C'est la *noix de galle*. Ces excroissances ont toutes la même forme et le même volume; elles offrent des aspérités semblables, et si on les coupe en travers, on y trouve une petite cavité renfermant la *larve*, autour une couche d'amidon pour sa nourriture, plus en dehors trois ou quatre grandes loges à air pour sa respiration, et enfin une couche corticale plus ou moins épaisse remplie de tannin. Comment la matière de la feuille du chêne fait-elle dans l'excroissance gallique un nid pour les larves du cynyps, une couche d'amidon pour les nourrir et des chambres à air pour leur respiration? C'est, dit-on, une de ses propriétés, tout comme celle de la feuille attire le cynyps, et comme celle de la tarière qui pique cette feuille.

C'est, le croira qui voudra, exactement comme ce chasseur, collègue de M. Moquin-Tandon à la Faculté, auquel je demandais récemment : Avez-vous tué beaucoup de gibier? et qui me répondit en riant et en me montrant son fusil :

— Je n'ai rien tué, c'est lui qui a tout fait.

A peine eut-il prononcé ces mots qu'il eut honte de cet excès d'organicisme, et qu'il voulut bien convenir avec moi de son adresse et de son habileté. Si grandes qu'elles puissent être, elles n'approcheront jamais de celles qui ont ordonné la vie du cynyps, le but et le jeu de ses instruments pour la conservation de l'espèce, la réaction des feuilles du chêne pour la formation et la disposition intérieure providentielle des excroissances galliques. J'en pourrais dire autant du narrateur de la merveille que je viens de rappeler; mais il n'a d'autre prétention que celle de signaler les phénomènes, de s'élever des phénomènes aux lois et des lois aux forces, condition indispensable de tout progrès dans la science.

E. B.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent;
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Itinéraire de Paris à Madère, par M. le docteur P. Garnier. Brochure grand in-8° avec une carte. Prix : 50 centimes. — Cet opuscule fait suite à l'ouvrage du même auteur : *le Climat de Madère et son influence thérapeutique sur la phthisie pulmonaire*, et sera donné gratuitement aux personnes qui en feront l'acquisition. Paris, J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Le cerveau paraît congestionné; la substance grise moins que la substance blanche, surtout à la partie postérieure des hémisphères, où les vaisseaux sont dilatés; la protubérance annulaire et le bulbe ne sont point congestionnés; la pie-mère qui les recouvre paraissait seule plus colorée que d'ordinaire.

Le foie et la rate sont à l'état normal; l'estomac, compris entre deux ligatures et ouvert, ne renfermait que du mucus.

Il n'est pas douteux qu'il y ait eu dans ce cas insuffisance de la respiration comme premier phénomène. La rapidité avec laquelle les choses se sont passées porte M. Manec à penser qu'il y a eu un spasme des muscles du pharynx. Ces muscles, qui tiennent une sorte de milieu entre la vie organique et la vie animale, entraînant la langue en arrière, auraient abaissé l'épiglotte, et le passage de l'air aurait été ainsi intercepté. Les deux faits suivants le prouveraient. Sur le cadavre, nous avons constaté que la langue descendait très-bas dans le pharynx; puis au début de la période de résolution, il a été facile de remédier au râle laryngien en élevant le menton et médiatement la base de la langue. Si donc nous nous reportons au moment de l'accident, nous verrons que la respiration a pu se suspendre insensiblement, et que, au moment où nous avons cherché à soulever l'obstacle à la respiration, la malade allait succomber à une syncope.

Cependant, si l'on considère les lésions cérébrales, la congestion des vaisseaux de la substance blanche, la contusion du poumon, on conçoit qu'un faible trouble respiratoire ait, dans ce cas, acquis de la gravité. Sans conséquence fâcheuse pour l'individu exempt de ces complications, il a certainement dû provoquer chez notre malade une asphyxie plus rapide et une syncope qui est restée sans remède. Il faut joindre à cela une hypertrophie du cœur, cette lésion à laquelle ont été attribués je ne dirai pas seulement des accidents du chloroforme, mais encore quelques morts subites, puis l'état général de la malade, la commotion produite par une chute récente.

S'il fallait conclure de ce fait et de plusieurs autres analogues, et tirer une déduction pratique, peut-être pourrait-on dire que le chloroforme est contre-indiqué, ou du moins qu'il exige un redoublement de précautions dans les cas où l'organisme étant profondément ébranlé, il faut porter l'action de l'agent anesthésique jusqu'à la résolution complète du système musculaire.

Injections narcotiques sous-cutanées dans le traitement des névralgies.

Nous avons publié dans le numéro du 15 novembre la relation d'une intéressante tentative faite par M. le professeur Courty pour guérir des accès d'asthme, rebelles aux moyens ordinaires de traitement, par l'injection sous-cutanée d'un mélange narcotique sur le trajet du nerf pneumo-gastrique. Cette tentative, à laquelle M. Courty a été conduit par les bons effets qu'il a obtenus de l'emploi de cette méthode dans le traitement des névralgies, attend la confirmation de nouvelles expériences; en attendant que de nouveaux faits de ce genre se produisent, nous avons pensé que nos lecteurs liraient avec intérêt le compte rendu des essais nombreux auxquels M. Courty a soumis la méthode hypodermique; — c'est le nom qui paraît prévaloir.

« Depuis longtemps, dit M. Courty, j'avais adopté comme le meilleur traitement local des névralgies, et surtout des névralgies essentielles, l'application de l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique. Frappé pourtant de l'inefficacité de ce traitement local dans quelques circonstances, et des répugnances que les douleurs de son application inspiraient à beaucoup de malades, j'avais songé à essayer les applications sédatives sous-cutanées, indiquées dans le *Traité de thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux, lorsque j'eus connaissance de la méthode d'Alexandre Wood... » Dès ce moment il se promit de l'appliquer à la première occasion. M. Courty employa d'abord une solution d'hydrochlorate de morphine à la dose de 50 centigrammes dans 15 grammes d'eau. Plus tard, pour obtenir la plus forte action sédative avec la quantité de liquide la plus faible possible, il porta la dose de morphine à 50 centigrammes pour 10 grammes d'eau, ce qui donne 5 centigrammes par gramme, c'est-à-dire par quantité de liquide contenu dans la seringue Pravaz. Les résultats obtenus par cette première série d'expériences, quoique satisfaisants, ne lui ont pas cependant paru assez remarquables pour qu'il crût devoir en faire l'objet d'une publication. Mais dès que M. Béhier eut fait la communication que l'on connaît à l'Académie de médecine, M. Courty s'empressa de substituer l'atropine à la morphine. Il ne tarda pas à reconnaître la supériorité de ce nouvel agent; et il put vérifier en même temps l'antagonisme de la belladone et de l'opium comme antidotes l'un de l'autre. Enfin, il a tenté l'application des injections sous-cutanées d'atropine à quelques maladies nerveuses, ou plutôt à quelques névroses pour lesquelles on n'avait pas encore songé à l'essayer. Tel est l'ensemble des recherches que M. Courty vient de publier dans les deux derniers cahiers du *Montpellier médical*, et dont nous allons faire connaître les résultats généraux.

Les faits de la première catégorie, c'est-à-dire ceux qui sont relatifs aux injections d'hydrochlorate de morphine, sont au nombre de 11. Ils ont tous trait à des névralgies: 5 sciatiques, 1 poplitée externe, 1 brachiale, 1 cubitale, 1 intercostale, 1 trifaciale et 1 frontale. Sur ces 11 névralgies, M. Courty a obtenu 6 guérisons, 1 guérison incomplète, 2 améliorations notables, 2 résultats presque nuls. Encore fait-il remarquer que 1 des 6 guérisons étant relative à une névralgie liée à une migraine très-passagère, c'est un fait peu important relativement aux autres.

Ces névralgies étaient de nature différente, et partant elles pouvaient recevoir une influence diverse de la narcotisation locale sous-cutanée. Sur les 11 observations, 4 pouvaient passer pour des névralgies essentielles. De ces 4, 3 ont guéri, 1 a été seulement améliorée. 6 au moins pouvaient se rattacher à un rhumatisme, soit local, soit général: sur ces 6, il y a eu 3 guérisons, 1 guérison incomplète, 2 résultats presque nuls. Enfin, 1 était sympathique d'une autre affection; elle a été simplement améliorée.

Le traitement des 11 malades a exigé 34 piqûres, par conséquent une moyenne de 3 injections au moins par malade.

M. Courty fait remarquer enfin qu'il ne s'est pas produit d'accident de narcotisation qui pût inspirer une véritable inquiétude, et encore moins d'accidents locaux; la douleur des piqûres a été presque nulle; aucune d'elles ne s'est enflammée ou n'est restée douloureuse.

La deuxième catégorie de faits renferme toutes les observations d'injections sous-cutanées faites avec une solution de sulfate d'atropine. Elle se compose de 14 faits, tous également relatifs à des névralgies: 3 sciatiques, 2 brachiales, 2 cubitales, 1 intercostale, 1 dorsale, 1 lombaire, 1 occipito-mastoïdienne, 1 trifaciale et 2 frontales. Sur ces 14 cas, M. Courty a obtenu 10 guérisons rapides et complètes, 3 améliorations notables, dont 2 passagères, une amélioration bornée mais soutenue.

De ces 14 névralgies, dont 12 appartenaient à des femmes, et 2 seulement à des hommes, 6 étaient ou ont paru du moins essentielles; 5 sur ces 6 névralgies réputées essentielles ont guéri rapidement. La sixième est celle qui a été déjà indiquée comme n'ayant éprouvé qu'une amélioration bornée mais soutenue. 3 étaient rhumatismales; elles ont guéri toutes trois. M. Courty fait remarquer, à ce sujet, que les malades n'avaient pas eu de rhumatisme général et avaient déjà combattu par d'autres moyens l'affection rhumatismale fixée sur les nerfs douloureux. 1 était traumatique, elle a guéri; 2 étaient sympathiques l'une de la menstruation, l'autre d'une maladie utérine. La première a éprouvé une amélioration passagère seulement, la seconde une amélioration notable. 2 étaient symptomatiques. La première, symptomatique d'une affection dartreuse, a guéri; la seconde, symptomotique d'une hystérie, n'a été que passagèrement améliorée seulement.

Plusieurs de ces observations ont présenté des particularités intéressantes, notamment la huitième, qui a été remarquable par la violence de la névralgie, sa durée, sa persistance malgré tous les traitements dirigés contre elle; sa diminution sous l'influence des injections d'atropine, sa résistance au delà d'une certaine limite d'amélioration à l'action des doses les plus considérables de ce médicament, ainsi que de la morphine; et enfin, par la tolérance du sujet pour ces doses énormes. Il s'agit, en effet, dans ce cas, d'une femme de quarante-huit ans, atteinte d'une névralgie trifaciale ancienne du côté droit, développée sous l'influence des conditions hygiéniques les plus mauvaises, et qui avait résisté aux traitements les plus variés et les plus énergiques, y compris l'électricité.

74 injections ont été pratiquées, 14 avec la morphine, 60 avec l'atropine, en moins d'un mois. Les dernières injections avec l'atropine étaient faites avec une solution au 50°, c'est-à-dire 2 fois plus active que pour les autres malades; et au lieu de 10 gouttes, moyenne déjà assez élevée, chaque injection était de 20 gouttes. Enfin, au lieu d'une seule, on en faisait 3 dans la journée. Il a donc été injecté pendant plusieurs jours sur les divers points douloureux du trifacial, 12 fois plus d'atropine qu'il ne suffit en moyenne d'en injecter sur un point douloureux quelconque, chez tout autre malade, non-seulement pour calmer une névralgie, mais pour produire des symptômes d'intoxication atropique très-marqués.

Ce traitement si énergique n'a produit qu'une amélioration, mais cette amélioration s'est soutenue, même après la cessation de toute action locale, et elle était telle au moment de la rédaction de cette observation, que M. Courty se demandait s'il n'y avait pas lieu d'espérer encore une guérison complète par l'hygiène, le régime et les soins généraux dont la malade était entourée. Quant aux effets toxiques, ils n'ont pas tout à fait manqué, mais ils se sont manifestés à un degré si modéré qu'ils n'ont presque pas nécessité l'administration des antidotes.

L'observation que nous venons de résumer, mise à part, à cause de son caractère tout à fait exceptionnel et du nombre considérable de piqûres, qui ne sauraient entrer comme élément statistique dans la supputation de la moyenne des piqûres nécessaires pour obtenir la guérison, il reste 13 malades dont le traitement a exigé seulement 29 injections, par conséquent une moyenne de 2,23 par malade.

La quantité de médicament déposée par chaque injection dans le tissu cellulaire a varié de 2 milligrammes pour les doses les plus faibles (6 à 8 gouttes de la solution au 100°, c'est-à-dire de 5 centigrammes de sulfate d'atropine dans 5 grammes d'eau), à 1 centigramme pour les doses les plus fortes (20 gouttes de la solution au 50°, c'est-à-dire de 10 centigr. de sulfate d'atropine dans 5 grammes d'eau).

Il ne s'est produit dans ce traitement, dit M. Courty, aucun accident, soit général, soit local.

Les phénomènes généraux de narcotisation n'ont presque jamais exigé l'emploi des antidotes. Néanmoins, dans le petit nombre des cas où l'intoxication atropique a donné naissance à des phénomènes cérébraux qui ont paru devoir être combattus, M. Courty a constaté que l'opium, à la dose de 25 milligrammes de demi-heure en demi-heure, hâtait le retour des fonctions à l'état normal, en neutralisant en quelque sorte les effets de la belladone sur le cerveau. Il a suffi ordinairement de 1 ou 2 pilules pour calmer les accidents.

Relativement aux accidents locaux, M. Courty assure n'en avoir observé aucun: ni douleur, ni hémorrhagie, ni suppuration. Seulement, dans les piqûres faites à la face, on a vu parfois sortir quelques gouttes de sang facilement arrêtées par le collodion.

En résumé, il est ressorti aux yeux de M. Courty de ces expériences ce double fait, conforme aux observations déjà faites par M. Béhier et par quelques-uns de ceux qui se sont livrés aux mêmes essais, savoir:

1° Que les injections locales sous-cutanées de morphine et d'atropine ont sur les névralgies une action plus puissante et plus rapide que l'administration des mêmes médicaments par l'estomac ou que leur absorption par la surface réticulaire du derme dénudé;

2° Que le nombre des guérisons obtenues par l'atropine est plus considérable que le nombre des guérisons obtenues par la morphine;

3° Que les névralgies essentielles, puis les névralgies rhumatismales, guérissent plus facilement par ce moyen que les névralgies sympathiques ou symptomatiques;

4° Enfin que, lorsque la névralgie n'est pas guérie par les injections, elle éprouve du moins une modification locale immédiate qui apporte un grand soulagement aux malades.

NYMPHOMANIE

guérie par une émotion morale.

Une charmante jeune fille de Saragosse, appartenant à une famille noble, riche et des plus honorables, terminait une brillante éducation dans un monastère, lorsqu'elle fut prise d'une nymphomanie qui parut s'être développée par la lecture de la *Nouvelle Héloïse* et de quelques autres romans. Le médecin de la famille, M. Ester, persuadé qu'il ne pourrait enrayer la vésanie qu'en agissant fortement sur l'imagination de la jeune fille, l'emmena brusquement et sans explication à l'hôpital des femmes vénériennes, et la mit en présence d'une malade couverte d'ulcères syphilitiques et dans le plus déplorable état. Les souffrances, les regrets, les plaintes, les imprécations de cette infortunée, produisirent une vive impression chez cette jeune fille, qui revint immédiatement à des pensées chastes et pures. Depuis cette époque, elle s'est mariée et est devenue mère de famille; elle n'a cessé d'être un modèle de grâces et de vertus. (*La Espana med.* et *Union méd. de la Gironde.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 novembre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. GUERSANT, à propos du procès-verbal, annonce à la Société qu'il a porté le fer rouge sur la tumeur palatine de la petite fille qu'il a fait voir dans la dernière séance, et qu'il se propose d'enlever la tumeur du cuir chevelu dont cette enfant est atteinte, au moyen de l'écraseur linéaire. Il tiendra la Société au courant des résultats de ces opérations.

M. VERNEUIL considère la tumeur du cuir chevelu dont on a parlé comme une tumeur éléphantiasique de la peau. Elle ne ressemble en rien à celle qu'a enlevée M. Depaul: cette dernière était constituée par l'hypertrophie des rameaux du plexus cervical, développés et entremêlés au point de rappeler l'aspect d'un volumineux amas de vers de terre. La pièce anatomo-pathologique a été présentée par lui à la Société anatomique. L'extirpation de ce véritable névrome cylindrique fut très-douloureuse, et arracha des cris au malade pendant toute sa durée, malgré l'administration du chloroforme.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. GIRALDÈS fait voir un enfant de seize jours, qui présente un exemple rare, selon lui, de l'affection décrite par Woudser, Otto Gilles et d'autres chirurgiens, sous le nom d'hygroma cystique du cou. La tumeur s'étend du lobule de l'oreille gauche, qu'elle soulève, à la fourchette du sternum, et de l'apophyse mastoïde au milieu de la joue. Elle n'a pas altéré la coloration de la peau; elle est mollasse, et offre la consistance de la poche des eaux dans l'intervalle des contractions utérines. Elle semble bilobée à l'intérieur, et renferme deux corps durs et flottants, sur la nature desquels l'opinion de M. Giraldès n'est pas fixée.

La composition anatomique de ces tumeurs, que Radenbach désigne sous le nom de ranules congénitales, est, en effet, très-variable, et ces corps flottants peuvent être aussi bien des kystes que des vaisseaux ou des débris de fœtus.

La conduite que M. Giraldès se propose de tenir est de faire dans la tumeur une ponction exploratrice.

Selon la nature du liquide obtenu, il l'évacuera par des ponctions successives, si l'enfant se porte bien, sinon il s'abstiendra de tout traitement.

M. BOINET, dans un cas semblable, a fait une fois avec succès une ponction suivie d'injection iodée.

Il signale un mémoire de M. Jules Roux sur cette affection, que le

chirurgien de Toulon a rencontrée deux fois chez des sujets très-jeunes, et qu'il a traitée par des ponctions suivies d'injections.

M. MOREL-LAVALLÉE a disséqué quelques tumeurs pareilles à celle que vient de faire voir M. Giraldès. Il les distingue en deux classes : celles qui sont constituées par de petits kystes éloignés les uns des autres et renfermés dans une poche commune, et celles qui sont formées de petits kystes accolés les uns aux autres.

Cette disposition anatomique lui semble donner l'explication de l'insuccès des ponctions et des cautérisations dont il a été témoin dans la thérapeutique de cette affection. Il se propose à l'avenir d'employer pour ponctionner ces kystes un trocart muni d'une canule fenêtrée dans toute sa longueur, et de faire plusieurs ponctions dans des sens différents, afin d'ouvrir et de mettre en rapport avec les fenêtres de la canule le plus grand nombre possible ou la totalité des kystes multiples dans lesquels il pousserait une injection iodée.

M. RICHARD rappelle que le premier il a signalé le développement fréquent des kystes du cou dans les ganglions lymphatiques.

M. ROBERT pense que l'enfant présenté par M. Giraldès offre un exemple des kystes congénitaux du cou qu'on voit assez fréquemment. Ils diffèrent de ceux qu'a signalés M. Richard, et qui ne se rencontrent que chez les adultes; ce sont des kystes séreux tout à fait étrangers aux ganglions.

La disposition multiloculaire, ou la multiplicité de ces kystes, est chose grave au point de vue de la thérapeutique. M. Robert a vu dernièrement un cas de ce genre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Legroux. Le diagnostic en fut très-facile; il ne pouvait être confondu avec une tumeur hématique, et présentait quelques duretés dans son intérieur. Une ponction exploratrice vida le kyste principal; mais les kystes plus petits restèrent intacts. Le liquide se reproduisit dans la poche, et l'enfant sortit sans être guéri.

M. Robert avait pensé à fendre la tumeur dans toute sa hauteur, et à en laver l'intérieur avec un liquide iodé ou désinfectant pour conjurer les accidents possibles de la suppuration. Une opération ainsi pratiquée eût été différente de celle qu'a faite M. Nélaton, et qui fut suivie de mort. Dans ce cas, après l'excision des parois de la tumeur, la plaie avait été réunie, et une nouvelle poche remplie de pus au lieu de liquide séreux avait pris la place du kyste.

M. GIRALDÈS insiste sur l'inconnu qui règne encore dans la composition anatomique des tumeurs dont il est question. Jusqu'à présent, on y a rencontré des kystes séreux multiloculaires, en effet, mais on y a rencontré aussi des kystes dus à des dilatations veineuses qui se limitent et s'isolent ultérieurement, et des inclusions fœtales. Dans le premier cas l'affection est assez simple, mais dans les autres il n'en est pas de même.

Gould, dans son mémoire, a donné des indications très-étendues sur les variétés de ces kystes et sur la thérapeutique qui leur est applicable. Le traitement, dans un grand nombre de cas, a été suivi de mort.

Malgré l'examen très-attentif et prolongé que M. Giraldès a fait de son petit malade, il est encore indécis sur la nature de la tumeur et sur la conduite qu'il tiendra.

M. BROCA croit que l'histoire anatomique des kystes congénitaux du cou est suffisamment connue pour suivre leur étiologie et les causes de leur siége de prédilection. Les kystes sont séreux, simples ou multiloculaires. Ces derniers donnent la sensation d'inclusions fœtales lorsqu'ils contiennent des kystes profonds.

L'ablation de ces kystes congénitaux multiples, continue M. Broca, est une question d'une haute gravité, à cause du danger des hémorrhagies chez les nouveau-nés, et de l'épuisement que détermine la suppuration d'une large plaie. J'ai pourtant été obligé de pratiquer cette opération au mois de juin 1855, sur un nouveau-né qui m'avait été présenté par M. Coffin. La tumeur avait le volume des deux poings; elle s'étendait en haut jusqu'au voisinage de l'occiput, descendait en bas et en avant jusqu'à la clavicule droite, paraissait s'enfoncer dans le creux sus-claviculaire et se prolongeait jusque sur la ligne médiane antérieure du cou, depuis la symphyse du menton jusqu'à 2 ou 3 centimètres de la fourchette sternale. Cette tumeur était molle et fluctuante en certains points; ailleurs, et notamment dans ses parties profondes, elle était dure et paraissait solide. L'enfant était d'ailleurs bien conformé. Le jour de sa naissance, il alla assez bien et prit un peu de lait avec plaisir. Mais dès le lendemain la respiration devint très-difficile, et on vit paraître des symptômes d'asphyxie qui, les jours suivants, s'aggravèrent considérablement. M. Coffin jugea que l'enfant, abandonné à lui-même, n'avait plus que quelques jours à vivre; et lorsqu'il m'appela, le cas parut si urgent, que je ne crus même pas pouvoir attendre le jour de la séance de la Société de chirurgie; je ne pus donc pas prendre l'avis de mes collègues.

Des ponctions pratiquées en avant et en arrière sur deux points fluctuants donnèrent issue, l'une à une sérosité transparente, l'autre à une sérosité sanguinolente. La tumeur s'affaissa à la suite de ces ponctions, mais la respiration ne devint pas plus libre. On sentit alors dans les parties profondes une masse dure, oblongue, assez circonscrite, constituée sans doute par d'autres kystes plus petits et plus distendus que les kystes superficiels. Le liquide des kystes se reproduisit rapidement; le lendemain, la tumeur était redevenue presque aussi grosse qu'auparavant, et l'asphyxie avait fait de nouveaux progrès.

Je me décidai alors à tenter l'ablation de cette tumeur avec l'aide de M. Coffin, et je préparai d'avance une solution de perchlorure de fer pour arrêter l'hémorrhagie à mesure qu'elle se produirait. Je réussis ainsi à terminer l'opération sans répandre beaucoup de sang. La dissection de la tumeur se fit sans difficulté en haut et en arrière; mais elle devint beaucoup plus délicate en avant, au niveau de la région carotidienne, et surtout en bas, dans le creux sus-claviculaire. La tumeur atteignait le cul-de-sac supérieur de la plèvre, et j'apercevais cette membrane agitée par les mouvements de la respiration. Il ne survint heureusement aucun accident immédiat. Dès le lendemain la respiration était libre; l'enfant résista très-bien pendant les premiers jours à une abondante suppuration. Au bout de quinze jours, lorsque je présentai la tumeur à la Société anatomique, l'opéré était dans un état très-satisfaisant, et nous commencions déjà à compter sur le succès, lorsque les parents de l'enfant changèrent de domicile et allèrent s'établir dans un quartier éloigné. C'étaient de pauvres gens, chargés d'une nombreuse famille, et j'ai lieu de croire que l'enfant fut fort mal soigné lorsqu'il fut privé des secours du bureau de bienfaisance dont M. Coffin est le médecin. Quoi qu'il en soit, quand je revis mon petit opéré, quatre ou cinq jours après le déménagement de sa famille, je le trouvai dans un état désespéré, et j'ai appris depuis qu'il avait succombé trois semaines après l'opération. Je pense que si ce pauvre enfant eût été placé dans de meilleures conditions, s'il eût été entouré de soins convenables, il eût eu de bonnes chances de guérison. Je ne dis pas cela pour recommander de traiter les kystes congénitaux du cou par la méthode de l'ablation. Cette méthode me paraît trop dangereuse, et je n'y ai eu recours qu'à cause de l'urgence du cas.

La tumeur se composait d'une innombrable quantité de kystes, dont les plus petits avaient le volume d'un œuf de poisson. La masse dure centrale était constituée par une réunion de kystes de volume variable, et renfermant les uns de la fibrine coagulée, les autres une matière noire semblable à du marc de café.

M. GUERSANT a vu des kystes uniques et des kystes multiloculaires. Dans les premiers cas, il a obtenu deux ou trois succès par la ponction suivie d'injection iodée. Dans les seconds, où il a rencontré un liquide sanguinolent, il a été moins heureux, et il a vu survenir la suppuration, l'érysipèle et la gangrène. Il a eu davantage à se louer pour ceux-ci du passage à travers eux de fils en séton, comme il le pratique pour les abcès de la même région.

M. MOREL-LAVALLÉE rappelle à M. Guersant que dans un cas qu'il a observé avec lui, la tumeur fut ouverte de haut en bas; elle renfermait un liquide citrin, transparent et non sanguinolent. Après l'incision du kyste principal, des kystes plus petits et également transparents vinrent faire hernie entre les lèvres de la plaie.

Insistant de nouveau sur les avantages de la canule fenêtrée dont il a parlé tout à l'heure, M. Morel termine en demandant si l'électricité, récemment et heureusement appliquée au traitement de l'hydrocèle de la tunique vaginale, ne pourrait pas être employée avec le même succès et très-certainement avec innocuité, dans le cas d'inefficacité, à une affection aussi grave et aussi dangereuse à traiter que les kystes du cou.

M. GIRALDÈS s'élève contre l'exactitude des assertions de M. Broca, relativement à la nature des kystes congénitaux. Il rappelle que tous les détails qu'il a donnés se rapportent précisément à des kystes congénitaux, dans lesquels lui-même a rencontré des inclusions fœtales, et entre autres des dents.

M. BROCA n'admet pas que des kystes congénitaux par inclusion puissent être transparents. L'épithélium, la graisse et les autres éléments que renferment ces tumeurs doivent nécessairement s'opposer à leur transparence.

M. GUERSANT, répondant à l'observation de M. Morel-Lavallée, reconnaît que les kystes congénitaux ne sont pas tous sanguinolents.

Il a injecté du perchlorure de fer dans un de ces derniers, et il a obtenu le même succès qu'avec l'iode.

Il conseille une ponction exploratrice dans la tumeur de l'enfant présenté par M. Giraldès.

M. MICHON soumet à l'examen de la Société une petite fille âgée de quatre mois, dont les doigts médius et annulaire de chaque main sont soudés ensemble. Il désirerait avoir l'avis de ses collègues sur l'opportunité d'une opération applicable à ce vice de conformation, et sur l'époque à laquelle il conviendrait de la pratiquer.

M. DEGUISE a opéré par le procédé de M. Didot une fille âgée de dix ans. Le résultat de l'opération, tout d'abord favorable, fut compromis par des accidents d'inflammation et de dégénérescence des plaies. Une nouvelle opération fut faite sept ou huit mois après la première; elle consista à tailler un lambeau dont la base répondait à l'origine des doigts et le sommet à la bride cicatricielle, et à le rabattre dans l'intervalle des doigts de la face dorsale vers la face palmaire de la main, de façon à constituer une commissure de tissu sain. Le succès fut complet.

Pour l'enfant présenté par M. Michon, M. Deguise attendrait qu'il fût plus âgé avant de l'opérer.

M. VERNEUIL, dans un cas de syndactylie cicatricielle, a mis en usage l'opération de Zeller, que vient de décrire M. Deguise, sur un adulte de dix-huit à vingt ans. La réunion n'eut pas lieu, mais néanmoins le lambeau étant resté à la base des doigts, on put, au moyen de pansements bien dirigés, assurer le succès de l'opération.

L'opération de M. Didot expose, selon M. Verneuil, à la dénudation des tendons et à des phlegmons diffus; elle ne donne pas toujours des lambeaux suffisants, et ne se prête pas à leur exacte réunion. Aussi, M. Verneuil considère-t-il comme supérieur le procédé de Zeller, en recommandant l'emploi d'un appareil propre à maintenir les doigts dans le plus grand écartement possible.

L'enfant présenté par M. Michon lui paraît trop jeune pour être opéré.

M. GIRALDÈS est d'avis qu'on ne saurait trop tôt opérer les vices de conformation; il conseille donc d'opérer immédiatement le jeune sujet soumis à l'examen de la Société.

Le choix du procédé à mettre en usage est subordonné pour lui à l'épaisseur des palmes qui réunissent les doigts.

Il s'est servi, sur un malade à qui M. Jarjavay avait passé sans succès un anneau métallique à la hauteur de la commissure interdigitale, de l'écrasement pratiqué avec une pince pour détruire la réunion anormale. Il réussit à isoler l'indicateur du médius, mais il échoua dans sa tentative de séparer celui-ci de l'annulaire, ces deux derniers doigts étant réunis par un tissu fort épais.

M. GUERSANT a eu recours en vain au procédé de l'anneau et à celui de M. Didot; il a dû un succès à celui de Zeller.

Son avis, qui est aussi celui de Célius, est qu'il ne faut pas opérer de bonne heure.

M. DEGUISE, dans deux dissections qu'il a faites, n'a pas trouvé de soudure entre les os des phalanges. Il demande à ses collègues si cette union osseuse a été souvent rencontrée.

M. GUERSANT a vu cette disposition sur les deux premiers orteils et aux deux pieds d'une dame dont la mère et la grand'mère présentaient le même vice de conformation.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris* (3e fascicule, t. IV.); sept. 1859, in-8°.

2° Friedrich Esmarch. *Die Behandlung der narbigen Kieferklemme* (*Traitement de la constriction cicatricielle des mâchoires*); Kiel, 1860; in-4°.

3° Francesco Rizzoli. *Operazioni chirurgiche eseguite in diversi casi onde togliere la immobilità della mascella inferiore* (Opérations chirurgicales exécutées dans divers cas pour faire cesser l'immobilité de la mâchoire inférieure); Bologne, 1858, in-4°.

4° Fr. Rizzoli. *Risultamenti ottenuti col metodo della compressione nella cura di alcuni aneurismi esterni* (Résultats de la méthode de la compression dans le traitement de quelques anévrysmes externes); Bologne, 1859, in-4°.

5° R. Chassinat. *Mémoire sur la métrorrhée séreuse des femmes enceintes*; Paris, 1858, in-8°.

— M. HOUEL fait hommage à la Société d'un exemplaire de son *Mémoire sur l'encéphalocèle congénitale*; Paris, 1859, in-8°.

— M. le docteur Pain, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'asile des aliénés de Clermont (Oise), adresse à la Société un travail manuscrit intitulé : *De l'ostéo-myélite du tibia*. Ce travail renferme deux observations recueillies, l'une par M. le docteur Pain, l'autre par M. le docteur Mahieux, ancien interne des hôpitaux de Paris. L'amputation ayant été pratiquée dans les deux cas, les auteurs ont pu joindre à leurs observations les pièces anatomiques, qui sont fort remarquables. Une commission composée de MM. Gosselin, Richet et Houel, est chargée de faire un rapport sur ce travail.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. LOYSEAU présente deux enfants qui tous deux ont été atteints de fracture de la partie moyenne de la clavicule droite. Le déplacement des fragments, très-considérable chez l'un, n'existait pas chez l'autre. Tous deux sont guéris sans déformation. L'appareil dont M. Loyseau s'est servi a consisté en plaques de carton mouillé, appliquées sur la région, recouvertes de coton pour combler les creux sus et sous-claviculaires, et maintenues par un 8 de chiffre; un corset de Brasdor fixant le bras a complété cet appareil.

M. CLOQUET rappelle que les fractures de la clavicule, comme les fractures du fémur, se consolident très-souvent sans déformation chez les jeunes enfants.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, LEGOUEST.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Talon, né Villers-les-Pots (Côte-d'Or); *Du cancer de la lèvre inférieure et de son traitement.*

Cazeaux, né à Langoiran (Gironde); *De l'amputation sus-malléolaire.*

Carayon, né à Lacace-de-Sénégatz (Tarn); *De l'abaissement de l'utérus.*

Dihinx, né à Ustaritz (Basses-Pyrénées); *Aperçu clinique sur les produits fibreux des parties molles.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 16 novembre, M. Lasègue, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé de suppléer, pendant le premier semestre de la présente année scolaire, M. Andral, professeur de pathologie et de thérapeutique générale.

— Par arrêté du même jour, M. Andrieu, professeur suppléant à l'École préparatoire d'Amiens, est nommé professeur adjoint de pathologie externe, en remplacement de M. Boucher, décédé.

M. Lenoël, prosecteur d'anatomie à l'École préparatoire d'Amiens, est nommé professeur suppléant, en remplacement de M. Andrieu, nommé professeur adjoint.

— M. le docteur Chaumet, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux, qui était depuis quelque temps convalescent d'une maladie grave, vient d'être enlevé par une apoplexie foudroyante. Son convoi était accompagné par une assistance très-nombreuse, composée des premières autorités de la ville, de ses confrères, d'élèves en médecine et de ses concitoyens. Des discours ont été prononcés sur sa tombe par M. Gintrac père, directeur de l'École de médecine; par M. Denucé, au nom des médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-André; par MM. les docteurs Cuigneau, Vénot et Boisseuil, et par M. Riquard, premier interne de l'hôpital.

— La *Gazette des Eaux* annonce que la santé de M. le docteur Darralde, médecin inspecteur des Eaux-Bonnes, continue à donner de très-vives inquiétudes à ses amis.

— M. le docteur Bouchut, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, commencera son cours de pathologie générale le samedi 3 décembre, à sept heures du soir dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur Phillips commencera la deuxième partie de son cours des maladies des voies urinaires, le mardi 6 décembre, à deux heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et il la continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Cette deuxième partie comprend les maladies de la prostate et de la vessie.

— M. Caudmont a commencé son cours clinique des maladies des voies urinaires le 22 novembre, à midi et demi, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

La leçon aura lieu après l'examen des malades, de une heure à deux.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 139. — MARDI 29 NOVEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 139. — MARDI 29 NOVEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 28 novembre 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Un nouvel exemple d'insuccès du curare dans un cas de tétanos, communiqué à l'Académie par M. H. Gintrac, de Bordeaux, a été l'occasion d'un nouvel échange d'observations entre MM. Velpeau et Cl. Bernard, sur l'action de ce mystérieux agent. Sans nous dissimuler combien ces insuccès répétés sont de nature à affaiblir l'espoir que nous avions fondé sur l'avenir de cette médication d'après le fait de M. Vella, nous ne croyons pas cependant encore que la question doive être considérée comme définitivement jugée. La discussion qui a été soulevée récemment à ce sujet à la Société de chirurgie, en montrant combien cette question est complexe et délicate, nous a appris à nous prémunir contre le danger des jugements trop hâtifs. Les insuccès comme les succès, pour être appréciés à leur véritable valeur, ont besoin d'être soumis à une analyse rigoureuse. Mais cette analyse est d'autant plus difficile, qu'aux obscurités physiologiques, beaucoup plus grandes que nous ne nous les étions figurées d'abord, viennent se joindre toutes les obscurités de la pathologie. On nous excusera de ne pas aborder aujourd'hui l'examen de cet ardu problème, et d'attendre pour cela que de nouvelles expériences aient fourni des données un peu plus précises sur le mode réel d'action de cette substance encore si mal connue. Nous nous bornons donc pour le moment à enregistrer sans commentaires l'observation de M. Gintrac et les remarques dont elle a été le sujet de la part de MM. Velpeau, Cl. Bernard et Duméril; renvoyant pour plus ample informé, sur le fond même de la question, aux comptes rendus de la Société de chirurgie, et plus particulièrement à la savante dissertation de M. Broca.

On trouvera dans le compte rendu la relation d'un cas de régénération osseuse par le périoste, à la suite de la résection de l'articulation du coude, communiquée à l'Académie par M. Ollier. Cette intéressante relation complète les renseignements que M. Verneuil avait déjà donnés sur ce fait à la Société de chirurgie. — Dr Brochin.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Champouillon.

De la médication hydragogue dans le traitement de l'hydropisie par infiltration, par épanchement dans les cavités séreuses de la poitrine ou de l'abdomen.

La médication hydragogue se résume dans l'emploi des agents réputés diurétiques, purgatifs ou sudorifiques, en vue d'amener l'évacuation du liquide qui constitue l'hydropisie par infiltration ou par épanchement. Ces agents sont très-nombreux ; mais il ne suffit pas d'en savoir le nombre et le nom, il faut surtout apprendre à en connaître les propriétés jusque dans leurs nuances même les plus délicates ; car s'il est démontré que ces médicaments, classés sous la même qualification, n'offrent pas pour cela un mode d'action absolument identique, on conçoit dès lors qu'il peut y avoir intérêt positif à faire un choix entre les espèces les plus rapprochées par leur affinité médicinale. D'un autre côté, la thérapeutique rationnelle, celle qui tend à la précision dans le maniement de ses procédés, doit toujours subordonner ses prescriptions aux circonstances particulières que présentent et la maladie et le malade. Telle est la voie à suivre dans le traitement de l'hydropisie, affection remarquable surtout par la variété de ses causes, de son siége et de ses complications.

En effet, l'hydropisie ne peut pas être comptée comme unité morbide. Dans la majorité des cas, pour ne pas dire dans tous, elle n'est que le produit de lésions diverses. Ce qui signifie qu'elle emprunte à cette origine des caractères différents auxquels doit être soumis le choix des moyens propres à la combattre. Cependant les indications générales ne varient pas ; elles sont de deux sortes : attaquer la cause de l'hydropisie, solliciter l'évacuation de la collection séreuse en excitant certaines fonctions de l'économie.

Mon intention est de disjoindre ces deux indications et de ne m'occuper que de la dernière ; mais avant d'entrer dans le détail des applications générales ou spéciales qu'elle comporte, il me paraît nécessaire de rappeler préalablement les formes les plus communes de l'hydropisie, et de signaler ce qu'il y a de véritablement particulier dans l'action des moyens curatifs à mettre en œuvre.

On sait que le tissu cellulaire est partout formé de vacuoles microscopiques dans lesquelles la partie séreuse du sang est successivement exhalée et résorbée. Quand cette résorption s'arrête ou diminue, l'équilibre fonctionnel est rompu et la sérosité s'accumule dans les vacuoles de manière à produire une infiltration partielle (œdème), ou une intumescence de toute la surface extérieure du tronc et des membres (anasarque).

D'autres fois, le liquide s'épanche dans les cavités des membranes séreuses ; ces collections, plus ou moins abondantes, prennent des noms différents, suivant le siége qu'elles occupent.

L'*anasarque* peut être le résultat d'une irritation sécrétoire du tissu cellulaire sous-cutané, par suite d'une influence congestive quelconque. Cette maladie dépend plus souvent encore d'un obstacle à la circulation, soit dans les cavités du cœur, soit dans les gros troncs vasculaires qui en émanent ou qui y aboutissent. Que ces obstacles consistent en des lésions organiques du tissu du cœur ou des vaisseaux, qu'ils résultent d'une entrave par compression des canaux circulatoires, ils tendent tous à la production plus ou moins prochaine de l'anasarque. L'étiologie signale ici particulièrement l'hypertrophie des ventricules du cœur, les altérations et les concrétions valvulaires, l'oblitération des veines par des caillots sanguins ou par le dépôt de matière cancéreuse, tuberculeuse, l'augmentation de volume, l'induration ou la dégénérescence du foie (cirrhose), de la rate, du mésentère, des reins, de la matrice, l'état de grossesse, etc.

Chez les sujets naturellement sanguins ou devenus pléthoriques par suite de la suppression d'un flux normal ou habituel, (menstrues, hémorrhoïdes, saignements de nez, etc.), la distension des vaisseaux capillaires gêne ou supprime le travail de résorption interstitielle ; de là des suffusions séreuses plus ou moins étendues, plus ou moins considérables. Des conditions contraires, c'est-à-dire l'appauvrissement du sang par l'effet des saignées abondantes, d'une alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité, d'un régime exclusivement végétal, de fièvres intermittentes, du scorbut, de maladies graves, favorisent encore plus fréquemment le développement de l'anasarque.

Chez les individus adonnés à l'abus de l'eau-de-vie ou du vin blanc pris à jeun, la stimulation alcoolique qui s'exerce et se répète sans cesse sur l'estomac et sur le cœur amène à la longue des altérations dans le tissu de ces organes, ou une diminution dans la proportion de l'albumine du sang. C'est tout ce qu'il faut pour faire périr d'hydropisie les ivrognes incorrigibles. *Qui vivit in vino, in aqua moritur.*

Une interruption incomplète ou absolue dans la distribution de l'influx nerveux, a pour effet de ralentir la circulation capillaire dans les parties frappées de paralysie, lesquelles s'infiltrent dans une étendue plus ou moins considérable.

L'anasarque, qui ne se sépare guère de la maladie de Bright, paraît dépendre d'une altération simultanée des reins et du sang. La présence de l'albumine dans les urines et la mobilité de l'œdème constituent le caractère distinctif de cette variété de l'hydropisie.

L'*ascite*, ou intumescence du ventre, par accumulation dans la cavité péritonéale d'une quantité variable de sérosité, peut exister isolément ou bien s'associer à d'autres hydropisies par des causes qui leur sont communes. Les différentes formes de cette affection se rattachent tantôt à une irritation sécrétoire, congestive ou phlegmasique du péritoine, tantôt à un obstacle survenu dans la circulation abdominale, particulièrement dans celle de la veine-porte.

L'*hydrothorax* (hydropisie de poitrine, doit s'entendre de tout épanchement séreux dans la cavité des plèvres. Sa cause la plus habituelle est la pleurésie aiguë ou chronique, simple ou tuberculeuse. L'extrême fluidité du sang, l'anasarque par extension, peuvent aussi donner lieu à l'hydrothorax.

Les causes de l'*hydropéricarde*, ou épanchement séreux dans la cavité du péricarde, ne diffèrent en rien de celles qui déterminent l'hydropisie des autres membranes séreuses.

On voit, pour ce qui concerne l'hydropisie par infiltration ou

FEUILLETON.

Nouveaux réactifs de la potasse et de la cinchonine. — Action de la potasse liquide sur l'aluminium. — Le phonautographe.

Jusqu'à ce jour l'acide tartrique avait été considéré comme le véritable réactif de la potasse. Un chimiste anglais, M. Plunkett, vient de proposer un nouveau réactif — le bitartrate de soude — qui décèle la présence de la potasse alors même que l'acide tartrique ne saurait l'accuser. M. Plunkett donne lui-même la préparation de son réactif.

On fait dissoudre une certaine quantité d'acide tartrique dans l'eau (20 grammes dans 100 grammes d'eau) ; on divise en deux parties, soit 60 grammes dans chaque vase. Après avoir saturé l'une des deux dissolutions par le carbonate de soude pur et alors que la liqueur est neutre aux deux papiers réactifs, on la mêle à l'autre partie de 60 grammes mise en réserve. Cette nouvelle solution est le *bitartrate de soude*.

Si maintenant on met ce sel en présence de sels de potasse très-étendus, immédiatement un précipité cristallin accuse l'existence de la potasse.

M. Plunkett complète cette petite note par une expérience qui semble destinée à détrôner l'acide tartrique.

Une quantité de 0 gr. 125 de sulfate de potasse dissoute dans 100 gr. d'eau a donné des signes non équivoques de précipité par le bitartrate de soude, alors que dans une solution de 100 gr. d'eau et de 0 gr. 250 de sulfate de potasse, l'acide tartrique n'a été sensible qu'au bout de vingt-quatre heures.

L'étude des réactions qui se produisent au contact des divers produits chimiques est d'une importance réelle pour le médecin. Appelé par les hasards de sa profession à rechercher la pureté d'un médicament, il doit connaître les moyens faciles de faire cette petite analyse. Les nouveaux procédés, par cela même qu'on les publie, *pourraient* être meilleurs que les anciens ; aussi n'hésitons-nous jamais à les présenter à nos lecteurs.

Voici qu'un autre chimiste américain, M. Bill, a proposé à son tour un nouveau réactif pour la cinchonine. L'étude d'un sel de quinine est son point de départ.

On sait qu'une petite quantité de cyanure jaune de potassium et de fer versée dans une dissolution d'un sel de quinine produit un précipité blanc jaunâtre, que la chaleur ou un léger excès de cyanure jaune font disparaître sans phénomène particulier.

Répétons la même expérience avec un sel de cinchonine. Le précipité blanc jaunâtre se formera et persistera, quels que soient la proportion de cyanure jaune et le degré de concentration de la liqueur ; ce caractère est déjà bien tranché. Si l'on vient à chauffer, le précipité disparaît ; mais à la suite du refroidissement, toute la masse prend une apparence gélatineuse, due à une multitude de magnifiques cristaux d'un jaune d'or éclatant. Ces cristaux sont des lames aplaties, cunéiformes, superposées à la manière des cristaux d'urée.

Cette réaction est une des plus sensibles pour découvrir la cinchonine, et la cinchonine est le seul alcaloïde qui présente le phénomène que nous venons d'étudier. Quelques précautions à prendre pour réussir consistent dans l'emploi d'un léger excès de ferro-cyanure, de la quantité d'acide strictement nécessaire, et dans la douceur avec laquelle on poussera le feu après la formation du premier précipité.

Il y a bien longtemps que nous n'avons retrouvé le nom de l'aluminium sous notre plume. Un des premiers à signaler les propriétés remarquables de cette belle découverte de M. Sainte-Clair Deville, nous avons vu l'aluminium entrer peu à peu dans les habitudes : aujourd'hui le grand bruit qui s'est fait à sa naissance s'est apaisé, il est acquis à l'industrie, et sa vie est assurée. Mais ce n'est pas sans difficulté que l'aluminium a cédé aux travaux des artistes. Son prix d'abord si élevé, puis la difficulté de sa soudure, qui ne permettait au début que la formation d'objets d'une seule pièce, et sa couleur même, terne, grisâtre : que de reproches ne lui a-t-on pas adressés, et quels travaux pour vaincre ces défauts ! Le succès a couronné les efforts, car l'aluminium est actuellement à un prix raisonnable ; on le soude, et le docteur Macadam vient de détruire l'accusation de couleur terne et grisâtre si justement portée contre ce métal.

Les acides chlorhydrique et nitrique, d'abord employés pour raviver les objets fabriqués avec l'aluminium, n'avaient donné aucun bon ré-

par épanchement dans les cavités abdominale et thoracique, que la maladie a une origine bien déterminée, et qu'il n'y a pas lieu d'admettre la forme *essentielle*.

Médicaments diurétiques. — Parmi les médicaments doués de la propriété d'activer la sécrétion rénale, le plus anciennement accrédité, je crois, est l'azotate de potasse (nitre). La vogue dont il jouit à ce titre est universelle; est-elle véritablement justifiée? A petites doses (au dessous d'un gramme), il sollicite manifestement la diurèse chez certains malades; chez d'autres, il est de nul effet. Il est difficile d'indiquer la cause de cette irrégularité d'action. A doses élevées (plusieurs grammes) le nitre se comporte aussi d'une façon assez variable; tantôt il provoque sans troubles une diurèse abondante, tantôt il tarit la sécrétion des reins, amène de la dysurie ou un sentiment d'ardeur incommode du côté de la vessie. La nature de sa saveur et ses qualités irritantes rebutent promptement l'estomac ou finissent par l'irriter.

L'*acétate* de potasse a une action diurétique plus constante et des effets plus sûrs que le nitre. Je l'ai souvent prescrit à des doses considérables sans fatigue pour l'estomac ni pour les reins.

L'acétate de potasse diffère surtout du nitre en ce qu'il n'est point, comme celui-ci, un agent sédatif de la circulation.

Les différentes préparations pharmaceutiques que l'on fait subir à la *digitale pourprée* modifient notablement les propriétés médicinales de cette plante. Sous forme d'extrait aqueux ou alcoolique, elle offre une composition variable, ou bien elle se dégrade par l'effet de la chaleur appliquée à l'évaporation. La teinture alcoolique ou éthérée serait préférable, mais le dosage en est incertain.

La poudre n'a pas les mêmes inconvénients; d'ailleurs elle représente tous les éléments intacts de la feuille, et si elle a été soigneusement conservée, il ne peut pas y avoir de variations dans ses effets. La macération à froid et l'infusion théiforme de la poudre ou de la feuille, fournissent une tisane d'amertume moyenne que l'estomac supporte aisément et qui stimule les reins dans une mesure très-satisfaisante: c'est de toutes les préparations de la digitale celle qui a le plus de mérite à mes yeux.

On sait que les feuilles de cette plante renferment un principe immédiat, la digitaline, d'une efficacité merveilleuse contre les palpitations, mais d'une action diurétique intrinsèque fort contestable.

L'emploi des diverses préparations de digitale demande à être surveillé d'un œil attentif, car il arrive quelquefois, et sans que l'événement puisse être prévu, que le malade éprouve des nausées, des vomissements, de la diarrhée, une sensation de défaillance épigastrique, de l'inappétence, de la soif, de la fièvre, des vertiges, de la céphalalgie sus-orbitaire, en un mot tous les troubles qui dénotent un commencement d'intoxication. Ces accidents durent peu, mais ils se reproduisent aisément; afin de les prévenir, il faut administrer la digitale en lavements, quand il y a intolérance de la part de l'estomac, ou par la méthode endermique, en ayant soin que la peau soit toujours nettement décapée sur les points où le remède sera appliqué.

L'oignon de scille est d'un usage vulgaire comme diurétique. Sous quelque forme qu'on emploie ses écailles, en poudre, en tisane ou en fomentations, il stimule non-seulement les reins, mais encore les membranes muqueuses gastrique et pulmonaire. La scillitine, ou principe immédiat de la scille, est douée des mêmes propriétés, mais avec une énergie d'action supérieure; son inconvénient est de provoquer ou d'aviver quelquefois l'irritation du tube digestif, si minime que soit la dose du médicament.

L'*ail* renferme un principe âcre et volatil, qui devient un charme et un aiguillon pour les palais engourdis. Par son mélange avec le sang, ce principe imprime une stimulation énergique à la transpiration pulmonaire et cutanée, à la salivation, et surtout à la sécrétion urinaire. Cette réaction à divergences multiples laisse pressentir l'ensemble des effets que l'on peut retirer dans le traitement de l'hydropisie.

— La racine de *caïnca* pulvérisée jouit de propriétés excitantes dont l'action se concentre principalement sur les reins. Néanmoins l'expérience démontre qu'il est prudent de renoncer à cet agent de la diurèse pour les malades dont les voies digestives sont irritées ou irritables, pour ceux chez lesquels l'hydropisie se rattache à une lésion organique ou bien à une éruption cutanée.

Plusieurs plantes réputées diurétiques (les buraginées, la pariétaire, le grand tournesol, la saponaire, la racine de fraisier, etc.) doivent cette qualité au nitre qu'elles renferment naturellement. Beaucoup d'autres, telles que l'asperge, la salsepareille, la busserole, le chiendent, l'aunée, etc., n'augmentent sensiblement la quantité des urines qu'avec le concours de l'azotate de potasse qu'on leur associe, et n'offrent plus rien par conséquent de spécial dans leur action.

Il résulte pour moi, d'expériences souvent réitérées, que l'urine de vache, la cantharide en poudre, en extrait ou en teinture, l'urée, l'urate de soude, ne méritent pas tout à fait la réputation d'efficacité qu'on leur attribue contre l'hydropisie.

Le vin blanc et la bière occupent depuis longtemps un rang distingué dans la classe des agents diurétiques. Les vins blancs légers, plutôt acerbes qu'alcooliques, comme ceux du Rhin, de la Moselle, de l'Alsace, du pays de Nantes, sont préférables à ceux de qualités contraires. De leur côté, les bières fortes, épaisses, excitent moins la sécrétion rénale que les bières faibles et surtout que la bière blanche, qui, à ce point de vue, l'emporte sur toutes les autres espèces. Ces boissons peuvent servir, en outre, d'excipients ou de véhicules à d'autres ingrédients diurétiques; ajoutons qu'elles ne conviennent que dans les cas d'hydropisie apyrétique, et qu'elles ne doivent être ingérées qu'en petite quantité à la fois.

Boissons lactées. — Le lait est un breuvage alimentaire adoucissant en ce qu'il n'excite aucune fonction, si ce n'est celle du rein, à laquelle il imprime une activité manifeste. Il est redevable de cette propriété au sérum (petit-lait) qui tient en dissolution des acides et des sels minéraux. Le lait est quelquefois repoussé par certains estomacs auxquels il répugne. Le petit-lait rencontre moins d'idiosyncrasies réfractaires à son usage: celui qui se forme spontanément est mieux accueilli et pousse davantage aux urines que celui qui sort du laboratoire de la pharmacie. L'addition de l'acétate de potasse au petit-lait rehausse notablement l'action diurétique de celui-ci.

(*La suite prochainement.*)

HOPITAL St-ANDRÉ de BORDEAUX. — M. H. Gintrac.

Observation de tétanos traumatique traité sans succès par le curare.

Lorsqu'un médicament nouveau apparaît dans la pratique médicale, il est du devoir de celui qui l'a expérimenté d'en faire connaître le degré d'activité, l'influence thérapeutique réelle. C'est pour obéir à cette pensée que je publie l'observation suivante:

F..., âgé de dix-huit ans, est d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin. Sa vie est sédentaire; il dirige un tir au pistolet. Se nourrissant convenablement, il n'a jamais été adonné à aucune sorte d'excès; il a toujours joui d'une santé parfaite.

Le 4 octobre 1859, F..., marchant les pieds nus, se fait une plaie au pied droit. Un clou pénètre d'un centimètre environ par son extrémité acérée dans la région plantaire, au niveau de l'articulation de la première phalange du quatrième orteil avec le métatarsien. Le corps étranger est immédiatement extrait; il ne provoque dans la partie atteinte qu'une légère douleur et un faible écoulement de sang. Cet accident n'eut alors aucune importance, puisque F... continua de marcher. Trois jours après, la plaie était complétement cicatrisée.

Le 17, F... éprouve une céphalalgie intense, des douleurs vagues dans les membres, un sentiment de roideur vers la nuque qui rend pénibles les mouvements de la tête, des élancements dans les régions temporo-maxillaires.

Le 18, les jambes sont alternativement le siége de crampes et de secousses convulsives; les tiraillements qui se produisaient dans les muscles de la partie postérieure du cou s'étendent à ceux des gouttières vertébrales. Ce n'est qu'avec peine que le tronc peut être fléchi en avant; la contraction spasmodique se prononce dans les muscles de la face; il y a de la gêne dans les mouvements des mâchoires, qui se serrent graduellement et ne peuvent s'écarter que d'une manière incomplète.

Transporté le 19 octobre, à cinq heures du matin, à l'hôpital Saint-André, dans le service de clinique interne, F... présente l'état suivant:

Décubitus horizontal, rigidité musculaire générale, corps allongé droit et immobile; tête renversée en arrière et inflexible, céphalalgie, face colorée, pupilles un peu resserrées, douleur au niveau des tempes et des joues, contraction spasmodique des muscles élévateurs de la mâchoire, par suite de laquelle les arcades dentaires ne peuvent s'éloigner que d'un centimètre; cependant la déglutition est facile. Convexité du tronc en avant (opisthotonos).

Les muscles de la masse sacro-lombaire et de la région dorsale sont durs; par moments ils se contractent avec force; ils deviennent alors tellement douloureux que le malade ne peut s'empêcher de pousser des cris. Le ventre est rétracté, il y a de la constipation et de la dysurie. Les muscles des parois thoraciques sont le siége de secousses convulsives qui déterminent un certain degré de suffocation, d'où résulte une accélération très-marquée des mouvements respiratoires. Les membres inférieurs n'offrent encore qu'une simple disposition à la contracture, les supérieurs conservant leur souplesse. Intelligence parfaitement nette. Pouls assez développé, à 90 pulsations. — Bain de vapeur. Ce bain ne peut être supporté que vingt minutes; il produit une sueur abondante sans aucun amendement des symptômes.

A huit heures du matin, lors de la visite, la tête est toujours renversée en arrière et immobile; les muscles du cou sont dans un état de contraction permanente. Les temporaux et les masséters en convulsions toniques tiennent les mâchoires rapprochées; la déglutition s'opère bien. L'opisthotonos persiste. Les muscles dorsaux et ceux des gouttières vertébrales sont le siége de douleurs qui s'exaspèrent par moments et arrachent des cris au patient. Les parois du ventre présentent un plan solide très-résistant; la constipation se maintient, ainsi que la dysurie. Les mouvements des membres inférieurs sont pénibles et embarrassés. Quant à ceux des membres supérieurs, ils restent libres. La peau est chaude; le pouls plein, large, à 100 pulsations. — Vingt sangsues le long du rachis; extrait thébaïque, 0,20, en cinq pilules; chloroforme en inhalation; deux vésicatoires sur l'épigastre avec le marteau de Mayor.

Pendant la journée l'émission des urines est devenue naturelle, mais la contraction des muscles du cou, de la face et du tronc est toujours aussi forte; les douleurs, qui paraissent avoir pour point de départ la région lombaire, sont aussi vives: secousses convulsives dans les membres inférieurs, flaccidité des membres supérieurs.

Le soir, vers six heures, le calme semble vouloir s'établir, il ne dure que peu d'instants.

Pendant la nuit, l'agitation est extrême, l'insomnie absolue: les douleurs acquièrent un haut degré d'intensité.

Le 20, roideur plus grande des muscles du cou; même immobilité de la tête qui est portée en arrière, et de la mâchoire inférieure qui peut à peine s'écarter d'un demi-centimètre de la supérieure, opisthotonos plus prononcé; respiration courte, pénible, entrecoupée de plaintes: pouls à 128, assez développé et régulier; 30 inspirations, sueur générale.

1° Julep contenant 10 centigrammes de curare pour 120 grammes de véhicule, à prendre par cuillerées de deux en deux heures;

2° Solution de curare dans de l'eau distillée à 2 décigrammes par gramme, de telle sorte que chaque goutte de liquide contient un centigramme de curare.

A l'aide de la seringue Pravaz, on introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané du tronc, des membres supérieurs, des membres inférieurs et de la face, une goutte de cette solution, à neuf heures et demie du matin, à dix heures et demie, à onze heures et demie, à midi et demi; à deux heures et demie, à quatre heures et demie, à six heures et demie, à huit heures et demie du soir; il en résulte que, dans cette journée, 8 centigrammes de curare sont injectés sous le derme.

Le soir, aucune rémission ne s'est manifestée; persistance du trismus et de l'opisthotonos, légère contracture des membres inférieurs, évacuations alvines et urinaires naturelles, moiteur générale, pouls à 120 pulsations, respiration gênée.

Le 21, au commencement de la nuit, pendant une heure environ, les douleurs ont été moins vives, puis elles sont revenues avec une nouvelle intensité: agitation, insomnie, cris aigus et plaintifs.

---

sultat, quand le docteur Macadam eut l'idée de traiter l'aluminium par la potasse caustique en solution. Un dégagement d'hydrogène se produisit, et la surface du métal prit tout à coup un vif éclat. L'alcali venait de se comporter vis-à-vis du métal comme l'eût fait un acide. Ainsi décapé, l'aluminium conserve son brillant et ne se ternit plus à l'air.

Une dernière objection, et des plus graves, à l'emploi de l'aluminium, était sa propriété de décomposer l'eau à l'ébullition; on obtenait alors de l'alumine en gelée. Cette dernière plainte tombe devant le mélange à l'aluminium d'une petite quantité de fer, car alors l'action de décomposition est presque détruite complétement.

Un pharmacien de-Nuits, M. Bellevret, a déjà depuis longtemps, nous dit le *Moniteur scientifique*, proposé un procédé analogue pour décaper les anciennes monnaies d'argent et d'or. Il suffit de les plonger dans de l'ammoniaque pendant quelques moments. Lorsqu'on retire la monnaie, elle est entièrement délivrée des oxydes qui la recouvraient, et brille de son premier éclat.

— Depuis bientôt six années, un savant artiste typographe, M. Léon Scott, consacre ses heures de loisir à une étude qui, au premier abord, semble tout imaginaire. Chaque science possède son instrument, pensait notre infatigable chercheur; chaque partie de la science, optique, astronomie, sciences naturelles, etc., possède ou ses lunettes ou ses microscopes, et la science marche. L'acoustique seule reste stationnaire; il lui faut un instrument qui puisse reproduire les sons, les écrire, leur donner une forme sensible, matérielle, et M. Scott travaillait toujours. De temps à autre les sociétés savantes recevaient de lui des communications un peu trop laissées dans l'ombre; aujourd'hui M. Scott a réussi. Il peut donner la démonstration rigoureuse de ses expériences. Il a construit un instrument, ou mieux il a trouvé un homme de talent, M. Rudolph Kœnig, et son *phonautographe* n'est plus seulement un projet. Les cabinets de physique ont une nouvelle richesse. Il suffit, en effet, de signaler les expériences que l'on peut instituer avec le phonautographe pour comprendre ce que les physiciens, les physiologistes, les musiciens, les linguistes, etc., pourront en retirer d'utilité.

Avec ce nouvel instrument, il est possible d'écrire le mouvement vibratoire d'un solide quelconque pour servir de terme de comparaison avec les mouvements d'un fluide, et de compter au moyen du chronomètre pointeur le nombre de vibrations exécutées par ce solide dans l'unité de temps.

Lorsque par cette première expérience on a étalonné un diapason à un nombre déterminé de vibrations dans l'unité de temps, on peut compter, en les faisant écrire simultanément, le nombre des vibrations accomplies par un agent apte à vibrer, solide ou fluide, dans un espace de temps aussi court que l'on voudra (quelques millièmes de seconde). C'est ainsi que l'observateur comptera et mesurera les phases diverses d'un bruit et les intervalles de temps compris entre des phénomènes sonores rapides et successifs. Il éprouvera de même la sonorité relative des métaux, des alliages, etc.

Le physicien pourra écrire les vibrations produites dans une membrane par un tuyau ou plusieurs sonnant simultanément; en compter le nombre, en montrer les phases, obtenir la figure de chacun des accords et des dissonances. Le musicien écrira avec le phonautographe le chant d'instruments à vent quelconques; il pourra montrer le timbre propre de ces instruments et même écrire le mouvement composé résultant des sons de deux ou plusieurs instruments jouant simultanément.

Là ne se borne pas pour le musicien l'emploi de l'appareil de M. Scott, car il pourra par son intermédiaire écrire le chant d'une voix, en mesurer l'étendue, écrire la gamme d'un chanteur et en mesurer non-seulement la justesse, mais la pureté, le timbre; enfin écrire une mélodie, la transcrire, écrire même le chant simultané de deux voix, et en faire apprécier l'accord ou le désaccord.

Et le physiologiste! ne pourra-t-il pas étudier acoustiquement les mouvements de l'appareil vocal, le cri, la toux, etc., la voix articulée, la déclamation?

Mais arrêtons-nous dans cette énumération; il serait par trop long de développer l'usage qu'on peut se promettre du phonautographe. Il est beau de voir un homme consacrer ses loisirs à des études aussi sérieuses, et on est heureux d'enregistrer un succès si légitimement acquis.

Dr E. Renaud.

Le matin, les contractions sont énergiques et soutenues : nulle modification ni dans le trismus ni dans l'opisthotonos ; les élévateurs de la mâchoire inférieure sont rigides, la déglutition est restée facile ; le ventre offre la résistance d'une planche ; les jambes sont roides et ne peuvent être fléchies que par un mouvement communiqué ; les membres supérieurs sont toujours mobiles : 36 inspirations, 140 pulsations. — Même julep au curare, injection avec la seringue Pravaz d'un centigramme de curare, à six heures et demie, huit heures, neuf heures, dix heures, onze heures et demie du matin ; une heure et demie, deux heures et demie, trois heures et demie, cinq heures, six heures, neuf heures et onze heures du soir, c'est-à-dire 12 centigrammes de curare. Bouillon.

Durant toute la journée, le malade a constamment poussé des cris de douleur ; le corps est roide et immobile ; la tête est renversée en arrière, sans que la main qui la soulève puisse en changer la direction. Les muscles de la nuque résistent comme des cordes tendues ; la contracture des masséters est considérable ; l'écartement des arcades dentaires est le même ; la déglutition est facile. Les muscles de la partie antérieure du cou font sous la peau une saillie notable ; les attaches inférieures des sterno-mastoïdiens se dessinent très-nettement. L'opisthotonos fait des progrès. L'émission des urines ne s'effectue que par regorgement. Pouls à 128 pulsations, moins développé ; 38 inspirations.

Le 22, la contraction spasmodique tend à envahir le système musculaire tout entier ; elle est si douloureuse, qu'elle arrache au malade des cris déchirants. L'arc de cercle à concavité postérieure, que forme le tronc, est encore mieux dessiné ; la plus légère pression, de chaque côté du rachis, est très-sensible ; les membres inférieurs sont contractés d'une manière permanente ; en un mot, le corps est tellement roide, qu'on dirait toutes les articulations ankylosées. Pouls à 130, peu développé ; moiteur ; sudamina nombreux sur le front, le cou et les épaules ; rétention d'urine, qui oblige à pratiquer le cathétérisme. — Dans le courant de la journée, injection, avec la seringue Pravaz, de 18 centigrammes de curare.

Le soir, les contractions tétaniques sont accompagnées de violentes douleurs qui deviennent atroces pendant les paroxysmes ; le trismus et l'opisthotonos sont au même degré. La souffrance et le spasme augmentent lorsque le malade essaye d'effectuer quelque mouvement. Les extrémités inférieures opposent une résistance invincible aux efforts que nous tentons pour les faire fléchir. Les membres supérieurs offrent peu de résistance. Le pouls devient petit, à 140 pulsations. L'intelligence conserve la plus parfaite intégrité.

Le 23, insomnie, douleurs atroces, cris presque continus, trismus et opisthotonos plus prononcés, ventre très tendu, rétention d'urine, sentiment de constriction au-devant de la poitrine, dyspnée, 42 inspirations, 138 pulsations, éruption miliaire sur le tronc et les membres supérieurs, sudamina sur les parties déjà indiquées.

Voyant que le curare dont je me servais ne produisait aucun effet sensible sous le double rapport physiologique et thérapeutique, je reconnus la nécessité de l'expérimenter sur des animaux. Dix centigrammes de curare, injectés sous la peau de la cuisse d'un lapin, déterminent la mort de l'animal au bout de cinq minutes. Chez un autre lapin, 5 centigrammes introduits de la même manière ne tuent qu'après un quart d'heure ; chez un troisième, la même dose de 5 centigrammes ne produit pas d'effet toxique. La lenteur de l'action du poison dans la deuxième expérience, son innocuité dans la troisième, me firent craindre que ce curare n'eût subi quelque altération. Je résolus alors d'en demander à Paris, et, par dépêche télégraphique, je m'adressai à MM. Mialhe et Grassi, qui eurent l'obligeance de m'en expédier immédiatement. Qu'ils me permettent de les remercier ici de leur empressement si bienveillant.

En attendant l'arrivée du curare : bain de vapeur, extrait thébaïque, 0,30 ; chloroforme en inhalation, lavement huileux, bouillon.

Ces divers moyens n'amènent aucune amélioration. Le pouls est toujours petit, très-fréquent ; la respiration gênée ; il y a de l'anxiété précordiale ; les symptômes persistent en s'aggravant ; l'éruption miliaire se répand sur le tronc et les membres inférieurs ; la peau n'a nullement perdu de sa sensibilité. — Injection, avec la seringue Pravaz, de 5 centigrammes de curare de MM. Mialhe et Grassi. (Ce curare, expérimenté chez des lapins, est toxique en quatre minutes à la dose de 5 centigrammes.)

Le soir, nulle modification des symptômes tétaniques ; suffocation, muscles pectoraux fortement contractés, rigidité très-grande de tout le corps, sauf des membres supérieurs, face congestionnée, pouls imperceptible.

Le 25, étouffements, voix voilée, parole entrecoupée, respiration laborieuse, gêne de la déglutition, rétention d'urine, un peu de délire, diaphorèse, fréquence extrême et petitesse du pouls. — La dose de curare administrée en injection est portée à 15 centigrammes.

Le 26, les symptômes deviennent de plus en plus alarmants. La roideur tétanique envahit les membres supérieurs ; face pâle ; constriction des ouvertures palpébrales, avec semi-occlusion des paupières ; trismus presque complet, respiration stertoreuse, contractions convulsives des muscles respirateurs, incohérence dans les paroles, sueur visqueuse, pouls imperceptible. — Injection de 20 centigrammes de curare.

Le 27, mort.

Nécropsie. — En disséquant les tissus du pied droit atteint par le clou, on constate que la plaie a été superficielle et la cicatrisation complétement achevée. Il n'y avait eu ni épanchement sanguin ni lésion musculaire ou nerveuse apparente.

Il existe une rigidité des membres et du tronc considérable. Les muscles sont d'un rouge bleuâtre très-marqué : ceux de la région dorso-lombaire sont gorgés d'une grande quantité de sang.

Les membranes qui enveloppent le cerveau sont injectées, la pie-mère surtout est très-hyperémiée ; les vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau sont très-apparents et remplis de beaucoup de sang ; la substance cérébrale a sa coloration et sa consistance ordinaires ; les ventricules ne contiennent pas de liquide ; la dure-mère rachidienne n'offre rien de particulier ; l'arachnoïde et la pie-mère ont une teinte rouge générale ; la moelle épinière, dans toute son étendue, présente une texture, une couleur et une consistance parfaitement naturelles.

Les poumons sont fortement engoués. A la base surtout, leur parenchyme est infiltré d'une très-grande quantité de sang ; plongé dans l'eau, il ne surnage pas.

Le cœur a son volume habituel ; il contient fort peu de sang dans ses cavités.

La muqueuse gastrique n'est point injectée ; elle a sa teinte ordinaire, ainsi que la muqueuse intestinale. Le foie et la rate sont congestionnés ; les reins, d'un rouge brunâtre, sont imprégnés de sang.

L'existence d'un tétanos traumatique aigu ne saurait être contestée. La nature de la cause, l'étude des symptômes et de la marche de la maladie, forment les éléments d'un diagnostic précis. Il est toutefois plusieurs circonstances dignes d'être signalées : c'est le long intervalle qui s'est écoulé entre la cicatrisation de la blessure et l'apparition des premiers symptômes tétaniques ; c'est encore l'exiguïté apparente de la plaie et même sa guérison hâtive. On pourrait croire cette solution de continuité étrangère à la cause du tétanos ; mais lorsqu'on réfléchit à l'exquise sensibilité de la région affectée, au nombre des filets nerveux qui la traversent, on conçoit qu'une lésion extrêmement légère en apparence ait pu produire des accidents aussi formidables.

En présence d'une maladie aussi grave, et contre laquelle les ressources de l'art ont été si souvent inutiles, il était naturel de s'adresser à un agent qu'on pouvait considérer comme une conquête récente de la thérapeutique. Employé à l'intérieur et à l'extérieur, le curare est resté impuissant. Cet insuccès doit-il être attribué à un emploi trop tardif ou trop faible du médicament, ou à sa qualité mauvaise ? Le curare a été administré presque dès le début et à des doses aussi élevées que chez les malades de MM. Vella, Manec et Chassaignac.

Quand l'observation clinique n'a pas encore déterminé la posologie d'un remède qui, à 5 centigrammes, est toxique chez les animaux, une grande réserve n'est-elle pas absolument nécessaire ? Serait-il juste d'invoquer la qualité mauvaise du curare ? Mais il possédait évidemment une certaine énergie, car 10 centigrammes déterminent la mort d'un animal en cinq minutes, 5 centigrammes tuent en un quart d'heure.

Le résultat de la troisième expérience ne doit pas infirmer les deux autres. N'est-il pas permis de se demander si, dans ce dernier cas, la solution était bien préparée, exactement pesée, et si elle a suffisamment pénétré dans les tissus ?

C'est donc par un véritable scrupule, et pour aller au-devant de toutes les objections possibles, que j'ai demandé d'autre curare à MM. Mialhe et Grassi. Or, ce médicament, qui jouissait de toutes les propriétés toxiques, n'a nullement enrayé la marche de la maladie, et même n'a produit aucun effet sensible.

L'observation que je viens de rapporter tend à prouver qu'il ne faut pas accorder une confiance trop grande à l'emploi du curare dans le traitement du tétanos.

HYDROPISIE DU SINUS MAXILLAIRE.

Par M. le docteur F. Greene.

Mme W..., âgée de trente-deux ans, vint me consulter le 20 mars dernier au sujet d'une tumeur soi-disant cancéreuse qu'elle portait à la face. Elle avait effectivement un certain gonflement de l'os maxillaire supérieur droit avec induration des tissus qui recouvrent cette partie, la malade en éprouve une douleur sourde, peu intense, mais qui ne la quitte pas et la prive de sommeil. Du côté de l'orbite, l'os est sain et ne présente aucune déformation. En pressant sur la partie inférieure de la tumeur, on sent que la paroi antérieure du sinus est amincie et cède sous le doigt en donnant naissance à un bruit de craquement. Du côté de la bouche l'os est considérablement dilaté ; la muqueuse qui le recouvre est très-vascularisée. Quelques dents sont légèrement gâtées, mais l'auteur ne croit pas pouvoir affirmer que ce soit là le point de départ de l'affection que porte la malade.

L'opération consista dans l'extraction de la première molaire, à travers l'alvéole de laquelle on introduisit un trocart jusque dans la cavité du sinus. Il s'en écoula environ une once d'un liquide ténu, jaunâtre, d'une saveur fortement amère et nauséeuse. Au microscope et même à l'œil nu, on voyait nager dans ce liquide de nombreux cristaux de cholestérine.

Aussitôt après l'opération la malade se sentit considérablement soulagée ; bientôt le gonflement diminua et les parties molles qui étaient indurées reprirent leur souplesse normale.

Le traitement consécutif consista simplement dans l'administration de quelques purgatifs doux pour tenir le ventre libre ; on empêcha la plaie de l'alvéole de se fermer, et chaque jour on fit des injections d'eau tiède. L'écoulement diminua peu à peu et finit par cesser complétement. On laissa alors la plaie se fermer, et au bout de quelques jours toute trace de la maladie avait disparu.

(*The Lancet* et *Union médicale.*)

DE LA SUSPENSION DU POULS RADIAL
par l'extension de l'avant-bras.

Par M. Verneuil.

Lorsque l'avant-bras se trouve dans l'extension exagérée, active ou passive, les pulsations de l'artère radiale cessent ; c'est là un fait dont chacun peut se convaincre aisément sur soi-même. M. Verneuil l'explique par la compression qu'exercent sur les vaisseaux du pli du coude l'expansion aponévrotique du biceps et le brachial antérieur.

On pourrait profiter de ce moyen pour arrêter des hémorrhagies de la main ou du poignet, lorsqu'on lie l'artère radiale ou cubitale, ou leurs branches, ou enfin dans les cas d'anévrysmes de l'avant-bras. On pourrait dans ces cas suspendre un poids à la main, ou bien en fixant une attelle sur la face dorsale de l'extrémité, une pelote étant placée au niveau du coude de façon à exagérer l'extension. (*Journ. de la physiologie.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 novembre 1859. — Présidence de M. de Sénarmont.

Traitement du tétanos par le curare. — M. H. Gintrac (de Bordeaux) communique la relation d'un cas du tétanos traité sans succès par le curare. (Voir ci-dessus.)

M. Velpeau présente à cette occasion les remarques suivantes :

L'observation de M. Gintrac fils m'oblige à revenir un instant sur le curare.

Douze à quinze exemples de tétanos guéris par le chloroforme ont déjà été publiés, et voilà que, selon toute apparence cependant, d'après des expériences physiologiques et d'après la pratique générale, le chloroforme est plutôt capable d'aggraver le tétanos que de le guérir.

Or qu'y a-t-il en faveur du curare jusqu'ici ? M. Vella s'en est servi chez trois malades, et deux des tétaniques sont morts. A Paris, trois malades y ont été soumis, et il en est également mort deux. On vient de voir ce qu'est devenu celui de M. Gintrac.

Ainsi, sur sept essais il y a cinq insuccès, et où est la preuve que dans les deux autres cas la guérison soit due au curare ? Que sait-on sur cet agent ? Est-ce une substance végétale unique, ou bien un composé de plusieurs produits toxiques ? Son énergie est-elle variable ou toujours la même ? Perd-il son action en vieillissant, ou la conserve-t-il indéfiniment ?

On avait cru que par les voies digestives il n'empoisonnait pas. Les anciennes expériences de Fontana et des essais récents de MM. Martin-Magron et Cl. Bernard prouvent, au contraire, qu'à de certaines doses et dans de certaines conditions il tue par là très-promptement ; d'autres expériences de M. Bernard tendraient à établir, d'un autre côté, que sur les animaux blessés, malades ou affaiblis, le curare n'agit qu'à de fortes doses.

Chez le malade de M. Chassaignac, le curare à faible dose, et par l'estomac et par la plaie, a-t-il été absorbé ? L'exsudation du fond de la blessure et la couche pyogénique préexistante n'ont-elles pas empêché toute pénétration du médicament de ce côté ?

M. Bernard me répond que chez les malades qui sont morts, l'insuccès tient peut être à ce que la maladie était trop avancée pour permettre au curare d'agir ; mais une telle raison ne peut pas être admise. Chez le malade de M. Follin, on a eu recours au remède quelques heures après le début du tétanos ; il en a été de même chez celui de M. Manec, et pourtant ces deux malades ont succombé ; tandis que l'homme guéri par M. Chassaignac n'a été soumis au curare qu'au bout de quelques jours de maladie.

En regard de tant d'incertitude et de vague, il y a par malheur un fait positif ; c'est que le curare, introduit dans le tissu cellulaire ou les muscles, tue promptement les animaux, et à très-petite dose, puisque pour un cabiai, par exemple, de 1 à 5 centigrammes suffirent.

Ce n'est pas tout : on l'a essayé en Angleterre contre le tétanos sur de grands animaux. Un cheval et un âne ont cessé d'être contracturés avant de succomber, mais ils n'en sont pas moins morts, et morts comme si les muscles de la poitrine avaient été paralysés.

En supposant que le curare arrête les roideurs tétaniques, le praticien aura donc encore à craindre que son malade ne meure par le fait même du remède !

Qui sait d'ailleurs ce que c'est que le tétanos ? La roideur musculaire ici n'est pas l'essence du mal ; elle a lieu sous l'influence des nerfs sans doute ; mais éteindre la sensibilité ou l'action des nerfs, ce n'est pas détruire l'altération dont ils sont ou peuvent être le siége. Il en est évidemment de même de la moelle.

Pour se tenir en dehors des hypothèses et des suppositions, il faut donc convenir que le raisonnement et l'expérience sont plutôt contraires que favorables jusqu'à présent à l'emploi du curare dans le traitement du tétanos.

Cependant, comme il s'agit d'une maladie redoutable, et que dès lors les chirurgiens ne manqueront pas de vouloir essayer du nouveau remède, je termine en adjurant les physiologistes de se livrer à de nouvelles recherches, afin de préciser les doses qu'il serait permis d'en donner à l'homme malade, et suffisantes aussi pour avoir chance de modifier la maladie. Il faudrait en outre qu'ils obtinssent un composé fixe, dont l'action pût être sûrement mesurée ou dosée, comme le serait celle de la *curarine*, par exemple, s'il était possible de se la procurer.

Jusque-là l'anxiété des praticiens sera extrême. La gravité du mal qui les incite à agir d'un côté, et les dangers, les inconvénients du remède qui les retiennent de l'autre, réclament à ce sujet une prompte solution.

— M. Cl. Bernard. Le curare a été employé avec succès dans certains cas de tétanos traumatique, et il a échoué dans d'autres. Or, en lisant ces diverses observations, il y a, ce me semble, une remarque importante à faire. Lorsque l'administration du curare a été suivie de guérison, comme l'ont observé M. Vella à Turin et M. Chassaignac à Paris, les propriétés physiologiques du curare se sont promptement manifestées ; il y a eu modification du tétanos et relâchement musculaire. Dans le cas, au contraire, où l'emploi du curare a été suivi d'insuccès, il n'y a eu aucune action physiologique apparente ; la roideur tétanique n'a pas été modifiée, et les malades sont restés réfractaires, comme l'on dit, à l'action du médicament. C'est ce qui a eu lieu dans les cas observés par MM. Manec et Follin, à Paris, et par M. Gintrac à Bordeaux. Il serait donc de la plus haute importance de savoir quand se manifeste chez les tétaniques cet état réfractaire aux médicaments les plus énergiques, état réfractaire qui a été cité aussi, comme on le sait, dans certaines périodes d'autres maladies très-dangereuses, telles que la rage, le choléra, etc. Jusque-là on ne saurait, je crois, attribuer l'insuccès du traitement à l'inefficacité du médicament qui n'a pas agi, mais seulement aux conditions qui l'ont empêché d'exercer son in-

fluence favorable. En un mot, le curare se trouve, pour le moment, où en est tout médicament à son début. Il faut d'abord étudier les indications, c'est-à-dire chercher à déterminer les circonstances dans lesquelles il est applicable et celles dans lesquelles il ne l'est pas. Mais tout cela ne se fait qu'avec l'aide du temps.

C'est pourquoi, au lieu d'insister comme M. Velpeau sur les cas d'insuccès et de décourager tous ceux qui conservent l'espoir de trouver un remède contre l'affection terrible qui constitue le tétanos traumatique, je pense qu'il vaut mieux insister sur les cas de succès et encourager les médecins, afin qu'ils puissent arriver à établir dans quelles conditions le curare est utile. En effet aucun médicament, même parmi les plus héroïques, n'est applicable à tous les cas.

Dans une très-prochaine communication, en rendant compte à l'Académie de l'examen que j'ai fait des flèches empoisonnées que M. Boussingault a présentées l'année dernière, je reviendrai sur la nature et sur les effets des diverses substances employées sous la dénomination de *poison de flèches*. Ces poisons, en raison de leur action énergique sur des systèmes organiques bien déterminés, me semblent appelés à entrer dans la thérapeutique et à devoir y jouer un rôle important. A cette occasion je répondrai aux objections que M. Velpeau croit pouvoir faire contre l'emploi du curare, en les déduisant de l'état actuel imparfait de nos connaissances physiques sur cette substance.

M. DUMÉRIL dit qu'il ne veut pas entrer dans la discussion médicale sur le traitement du tétanos par l'emploi du curare. Il croit devoir faire remarquer cependant qu'on a comparé les effets de l'inoculation du curare à ceux que produit la piqûre des serpents venimeux qui introduisent ainsi un poison dans le tissu cellulaire des animaux vivants. On peut donc supposer que ce venin paralyse ou suspend presque soudainement la motilité de la victime, devenue incapable de fuir, émousse sa sensibilité et anéantit la perception de la douleur, ce qui serait une compensation prévoyante de la nature. On a constaté effectivement que, dans quelques cas, ces deux facultés animales, toujours associées, sont en même temps et tout à la fois suspendues.

M. Duméril rappelle également que certains insectes hyménoptères fouisseurs, tels que les Sphéges et les Cercéris, produisent un effet semblable dont on s'est assuré. Lorsqu'ils ont inséré leur aiguillon et le venin dont il est armé sous la peau de certaines chenilles ou d'autres animaux à peau molle, ils viennent les déposer en provision, comme dans une sorte de garde-manger, à la portée de leur larve, à laquelle ces victimes doivent servir de pâture. On a reconnu que ces matières animales, devenues dès lors des corps inertes, sont de la chair vivante et végétante qui, ne pouvant ni se mouvoir ni sentir, est par cela même dévolue sans résistance à la nourriture, au développement et à l'accroissement des larves sans pattes, destinées à reproduire la race de ces industrieux Hyménoptères.

On a donc ainsi la preuve que la motilité et la sensibilité sont simultanément abolies par l'action du venin des serpents, comme par celui d'un grand nombre d'Hyménoptères à l'état parfait.

Résection sous-périostée du coude, suivie de régénération osseuse. — M. OLLIER communique une note sur un cas de résection périostée du coude, suivie de régénération osseuse.

Les expériences sur les animaux, dit l'auteur, prouvent que des portions d'os ou même des os entiers se régénèrent après leur ablation, pourvu qu'on ait eu soin de conserver le périoste. M. Flourens a depuis longtemps appelé l'attention des physiologistes et des chirurgiens sur l'importance de cette membrane, et dès 1847, dans sa *Théorie expérimentale de la formation des os*, il disait que beaucoup d'amputations et de mutilations pourraient être prévenues par la conservation du périoste qui reproduirait l'os enlevé.

Aux faits cliniques (et nous devons spécialement ici rappeler ceux de M. Larghi, de Verceil) qui viennent corroborer cette doctrine, nous pouvons ajouter une nouvelle observation de résection souspériostée suivie d'une régénération osseuse manifeste. Cette observation nous semble réfuter d'elle-même les diverses objections qu'on a pu tout récemment encore adresser à ce mode de résection, et en particulier celle qui se fondait sur le danger d'appliquer à l'homme malade les données obtenues sur les animaux sains.

Il s'agit d'une résection du coude pour une carie des trois os qui forment cette articulation. Elle a été pratiquée à l'hôpital Beaujon par M. Verneuil, qui nous pria de l'assister dans cette opération.

Le périoste fut détaché avec le plus grand soin et conservé partout où il n'avait pas été détruit par la maladie. Malheureusement l'altération des extrémités articulaires était trop avancée pour qu'on pût l'isoler et le conserver à leur niveau. Aussi ce ne fut guère qu'autour de la diaphyse humérale, au-dessus de l'épicondyle et de l'épitrochlée, que la dissection put être régulière; autour des deux os inférieurs, les conditions étaient plus défavorables encore.

La résection a porté sur les trois os. On a enlevé de 8 à 9 centimètres de l'humérus et de 3 à 4 centimètres du radius et du cubitus; en tout 12 centimètres.

Le malade n'a eu qu'un raccourcissement du membre de 6 centimètres après la cicatrisation de la plaie. Une résection pratiquée d'après la méthode ordinaire nous eût probablement laissé un raccourcissement égal à la portion d'os enlevée, c'est-à-dire à 12 centimètres, à moins que les os restés distants ne se fussent isolément cicatrisés.

Si la reproduction n'a pas été plus complète, c'est évidemment parce que le périoste avait été presque entièrement détruit autour des extrémités articulaires. Ici, comme chez les animaux, la reproduction a été sensiblement proportionnelle à l'étendue de périoste laissée dans la plaie.

Nous ferons encore remarquer la simplicité des suites de cette opération et en particulier l'absence ou du moins la faiblesse de la réaction traumatique. On en jugera mieux, du reste, par les détails de l'observation.

Observation. — D... (Jean-Baptiste), 25 ans, ancien militaire, entre à l'hôpital Beaujon le 20 décembre 1858. Il est atteint d'une carie des os du coude. Il fait remonter sa maladie à une entorse éprouvée il y a trois ans. Il y a eu plusieurs abcès au niveau de la jointure, et au moment de son entrée à l'hôpital, il y a encore cinq trajets fistuleux qui fournissent du pus. Le membre malade est très-amaigri et a la forme d'un fuseau dont le renflement serait au niveau du coude. Mouvements volontaires tout à fait abolis. On distingue à peine un peu de mobilité quand on cherche à fléchir le membre. L'état général est bon.

L'opération fut pratiquée par M. Verneuil, le 31 janvier 1859.

Les extrémités osseuses étaient encore plus altérées qu'elles ne l'avaient paru tout d'abord. Elles étaient raréfiées et très-friables, sauf les points où se trouvaient des stalactites de nouvelle formation. Elles baignaient dans le pus et les fongosités.

Il fallut enlever de 8 à 9 centimètres de l'humérus et de 3 à 4 centimètres du radius et du cubitus, non compris l'olécrâne, qui était nécrosé.

Autour du radius on ne put conserver que des lambeaux insignifiants de périoste, tant il était altéré. Autour du cubitus, on en détacha une manchette régulière de 1 à 2 centimètres. Autour de l'humérus il ne fut pas possible de l'isoler régulièrement à la partie inférieure, mais à partir de l'épicondyle et de l'épitrochlée on put le conserver avec la plus grande facilité.

Le membre fut placé dans une gouttière et mis dans l'extension.

La réaction traumatique fut à peu près nulle; le lendemain soir seulement il y eut un peu de chaleur à la peau et d'accélération du pouls. La nuit suivante fut bonne cependant, et ce mouvement fébrile ne reparut plus. Dès le lendemain de l'opération, le malade fut mis au régime des côtelettes.

Le 22 février, la plaie était presque entièrement cicatrisée. Il ne restait plus qu'un petit point fournissant du pus. Déjà on sentait au niveau de la portion de l'humérus enlevé une tuméfaction résistante et non douloureuse à la pression.

Le 2 mars, cette portion tuméfiée se durcit de plus en plus. Le malade se lève; il reste cependant un petit point de suppuration qui persiste jusqu'au 8 avril, où une esquille de 2 centimètres se présente à la plaie. On l'extrait, et la cicatrisation n'étant plus entravée, s'achève trois ou quatre jours plus tard.

Le 15 juin, le malade fut présenté à la Société de chirurgie par M. Verneuil. (Voir pour le complément de cette observation les détails donnés par M. Verneuil à la Société de chirurgie, n° du 25 juin.) (Commission du prix de physiologie expérimentale.)

Nouvelle espèce de sarcoptes. — MM. CH. ROBIN et LANQUETIN adressent un mémoire dont le but est de faire connaître une espèce nouvelle d'acare, appartenant au genre sarcopte de Latreille, parasite des gallinacées, et qu'ils désignent sous le nom de *sarcoptes mutans*. (Commissaires, MM. Duméril, Geoffroy Saint-Hilaire, Milne-Edwards, Moquin-Tandon.)

— M. SERRES présente son travail sur l'embyogénie, la zoogénie et la tératogénie. Ce travail fait partie des *Mémoires de l'Académie*.

— M. FUSTER, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Montpellier, écrit à l'Académie pour le prier de vouloir bien l'inscrire sur la liste des candidats pour la place de correspondant, vacante dans la section de médecine et de chirurgie. (Renvoi à la section.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Leclercq, né à Béthisy-Saint-Pierre (Oise); *Quelques considérations sur la méthode anesthésique et sur l'anesthésie appliquée aux opérations chirurgicales.*

De Martin, né à Narbonne (Aude); *Essai sur la topographie physique et médicale de la ville de Narbonne.*

Maurel, né à Marseille (Bouches-du-Rhône); *Du vomissement au point de vue pathologique.*

Larrat, né à Glairac (Lot-et-Garonne); *De l'utilité des connaissances botaniques pour le médecin, principalement au point de vue de la pratique rurale.*

Payron, né à Viens (Vaucluse); *Etude sur la médecine paralytique et sur les désordres intellectuels et moraux qui accompagnent cette maladie.*

Laurent, né à Strasbourg (Bas-Rhin); *Quelques considérations sur la diarrhée chez les aliénés.*

Jantet, né à Poncin (Ain); *Quelques considérations sur la nature, les causes et le traitement des maladies de la matrice.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 15 novembre, M. le docteur Vigla, agrégé de la Faculté, médecin de la Maison municipale de santé, a été nommé médecin du lycée Louis-le-Grand, en remplacement de M. Gillette, décédé.

— M. le docteur Bouchut, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, commencera son cours de pathologie générale le samedi 3 décembre, à sept beures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même beure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Guide des armées alliées en Chine, ou Dialogues sur les reconnaissances militaires, en trois langues, français, anglais, chinois, avec la prononciation figurée du chinois, suivi d'un vocabulaire chinois, français, anglais, et précédé de la division des provinces de la Chine et de l'HYGIÈNE A OBSERVER DANS CES CONTRÉES, par P. DABRY, capitaine d'infanterie, attaché à l'état-major du corps expéditionnaire en Chine, membre de la Société asiatique de Paris. Vu et corrigé par un LETTRÉ CHINOIS, M. le général BLONDEL, directeur du personnel au ministère de la guerre, a bien voulu accepter la dédicace de cet ouvrage. Un volume petit in-8° anglais. Prix : 8 francs. Cet ouvrage sera envoyé *franco* à toute personne qui en enverra le prix en mandats de poste ou en timbres-poste. Paris, Henri Plon, imprimeur-éditeur, 8, rue Garancière.

Traité d'anatomie descriptive, avec figures intercalées dans le texte; par M. Ph. C. SAPPEY, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques, directeur des musées de la Faculté de médecine. Troisième édition. Deuxième fascicule : Appareils de la Digestion et de la Respiration. Ce fascicule est délivré gratis aux souscripteurs. — Paris, librairie de Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 140. — JEUDI 1er DÉCEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 140. — JEUDI 1er DÉCEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 NOVEMBRE 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un rapport de M. Blache sur un cas de gangrène de la bouche, communiqué à l'Académie par un chirurgien distingué de la marine, M. Laurent Férault, et une lecture de M. Cap sur une nouvelle préparation — le tannate de bismuth — destinée à combattre les flux intestinaux, nous auraient très-vraisemblablement fourni le texte de quelques réflexions, si nous n'avions été privés, par une mesure exceptionnelle, de consulter ces deux pièces. Par suite des exigences de l'impression du *Bulletin*, rapport et mémoire ont été immédiatement après leur lecture mis entre les mains des compositeurs. Nous nous voyons donc réduits à inscrire les titres de ces deux communications, qui, avec la présentation faite par M. le docteur Baudot, d'un appareil nouveau de prothèse destiné à remplacer les fonctions du membre thoracique, ont occupé toute la séance. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Compte rendu des faits de diphthérite observés pendant le premier semestre de l'année 1859.

Par M. le docteur Eug. MOYNIER, chef de clinique.

Paralysie suite d'angine diphthérique (1).

OBS. V. — M. Trousseau a été consulté cette année pour une jeune fille de neuf ans, atteinte de paralysie diphthérique.

Le 15 juin 1859, étant à Vichy avec ses parents, cette enfant prend une angine couenneuse; elle est énergiquement traitée, et grâce aux caustiques elle guérit. Elle quitte Vichy pour venir à Paris.

Trois semaines après le début de cette angine, il survient une paralysie du voile du palais, nasonnement, rejet des boissons et des aliments par le nez, etc.

Une semaine après, des troubles de la vue se manifestent, d'abord de la myopie suivie quinze jours plus tard de presbytie. En même temps, les membres s'affaiblirent; les jambes ne pouvaient supporter le poids du corps, et la marche était incertaine; les mains étaient engourdies et ne pouvaient saisir les petits objets.

Deux mois et demi après le début des accidents, l'état devint meilleur, le nasonnement cessa ainsi que les troubles de la vue; mais il restait encore de l'engourdissement aux extrémités des doigts.

Trois semaines après, vers le mois d'octobre, la guérison fut complète; la maladie avait duré en tout trois mois.

OBS. VI. — *Angine couenneuse. — Paralysies consécutives.*

Je dois cette observation à l'obligeance M. L..., qui a bien voulu me donner lui-même les détails de la maladie dont il a été atteint.

M. L..., interne à l'Hôtel-Dieu, se fit, au mois de novembre 1857, une piqûre en disséquant; il en résulta un empoisonnement général, un état anémique qui, se prononçant de plus en plus, devint le point de départ d'hémorrhagies nombreuses, et d'un *purpura hemorrhagica* très-tenace, qui, se montrant au mois de janvier, ne céda que vers le mois de mars 1858, sous l'influence des préparations de fer et de quinquina.

Le 23 juillet, quatre mois après, étant alors interne à l'hôpital Cochin, il fait une trachéotomie et donne des soins pendant six jours à un enfant atteint de diphthérie généralisée, occupant la pharynx, le larynx et la peau, où un vésicatoire avait été mis.

Le 1er août, M. L... assiste à l'autopsie de cet enfant. Immédiatement en sortant de la salle, où il était entré n'éprouvant aucun malaise, il est pris d'envie de vomir, de frissons, de courbature, de céphalalgie, etc. Il prend de l'émétique, qui détermine d'abondants vomissements bilieux; délire pendant la nuit.

Le 2, rougeur des amygdales, gonflement de l'amygdale gauche, délire pendant la nuit.

Le 4, amélioration notable; il se lève l'après-midi et prend un potage. Le soir, à neuf heures, délire très-violent; on est obligé de le surveiller et même de le maintenir dans son lit.

Le 5, le matin, M. Gosselin constate la présence d'une couche de fausses membranes très-épaisses sur les piliers du voile du palais, la luette, les amygdales. Le soir, les ganglions sous-maxillaires acquièrent un volume considérable et sont le siége d'une douleur très-vive. — Cautérisation avec une solution de nitrate d'argent, 1 gramme; eau, 5 grammes; chlorate de potasse, 15 grammes.

Le 6, état ataxique très-prononcé, délire, soubresauts des tendons. De grands bains prolongés amènent un peu de soulagement; fausses membranes encore abondantes, nouvelle cautérisation avec le nitrate d'argent, chlorate de potasse.

Le 7, amélioration et guérison.

Le 12, la paralysie du voile du palais se montre et devient rapidement complète. Impossibilité de prononcer distinctement un seul mot. Nasonnement; les liquides ressortent par le nez.

Le 16, M. L... quitte Paris et se rend au bord de la mer; il était alors très-amaigri et dans un état de faiblesse extrême.

La paralysie du voile du palais a diminué graduellement, et a cessé vers la fin d'octobre.

Vers le milieu de septembre 1858, M. L... s'aperçoit qu'il ne peut plus lire qu'en tenant son livre à une grande distance de ses yeux. Quelques jours plus tard, il ne peut plus distinguer les lettres pour lire d'une manière suivie.

Cet état dure environ un mois. Vers la même époque, faiblesse des jambes, fourmillements très-pénibles et persistants, ainsi que dans les bras; faiblesse des mains. Cet état a persisté jusqu'au mois de novembre 1858.

Depuis le 16 août, M. L... est resté au bord de la mer, vivant d'un régime très-substantiel et prenant des médicaments toniques, du quinquina, du fer. M. L... me disait qu'il sentait à chaque bain de mer une amélioration notable; il lui semblait que cette médication arrêtait la marche envahissante de la paralysie. Cet effet n'était peut-être pas appréciable pour les assistants; mais pour M. L..., à la fois malade et médecin, l'effet n'était pas douteux.

OBS. VII. — *Paralysie diphthérique.*

Hippolyte C..., 25 ans, cordonnier, entre à l'Hôtel-Dieu, le 26 septembre 1859, service de M. Horteloup. Il est de petite taille, d'une faible constitution, tempérament lymphatique.

Il n'a été en rapport avec aucune personne atteinte d'angine; seu de son atelier, il a été pris, au milieu d'une excellente santé, de céphalalgie, de fièvre, de frisson, le 31 août, le soir, en se couchant; il dormit bien, et le lendemain il essaya de travailler; la fièvre l'avait quitté; il éprouvait de la sécheresse à la gorge et de la faiblesse; difficulté d'avaler. M. Gerin-Rose constata que tout le voile du palais, l'arrière-gorge et les amygdales étaient rouges et injectés. Sur ce fond uniforme se détachaient des plaques pseudo-membraneuses, l'une sur l'amygdale gauche, l'autre sur le pilier du côté droit, une troisième enfermant la luette comme dans un étui. Pas d'engorgement ganglionnaire, pas de suintement séreux des narines; teinte terreuse de la peau; pouls régulier : 84; appétit modéré. — Cautérisation avec une solution saturée de nitrate d'argent; vomitif avec ipécacuanha et tartre stibié : alun, 6 gr.; miel rosat, 30 gr.; et calomel, 0,30 gr., miel rosat, 30 gr., à prendre en six heures, de demi heure en demi-heure.

M. Piedagnel, dans le service duquel se trouvait alors le malade, fit cautériser matin et soir le pharynx avec le crayon de nitrate d'argent; cette cautérisation dura quatre jours, au bout desquels la production couenneuse disparut pour faire place à une inflammation en apparence franche et caractérisée par de la rougeur vive et plus accusée dans certains points que dans d'autres. Le calomel fut supprimé le premier jour et le collutoire à l'alun le deuxième jour. Le sixième jour, il prend une portion d'aliments, son état s'améliore peu à peu, et il sort le 10 octobre, c'est-à-dire quatorze jours après son entrée.

Il lui restait pourtant une certaine faiblesse du corps et de la vue qu'il croyait devoir combattre par le grand air, et il suivit une bonne hygiène, sans privation et sans excès, jusqu'au 22 septembre, où il voulut se remettre à travailler. Mais au bout de quelques heures il se sentit trop faible. Dès qu'il marchait une fatigue excessive le forçait de garder le repos. Sa vue était troublée, les objets étaient doubles ou paraissaient à travers un brouillard, il ne pouvait rien distinguer. Il rentra à l'Hôtel-Dieu, chez M. Horteloup.

En même temps, il commença à nasonner. Ce nasonnement est des plus prononcés; il n'avale que très-difficilement. Les boissons ressortent par le nez. Les aliments solides sont en plus grande partie avalés, à la suite du reste d'un effort violent et fatigant qui empêche le malade de satisfaire complétement son appétit.

Quoique très-affaibli, il marche bien; il se tient debout; cependant la force musculaire a diminué, ce dont on s'aperçoit lorsqu'il essaye de serrer les mains.

Les sensibilités tactile et générale, l'odorat, le goût, ne sont nullement modifiés. Il n'en est pas de même de la vue : dès qu'il veut fixer les objets, sa vue se trouble, les images se multiplient, se brouillent, et le forcent à fermer les paupières. Les deux yeux sont également atteints; les pupilles se contractent bien.

L'oreille droite perçoit moins bien les sons que la gauche.

Il n'y a pas eu d'érection depuis le début de l'affection.

Le voile du palais est rouge, n'est pas flasque; la luette n'est pas déviée.

Le pouls à 72, sans chaleur à la peau ni soif; appétit, langue humide. — Eau vineuse.

Gargarisme :

Eau d'orge.	250 grammes.
Miel.	60 —
Alun.	8 —

20 ventouses sèches sur la colonne vertébrale. — Une portion.

Le 28 septembre, faradisation de l'oreille droite, du voile du palais, du tronc.

Le 29, vin de quinquina.

Les urines renferment beaucoup d'albumine.

En octobre et novembre, l'état s'est un peu amélioré; le malade est encore aujourd'hui, 8 novembre, à l'Hôtel-Dieu.

Ainsi que nous venons de le voir, c'est peu de temps après les accidents de la diphthérie que la paralysie survient. Quelquefois l'angine n'est pas encore complétement guérie, que déjà les malades éprouvent de la difficulté à avaler; les aliments reviennent par le nez; la voix est nasonnée, puis les jambes et les bras sont faibles. D'autres fois, les phénomènes de paralysie se montrent plus tard, quelques semaines, un ou deux mois après la guérison de la diphthérie. C'est ordinairement par la paralysie du voile du palais que commence la série des accidents. On l'a considérée longtemps comme une conséquence de l'inflammation de la membrane muqueuse qui recouvre les deux faces de cette couche musculaire. Mais cette paralysie se montre quelquefois longtemps après sa disparition, et on l'a vue survenir à la suite d'une diphthérie limitée à la peau. MM. Barthez et Guéneau de Mussy en ont cité des exemples. La voix devient nasonnée comme dans les cas d'absence ou de lésion du voile du palais, qui, ainsi que la luette, est flasque, pendante, et subit l'impulsion de l'air pendant la respiration; le voile du palais ne ferme plus en bas et en arrière les fosses nasales, qui restent en libre communication avec le pharynx. Les aliments, les boissons refluent par le nez et aussi dans le larynx, dont l'ouverture supérieure n'est plus fermée par l'épiglotte. Après la trachéotomie, les enfants qui avalaient facilement dans les premiers jours sont pris de dysphagie par suite de cette paralysie. Il en résulte une toux violente et convulsive chaque fois que l'enfant essaye de boire, et les liquides qui pénètrent dans la trachée et les bronches jaillissent par l'ouverture de la trachée. Outre les inconvénients assez sérieux que peut produire le contact des aliments liquides avec la muqueuse des bronches, il en résulte un insurmontable dégoût, et les enfants se laissent mourir de faim plutôt que de consentir à prendre de la nourriture. Le meilleur moyen est d'interdire les aliments liquides, de donner de la soupe épaisse, des œufs durs. Si la soif est trop ardente, on donne de l'eau froide longtemps après ou immédiatement avant le repas, pour éviter les vomissements.

Peu de temps après, quelquefois en même temps que le voile du palais, les membres sont frappés de paralysie. Cette paralysie débute ordinairement par les extrémités; le malade a de la faiblesse, un sentiment de froid dans les pieds et les mains; puis le mal envahit les jambes, les avant-bras, et gagne les cuisses et les bras. Dans la plupart des cas, la paralysie frappe également les deux moitiés du corps; cependant on l'a vu prédominer d'un seul côté. On l'a vue aussi bornée aux extrémités inférieures, et constituer uniquement la paraplégie.

Ces malades ressentent d'abord des fourmillements, qui surviennent au moment d'un effort musculaire, débutant par les extrémités et s'étendant à tous les membres; puis au bout de peu de jours, de l'engourdissement, de la pesanteur dans les membres, de la fatigue pendant la marche, fatigue très-prononcée lorsque le malade veut monter un escalier ou courir. Cette paralysie est quelquefois poussée au point que la station est impossible; quand ces malades marchent, il leur semble que les pieds ne touchent plus le sol et qu'ils marchent sur du coton. Un enfant atteint d'une diphthérie pharyngienne et nasale, auquel M. Bretonneau a donné des soins, regardait ses pieds en marchant pour savoir s'ils touchaient le sol; ils étaient tellement dépourvus de sensibilité tactile, qu'il lui semblait marcher dans l'air.

Il en est de même pour les membres supérieurs : l'engourdissement, les fourmillements envahissent les mains et les bras. On a vu dans nos observations combien la faiblesse est prononcée, puisqu'au dynamomètre il y a une différence de plus de moi-

(1) Suite. — Voir les numéros des 15 et 22 novembre.

tié entre la pression obtenue au moment de la maladie et pendant l'état normal.

En outre, les malades ont perdu la faculté tactile des doigts ; ils ne peuvent plus saisir les petits objets.

D'autres muscles encore peuvent être envahis, ceux des yeux, par exemple, et alors il se produit un strabisme quelquefois convergent, d'autres fois divergent, avec chute de la paupière supérieure.

Les muscles du visage peuvent être paralysés d'un seul côté, au point de simuler une hémiplégie. Quand les muscles du dos ou du cou sont paralysés, la tête vacille et tombe sur la poitrine. Les muscles qui servent à la respiration sont rarement envahis par la paralysie. Il en est de même pour les sphincters du rectum ou de la vessie. On constate alors une incontinence des urines ou des matières fécales. Si la paralysie n'existe qu'à un faible degré, il y a une constipation opiniâtre, le jet d'urine perd de son volume et de sa force d'impulsion. M. Sellarier cite le fait d'un homme qui eut une paralysie du côté de la vessie, une incontinence puis une rétention d'urine, et ensuite une incontinence des matières fécales.

Ce qui distingue ces paralysies, c'est l'absence de phénomènes d'excitation contractile dans les muscles atteints. Contrairement aux paralysies symptomatiques de myélite, rarement voit-on les muscles être le siége de soubresauts, de crampes, de contractures, ou ce n'est alors qu'à un degré très-léger.

Nous avons déjà vu quelques troubles de la sensibilité occupant les mains ou les pieds (fourmillements, perte du tact), mais on peut en observer d'autres. Ainsi, la peau du tronc et des membres est le siége d'anesthésie : on peut pincer ou piquer les malades sans qu'ils ressentent de la douleur. Très-rarement, au contraire, on trouve de l'hyperesthésie. Quelquefois il y a une grande irrégularité dans la distribution de la sensibilité : ainsi la peau peut être insensible au simple contact, tandis que la sensibilité à la pression et à la piqûre profonde persiste. L'anesthésie peut exister seulement dans certains points.

Les sens spéciaux sont souvent le siége de cette paralysie. Le goût, l'odorat peuvent être diminués ou altérés. Il peut y avoir de la surdité. Mais les troubles les plus fréquents sont ceux de la vue.

M. Trousseau a soigné une jeune Américaine atteinte d'angine avec une grande tuméfaction du cou. Elle guérit. Quinze jours après survenait une amaurose double avec dilatation des pupilles et ensuite une paralysie universelle. Elle entra en convalescence six mois après.

Cette année, dans une visite à l'Hôtel-Dieu, M. Trousseau montrait à M. Négrier (d'Angers) un cas de paralysie diphthérique, et lui faisait part des faits qu'il avait observés. M. Négrier lui raconta qu'il y a quelques années une de ses filles, à la suite d'une diphthérie, fut prise subitement d'une amaurose double qui disparut au bout d'un mois et demi. Il ne savait alors à quoi la rattacher ; mais il croit, d'après ces faits, qu'il s'agissait d'une amaurose diphthérique.

M. Faure a vu une petite fille qui, à la suite d'une angine couenneuse, a été pendant trois mois absolument aveugle.

Les troubles de la vue ont été remarquables dans le fait suivant, que M. le docteur Lamouroux a observé et qu'il a bien voulu nous communiquer.

Obs. VIII. — *Angine couenneuse suivie de paralysie.*

Le jeune A..., âgé de six ans, est pris dans la nuit du 21 septembre dernier d'une angine couenneuse.

La peau est sèche et brûlante, le pouls est à 160 ; la déglutition est très-pénible ; la région cervicale est gonflée et douloureuse, et les amygdales sont recouvertes d'une couenne grisâtre.

M. Lamouroux prescrit : tartre stibié, 10 centigrammes, dans une potion de 80 grammes ; chlorate de potasse, 5 grammes, dans 120 gr. de potion ; insufflations d'alun et de tannin.

Le 22, le pouls est descendu à 130, mais les symptômes locaux restent les mêmes ; l'enfant a plus de peine à avaler. — Même prescription.

Les 23 et 24, même état. — Même prescription.

Le 25, après une ou deux cuillerées de la potion stibiée, l'enfant rend trois ou quatre petites portions de couenne. Peau moins chaude, pouls de 110 à 115 ; l'urine est albumineuse. — Même traitement.

Le 26, les fausses membranes ont à peu près disparu ; l'enfant se trouve mieux ; le sommeil est revenu. — Potion stibiée une fois seulement par jour ; chlorate de potasse, 5 grammes ; trois potages.

Du 27 septembre au 4 octobre, le mieux augmente chaque jour, et le 4 octobre la convalescence est confirmée. L'urine, depuis quelques jours, ne contient plus d'albumine.

Le 15, il survient de la paralysie du pharynx ; la voix est nasonnée, les boissons sont rendues par le nez ; en même temps la vue s'affaiblit : il y a de la diplopie. — Frictions autour du cou et à la nuque avec teinture alcoolique de noix vomique, 20 gr., et teinture de cantharide, 40 gr. ; alimentation tonique ; sirop de quinquina.

L'enfant va à la campagne, où il éprouve une amélioration notable pendant deux ou trois jours ; mais une forte indigestion est suivie d'une augmentation de la paralysie.

Jusque vers le 2 novembre, on fait suivre un régime nécessité par cette légère entérite.

Le 10, sous l'influence d'un régime graduellement plus substantiel et des frictions de noix vomique et de cantharide, il est survenu une amélioration notable. Aujourd'hui la voix n'est plus nasonnée ; les boissons ne sont plus rendues par le nez ; l'enfant est plus gai ; mais il reste du strabisme, de la diplopie et une notable faiblesse des membres.

Le 24, l'enfant n'a plus ni strabisme ni diplopie, la faiblesse générale diminue chaque jour.

Ainsi, chez cet enfant, nous constatons une angine couenneuse le 21 septembre, il guérit le 4 octobre. Vers le 28 septembre les fausses membranes avaient déjà disparu, ainsi que l'albuminurie qui avait existé pendant les accidents de diphthérie pharyngée ; et vers le 15 octobre la paralysie a commencé, c'est-à-dire vingt-cinq jours après le début et quinze jours environ après la guérison de l'angine. Notons ces troubles de la vue : la myopie alternative, avec la presbytie, le strabisme et la diplopie qui ont été les phénomènes saillants chez cet enfant.

Chez tous les hommes atteints de paralysie diphthérique, nous avons constaté l'anaphrodisie. Tous nous ont dit n'avoir plus d'érections, ne plus ressentir de désirs vénériens, et n'avoir que rarement des pollutions. Cependant ces hommes étaient jeunes, et cette diminution des facultés viriles avait coïncidé avec l'apparition des autres phénomènes de paralysie ; elle cessait à mesure que les autres symptômes disparaissaient et que les malades reprenaient leurs forces et leur vigueur.

On constate aussi quelques désordres du côté de l'intelligence : la mémoire se perd, les impressions sont superficielles et éphémères, la réflexion est lente et pénible, l'intelligence est paresseuse. Nous trouvons dans la thèse de M. Péry le fait suivant :

Une jeune fille de 14 ans eut les amygdales et le pharynx recouverts de fausses membranes ; elle guérit, mais presque aussitôt ses traits s'affaissent, la face perd son expression ; les lèvres pendent, les muscles sacro-lombaires ont perdu leur énergie ; la colonne vertébrale est infléchie en avant, la marche chancelante ; le moral est aussi affaissé que le physique. Cette fille paraît dans un état complet d'idiotisme. Trois mois après, tous ces phénomènes morbides avaient disparu.

Etiologie. — Le grand nombre de faits de paralysie survenant à la suite de l'exsudation couenneuse, que celle-ci occupe le larynx, qu'elle siége sur les amygdales ou qu'elle reste limitée à la peau, le grand nombre de ces faits, dis-je, empêche de n'attribuer la paralysie qu'à une simple coïncidence, et force à admettre une relation de cause à effet. On avait déjà bien souvent été témoin de paralysie du pharynx, mais on l'attribuait naturellement à l'inflammation de la muqueuse et des muscles ; mais outre que cette paralysie survient lorsque la diphthérie a épargné le voile du palais et a envahi des parties éloignées, l'explication était insuffisante pour l'amaurose et la paralysie des membres.

On a cherché d'autres explications ; M. Bretonneau avait regardé les désordres de l'innervation comme la conséquence d'une diphthérie nasale chronique ; mais on les a vus survenir, et nous en rapportons des exemples, à la suite d'angines herpétiques, d'angines qui avaient duré sept jours et même quatre jours seulement.

On a supposé une sécrétion couenneuse à l'intérieur des ventricules cérébraux ; on a fait propager l'inflammation du pharynx aux enveloppes de la moelle ou du cerveau. Mais les autopsies ne permettent pas de défendre cette doctrine. La généralisation de la diphthérie et sa longue durée semblent, malgré les cas exceptionnels dont je viens de parler, où elle dure peu de temps et reste limitée à un seul organe, prédisposer à la paralysie, et dans la plupart des cas où la maladie a été grave s'est accompagnée d'une tuméfaction considérable des ganglions, a persisté longtemps, et a profondément altéré l'économie ; lorsque les individus ont été très-affaiblis, on voit survenir les troubles du mouvement et du sentiment. M. Bouillon-Lagrange (*Gazette hebdomadaire*, 1859) dit qu'à des symptômes diphthériques plus graves et de plus longue durée succédait une paralysie plus étendue, occupant les organes des sens, le pharynx, l'œsophage et les membres. Une autre circonstance paraît prédisposer à la paralysie diphthérique, c'est la présence de l'albumine dans les urines, phénomène sur lequel le docteur Wade, MM. Abeille, Sée, Bouchut, Empis, Bergeron ont appelé l'attention. Nous avons recherché la présence de l'albumine chez tous nos malades atteints de diphthérie.

L'albumine se trouve dans la grande majorité des cas, mais sans qu'on puisse en comprendre la cause. Elle varie de quantité d'un jour à l'autre d'une manière très-considérable ; quelquefois même très-abondante un jour, elle peut avoir diminué le lendemain au point de ne présenter par la chaleur ou l'acide nitrique qu'un très-léger nuage. L'albumine apparaît dans les urines presque au début de la maladie, et elle dure jusqu'à la fin ; même elle peut persister lorsque toute trace de diphthérie a disparu, et alors elle constitue un signe de grande importance. Quelquefois, et ce sont les cas heureux, elle disparaît de bonne heure. Chez tous les malades atteints d'angine, dont nous avons pu examiner les urines et qui ont été ensuite paralysés, nous avons trouvé beaucoup d'albumine ; dans d'autres cas, nous avons vu les malades paralysés alors que l'angine avait disparu depuis longtemps, et par conséquent aussi l'albumine.

J'insiste sur cette albuminurie, non pas que je pense que l'albumine produise la paralysie, mais parce qu'elle me paraît être l'expression d'une modification générale qui, affectant plus profondément l'économie, l'expose davantage aux accidents consécutifs.

HOPITAL MILITAIRE DE TOULON. — M. Secourgeon.

Observations d'enchondromes du tissu musculaire (1).

Les auteurs qui se sont le plus occupés de l'enchondrome, M. Dolbeau surtout, dont les savantes et laborieuses recherches ont rendu l'étude de cette question moins aride, ont reconnu à l'affection plusieurs périodes. M. Dolbeau en assigne deux distinctes : une d'état ou de crudité, et une autre de ramollissement (1) ; distinction importante à plusieurs points de vue, et à celui du diagnostic entre autres, car les symptômes sont différents dans l'un et l'autre cas.

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 novembre.

Il faut aussi tenir compte des transformations de l'enchondrome : une modification fréquemment observée est l'ossification d'une partie plus ou moins considérable de la tumeur ; les exemples en sont nombreux, et c'est à tort que M. Lebert nie cette tendance à l'ossification d'une manière générale (2).

M. Cruveilhier relate dans son *Anatomie pathologique* une observation (du professeur Roux) de tumeur bosselée, qui entourait les 4/5es supérieurs de l'humérus, et qui était seulement cartilagineuse à la surface ; elle était entièrement osseuse au centre. Une tumeur également osseuse du maxillaire supérieur fut opérée par M. Laugier (3). « Ce sont des tumeurs (les chondromes) qui forment généralement des masses arrondies, bosselées ; elles ont les caractères de structure propre au cartilage fœtal ; pourtant l'*ossification en est rare* (4). »

M. Roux (de Brignoles) a observé cette modification de l'enchondrome sur une jeune fille qui portait trois tumeurs : l'une développée dans la première enfance, s'étendant de l'arcade zygomatique au milieu de la joue droite ; la seconde à la nuque, entre les attaches occipitales des trapèzes ; enfin, la troisième dans la région temporale gauche. Des inégalités mamelonnées hérissaient la surface de ces tumeurs ; leur consistance était dure et comme pierreuse. Elles furent énucléées facilement du tissu cellulaire sous-cutané qui les contenait.

Les sept ou huit dizièmes de la masse environ étaient constitués par la substance osseuse, offrant tous les caractères qu'elle offre à l'état normal.

C'était, suivant M. Richard, chargé de faire un rapport sur cette intéressante observation à la Société de chirurgie, le premier exemple de tumeurs osseuses sous-cutanées (5).

Nous regrettons vivement de ne pas avoir trouvé dans le dernier compte rendu de la clinique de M. le professeur Sédillot (6) l'observation d'une femme qui portait une tumeur du sein *extrêmement dure*, adhérente et douloureuse ; la peau était ulcérée et la suppuration médiocre et insignifiante. La malade ne resta, il est vrai, que quelques jours à l'hôpital. Un peu d'amélioration dans son état général, obtenue à l'aide d'un emplâtre d'extrait de ciguë et de fomentations narcotico-émollientes, lui firent sans doute entrevoir une opération comme inutile, et peut-être même l'espoir d'une prochaine guérison (7).

La sage réserve de l'habile et savant chirurgien en présence de ce cas si intéressant, les considérations diverses auxquelles on pouvait se livrer à cet égard, étaient autant de raisons pour en faire désirer une courte analyse. Nul doute que la science n'ait retiré un large profit des faits qui auraient été consignés dans un compte rendu écrit sous l'inspiration de l'éminent professeur de Strasbourg, dont les recherches cliniques ont jeté tant de clarté dans l'histoire des tumeurs.

La plupart des chirurgiens ne reconnaissent aucune malignité à ce produit ; cependant, des hommes très-compétents ont fourni des observations très-concluantes tendant à prouver le contraire ; néanmoins, la question est encore litigieuse envisagée à son point de vue le plus général, et si pour quelques-uns l'enchondrome est un *pseudo-cancer*, pour d'autres il rentre dans la catégorie des tumeurs de bonne nature.

M. Nélaton pense « que ces tumeurs restent dans un état stationnaire tant qu'il ne s'y établit pas de vascularisation. A ce moment, il se forme des épanchements de sang dans les masses cartilagineuses, qui prennent dès lors un développement effrayant ; elles perdent de leur densité et revêtent souvent l'aspect bosselé.

» Il n'existe pas de tumeur pouvant acquérir un volume aussi considérable que les enchondromes (observation de l'*homme ballon*, qui mesurait une circonférence de 1m,60 au niveau de la tumeur sternale).

» Il existe une transformation de ces tumeurs ; il y a production d'un liquide filant comme le liquide de certains kystes ovariques...

» On peut les classer toutes parmi les tumeurs bénignes ; elles ne récidivent pas (8). »

On n'est point embarrassé, en passant dans le camp opposé, pour trouver des opinions contraires et qui s'étayent sur des faits sérieux.

Voici comment s'exprime M. Heyfelder à l'égard de l'enchondrome des mâchoires :

« Il est caractérisé par la tendance de l'écorce osseuse à s'accroître en épaisseur, ainsi que par sa fréquente *récidive* locale

(1) *Arch. de méd.* — Tumeurs cart. des doigts et des métacarp., p. 682-683.
(2) *Physiologie patholog.*, 1845, t. II, p. 216.
(3) Thèse de M. Fayau, p. 86.
(4) Dictionnaire de Nysten. Paris, 1858.
(5) Extrait de la *Gaz. hebd.* (Mémoire Dolbeau), 1858, p. 753.
(6) *Gaz. méd. de Strasbourg*, septembre 1859.
(7) M. Foucher vient de relater une observation curieuse d'enchondrome de la région mammaire chez l'homme. (*Union médic.*, 1859, p. 410.)
(8) *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1857, p. 166.

après l'extirpation. Il est susceptible de s'ossifier, ou bien encore de se ramollir en une masse friable ressemblant à de la bouillie (1). »

Flaubert (de Rouen) a relaté un cas d'enchondrome du maxillaire supérieur, où il y a eu à la fois ossification, ramollissement et *récidive* (2).

Un fait de ce genre des plus intéressants est la communication de M. Richet à la Société de chirurgie, sous la rubrique d'*enchondromes multiples*. Il s'agissait d'une tumeur située au-dessous de l'épine de l'omoplate; elle fut enlevée, mais le malade mourut de pyohémie; on ne trouva pas d'abcès métastatiques dans les poumons, mais beaucoup de tumeurs ayant les caractères de l'enchondrome.

M. Richet pense que les tumeurs de ce genre sont, comme les tumeurs cancéreuses proprement dites, de nature à se généraliser.

M. Broca cite des exemples de tumeurs de ce genre qui se sont ramollies, ulcérées, et ont amené la mort (3).

D'autres faits de récidive d'enchondrome appartiennent à M. Paget, Syme, Gluge, Salmon, Virchow, etc. M. Paget (4) cite même un cas où l'enchondrome avait gagné secondairement les ganglions lymphatiques.

Une observation non moins curieuse sous ce rapport, est celle de M. Gintrac (de Bordeaux), où un enchondrome costal s'était généralisé d'une façon remarquable.

En présence de tous ces faits que nous avons accumulés à dessein, on est amené à se demander si l'enchondrome est réellement susceptible de transformations qui en changent la nature et lui impriment un caractère de malignité qu'il n'avait pas à son début.

L'observation suivante, que nous avons recueillie pendant notre internat à Strasbourg, dans le service clinique du professeur agrégé Held, nous paraît être une confirmation de cette dernière manière de voir.

Elisabeth K..., âgée de 21 ans, entre à l'hôpital civil le 8 août 1858; elle porte à la cuisse gauche une énorme tumeur qui occupe toute la partie antérieure et externe du membre. Il y a dix mois, la malade a fait une chute sur le côté gauche et a ressenti immédiatement une vive douleur à la partie moyenne de la cuisse; cependant aucune lésion n'était apparente; la douleur, du reste, disparut le lendemain. Environ quinze jours après l'accident, la jeune fille aperçut une petite grosseur molle, irrégulière, sur le point qui avait été le siége des premières douleurs; cette tumeur ne fit que s'accroître, sans occasionner toutefois de la gêne ou de la souffrance; mais elle perdit ses caractères initiaux de mollesse et de mobilité.

Aujourd'hui, elle offre un volume énorme. (La circonférence de la cuisse gauche à son tiers moyen, qui correspond à la partie centrale de la tumeur, est de 91 centimètres; la cuisse opposée ne mesure que 51 centimètres). Sa forme est régulière (gros ovoïde). La peau qui la recouvre n'est pas ulcérée, mais sillonnée de quelques veines variqueuses; elle est adhérente de toutes parts.

La tumeur ne se laisse aucunement déplacer; elle est dure dans toutes ses parties, mais elle donne plutôt, au toucher, la sensation d'une masse concrète, légèrement rénitente, que d'un corps pierreux.

Cette énorme tumeur n'avait en rien entravé la nutrition soit des extrémités inférieures, soit du corps en général. Le sujet est d'une très-forte constitution, et n'a pas eu de maladies antérieures; ce n'est que depuis un mois à peu près qu'Elisabeth K... éprouve des fourmillements et des engourdissements qui sont, selon toute probabilité, le résultat de la compression dans la jambe gauche. (Point d'affections de ce genre dans la famille de la malade.)

On s'arrêta à l'idée d'un squirrhe, et M. Held en fit l'extraction le 11 août. M. le professeur agrégé Wieger assistait à l'opération. La dissection de la tumeur fut très-laborieuse, et donna beaucoup de sang. On fut obligé de la diviser en plusieurs fragments, et il fallut des tractions énergiques pour enlever les parties les plus profondes; on ouvrit ainsi un kyste qui formait un noyau central, et d'où sortit en grande abondance une matière jaune, gélatineuse, grumeleuse; mais on fut surtout très-étonné d'y rencontrer des portions osseuses de forme irrégulière, et dont quelques-unes ressemblaient à de véritables esquilles (5).

Examen de la tumeur. — La tumeur paraissait avoir pris naissance dans le tissu cellulaire sous-cutané, et avoir refoulé en les comprimant les muscles auxquels elle était adhérente postérieurement.

Sa masse principale est composée de tissu lardacé dont on n'exprime que peu de suc, et criant sous le scalpel; il offre au microscope tous les caractères du squirrhe (néoplasmes multiples de forme très-irrégulière; beaucoup de cellules renfermant plusieurs noyaux, des noyaux libres, tendance évidente à la prolification.)

Il n'y a pas de délimitation bien nette entre les parties principales et le kyste central; des tranches très-minces prises sur les bords de ce dernier et examinées à un fort grossissement, sont parsemées de grandes cavités renfermant de grandes cellules granuleuses; les grumeaux renferment surtout de nombreux corpuscules (corpuscules cartilagineux de Purkinge), et des cellules adipeuses.

Une hémorrhagie assez abondante se déclara dans la soirée, et la malade mourut pendant la nuit.

Le fémur n'avait subi aucune altération, et les gros vaisseaux étaient intacts. Les organes principaux étaient dans leur état normal.

Cette observation n'est-elle pas un enseignement dans la question que nous envisagions plus haut, à savoir la *transformation de l'enchondrome*? S'il est permis d'affirmer, dans la majorité des cas, que le chondrome est de nature bénigne, il n'en faut pas moins garder une sage réserve dans quelques-uns. Laissons parler M. Dolbeau à ce sujet : « Nous considérons comme exceptionnels les cas de généralisation de tumeurs cartilagineuses, comme étranges les récidives de tumeurs cancéreuses parotidiennes après l'ablation de chondromes, comme M. Paget en a cité un exemple. C'est pourquoi nous dirons que, d'une manière absolue, l'enchondrome de la région parotidienne est une maladie bénigne qui ne tue pas par infection; mais cela ne veut pas dire que les tumeurs cartilagineuses ne soient pas susceptibles de récidiver après une et même deux ablations successives. Tout dernièrement, nous venons d'observer à l'hôpital des Cliniques un cas de double récidive... (1). »

L'embarras des chirurgiens a souvent été fort grand, lorsque en incisant ces tumeurs dures et bosselées, ou *enchondroma*, ils ont donné issue à une matière visqueuse plus ou moins transparente : « Ce liquide hyalin ou vitriforme est-il une altération consécutive du cartilage, ou bien est-il un produit de sécrétion distinct qui succède à la sécrétion de la chondrine ou qui se produit simultanément... (2)?

Le même auteur croit qu'un des grands caractères des enchondromes, comme aussi des chondrophytes, c'est d'être incapables de dégénérescence cancéreuse.

Il admet cependant les métamorphoses de ces productions cartilagineuses : « ... Tantôt ces produits cartilagineux sont purs de tout mélange avec tout autre tissu; tantôt ils se sont associés au tissu osseux, pour constituer les tumeurs ostéo-cartilagineuses... (3).

Nous ne voulons point étendre le cadre de cette question déjà si vaste, et nous ne ferons que mentionner en passant un cas où l'on trouva l'enchondrome mélangé au lipome; cette observation intéressante fut communiquée à la Société de chirurgie par M. Demarquay (4) : c'était une tumeur située à la partie supérieure et interne de la cuisse; il y avait apparence de fluctuation. M. Lenoir avait songé à un stéatome, ou mieux à un ostéostéatome (tumeur successive formée de substance fibro-graisseuse et de substance ostéo-calcaire). On fit d'abord une ponction qui donna lieu à l'issue de sérosité sanguinolente, puis de grumeaux. A l'examen de la tumeur, on reconnut des noyaux osseux inégaux. M. Lebert pensa qu'il y avait prédominance de l'enchondrome et du lipome; il regarde le mélange de ces deux produits morbides avec du sang épanché comme un fait très-rare.

Porterait-on aujourd'hui le même jugement sur la nature réelle d'une partie de la parotide devenue squirrheuse et enlevée par Ansiaux (5)? « Divisée en plusieurs sens, la tumeur nous présenta une substance grise, d'une dureté presque cartilagineuse, réunissant tous les caractères du tissu squirrheux, sans mélange de matière cérébriforme. »

Peut-être y verrait-on des éléments plus complexes.

Il en est de même d'un fait analogue observé par Degland (6) : « La tumeur était ovoïde, sa surface unie et recouverte d'un tissu cellulaire assez serré. Sa portion antérieure était plus molle que la postérieure, qui offrait pour ainsi dire la consistance du cartilage. J'incisai en long cette tumeur, et je donnai issue à une matière sirupeuse, jaunâtre, inodore, dont une partie se trouvait amassée au milieu de l'organe, et l'autre infiltrée dans son tissu, que je ne saurais mieux comparer pour la couleur et la consistance qu'aux fibro-cartilages intermédiaires aux vertèbres lombaires. Le tissu était pulpeux intérieurement, plus consistant à l'extérieur; on n'y distinguait aucune fibre... »

Quelques chirurgiens sont allés beaucoup plus loin. M. Velpeau, entre autres, a fait de l'enchondrome une variété de cancer fibro-plastique, sous le nom de cancer napiforme ou chondroïde. « C'est surtout à la cuisse et à l'épaule que j'ai observé ces tumeurs. J'en ai rencontré aussi à la mamelle, où j'en ai vu qui se sont tellement généralisées que l'économie en était comme inondée.... »

» ..... Elles acquièrent à la hanche des dimensions gigantesques, et elles ont souvent pour point de départ le tissu des os ou le périoste; dures, de la densité du cartilage dans la première période, inégales, bosselées, adhérentes au squelette, étrangères aux téguments, elles se développent ou vite ou lentement...... Elles m'ont offert un mélange singulier; quelques-uns de leurs pelotons étaient en effet comme cartilagineux, chondroïdes, tandis que d'autres bosselures étaient entremêlées de lames ou de petites cloisons calcaires, de tissu comme pétrifié; ailleurs, leur tissu était d'un blanc jaunâtre, gluant au toucher, ou comme caséeux...

» ..... La masse colloïde seule est une tumeur bénigne; la masse colloïde mêlée de tissu chondroïde et fibro-plastique ou encéphaloïde, est un cancer particulier... » (7).

Tout a-t-il donc été dit sur ces tumeurs qui revêtent si souvent des formes diverses? L'embarras où nous nous trouvons pour tirer quelques conclusions de ces longues considérations nous paraît une preuve suffisante du contraire.

Personne n'ignore que l'étude des tumeurs est une des plus délicates, un des terrains les plus glissants de la chirurgie; des auxiliaires sur lesquels on avait cru pouvoir compter en toute sûreté vous ont souvent fait défaut le lendemain. N'est-ce pas là un peu l'histoire du microscope, qui, dans le principe, ne tendait rien moins qu'à se substituer à la clinique; il n'a fallu rien moins aussi que les vicissitudes sans nombre de cette malheureuse cellule cancéreuse pour arrêter cette fatale usurpation : dès lors ce nouveau mode d'investigation, en prêtant autant qu'en recevant des lumières de l'étude clinique, en est devenu un des auxiliaires les plus utiles.

« ..... On ne saurait nier que les chirurgiens micrographes, en cherchant à ranger les tumeurs d'après des considérations hystologiques, ne soient entrés dans la voie véritablement scientifique (1). »

Est-ce donc se hasarder que de chercher à conclure de ces prémisses :

1° Que l'enchondrome reconnaît plusieurs formes, ou, si l'on aime mieux, plusieurs périodes;

2° Qu'il est susceptible de transformations diverses;

3° Que dans la majorité des cas, et peut-être dans certaines régions qu'on pourrait dire de *prédilection*, il peut rester bénin (transformation osseuse, par exemple);

4° Que, dans d'autres, il acquiert des caractères indubitables de malignité (transformation cancéreuse, entre autres);

5° Enfin, qu'on peut l'observer dans toutes les régions du corps, dans tous les tissus de l'organisme (2).

DU CATHÉTÉRISME DE L'UTÉRUS

comme moyen d'obtenir des contractions de cet organe,

Par M. le docteur Ernest Reynier.

Le 22 juillet 1858, je fus appelé auprès de Mme X..., qui, quoique débile et d'un tempérament lymphatique, a cependant joui jusqu'alors d'une bonne santé. Réglée à dix-huit ans, ses époques suivirent régulièrement leur cours jusqu'au mois de mai 1855, où elles furent interrompues par sa première grossesse. Ses couches, qui eurent lieu en février 1856, n'offrirent rien de particulier. En octobre 1857 commença une seconde grossesse. Cette dame ressentit en mars 1858 les premiers mouvements du fœtus, et ce fut le 21 juillet suivant qu'étant à terme, elle ressentit les premières douleurs.

A neuf heures du soir la poche des eaux se rompit; une petite quantité de liquide amniotique s'échappa, et aussitôt après les contractions utérines cessèrent complétement, et cela pendant seize heures, moment où je fus appelé auprès de la malade.

Mme X..., horizontalement étendue, était alors dans une vive agitation; une grande inquiétude se peint sur son visage, en voyant, par la cessation complète de ses souffrances, s'éloigner de plus en plus le terme de sa délivrance.

Tout en cherchant à la tranquilliser sur son état, je passai à l'*examen externe*. La palpation du ventre fait reconnaître au travers de parois un peu flasques une tête d'enfant située derrière et au-dessus du pubis. Dans le côté gauche, on perçoit les extrémités; à droite, on entend les battements du cœur.

Examen interne. — Le vagin est large, les diamètres du bassin sont normaux, le col situé passablement haut et en arrière est effacé; son ouverture atteint la grandeur d'une pièce de deux francs; quoiqu'il soit difficile d'atteindre la tête, je parviens à reconnaître qu'elle se présente dans la première position.

Comme la malade désirait ardemment être promptement délivrée, et que je craignais les conséquences que pourrait avoir cette agitation, je me décidai à employer la méthode suivante : Je plaçai les deux doigts de la main gauche dans le vagin, sur lesquels je fis glisser une sonde élastique préalablement enduite d'un corps gras; arrivé avec l'instrument à l'espace qui séparait la tête de l'enfant du col de la matrice, je le fis pénétrer par une légère pression dans la cavité utérine, en effleurant en avant l'oreille gauche de l'enfant, et en arrière la paroi interne de l'utérus qui correspond à l'excavation du sacrum. L'instrument, ayant les deux tiers de sa longueur dans la cavité utérine, fut laissé en place.

Six minutes après son application, la patiente accusa de légères contractions utérines, qui se montrèrent de plus en plus énergiques; l'intervalle qui séparait chaque contraction devint de plus en plus court, la tête descendit dans l'excavation du bassin, enfin elle traversa l'isthme du vagin; ce fut alors que je retirai ma sonde de l'utérus. Aussitôt après s'effectua l'expulsion totale d'un enfant vivant et bien constitué.

Depuis le moment de l'application de l'instrument jusqu'à celui de la délivrance, il s'écoula une heure.

Les suites de l'accouchement n'offrirent rien de particulier à relater, et le vingt et unième jour la malade avait repris ses occupations.

Je ne puis m'empêcher de faire une comparaison entre l'emploi d'une sonde élastique et celui de l'ergot de seigle, en tant que moyens de provoquer les contractions utérines, en considé-

(1) *Loc. cit.*, p. 36.
(2) Extrait du *Monit. des Hôp.* (Mém. Dolbeau), 1859, p. 522.
(3) *Union médic.* Paris, 1855, p. 422.
(4) *Loc. cit.*
(5) Les observations d'enchondromes dont on pouvait retirer des matières granuleuses, comme enkystées, sont assez communes. Un fait curieux à ce titre est, entre autres, celui de M. Dujardin, qui vida une énorme tumeur cartilagineuse qui s'étendait du sternum à l'ombilic, et qui était adhérente. (*Gaz. des Hôp.*, 1857, p. 235.)

(1) *Gaz. hebd.*, p. 886.
(2) Cruveilhier, *loc. cit.*, p. 801.
(3) *Loc. cit.*, p. 780.
(4) *Bullet. de la Société de chirurgie*; Paris, 1852; t. II, p. 497 et 501.
(5) *Clinique chirurgicale*, 1816, p. 198.
(6) *Journ. génér. de méd., de chirurg. et de pharm.*, 1818; t. II, 2e série, p. 145.
(7) *Trait. des malad. du sein*, etc.; 2e édit. Paris, 1858. P. 458.

(1) *Observ. d'enchondrome de la région mammaire chez l'homme*, par M. Foucher. *Union médicale*, 1859, p. 410.
(2) On l'a même observé dans les enveloppes du tissu nerveux. Syme (*The Edimburgh medical and surgical journal*, octobre 1836) rapporte deux observations de petites tumeurs nerveuses sous-cutanées, l'une située sous l'ongle du petit doigt, l'autre à côté de la première phalange du doigt annulaire, dans le tissu cellulaire. Leur consistance était fibreuse, lardacée, cartilagineuse. Le plus souvent, ces sortes de tumeurs se forment dans les mailles du tissu cellulaire du névrilème. M. Wardrop a dessiné un cas de cette espèce dans la gaîne du nerf optique. M. William Wood, cité par M. Syme, a donné l'historique complet de la maladie dans les *Trans. of the med. chir. Soc. of Edimb.*, vol. III, p. 317.

rant le peu de sûreté, voire même les dangers auxquels expose ce dernier médicament.

1° Il est prouvé par les observations d'Œsterlen et de Spitzer, que par l'usage du seigle ergoté les vaisseaux utérins se contractent; leur calibre se rétrécit, et il en résulte une diminution dans la quantité de sang qui devrait parvenir à l'enfant. L'observation clinique corrobore ce fait, car on observe un ralentissement dans les battements du cœur de l'enfant sous l'influence de cet agent. La circulation subit évidemment dans ce cas, chez le fœtus, une grave altération, et si l'expulsion du produit de la grossesse n'a pas lieu rapidement, il en résulte sa mort par apoplexie, comme lorsqu'il y a compression du cordon ombilical.

2° On observe quelquefois que l'ergot de seigle agit plus énergiquement sur les fibres circulaires du col de l'utérus que sur les autres points de cet organe; en peu de temps on voit l'orifice de la matrice se rétrécir de plus en plus, et ses bords devenir durs et rigides: si alors une circonstance imprévue oblige de terminer rapidement l'accouchement, quel ne sera pas l'embarras de l'opérateur, embarras qu'il se sera créé lui-même!

3° Enfin, les douleurs utérines que produit le seigle ergoté sont plus violentes que celles qu'on provoque par l'emploi d'une sonde élastique, parce que, sous l'influence de ce médicament, la matrice ne se repose jamais complétement entre deux contractions, ce qui fait que la malade n'a pas un moment de repos; souvent même on crée un tétanos artificiel de l'utérus, qui est ordinairement suivi d'une paralysie de cet organe.

Sans parler des autres moyens qui nous assurent toujours des contractions de la matrice, tels que la douche utérine, nous dirons que l'emploi de la sonde élastique l'emporte sur ces différentes méthodes par la facilité de son application unie à la simplicité, et il a, comme eux, l'immense avantage de ne pas racheter le résultat à obtenir par les dangers auxquels nous expose l'emploi de l'ergot de seigle.

L'IODURE D'AMMONIUM

dans le traitement de la syphilis constitutionnelle.

M. le docteur E. Janssens publie les lignes suivantes dans la *Presse médicale belge*, à l'occasion d'un travail du docteur Gamberini, de Bologne, à qui l'on doit l'introduction de ce médicament dans la thérapeutique:

« Depuis longtemps les Anglais emploient l'iodure d'ammonium en pommade dans le traitement des engorgements glandulaires, et le journal *The Lancet*, en faisant connaître, il y a deux ans, que le docteur Richardson expérimentait ce médicament à l'Infirmerie royale de Londres, ajoutait qu'il l'avait employé chez 38 malades, dont *un* atteint de syphilis secondaire, *quatre* de rhumatisme chronique, *six* de phthisie pulmonaire commençante, et plusieurs autres d'engorgements glandulaires de nature scrofuleuse; il disait que son action thérapeutique est analogue à celle de l'iodure de potassium, avec cette différence que ses effets sont plus promptement appréciables. Pour l'usage interne, la dose est, selon le docteur Richardson, de 5 à 15 centigrammes pour un adulte.

L'assertion du médecin anglais relative à l'action et à l'efficacité de cet iodure, qui ne le cèdent pas à celles de l'iodure de potassium ou même de sodium (introduite, comme on sait, dans la thérapeutique médicale par le même docteur Gamberini en 1852), a engagé l'auteur à employer ce médicament dans le traitement de la syphilis. Le succès répondit à son attente chez les 14 malades qui furent soumis à cette expérimentation.

L'espace nous manquant pour reproduire ici les détails de ces observations, qui sont consignées dans le *Bulletino delle science mediche*, nous nous bornerons à communiquer à nos lecteurs les corollaires que M. Gamberini a cru pouvoir déduire de l'ensemble de ses expériences thérapeutiques:

1° L'iodure d'ammonium, dit encore ammoniure d'iode, hydro-iodate d'ammoniaque, iodure ammonique, est indiqué dans tous les cas où l'on emploie l'iodure de potassium ou de sodium.

2° L'iodure d'ammonium amène une guérison rapide; en effet, les maladies syphilitiques qui furent soumises à l'action de ce médicament guérirent comme suit: 5 au bout de quinze jours, 3 au bout de trois semaines, 5 au bout de quatre, 1 après cinq semaines. Dans ce dernier cas, la guérison se fit attendre à cause du peu de tolérance du médicament, qu'il fallut administrer à petites doses.

3° La dose du médicament a été portée depuis 2 jusqu'à 16 grains par jour; en général, il a suffi d'une dose moins élevée que cette dernière pour obtenir la guérison du mal; l'intolérance de cet iodure n'a eu lieu qu'exceptionnellement.

4° L'usage externe de cet iodure en frictions (3 grains pour 1 once d'huile d'olives) a aidé à faire disparaître les douleurs syphilitiques nocturnes des muscles ou des articulations.

5° Les deux phénomènes qui ont indiqué l'intolérance de cet iodure administré intérieurement sont: sentiment de brûlure dans le gosier et d'ardeur dans l'estomac, qui cédèrent rapidement après la suspension du médicament pendant un jour ou deux.

6° Je n'ai pu remarquer ni exagération ni diminution ou variation dans les fonctions physiologiques des malades.

7° J'ai vu se dissoudre, sous l'influence de l'usage interne de cet iodure, les indurations consécutives au chancre dur cicatrisé et les pléiades ganglionnaires indurées du pli de l'aine.

8° Les maladies syphilitiques qui ont été guéries par cet iodure sont l'arthralgie, les douleurs rhumatoïdes, les périostoses, les pléiades ganglionnaires des aines, les ganglions cervicaux, et une syphilide papulo-vésiculeuse du dos.

Je conclus en disant que l'iodure d'ammonium me semble préférable à celui de potassium ou de sodium:

1° Parce que tout en atteignant le même but thérapeutique que les autres iodures alcalins, il a sur eux l'avantage d'agir plus promptement.

2° Parce qu'il faut de fortes doses d'iodure de potassium ou de sodium pour obtenir les résultats que l'on atteint avec une dose minime d'iodure ammonique; d'où il suit que les traitements antisyphilitiques entrepris avec le nouveau remède sont fort économiques, attendu que la dose terminale de l'iodure d'ammonium est la même que celle avec laquelle on débute quand on emploie les autres iodures.

M. Gamberini termine son travail en recommandant aux praticiens d'expérimenter ce médicament, que le premier il a introduit dans la thérapeutique des maladies syphilitiques, puisque, à l'exception d'un seul cas de syphilide secondaire traité par le docteur Richardson, personne n'a essayé cet iodure contre la vérole constitutionnelle. Il fait tout spécialement appel aux syphiliographes, en les invitant à se prononcer avec connaissance de cause sur la supériorité de l'iodure d'ammonium qu'il a constatée à la suite de son expérimentation personnelle. (*Union médicale.*)

TRAITEMENT DU NÆVUS PAR DES INJECTIONS DE TANNIN.

Un enfant de huit mois portait sur la racine du nez un nævus sous-cutané que l'on traita d'abord par des injections de teinture d'iode et d'eau glacée. Mais la tumeur n'en continua pas moins à prendre une circonférence de plus en plus considérable; elle était molle, compressible, et la peau qui la recouvrait était parfaitement saine. Une ligature sous-cutanée paraît n'avoir servi qu'à contribuer à l'augmentation ultérieure du volume de la tumeur.

On fit alors une petite incision dans la base du nævus, et on se servit pour cela d'un ténotome étroit que l'on porta dans la tumeur suivant différentes directions, pour rendre plus intime le contact de la solution de tannin avec les tissus. On fit ensuite l'injection, et on laissa la solution séjourner pendant quelques instants. Le sang se coagula immédiatement dans l'intérieur de la tumeur, et celle-ci, qui auparavant était molle, donna la sensation d'un corps parfaitement dur et résistant. Au bout de six semaines, toutes traces du nævus avaient disparu.

(*The Lancet.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 novembre 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce informe l'Académie qu'il approuve les propositions relatives à la distribution des récompenses à décerner aux vaccinateurs et aux médecins inspecteurs des eaux minérales, pour les services qu'ils ont rendus en 1857, ainsi qu'aux médecins des épidémies, pour des faits relatifs à l'année 1858.

Le même ministre transmet les rapports d'épidémie suivants:

1° Sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Villard-la-Rixouse (Jura), par M. le docteur Guichard;

2° Sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné depuis trois ans dans les communes de Bourth et de Francheville, par MM. Fortin et Sellerier;

3° Sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné récemment dans la commune de Lunay (Loir-et-Cher), par M. le docteur Faton;

4° Sur une épidémie de dyssenterie qui a régné, de juillet en septembre dernier, dans diverses communes de l'arrondissement de Vendôme, par le même;

5° Sur les épidémies qui ont régné en 1858 dans l'arrondissement de Montauban (Tarn-et-Garonne), par M. le docteur Lacaze. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Guillemin, agrégé de physique à la Faculté de médecine, prie l'Académie de vouloir bien l'inscrire comme candidat à la place vacante dans la section de physique et chimie médicales. (Renvoi à la section.)

— M. O. Réveil adresse une note additionnelle au mémoire qu'il a communiqué à l'Académie en juin dernier, sur l'infection des eaux de sources et de puits. (Commission nommée; rapporteur, M. Boudet.)

— M. le docteur E. Combes, qui dans la séance du 19 juillet dernier a lu une note relative à un appareil propre au traitement des maladies utérines, transmet des observations à l'appui. (Commissaires, MM. Depaul et Huguier.)

— M. le docteur J. Dubourg, correspondant de l'Académie, envoie une notice sur le croup qui a régné épidémiquement à Marmande (Lot-et-Garonne) pendant les premiers mois de l'année 1859. (Commission des épidémies.)

— M. Duval, premier chirurgien en chef de la marine à Brest, réclame à l'égard de la présentation faite par M. Mathieu, au nom de M. le docteur Ducloux, d'un appareil à fractures plus spécialement destiné aux fractures de l'avant-bras. (Commissaire: M. Malgaigne.)

— M. le docteur Hoster, médecin à Delhi (Algérie), adresse une lettre sur les propriétés fébrifuges des feuilles de l'olivier sauvage. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. le Président annonce que M. Markett, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, à Londres, assiste à la séance, et M. le secrétaire perpétuel fait hommage en son nom d'un volume intitulé *Du diagnostic médical.*

— M. Michel Lévy présente, au nom de M. le docteur Gustave Dufour, médecin en chef de l'hôpital thermal d'Hammam-Meskhoutin, près Guelma (province de Constantine), le rapport médical sur le service de cet établissement en 1859.

— M. Ch. Robin dépose sur le bureau le 5e volume de la 2e série des *Mémoires et comptes rendus de la Société de biologie.*

— M. Gavarret présente, au nom de M. Marié Davy et de M. le docteur Benoît, deux nouveaux appareils électro-médicaux. L'Académie charge M. Gavarret de lui faire un rapport d'ensemble sur les différents appareils propres à l'administration de l'électricité médicale.

— M. le Président soumet au vote de l'Académie la question proposée pour le prix Capuron (accouchement) pour l'année 1861. Cette question est ainsi conçue: « De l'influence que les maladies de la mère » pendant la grossesse peuvent avoir sur la constitution et la santé de » l'enfant. » L'Académie adopte.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions, toutes négatives, sont successivement mises aux voix et adoptées sans discussion.

Gangrène de la bouche. — M. Blache lit un rapport sur une observation de gangrène de la bouche, recueillie à l'hôpital de la marine à Toulon, dans le service de M. le docteur Barrallier, professeur de pathologie médicale, et deuxième médecin en chef à l'hôpital de la marine; par M. Laurent Férauld, chirurgien de 2e classe.

Les conclusions favorables de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

M. Cap lit un travail sur la préparation du tannate de bismuth et sur l'emploi de ce sel dans le traitement des diarrhées.

MM. Trousseau, Cloquet, Bussy, Caventou, Chatin, Lagneau, Bouley, Velpeau et Cap échangent à ce sujet quelques observations sur la composition chimique de ce nouveau produit et sur ses propriétés thérapeutiques comparées à celles de ses deux composants.

M. le Président, considérant que la discussion ne saurait conduire à la solution d'une question que l'expérimentation seule peut résoudre, propose, au nom du bureau, de prier MM. Trousseau et Velpeau de vouloir bien expérimenter ce médicament dans leur service.

Sur la proposition de M. Trousseau, M. Blache est également invité à faire ces essais à l'hôpital des Enfants, où l'on a tant d'occasions de lutter contre des diarrhées incoercibles.

PRÉSENTATION.

M. le docteur Edmond Baudot soumet à l'examen de l'Académie un appareil propre à remplir la plupart des fonctions de la main chez les sujets qui ont subi la perte totale de l'un des deux membres supérieurs.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La distribution des prix décernés aux élèves de la Faculté de médecine de Strasbourg a eu lieu le 15 novembre, à la séance solennelle de rentrée. Les noms des lauréats ont été proclamés dans l'ordre suivant:

Première année. — Prix: M. G. Bleicher, de Colmar. — Mention très-honorable: M. E. Wendling, de Saint-Martin.

Deuxième année. — Prix: M. E. Bœll, de Wasselonne.

Troisième année. — Prix: M. Ch. Levy, de Düttlenheim. — Mention très-honorable: M. J. M. Peuget, de Colonne (Jura).

La Faculté de médecine a demandé au ministre une médaille d'or pour la thèse de M. Goldschmidt (*Des granulations de la cavité utérine*), et une médaille d'argent pour celle de M. Ehrmann (*De l'anémie cérébrale*). Le ministre n'ayant pas encore répondu, le prix n'a pas pu être décerné.

On a proclamé ensuite les noms de MM. Moraché, Berge, Filliette et Peuget, comme ayant obtenu le premier rang dans les divers concours pour l'internat à l'hôpital civil, et celui de M. Münch pour l'emploi d'aide de chimie.

A l'École de pharmacie, aucun prix n'a été décerné.

Des mentions honorables ont été accordées à MM. Heck, de Bischwiller, et F. Wentzinger, de Turckheim (Haut-Rhin).

— Un concours s'ouvrira à la fin de décembre 1859 devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour la place d'aide de chimie, physique et pharmacie; le traitement annuel attaché à cet emploi est de 500 fr. La liste des candidats sera ouverte le 15 décembre et fermée le 24; tout élève en cours d'inscriptions sera admis à concourir.

— Voici la statistique des étudiants de la Faculté de médecine de Strasbourg, à la date du 21 novembre 1859:

Doctorat. — *Elèves civils.*	— Elèves de 1re année	46		
—	— 2e	26		
—	— 3e	22	156	
—	— 4e	21		
—	Candidats	41		
Elèves militaires.	— Élèves de 2e année	43		
—	— 3e	32	134	
—	— 4e	29		
—	Candidats	30		
Officiers de santé.	— Élèves de 1re année	6		
—	— 3e	2	10	
—	— 4e	2		
	Total général		300	

— M. Foucher, agrégé de la Faculté, chirurgien du Bureau central, commencera son cours de chirurgie à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, après-demain samedi 3 décembre, et le continuera les mardis et samedis suivants.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 141. — SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1859. (32e ANNEE.) N° 141. — SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'occlusion et de l'ossification des fontanelles.

Les recherches récentes que M. H. Roger a entreprises sur l'auscultation de la tête, et dont nous avons exposé les résultats dans le numéro du 13 octobre, lui out fait reconnaître, on s'en souvient, qu'un bruit de souffle céphalique n'est perçu que lorsqu'il n'y a pas encore au niveau des fontanelles de barrière osseuse interposée entre l'oreille et le cerveau. Ces recherches ont mis notre savant confrère à même de fixer plus exactement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, l'époque de la vie où, par le rapprochement des sutures et l'ossification complète de la boite crânienne à sa partie supérieure, l'occlusion des fontanelles s'effectue.

On sait, en effet, que les anatomistes sont loin d'être d'accord sur l'époque précise où se ferment les fontanelles ; les uns fixant cette époque à l'âge de 3 ou 4 ans, d'autres la reculant jusqu'à l'âge de 6 ou 7 ans, tandis que pour quelques-uns ce serait peu de temps après la naissance que s'achèverait le travail d'ossification. Si l'on consulte à cet égard les accoucheurs, on trouve entre eux beaucoup moins de désaccord qu'entre les anatomistes, mais il existe néanmoins encore des divergences assez sensibles, les uns assignant 15 mois pour terme au travail d'ossification, les autres 18 mois ou 2 ans, et même davantage.

Or voici, d'après une communication récente faite à la Société médicale des hôpitaux et reproduite par l'*Union médicale*, à quels résultats les recherches cliniques de M. H. Roger l'ont conduit sur ce point :

Sur près de 300 enfants qu'il a observés à ce point de vue, il n'a jamais trouvé les fontanelles fermées avant l'âge de 15 mois, et il ne les a jamais trouvées ouvertes passé l'âge de 3 ans.

C'est seulement à 10 mois que, dans un quart des cas, M. Roger a vu une membrane déjà un peu solide obturer la fontanelle, qui n'avait plus que 1 centimètre carré d'étendue. Au-dessous de cet âge, la fontanelle présentait de 2 à 4 centimètres carrés de surface, et elle était close par une membrane beaucoup moins résistante. — De 14 à 18 mois, il a trouvé, chez le quart des enfants, la fontanelle presque fermée. — A 15 mois, elle l'était complètement dans un huitième des cas ; à 16 et 17 mois, dans un sixième. — A partir de 2 ans, l'occlusion existait chez plus de la moitié des sujets (16 fois sur 23). — A 2 ans et demi, cette occlusion se rencontrait sur les trois quarts des enfants. — A 3 ans, la fontanelle était close dans les cinq sixièmes des cas. — A 3 ans et demi, elle l'était chez tous. — A 4 ans, il n'a été trouvé qu'un seul cas (c'était chez un enfant rachitique) où la fontanelle, comblée par une substance solide, au niveau de laquelle on percevait un léger souffle vasculaire, présentait pourtant encore une petite dépression.

Il résulterait donc de ces observations que la période d'ossification des fontanelles est comprise entre l'âge de 15 mois, où cette ossification est très-rare, et l'âge de 3 ans et demi, où on la rencontre toujours. Entre ces deux extrêmes, on voit que c'est le plus habituellement de 2 à 3 ans que, dans l'état normal, l'occlusion de la fontanelle antérieure est effectuée.

Le tableau suivant indique la proportion des cas d'occlusion, croissant avec l'âge des sujets :

Age.	Fontanelles	
	ouvertes.	fermées.
A 15 mois.	7	1
16	5	1
17	5	1
18	2	1
19	2	0
20	6	2
22	3	3
23	2	2
2 ans.	7	16
2 ans et demi. . . .	5	15
3 ans.	2 (1)	10
3 ans et demi. . . .	0	5
4 ans.	1	4

(1) Dans ces deux cas, la fontanelle, très-étroite, était close par une membrane solide.

On voit par ce tableau que la fréquence de l'occlusion des fontanelles, régulièrement progressive de vingt à vingt-trois mois, croît brusquement à partir de deux ans, pour augmenter de plus en plus jusqu'à trois ans et demi, époque de l'existence où chez tous les enfants les fontanelles cessent d'être ouvertes. (Il s'agit bien entendu d'une règle générale, mais non pas absolue, car nous avons le souvenir d'avoir vu un enfant d'une douzaine d'années dont les fontanelles n'avaient jamais été réunies, et à qui l'on faisait porter par précaution une plaque métallique sur la tête.)

La connaissance de l'époque de la vie où l'ossification des fontanelles est accomplie, fait remarquer M. Roger, n'est pas seulement un détail anatomique; elle peut présenter un certain degré d'utilité au point de vue de la médecine légale et de la pathologie. En effet, deux maladies de l'enfance retardent l'occlusion des fontanelles ou y apportent un obstacle absolu : le rachitisme et l'hydrocéphalie.

La première de ces affections a sur l'ossification des fontanelles la même influence dynamique que sur le reste du squelette, sur l'évolution des dents, par exemple, qu'elle retarde notablement. La seconde affection procède, au contraire, mécaniquement, par l'action excentrique qu'elle exerce sur la boite osseuse, dont elle écarte les sutures et agrandit les ouvertures.

La non-occlusion des fontanelles, à un âge où elles devraient être fermées, peut être une des premières manifestations du rachitisme, et faire prévoir ainsi l'imminence de cette affection, de même que, ultérieurement, en s'ajoutant aux autres symptômes, elle devient un élément de diagnose plus positive.

La persistance de ces ouvertures, leur étendue, et surtout leur agrandissement à un âge où elles devraient avoir disparu, seraient également un signe certain d'hydrocéphalie.

Inversement, leur occlusion trop tardive, à une période où d'ordinaire les sutures ne doivent pas être soudées, où les fontanelles doivent persister, où le cerveau se développe activement, et où l'intelligence commence à naitre, cette occlusion peut faire redouter la compression du cerveau et l'étouffement, pour ainsi dire, de l'intelligence, par une boite osseuse inextensible, c'est-à-dire la microcéphalie et l'idiotie.

Enfin, la détermination aussi rigoureuse qu'il est possible de la disparition des fontanelles, pourra servir en médecine légale à établir approximativement l'âge d'un enfant, ou à résoudre des questions d'identité.

Traitement local de l'acné.

L'acné est-elle une affection idiopathique ou bien est-elle liée à une affection organique ou fonctionnelle? Cette question, si souvent débattue, restée toujours indécise et flottante entre les résultats variables et inconstants des méthodes de traitement conçues et appliquées d'après l'une ou l'autre opinion, nous semble cependant ne devoir être résolue d'une manière définitive que par les résultats même de la thérapeutique. Ce mode de solution a été tenté dans ces dernières années par M. le docteur Hardy, qui n'hésite plus aujourd'hui à considérer l'acné comme une affection toute locale. Il est arrivé à cette opinion par l'analyse d'un grand nombre d'observations qui lui ont montré le plus souvent en défaut les prétendus rapports de l'acné avec certaines diathèses ou affections viscérales internes ; et il en est parti pour instituer un traitement local basé sur la méthode substitutive ; traitement dont les bons effets seraient à ses yeux un nouveau témoignage en faveur de cette opinion. De nouvelles recherches entreprises dans son service de l'hôpital Saint-Louis et sous sa direction, par M. Léon Férat, qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale soutenue récemment à la Faculté de Paris, ont conduit ce jeune médecin aux mêmes conclusions. Nous ne voulons pas examiner en ce moment cette question de la nature de l'acné, qui nous conduirait très-loin. Nous saisirons seulement cette occasion pour donner une idée générale de la méthode du docteur Hardy, dont les résultats, d'après les observations consignées dans la thèse de M. Férat, rendent un satisfaisant témoignage.

La première de toutes les indications, commune d'ailleurs pour toutes les méthodes, est d'éloigner toutes les causes qui peuvent entretenir l'affection, telles que les boissons excitantes, les alcooliques, le café, et généralement tout ce qui peut produire un afflux sanguin vers la tête.

Si la maladie est légère et récente, on se contente de recourir à des lotions légèrement excitantes avec une eau aromatique alcoolisée, et de recommander aux malades de se laver à l'eau tiède ou même chaude pour prévenir les effets de la réaction que produit inévitablement dans ce cas l'impression de l'eau froide.

Si la maladie est un peu moins légère, M. Hardy prescrit l'usage d'une cuillerée à café, dans un verre d'eau tiède, de la solution suivante, pour faire des lotions sur le visage matin et soir :

Eau distillée.	100 grammes.
Sublimé.	1 —
Alcool.	Q. S.

Dans certains formes d'acné, surtout l'acné ponctuée et sébacée, c'est aux astrigents locaux seuls que M. Hardy a recours ; il recommande surtout les lotions à l'alun et la pommade au peroxyde de fer ainsi composée :

Axonge.	30 grammes.
Peroxyde de fer.	0,50 centigr.

Les lotions à l'alun se font au 10e :

Eau.	300 grammes.
Alun.	30 —

On commence par une dose moitié plus faible, et on augmente ensuite.

La pommade est appliquée le soir en se couchant, les lotions alunées le matin.

Dans les cas de moyenne intensité, c'est le tour de la pommade au proto-iodure de mercure, soit :

Axonge.	30 grammes.
Proto-iodure de mercure. . . .	1 —

On peut débuter par une dose plus faible. Faire une onction tous les soirs sur le visage.

Si la guérison par ce moyen n'est pas définitive, on a recours alors au bi-iodure de mercure à faible dose, de 0,05 centigr. jusqu'à 0,50 centigr. M. Hardy débute d'emblée par ce dernier médicament dans les cas d'acné intense.

Enfin, dans certains cas d'acnés rebelles, il emploie une pommade au bi-iodure à fortes doses, soit, parties égales d'axonge et de bi-iodure. Cette médication, toutefois, ainsi que la pommade à l'iodure de chlorure mercureux, sont en général réservées pour les cas très-graves ou très-rebelles.

Comme moyens accessoires seulement, M. Hardy conseille les bains et les douches de vapeur. Quelquefois les malades sont préparés à ce traitement par quelques laxatifs.

Parmi les faits que rapporte M. Férat à l'appui de l'efficacité de cette méthode, nous ne citerons que le suivant, où l'on verra un exemple de guérison d'une acné rosacea et hypertrophique par l'usage seul des astringents locaux.

Un jeune homme de vingt-huit ans, atteint d'une acné rosacea et hypertrophique, mais jouissant à cela près d'une bonne santé et n'ayant jamais offert aucun trouble fonctionnel notable, avait déjà séjourné pendant huit mois, en 1856, dans l'un des services spéciaux de l'hôpital Saint-Louis, où il avait subi plusieurs traitements successifs : pilules de plusieurs sortes, boissons alcalines, douches d'eau froide et bains de vapeurs, évacuations sanguines dérivatives répétées, etc. ; le tout sans amélioration, ou plutôt même avec aggravation de son état, d'après son dire. Rentré à Saint-Louis en septembre 1858, dans le service de M. Hardy, ce jeune homme, sur qui on constate une couperose type : nez rouge, volumineux, bourgeonné, avec dilatation des vaisseaux environnants et pustules répandues sur les deux joues, est soumis au traitement local suivant : Pommade au peroxyde de fer (50 centigr. pour 30 gr.), appliquée sur le visage le soir, lotions avec l'eau d'alun (15 gr. pour 300 gr.) le matin. — Sous l'influence de ce traitement, au bout de trois mois il y avait déjà une amélioration très-grande, mais l'acné persistait cependant encore un peu. Il demanda néanmoins sa sortie. Mais, d'après les conseils de M. Férat, il continua avec persévérance chez lui les onctions aluminées, et dans les trois dernières semaines de son traitement il se servit d'une solution encore plus astringente (25 grammes d'alun pour 300 grammes).

Dès lors l'amélioration devint de plus en plus sensible, et au mois d'août dernier ce jeune homme se présenta à M. Hardy pour faire constater sa guérison. Il avait toujours le nez d'une grosseur au-dessus de la moyenne, mais qui ne ressemblait plus à ce qu'il était jadis; il était encore criblé de trous, orifices élargis des follicules sébacés; mais ceux-ci, déjà plus resserrés, ne sécrétaient plus comme auparavant; il n'y avait plus ni rougeur ni bourgeons, et la teinture couperosée des joues était à peine sensible.

Paralysie aiguë ascendante.

Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié les faits intéressants de paralysies consécutives à des affections fébriles aiguës, groupées par M. le docteur Landry sous la dénomination commune de paralysies ascendantes aiguës, que nous avons rapportées dans les numéros des 10 et 17 septembre dernier, ainsi que le cas analogue que nous avions déjà signalé quelques années avant à leur attention. M. le docteur Alfr. Liégard (de Caen) nous transmet à cette occasion la relation d'un fait nouveau tout à fait semblable, et qui nous paraît devoir prendre rang dans la science à côté de ceux de M. Landry et du nôtre.

Le jour même (17 septembre) où la *Gazette des Hôpitaux* contenait un excellent article sur cette rare et étrange maladie, nous écrit notre confrère, se présentait à mon cabinet de consultation le petit L..., âgé de deux ans et trois mois, d'une forte constitution et n'ayant jamais été malade. Il était porté sur les bras de sa mère, qui fit le récit suivant : A la fin du mois d'août dernier, après avoir eu pendant quinze jours une diarrhée abondante qui l'avait beaucoup affaibli, cet enfant fut pris de la rougeole, qui ne fut pas très-intense, mais qui s'accompagna d'une toux assez forte et fréquente, pendant une semaine environ. Il toussait encore un peu, quoique débarrassé depuis plusieurs jours de son éruption, lorsque vers le 8 septembre sa mère s'aperçut qu'il avait de la peine à marcher, cherchait à se faire porter et préférait se tenir assis ou couché.

En très-peu de jours la faiblesse fit des progrès effrayants, et lorsqu'on voulait le mettre debout, ses pieds n'avaient aucune force, ses genoux fléchissaient, il s'affaissait sur lui-même. Bientôt la mère remarqua de plus que ses mains perdaient aussi leur force et qu'il laissait tomber les objets qu'on lui donnait à tenir. Le lendemain, ses bras tombaient le long de son corps, sans force et sans mouvement.

Enfin, le 17 septembre, voici quel était l'état de ce petit malade : outre cette faiblesse et cette immobilité des membres supérieurs et inférieurs qui frappèrent tout d'abord son attention, M. Liégard constata que la tête, inclinée sur la poitrine par la paralysie presque complète des muscles postérieurs du cou, ne pouvait se redresser, et même très-imparfaitement, que par un très-grand et très-pénible effort, et qu'elle retombait presque aussitôt. Ce symptôme s'était manifesté et avait augmenté graduellement depuis deux jours, en même temps que la déglutition devenait de plus en plus difficile. La mastication se faisait elle-même très-mal, par la difficulté des mouvements de la langue. Les liquides passaient très-difficilement et retombaient en grande partie de chaque côté de la bouche ; il y avait un mutisme complet. L'expectoration était presque impossible, par la faiblesse sans cesse croissante des muscles de la respiration. L'enfant, ordinairement très-gai, était tombé depuis cinq ou six jours dans une apathie et une tristesse profondes. La peau des membres paraissait insensible à la piqûre et au pincement ; le pouls était à peu près normal. Au reste, pas de tremblement ni de contracture, pas de convulsions partielles ou générales. Miction et défécation naturelles. Il parut évident à notre confrère que cet enfant était menacé d'une mort prochaine, soit par inanition, soit par asphyxie.

Voici le traitement qui fut immédiatement mis en usage :

Sirop d'iodure de fer, 3 demi-cuillerées par jour ; vin de quinquina au malaga, 2 cuillerées à café quatre fois par jour, précédant chaque fois un petit bouillon au consommé de bœuf ; bains de Pennes, une demi-dose dans une baignoire d'enfant, contenant environ 50 litres, en ajoutant chaque fois une nouvelle demi-dose dans la même eau, de sorte qu'au sixième bain on avait 3 doses entières. L'enfant, après chaque bain, était couché et frictionné activement dans une couverture de laine. Il avait été convenu que si dans trois jours il ne survenait pas une amélioration notable, on commencerait l'emploi de l'électricité et du sirop de sulfate de strychnine.

Voici ce qui arriva :

Le deuxième jour (19 septembre), la déglutition était déjà beaucoup moins difficile ; les bras et les mains commençaient à se mouvoir un peu.

Le 21, ces parties ont repris presque toute leur agilité naturelle. La tête est presque complétement redressée ; la déglutition et la respiration sont libres et faciles.

Le 23, l'enfant peut se tenir debout pendant une minute, en s'appuyant contre une chaise. Il est gai, mange avec facilité et a bon appétit.

Le dernier bain est pris le 24. On continue le traitement interne, en augmentant graduellement la nourriture ; les bains sont remplacés par des frictions de vin aromatique sur la colonne vertébrale et les membres inférieurs.

Le 27, la marche est possible, mais encore chancelante et sans force.

Le 30, le mieux a fait encore des progrès notables.

Cet enfant a été vu pour la dernière fois le 23 novembre. Il est aussi fort, aussi bien portant que s'il n'avait jamais été malade.

Voilà donc encore un cas bien évident de cette singulière paralysie, qui joint aux autres faits signalés antérieurement, porte à 12 les observations de ce genre, bien connues jusqu'ici dans la science. C'est le quatrième exemple de ceux qui se sont développés pendant la convalescence d'une maladie aiguë.

Si l'on considère que ce petit malade avant sa rougeole avait éprouvé une diarrhée abondante pendant quinze jours, on reconnaîtra combien ce fait est analogue à ceux cités par M. le docteur Landry, et combien est juste la règle qu'il a posée, savoir : « Que cette paralysie est l'effet secondaire de maladies diverses, ayant pour résultat d'épuiser le système nerveux, d'appauvrir la constitution, d'abaisser, en un mot, le niveau des forces organiques. » De là la nécessité et les grands avantages d'une médication excitante, tonique et réparatrice. Enfin, si l'on réfléchit sur la marche rapide, sur tous les symptômes de cette maladie, sur le retour si prompt et si complet de la santé, il paraîtra évident que dans ce cas, comme dans ceux qu'a rapportés M. Landry, cette forme morbide doit être rapportée à la classe des paralysies dites essentielles, c'est-à-dire sans lésion appréciable du système nerveux.

ÉTAT NERVEUX CHRONIQUE

avec paraplégie simulant les maladies de la moelle épinière.

Nous extrayons d'une monographie qui paraît aujourd'hui même, plusieurs pages intéressantes sur cette forme de nervosisme chronique simulant les maladies organiques de la moelle épinière ; c'est un fragment du travail de M. Bouchut, lu et discuté à l'Académie de médecine par MM. Gibert, Piorry, Bouillaud et Beau.

Les forces musculaires sont singulièrement amoindries, et jusqu'au moment ultime où les malades sont définitivement obligés de garder le lit en raison des progrès de la diathèse, l'abattement et la nonchalance sont le propre de l'état nerveux chronique. C'est ce qui caractérise l'*amyosthénie*. Elle est facilement appréciée au dynamomètre, et elle disparaît à mesure que se consolide la guérison. La marche est pénible, difficile ou complétement impossible par suite de la faiblesse des jambes et de la pesanteur lombaire. Tout effort, toute fatigue amènent la courbature et un redoublement de fièvre. Cependant, stimulés par un danger personnel, par le dévouement au prochain, par l'attrait du plaisir, les malades oublient leur propre faiblesse et montrent une force et une énergie dont on n'aurait pu les croire capables. M. Sandras rapporte qu'une dame nervosique, incapable de se promener une heure sans fatigue, a pu suivre dans sa fuite et à pied pendant plusieurs heures son mari, officier de la garde royale chassé de Paris par la révolution de 1830.

Esquirol rapporte que dans la première révolution, quantité de femmes nobles, asservies par des affections nerveuses, n'ont eu qu'à trembler pour leur tête pour recouvrer l'énergie nécessaire à un prompt départ.

Je soigne une jeune dame, depuis longtemps nervosique, continuellement malade, amyosthénique et sans force au milieu de la fièvre, incapable de faire une petite course à pied sans courbature, et qui dans les maladies de ses enfants trouve l'énergie de les veiller seule nuit et jour, pendant deux ou trois semaines, sans se mettre au lit. J'en ai vu quitter la chaise longue pour aller au bal danser toute la nuit, dépenser une force musculaire incroyable, et revenir anéanties reprendre leur position horizontale au milieu des doléances les plus vives.

Une autre, malade depuis vingt ans, obligée depuis plusieurs années, par de cruelles douleurs dans le ventre et dans les jambes, de prendre tous les jours plusieurs pilules de morphine et de s'en appliquer sur la peau par la méthode endermique, a une telle passion pour le théâtre, que je l'ai vue trouver la force de sortir du lit pour s'y rendre, et là oublier momentanément ses douleurs.

Chez quelques malades, il y a des *paralysies générales*, des *hémiplégies* ou une *paraplégie*. Dans certains, la faiblesse des membres inférieurs est telle qu'on les considère quelquefois à tort comme atteints d'un commencement de paraplégie par maladie de la moelle, et qu'on est quelquefois tenté de leur appliquer des cautères sur le dos. C'est ce qu'on verra dans les observations suivantes :

Obs. XXII. — *Nervosisme chronique. Paraplégie nerveuse. Cautérisation pointillée du dos avec le fer rouge. Guérison immédiate. Vomissement et diarrhée cholériforme. — Albuminurie aiguë. — Guérison.*

V..., Marie, âgée de treize ans, entra le 29 avril 1859 au n° 19 de la salle Sainte-Marguerite de l'hôpital Sainte-Eugénie, pour être confiée à mes soins.

Cette fille, grande, bien développée, est pubère depuis un mois ; sa mère est morte de la poitrine, son père est asthmatique.

Cette enfant n'a jamais été sérieusement malade, mais elle est sujette à la diarrhée.

A l'âge de huit ans, elle a eu des douleurs intercostales du côté gauche, presque quotidiennes et très-fortes.

L'année dernière elle a eu une syncope sans mouvements convulsifs, causée par un phénomène semblable survenu sous ses yeux chez sa mère. Cette année elle a eu une autre syncope, sans mouvements convulsifs, en voyant un phénomène semblable chez une de ses compagnes.

Il y a trois ans, sans causes appréciables, elle avait eu une sorte de contracture des genoux qui tenait les membres inférieurs à demi fléchis, sans gonflement, ni rougeur, ni fièvre. L'enfant mangeait bien et restait assise sur une chaise ; ces accidents ont duré un mois.

Il y a trois mois qu'elle éprouve des accidents particuliers dans la coordination des mouvements volontaires des membres inférieurs. Le matin en se levant elle n'a pu marcher, et le mouvement est revenu cinq minutes après, et depuis lors, chez elle ou dans la rue, pareil accident s'est reproduit. Elle était obligée de s'arrêter, puis le mouvement revenait. Il lui est arrivé quelquefois de vouloir s'arrêter et d'être entraînée en avant par une force invincible pendant cinq ou six pas ; puis elle ne pouvait plus marcher.

Ces phénomènes ne sont accompagnés ni d'anesthésie, ni d'engourdissement, ni de contracture, et aujourd'hui la malade est dans l'état suivant :

La taille est grande, l'embonpoint médiocre, le teint un peu coloré. Pas de palpitations, pas de souffle cardiaque ou artériel. Elle n'a pas d'attaques convulsives, de spasmes, de constriction à la gorge. Pas d'envies de pleurer, quelques engourdissements dans les jambes. L'enfant peut à peine se tenir, mais ne saurait marcher. En la tenant par la main elle avance de 4 à 5 centimètres par jour ; la colonne vertébrale ne présente aucune altération ; il n'y a ni anesthésie ni hyperesthésie. Pas de convulsions ni de contractures, pas d'hallucinations ni d'illusions sensoriales. Bon appétit, pas de fièvre.

Le 6 mai, une cautérisation pointillée par le fer rouge est faite dans le dos, l'enfant étant assise sur une chaise, et à l'instant elle fait les plus grands efforts pour remuer ses jambes et pour marcher. Quelques secondes après, elle se lève et se met à courir dans la salle, maintenue par deux aides et poursuivie par le fer rouge. L'opération terminée, des compresses d'eau froide sont mises sur le dos, sur les parties cautérisées, et l'enfant abandonnée à elle-même marche seule d'une extrémité de la salle à l'autre.

Le 7, l'enfant est restée levée jusqu'à cinq heures et a pu marcher toute la journée. Ce matin elle marche parfaitement bien ; elle n'éprouve aucune gêne dans les jambes ni dans les mouvements.

Le 25, les ulcérations du dos se sont élargies et causent de vives douleurs ; le derme est profondément ulcéré avec eschare grisâtre sur quelques points, et forme des ulcérations grisâtres de mauvaise apparence. Depuis hier, l'enfant a été prise de gastralgie et de coliques avec vomissement et diarrhée extrêmement abondante. L'enfant a pâli, et de temps à autre la peau se refroidit d'une façon notable (pouls à 112). — Thé. Lavement laudanisé, 6 gouttes matin et soir. Sel neutre de bismuth, crème, cérat opiacé.

Le 26, les vomissements n'ont pas continué ; le refroidissement de la peau a cessé, et la couleur du visage et du teint est rosée. Pouls à 72. Il y a encore eu une dizaine de garde-robes jaune pâle. — Bismuth, crème, cérat opiacé.

Le 27, pas de vomissements, un peu de diarrhée.

Le 28, une selle en diarrhée ; pas de vomissements ; langue jaunâtre, villeuse ; pas de fièvre.

Le 30, les vomissements et la diarrhée ont cessé ; une garde-robe un peu ferme ; bon sommeil ; pas de fièvre ; les plaies du dos sont en meilleur état, elles ne se creusent plus et ne s'agrandissent pas, et la suppuration est de bonne nature ; pas de fièvre.

Le 31, pas de garde-robe, pas de fièvre. Les plaies s'améliorent.

Le 4 juin, il n'y a plus de vomissements ; une garde-robe de temps à autre. Les plaies sont roses, suppurent moins et sont peu douloureuses. La paraplégie n'est pas revenue ; il y a de la bouffissure au visage, et les urines renferment un dépôt muqueux, mêlé de gravelle urique rouge et de tubes urinifères altérés. L'ébullition y fait coaguler une grande quantité d'albumine. Peau modérément chaude, pouls à 112.

Le 11, pas de garde-robe, pas de fièvre.

Le 12, l'enfant est emmenée par ses parents ; l'anasarque et l'albuminurie persistent ; les plaies sont en bon état, roses et recouvertes de bourgeons charnus de bonne qualité ; elles se rétrécissent et sont en voie de cicatrisation.

Le 4 août, après sept semaines d'absence, on ramène cette enfant, dont la paraplégie n'a pas reparu, mais qui reste faible, pâle et le visage encore altéré par une légère bouffissure. Les urines sont peu abondantes, acides, très-faiblement albumineuses. L'appétit est bon, les digestions faciles et les selles régulières et naturelles. Il n'y a pas de fièvre.

Le 24, l'albumine a complétement disparu de l'urine, et l'enfant, qui a repris de la couleur et de l'embonpoint, est envoyée par moi à la campagne, pour un mois, dans notre Asile de convalescence.

Cette observation est extrêmement curieuse par *le fait de la guérison immédiate de la paraplégie* par la cautérisation du dos avec le fer rouge. Le résultat a failli être compromis, et l'enfant a manqué de périr par suites d'accidents cholériformes consécutifs, et par la suppuration établie sur les plaies du dos qui a été suivie d'anasarque albuminurique. Heureusement notre malade a triomphé de tous ces graves accidents étrangers à sa maladie principale, et l'on a pu voir une paraplégie cédant immédiatement à la cautérisation par le fer rouge.

L'albuminurie consécutive, coïncidant avec des plaies donnant lieu à une grande suppuration et cessant peu après leur cicatrisation, m'a paru être de celles qu'on pourrait considérer comme le résultat de l'infection purulente chronique, analogue à celle de certaines diphthéries et de celles qu'on observe dans l'infection purulente aiguë.

Obs. XXIII. — *Nervosisme chronique, suite de fièvre intermittente. — Amaigrissement ; faiblesse générale ; fièvre lente continue ; paraplégie ; chloro-anémie. — Guérison par le fer et par les toniques.* — (Communiqué par M. le docteur Huette.)

M. le baron de G..., âgé de 45 ans, taille moyenne, constitution vigoureuse, système musculaire très-développé, facies coloré, tempérament nerveux, remplissant les fonctions de sous-préfet dans une ville où de longues courses à la campagne, alternant avec le travail de cabinet, entretenaient un équilibre parfait dans sa santé.

Appelé à des fonctions plus importantes, les grands travaux administratifs, des recherches historiques, des écrits littéraires absorbèrent complétement la vie de M. de G..., et le confinèrent dans un cabinet bas, étroit, où l'air était difficilement renouvelé. Il fallut renoncer aux longues promenades qui étaient autrefois si salutaires, et ce changement brusque dans les habitudes hygiéniques de M. de G... ne tarda pas à altérer profondément sa constitution vigoureuse.

Ce fut donc au milieu de ces circonstances, vers le commencement de l'année 1855, que M. de G..., fut pris d'*accès de fièvre tierce*, qu'on

traita par le sulfate de quinine. Mais la fièvre se manifesta bientôt avec irrégularité ; le sulfate de quinine resta sans effet, et il s'établit une *fièvre lente*, *nerveuse*, *continue*, avec un dépérissement notable et rapide, tel qu'on l'observe au début des affections tuberculeuses.

Le malade maigrissait à vue d'œil; une faiblesse générale s'empara de lui, et se fit principalement sentir sur la moitié inférieure du corps. On fit pendant plusieurs mois la médecine des symptômes. Le mal empirait chaque jour. *Bientôt la faiblesse des membres inférieurs fut telle qu'ils refusèrent complétement le service.* Le malade, étendu sur une chaise longue, traitait les affaires de son département avec une intelligence dont le mal physique n'a jamais affaibli l'activité ni la sûreté.

Cette paralysie du mouvement dans la moitié inférieure du tronc fit soupçonner l'existence d'une lésion de la moelle épinière. On dirigea donc dans ce sens un nouveau traitement, qui fut sans résultat.

Cet état grave dura plusieurs mois, pendant lesquels de rares moments d'amélioration se produisirent de loin en loin. Quand le malade voulait essayer ses forces, souvent ses jambes fléchissaient subitement, et il s'affaissait tout à coup.

Consulté par le malade, j'explorai tous les organes avec une minutieuse attention. Je ne trouvai rien qui pût rendre compte d'un tel état. La respiration était pure et sans troubles dans toute l'étendue de la poitrine. Les battements du cœur étaient un peu mous, et il y avait un faible bruit de souffle dans les carotides. La chloro-anémie était la seule affection qu'on pût reconnaître dans cet état singulier. Le malade consulta plus tard M. Bretonneau, de Tours, qui confirma mon diagnostic, et expliqua les divers accidents observés par des congestions partielles résultant de l'irrégularité de la circulation.

Un traitement ferrugineux, le séjour sur les bords de la mer pendant deux mois, furent prescrits au malade.

La convalescence ne tarda pas à s'établir; l'amélioration, d'abord assez lente, fut pleine d'oscillations; on combattit les accidents de paraplégie par des applications de ventouses sur le trajet de la colonne vertébrale, dans le but de diminuer la congestion des vaisseaux rachidiens. Le sulfate de quinine fut administré à petites doses et d'une manière continue toutes les deux heures. Le malade se rendit au Pouligneu, et s'y installa dans une maison de pêcheurs.

Vers la fin de l'année 1856, M. de G... était complétement rétabli, et depuis cette époque sa santé n'a subi aucune atteinte.

Je partage entièrement l'opinion de M. le docteur Huette, qui a soigné le malade dont on vient de lire l'observation. La faiblesse des membres inférieurs et l'abolition intermittente du mouvement de ces parties; l'état chlorotique, la fièvre lente, continue, l'amaigrissement et le marasme guéris par le repos, les bains de mer et l'usage des ferrugineux, établissent la nature nerveuse des accidents morbides. C'était un nervosisme chronique accompagné de *paraplégie sans lésion organique.*

OBS. XXIV. — *Nervosisme aigu passé à l'état chronique.* — *Fièvre, marasme, paraplégie incomplète, vomissements.* — *Guérison.*

Un jeune médecin vétérinaire, M. W..., grand, fort, robuste, toujours très-bien portant, pesait 210 livres; mais il craignait de prendre encore plus d'embonpoint, et il voulut essayer de se faire maigrir.

Il se couchait fort tard, et allait tous les soirs dans le monde pour se lever à quatre heures du matin et monter à cheval pendant plusieurs heures. Ses forces diminuèrent bientôt avec son poids. Il pouvait à peine marcher, l'exercice le fatiguait beaucoup; et les membres inférieurs, difficiles à mouvoir, étaient le siége d'une hyperesthésie cutanée très douloureuse. Le pouls était d'une fréquence extrême. Il ne pouvait monter sans essoufflement ni palpitations pénibles. Il toussait dans les grands mouvements, et sa pâleur, chaque jour plus grande, lui donnait les plus vives inquiétudes. Son teint était jaune terreux; mais l'appétit resta naturel, et il n'eut d'abord aucune autre souffrance organique. M. Debrou, chirurgien d'Orléans, considère la maladie comme un commencement de paraplégie par maladie de la moelle, et il conseille des applications de cautères et des ventouses.

M. W... vint alors à Paris, où il fut pris de vomissements qui durèrent plusieurs jours et ne cédèrent qu'à l'application de la glace. Son état de marasme s'aggravait chaque jour, et sans aucun autre trouble nerveux que la faiblesse des membres inférieurs, leur hyperesthésie, les vomissements et des palpitations de plus en plus violentes; il se décida à consulter M. Bouillaud, qui, le considérant comme atteint de chloro-anémie, lui conseilla les bains de mer à Boulogne et l'usage de la source ferrugineuse située près de cette ville.

Docile à cette ordonnance, M. W... est aujourd'hui parfaitement guéri.

Chez d'autres malades, ce sont des paralysies musculaires générales ou partielles, appelées *spasmodiques* par les uns (F. Hoffmann) (1), *hystériques* par Sydenham (2) et par ceux qui donnent cette qualification vicieuse à tous les accidents nerveux observés chez la femme.

Ces paralysies guérissent toutes très-bien par un traitement convenable, ordinairement tonique et révulsif. Les bains de mer, l'hydrothérapie méthodique, les ferrugineux, la bonne nourriture et quelquefois la cautérisation pointillée du dos par le fer rouge, sont ce qu'il y a de mieux à mettre en usage.

SIROP COMPOSÉ DE M. RICORD

contre les accidents syphilitiques mixtes.

M. le docteur Foucart rappelle, dans la *France médicale*, l'avantage du traitement complexe par le mercure et l'iodure de potassium pour combattre certaines altérations de la langue qui sont sur la limite des accidents secondaires et tertiaires. Dans ces conjonctures, la préparation la plus promptement et la plus complétement efficace est le sirop que prescrit en pareil cas M. Ricord, et dont voici la formule :

(1) *De nervorum resolut.*, cap. I, t. II.
(2) *De l'affection hystérique*, § 558.

Biiodure de mercure. . . .	15 centigrammes.
Iodure de potassium. . . .	15 grammes.
Sirop de gomme.	500 —

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 novembre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. DEGUISE, à propos du procès-verbal, rappelle à la Société qu'il a annoncé avoir obtenu un succès dans un cas de syndactylie opérée par le procédé de Zeller. Il présente aujourd'hui la jeune enfant qui a fait le sujet de sa précédente communication, et il fait hommage à la Société de trois moules en plâtre représentant, l'un le vice de conformation avant toute opération, l'autre l'état des parties après l'opération par le procédé de M. Didot, le troisième enfin, le résultat définitif obtenu par le procédé de Zeller, après quinze ou seize mois.

M. Deguise ajoute aux reproches adressés déjà par M. Verneuil au procédé de M. Didot, celui de placer une cicatrice longitudinale sur la face dorsale de l'un des doigts et sur la face palmaire de l'autre, disposition qui expose le premier à rester étendu, et le second à rester fléchi.

M. GUERSANT, considérant avec tous les membres de la Société le résultat obtenu par M. Deguise comme très-beau, désirerait cependant revoir la malade dans deux ou trois ans, afin de constater la non-reproduction de la difformité.

M. LE PRÉSIDENT adresse des remercîments à M. Deguise pour le don des plâtres fait par lui à la Société.

M. GIRALDÈS a examiné lundi dernier avec M. Legouest, dans un local convenablement disposé, l'enfant atteint de kyste congénital du cou, qu'il a fait voir dans la dernière séance. Ni M. Legouest ni lui n'ont pu constater de transparence dans le kyste.

Une ponction faite dans le kyste a donné issue à un liquide teinté de rouge qui, examiné au microscope, a offert dans sa composition un grand nombre de globules sanguins à tous les états et des cristaux d'hématoïdine. Abandonné au repos pendant vingt-quatre heures, le liquide est devenu citrin et a laissé déposer au fond de l'éprouvette qui le contenait une couche de couleur rouge-vif, formée de globules sanguins.

L'exploration de la tumeur, devenue plus facile après sa ponction, a permis de constater, outre la masse qui en forme la base, d'autres masses incluses mi-partie libres dans la tumeur et mi-partie adhérentes aux parois profondes du kyste principal. L'enfant a été pris de muguet, et tout fait présumer qu'il succombera.

M. BOINET a recherché les observations de M. J. Roux sur les kystes congénitaux qu'il a citées dans la dernière séance : elles sont contenues dans le *Bulletin de thérapeutique du Midi*, année 1856. Les kystes vus et opérés par M. J. Roux étaient des kystes multiloculaires, sanguins et d'un volume très-considérable. Il les ponctionna avec une sonde cannelée aiguë, sur laquelle il conduisit un ténotome mousse pour couper à l'intérieur les brides, les loges et les kystes profonds ; il y poussa ensuite une injection d'iode et d'eau à parties égales.

L'un des enfants guérit en un mois, l'autre en trois.

M. Boinet conclut de ces observations que les injections iodées, précédées du morcellement sous-cutané, peuvent être appliquées à la thérapeutique des kystes congénitaux du cou.

M. CHASSAIGNAC, dans les cas dont il s'agit, croit à la vertu thérapeutique des injections iodées. Il n'y a point eu recours, cependant, dans le traitement de deux kystes soumis à son observation. Il a passé dans tous les deux des tubes de caoutchouc fenêtrés : l'un a guéri en très-peu de jours, l'autre se remplit dès le lendemain de caillots sanguins, ce qui détermina M. Chassaignac à l'inciser ; il guérit néanmoins après avoir suppuré.

M. Chassaignac convient que la nature des kystes expose dans leur traitement à de graves accidents.

M. GIRALDÈS pense que la thérapeutique des kystes congénitaux varie selon leur nature.

Chez les enfants nouveau-nés, dont 1/10e succombent pendant le premier mois et la moitié dans les cinq premières années (1), l'inflammation et les hémorrhagies sont des accidents très-redoutables des opérations. Aussi pense-t-il qu'il est plus rationnel de chercher à diminuer le volume des kystes congénitaux par n'importe quel moyen que de les opérer. De plus, ces kystes n'empêchant pas nécessairement les enfants de continuer à vivre, il convient d'attendre que ceux-ci aient trois ou quatre ans pour les soumettre à une opération.

M. MOREL-LAVALLÉE a rencontré dans une autopsie un kyste dont la description mérite de trouver place ici.

Situé sur l'épaule du côté droit, ce kyste congénital, du volume d'un cœur d'enfant, formait une tumeur molle non fluctuante. Son apparence était fibro-musculaire, et les cavités multiples qui le composaient étaient cloisonnées par des fibres charnues et tendineuses comme celles du cœur, au point de rendre une méprise possible.

M. BOINET donne de nouveaux détails sur les malades de M. J. Roux. L'un, dont le kyste renfermait un liquide séro-sanguinolent, fut vu six mois après l'opération par M. Martinenq : il était parfaitement guéri ; l'autre, dont le kyste contenait un liquide brun, était guéri trois mois après l'opération.

M. FOLLIN a rencontré sur un enfant nouveau-né un kyste énorme occupant la partie latérale droite du cou : entre la tumeur et la poitrine, une ulcération s'était formée. L'enfant était dans un état de santé presque désespéré. On fit néanmoins la ponction du kyste, qui donna issue à un verre et demi de liquide séreux. La cicatrisation de l'ulcération s'opéra, et l'état de l'enfant devint meilleur.

Une nouvelle ponction fut faite quinze jours après la première, et donna un liquide sanguin.

L'état général s'améliorant progressivement, le développement du kyste s'est arrêté ou à peu près.

M. Follin pense que, grâce à la simple ponction qu'il a faite, il a pu conjurer les accidents dont l'enfant était menacé, et accorde une certaine confiance à ce moyen palliatif.

(1) Quételet. *Sur le développement de l'homme, etc.* Paris, 1835.

Morbus coxæ senilis simulant une fracture du col du fémur. — A l'occasion de la discussion qui a suivi la présentation des pièces envoyées à la Société par M. Viennois, chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. le docteur Charles Rouhier, de Granges-le-Château (Côte-d'Or), adresse une observation dont voici le résumé :

Un homme, âgé de soixante-dix ans, tomba du haut d'un toit et fut apporté à l'hôpital. Le pied droit était tourné en dehors, et en imprimant des mouvements au membre, on sentait une crépitation manifeste au niveau de la région coxo-fémorale ; on diagnostiqua donc une fracture du col du fémur, quoiqu'il n'y eût pas de raccourcissement. Ce qui contribua beaucoup à faire accepter ce diagnostic, ce fut l'existence d'une ecchymose et d'une tuméfaction notable au niveau du grand trochanter, indiquant que le sujet était tombé sur cette partie du corps.

Les deux membres inférieurs furent rapprochés et fixés sur des coussins disposés en forme de double plan incliné.

Après un séjour de quatre mois à l'hôpital, le malade mourut, et on reconnut à l'autopsie qu'il n'y avait point de fracture. La crépitation et la déviation du membre étaient le résultat d'une maladie spontanée de l'articulation coxo-fémorale, qui présentait les lésions du *morbus coxæ senilis.*

Abcès du canal médullaire du tibia; ouverture spontanée; guérison. — Cette observation a été adressée à la Société par M. le docteur Azam, professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux, à l'occasion du cas de trépanation du tibia récemment communiqué par M. Broca.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de cette observation, en rappelant que M. Benz a déjà publié un fait analogue.

Le fait de M. Azam présente toutefois ceci de particulier, que l'élimination spontanée du pus n'a pas été, comme dans le cas de M. Benz, le résultat d'un travail d'absorption ou d'ulcération de la paroi compacte du tibia ; le pus a été évacué à la suite de la chute d'un séquestre large d'environ 1 centimètre. Ce fait diffère encore de ceux qu ont été étudiés par MM. Brodie et Broca, sous le point de vue de la cause, qui a été traumatique, comme chez les malades de Duverney e de Ravaton.

Les téguments avaient été déchirés dans une grande étendue et l'os avait été violemment contus, quoique le périoste ne parût pas arraché. Cette affection diffère donc à plusieurs égards des abcès chroniques simples du canal médullaire. L'observation de M. Azam n'en est pas moins fort intéressante, et la Société décide qu'elle sera insérée au *Bulletin.*

« M..., âgé de trente-six ans, d'une constitution robuste et d'une très-bonne santé habituelle, vient me consulter au mois de juillet 1856.

» Cet homme, mécanicien au chemin de fer du Midi, s'est laissé tomber de sa machine, et sa jambe gauche a heurté violemment le marchepied. Les parties molles ont été déchirées dans un espace de 10 à 12 centimètres, au niveau du quart inférieur de la jambe ; l'os est violemment contus. Cependant le périoste n'est pas arraché. L'emploi des irrigations d'eau froide calme les premiers accidents, et après une dizaine de jours de repos, la plaie est en bonne voie de cicatrisation. Environ vingt jours après, et au moment où il était sur le point de reprendre son travail, M... ressent dans la jambe des douleurs profondes, qui s'exaspèrent surtout la nuit ; les calmants, les cataplasmes et tous les moyens ordinaires sont sans effet ; bientôt le malade maigrit, ses souffrances sont devenues constantes. Le tibia, au point contus, est manifestement plus développé qu'à l'état normal. Il est peu sensible à la pression. En présence de ces signes, je diagnostique un abcès du canal médullaire, et je propose au malade la trépanation de l'os.

» M... refuse cette opération. Alors la saison étant convenable, je l'envoie à Baréges avec une lettre pour M. le docteur Pagès, inspecteur.

» Deux mois après, le malade revient presque guéri et me donne les détails suivants :

» M. Pagès a partagé ma manière de voir; il a soumis le malade, aussitôt son arrivée, à l'action d'une douche sulfureuse puissante; huit ou dix jours après la jambe s'est tuméfiée; les douleurs ont augmenté, en présentant un caractère d'acuité qu'elles n'avaient pas eu jusqu'alors ; la peau est devenue rouge, la cicatrice s'est rouverte et ses bords se sont renversés en dehors. Un jour, après avoir souffert plus vivement que de coutume, le malade a trouvé dans les pièces du pansement une petite plaque osseuse de la dimension d'une pièce de 50 centimes, à bords déchiquetés et rugueux ; en même temps, il était sorti du fond de la plaie une quantité de pus que le malade évalue à environ une cuillerée à bouche. A partir de ce jour, les douleurs ont cessé ; la plaie osseuse s'est comblée lentement, et la cicatrisation s'est faite comme la première fois. Sept semaines après ce remarquable travail d'élimination, la cicatrisation est presque complète, mais la peau, dans un espace assez étendu, paraît adhérente à l'os.

» J'ai revu quelques mois après ce malade, la guérison est devenue définitive. Il a repris son travail et se sert de sa jambe comme avant l'accident. »

Note sur l'amputation sus-malléolaire, avec deux observations nouvelles — M. LABORIE. En juin 1858, notre collègue M. Larrey présentait un malade amputé depuis dix mois dans la région sus-malléolaire.

Le membre atrophié offrait une conicité remarquable; une ulcération persistante sur la cicatrice permettait de reconnaître une altération des extrémités osseuses frappées de nécrose.

M. Larrey, s'appuyant sur ce fait et sur d'autres analogues soumis à son observation, insistait sur les inconvénients inhérents à l'amputation sus-malléolaire, et fixait l'attention de la Société sur une question de pratique non encore résolue. Il se demandait si cette opération, en raison des difficultés et des lenteurs qu'elle présentait pour amener le membre à une guérison capable de permettre l'emploi de moyens prothétiques convenables, était vraiment applicable à tous les individus, quelle que fût leur condition sociale.

En juillet 1858, l'occasion m'était donnée de vous communiquer deux observations d'amputation pratiquée suivant cette même méthode.

Un premier malade amputé depuis quatorze mois n'avait pas encore son moignon cicatrisé.

Un second amputé depuis six mois était dans le même état.

Chez ces deux malades, le membre mutilé était amaigri, et des souffrances vives et continues faisaient regretter, à l'un d'eux surtout, de n'avoir pas été amputé au lieu d'élection.

Dans ces trois cas, en y comprenant celui de M. Larrey, l'amputation avait été faite suivant la méthode circulaire. La cicatrice, déprimée au centre du moignon, était adhérente.

M. Robert, dans la discussion qui suivit cette présentation, attribuait les mauvais résultats obtenus au procédé opératoire, et il conseillait de recourir à l'amputation à lambeau.

En décembre de cette même année, je présentais encore deux cas nouveaux.

Le premier amputé, toujours suivant la méthode circulaire, avait subi son opération depuis neuf mois. La jambe était considérablement amaigrie. Ainsi, au-dessus du moignon, nous trouvions 5 centimètres de circonférence de moins qu'au même point sur le membre sain.

Le deuxième malade, opéré seulement depuis quatre mois, offrait le plus parfait résultat. L'amputation, pratiquée par M. Voillemier, avait été faite en conservant un large lambeau postérieur, et dans ce lambeau était compris le tendon d'Achille et une partie de la peau du talon.

En comparant ce résultat à ceux consécutifs à l'amputation circulaire, j'insistais sur la préférence à donner à l'amputation à lambeau, partageant complétement les opinions émises précédemment par M. Robert.

Je suis heureux de pouvoir ajouter deux nouveaux faits à ceux que je viens de rappeler, et leur signification m'a paru assez tranchée pour nous permettre de faire un nouveau pas vers la solution de la question soulevée par M. Larrey.

J'ai reproduit les deux moignons par la moulure, pour que vous puissiez juger d'une façon précise de la forme et de la disposition de la cicatrice. Le premier malade a été opéré par M. Huguier, il se nomme D... (François); il est âgé de vingt-neuf ans. L'amputation a été faite pour une tumeur blanche du pied; elle fut pratiquée le 26 mars 1859.

C'est le 10 juin que ce malade fut admis dans mon service. Dès lors la cicatrice était parfaite. On pouvait reconnaître sur le membre le procédé suivi par le chirurgien. Deux lambeaux avaient été taillés, l'un postérieur, plus étendu, l'autre antérieur. La cicatrice linéaire, transversale, non adhérente, occupe la partie la plus antérieure de la surface terminale du membre. On peut presser sur l'extrémité du membre sans déterminer de douleur. Dans les premiers jours de septembre, le malade sortait sans que rien ait paru démentir la solidité de la cicatrice.

Le deuxième malade a été amputé le 25 avril 1859. Nous avions déjà reçu ce malade dans notre service quelques mois avant. Il avait, en effet, subi successivement deux amputations partielles du pied : on n'avait jamais pu obtenir de cicatrisation. L'état général, fortement altéré par les douleurs, par la continuelle suppuration, fut avantageusement modifié par le séjour à l'Asile impérial. Mais nous ne fûmes pas aussi heureux quant à la mauvaise disposition de l'état local; aussi le malade, désireux de subir une nouvelle opération, voulut-il retourner à l'hôpital.

M. Richard, qui l'avait déjà opéré, lui pratiqua l'amputation de la jambe dans la région sus-malléolaire.

Opéré le 25 mai 1859, il nous revint en octobre complétement guéri. M. Richard avait suivi le procédé de M. Voillemier : un large lambeau postérieur comprenant également le tendon d'Achille, avait recouvert la plaie; et, comme on peut le voir sur la reproduction que je fais passer sous vos yeux, l'extrémité inférieure du membre est solidement terminée par un lambeau épais et bien nourri. La cicatrice non adhérente, transversale, demi-circulaire, répond à la partie inférieure et antérieure de la jambe.

En mettant ce moignon à côté de celui de M. Voillemier, vous devez être frappés de la presque complète similitude qu'ils présentent.

Vous pouvez donc, sur ces deux nouveaux malades, apprécier la valeur de l'amputation à lambeau; et de plus ils nous mettent à même de reconnaître la supériorité de l'amputation à un seul lambeau, qui permet de mettre la cicatrice en dehors de toute pression, puisqu'elle n'occupe pas l'extrémité du moignon.

Le malade de M. Huguier offre sans doute un excellent résultat; mais incontestablement celui obtenu sur le malade de M. Richard, comme sur le malade de M. Voillemier, lui est supérieur.

En résumé, sur sept amputations sus-malléolaires, quatre pratiquées suivant la méthode circulaire nous offrent des résultats qui, pour deux surtout, laissent regretter l'amputation au lieu d'élection; trois pratiquées par la méthode à lambeau ont parfaitement réussi, et plus spécialement les deux à un seul lambeau postérieur.

Je dois signaler le procédé de M. Voillemier, suivi depuis par M. Richard. Il n'a pas hésité à conserver le tendon d'Achille, et le résultat obtenu dans les deux cas ne laisse rien à désirer. On pouvait craindre tout d'abord de ne pas rencontrer dans un lambeau ainsi constitué les conditions favorables de vitalité; mais il n'en est rien, et déjà M. Guérin nous avait présenté en juillet 1857 un malade sur lequel il avait pratiqué l'amputation intra-malléolaire : toute la peau du talon avait été conservée pour parfaire un large lambeau, et le malade marchait directement sur son moignon avec la plus grande facilité.

Dans les discussions qui ont suivi ces diverses communications, si nous étions tous d'accord pour préférer l'amputation sus-malléolaire à l'amputation au lieu d'élection, nous reconnaissions presque tous la nécessité de fixer des règles dans la pratique de cette opération; et non aussi aux paroles pleines de justesse de M. Broca, qui repoussait l'idée de n'appliquer qu'à une classe d'individus une opération dont la gravité est comparativement bien plus grande, nous voulions par des recherches ultérieures déterminer le meilleur procédé opératoire pour l'adopter.

Si les faits que j'ai l'honneur de vous soumettre ne sont pas encore assez nombreux pour permettre de considérer comme absolues les conclusions qu'on en peut tirer, on ne peut nier cependant leur importance.

Permettez-moi, Messieurs, d'ajouter quelques mots qui, en généralisant la question, pourront encore rendre plus acceptable le choix du procédé à lambeau dans certaines catégories d'amputation.

Vous avez sans doute gardé le souvenir de la communication si essentiellement pratique de M. Vanzetti. Notre habile collègue s'est attaché à vous démontrer les avantages que l'on pouvait retirer dans la désarticulation du poignet, de la conservation d'un large lambeau palmaire. Les malades ainsi opérés conservent un moignon solide, résistant, insensible, qui les aide à mieux supporter leur mutilation. Cette considération n'était pas la seule, suivant nous, à mettre en relief; il en est d'autres qui m'ont frappé et que je soumets à votre appréciation.

Depuis deux ans, j'ai recueilli dans mon service, à l'Asile impérial de Vincennes, une cinquantaine d'observations d'amputations, et sans entrer dans l'analyse complète de ces faits, analyse qui fait l'objet des études spéciales d'un de mes internes, je puis dire que dans les amputations qui intéressent les sections de membre à deux os, la méthode à lambeau m'a paru offrir les meilleurs résultats.

La même observation s'applique aux désarticulations qui laissent à l'extrémité du moignon une surface osseuse large ou étendue, comme, par exemple, dans la désarticulation du coude.

La rétraction des parties molles qui succède aux amputations ne tarde pas, lorsque des tissus épais ne recouvrent pas la surface osseuse, à mettre cette surface en contact plus ou moins immédiat avec la cicatrice qui dans l'amputation circulaire occupe le centre du moignon. Consécutivement à cette rétraction, on voit s'établir entre les os et la cicatrice une adhérence qui peu à peu devient une gêne et la source de vives douleurs que réveillent les moindres mouvements; bien souvent, en outre, cette cicatrice, qui paraissait parfaite, s'ulcère, et le malade peut en être réduit à réclamer une nouvelle opération, comme nous l'avons vu dans les faits que nous avons rapportés.

Lorsque les choses en arrivent à ce point que le moignon ne présente plus pour tout élément constitutif à son extrémité que la peau et l'os, on comprend que la rétractilité des parties musculaires n'étant plus entravée par les adhérences que l'on voit naître entre leurs extrémités coupées dans les amputations à lambeau, continue à s'effectuer; et, dès lors, on s'explique la conicité qu'affectent si souvent les moignons.

Ces adhérences auxquelles nous faisons allusion peuvent devenir, tellement intimes que, par exemple, elles rétablissent d'une façon parfaite la puissance antagoniste des muscles de la partie antérieure et de la partie postérieure du membre. Nous avons eu l'occasion de disséquer le pied d'un malade mort de phthisie pulmonaire, qui plusieurs années avant avait subi l'amputation partielle suivant le procédé de Chopart. Les extrémités tendineuses des muscles de la partie antérieure de la jambe adhéraient intimement aux tendons conservés avec le lambeau plantaire, et ces adhérences, qui réunissaient en un seul cordon les extrémités musculaires tout en fortifiant la cicatrice, permettaient le jeu facile du pied dans la marche.

Dans une récente amputation pour laquelle j'assistais notre collègue M. Huguier, les avantages procurés par les larges lambeaux ont été tout aussi manifestes. Il s'agissait d'une désarticulation du coude. Malgré l'état de contusion des parties molles, nous en avons conservé la plus grande étendue possible. Dès que la cicatrice a été obtenue, il n'y a pas eu de convalescence pour le moignon; le lambeau antérieur, en s'appliquant intimement sur le lambeau postérieur, y a contracté de si parfaites adhérences, que le muscle brachial antérieur, en se contractant, fait exécuter à la totalité des parties molles un mouvement de flexion si complet que l'on se demande, en voyant le membre, si la partie supérieure du squelette de l'avant-bras n'a pas été conservée.

Ces larges lambeaux offrent encore un grand avantage : ils permettent de conserver un appareil de vie d'une grande importance à l'extrémité du membre. En laissant, en effet, des vaisseaux et des nerfs en quantité suffisante, les parties molles se nourrissent et vivent, et dès lors acquièrent une puissance de résistance plus grande, ce qui accroît les chances d'une guérison parfaite et définitive. Ajoutons enfin que, grâce à toutes ces conditions que nous signalons, cette guérison est bien plus promptement obtenue.

En résumé, nous croyons pouvoir conclure comme il suit :

1° L'amputation sus-malléolaire, en raison de sa moindre gravité, doit, dans tous les cas et chez tous les individus, être préférée à l'amputation au lieu d'élection.

2° La méthode à lambeau postérieur épais, comprenant le tendon d'Achille, doit être préférée, si l'état des parties molles le permet.

3° La méthode à deux lambeaux serait adoptée si l'on ne pouvait tailler un lambeau postérieur suffisant.

4° D'après les faits que j'ai pu observer, la méthode à lambeau doit être préférée dans toutes les amputations qui portent sur les sections de membre à deux os, ou dans les désarticulations qui laissent à l'extrémité du moignon une surface osseuse étendue. Cette méthode paraît celle qui fournit les meilleurs résultats, la guérison la plus prompte, et qui met le plus sûrement à l'abri de la conicité consécutive. (Nous donnerons la fin de cette séance dans le prochain numéro.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Rascol, né à Caunes (Aude); *Essai sur la diathèse scrofuleuse, son étiologie et son traitement.*

Ledhuy, né à Listrac-Médoc (Gironde); *Etude sur la pellagre.*

Terris, né à Alleins (Bouches-du-Rhône); *Essai sur la physionomie au point de vue séméiologique.*

Rivera, né à Irapuato (Guanaxuato-Mexique); *Essai sur les scrofules.*

Jeangérard, né à Génaus (Haute-Saône); *Quelques considérations sur la nature et le traitement du lupus.*

Douvre, né à Rouen (Seine-Inférieure); *Quelques recherches sur les grossesses extra-utérines dites ovariques et abdominales.*

Thomas, né Paîlhès (Hérault); *Considérations sur le traitement de l'anévrisme faux.*

Jaussand, né à Tarascon (Bouches-du-Rhône); *Relation de quelques cas obstétricaux difficiles et contre nature.*

Boué, né à Montesquieu-Volvestre (Haute-Garonne); *Etude sur la prophylaxie de la variole.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 27 novembre 1859, M. Cauvy, professeur adjoint de physique à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, est nommé professeur titulaire dans la chaire qu'il occupe.

— Par arrêtés du 21 novembre, M. Chenevier, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de Besançon, est chargé provisoirement de l'enseignement de ladite chaire, en remplacement de M. Corhet, professeur titulaire, mis en disponibilité.

M. Delacour, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de Rennes, est nommé professeur titulaire de cette chaire, en remplacement de M. Duval, en disponibilité.

M. Rohiou, professeur suppléant à la même École, est nommé professeur adjoint de la chaire d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Delacour.

M. Rouyer, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques et professeur suppléant d'anatomie et de physiologie près la même École.

— Par arrêtés du 25 novembre 1859, M. Planchon, professeur titulaire de la chaire de botanique et d'histoire naturelle des médicaments à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, est nommé directeur de ladite École en remplacement de M. Pouzin, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, et nommé professeur honoraire.

M. Jeanjean, conservateur des collections scientifiques à la Faculté des sciences de la même ville, est chargé provisoirement de la chaire de chimie organique et de toxicologie à l'École supérieure de pharmacie.

M. Gay fils, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, est chargé provisoirement de la chaire de pharmacie à ladite École.

M. Bonamy, professeur adjoint de clinique interne à l'École préparatoire de Nantes, est nommé professeur titulaire de pathologie interne, en remplacement de M. le docteur Marcé, décédé.

M. Malherbe, professeur suppléant à la même École, spécialement attaché aux chaires de médecine proprement dite, est nommé professeur adjoint de clinique interne en remplacement de M. Bonamy, nommé professeur titulaire.

M. Henry, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant de chirurgie et d'accouchement en remplacement de M. Mahot, nommé professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dite.

M. Mahot, professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, est nommé professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dite, en remplacement de M. Malherbe, nommé professeur adjoint.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris avait mis au concours la question *Des congestions sanguines dans les fièvres* pour un prix de la valeur de *quinze cent francs*, à décerner en 1859.

Sur le rapport de M. Monneret, la Société a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix, et elle a accordé, à titre de *récompense*, une médaille de 700 francs à M. le docteur Bucquoy (Jules), médecin à Paris; — une seconde, de 500 francs, à M. le docteur Desnos (Louis-Joseph), médecin à Paris; — et une troisième, de 300 francs, à M. le docteur Aillaud (Amédée), médecin des hospices de Beaucaire (Gard).

— M. A. Becquerel, médecin de l'hôpital de la Pitié, agrégé à la Faculté de médecine, commencera ses conférences cliniques le lundi 5 décembre, et les continuera les lundi et vendredi de chaque semaine.

Les conférences de cette année seront consacrées à l'histoire clinique des maladies de l'appareil respiratoire et à celle de quelques maladies de l'utérus.

Les visites ont lieu à huit heures et les leçons à neuf heures, dans l'amphithéâtre du rez-de-chaussée.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public et gratuit sur les maladies syphilitiques le mardi 6 décembre, à 7 heures du soir, et le continuera à la même heure les mardis et samedis suivants, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

Le Gérant, Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 142. — MARDI 6 DÉCEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 142. — MARDI 6 DÉCEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Départements, ...agne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 DÉCEMBRE 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous n'avons à mentionner pour cette séance que deux toutes petites communications réduites au simple énoncé de l'objet qu'elles concernent. Notre tâche se bornerait là, si l'une de ces notes, relative à la désinfection, ne nous donnait l'occasion de revenir sur une précédente communication sur le même objet, et qui est passée à peu près inaperçue. Nous avons pensé que nos lecteurs ne seraient pas fâchés de savoir où en sont les recherches de l'un des principaux promoteurs des nouveaux moyens de désinfection. Voici ce que nous apprend à cet égard M. le docteur Demeaux, dans une note adressée récemment à l'Académie de médecine.

On se rappelle que dans la séance du 25 juillet dernier M. Dumas émit cette idée, « que si l'on admettait que les vapeurs de coaltar ozonisent l'air, il ne faudrait pas chercher ailleurs que dans la combustion prompte des miasmes odorants produite par cet oxygène ozonisé, la cause de la destruction de l'odeur putride des matières animales en décomposition. » Quelque temps après, M. Burdel venait donner une confirmation expérimentale à cet aperçu théorique de l'éminent chimiste, en montrant que dans un milieu où étaient accumulées des matières animales en putréfaction, et d'où l'ozone avait complétement disparu, l'ozonomètre marquant zéro, l'addition d'une certaine quantité de poudre désinfectante avait fait monter l'ozonomètre à 7 ou 8 degrés. Trouvant et dans la théorie énoncée par M. Dumas et dans les expériences de M. Burdel une explication rationnelle des résultats de ses premières expériences avec le coaltar, et des nombreuses applications thérapeutiques et hygiéniques qu'il en a faites depuis, M. Demeaux rappelle à cette occasion quelques-uns de ces résultats, qui nous paraissent en effet dignes d'intérêt.

Dans le but de désinfecter les chambres occupées par des malades atteints de fièvre typhoïde ou de toute autre affection grave susceptible d'engendrer un foyer d'infection dangereux pour les assistants, M. Demeaux a employé plusieurs fois la poudre désinfectante, qu'il faisait répandre dans la maison, dans la chambre du malade et jusque dans son lit, et il déclare qu'il n'a eu qu'à se louer de l'emploi de ce moyen. « Je n'ai pas trouvé, dit-il, une seule personne qui ne préférât l'odeur bitumineuse du coaltar aux émanations repoussantes, nauséabondes, qui se produisent ordinairement dans ces circonstances.

» Dans une famille où depuis longtemps les fièvres intermittentes sont en permanence, la maison d'habitation se trouvant située dans un lieu bas, humide et marécageux, ne recevant les rayons du soleil que pendant quelques mois de l'année, j'ai fait employer la poudre désinfectante, que j'ai fait répandre à profusion dans les diverses pièces de l'habitation, et plus particulièrement auprès des lits. Ce moyen a été employé depuis le 28 août, et aucun membre de la famille, depuis cette époque, n'a été atteint de fièvre intermittente.

» Un village composé d'une douzaine de maisons se trouvait importuné par les émanations fétides qu'exhalaient des vases putrides provenant du curage d'un grand lac ; quelques hectolitres de matières coaltées répandues sur sa surface ont suffi pour modifier ces émanations, au point que personne n'en fut incommodé plus tard. »

M. Demeaux, se fondant sur la propriété qu'ont les émanations de coaltar de modifier l'air chargé de miasmes, de l'*ozoniser,* en propose l'emploi dans tous les lieux où des individus doivent séjourner et respirer de l'air insalubre : dans les salles d'autopsie des hôpitaux, dans les salles de dissection des écoles, où les élèves séjournent pendant plusieurs heures, dans les prisons, dans les tanneries, dans les chantiers d'équarrissage, dans les abattoirs, dans les fabriques de noir animal, etc., dans les bâtiments qui vont à la pêche de la baleine, dans les fosses d'aisance des grands établissements, tels que les casernes, les lycées, etc. ; en un mot, dans tous les milieux où des matières en putréfaction peuvent altérer l'air ambiant.

Pour tous les cas où de grandes quantités de matière désinfectante sont nécessaires, M. Demeaux a modifié la composition du mélange. A l'imitation de M. le docteur Cabanes, dont nous avons déjà fait connaître les heureuses tentatives de désinfection en grand, appliquées à l'assainissement de la ville de Béziers, il a remplacé le plâtre par du sable fin de ruisseau ou de rivière. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

Observation de dyspepsie flatulente traitée avec succès par l'eau d'Alet. — Rétablissement rapide de l'appétit et des forces.

Depuis quelque temps la dyspepsie, cette affection bien connue des anciens, mais un peu négligée par les modernes, a commencé de nouveau à fixer l'attention des médecins, et, comme il était naturel de s'y attendre, c'est le traitement de cette maladie si vulgaire, mais en même temps si rebelle à la plupart des agents dont dispose la thérapeutique, qui est devenu le but principal de tous les efforts.

Parmi les moyens divers que la médecine possède pour stimuler l'inertie des fonctions digestives, l'emploi des eaux minérales naturelles est à coup sûr l'un des plus puissants et des mieux appréciés ; nous croyons même que, dans la plupart des cas, il ne faut pas aller plus loin pour trouver la véritable cause des guérisons si diverses obtenues par la fréquentation des eaux.

Mais s'il est éminemment utile aux malades d'aller puiser à leur source ces médicaments naturels, ce moyen de guérison se trouve malheureusement inaccessible aux pauvres, dans la grande majorité des cas, par l'impossibilité d'en réaliser les conditions matérielles. Dans les hôpitaux de Paris, l'administration a cherché autant que possible à remplacer ces agents thérapeutiques par l'emploi des eaux minérales artificielles ; mais l'efficacité de ce moyen, tout précieux qu'il est, ne saurait être mise en comparaison avec celle que possèdent les agents naturels.

Il serait donc à désirer sous une foule de rapports que, venant en aide aux intentions généreuses de l'administration, les propriétaires d'eaux minérales consentissent à mettre à la disposition de celle-ci une quantité suffisante de leurs produits pour qu'une faveur, aujourd'hui réservée à quelques malades privilégiés, pût s'étendre à tous les malheureux qui viennent dans les hôpitaux réclamer les secours de la médecine. Le corps médical des hôpitaux tout entier accepterait avec reconnaissance un aussi précieux secours, et l'on aurait une occasion des plus favorables pour expérimenter dans les meilleures conditions scientifiques les propriétés de la plupart des eaux minérales de France.

C'est ce qui vient d'avoir lieu dans plusieurs services des hôpitaux pour l'eau d'Alet, et de nombreuses observations nous ont déjà permis d'apprécier sous divers points de vue l'action dont elle jouit sur le tube digestif. L'observation suivante nous a paru mettre assez nettement en lumière son action dans les cas simples d'atonie des fonctions digestives sans aucune complication morbide.

D..., âgé de trente-quatre ans, sculpteur, célibataire, né à Paris, entre le 3 octobre dans le service de M. Beau, salle Saint-Félix, n° 2, à l'hôpital de la Charité. Cet homme, d'une taille assez élevée, d'un embonpoint médiocre, a les yeux bleus, les cheveux blonds, le teint pâle, le visage amaigri. Rien dans les antécédents héréditaires du

FEUILLETON.

LE CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE FRANCE A LIMOGES.

Mon honoré Confrère,

§ I. — 1° On arrive dans la province mamelonnée du Limousin par le chemin de fer du Centre, qui s'arrête tout court au point d'intersection du 45me degré 49' 52" de latitude nord, avec le 1er degré 4' 48" de longitude ouest, devant une colline haute de 300 mètres au-dessus du niveau de la mer, et l'on voit Limoges, les pieds appuyés aux bords riants de la Vienne, trôner sur cette éminence granitique, bientôt percée par un tunnel, sans plus de souci que les statues allégoriques de Lyon, de Bordeaux, etc., etc., assises sur leur piédestal de pierre, aux quatre coins de la place de la Concorde.

2° Peu de villes offrent un aspect général plus pittoresque que celui de la capitale des *Lemovices*, vue de loin et de profil ; de près et de face, c'est tout autre chose. De larges chaussées, boulevards ou avenues en dessinent le pourtour, sans pouvoir, en dépit des efforts soutenus d'une édilité intelligente, pénétrer jusqu'à la cité, dont les cent rues, — en comptant celles du *Rasja*, du *Masgoulet* et de *la Boucherie*, — étroites, tortueuses, montantes, malaisées, sillonnent un fouillis de maisons en bois, vieilles, humides, sombres, à corridors d'une profondeur incommensurable et d'une propreté plus que douteuse. Jusqu'à ce jour il a été impossible de faire convenablement exécuter la plus simple ordonnance de police sanitaire à la population *ex lex*, qui borde cette nauséeuse voirie.

3° Dans cette enceinte de près d'un myriamètre de contour, où il tombe, année commune, 675 millimètres d'eau, 35 fontaines, alimentées par cinq bassins principaux, ne versent pas 20 litres de leur produit à chaque individu ; 46,554 habitants s'y agitent sans trop prendre garde aux soubresauts atmosphériques de leur capricieux climat ; ils donnent 1,390 naissances pour 1,654 décès, d'où, en faveur des cimetières, un déficit de 264 têtes, proportionnel à celui que fournissent d'une manière progressive, et prédite par les vaccinomètres depuis 1849, toutes les villes et les campagnes de l'Europe, vaccinées et revaccinées. En voyant dans les rues le nombre considérable des nains, des rachitiques, des souffreteux, des béquilles supportant des articulations déformées par des tumeurs blanches ou rongées par la carie, on est tenté de croire à une partialité tout exceptionnelle de la mort, acharnée contre la meilleure partie de la plus importante agglomération limousine, puisqu'elle oublie tant de misères.

4° A Limoges, *urbs antiquæ parcimoniæ*, on naît homme d'affaires, tisserand, porcelainier, pâtissier ou sabotier, et l'on vit encore plein de bienveillance loin des plaisirs dispendieux de cette bonne vie de famille, si malencontreusement dédaignée ailleurs par les détestables fumeurs de la génération actuelle. En attendant que le mouvement incessant des chemins de fer ait gâté tout cela, on se contente, dans ce pays du kaolin, comme au temps de Louis XI, d'André Roger et d'Élie Disnematin, de donner à coup sûr tout son temps à une industrie honnêtement, sagement, prudemment conduite, laissant à d'autres le soin de cultiver les muses : ce qui fait, sans doute, que l'on y a le luxe en médiocre estime, que l'on y manque de coquetterie, que l'on y garde peut-être un souvenir plus vivace des célébrités d'occasion qui ont visité le pays, que des illustrations locales de bon aloi. Il semble cependant qu'il n'y a pas déshonneur à citer des exceptions qui s'appellent d'Aguesseau, Jourdan, Gay-Lussac, Dupuytren, etc. Ajoutons ici cette circonstance atténuante, que l'on a érigé en l'honneur du grand chirurgien, entre la fontaine d'Aigoulène et la place de la Mothe, un joli petit marché couvert ; que deux magnifiques promenades parallèles portent les noms du fameux chimiste et du vainqueur de Jemmapes, de Fleurus, d'Aldenhoven ; que, enfin, dans la rue du Consulat, non loin de la maison du duc d'Isly, une plaque peinte en bleu indique au touriste en quête d'émotions et de souvenirs le berceau du graud chancelier.

5° Cette cité de croyance et de foi ardente est peuplée de nombreux monuments religieux élevés à différentes époques, pleins d'intérêt pour les artistes et les archéologues, mais fort mal entretenus au dedans et au dehors. L'hôpital actuel, bâti en 1775, menace d'ensevelir sous ses ruines et les savants professeurs de l'École préparatoire de médecine, et les malades auxquels ils prodiguent des soins éclairés, et les élèves auxquels ils s'évertuent à donner une instruction consciencieuse et solide.

En voilà assez sur le théâtre, voyons le drame.

§ II. — 1° Le 12 septembre dernier, le congrès scientifique de France se réunit dans le palais de justice, magnifique construction moderne dont la Cour impériale avait généreusement mis à sa disposition toutes les chambres fraîchement décorées, la bibliothèque, avec de nombreux journaux. Il se constitua sur-le-champ, en nommant pour président général M. Alluaud aîné, la plus incontestable des célébrités vivantes de Limoges, et vice-présidents MM. de Caumont, Baruffi (de Turin), Desmoulins, de Buzonnières, illustrations connues et depuis longtemps éprouvées.

sujet qui se rapporte à sa maladie actuelle. Il a toujours joui, jusqu'à ces derniers temps, d'une bonne santé, bien qu'il ait commis quelques excès alcooliques et vénériens. Il a eu plusieurs blennorrhagies dont il s'est toujours promptement guéri. Les conditions hygiéniques dans lesquelles il a vécu jusqu'à présent ont été assez bonnes. Cependant, le malade, qui avait eu quelques chagrins, était toujours assez enclin à la tristesse. Depuis quelque temps il s'était aperçu que ses digestions s'opéraient plus péniblement que d'habitude, lorsque, il y a quatorze mois, à la suite d'un repas copieux, il fut pris d'une violente indigestion. A partir de ce moment, les symptômes dyspepsiques se sont considérablement aggravés; la digestion s'opérait avec une lenteur incroyable et s'accompagnait d'une production considérable de gaz. L'abdomen était ballonné après chaque repas, et il survenait un accès de dyspnée qui ne disparaissait qu'après de nombreuses éructations. Le malade, qui, antérieurement à l'époque actuelle, n'est entré dans aucun hôpital, a suivi plusieurs traitements sur la nature desquels il n'a pu donner aucun renseignement précis. Il n'a éprouvé aucune amélioration et n'a pu parvenir à mitiger ses souffrances qu'en réduisant considérablement la quantité de ses aliments. Il en était arrivé à ne plus faire qu'un seul repas par jour.

Etat actuel. — Le 3 octobre, le malade est dans le décubitus dorsal, le ventre légèrement ballonné. Il éprouve une dyspnée considérable qui part de l'épigastre et remonte jusqu'à la partie supérieure de la poitrine; elle est indépendante en ce moment du travail de la digestion, le malade n'ayant pas mangé depuis plusieurs heures.

L'auscultation et la percussion n'ont fait découvrir dans toute l'étendue de la poitrine aucun symptôme anormal. Les battements du cœur sont réguliers; le malade n'a point de palpitation; il existe un léger souffle anémique à la base du cœur; dans les carotides, on trouve un souffle continu de moyenne intensité; le pouls est large, plein, un peu dépressible; il y a 72 pulsations par minute. La langue est recouverte d'un enduit saburral, surtout à la base; anorémie complète; soif assez intense; le malade ingère une assez grande quantité de boissons. Il n'y a pas de sensibilité à la pression sur l'épigastre; l'abdomen ne renferme en ce moment qu'une assez faible quantité de gaz; mais chacun des repas que fait le malade est suivi, comme nous l'avons indiqué déjà, de flatulence, d'éructations, de dyspnée et d'un malaise qui peut aller jusqu'au vomissement; il existe un peu de constipation. L'intelligence est nette, la mémoire bien conservée; il existe un peu de nosomanie qui a pris naissance avec la maladie. Il n'y a point de troubles sensoriaux, si ce n'est une analgésie assez prononcée sur les bras et la partie supérieure du tronc. On prescrit : gomme sucrée, deux bains de Barèges par semaine, une portion.

Le 10, le malade se trouve un peu amélioré, les digestions sont un peu moins pénibles; mais l'appétit est toujours nul. Il se plaint de ne pas pouvoir manger au réfectoire, parce que le tumulte et le bruit qui règnent dans cette salle lui donnent immédiatement un accès de dyspnée. Le malade est mis à l'eau d'Alet (une bouteille par jour); il prendra désormais ses repas dans la salle.

Le 25, l'état du malade est considérablement amélioré; l'appétit se développe de jour en jour; seulement, les digestions sont assez pénibles et s'accompagnent d'une flatulence exagérée; la dyspnée a presque complètement disparu et il n'y a plus de vomituritions; les forces reviennent, il mange en ce moment trois portions.

Le 7 novembre, le malade a quitté aujourd'hui l'hôpital dans un état satisfaisant, pour se rendre à Vincennes. L'appétit est complètement revenu; le malade mange quatre portions; ses digestions s'opèrent avec assez de facilité; la flatulence a presque complètement disparu; il n'y a plus de dyspnée gastrique; l'analgésie a cessé d'exister; enfin, la tristesse dont le malade était accablé s'est entièrement dissipée.

Cette observation, que nous choisissons parmi un grand nombre d'autres faits semblables, nous a paru, comme nous l'avons dit plus haut, propre à mettre en lumière l'action stimulante de l'eau d'Alet sur les organes digestifs. Nous voyons, en effet, chez ce malade, une dyspepsie des mieux caractérisées, résultat probable de quelque écart de régime, résister à tous les moyens thérapeutiques employés au dehors, et céder avec facilité à l'emploi journalier de cette eau minérale. Nous ne méconnaissons nullement les effets favorables du repos, de la tranquillité et d'un régime plus régulier; mais il est de toute évidence qu'un dérangement aussi profond des fonctions digestives serait resté bien longtemps sans s'amender, sans l'intervention d'un agent énergique. Nous aurions pu citer des exemples d'une dyspepsie plus profonde encore et mieux caractérisée, dans lesquels l'eau d'Alet a manifesté ses propriétés habituelles; mais pour écarter tout élément de discussion, nous avons voulu choisir un exemple de dyspepsie pure de toute complication; en effet, la dyspnée, la flatulence, les éructations, l'analgésie et la tristesse morbides ne sont que les résultats les plus ordinaires d'un dérangement des fonctions digestives, ainsi que le savent ceux qui fréquentent assidûment la clinique de M. Beau. C'est en rétablissant l'appétit que les eaux minéral[...]isparaître toutes ces manifestations morbides, et c'est [...] partie par le même mode d'action qu'elles font disparai[...]térations plus profondes encore, résultats ultérieurs d'une dy[...]sie primitive.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

De la médication hydragogue dans le traitement de l'hydropisie par infiltration, par épanchement dans les cavités séreuses de la poitrine ou de l'abdomen (1).

La plupart des *eaux minérales salines* animent le jeu de toutes les fonctions, et c'est ainsi qu'elles deviennent diurétiques, mais à divers degrés. Les plus renommées sous ce rapport sont celles de Vichy, de Contrexéville, d'Evian et de Carlsbad.

Le hasard a fait connaître récemment les propriétés diurétiques dont est douée l'une des sources minérales de l'Algérie. M. le baron de F..., possesseur du territoire de la Mléta (province d'Oran), fit distribuer, en 1856, aux ouvriers employés à ses récoltes et à ses cultures, une sorte de *piquette* préparée avec de la farine d'orge, des figues, des tiges de sorgho et des marcs de raisin, le tout délayé et mis en fermentation dans de l'eau provenant d'un puits voisin de son habitation. M. de F..., sujet à la goutte, et tourmenté depuis longtemps par des coliques néphrétiques, eut l'idée de remplacer le vin servi sur sa table par cette piquette, qui, moins alcoolique, lui paraissait mieux appropriée à l'état de sa santé. Les effets de ce breuvage se manifestèrent presque immédiatement par une augmentation considérable de l'urine, et par l'évacuation de petits graviers de couleur rouge. Au bout de trois semaines, le malade cessa de souffrir, et depuis cette époque, les coliques néphrétiques n'ont plus reparu.

Etonné et satisfait de ce résultat, M. de F... voulut en connaître la cause; il prit des informations près des Arabes ses voisins, qui lui dirent que l'eau de son puits était nommée dans le pays *eau qui désenfle*, et que de temps immémorial les indigènes en buvaient pour dissiper l'hydropisie qui se montre et persiste si fréquemment dans les cas d'infection maremmatique.

Le puits de la Mléta a une profondeur de six mètres environ : il ne tarit en aucune saison. Ce puits a été foré dans un banc de sable qui se relie à une montagne dans laquelle on trouve des gisements de carbonate et de sulfure de fer. L'eau a une saveur légèrement terreuse et saumâtre; sa température varie entre 21 et 22 degrés centigrades. Un litre de cette eau fournit par l'évaporation 3 grammes 40 milligr. d'un résidu composé de sulfate, de chlorhydrate, de nitrate, de phosphate et de carbonate à base de chaux, de soude, de magnésie ou d'alumine, de traces de silice et de fer.

J'ignore si la piquette a été analysée; mais il est supposable que les acides et les sels que contient le marc de raisin modifient la composition de l'eau et augmentent ainsi les qualités diurétiques de cette boisson.

Médicaments purgatifs. — Parmi les médicaments de cette espèce, ceux qui prennent le nom d'hydragogues produisent sur la surface de la membrane muqueuse gastro-intestinale une irritation sécrétoire qui a pour effet de soustraire au sang une partie de sa sérosité. Cette perte se compense par la résorption du sérum extravasé. Voilà comment les purgatifs hydragogues déterminent l'écoulement de l'hydropisie. Mais ce travail de résorption est plus ou moins prompt, plus ou moins énergique, selon que le malade s'abstient ou non de boire; car les boissons, à moins qu'elles ne soient aussitôt éliminées par les reins, en vertu d'une sollicitation spéciale, s'opposent à la reprise des collections séreuses. Il importe donc au succès de cette épreuve que pendant sa durée au moins le malade n'use d'un breuvage quelconque que dans la mesure nécessaire pour calmer les obsessions de la soif.

Les purgatifs hydragogues n'ont pas une action aussi limitée que celle que nous venons d'indiquer; l'irritation qu'ils produisent sur la surface intestinale en fait des agents de révulsion, et ils appartiennent en outre à la méthode antiphlogistique par la bile, la sérosité, le mucus, le suc pancréatique, éléments de réparation organique, qu'ils enlèvent à l'économie.

La *gomme-gutte* est sans contredit le plus énergique et le plus décisif de tous les purgatifs hydragogues. En même temps qu'elle fait pleuvoir la sérosité dans l'intestin et qu'elle provoque des selles abondantes, elle donne lieu, chez quelques personnes, à des nausées et à des vomissements. Mais bientôt les soulèvements de l'estomac s'apaisent et l'action cathartique seule se soutient, quoiqu'elle faiblisse graduellement, à ce point qu'il devient nécessaire, après quelques jours de son emploi, d'élever la dose du remède.

La gomme-gutte se donne presque toujours associée à d'autres médicaments drastiques, tels que la scammonée, l'aloès, etc.

La *scammonée*, très en faveur autrefois comme substance purgative et hydragogue, s'administre presque toujours aujourd'hui sous forme de résine, dans les mêmes circonstances et au même titre que la gomme-gutte. Elle purge sans douleurs et sans secousses.

Le besoin fréquent d'uriner qui se fait sentir à la suite de l'usage prolongé de l'*aloès*, a fait considérer cette substance comme un agent diurétique. C'est une illusion, car l'abondance de l'urine n'augmente pas sensiblement au milieu de ces stimulations réitérées de la vessie, lesquelles ne sont elles-mêmes qu'un symptôme de la fluxion sanguine, que l'aloès dirige vers les organes contenus dans le bassin.

La *coloquinte* a une action drastique d'une grande vigueur : elle provoque des selles abondantes, composées de mucus, de bile, de suc pancréatique, d'un peu de sang, et surtout de sérosité. Aussi cette plante est-elle connue pour ses vertus hydragogues. Mais comme elle occasionne de violentes coliques et une prostration extrême quand les doses en sont un peu élevées, il ne faut en user qu'avec circonspection. La coloquinte s'emploie de différentes manières; elle se donne le plus souvent en macération dans le vin blanc. Un verre de ce vin médicinal, renforcé d'une cartouche, passe dans les casernes pour un spécifique contre la *goutte militaire*.

Murray, et avant lui Sydenham, ont donné de grands éloges à l'extrait d'*élaterium* (concombre sauvage) comme purgatif hydragogue. Les médecins actuels préfèrent généralement l'*élatérine*, parce qu'elle offre plus de facilité et de précision dans son dosage que l'extrait. Comme la coloquinte, l'élaterium est un panchymagogue puissant; il purge avec violence et enflamme aisément la muqueuse intestinale.

La seconde écorce de *sureau*, vantée comme purgative contre l'hydropisie, est à peu près abandonnée, parce que son efficacité, fort incertaine d'ailleurs, ne compense pas le désagrément de sa saveur.

L'huile de *croton* doit être placée au premier rang des médica-

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 novembre.

Les sections, au nombre de cinq seulement, ne se formèrent et ne nommèrent leurs bureaux que le lendemain.

2° Indépendamment du contingent quotidien des sections, la poésie, qui ne gâte rien, les sciences exactes, la linguistique, la philosophie, l'agriculture, l'industrie et l'histoire, ont tour à tour défrayé les séances générales. On y a entendu prononcer de touchants et honorables éloges, reproduire d'émouvantes biographies; on y a joui de l'intéressant spectacle d'un aveugle de naissance lisant comme s'il avait des yeux au bout de chaque doigt, ses éloquentes productions sur la musique, et parlant plus pertinemment des couleurs que beaucoup de clairvoyants; enfin, quelques vœux ont été émis, qui sont sans doute déjà reportés aux autorités compétentes.

3° L'ardeur de toutes les sections pour le travail ne s'est pas ralentie un seul instant, tous les journaux spéciaux le diront, après ceux de la localité; mais à la *Gazette des Hôpitaux* incombe la tâche de signaler la section des sciences médicales, qui avait pour président le doyen des médecins du pays, l'honorable M. Bouteilloux; pour vice-présidents, MM. Bardinet et Ancelon; pour secrétaires, deux savants professeurs pleins de zèle pour leurs pénibles fonctions, MM. Dépéret-Muret et Fougères.

4° Pour se rendre un compte exact des travaux de la section des sciences médicales, il faut jeter un coup d'œil d'ensemble sur son programme.

Quatorze questions étaient posées.

a. Cinq étaient plus ou moins relatives aux lois providentielles qui régissent les populations, et venaient se résumer dans la dixième, ainsi conçue :

« L'étendue de la vie moyenne a-t-elle augmenté ou diminué dans le Limousin? »

L'un des vice-présidents prit la parole à ce sujet. En peu de mots, il démontra que la question ainsi posée était obscure et insoluble : — Obscure, parce qu'elle ne disait pas si l'on devait entendre par l'expression *vie moyenne* l'âge moyen des vivants ou l'âge moyen des morts, qui en diffère essentiellement, dans tous les pays où les naissances et les décès ne sont pas en nombre égal; — insoluble, parce qu'elle confondait deux choses absolument distinctes, c'est-à-dire la population *impubère*, dont la vie moyenne s'était accrue, et la population *pubère*, dont au contraire la vie moyenne avait diminué.

« Il est absurde, dit-il en terminant, de confondre dans un même » total les enfants, les jeunes gens et les vieillards, comme si les uns » et les autres étaient des unités de même ordre et de même valeur.

» J. B. Say s'exprime à ce sujet très catégoriquement : « Le marmot » d'un jour, dit-il, ne remplace pas l'homme de vingt ans; l'adulte est » un capital *accumulé*, et le mot du prince de Condé sur le champ de » bataille de Senef — *une nuit réparera tout cela* — est plus absurde » encore qu'il n'est barbare. »

« M. Quetelet n'est pas moins explicite : « La prospérité d'une nation, dit-il, dépend bien moins du grand nombre de ses habitants » que de la longue vie moyenne de sa population *productive*. »

« Or la vie moyenne des têtes de vingt ans a incontestablement diminué par toute la France depuis quarante ans. Donc la prospérité » nationale a également diminué, quelle que soit d'ailleurs la cause » première du déplacement de la mortalité dans les âges, ce que je » n'examine pas en ce moment. »

L'auditoire accueillit chaudement ces paroles, et le triomphe de l'arithmétique sociale, bien établi, fut reporté en séance générale, par M. Fougères, dans un procès-verbal rédigé avec une intelligence, une lucidité, une verve peu communes chez les médecins, ordinairement assez incompétents en matière de chiffres.

b. Pour compléter leur pensée, les auteurs du programme avaient rapproché des questions précédentes celle de la fièvre puerpérale, non moins meurtrière en province et dans les campagnes qu'à Paris, quoique l'on en ait dit, en avril 1858, dans le tournoi sans issue de la rue des Saints-Pères. Seulement les médecins de Limoges, toujours pleins de respect pour les anciens, nourris d'une érudition plus substantielle, moins vulgaire que celle dont on fait étalage ailleurs, ayant été frappés tout à la fois de la contagion inexpliquée de la fièvre puerpérale et de la nullité pratique des enseignements de l'anatomie pathologique en ce qui la concerne, se sont mis consciencieusement à creuser dans le sillon tracé devant eux par leurs véritables ancêtres; ils sont arrivés à reconnaître, à vérifier, à mettre en lumière le caractère de *plus en plus parasite* de certaine fièvre épidémique, de la variole, par exemple, et ils n'ont pas craint de conclure avec Max. Stoll qu'elle se marie avec l'état puerpéral en le soumettant à son empire, *connubium init cum puerperio*; mais ils se sont bien gardés de transformer, comme on l'a fait à Paris pour la Maternité, des murailles, qui n'en peuvent mais, en bouc émissaire.

c. Venaient ensuite un bon nombre de questions traitées avec plus ou moins de bonheur.

Ainsi, M. le docteur Lemaistre a appelé l'attention de la section sur les avantages et les inconvénients de l'*hydrothérapie comme nouveau moyen de combattre les fièvres intermittentes* (5e question).

Dans une note pleine d'intérêt sur la *cause du rhythme et des mouvements respiratoires*, M. le docteur Mandon a avancé qu'il suffirait de lier les artères vertébrales — passablement bien protégées, comme on le sait, contre toute agression extérieure, pour suspendre la circu-

ments drastiques, mais ses propriétés hydragogues ne sont nullement démontrées. L'huile de croton ne comporte qu'un seul mode d'administration, la forme pilulaire, et sous cette forme on l'amalgame presque toujours à d'autres ingrédients purgatifs.

Les sels purgatifs à base de magnésie, de soude ou de potasse n'entrent pas habituellement dans le traitement de l'hydropisie, et ils ne méritent guère d'y être admis, parce que les selles qu'ils provoquent se composent de mucus et de bile, plutôt que de sérosité. Le passage d'une partie de ces substances dans le sang et leur élimination par les voies urinaires occasionnent en outre, du côté de la vessie, des accidents formidables dans les cas où cet organe est ou a été le siége d'une irritation catharrale.

Agents sudorifiques. — La peau exhale normalement des quantités variables de sérosité; tantôt cette sérosité reste invisible sous forme de vapeur, tantôt elle revêt l'état liquide (sueur). Tout agent capable d'activer l'exhalation cutanée, à quelque degré que ce soit, prend le nom de *sudorifique*.

Toutes les boissons chaudes accélèrent la circulation; elles ont pour effet secondaire d'augmenter tout à la fois l'urine et la sueur. Celles qui sont animées par l'alcool ou par un principe aromatique quelconque agissent plus puissamment encore sur la transpiration cutanée. Remarquons toutefois que la diaphorèse ne résulte ici que de l'excitation générale imprimée au système circulatoire.

Parmi les végétaux, il en est qui jouissent au contraire d'une vertu sudorifique spéciale, de quelque manière qu'ils soient administrés. Tels sont le *sassafras*, le *gaïac*, la *squine*, la *salsepareille*, l'*arundo donax*, etc.

Suivant Brachet, toutes les fois qu'il y a indication de provoquer la sueur, on ne peut mieux y réussir qu'en administrant l'*ammoniaque* ou l'un de ses composés. L'acétate et le chlorhydrate en particulier, à la dose de 1 à 3 grammes par jour, amènent promptement une forte transpiration et des urines abondantes, en même temps qu'ils résolvent l'œdème et les engorgements pulmonaires.

Les *bains d'étuves*, seuls applicables au traitement de l'hydropisie, sont ou secs ou humides, partiels ou généraux, simples ou chargés d'un principe aromatique excitant. L'atmosphère de l'étuve humide se compose de vapeurs d'eau et des éléments volatilisables exhalés par les surfaces vivantes : dans ce milieu, le poumon se trouve en contact avec de l'air chaud et humide; la respiration s'accélère, devient haletante, anxieuse; la vapeur et la sueur se condensent à la surface de la peau; le calorique, à défaut d'issue, s'accumule dans le corps : de là les sensations pénibles de céphalalgie, d'étouffements, de palpitations suivies quelquefois de syncope. Tous ces phénomènes se manifestent dès que la température de l'étuve humide atteint 50 à 52 degrés centigrades.

Dans l'étuve sèche, la peau s'anime plus promptement, sécrète davantage, ne se mouille que par la sueur, et, comme celle-ci est incessamment absorbée par l'air ambiant, sec et chaud, le corps, dans un temps donné, reçoit moins de calorique que dans l'étuve humide. Le poumon étant moins défavorablement impressionné par l'air sec que par l'air humide, la respiration dans l'étuve sèche s'effectue sans risque de malaises, tant que la température ne dépasse pas 60 à 65 degrés centigrades.

L'un des effets communs aux bains d'étuves, c'est l'accélération du pouls, accélération plus considérable quand l'immersion du corps est complète que dans les cas où la tête reste au frais, hors du bain.

Diverses expériences démontrent que le corps humain perd infiniment davantage par la transpiration dans l'étuve humide que dans l'étuve sèche.

Pour administrer un bain d'air chaud ou de vapeurs, il faut placer le malade dans un lit et l'y envelopper hermétiquement jusqu'au cou : un appareil générateur portatif fournit la matière du bain. La tête restant libre et pouvant être rafraîchie à volonté, nul accident n'est à redouter.

Lorsqu'au contraire le malade est enfermé dans un cabinet d'étuve, il y a risque certain des malaises dont nous avons parlé, ou même d'accidents beaucoup plus graves. Ainsi, j'ai vu en 1849 un homme jeune et vigoureux, atteint d'anasarque symptomatique d'albuminurie, succomber deux heures après être sorti d'un cabinet d'étuve humide. L'infiltration séreuse, limitée jusqu'alors à la région des hypochondres, avait envahi le reste du tronc et les cavités cérébrales, donnant lieu à des accès épileptiformes dont le cinquième fut suivi de la mort.

(La suite prochainement.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 novembre 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

M. DUMÉRIL lit un rapport sur une note de M. Léon Dufour, additionnelle à son ouvrage sur l'*anatomie des galéodes*. La nouvelle note de M. Léon Dufour sera publiée, ainsi que le mémoire en question, dans les *Mémoires des savants étrangers*.

Mélanges désinfectants. — M. SIRET, dont les travaux sur la préparation et l'emploi des *mélanges désinfectants* ont été, il y a plusieurs années, l'objet d'un des prix décernés par l'Académie, l'entretient aujourd'hui des résultats qu'il a obtenus depuis dix années consécutives dans les prisons de la Seine :

« J'ai calculé, dit-il, l'emploi de mes substances désinfectantes pour l'hiver, l'été et l'automne, et mes résultats ont été satisfaisants pour une fosse d'aisances servant à quatre cents détenus. Avant l'heure du lever je fais nettoyer à grande eau, et sur les dix heures du matin je verse 36 litres de la solution ci-après composée :

» 100 kilogrammes de sulfate de fer, 4 kilogrammes d'acide hydrochlorique, 1000 litres d'eau, et quelquefois, selon la localité, l'emploi du goudron, mais très-rarement. »

Dans une autre partie de sa note, l'auteur fait connaître le mode de préparation d'un médicament topique qu'il a employé avec grand succès pour le piétin des moutons, et qui se compose de sulfate de fer et de goudron.

Émanations marécageuses. — M. LÉON GIGOT, qui avait précédemment présenté au concours pour le prix du legs Bréant un opuscule ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur la nature des émanations marécageuses*, envoie aujourd'hui pour le même concours, et comme faisant suite à la première communication, un mémoire intitulé *Nouvelle méthode pour recueillir les miasmes et déterminer leur nature; application de cette méthode 1° à des recherches sur la nature des miasmes provenant des matières animales et végétales en décomposition; 2° à l'étude micrographique de l'atmosphère des marais salants de la Charente-Inférieure*, etc.

Cette pièce est renvoyée, comme l'avait été la première, à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale pour le prix du legs Bréant.

— M. MÈNE soumet au jugement de l'Académie un mémoire intitulé *Recherches sur une nouvelle espèce de migraine.* (Renvoi à l'examen de MM. Andral et Rayer.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 23 novembre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

— M. VERNEUIL communique le résumé d'une observation de tumeur sanguine de la voûte du crâne, qui lui a été adressée par M. le docteur Jules Dubois, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, et que nous transcrivons ici.

Observation de tumeur sanguine de la voûte du crâne en communication avec le sinus longitudinal. — Dans ces dernières années, la Société de chirurgie a étudié à diverses reprises une variété de tumeurs sanguines de la voûte du crâne caractérisée par une facilité remarquable de réduction, par une disparition rapide, suivant que la tête occupe telle ou telle position. Les quelques autopsies faites jusqu'ici ont démontré que ces tumeurs communiquent avec l'un des sinus veineux de la dure-mère.

Dans la majeure partie des observations publiées jusqu'ici, c'est le sinus longitudinal supérieur qui sert de communication. Si l'on remonte à la cause première, à l'origine de ces tumeurs, on rencontre partout un traumatisme plus ou moins violent : pour M. Azam, ce traumatisme est le point de départ d'une ostéite raréfiante, dont l'action lente et progressive rend parfaitement compte de l'issue du sang veineux à travers les pertuis plus ou moins nombreux que l'autopsie a révélés.

Cette théorie nous semble expliquer assez bien le fait suivant, qu'il nous a été donné d'observer cette année :

B... (Jean), né à Guer (Morbihan), le 8 avril 1833, et incorporé au 9e régiment de chasseurs, est un soldat d'une riche constitution, d'une bonne santé habituelle, sans accidents syphilitiques antérieurs.

Le 8 mai 1859 (j'étais alors chargé du service de santé du 9e chasseurs), il se présente à ma visite pour se faire débarrasser d'une loupe qu'il porte entre les deux sourcils. Une tumeur ovoïde, grosse comme une noisette, très-mobile, lisse et souple au toucher, non fluctuante, d'une coloration légèrement violacée, occupe l'espace compris entre la bosse nasale de l'os frontal et le bord inférieur des os propres du nez d'une part, entre la racine des deux sourcils d'autre part. Elle ne présente pas de battements, pas d'expansion, pas de soulèvement. On ne rencontre pas non plus dans le voisinage de dilatation variqueuse des veines de la région. Une pression lente et modérée, mais continue, amène la disparition complète de la tumeur; on n'a plus entre les doigts qu'un tout petit noyau irréductible, très-souple et mobile. Ce noyau est à peine gros comme une lentille. Une exploration minutieuse, faite après la réduction, me permet de sentir un pédicule mince qui paraît s'enfoncer dans la suture fronto-nasale; cependant je ne peux rencontrer d'ouverture, de communication, de fissure appréciable. Je cesse la compression, le malade étant toujours dans la station verticale, la tumeur reprend graduellement son volume primitif; je le fais coucher sur le dos, une minute s'écoule, et la tumeur a diminué des quatre cinquièmes environ. Elle augmente, au contraire, et distend fortement ses parois lorsque la tête est penchée en avant.

Interrogé sur la cause et le mode d'évolution de cette tumeur, B... me raconte qu'à une époque qu'il ne peut préciser, mais qui peut remonter à cinq ans, il reçut entre les deux sourcils un coup de caillou violemment lancé. Il n'y eut pas d'autres phénomènes qu'une bosse sanguine, qui disparut peu à peu : il subsista, dit-il, assez longtemps un léger gonflement dur, sensible à la pression, sans retentissement douloureux dans la tête. C'était trop peu de chose pour qu'il y pensât, et, à part quelques lourdeurs de tête, il n'a jamais rien éprouvé qui pût lui faire supposer l'existence d'une lésion de ce côté. Ce ne fut qu'au commencement de cette année (1859) qu'il sentit pour la première fois une grosseur qui roulait sous la peau. Elle avait à cette époque le volume d'un petit pois, et alla augmentant graduellement. Il prit cela pour une loupe, laquelle ne devait nullement l'inquiéter. A sa rentrée sous les drapeaux seulement, il songea à se la faire enlever. Du reste, pas de douleur, pas de gêne dans les fonctions; la difformité seule, résultat inévitable du siége de la tumeur, l'engage à demander son ablation.

Il est inutile d'ajouter que je la lui refusai nettement; les exemples des tentatives faites jusqu'ici dans des cas de ce genre me semblaient peu encourageants. J'essayai une compression aussi régulière que possible à l'aide d'une bande roulée. Cette compression, tout à fait insuffisante, dut être enlevée le lendemain; elle était complètement inutile.

Le 17 mai, je l'envoyai à l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, dans le seul but de soumettre le fait aux appréciations des médecins et chirurgiens de l'hôpital.

M. le docteur Vésignié, dans le service duquel il était placé, essaya aussi la compression à l'aide d'une pince à pression continue, appliquée directement sur la tumeur. Au bout de quarante-huit heures, le malade déclara ne plus pouvoir la supporter; la peau était excoriée : d'ailleurs la tumeur apparaissait de chaque côté de la pince, et démontrait encore une fois l'inefficacité, sinon l'inutilité de ce moyen. On cessa dès lors toute tentative, et le malade séjourna encore dans les salles jusqu'au 18 juin, époque à laquelle il rentra au corps.

---

lation dans le nœud vital et produire immédiatement l'asphyxie. Nul doute que, sans beaucoup chercher, l'anatomie ne rencontrât quelque vaisseau supplémentaire capable de faire échouer l'expérience.

Un travail de M. le docteur Thouvenet indique tout le parti que l'on peut tirer de l'administration de l'iodure de potassium dans l'angine couenneuse. Puisse l'expérience qui suivra justifier les consolantes espérances conçues par l'habile praticien de Limoges !

L'hygiène et les maladies des porcelainiers (2e question) exposés à la poussière du kaolin, et des tisserands reclus dans leurs caves humides, n'ont donné lieu qu'à une causerie dont l'interminable et inutile *kyrielle* étiologique de la phthisie pulmonaire a fait à peu près tous les frais; dans l'étude médicale du *mal des ardents* (3e question), on a découvert un titre de plus à la reconnaissance envers saint Martial, patron de Limoges; enfin, à propos de l'évidement des os (7e question), une lutte a eu lieu entre les partisans de la doctrine de M. Flourens et les conservateurs de la théorie de Dupuytren : le talent dépensé de part et d'autre ayant mis la galerie dans l'embarras, *adhuc sub judice lis est!*

d. Un mot encore avant de clore la série des questions officielles et autres.

Vous croyez peut-être, mon honoré confrère, que les têtes limousines ont été coulées dans le même moule que la vôtre, la mienne ou celle du premier venu de nos compatriotes du Nord, du Sud, de l'Est, de l'Ouest? Erreur ! Suivant l'auteur de la onzième question, au lieu d'être sphériques comme celles des autres Français, ou carrées comme celles des Allemands, suivant la tradition proverbiale, elles sont oblongues; le crâne fuyant s'est développé en arrière, sous la pression, disent les grand'mères, de bandelettes appliquées *ad hoc* immédiatement après la naissance. Dans quelle intention, demanderez-vous? Dans l'intention, dit un professeur de belles-lettres non laïque, qui recommande la chose en beaux vers latins, ma foi ! imprimés à Limoges au dix-huitième siècle, dans l'intention de préparer un logement plus vaste à la mémoire!... Les Chinois jaloux ne sont pas plus ingénieux à interpréter la mutilation des organes locomoteurs de leurs plus belles moitiés. Un cranioscope des plus autorisés, le savant docteur Riboli (de Turin), s'occupant du fait sans se soucier de l'explication, place, au contraire, dans cette cage déformée, au lieu de la mémoire, la *sécrétivité* et la bienveillance. On est d'autant mieux disposé à accepter les appréciations, les aperçus cranioscopiques de l'ingénieux médecin piémontais, à l'exclusion des étranges insinuations du rhéteur abbé, que, plus heureux que son illustre maître Gall, à Heidelberg, il n'a rencontré à Limoges que des admirateurs.

Finissons maintenant par les intermèdes, curieux accessoires qui souvent, dans les séances, l'ont emporté sur le fond. Un modeste et savant anatomiste, M. le professeur Boulland, ayant bien voulu mettre à la disposition de la section médicale sa patience et son habileté, en préparant pour des expériences micrographiques des animaux inférieurs restés vivants sous son scalpel, chacun des membres put étudier à loisir la circulation dans le foie, dans l'estomac d'une grenouille, où l'on voyait les glandules stomacales contracter leurs orifices béants sous l'influence d'une solution de strychnine, comme si chacune d'elles eût été pourvue d'un sphincter. Ce n'est pas ici le lieu de parler des procédés ingénieux de l'habile micrographe; on les trouvera détaillés dans une thèse importante qu'il soutint à Paris le 9 août 1849, et dont on s'étonne à bon droit que la pensée ne soit venue à personne de rendre compte, soit dans les journaux, soit dans l'une des académies de la capitale.

On s'est séparé le 22 septembre, chacun emportant chez soi une provision de bons souvenirs, puisés dans la charmante hospitalité des Limousins.

Dr E. A. ANGELON.

— La séance solennelle triennale de l'Académie de médecine a eu lieu à Bruxelles le 27 novembre dernier.

M. Sauveur, dans un rapport fort remarquable et très-impartial, a reproduit en les appréciant les travaux de l'Académie pendant la période triennale qui vient de s'écouler; puis M. Fallot a lu un discours sur *la mission des académies*; enfin M. le professeur Burggraeve a traité avec le talent qu'on lui connaît la question du *magnétisme animal et de ses effets sur l'économie vivante*.

On a entendu avec une vive satisfaction la lecture d'un arrêté royal instituant un prix quinquennal de 5,000 fr., en faveur des auteurs belges qui produiront les meilleurs ouvrages relatifs aux sciences médicales.

Cette année, aucun prix n'a été décerné.

La séance s'est terminée par l'installation du nouveau bureau, composé de M. Vleminckx, président, et de MM. Lebeau et Vancoetsem, vice-présidents.

— M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, commencera son cours au Collége de France le mercredi 7 décembre, à une heure, et le continuera les mercredis et vendredis, à la même heure.

Le professeur traitera de la pathologie expérimentale et de la physiologie opératoire.

Le mercredi, la leçon sera consacrée à la pathologie expérimentale.

Le vendredi, la leçon sera pratique et aura pour objet la physiologie opératoire.

Quelques jours avant sa sortie de l'hôpital, nous avions remarqué que la coloration de la tumeur était plus foncée, que cette dernière semblait augmentée de volume, et surtout qu'elle se réduisait avec moins de facilité : ainsi le décubitus dorsal avait peu d'influence sur son volume. C'était, je crois, le résultat de la pression exercée par la pince, peut-être aussi des nombreuses explorations faites par plusieurs confrères, désireux d'étudier cette variété de tumeur. En effet, au bout d'une quinzaine de séjour au quartier, B..., abandonné à lui-même, présentait les mêmes phénomènes : réduction complète et facile, diminution considérable par la position horizontale.

J'ai suivi attentivement la marche de cette affection jusqu'au 7 août dernier; c'est à ce moment que je pus le faire réformer. La tumeur a toujours augmenté progressivement de volume. A cette époque, elle avait la grosseur d'un œuf de pigeon; la peau, plus amincie, était plus violette; on retrouvait toujours les mêmes caractères. De temps à autre, B... était pris de céphalalgie frontale gravative, d'étourdissements. Il y avait alors une sorte de turgescence de la tumeur, qui devenait aussi moins réductible. Des révulsifs (sinapismes) ou des purgatifs étaient ordonnés, et tout rentrait dans l'ordre habituel.

Lors de mon premier examen, je portai le diagnostic suivant : tumeur sanguine communiquant avec l'un des sinus de la dure-mère, probablement avec le sinus longitudinal supérieur. Cela me semblait fondé sur la réductibilité facile de la tumeur, sur sa disparition par le décubitus dorsal, sur sa couleur violacée; je rappellerai qu'il n'y avait ni battements, ni expansion, ni dilatation variqueuse des veines voisines. D'un autre côté, la tumeur n'était pas congénitale : c'était la suite probable d'une violence extérieure; elle s'était formée de toutes pièces sans amener de désordres; la compression qu'on exerçait sur elle était innocente, ou plutôt n'amenait aucun accident du côté des centres nerveux. Ce diagnostic fut accepté par les divers confrères qui ont vu le malade.

On retrouve toutefois ici un caractère particulier; la tumeur n'est pas fluctuante, elle se réduit lentement et graduellement, et après la réduction aussi complète que possible, il reste entre les doigts un petit noyau qui semble constitué par une trame souple et élastique. Dans l'espèce, la tumeur, au lieu d'être composée d'une poche unique, serait formée d'un tissu aréolaire communiquant plus ou moins directement avec l'un des sinus par une ouverture étroite. C'est ce que nous retrouvons dans l'observation de M. Middeldorpff, rapportée dans le travail de M. Dupont.

Que devait-on faire en pareil cas? Les diverses communications faites à la Société de chirurgie, l'observation de M. Pelletan rappelée par M. Foucher, observation qui a trait aussi à une tumeur aréolaire, invitaient peu à une intervention active. Nous avons essayé de la compression pure et simple; nous n'avons obtenu d'autre résultat que de la douleur, l'excoriation de la peau, une diminution dans la facilité de réduction, de l'induration; en un mot, un état subinflammatoire, accident passager, à la vérité, mais que la persistance du même moyen d'action eût peut-être rendu funeste. L'abstention complète eût sans doute été préférable; c'est l'abstention que recommande la Société, c'est aussi l'abstention que je saurai garder en pareille circonstance.

Je terminerai cette observation par ces quelques mots : B... était un homme vigoureux, bien portant, chez lequel on ne peut invoquer l'existence d'une diathèse capable d'amener une lésion spontanée du système osseux. Il est surpris au milieu d'une santé florissante par une contusion violente, un accident; quelques jours après, il voit survenir à l'endroit précis de cette contusion une tumeur à caractères déterminés, qui augmente progressivement de volume sans amener aucun trouble dans les diverses fonctions. Il est difficile en cet état de choses de ne pas admettre un rapprochement entre la contusion et la tumeur, de ne pas voir entre l'une et l'autre une filiation directe.

L'ostéite raréfiante déterminée par la cause première, la contusion, a sans doute amené l'effet, la communication directe ou indirecte du sinus avec les tissus extérieurs.

Quoi qu'il en soit de cette manière d'interpréter le fait, je le livre à l'appréciation de la Société de chirurgie, qui jugera si elle doit ajouter cette observation aux autres déjà connues sur ce point.

M. ROBERT demande quelques détails sur l'étiologie de l'affection qui fait le sujet de l'observation de M. J. Dubois.

Il pense que d'après le siége de la tumeur, qui occupait la racine du sourcil, on ne peut admettre sa communication avec le sinus longitudinal.

Si les tumeurs de cette nature présentaient toutes cette disposition, on pourrait devenir plus hardi dans les moyens de traitement à leur opposer, sans craindre la phlébite, et recourir, comme dans les tumeurs vasculaires d'autres régions, aux injections de perchlorure de fer.

M. VERNEUIL répond que les tumeurs sanguines de la voûte du crâne ont la plupart du temps une cause traumatique; elles reposent sur un point de l'os aminci et présentant de petits pertuis à travers la table externe. Dans le cas observé par M. J. Dubois, la date du traumatisme remonte à quinze ans.

M. Verneuil pense que, si la tumeur ne communique pas directement avec le sinus longitudinal, elle est en rapport médiat avec lui par de très-grosses veines du diploé, de sorte que le danger des moyens de traitement reste toujours le même.

M. Verneuil demande en concluant :

1° Que l'observation de M. J. Dubois soit insérée dans les *Bulletins*.

2° Que des remercîments et des éloges soient adressés à M. J. Dubois.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. CHASSAIGNAC fait voir un homme jeune et robuste à qui il a enlevé un enchondrome du volume du poing, situé à la partie supérieure et postérieure de l'humérus.

L'aspect mamelonné de cette tumeur lui a servi à en établir le diagnostic.

M. Chassaignac a cru devoir emporter la partie de l'humérus sur laquelle était implanté l'enchondrome. Il met sous les yeux de la Société la tumeur conservée dans l'acide chromique; elle est du volume d'un œuf de dinde; sa partie osseuse est restée la même, mais sa partie cartilagineuse s'est beaucoup réduite.

Des tubes en caoutchouc fenêtrés ont été passés dans la plaie faite de manière à favoriser l'écoulement du pus.

L'opéré est en bon état.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, LEGOUEST.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes d'être soutenues par MM. :

Lemée, né à Saint-Sever (Landes); *Quelques considérations sur les écoulements pathologiques des organes génitaux chez la femme.*

Mairo, né à Dijon (Côte-d'Or); *Du psoriasis et de son traitement.*

Gabory, né au Pin-en-Mange (Maine-et-Loire); *Considérations pratiques sur le traitement des fractures de la jambe et de la cuisse, de quelques appareils en particulier.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour l'agrégation (médecine et médecine légale) a été ouvert samedi dernier. Les concurrents ont eu à traiter par écrit la question suivante : *Du système veineux et de la circulation veineuse.*

— L'École préparatoire de médecine de Toulouse a repris ses travaux le 7 novembre dernier.

Les inscriptions prises pour le premier trimestre de l'année scolaire 1859-1860 s'élèvent au chiffre de 155, et se répartissent de la manière suivante :

Élèves de 1re année, 101; élèves de 2e année, 37; élèves de 3e année, 16; élève de 4e année, 1. — Total, 155.

Inscriptions pour le doctorat, 79; pour le titre d'officier de santé, 61; pour la pharmacie, 15. — Total, 155.

— La rentrée de l'École préparatoire de médecine de Bordeaux a eu lieu le 15 novembre dernier. Dans cette séance, des prix de médecine et de pharmacie ont été distribués aux élèves de première année dont les noms suivent :

Anatomie et pathologie externe : 1er prix, M. Sentex, de Saint-Sever (Landes); 2e prix, M. Vergerie, de la Havane.

Chimie et pharmacie; prix, M. Prat, de l'Ariége; accessit, M. Massat, de Damazan (Lot-et-Garonne).

— Dans sa séance du 11 novembre dernier, la Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse a admis au nombre de ses membres résidents M. le docteur A. Janot.

— M. Schwann, professeur de physiologie et d'anatomie générale, et M. Simon, professeur d'accouchements à l'université de Liége, viennent d'être promus au grade d'officier de l'ordre de Léopold.

— M. le docteur J. B. Borelli, chirurgien de l'hôpital des SS. Maurice et Lazare à Turin, rédacteur en chef de la *Gazette médicale des États sardes*, vient d'être nommé par S. M. Victor-Emmanuel II officier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare.

— A la suite du concours qui vient de se terminer pour l'internat dans les hôpitaux civils de Toulouse, ont été nommés : MM. Doms et Darblade, *internes titulaires*; Burgalat et Jouvion, *internes provisoires.*

— Un nouveau journal, le *Correspondant médical universel*, vient de paraître à Bruxelles. Il sera spécialement destiné à la traduction ou reproduction des principaux articles contenus dans les feuilles que la France, la Belgique, l'Allemagne, l'Angleterre, l'Italie, l'Espagne, l'Amérique, etc., consacrent aux sciences médicales.

— M. le docteur Triquet commencera ses leçons sur les maladies de l'oreille le mardi 17 décembre, à sept heures du soir, à son dispensaire, impasse Larrey, 4. Il traitera surtout des affections de l'oreille moyenne et interne, du catarrhe, des flux d'oreilles, des polypes.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

AGENDA MÉDICAL POUR 1860,

à l'usage des médecins, pharmaciens et vétérinaires, contenant : 1° un mémento-formulaire du praticien, par M. le docteur A. CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc., etc.; 2° un mémorial thérapeutique des maladies de la première enfance, par M. le professeur TROUSSEAU; 3° un résumé de pathologie et de thérapeutique syphiliographique, par M. le docteur DIDAY, rédacteur en chef de la *Gazette médicale* de Lyon; 4° premiers secours à donner en cas d'empoisonnement et d'asphyxie, par M. le docteur RÉVEIL, professeur agrégé de toxicologie à la Faculté de médecine de Paris et à l'École de pharmacie; 5° un résumé pratique des eaux minérales, contenant leur classification méthodique, ainsi que la désignation des maladies pour lesquelles on les prescrit avec le plus de succès, par M. le docteur Constantin JAMES, auteur du *Guide pratique aux Eaux minérales et aux Bains de mer*; plus un calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; les maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; l'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine, avec le nom de tous les membres; des modèles de rapports et certificats; les chemins de fer, avec le nom des stations où ils s'arrêtent; le tableau des rues de Paris, etc.; format in-18 de 430 pages, dont 190 de calendrier et 240 de renseignements utiles. Prix, broché, 1 fr. 75 c.; divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille, 3 fr.; relié en forme de portefeuille et aux divers prix suivants : 3 fr., 3 fr. 50 c., 3 fr. 75 c., 4 fr., 4 fr. 50 c., 4 fr. 75 c., 5 fr., 6 fr., 7 fr., 9 fr. — NOTA. Ces divers agendas sont expédiés *franco* dans toute la France et l'Algérie pour le prix qu'ils sont annoncés, mais alors il faut en envoyer le montant en un mandat de poste ou en timbres. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 143. — JEUDI 8 DÉCEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 143. — JEUDI 8 DÉCEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 DÉCEMBRE 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Heureux les auteurs qui ont la chance d'avoir pour rapporteurs des académiciens tels que MM. Blache et de Kergaradec. M. H. Roger a lu son mémoire sur l'auscultation céphalique le 11 octobre dernier ; M. Briquet a communiqué les résultats de ses recherches sur le traitement de la chorée par la faradisation, il y a un mois à peine ; et l'Académie a entendu aujourd'hui les rapports sur les communications de ces deux honorables savants. C'est là une politesse de bon goût dont nous avons trop rarement l'occasion de signaler les exemples pour que nous n'éprouvions pas quelque plaisir à le faire. Le public qui assiste aux séances, et les membres de l'Académie eux-mêmes, ne reconnaissent malheureusement pas toujours comme ils le devraient ces trop rares preuves de zèle. Plus d'une fois nous nous sommes retenu ici pour ne pas gourmander ceux-ci pour l'irrévérence avec laquelle ils quittent la séance longtemps avant l'heure, laissant l'orateur en face d'une demi-douzaine de membres, que le respect de leurs devoirs ou peut-être l'habitude tient cloués sur leur banquette ; ceux-là, pour le trouble et la distraction qu'ils jettent au milieu de l'assemblée par leurs indiscrètes causeries qui couvrent la voix du lecteur et empêchent les auditeurs bénévoles d'entendre...

Mais le moment serait mal choisi pour administrer notre mercuriale, ayant nous-même très-irrévérencieusement pris part, pendant une partie de la séance d'hier, à l'une de ces conversations illicites. Nous ajournerons donc à une meilleure occasion l'exposé de nos griefs à cet égard, et dans l'impossibilité où nous sommes d'entretenir nos lecteurs avec une suffisante connaissance de cause de ce qui s'est dit à la tribune, nous leur demandons la permission de leur répéter ce qui se disait dans un de ces groupes de causeurs. Aussi bien ne perdront-ils pas ainsi tout l'intérêt de la séance.

M. Velpeau a communiqué hier à la séance de l'Institut, nous disait un des interlocuteurs, le résultat d'expériences nouvelles, faites dans le but de provoquer l'anesthésie chirurgicale. Cette méthode, importée tout récemment à Paris par M. Azam, professeur suppléant à l'École de médecine de Bordeaux, et employée par M. Broca, auquel il l'avait communiquée, dans le service de M. Follin à Necker, a produit des résultats très-remarquables. M. Follin a pu pratiquer une opération douloureuse, l'incision d'un vaste abcès de la marge de l'anus chez une femme d'une pusillanimité excessive, sans qu'elle en ait eu conscience, l'opération ayant été faite pendant un sommeil anesthésique des plus profonds qui a duré environ dix minutes. Trois fois sur quatre, dans le même service, on a pu obtenir le même jour les phénomènes d'anesthésie et de catalepsie provoquée, annoncés par M. Azam.

Cette méthode n'est pas nouvelle, elle a été instituée en Angleterre, dès 1842, par M. Braid; mais elle était tombée depuis dans l'oubli.

Voici en quoi elle consiste :

On place à sept ou huit pouces au-dessus du front de la personne qu'on veut endormir un objet brillant qu'on l'engage à fixer. Il ne tarde pas à se produire, par suite de cette fixité du regard, un strabisme convergent et supérieur. Bientôt, quelques précautions accessoires aidant, le sujet éprouve d'abord une grande fatigue, puis, après un laps de temps variable de deux à trois minutes, la pupille se dilate et se contracte alternativement, les paupières vacillent, et le malade perd doucement connaissance. Alors survient une période d'anesthésie qui dure de trois à douze minutes environ. Pendant cette période les membres sont en catalepsie. Après l'anesthésie survient une hyperesthésie de tous les sens, surtout du sens de la température. Il serait trop long d'énumérer ici tous les phénomènes physiologiques qui se produisent dans cette circonstance. Qu'il nous suffise de dire que le moyen pour réveiller le malade est des plus simples. Il consiste à souffler vivement sur les paupières ou à les frictionner avec les doigts. Le malade s'éveille rapidement, sans conscience ni souvenir de ce qui s'est passé.

Ces expériences, faites sur des épileptiques et des hystériques convulsives, ont provoqué l'attaque. M. Azam ne pense pas que cette méthode puisse être employée dans tous les cas. L'expérience lui a démontré que les femmes, les enfants et les hommes jeunes et nerveux, étaient plus particulièrement susceptibles d'être hypnotisés. On nous a renvoyé pour plus amples renseignements sur ce sujet à l'article de Carpenter, dans l'*Encyclopédie* de Todd, au titre Sleep (sommeil), et à l'ouvrage de Braid, intitulé *Neurypneumology*. — 1842, Édimbourg. Nous y renverrons à notre tour nos lecteurs.

Voilà ce qui se disait hier dans un coin de la salle des séances de l'Académie, au grand préjudice de l'honorable rapporteur qui occupait en ce moment la tribune. Nous ne nous en tiendrons pas, comme bien on pense, à ces simples révélations d'une causerie clandestine. La communication de M. Velpeau à l'Académie des sciences, celle qui a dû être faite très-probablement aujourd'hui même à la Société de chirurgie, et les expériences qui ne vont pas manquer de se multiplier dans les hôpitaux, nous mettront à même de renseigner nos lecteurs d'une manière plus complète sur cet intéressant sujet. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Compte rendu des faits de diphthérite observés pendant le premier semestre de l'année 1859.

Par M. le docteur Eug. MOYNIER, chef de clinique (1).

Nous avons insisté dans le précédent article sur l'albuminurie comme étant l'expression d'une modification générale qui, affectant profondément l'économie, l'expose davantage aux accidents consécutifs. Dans l'observation qui suit, on peut voir que les reins étaient congestionnés, volumineux, et que la substance corticale était parsemée de granulations d'un rouge vif.

Angine diphthérique. — Paralysie du voile du palais; albuminurie très-prononcée. — Guérison de l'angine. — Mort par suite de l'albuminurie.

P..., Jacques, âgé de vingt-cinq ans, domestique, entre le 11 février 1859 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, 17. Ce garçon, de petite taille et ayant l'aspect d'un enfant de treize ou quatorze ans, avait été pris quatre jours auparavant, le 7 février, de frisson et de douleurs dans les jambes qui l'obligèrent de se coucher.

Le lendemain 8 février, un médecin lui ordonna un vomitif; l'état local n'en continua pas moins à s'aggraver, le cou devint le siége d'un gonflement considérable, la déglutition était impossible; le médecin reconnut la présence de fausses membranes dans la gorge, qu'il cautérisa avec le nitrate d'argent.

Le 10, on le purgea, et comme il n'y avait pas d'amélioration, on l'adressa à M. Trousseau. Le malade est très-pâle, très-abattu ; il a beaucoup de fièvre, les ganglions sous-maxillaires sont énormes, les piliers du voile du palais sont tuméfiés, rouges, violacés; il y a des fausses membranes sur les deux amygdales, et dans le pharynx on voit des taches blanches qui peuvent tenir à la cicatrisation de la fausse membrane ou à la cautérisation. La voix ni la toux n'ont le caractère croupal. On lui fait des cautérisations avec une solution concentrée de perchlorure de fer, et trois fois par jour on lui insuffle de l'alun en poudre. — Bouillons.

Le 12, le malade se trouve mieux, sa gorge le fait moins souffrir ;

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 15 et 22 novembre et 1er décembre.

FEUILLETON.

LA CIRCULATION DU SANG A L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE ET DANS LES MALADIES.

Dans les premiers âges de la médecine, la physiologie n'a été qu'un accessoire de la science médicale, et ses découvertes n'ont à peu près servi qu'à défrayer la curiosité publique. La pratique, guidée d'abord par l'empirisme, n'a pu faire son profit des faits scientifiques méthodiquement acquis qu'après un temps fort long, et alors que les progrès accomplis ont été de la dernière évidence, et ce n'est seulement que depuis le jour où la physiologie a entrevu les fonctions intimes de la vie organique — qui sont surtout mises en cause dans les maladies internes — qu'elle a pris en médecine le rôle considérable qui fait aujourd'hui de cette branche de l'art de guérir l'un des plus robustes appuis sur lesquels l'école de Paris aime principalement à étayer ses démonstrations. C'est qu'en effet le but de la physiologie appliquée à la médecine est de simplifier d'une façon notable les théories et les systèmes, et de leur servir au besoin de contrôle; d'éclairer la route de l'expérimentation thérapeutique, et d'entraîner les esprits loin des tâtonnements, de la routine et des préjugés traditionnels. C'est là, disons-le, la tendance caractéristique de notre époque.

Désireux d'apporter sa part contributive à l'œuvre commune, un jeune interne des hôpitaux, bien connu par les nombreuses communications qu'il a faites à l'Académie des sciences et par l'encouragement flatteur qui lui fut décerné par ce corps, savant à sa dernière séance solennelle, M. Jules Marey, a récemment entrepris dans sa dissertation inaugurale l'étude des phénomènes de la circulation (1). Ce travail a produit une certaine sensation dans le monde médical, et, comme il a réellement une incontestable valeur, il est de notre devoir d'en faire passer sous les yeux de nos lecteurs une analyse aussi fidèle que possible.

M. le docteur Marey a divisé son mémoire en trois parties bien distinctes : l'une, tout à fait hydraulique, renferme ce qui est relatif au mouvement général du sang dans les vaisseaux avec ses phénomènes accessoires : *locomotion artérielle*, *pouls*, *bruits vasculaires*, etc. ; l'autre, vraiment physiologique, comprend la partie vitale du phénomène, l'action spontanée des conduits vivants sur le liquide qui les traverse; enfin, la troisième partie est consacrée aux applications à la pathologie des connaissances physiologiques contenues dans les deux premières.

A. *De l'élasticité artérielle et de son rôle dans la circulation.* — Après avoir mis complétement de côté toutes les théories qui se sont successivement fait jour sur les mouvements du cœur, M. Marey prend le sang à sa sortie du ventricule gauche, c'est-à-dire à son entrée dans le système artériel. On avait enseigné jusqu'à ce jour qu'il n'était permis de considérer le retrait élastique des artères que comme une *force d'emprunt*, incapable de modifier la quantité du sang qui les traverse ; eh bien, ce serait là, paraît-il, une erreur qui tiendrait aux mauvaises conditions dans lesquelles se sont placés les expérimentateurs. Substituant à un écoulement continu sous une pression constante un écoulement intermittent qu'il a obtenu à l'aide du vase de Mariotte modifié, et comparant un tube inerte à un tube élastique, l'auteur n'a pas tardé à se convaincre qu'à égal calibre le tube élastique laisse écouler une plus grande quantité d'eau. De là résulte naturellement la conclusion suivante : *L'élasticité des artères est une propriété favorable au cours du sang dans les vaisseaux, au point de vue de la quantité qui les traverse.*

Ce fait nouveau n'est pas stérile en applications pratiques. Les artères ont-elles perdu de leur élasticité, comme dans l'ossification sénile, par exemple, le cœur rencontrant un obstacle véritable à l'accomplissement de sa systole ventriculaire, se trouvera, en vertu d'une loi pathogénique bien connue, dans les conditions de l'hypertrophie au même titre que dans le rétrécissement de l'orifice aortique. C'est un fait vulgaire que l'existence de l'hypertrophie cardiaque chez les vieillards, et c'est chez eux aussi que se trouve d'ordinaire l'ossification des artères. Plusieurs auteurs, et M. le professeur Andral en particulier, ont signalé cette coïncidence.

A propos de l'élasticité artérielle, la question de la *tension du sang* devait naturellement se présenter. M. Marey a multiplié à cette occasion les recherches expérimentales et imaginé une foule d'appareils ingénieux dont nous retrouvons les dessins dans sa thèse. Après avoir expliqué la tension du sang dans les artères, tension dont il attribue la force à l'obstacle que le sang éprouve dans les capillaires, il expose les nombreuses conditions qui peuvent la faire varier, et que nous pouvons résumer ainsi :

1° Toutes choses égales d'ailleurs, la tension est proportionnelle à la résistance de l'obstacle à l'écoulement (et pour la circulation sanguine l'obstacle réside dans le plus ou moins d'étroitesse des capillaires);

(1) *Recherches sur la circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies*; in-4° de 119 pages. Chez Adrien Delahaye; mars 1859.

les urines ne contiennent pas d'albumine. — Perchlorure de fer, alun, bouillons. Même traitement les jours suivants.

Le 15, l'état de la gorge est notablement amélioré, mais on constate que les urines sont très-albumineuses. A dater de cette époque, l'état de la gorge va toujours en s'améliorant, et chaque jour on constate une proportion croissante d'albumine dans les urines.

Le 23, la gorge est guérie, beaucoup d'albuminurie, faiblesse des membres ; 20 kilogr. au dynamomètre. — Huile de ricin, 20 grammes.

Le 24, il a eu cinq garde-robes, l'albuminurie est un peu moins abondante. Le malade se plaint d'éprouver un peu de difficulté à avaler.

Le 25, grande pâleur, un peu de bouffissure du visage, difficulté à avaler, beaucoup d'albumine dans les urines. — Deux cuillerées de sirop de citrate de fer.

Les 26, 27 et 28, nasonnement, faiblesse des membres ; grande difficulté à avaler, peu d'appétit, oppression. — Perchlorure de fer, 2 grammes dans un julep.

Le 3 mars, même état ; les jambes sont infiltrées.

Le 8, œdème pulmonaire caractérisé par la matité à la percussion et par des râles sibilants et muqueux à l'auscultation ; abondante expectoration de mucosités.

Le 9, albumine en quantité considérable ; elle forme par la chaleur ou l'acide nitrique un précipité épais. La voix est très-nasonnée ; on distingue à peine ce que dit le malade ; il rend ses aliments par le nez, il est très-pâle, il a de la faiblesse et des fourmillements dans les mains, qui marquent 18 au dynamomètre. Râles crépitants fins à gauche pendant l'inspiration ; un peu d'égophonie à droite, tout à fait à l'angle inférieur de l'omoplate. — Looch kermès 0,25.

Le 10, grand abattement; insomnie; impossibilité de prendre aucun aliment. — Solution de tannin, 2 grammes.

Le 12, le malade ne peut plus craober ni parler; sa voix est tout à fait imperceptible; toujours une quantité énorme d'albumine. — Tannin, 3 grammes.

Le 15, il succombe.

Autopsie, faite trente-six heures après la mort.

Rien dans le cerveau.

Les poumons présentent un œdème considérable. Le cœur ne renferme que des caillots passifs. Les reins, très-altérés, ne l'étaient pas assez cependant pour expliquer la mort. La substance corticale était pâle ; la substance tubuleuse très-injectée et les deux substances se détachant très-nettement l'une de l'autre.

Une observation recueillie avec un grand soin par M. Fontan, externe du service, où sont réunis tous les symptômes de la paralysie diphthérique, présente une sorte de résumé complet de cette affection. Nous regrettons que son étendue ne nous permette pas de la reproduire ici dans tous ses détails. En voici le résumé sommaire :

Une fille de vingt-huit ans, exposée à la contagion, contracte une angine couenneuse très-grave. Les urines renferment une quantité énorme d'albumine.

L'angine guérit au bout de douze jours ; l'albumine persiste pendant près d'un mois. A peine trois jours après la guérison de l'angine, paralysie du voile du palais, affaiblissement des mains, puis fourmillement dans les pieds. — Anesthésie.

Difficulté d'avaler, même les aliments solides ; sortie des boissons par le nez. Parole embarrassée; articulation des sons presque impossible ; troubles de la vue : la malade ne peut pas lire, les lettres sont brouillées.

Six semaines après le début de ces paralysies, la malade est prise tout à coup de convulsions qui se renouvellent plusieurs jours de suite.

Quinze jours après, paralysie de la vessie ; constipation opiniâtre, et enfin paraplégie persistante.

M. Trousseau compare l'action de la diphthérie et la paralysie qui lui succède à un empoisonnement : la paralysie serait l'effet d'une intoxication de l'économie par le principe morbide qui donne lieu à la diphthérie elle-même, lequel agirait à la façon d'un agent toxique, comme le plomb ou les poisons végétaux ou animaux. L'albuminurie prouve encore cet empoisonnement, ainsi que la diminution de la calorification. MM. Bernard et Gavarret ont démontré que toutes les régions du corps sont sous l'influence directe du système nerveux. La paralysie du grand sympathique produit une augmentation dans la température et dans l'activité de la circulation ; la paralysie des nerfs de sensibilité et du mouvement, la lenteur de la circulation et le refroidissement. C'est ce qui se trouve dans les paralysies diphthéritiques, où les fonctions de sensibilité et de mouvement sont altérées. Aussi voit-on du refroidissement, une nutrition imparfaite et l'anaphrodisie.

Diagnostic. — Le diagnostic de cette affection repose sur les commémoratifs ; l'existence antérieure d'une maladie diphthérique sera le meilleur signe. De plus, la maladie a une allure qui lui est propre et qui peut mettre sur la voie. On se souviendra que la paralysie du voile du palais signale ordinairement le début des accidents ; que les troubles de la vue se montrent avant la paralysie des muscles des membres ; que la faiblesse, les fourmillements commencent presque constamment par les extrémités inférieures ; enfin, la paralysie diphthérique a une marche progressive et n'atteint jamais d'emblée son maximum d'intensité.

M. Duchenne, de Boulogne, a constaté un fait important, c'est que, dans les paralysies diphthériques, la contractilité musculaire reste intacte, tandis qu'elle est supprimée ou diminuée dans les paralysies symptomatiques d'une affection de la moelle. Cette propriété des muscles de se contracter sous l'influence d'un courant électrique, alors que la volonté est impuissante à les faire agir, est également conservée dans la paralysie générale des aliénés et dans les paralysies suite d'intoxication alcoolique, saturnine ou mercurielle.

On a confondu la paralysie diphthérique avec une paralysie d'origine syphilitique. Les commémoratifs suffiront pour éviter une pareille erreur. On l'a confondue aussi avec une paralysie hystérique, avec une idiotie, chez un enfant dont la parole était lente, la démarche incertaine.

Dans la paralysie générale, les accidents arrivent lentement, la langue est la première affectée; les malades bégayent; il y a de la lenteur, de l'hésitation, de la difficulté à prononcer certains mots; les mains deviennent vacillantes, les pieds traînent sur le sol. La paralysie du pharynx arrive la dernière, et c'est le contraire dans la diphthérie.

Dans la myélite, la paralysie est bornée aux membres inférieurs; il n'y a pas d'extension rapide aux membres supérieurs; il y a une constriction qui enlace le tronc en forme de ceinture ; on voit survenir des soubresauts, des crampes, des contractures.

Enfin, M. Brochin et M. Landry ont décrit une paralysie ascendante aiguë qui offre avec celle dont nous nous occupons de grandes analogies. Elle succède à des maladies graves et gagne de proche en proche; mais elle débute par les membres inférieurs et ne reste jamais, comme la paralysie diphthérique, limitée à un seul organe.

Pronostic. — Ordinairement, après un temps plus ou moins long, la maladie se termine par la guérison. La durée varie de quelques semaines à plusieurs mois.

M. le Dr Herpin (de Tours), en 1843, contracta une diphthérie en soignant un enfant atteint de croup ; le rétablissement fut très-lent; il restait de la pâleur, et quinze jours plus tard il survint des troubles de la vue, de la paralysie du voile du palais, un reflux des aliments par les narines; puis enfin, de la paraplégie, et pendant huit mois il fut obligé de cesser toute occupation.

Les malades que nous avons traités ont guéri au bout de quatre à six mois.

Tous les cas n'ont pas été aussi heureux : la maladie se termine quelquefois par la mort. Celle-ci survient de deux manières. Par les progrès incessants de la maladie, la faiblesse augmente, les fonctions s'altèrent, et tout à coup, lorsque le malade est en apparence assez bien, une syncope mortelle arrive. C'est ainsi qu'est mort Jacques P..., dont l'observation est si remarquable. Ou bien les malades s'éteignent lentement, par degrés insensibles.

D'autres fois, ainsi qu'on en a observé cette année un ou deux exemples, la paralysie du pharynx, celle de l'épiglotte laissent pénétrer les matières alimentaires dans le larynx, et la mort survient par suffocation.

Un garçon de huit ans entre pour une diphthérie dans le service de M Gillette, si malheureusement enlevé lui-même à la science et à ses nombreux amis par une angine couenneuse. Il guérit. Quinze jours après, nasonnement, dysphagie, paraplégie, pâleur, affaiblissement général, parole difficile, troubles de la vue. Au moment d'un repas, menace d'asphyxie, qui cessa lorsqu'on eut débarrassé le pharynx des matières alimentaires qui l'encombraient.

M. Pisati rapporte l'observation suivante : un enfant a une angine bénigne, quelques jours après une paralysie : démarche titubante ; la tête, trop lourde, retombe sur la poitrine. Amélioration ; la paralysie diminue. Tout à coup, en mangeant, l'enfant meurt sans prononcer une parole. On pratique la trachéotomie après la mort, et à l'autopsie on trouve un bol de bouilli mâché qui obstruait la trachée.

M. Tardieu, médecin de l'hôpital Lariboisière, a publié dans l'*Union médicale* un fait semblable, dont la *Gazette des Hôpitaux* a reproduit une analyse suffisamment détaillée pour que nous croyions devoir nous dispenser d'y revenir ici. (*Voir* le numéro du 15 octobre dernier.)

Traitement. — Dans le traitement de la paralysie consécutive à la diphthérie, le médecin doit avoir un double but : combattre l'état local et rétablir la constitution affaiblie. Il est de son devoir de n'attacher qu'une importance en quelque sorte secondaire à la faiblesse musculaire et d'apporter toute son attention, de donner tous ses soins à l'état général dont la modification sera le point de départ et comme le signal du rétablissement des forces.

Le traitement auquel on aura recours consistera donc dans les médicaments toniques. En tête se trouve le quinquina ; c'est celui qu'on emploie le plus souvent, soit sous forme de sirop, de vin, à la dose de 60 à 100 grammes, soit en extrait à la dose de 1 à 4 grammes, ou bien on administre la poudre de quinquina calysaya dans une infusion de café noir.

M. Trousseau emploie en même temps les préparations ferrugineuses; la préparation à laquelle il donne la préférence, c'est le sirop de citrate de fer ammoniacal, dont on donne deux cuillerées chaque jour :

Citrate de fer.	25 grammes.
Ammoniaque liquide.	20 —

Ajoutez eau, 50 grammes.

Faites chauffer jusqu'à ce que la solution ne dégage plus de vapeurs ammoniacales ; ajoutez alors 950 grammes de sirop simple, et mélangez exactement.

C'est une préparation très-soluble et très-active; elle a, en outre, cet avantage d'être presque insipide et exempte de ce goût métallique désagréable, de ce goût d'encre qu'ont habituellement les composés ferrugineux. M. Trousseau la préfère au perchlorure de fer, qu'il emploie aussi quelquefois, mais sans lui reconnaître de propriétés spécifiques (1).

Le perchlorure de fer s'administre à la dose de 2 à 8 grammes

(1) Je rappellerai à ce propos, en réponse à la lettre de M. Aubron, que non-seulement nous employons le perchlorure de fer comme caustique en solution concentrée, mais que nous l'employons aussi à l'intérieur comme tonique ; — alors nous l'administrons sous forme de sirop ou dans un julep, à la dose de 4 à 10 grammes. Cela est indiqué dans plusieurs observations, et rappelé au traitement du croup, de la diphthérie pharyngée, ainsi que de la paralysie diphthérique.

2° La tension est proportionnelle à l'intensité de l'afflux, c'est-à-dire, dans la circulation sanguine, à l'intensité de l'action du cœur ;

3° Enfin la tension sanguine varie-t-elle dans son trajet à travers les voies artérielles, et comment se font ces changements ?

Nous regrettons vivement de ne pouvoir suivre l'auteur dans les longs et très-savants développements qu'il a consacrés à ce sujet, et qui accusent chez lui énormément de travail ; mais nous avons hâte de dire qu'il a établi toute une théorie du mouvement de l'ondée sanguine, qui est assez différente de toutes celles qui ont eu cours jusqu'à présent dans la science. Pour lui, il n'existe pas de véritable retard entre le battement d'une artère rapprochée du cœur et celui d'une artère éloignée; les pulsations commencent en même temps dans toutes les artères, mais elles ne sont pas complètes au même instant, et le retard ne porte que sur le maximum de la pulsation. Partant de cette idée, M. Marey explique certains phénomènes que le médecin a chaque jour l'occasion de consulter, le pouls et les bruits artériels.

De ses expériences il résulte :

1° Que la force avec laquelle le pouls est perçu n'exprime pas ordinairement la force déployée par le cœur ; mais l'intensité de la pulsation augmente toutes les fois que la tension artérielle diminue;

2° Que la pulsation est supprimée au-dessous d'un anévrysme, non pas par les caillots qu'il peut renfermer, mais par l'élasticité de la poche qui ramène la tension intermittente à un état uniforme.

3° Les bruits de souffle du cœur à l'orifice aortique, et ceux que l'on constate dans le système artériel, ainsi que les variétés du pouls qui leur correspondent, sont produits par une condition commune de l'état circulatoire : *la faiblesse de la tension artérielle.*

Pour M. Beau les souffles artériels bien prononcés de la chlorose, de l'anémie et de certaines phlegmasies, sont dus à l'existence d'une ondée volumineuse lancée par le cœur. Pour M. Marey, au contraire, l'ampleur des pulsations et la production des bruits tiennent à la faible tension artérielle.

Tout praticien a eu quelquefois l'occasion d'observer le *pouls dicrote*, qui consiste, on le sait, en deux pulsations se suivant de très-près, mais la seconde étant plus faible que la première. Ce dicrotisme de l'artère radiale, M. Marey le compare ingénieusement à l'écho d'une ondée sanguine qui se réfléchit à la bifurcation inférieure de l'aorte sur l'éperon des deux artères iliaques, de même que les ondes sonores se trouvent réfléchies par les surfaces qu'elles rencontrent. Le doigt qui explore l'artère fémorale ne reçoit pas la sensation du pouls dicrote; il ne perçoit qu'une fois le choc. Cela tiendrait à ce que cette artère émane du point où se réfléchit l'ondée. La pulsation est double sur les artères qui naissent près de l'origine de l'aorte, par conséquent près de l'endroit d'où part l'ondée lancée par le cœur, et auquel elle retourne après sa réflexion.

B. *De la contractilité vasculaire, et de son rôle dans la circulation à l'état sain et à l'état pathologique.* — L'existence de la contractilité vasculaire est aujourd'hui surabondamment démontrée ; beaucoup d'auteurs en ont donné des preuves. Depuis la grande découverte de M. Cl. Bernard sur l'influence du grand sympathique sur le système vasculaire, M. Marey n'hésite pas à considérer les contractions des artères comme étant de même nature que les contractions intestinales. On sait qu'une excitation modérée fait contracter les vaisseaux et qu'une excitation excessive les fait dilater. Comment a lieu cette dilatation ? Est-elle active ou passive, *atonique* ou *paralytique*, comme disait Henle ? Notre jeune et distingué confrère penche pour cette dernière opinion, et il admet avec l'auteur allemand que nous venons de citer, une paralysie vasculaire dépendant de l'action d'un excitant trop fort, en un mot un *épuisement par excès d'excitation.*

Quel est maintenant le rôle de la contractilité vasculaire dans la circulation, et quels sont les phénomènes qui lui sont immédiatement liés ? Il y a d'abord un premier point à établir, c'est l'effet de la dilatation ou du resserrement des vaisseaux sur la quantité de liquide qui les traverse. Or, la plupart des physiologistes avaient admis que la dilatation des capillaires retarde le cours du sang et que leur contraction l'accélère, et, chose étrange ! en avançant cette opinion ils avaient cru s'appuyer sur les lois de la physique. Quelques rares expérimentateurs avaient toutefois reconnu cette erreur, et M. Marey, invoquant les véritables principes de l'hydraulique, établit la thèse absolument opposée : *La contraction des vaisseaux ralentit la circulation ; leur dilatation l'accélère.*

Ces deux états si opposés de contraction et de dilatation des capillaires présentent comme signes certains des modifications dans la température, la coloration et le volume des parties. D'après les expériences de M. Cl. Bernard, on sait, en effet, que la section du grand sympathique fait élever la température de la partie correspondante du corps d'un animal, qu'il s'ensuit une plus grande rapidité de la circulation, et que si l'état de contraction des vaisseaux devient plus ou moins énergique, de même la coloration de ces mêmes régions périphériques prend une teinte toute particulière, et leur volume s'accroît en raison de l'afflux de sang qui s'y porte.

A la contractilité vasculaire sont affectés certains nerfs. Ainsi, M. Cl. Bernard a prouvé que le grand sympathique est le système nerveux qui préside à la contraction des vaisseaux capillaires, que d'autres nerfs lui sont antagonistes et déterminent, au contraire, un relâchement qu'il ne faut pas confondre avec une dilatation active. Ces nerfs,

dans un julep, ou bien en sirop à la dose de 40 grammes dans les vingt-quatre heures.

Un médicament plus énergique, qui agit à la fois sur l'état général en stimulant l'appétit et en excitant toutes les propriétés vitales, et sur l'état local en réveillant la contractilité musculaire par les contractions qu'il détermine quelquefois, c'est la strychnine, qui rend de grands services dans l'affection qui nous occupe.

M. Trousseau l'administre sous deux formes; tantôt il fait prendre, espacées dans le courant de la journée, de deux à quatre cuillerées de sirop de sulfate de strychnine, ainsi formulé :

Sulfate de strychnine. . . . . 5 centigrammes.
Sirop simple. . . . . 100 grammes.

De telle sorte que 10 grammes de sirop contiennent 5 milligrammes ou un demi-centigramme de sulfate de strychnine. On peut en faire prendre de 1 à 3 centigrammes espacés dans les vingt-quatre heures. Si les malades ont des secousses convulsives dans les membres, on diminue la dose du médicament; mais il faut, autant que possible, pour obtenir un effet appréciable, arriver à produire des démangeaisons à la peau.

M. Trousseau donne aussi la teinture de noix vomique à la dose de 5 à 10 gouttes par jour.

Sous l'influence de la strychnine, l'appétit se réveille et augmente chaque jour, les forces renaissent et l'énergie reparaît. Ce résultat a été évident chez Marianne G..., dont la paralysie ne paraissait modifiée par aucun des moyens que l'on avait employés, et qui éprouva une amélioration très-sensible aussitôt qu'on eut recours aux préparations de strychnine. Chez tous les malades auxquels nous avons vu administrer ce médicament, les fonctions digestives ont aussitôt recouvré leur énergie, et l'appétit s'est rétabli. M. Thirial avait noté ce fait dans l'observation que j'ai rapportée, et il dit qu'à partir du moment où elle prit de la noix vomique la malade eut une faim dévorante. Certainement c'est le moyen qui nous a paru le plus efficace de tous ceux que nous avons vu employer.

Les bains toniques ont rendu de grands services, ainsi que les bains aromatiques, les bains sulfureux, les bains de mer; ces derniers sont même très-efficaces. Mais il n'est pas toujours possible de les employer. Ainsi, pendant la saison froide, il serait très-imprudent de baigner fréquemment des individus convalescents d'une affection grave des organes respiratoires. Ensuite on n'a pas toujours des bains à sa disposition. Les bains de mer n'ont qu'une saison limitée, et d'ailleurs toutes les familles ne peuvent pas s'imposer les frais qu'ils nécessitent. Les bains sulfureux ne peuvent pas être régulièrement administrés dans les appartements étroits des grandes villes, et, d'un autre côté, les parents n'ont pas toujours le loisir de conduire chaque jour les enfants prendre leur bain et d'exercer la surveillance nécessaire pendant la durée et après la sortie du bain.

Mettant de côté ces considérations pour ne nous occuper que de la question thérapeutique, nous conclurons que les bains sulfureux, et surtout les bains de mer, devront être conseillés, parce qu'ils concourent d'une manière non douteuse à la guérison.

L'efficacité des bains de mer a été incontestable pour M. le docteur Labbé; à chaque bain, il sentait ses forces revenir et la paralysie diminuer : de la part d'un médecin qui observait lui-même sa propre maladie, le fait est plus concluant que s'il s'agissait d'un malade rendant compte des effets qu'il éprouve. Chez M. Herpin, chirurgien de l'hôpital de Tours, le résultat est moins facilement appréciable. La paralysie durait depuis six mois, et dès le second bain de mer il a retrouvé ses forces. Or, nous avons vu que, dans les cas ordinaires, la durée moyenne de la maladie est de trois à six mois. D'un autre côté, ce serait un effet bien rapide que celui qu'on obtiendrait de deux bains de mer seulement.

Il faut joindre à ces moyens une alimentation substantielle; les viandes rôties, le vin, le café, les promenades au grand air, l'exercice, etc.

Pour modifier l'état local, on doit agir sur les extrémités nerveuses, afin de stimuler le système nerveux le plus énergiquement possible en agissant sur les terminaisons nerveuses qui sont à notre portée; pour cela, on a recours aux frictions, aux lotions, à l'électricité.

On fait des frictions le long de la colonne vertébrale et sur les membres avec des brosses de crin, de flanelle, des linges rudes; ces frictions sont répétées plusieurs fois par jour et assez énergiquement pour congestionner la peau.

On peut les remplacer par des lotions faites au moyen de liquides aromatiques : ainsi de l'eau-de-vie camphrée, du vin aromatique, ou bien du baume Nerval ou de Fioraventi, etc. Mais à ces moyens on doit préférer l'électricité. Je ne veux pas insister sur le procédé opératoire; je dirai seulement que par l'électricité on agit à volonté avec les éponges sur les muscles paralysés, et par le pinceau ou les plaques sur la peau et la sensibilité cutanée. C'est un moyen utile associé avec les toniques administrés à l'intérieur, mais qui employé seul serait tout à fait insuffisant.

C'est dans ce même but, d'exciter, de stimuler les extrémités périphériques des nerfs, qu'on avait conseillé les vésicatoires; mais leur utilité est très-contestable. Il en est de même des saignées générales ou locales, médication dont le moins qu'on puisse dire c'est qu'elle est impuissante.

En résumé, il faut placer le malade dans les conditions hygiéniques les meilleures possibles, lui procurer une alimentation tonique, réparatrice; administrer du quinquina, du fer, et aussi de la strychnine; lui faire prendre des bains sulfureux, des bains de mer, et employer l'électricité, les frictions, et enfin attendre; car, il faut l'avouer, malgré toutes ces ressources thérapeutiques, la maladie doit durer un certain temps, et le temps seul finit par en triompher.

ANÉVRYSME POPLITÉ

guéri par la compression digitale intermittente,

Par M. le Dr Ségrestan, de Beaumont-de-Lomagne (Tarn-et-Garonne).

Il y a à peine quelques années que l'opinion médicale n'accordait aucune valeur à la compression exercée sur les vaisseaux dans le traitement des anévrysmes : ce moyen n'était guère pratiqué que lorsque les malades se refusaient obstinément à une opération.

Employée depuis les temps les plus reculés jusqu'au milieu du dix-huitième siècle, abandonnée ensuite à l'époque de l'opération huntérienne, la compression fut remise en honneur par les médecins de la Grande-Bretagne, et les travaux de Luston et de Bellingham vinrent lui donner un nouvel éclat. Les appareils compresseurs se perfectionnèrent, ne s'appliquèrent plus comme autrefois sur le sac anévrysmal, et de nombreux succès furent enregistrés. Dès lors l'attention des médecins fut éveillée sur ce point important de pratique, et les observations de M. Vanzetti, de Padoue, et de M. Michaux, de Louvain, sont venus récemment démontrer que le doigt appliqué sur l'artère était le meilleur des compresseurs.

L'observation qui suit donne une nouvelle preuve de l'efficacité de la compression digitale, en faisant voir, en outre, que dans son application la persévérance est un élément du succès.

Le nommé Antoine M..., âgé de 42 ans, journalier, d'une constitution robuste, vint me consulter dans le commencement de l'année 1858 pour une douleur qui siégait dans le creux poplité et qui s'étendait jusqu'à la malléole interne. Je ne pus constater par l'examen du membre aucune cause qui pût expliquer cette douleur, et pensant avoir à traiter une névralgie d'une des branches du nerf sciatique poplité, je conseillai des applications narcotiques et deux vésicatoires volants. La douleur disparut au bout de quelques jours, et le malade reprit ses travaux des champs. Quinze mois après, 5 avril 1859, il me fit appeler chez lui; il avait été obligé de suspendre ses travaux; sa marche était pénible et douloureuse, et il était surtout effrayé par la présence d'une tumeur qui, disait-il, avait grossi peu à peu, mais qui cependant, jusqu'à ce jour, lui avait permis de vaquer à ses occupations.

Je constatai, en effet, une tumeur ovoïde de la grosseur d'une orange, qui remplissait tout le creux du jarret du côté droit. Cette tumeur était molle, extensible; elle présentait au toucher des mouvements d'expansion, et l'oreille appliquée sur elle me fit entendre un bruit de souffle simple qui ne me donnait plus de doute sur la nature de l'affection. Je priai mon père, qui avait été depuis longtemps son médecin, de venir l'examiner le lendemain matin, et nous ne pûmes constater aucune lésion qui pût expliquer la présence de cet anévrysme. Les mouvements d'expansion furent de nouveau reconnus, et le bruit de souffle disparaissait par la compression de l'artère fémorale, qui était souple et s'effaçait sans peine par la pression.

Le diagnostic de l'anévrysme étant suffisamment établi, je songeai à la compression digitale, qui vient de donner de beaux résultats, sans me dissimuler toutefois les difficultés que je rencontrerais dans son application; autant, en effet, ce procédé est facile à exécuter dans les grands hôpitaux, où l'on a des aides intelligents et nombreux, autant il est peu applicable dans la pratique civile. Je fis cependant comprendre à mon malade, intelligent du reste, toute l'importance de la compression, tous les dangers d'une opération sérieuse et qui n'était pas toujours suivie de succès, et confiant dans son courage, je commençai moi-même la compression le mercredi 6 avril : elle a été pratiquée sur l'artère fémorale, au point où cette artère va passer au-dessous du muscle couturier.

Dans le courant de la journée, j'exerçai le malade à la faire, et il la pratiqua la lendemain par intervalles, de telle sorte que l'on peut évaluer à huit heures sur vingt-quatre le temps pendant lequel la circulation fut interrompue dans le membre.

Le 8, le 9, le 10 et le 11 avril, aucun changement, aucune amélioration ne furent constatés. Le malade était fatigué, mais la compression n'avait pas été douloureuse. Je l'engageai à la faire pendant un temps plus long, de telle sorte qu'elle fut pratiquée douze heures sur vingt-quatre dans la journée.

Le 15, je remarquai que la tumeur était devenue plus dure, que les mouvements d'expansion étaient moins forts, que l'œdème des malléoles avait presque disparu; mais le bruit de souffle avait conservé toute son intensité.

Le 17, je reçus la visite d'un de mes confrères et amis M. Delpech, de Larrazet, et je le priai de m'accompagner chez mon malade; il constata les mêmes phénomènes, engagea le malade à la persévérance, et conseilla en même temps des applications de perchlorure de fer : mais une dermite vésiculo-pustuleuse, qui se déclara au bout de trois jours, me fit renoncer à ce dernier moyen, et nous continuâmes la compression.

Le 22, le malade était plein d'espérance; il me dit que sa tumeur avait diminué considérablement depuis deux jours; et, en effet, vers le 25 au soir, toute trace d'anévrysme avait complétement disparu : plus d'expansion, plus de bruit de souffle.

Vers le milieu du mois de mai, le malade reprit ses travaux, et la guérison s'est jusqu'ici maintenue.

SUR LES CAUSES QUI PRODUISENT LA DIRECTION EN SPIRALE

des vaisseaux ombilicaux,

Par M. le docteur John Simpson.

On sait que l'enroulement spiral des vaisseaux et du cordon ombilical a été expliqué par M. Velpeau par des mouvements de rotation exécutés par le fœtus. M. Schrœder van der Kolk l'attribue à la pression du sang, plus considérable dans les artères que dans la veine ombilicale. De ces deux explications, il

on les a trouvés en différents points de l'économie. Nous citerons, par exemple, les filets émanés de la corde du tympan pour les vaisseaux de la glande sous-maxillaire, le nerf auriculaire antérieur pour les vaisseaux de l'oreille du lapin, la terminaison des pneumo-gastriques pour les vaisseaux du rein.

La contractilité vasculaire est susceptible d'être modifiée par certains agents plus ou moins directs. Nous noterons en première ligne l'action de la pesanteur, dont personne n'ignore l'influence sur la circulation veineuse et même sur la circulation artérielle, ce dont on ne parle que trop peu dans les traités de physiologie. Il existe alors des conditions de tension inégale pour différents points; de là une contractilité inégale aussi des vaisseaux. M. Marey cite des exemples à l'appui, et il les tire de la position successivement verticale et horizontale du corps.

Pendant la veille et le sommeil un antagonisme constant s'opérant entre la tension sanguine et la force contractile des vaisseaux qui le supportent, il doit nécessairement résulter un état régulier de ces deux forces opposées, qui, si l'on veut, sera l'*équilibre*. On conçoit alors comment cet équilibre peut être rompu par l'augmentation uniforme de l'une des deux forces, et comment s'expliquent les troubles circulatoires consécutifs. A ce propos, voici en quels termes M. Marey se rend compte de la syncope : « On sait, dit-il, que le meilleur moyen de faire passer la syncope est de tenir le sujet dans une position horizontale, la tête aussi bas que possible. Dans ce cas, on produit dans les vaisseaux de la tête une tension considérable, qui lutte avec énergie contre la contraction des vaisseaux ou supplée à la faiblesse de la force impulsive du cœur, et ramène ainsi l'état circulatoire normal dans les vaisseaux de l'encéphale, et par suite le jeu régulier du système nerveux. Par contre, la syncope a d'autant plus de chances de se produire, dans toutes les conditions qui peuvent la déterminer, que le sujet est dans une position plus verticale. Ainsi, dans la saignée, on sait que la syncope se produit très-facilement si le patient se tient debout. »

Enfin, parmi les agents extérieurs susceptibles de modifier la contractilité des vaisseaux, nous citerons le traumatisme, le froid, la chaleur et l'électricité.

C. *Applications des connaissances physiologiques à la médecine.* — Cette partie de l'important travail de M. Marey peut se résumer dans les quelques propositions qui vont suivre.

L'état de plus ou moins forte contraction des vaisseaux se traduit dans les maladies par deux états pathologiques tranchés :

1° La contraction trop forte, par l'algidité;

2° La contraction trop faible, par la fièvre ou la congestion locale.

Dans chacun de ces états pathologiques s'observent les signes que nous avons donnés physiologiquement, d'après l'auteur, de l'état de contraction ou de dilatation vasculaire, soit du côté des tissus, température, couleur, volume, soit du côté de la tension sanguine, qui nous est révélée par les caractères du pouls et des bruits de souffle vasculaire.

De même que dans les expériences physiologiques, on voit en pathologie la contraction des vaisseaux suivie de relâchement, l'algidité suivie de fièvre (ce qui a été appelé à tort période de réaction).

L'inflammation dans la première période est un état congestif dû à l'atonie vasculaire; toutes les causes d'inflammation s'expliquent par la théorie de l'Épuisement suite d'une excitation trop forte.

Les théories anciennes, transmises par tradition, ont amené à admettre dans l'inflammation une activité locale, une force inflammatoire; mais la physiologie nous montre que dans une partie enflammée il n'y a que débilité. Ces théories anciennes ne doivent, du reste, pas arrêter les idées nouvelles, car elles ont été établies à une époque où l'on ne connaissait rien de la circulation du sang.

La théorie nouvelle, basée sur les expériences physiologiques modernes, offre de grands avantages pour expliquer beaucoup de points de la marche des inflammations : ainsi la tendance des phlegmons à s'ouvrir à l'extérieur, l'étranglement inflammatoire, la tendance spontanée des congestions à se résoudre au bout d'un certain temps, l'action curative de la plupart des traitements antiphlogistiques chirurgicaux et médicaux, etc.

Là se termine la tâche assez difficile que nous nous étions imposée. M. le docteur Marey, pour une nouvelle recrue de la savante phalange des physiologistes, a bien gagné ses éperons, et nous pouvons lui prédire un bien bel avenir si, comme nous le croyons, il persévère dans ses travaux de physiologie expérimentale. Sa thèse porte le cachet d'une originalité peu commune, et lorsqu'on a fait d'une manière aussi brillante son entrée dans la carrière, on doit sans cesse se rappeler que *succès oblige*.

Dr Legrand du Saulle.

Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les bandages, les appareils de fractures, les pessaires, les ponctions, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, etc. 1860, 3e édition. Un volume grand in-18, avec 307 figures; par M. A. Jamain, chirurgien des hôpitaux, etc. Prix : 7 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

est fort difficile de faire concorder la première avec la régularité et la direction presque constante de la spirale; la seconde est au moins insuffisante.

M. Simpson essaye de rendre compte du phénomène à l'aide des considérations suivantes :

L'enroulement du cordon ombilical ne se produit qu'à partir de la huitième ou de la dixième semaine. Or, à cette époque et un peu plus tard encore, l'aorte est située dans la région dorsale, sur le côté gauche de la colonne vertébrale, à laquelle elle est parallèle, puis elle se porte de gauche à droite, décrivant une courbe à concavité dirigée à droite, pour se diviser en artères iliaques primitives droite et gauche.

Il résulte de cette direction de l'aorte que l'iliaque primitive droite forme avec elle un angle moins considérable (de 14 degrés environ) que le gauche; en outre, l'iliaque droite est beaucoup plus volumineuse que la gauche; le courant sanguin est par conséquent beaucoup plus énergique dans la première de ces artères.

Cette inégalité des courants se propage nécessairement aux artères ombilicales. Or il est facile de voir que l'influence de ce courant sur les vaisseaux doit être telle qu'elle les porte à croiser la direction de la veine ombilicale vers laquelle il se dirige. Si les deux courants étaient égaux, ils se contre-balanceraient, et la résultante étant dirigée suivant l'axe du cordon ombilical, l'effet serait nul. Mais comme la force qui agit à droite est la plus considérable, elle l'emporte de toute nécessité sur celle qui agit du côté gauche. L'enveloppe que l'amnios fournit au cordon fait que cette force, au lieu de porter l'artère ombilicale droite à croiser la veine de droite à gauche et de bas en haut, tendra à lui faire simplement contourner cette veine dans la même direction; l'artère du côté gauche, traversée par un courant moins énergique, suivra passivement ce mouvement. En réalité, grâce à l'attache placentaire du cordon, le résultat de cette impulsion est de faire tourner le fœtus suspendu dans l'eau de l'amnios autour de la veine ombilicale comme axe, et c'est ainsi que se produit l'enroulement en spirale du cordon, qui devient ensuite permanent par les progrès de l'organisation.

M. Simpson fait remarquer à l'appui de sa théorie que la direction de la spirale, comme cela doit être, se dirige de gauche à droite dans la grande majorité des cas (vingt-huit fois sur trente-deux environ). Il arrive cependant quelquefois qu'elle suit une direction inverse; or dans un cas de ce genre l'artère iliaque droite se dirigeait de droite à gauche en passant derrière la veine ombilicale au lieu de passer devant; si la théorie de Simpson est juste, cette disposition avait pour conséquence nécessaire la torsion du cordon en sens inverse de ce qui se voit habituellement.

(*Edinburgh med. Journ.* et *Gaz. hebd.*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 décembre 1859. — Présidence de M. Cruveilhier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports de M. le docteur Lemaire, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Cosne, sur une épidémie de croup et d'angine qui a régné dans la commune d'Arquian (Nièvre), et de M. le docteur Jacquolot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Napoléonville, sur une épidémie de dysenterie et de fièvre typhoïde qui a sévi récemment parmi les jeunes détenus de la colonie de Langonnet (Morbihan). (Commission des épidémies.)

— M. Larrey présente au nom de M. le docteur Isid. Dukerley, médecin major au 66e régiment d'infanterie, une note sur les opérations de vaccination et de revaccination pratiquées sur les hommes de ce corps. (Commission de vaccination.)

RAPPORTS.

Traitement de la chorée par l'électricité. — M. Blache lit, en son nom et au nom de MM. Trousseau et Bouvier, un rapport sur le mémoire dont M. Briquet a donné lecture dans l'une des précédentes séances, sous ce titre : *Traitement de la chorée par la faradisation.* Après avoir exposé les idées de M. Briquet sur l'affection choréique et les résultats de la faradisation appliquée au traitement de cette maladie, M. Blache apprécie en ces termes les faits contenus dans ce mémoire :

« Peut-être les cas observés par M. Briquet étaient-ils légers et pouvaient-ils ne point devenir graves; peut-être aussi est il tombé sur une série favorable, comme cela se voit de temps en temps; mais toujours est-il que ces faits portent avec eux un grand intérêt, et qu'il est fort désirable que ces recherches soient continuées.

» Une objection que ne s'est point dissimulée M. Briquet, et qui n'est pas sans une certaine valeur, c'est l'excessive douleur produite par la faradisation, douleur telle qu'il s'est vu plusieurs fois obligé d'avoir recours au chloroforme pour en faire cesser les angoisses, ou pour vaincre la résistance qu'opposaient les malades à l'emploi de ce moyen.

» Aussi croyons-nous que sauf dans les cas de chorée très-grave, ou rebelles aux traitements le plus habituellement efficaces, la faradisation aura peu de chances d'être acceptée, surtout en ville. »

M. le rapporteur propose, au nom de la commission, d'adresser des remercîments à M. le docteur Briquet, et de renvoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

Auscultation céphalique. — M. de Kergaradec, au nom d'une commission composée de MM. Blache, Laugier et de Kergaradec, rapporteur, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Henri Roger, intitulé : *Recherches cliniques sur l'auscultation de la tête.*

Il y a environ vingt-six ans, en 1833, dit M. le rapporteur, un médecin de Boston (Etats-Unis), M. le docteur Fisher, communiquait à une société savante les résultats de ses recherches sur l'auscultation appliquée aux maladies de la tête. Cinq ans plus tard, en 1838, il insérait un mémoire sur le même sujet dans un journal américain. Les études de notre confrère d'Amérique, sur l'auscultation de la surface crânienne, lui révélèrent l'existence dans cette région de plusieurs bruits, dont les uns y avaient leur siége primitif et les autres, nés ailleurs, n'y étaient entendus que par voie de propagation ou de simple retentissement. M. Fisher crut avoir trouvé un moyen de diagnostic précieux, propre à répandre la plus grande lumière sur la séméiotique des maladies de l'encéphale. Un autre Américain, M. le docteur Whitney, alla plus loin encore; il prétendit avoir reconnu, outre le souffle, différents autres bruits, tels que l'égophonie qu'il appelle cérébrale, des bruits musicaux, etc.

Ces publications firent peu de bruit; lorsque parut la première édition du *Traité pratique d'auscultation*, MM. Barth et Roger, se fondant sur le résultat négatif de leurs observations, élevèrent des doutes sérieux sur la réalité des phénomènes signalés, et surtout sur la valeur séméiotique qui leur était attribuée. Toutefois M. Roger voulut soumettre sa propre sentence à une révision sérieuse et sévère. Il a donc recommencé les recherches, qui font l'objet du mémoire qu'il a lu à l'Académie.

M. le rapporteur donne une analyse détaillée du mémoire de M. Roger, dont nous avons déjà publié un extrait, et il résume son appréciation en ces termes :

L'auscultation céphalique, quand elle est praticable, a quelques avantages sur l'auscultation des gros vaisseaux du cou, souvent rendue impossible par l'indocilité de l'enfant. Elle peut être pratiquée dans le sommeil ou pendant l'allaitement; elle sera donc toujours possible et souvent facile. Ces résultats sont bien minces sans doute, si on les compare à ceux qu'avaient annoncés les auteurs de la méthode. En présence d'une telle déception, on ne s'étonne pas que M. Roger se prenne à regretter un peu les peines qu'il s'est données pour recueillir de nombreuses observations. Cependant l'auscultation de la tête, découverte il y a plus d'un quart de siècle, est encore un signe neuf. Qui peut savoir ce que l'avenir lui prépare? car la science de l'auscultation médicale n'a pas dit son dernier mot.

La commission propose :

1° D'adresser des remercîments à M. le docteur Roger et de l'inviter à donner suite à ses recherches;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication.

— M. de Kergaradec lit, au nom de la même commission, un deuxième rapport sur une lettre de M. Nonat, adressée à l'Académie à l'occasion du mémoire de M. Roger.

Le travail de M. Nonat a pour titre : *Note sur la chloro-anémie des enfants.* « Notre honorable confrère, dit M. le rapporteur, annonce qu'il se livre depuis sept ans à des recherches sur l'altération de composition du sang chez les enfants, sujet, dit-il, que le docteur Roger n'a traité dans son mémoire qu'en passant.

» Nous aurons l'honneur de faire remarquer à l'Académie qu'un travail ayant pour objet spécial l'auscultation de la tête ne pouvait entrer dans beaucoup de développements sur une question qui lui est en quelque sorte accessoire; que cependant la fréquence de l'anémie chez les enfants y a été signalée plusieurs fois, et que c'est même à cet état morbide que les bruits vasculaires et particulièrement le souffle cérébral y sont constamment rapportés. M. Nonat croit que la chloro-anémie est la règle dans le jeune âge; cette doctrine ne diffère en rien de celle de M. Roger. Il n'admet aucune relation pathogénique entre la coqueluche et la chloro-anémie, et il considère l'auscultation des vaisseaux du cou comme suffisante chez les enfants. M. Nonat est dans l'intention de soumettre plus tard au jugement de l'Académie le travail auquel il se livre en ce moment.

Nous vous proposons donc d'adresser des remercîments à cet honorable confrère, et de l'inviter à poursuivre sur un sujet aussi important les recherches qu'il a commencées.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. de Kergaradec mentionne enfin des réclamations adressées relativement au même sujet par MM. Leudet (de Rouen), et Rilliet (de Genève). La commission déclare qu'elle ne se croit pas dans l'obligation de juger une question de priorité sur laquelle d'ailleurs elle n'a pas été consultée. (L'Académie adopte.)

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport du trésorier.

Voici un document que nous portons avec plaisir à la connaissance de ceux qui, en matière d'accouchement prématuré artificiel, consultent les décisions de la théologie de préférence aux prescriptions de l'art.

Un professeur adjoint de la *Clinique obstétricale de l'université de Naples*, le docteur Aurelio Finizio, ayant reçu dans la salle de la Maternité du Grand-Hôpital une fille rachitique, difforme, enceinte d'environ sept mois, et chez laquelle la pelvimétrie interne ne donnait que trois pouces pour le diamètre antéro postérieur du détroit supérieur, et deux pouces pour le diamètre coccy-pubien, se résolut à déterminer l'avortement par l'emploi des injections utérines. L'opération réussit à merveille; la mère et l'enfant furent sauvés. Mais, dans la capitale des Deux-Siciles, un tel événement ne pouvait passer sans bruit; d'autant que l'accoucheur, très-ému lui-même du sentiment de sa responsabilité, avait provoqué à la Clinique, en présence du directeur de l'hôpital, une sorte de consultation publique à laquelle les étudiants eux-mêmes avaient été autorisés à prendre part. Les consciences se troublèrent; les journaux s'emparèrent du fait, notamment une feuille littéraire intitulée l'*Omnibus*, pour le soumettre aux commentaires les plus désobligeants. C'est alors que M. A. Finizio, désireux d'édifier la religion de ses critiques et la sienne propre, prit le parti de provoquer un avis de l'archevêque métropolitain, qui lui-même porta la question, d'abord devant quelques théologiens de l'église collégiale de *Saint-Jean-le-Majeur*, puis devant la *sacrée Pénitencerie* du Saint-Siége, qui a répondu dans les termes suivants :

« *Si intelligatur partus immaturi qui prævenit ordinarium naturæ* » *cursum, ita tamen ut fœtus eam maturitatem absecuturus fuerit,* » *ut in lucem editus vivere possit*, AFFIRMATIVE.

» *Datum Romæ*, etc.

» Card. Castracano. »

Nous empruntons ce document à un travail de M. Finizio, traduit par M. le docteur Emile Bertherand, et inséré dans le numéro 44 des *Annales médicales de la Flandre occidentale.* On voit qu'il n'emporte décision que pour l'enfant pouvant vivre hors du sein de la mère, et ne se prononce en aucune manière sur celui où le fœtus n'a pas encore atteint l'âge de la viabilité. (*Gazette hebdom.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le nombre des inscriptions prises à la Faculté de médecine de Paris, du 2 au 21 novembre 1859, est de 988, savoir :

Pour le doctorat.	922
Pour le grade d'officier de santé.	66
	988

Sur ce nombre, il y a 270 inscriptions nouvelles et 90 jeunes gens pourvus seulement du diplôme de bachelier ès lettres.

En 1858, le nombre total des inscriptions était de 1,065, celui des nouvelles de 251.

Dans les huit années précédentes, le nombre a été :

1857 . . .	1,027 inscriptions,	dont 158	nouvelles
1856 . . .	1,000	— 126	—
1855 . . .	966	— 180	—
1854 . . .	964	— 151	—
1853 . . .	1,054	— 158	—
1852 . . .	1,437	— 334	—
1851 . . .	1,300	— 313	—
1850 . . .	1,223	— 429	—

Le nombre des inscriptions nouvelles est, comme on le voit, en progression notable, et semble être en marche pour revenir aux beaux chiffres des années 1850 à 1852.

Les candidats qui se sont présentés au concours pour l'agrégation ouvert devant la Faculté de médecine, sont au nombre de vingt et un, savoir : MM. les docteurs Barnier, Blachez, Charcot, Colin, Desnos, Dumont-Pallier, Foley, Hervieux, Labat-Durouchaux, Laboulbène, Lorain, Luys, Marcé, Millard, Parrot, Potain, Racle, Sandras, Triboulet, Vidal et Vulpian.

—La lecture des compositions pour le concours de l'externat a commencé aujourd'hui 6 décembre. Les concurrents ont eu à traiter la question suivante : *Muscles qui s'insèrent à l'omoplate; préparation des différents appareils inamovibles.*

— On lit dans l'*Echo d'Oran* (5 novembre 1859) :

« En considération du nombre et de la fréquence des maladies des yeux qui affectent la population de la province, M. le préfet, après l'avis de M. le maire d'Oran et de la commission des hospices, a décidé qu'un service spécial, destiné au traitement des maladies des yeux, sera créé à l'hôpital civil de cette ville. Une consultation et des soins gratuits seront donnés aux indigents, tous les jours de 8 à 9 heures du matin.

» L'organisation de ce service est confiée à un médecin spécial de Paris, M. le docteur Furnari, qui, en 1842, reçut du gouvernement la mission de rechercher les causes, la nature des maladies des yeux en Afrique, et d'en indiquer le traitement. »

— M. le docteur Clerc commencera son cours public sur les maladies vénériennes le mardi 6 décembre à midi, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 2.

Ce cours aura lieu le mardi, le jeudi et le samedi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

De l'état nerveux, aigu et chronique, ou nervosisme, appelé névropathie aiguë cérébro-pneumo-gastrique, diathèse nerveuse, fièvre nerveuse, cachexie nerveuse, névropathie protéiforme, névrospasmie, et confondu avec les vapeurs, la surexcitabilité nerveuse, l'hystéricisme, l'hystérie, l'hypochondrie, l'anémie, la gastralgie, etc., professé à la Faculté de médecine en 1857, et lu à l'Académie impériale de médecine en 1858, par E. Bouchut, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, etc. Un volume in-8° de 360 pages. Prix : 5 fr. Paris, J. B. Baillière et fils, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Des rapports conjugaux considérés sous le triple point de vue de la population, de la santé et de la morale publique, par M. le docteur Alex. Mayer, médecin de l'inspection générale de la salubrité, etc. 4e édition, corrigée et augmentée. Un volume in-18 de 422 pages. Prix : 3 francs. A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Recherches sur les causes de la colique sèche, observée sur les navires de guerre français, particulièrement dans les régions équatoriales, et sur les moyens d'en prévenir le développement, par M. A. Lefèvre, directeur du service de santé de la marine au port de Brest. In-8° de 312 pages. Prix : 4 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 144. — SAMEDI 10 DÉCEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 144. — SAMEDI 10 DÉCEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13;
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Expériences d'anesthésie hypnotique. — Guérison de lupus, ou dartres rongeantes invétérées du visage, par l'inoculation de la syphilis secondaire. — Cicatrisation des plaies sous l'influence de l'acide carbonique. — Deux cas de luxation de l'épaule ; réduction facile sans le concours du chloroforme. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. De la hernie chez les enfants. — Anévrysme poplité guéri par la flexion du genou. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 30 novembre. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE ; séance du 6 octobre. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Expériences d'anesthésie hypnotique.

Nous avons raconté dans le dernier numéro les effets singuliers d'hypnotisme provoqué sur lesquels M. le docteur Azam (de Bordeaux) vient d'appeler l'attention du public médical français. Nous sommes en mesure dès aujourd'hui de mettre sous les yeux de nos lecteurs l'exposé de quelques-unes des expériences les plus curieuses qui ont été faites ces derniers jours. Voici d'abord le fait le plus remarquable, qui a été communiqué avant-hier par M. Broca à la Société de chirurgie, et que nous reproduisons par anticipation d'après la relation que M. Verneuil vient de publier dans la *Gazette hebdomadaire*. Les autres faits inédits ont été recueillis depuis dans le service de M. Follin, à l'hôpital Necker. Nous les faisons suivre de la relation d'une expérience faite, il y a deux jours, dans le service de M. le professeur Trousseau, à l'Hôtel-Dieu.

— Le premier sujet est une femme âgée de vingt-quatre ans, portant une vaste brûlure du dos et des membres droits, avec abcès volumineux et extrêmement douloureux de la marge de l'anus ; cette femme, épuisée par la douleur, et d'ailleurs fort pusillanime, redoute beaucoup l'incision. On lui annonce qu'on va l'endormir. Un cylindre de cuivre (lunette de Bruecke) est placé à 15 centimètres en avant de la racine du nez. La malade, pour fixer cet objet, a été obligée de loucher fortement en dedans, les pupilles se sont aussitôt fortement contractées. Le pouls, déjà rapide avant l'expérience, s'est d'abord un peu accéléré, puis presque aussitôt il est devenu beaucoup plus faible et beaucoup plus lent. Au bout de deux minutes, les pupilles commencent à se dilater, le bras gauche, élevé presque verticalement au-dessus du lit, reste immobile dans cette attitude. Vers la quatrième minute, les réponses sont lentes et presque pénibles, du reste parfaitement sensées ; respiration très-légèrement saccadée. Au bout de cinq minutes, M. Follin pique la peau du bras gauche, qui est toujours resté dans la position verticale.

Une nouvelle piqûre, qui laisse sortir une gouttelette de sang, passe également inaperçue. On place le bras droit dans la même attitude que le gauche, on met à découvert le siége de l'abcès; la malade se laisse faire, disant toutefois avec tranquillité qu'on va sans doute lui faire du mal. Enfin, sept minutes après le début de l'expérience, M. Follin pratique sur l'abcès une large ouverture, qui donne issue à une énorme quantité de pus fétide. Un léger cri, qui dure moins d'une seconde, est le seul signe de réaction que donne la malade. Du reste, pas le moindre tressaillement dans les muscles de la face ou des membres; les deux bras ont conservé, sans subir le moindre déplacement, l'attitude qu'on leur a donnée et qu'ils gardent depuis plusieurs minutes.

Deux minutes plus tard, la pose est toujours la même ; les yeux sont largement ouverts, un peu injectés ; le visage est immobile, le pouls comme avant l'expérience, la respiration parfaitement libre ; l'opérée est toujours insensible. On soulève le talon gauche, qui reste suspendu en l'air. L'état cataleptique des membres supérieurs persiste.

M. Broca enlève le corps brillant, qui avait toujours été maintenu devant les yeux ; il fait sur les paupières une friction légère et une insufflation d'air froid. L'opérée exécute quelques petits mouvements. On lui demande si on lui a fait quelque chose, elle répond qu'elle n'en sait rien ; les trois membres restent encore dans les attitudes qu'on leur a données. Nouvelle piqûre sur le bras gauche, qui n'est point perçue.

Dix-huit minutes après le début de l'expérience, douze minutes après l'opération, nouvelle friction, nouvelle insufflation sur les paupières. Réveil presque subit. Les membres en catalepsie retombent tous à la fois. La malade se frotte les yeux et reprend connaissance. Elle ne se souvient de rien et s'étonne d'avoir été opérée. Son état est comparable, jusqu'à un certain point, à celui des individus qui sortent du sommeil anesthésique ordinaire. Toutefois, le réveil a été beaucoup plus prompt, sans agitation et sans loquacité.

L'anesthésie a duré au moins douze à quinze minutes.

Cette même malade a été placée une seconde fois dans l'hypnotisme. Ce résultat a été obtenu très-rapidement ; au bout de deux minutes, les membres supérieurs ont pu être placés dans l'état cataleptique, et la malade n'a point senti des piqûres d'épingles faite au bras droit. Le réveil spontané a été prompt, et il ne s'est manifesté aucun nouveau phénomène.

— Une autre malade, Anna F..., dix-neuf ans, opérée d'une tumeur lacrymale, aujourd'hui presque guérie, a été déjà soumise quatre fois à l'hypnotisme. C'est la première femme sur laquelle MM. Broca et Follin ont étudié ce curieux phénomène. Dans les quatre expériences les choses se sont passées de la même façon. On a placé une spatule à 15 centimètres en avant et au-dessus des yeux ; la malade a fixé cet objet, et au bout d'une ou deux minutes état cataleptique des membres, sommeil avec ronflement, anesthésie complète aux piqûres et au pincement de la peau ; une barbe de plume introduite dans les narines n'a éveillé aucune sensibilité.

La malade a été réveillée par de petites frictions et par l'insufflation de l'air froid sur les yeux.

Dans la dernière expérience, au moment où le sommeil commençait, M. Follin a fermé très-doucement les yeux, enlevé l'objet que fixait la malade, et les phénomènes de catalepsie et d'anesthésie ont persisté encore quelques minutes.

La malade, pendant ce sommeil, n'a eu qu'une idée fort confuse de ce qui se passait autour d'elle ; elle croyait avoir senti qu'on la touchait, mais elle n'a éprouvé aucune douleur.

— Deux tentatives d'hypnotisme ont été faites par MM. Azam et Follin sur une jeune fille de dix-huit ans entrée à la salle Sainte-Marie, pour un léger mal de pied. Les résultats de cette expérience n'ont point été aussi satisfaisants que ceux qui précèdent ; mais chaque fois la malade a éprouvé un ralentissement notable du pouls, un état cataleptique léger et un peu d'anesthésie.

Aujourd'hui, 9 décembre, la catalepsie et l'anesthésie sont plus marquées que la veille ; mais cette fois encore la malade se réveille brusquement, et elle n'a éprouvé qu'une perte légère de connaissance.

— Deux autres expériences suivies de résultats très-positifs ont été faites le 8 décembre par M. Azam, dans le même service, en présence de MM. Verneuil et Faure. Chez une première jeune femme la catalepsie a commencé au bout d'une minute et demie, et au bout de deux ou trois minutes, la catalepsie et l'anesthésie étaient complètes. Cette femme était insensible aux pincements et aux piqûres, et elle est restée sur une chaise les deux bras levés, les doigts écartés, le membre inférieur gauche soulevé au-dessus du sol ; en somme, dans une position très-fatigante. Au bout de cinq minutes, on l'a réveillée.

Sur une autre femme atteinte de chorée, l'anesthésie a été complète en moins de deux minutes ; mais, au lieu d'observer de la catalepsie, on a constaté une résolution musculaire qui forçait à soutenir la malade. Au bout de deux minutes, M. Azam abaisse doucement les paupières et retire la spatule qui était devant les yeux ; la malade est restée anesthésique pendant sept minutes, et on eût pu sans doute la maintenir plus longtemps dans cet état. Cette femme était également insensible aux piqûres, aux pincements, à l'excitation des narines par des barbes de plume, et au chatouillement de la plante des pieds. A son réveil, elle n'avait aucune notion de ce qui était arrivé.

—Avant-hier mercredi, M. le Dr Azam ayant fait part à M. Trousseau, pendant la visite, de quelques-uns de ces faits, a procédé, sur la demande de ce professeur, à une expérience. Le sujet était une jeune fille qui est depuis longtemps dans le service pour des vertiges épileptiques, et qui n'était nullement prévenue de ce qui devait se passer. Voici en quels termes M. Moynier nous rend compte de cette expérience, dans une lettre que nous recevons à l'instant.

« M. Azam a prié cette jeune fille de regarder fixement une paire de ciseaux qu'il tenait à une distance de 30 centimètres de ses yeux, dans une position telle en avant et au-dessus du front qu'il en résultait un strabisme convergent et supérieur. Au bout d'une minute et demie, M. Azam a soulevé un bras, qui est resté dans la position où il l'avait placé. M. Trousseau a soulevé l'autre, qui est resté également étendu horizontalement ; on a chatouillé la plante des pieds, on a pincé fortement ou piqué la peau en plusieurs points du corps, et partout nous avons constaté l'anesthésie ; enfin, après trois minutes, M. Azam a réveillé la jeune fille en soufflant sur ses paupières. Elle a d'abord fait plusieurs grandes inspirations, elle a étendu ses membres, et enfin s'est plaint d'une violente courbature, d'une grande fatigue ; elle est en outre restée longtemps dans un état de stupeur, d'hébétude, qui a duré beaucoup plus longtemps qu'il ne dure à la suite de ses attaques d'épilepsie.

» Hier matin M. Trousseau a renouvelé lui-même l'expérience, et ayant placé un objet brillant devant les yeux de la jeune fille, au bout d'une minute nous avons vu survenir les mêmes phénomènes ; nous avons même remarqué que le sommeil s'était plus rapidement produit, ce qui avait déjà été constaté. Le sommeil était d'autant plus rapidement obtenu qu'on répétait plus souvent l'expérience. De plus, après l'anesthésie, pendant l'état d'hypnotisme, nous avons constaté, au moment du réveil, un état de grande hyperesthésie, contrastant avec l'état d'hébétude où était plongée la jeune fille. »

—Tous ces faits établissent parfaitement la réalité des phénomènes hypnotiques, signalés d'abord par le docteur Braid il y a bientôt dix-huit ans, et retirés tout récemment par M. Azam de l'oubli où ils étaient tombés. Les expériences se multiplient de toutes parts, et elles paraissent, en général, confirmatives des effets annoncés par notre distingué confrère. M. Velpeau a réussi ce matin même chez deux malades de la Charité. Des expériences faites dans le service de M. Denonvilliers paraissent aussi, nous a-t-on dit, avoir eu un plein succès. M. Nélaton a également essayé ce matin sur un homme, mais il a échoué. Nous suivrons ces intéressantes expériences, et nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce que nous aurons observé.

Guérison de lupus, ou dartres rongeantes invétérées du visage, par l'inoculation de la syphilis secondaire.

On n'a pas oublié les expériences d'inoculation syphilitique faites dans l'un des services de l'hôpital St-Louis, dans le but de résoudre la question si longtemps débattue de la transmissibilité des accidents secondaires. Ces expériences, que nous n'avons pas hésité à blâmer comme outre-passant les droits que le médecin peut tenir de sa qualité de savant et de ses obligations envers la science, quelle que soit d'ailleurs l'importance de la question à résoudre, n'ont pas eu seulement le résultat que l'on connaît, c'est-à-dire la solution de la question de la transmissibilité des accidents secondaires ; elles ont eu aussi un autre résultat, qui, s'il ne les justifie pas complétement encore à nos yeux, en atténue du moins considérablement la gravité. Lorsque M. Gibert lut à l'Académie le rapport auquel ces expériences servaient de base, il s'exprima ainsi :

« Tous ces sujets, adultes, vierges d'ailleurs de toute syphilis avant nos expériences, étaient affectés de lupus invétérés du visage, sans offrir d'autre indice de scrofules... Peut-être était-il permis d'espérer que le traitement spécifique institué en vue de la diathèse syphilitique communiquée pourrait modifier avantageusement la maladie ancienne de la peau, et que cette double modification morbide et thérapeutique ne serait pas sans influence sur le lupus, que l'on n'avait pu jusque-là amener à guérison. »

L'événement, en justifiant cette espérance, et en transformant en quelque sorte des expériences purement scientifiques dans leur but en expériences thérapeutiques par leurs résultats, est venu alléger d'autant la responsabilité qui pesait sur le médecin.

Ces faits sont trop importants pour que nous ne croyions pas devoir les porter à la connaissance de nos lecteurs. En voici une relation succincte que nous empruntons à la *Gazette médicale*, où M. Gibert vient de les publier :

Un homme adulte, entré à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Gibert, salle Saint-Charles, affecté d'un lupus dont le début date de plus de douze ans, est inoculé au bras gauche sur une surface excoriée par un vésicatoire à l'ammoniaque, à l'aide d'une application de charpie imbibée de matière purulente recueillie sur des papules muqueuses secondaires de l'anus. Ce dernier sujet, couché dans le service de M. Bazin, présentait autour de l'anus une couronne de pustules plates datant d'une quinzaine de jours, consécutives à un chancre du prépuce contracté quinze mois auparavant.

Le 30 janvier 1859, cinq jours écoulés depuis l'inoculation, celle-ci n'avait laissé d'autre trace que la maculature du vésicatoire, de la largeur environ d'une pièce de cinquante centimes.

Neuf jours plus tard, la maculature effacée, un peu de rougeur apparaît au même lieu.

Le 12 février, dix-huitième jour de l'inoculation, apparition d'une papule cuivrée, saillante.

Le 16, vingt-deuxième jour, un peu de suintement s'opère à la surface de cette papule, qui a grossi et s'est étalée. Ce suintement devient purulent et se concrète en croûte légère.

Le 23, vingt-neuvième jour, un ganglion existe dans l'aisselle correspondante.

Le 26, trente-deuxième jour, la croûte, détachée par un bain de vapeur, laisse voir une excoriation encore très-superficielle.

Le 21 mars, cinquante-cinquième jour, une ulcération, toujours superficielle, s'est un peu creusée dans le centre de la papule devenue de plus en plus saillante, indurée et constituant un véritable tubercule; de plus, quelques taches et quelques papules rougeâtres se sont montrées sur le tronc; plus tard elles se sont changées en pustules acnéiques qui se sont généralisées sur la face palmaire des membres supérieurs, sur le ventre, sur la face interne des cuisses, et sur les régions inguinales.

Le 31, on met le malade à l'usage du sirop de deuto-iodure ioduré et des bains de sublimé.

Le 16 mai, à six semaines de traitement, le tubercule ulcéré du bras était résolu, offrant à son centre une cicatrice blanche, superficielle, un peu déprimée. Les ganglions axillaires persistaient. La syphilide générale commençait à entrer en résolution; le lupus s'améliorait.

La guérison complète a été obtenue dans le courant du mois de septembre.

— Le deuxième malade était un adulte vigoureux, affecté d'un lupus papulo-tuberculeux invétéré recouvrant toute la face et s'accompagnant d'hypertrophie; il datait de l'enfance, son début remontait à dix-huit ans. On a pratiqué sur ce malade plusieurs inoculations successives par le même procédé et avec la même matière que pour le précédent. Deux de ces inoculations ont réussi, donnant lieu aux mêmes phénomènes locaux, mais précédés d'une période d'incubation encore plus longue et qui n'a guère été moindre de vingt-cinq jours, après lesquels un peu de rougeur a commencé à se montrer, ultérieurement suivie du développement d'une papule, sèche d'abord, puis humide, excoriée, croûteuse et indurée, constituant en un mot un véritable tubercule plat. Un ganglion du volume d'une noisette s'est développé concurremment dans la région maxillaire. Une roséole a commencé à se montrer sur le tronc le 5 mars, trente-septième jour de l'inoculation. Peu après, un traitement spécifique a été commencé; la guérison paraissait entière le 17 mai suivant.

— Dans le troisième cas, il s'agit comme dans les deux précédents d'un sujet jeune encore, atteint d'un lupus du visage qui datait de dix ans. Le malade qui a fourni la matière de l'inoculation avait été traité à l'hôpital du Midi (service de M. Puche) d'un chancre induré de la face externe du prépuce. Sur la verge, le scrotum, la partie interne correspondante des cuisses à l'anus, s'étaient développées des papules muqueuses secondaires, qui de là s'étaient répandues sur d'autres régions. Il existait, notamment au front, une large papule squameuse, d'un rouge cuivré, tout à fait sèche, et ayant environ l'étendue d'une pièce de 50 centimes.

Le 9 février, la pointe d'une lancette fut enfoncée dans la circonférence de cette papule, et se chargea d'un sang un peu séreux, qui fut immédiatement inoculé à la partie supérieure de la face palmaire de l'avant-bras droit (près du pli du coude) du malade affecté de lupus. Comme M. Gibert n'avait nullement la pensée que cette inoculation pût réussir, il laissa sortir ce jeune homme une quinzaine de jours après: la trace de la piqûre de la lancette était alors complétement effacée.

Le 1er avril suivant, ce jeune homme rentra à Saint-Louis, dans le service de M. Bazin. Il y avait alors cinquante jours écoulés depuis l'inoculation; aussi ne remarqua-t-on pas sans surprise qu'au point où elle avait eu lieu s'était développée une papule rougeâtre, étalée et irrégulière, légèrement squammeuse, tout à fait sèche, de la largeur d'une pièce de 50 centimes environ, rappelant très-bien par conséquent la papule squammeuse frontale qui avait fourni la matière d'inoculation. Le début de cette papule, au dire du malade, remontait à une quinzaine de jours environ; elle n'avait donc commencé à se montrer que trente-cinq jours après l'inoculation. Au-dessus et autour de cette plaque, on découvrait quelques taches cuivrées, un peu saillantes, commencement de la syphilide squammeuse consécutive, qui plus tard s'est étendue aux autres régions du corps; un ganglion douloureux, plus gros qu'une noisette, s'était développé dans l'aisselle correspondante.

Le 23 avril, le malade était dans l'état suivant: taches de roséole sur le tronc, quelques rares papules squammeuses sur la face palmaire des membres supérieurs; persistance à l'avant-bras droit de la papule cuivrée initiale; papules squammo-croûteuses abondamment répandues dans le cuir chevelu; engorgement des ganglions cervicaux postérieurs; papules muqueuses commençantes à l'ombilic et au pourtour de l'anus; rien à la bouche, au gosier, ni aux parties génitales. Peu après, on institua le traitement spécifique, et déjà le 18 mai suivant tous les symptômes, notablement amendés, annonçaient une guérison prochaine. La dartre rongeante du visage, qui s'était améliorée dès l'explosion de la syphilide, a été complétement guérie.

On ne saurait méconnaître ce qu'il y a de remarquable et d'heureux en définitive dans ces résultats: guérison rapide d'une maladie réputée le plus souvent incurable, et que des traitements actifs et prolongés dans l'espèce n'avaient pu modifier depuis un si grand nombre d'années.

A quelle circonstance, de l'inoculation du virus syphilitique ou du traitement qui l'a suivie, faut-il l'attribuer? M. Gibert paraît disposé à considérer la guérison, ainsi qu'il l'avait conjecturé *à priori*, dit-il, comme le produit de la double modification morbide et thérapeutique amenée par l'inoculation. Toutefois il faut remarquer, et ceci n'est pas sans importance, que l'amélioration s'est produite chez les trois malades dès le début de la syphilis et avant même l'institution de la médication antisyphilitique.

La question soulevée par ces faits et les conséquences pratiques à en déduire sont trop graves pour que nous osions les examiner en ce moment sans autres documents que ce simple exposé. Nous nous bornons à les signaler à la méditation de nos confrères.

Cicatrisation des plaies sous l'influence de l'acide carbonique.

Depuis quelques années, MM Demarquay et Leconte ont fait un grand nombre de recherches sur l'action des gaz appliqués à l'organisme vivant. Dans un premier mémoire adressé à l'Académie des sciences, ils ont étudié l'action que certains gaz injectés dans le tissu cellulaire ou dans le péritoine exercent sur ces organes. Il résulte de leurs expériences que l'oxygène, l'azote, l'hydrogène et l'acide carbonique ne sont nullement toxiques, et que tous, à l'exception de l'azote, sont promptement résorbés; qu'enfin ils ne restent pas à l'état d'isolement au milieu de nos tissus, les gaz du sang venant bientôt à s'y mêler.

Cette innocuité des gaz étant bien déterminée à leurs yeux, MM. Demarquay et Leconte ont étudié le rôle que ces mêmes gaz peuvent jouer au contact des tendons divisés par une section sous-cutanée. Cette nouvelle série d'expériences a établi que l'oxygène mis chaque jour au contact des tendons divers, retarde d'une manière très sensible l'organisation ou mieux la réparation des plaies sous-cutanées. L'hydrogène a une action bien plus sensible encore, tandis que l'azote est complétement dépourvu d'action.

L'acide carbonique se distingue des gaz qui précèdent en ce qu'il active d'une façon remarquable la réparation des tendons divisés.

Ce fait une fois constaté, il était naturel d'espérer que l'acide carbonique, mis au contact d'une plaie des téguments exposée au contact de l'air, agirait de la même manière, c'est-à-dire qu'il en hâterait la cicatrisation, si on parvenait à le maintenir pendant un temps convenable au contact de la plaie qu'il s'agissait de modifier. Pour atteindre ce but, MM. Demarquay et Leconte ont prié M. Gariel de leur faire construire des appareils en caoutchouc, des espèces de manchons, lesquels, une fois appliqués sur le membre atteint de plaie, leur permettaient de plonger ceux-ci dans une atmosphère d'acide carbonique. Grâce à ces manchons, ils ont pu maintenir pendant quatre et six heures, et même plus, des membres affectés de plaies, en contact avec l'acide carbonique.

Plusieurs malades atteints d'ulcères gangréneux, de plaies diphthériques ou de mauvaise nature ayant résisté à des traitements antérieurs, ont été ainsi traités dans le service chirurgical de la Maison de santé, et ont guéri avec une grande rapidité. Ces faits constatés par M. Monod, par un grand nombre de médecins et d'élèves, ne laissent aucun doute sur les services que peut rendre dans le traitement de toutes les plaies, et surtout de ces plaies interminables qui font le désespoir des malades et des chirurgiens, l'action cicatrisante de l'acide carbonique.

Cette propriété de l'acide carbonique paraît être différente de l'action anesthésique récemment signalée par MM. Mojon et Simpson, et confirmée par MM. Follin et par M. Demarquay lui-même. Ces recherches ont montré que l'acide carbonique donné en injection vaginale, en même temps qu'il amenait une rémission dans les douleurs, modifiait avantageusement l'aspect des plaies cancéreuses et leur enlevait souvent leur fétidité. Ce dernier effet est tel, quand on prolonge le contact de l'acide carbonique, que les plaies les plus fetides deviennent presque inodores en vingt-quatre ou trente-six heures

Enfin, d'après ces deux expérimentateurs, l'action cicatrisante de l'acide carbonique ne s'est pas manifestée seulement sur les plaies résultant d'un traumatisme plus ou moins récent, mais encore sur toutes celles qui présentaient un aspect plus ou moins mauvais, et au contact desquelles il l'ont appliqué.

Suivant les indications à remplir, l'acide carbonique est maintenu en contact avec la plaie pendant un temps plus ou moins long; dans quelques cas de plaies cancéreuses, ce contact a même été permanent. Nous exposerons plus tard quelques-uns de ces faits en détail.

Deux cas de luxation de l'épaule. Réduction facile sans le concours du chloroforme.

Le fait si regrettable de mort par le chloroforme qui s'est passé récemment dans le service de M. Manec, à la Charité, pour une réduction de luxation de l'épaule, donne de l'intérêt aux deux faits suivants, qui se sont passés dans le même service, à la même époque, et quelques jours seulement après ce malheureux évenement. Ces deux faits, qui, sans cette circonstance, n'eussent probablement pas fixé notre attention, sont uniquement remarquables par la facilité avec laquelle on a obtenu la réduction, dans les deux cas, sans le secours du chloroforme; ils montrent, par conséquent, combien il importe d'essayer toujours la réduction sans le secours de l'anesthésie, et de ne recourir à ce moyen, ainsi que M. Manec le fait constamment, que dans le cas seulement où les douleurs excessives et les contractions musculaires opposent à la réduction une résistance invincible, ce qui avait eu lieu malheureusement chez la victime du chloroforme.

Une femme de 53 ans, sujette depuis environ une année à des éblouissements avec bourdonnement dans les oreilles, fut prise le 25 novembre, dans la soirée, d'un de ces accès d'éblouissement, et tomba sans connaissance dans sa chambre.

Dans sa chute, elle se luxa l'épaule droite. Elle se rendit immédiatement à l'hôpital. L'interne de garde, après avoir fait sans succès quelques tentatives de réduction, se borna à appliquer sur l'épaule un cataplasme frais maintenu à l'aide d'un triangle.

Le lendemain matin, à la visite, M. Manec constata tous les signes d'une luxation sous-coracoïdienne: déformation de l'épaule, impossibilité de rapprocher le bras du tronc, coude porté en arrière, dépression à la place qu'occupe habituellement la tête humérale, etc.

Le doigt, porté dans l'aisselle, sentait la tête remuer quand on imprimait des mouvements au bras. La perte des mouvements volontaires était complète. Le bras était allongé d'un centimètre. Enfin, quand on imprimait des mouvements au bras, on percevait une crépitation tendineuse très-remarquable.

Se fondant sur l'état général de la malade, qui paraissait disposée aux congestions cérébrales, M. Manec se proposait de recourir chez elle à l'anesthésie locale en cas de nécessité, c'est-à-dire si les premières tentatives directes venaient à échouer. Ne tenant aucun compte des supplications de la malade, qui voulait à tout prix être endormie, on la fit asseoir sur le bord de son lit, on lui passa un lacs sous l'aisselle pour faire la contre-extension, et pendant que deux aides tiraient en bas sur le bras, M. Manec, portant son bras dans l'aisselle de la malade, souleva pour la dégager la tête de l'humérus. Au premier effort la réduction eut lieu en faisant entendre le bruit caractéristique.

— Le même jour, 25 novembre, une femme était entrée dans le service dans le cours de la journée, avec une luxation de l'épaule droite également, produite par une chute dans les mêmes circonstances à peu près. La luxation était sous-coracoïdienne incomplète. L'interne du service fit immédiatement une tentative de réduction, aidé par un de ses collègues qui tirait fortement sur l'avant-bras au niveau du poignet; il passa son avant-bras dans l'aisselle, porta l'extrémité supérieure de l'humérus en haut et en dehors: au bout de quelques secondes la luxation fut réduite.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

De la hernie chez les enfants.

Par M. le docteur Neucourt (de Verdun), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les hernies sont, comme on le sait, très-fréquentes chez les enfants. J'en ai observé vingt-cinq à trente cas, et voici ce que j'ai remarqué: chez les enfants examinés plusieurs mois seulement après la naissance, tout indiquait que l'affection était congénitale; cependant je dois dire que je ne l'ai jamais constatée chez les enfants lorsqu'ils venaient au monde. Un seul n'avait que quelques jours. Il semble donc que, quelle que soit la prédisposition, il faut un certain temps pour que l'intestin fasse saillie au dehors. Chez la moitié au moins, observés de très-près, ce n'est qu'au bout de plusieurs années qu'on a constaté la présence de la hernie, lorsque l'habitude de soins journaliers donnait la certitude qu'on s'en serait aperçu si elle avait existé auparavant. Chez les enfants bien soignés et bien surveillés, on était appelé lorsqu'elle était peu prononcée, tandis que chez les enfants négligés on observait souvent la tumeur descendant jusque dans les bourses. Les enfants les plus âgés avaient six à sept ans. Il semble que jusqu'à cette époque il y ait une grande prédisposition aux hernies, laquelle cesse pour reparaître seulement à l'âge adulte; du moins cette affection m'a paru rare depuis l'âge de sept ans jusqu'à dix-sept ou dix-huit ans. Toutes les hernies que j'ai observées chez les enfants étaient inguinales. Relativement au sexe, sur vingt-cinq à trente cas, je n'ai vu que deux petites filles: l'une d'elles avait six ans, l'autre quatre ans et demi; celle-ci guérit facilement, l'autre fut parmi les cas les plus rebelles que j'ai observés; cependant elle finit par guérir. Je n'ai pas remarqué que les hernies volumineuses fussent plus réfractaires au traitement que les autres.

On sait que l'étranglement est un accident rare dans les hernies des enfants; cependant on l'observe quelquefois, comme le prouve le fait suivant:

Obs. I. — On m'appela précipitamment, dans le courant du mois d'avril 1850, pour visiter l'enfant de M. B.. A mon arrivée, l'enfant, âgé d'un an, bien constitué, poussait des cris aigus. Les parents me racontèrent que ces cris duraient depuis quelques heures, et qu'après bien des recherches ils s'étaient aperçus que l'aine gauche était tendue et douloureuse: jusqu'à présent, il n'y avait rien eu d'anormal à cette région. Je vis, en effet, que l'aine de ce côté était soulevée par une

tumeur grosse comme le doigt, dure, douloureuse au toucher, se continuant manifestement avec le canal inguinal. Les deux testicules étaient descendus. L'enfant avait vomi à plusieurs reprises de la bouillie, ce qui ne lui était pas ordinaire : pas de selle. L'apparition subite de la tumeur, sa forme, la douleur à la pression, me firent penser que j'avais affaire à une hernie inguinale, que je comptais réduire immédiatement. Les tentatives furent très-douloureuses ; et, contre mon attente, le taxis pratiqué méthodiquement ne produisit rien. Je procédai avec plus d'attention, et, après des tentatives assez longues, je sentis la tumeur céder un peu sous le doigt en s'amollissant ; j'entendis un léger gargouillement, et quelques pressions firent tout rentrer. L'enfant s'apaisa aussitôt.

J'appliquai une bande et une compresse, et je prescrivis un lavement.

Le lendemain, tout était bien. Je fis appliquer une bande avec pelote pendant plusieurs mois, par précaution ; au bout de deux mois, il n'y avait plus trace de hernie.

Il semble que le diagnostic de la hernie ne peut présenter aucune difficulté : il en est ainsi dans l'immense majorité des cas. Cependant certaines tumeurs, principalement chez les enfants, pourraient être confondues avec la hernie si on n'observait pas avec attention. Parmi ces tumeurs, je citerai comme s'étant offerte deux fois à mon observation l'hydropisie enkystée du cordon. Voici ces deux faits :

Obs. II. — Un garçon de quatre ans, très-gras, d'une excellente santé, présentait depuis quelque temps une tumeur à l'aine qui, en grossissant, attira l'attention des parents.

Je le vis pour la première fois en mars 1850. Cette tumeur partait de l'aine du côté droit et s'étendait inférieurement à près d'un pouce. Elle était très-dure, présentant une sorte d'élasticité très-résistante, complétement indolente. Comme elle avait toutes les apparences d'une hernie, je tentai la réduction ; mais quoique les pressions ne fussent pas douloureuses, la tumeur fuyait sous le doigt et conservait une fixité remarquable.

En remontant, on ne sentait aucune apparence d'ouverture à l'anneau inguinal ; les efforts de la toux ne retentissaient nullement dans la tumeur ; le testicule était descendu des deux côtés. L'enfant ne se plaignait de rien, il n'avait pas de coliques, et continuait à jouir d'une excellente santé. J'avoue que j'étais dans une grande incertitude, trouvant les signes négatifs d'une hernie et n'étant pas sûr d'avoir affaire à une hydropisie enkystée du cordon. Je fis coucher l'enfant et je le tins au lit pendant deux jours. La tumeur ne disparaissait nullement et conservait le même volume.

Je dois dire à ma honte que ce n'est qu'après quelques jours que je songeai à l'emploi d'un moyen décisif par lequel j'aurais dû commencer, c'est-à-dire l'examen de la tumeur avec une lumière. Immédiatement je constatai sa transparence, ce qui leva toutes mes incertitudes. Je fis alors lever l'enfant et on maintint sur la tumeur des compresses imbibées d'alcool du commerce. Au bout de dix jours, la tumeur avait diminué d'un tiers. On continua, et elle diminua de plus de moitié. Les parents étaient rassurés, c'est pourquoi on suspendit les compresses pendant quelque temps. La tumeur continua à diminuer ; au mois de mai il n'en restait que quelques traces.

Obs. III. — Un homme de la campagne m'amena son fils âgé de huit ans, qui portait dans l'aine droite une tumeur que l'on croyait être une descente. Cette tumeur était oblongue et arrondie, partant du canal inguinal, non douloureuse au toucher, absolument irréductible, soit debout, soit couché. Il n'y avait pas d'apparence d'ouverture au canal inguinal, et la toux ne retentissait nullement dans la tumeur. Ces signes me firent déjà penser que je n'avais pas affaire à une hernie : éclairé par le premier cas cité plus haut, je n'omis pas l'examen immédiat à la lumière. La tumeur était très-manifestement transparente, ce qui fixa le diagnostic.

Prescription : Compresses d'alcool du commerce constamment sur la tumeur.

Dix jours après, on me ramena l'enfant : la tumeur était beaucoup plus molle et moins volumineuse. Continuation du traitement.

La tumeur ne tarda pas à disparaître complétement ; mais en octobre 1850, six mois après mon premier examen on me ramena l'enfant, qui n'avait plus son hydropisie enkystée du cordon, mais une hydrocèle bien caractérisée. Je fis appliquer des compresses d'alcool et tout disparut rapidement.

On voit que l'hydropisie enkystée du cordon présente une tumeur allongée, résistante, dont le siége est précisément le même que pour la hernie inguinale, mais elle s'en distingue par son élasticité, son irréductibilité. Tandis que la hernie est molle, augmente ou diminue de volume, selon que l'enfant crie ou reste en repos, diminue ou disparaît complétement par la pression ou par la simple position horizontale, l'hydropisie enkystée ne se réduit que très-imparfaitement et ressort immédiatement ; les cris et les efforts de l'enfant n'y retentissent pas comme dans la hernie ; enfin, et ce signe est de la plus haute importance, l'hydropisie enkystée est transparente comme l'hydrocèle lorsqu'on l'examine entre l'œil et une lumière.

Je ferai remarquer en passant les effets très-avantageux de l'alcool pur, qui a amené une résolution complète dans les deux cas.

On sait que, en raison de la nature particulière de la hernie inguinale chez l'enfant, laquelle provient le plus souvent de la persistance du canal inguinal, qui établit une communication entre le péritoine et la tunique vaginale, un certain nombre de ces hernies se guérissent spontanément, et d'autres par un traitement approprié, en raison des progrès de l'âge, qui tendent à fermer ce canal et à détruire le parallélisme des ouvertures interne et externe. Cependant il n'est pas très-rare de voir cette infirmité dater de l'enfance et persister lorsqu'on la néglige. C'est ce que je viens encore d'observer tout récemment chez une jeune femme de vingt-quatre ans, que j'ai opérée avec succès d'une hernie inguinale étranglée, et qui, quoique mère de trois enfants, n'en avait jamais éprouvé d'accidents, n'en avait jamais parlé et n'avait jamais porté de bandage, quoiqu'elle se rappelât avoir cette hernie dès son bas âge. C'est pourquoi on doit s'en occuper sérieusement, car la guérison obtenue par l'art paraît avoir le double avantage de débarrasser le malade de son infirmité actuelle et de le mettre à l'abri des récidives, probablement par la compression et la condensation des tissus : de telle façon qu'il est excessivement rare de voir une hernie apparaître dans l'âge adulte, du côté où il en a existé une dans l'enfance.

Les moyens employés pour arriver à la guérison sont les bandages à pelote et ressort, le spica, le bandage de futaine. Les bandages à ressort sont d'une application très difficile dans l'enfance ; ils se déplacent continuellement, et l'on ne peut compter sur la docilité de l'enfant pour obtenir par son moyen une compression permanente : je les ai vus échouer plusieurs fois après une application longtemps soutenue. Le bandage de futaine, composé d'une pelote, d'une ceinture et d'un sous-cuisse, maintient encore plus mal. Le spica ne peut seul comprimer suffisamment dans le creux de l'aine. Boyer rejette ces deux derniers moyens pour s'en tenir au bandage à ressort, dont j'ai indiqué les inconvénients.

Le procédé qui m'a constamment réussi consiste à combiner l'action de la pelote avec celle du spica et des astringents. Voici comment je procède : lorsqu'on s'est assuré que les deux testicules sont dans le scrotum, on fait façonner une pelote de forte toile, qui, rembourrée avec de l'écorce de chêne très-menue, ait 4 centimètres de long sur 3 de large et 1 et demi d'épaisseur.

On trempe cette pelote dans une décoction d'écorce de chêne faite avec du vin fort, et on l'applique sur la hernie. On fait par dessus un spica avec une bande de toile longue de plusieurs mètres et large seulement de deux travers de doigt, en ayant soin de fixer les premiers tours de bande à la pelote par quelques points de couture, autrement la pelote glisserait sous la bande, et ne comprimerait pas. Les mères s'habituent parfaitement à l'application de ce bandage, et le font au bout de quelque temps avec une perfection et une solidité que j'admirais sans pouvoir l'imiter. Dans les premiers temps, surtout si l'enfant est très-jeune et que le bandage soit souillé par les déjections, on le change tous les jours. Il faut que l'enfant soit couché sur le dos ; on doit avoir une pelote de rechange, qui, trempée préalablement dans la décoction vineuse, est appliquée au moment même où on enlève l'autre, de façon que la hernie ne reparaisse pas, ce qui détruirait le résultat déjà obtenu.

S'il survient de la rougeur ou des boutons par suite de l'emploi du vin, on applique pendant quelque temps la pelote à sec. Lorsque la hernie, examinée avec prudence, ne paraît plus avoir de tendance à sortir, on continue pendant quelques mois l'emploi du bandage à sec, mais on peut ne le changer que lorsqu'il paraît relâché, et souvent il se maintient en bon état pendant plus de huit jours.

Ce bandage, d'une application facile chez les garçons, est beaucoup plus incommode chez les petites filles. Dans un des deux cas que j'ai observés chez ces dernières, il était tellement gênant que j'ai été obligé d'y renoncer ; on fit faire plusieurs bandages à ressort, qui maintenaient difficilement. Cependant, on parvint à en faire d'assez convenables, mais cette hernie fut trois ans avant de disparaître.

ANÉVRYSME POPLITÉ

guéri par la flexion du genou.

Par M. le Dr Hart.

J. S..., âgé de quarante et un ans, vint consulter l'auteur en septembre 1852. Il portait un anévrysme poplité du membre inférieur droit, arrondi, gros comme une pomme, et occupant la partie inférieure et externe du creux poplité ; bien que la tumeur fût assez profonde, on y sentait des battements très-forts. En faisant plier la jambe du malade pour examiner la tumeur, M. Hart s'aperçut que la flexion de la jambe sur la cuisse faisait presque cesser les battements et suspendait les oscillations de l'anévrysme. De cette observation, il conclut que, dans la flexion complète du genou, la circulation étant fortement ralentie, il pourrait peut-être obtenir la formation de caillots dans la tumeur, et par conséquent son oblitération, s'il parvenait à maintenir assez longtemps le membre dans cette position.

Après un repos préliminaire d'une semaine, on commença le traitement par l'application d'un bandage roulé sur toute la hauteur du membre, sauf l'anévrysme, et, à l'aide d'un bandage approprié, on maintint la jambe fléchie fortement sur la cuisse. La première nuit qui suivit l'application de l'appareil fut meilleure que les précédentes, pendant lesquelles le malade avait beaucoup souffert de sa tumeur. L'appareil lui causait peu de douleur ; le malade dit même que c'était plutôt de la gêne que de la douleur. Après quarante-huit heures, on examina la tumeur ; elle était déjà solide, le cinquième jour elle était complétement dure, et l'on n'y sentait ni battements ni oscillations. On relâche un peu le bandage et on maintient la jambe fléchie seulement à angle droit sur la cuisse. Le septième jour le pied est un peu gonflé ; on permet au malade de se lever. Le douzième jour on étend la jambe ; le malade marche sans peine ; il a seulement un peu de roideur dans le genou. Six semaines après, on constatait une diminution notable dans le volume de la tumeur. Au bout de trois mois, il restait à peine quelques traces de la tumeur primitive, et la circulation artérielle s'était rétablie.

Comme on le voit, le traitement par la flexion a parfaitement et promptement réussi dans le cas précédent ; il n'a présenté ni difficultés ni inconvénients. Il est vrai que cet anévrysme offrait des conditions excellentes pour l'emploi de ce mode de traitement. Le malade était d'une taille moyenne, il n'était pas âgé ; la tumeur était d'un volume peu considérable et modérément saillante ; quand le genou était fléchi, l'anévrysme se trouvait au-dessous de la ligne de flexion ; ce sont autant de circonstances favorables pour l'emploi de la méthode.

La guérison s'obtient évidemment dans ce mode de traitement par le ralentissement de la circulation et par le dépôt consécutif de caillots actifs dans la poche artérielle. Enfin, la flexion forcée est exempte des reproches que l'on adresse à la compression directe au moyen de pelotes qui peuvent, dans un certain nombre de cas, déterminer des gangrènes de la peau, la rupture du sac et d'autres accidents. (*The Lancet* et *Union médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 novembre 1859. — Présidence de M. Marjolin.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Loiseau, de Montmartre, adresse à la Société deux instruments désignés par lui sous le nom de *pince porte-lame*, et destinés à pratiquer à la fois l'incision et la dilatation de la trachée dans l'opération de la trachéotomie. Les deux instruments sont renvoyés à une commission composée de MM. Giraldès, Deguise et Guersant.

— M. le docteur Faure lit un mémoire intitulé : *Note sur les poumons d'une femme morte par le chloroforme.* (Renvoi à la commission déjà nommée : MM. Robert, Marjolin, Richet.)

M. Guersant présente à la Société le jeune garçon qu'il avait amené il y a trois semaines, et qui avait une adhérence des mâchoires suite de stomatite ulcéreuse consécutive à un traitement par le calomel. Plusieurs confrères redoutaient des contractions musculaires, qui pouvaient gêner beaucoup l'opération ; M. Guersant a opéré l'enfant le 3 novembre ; en divisant seulement les adhérences sans fendre la joue, après avoir divisé les brides et enlevé des dents mobiles et des portions nécrosées des bords alvéolaires supérieur et inférieur, il a obtenu un écartement notable à l'aide de corps qui ont été toujours placés dans la bouche de manière à maintenir l'écartement. On est arrivé aujourd'hui à avoir un écartement suffisant pour permettre à l'enfant de bien ouvrir la bouche et de manger indistinctement de la viande et du pain. M. Guersant ajoute que, comme dans tous les cas de ce genre, il redoute la récidive, et qu'il faudra très-longtemps faire porter à l'enfant des corps étrangers entre les dents.

M. Verneuil profite de la communication de M. Guersant pour donner à la Société une analyse de deux mémoires importants qui lui ont été adressés récemment.

L'un est de M. Rizzoli, de Bologne ;

L'autre de M. Esmarch, de Kiel (Danemarck).

L'idée majeure renfermée dans ces deux mémoires, est la création d'une pseudarthrose pratiquée dans la continuité du maxillaire inférieur dans les cas d'ankylose cicatricielle de cet os.

Cette pseudarthrose s'obtient en sectionnant, ou mieux encore en réséquant le corps de l'os au-devant de l'obstacle qui tient les mâchoires rapprochées.

C'est le lieu où porte la section qui différencie ces essais des tentatives de section proposées ou pratiquées par des auteurs contemporains, entre autres Dieffenbach, dès 1840.

Cependant il est juste d'ajouter que la proposition formelle de créer une pseudarthrose au-devant des brides qui enchaînent les deux mâchoires, a été faite dans les termes les plus clairs et les plus explicites par un chirurgien américain, le docteur Carnochan.

M. Guersant demande si parmi les cas dont il est question dans les mémoires dont parle M. Verneuil, il y en a d'aussi simples que celui dont il a entretenu la Société.

M. Verneuil répond qu'il a annoncé en commençant que le procédé dont il voulait parler ne s'appliquait pas au cas de M. Guersant.

— M. le Président annonce à la Société la mort de M. Chaumet, de Bordeaux, membre correspondant.

— M. Faure lit un travail sur le cas de mort par le chloroforme qui a eu lieu dernièrement à la Charité. (Renvoyé à la commission chargée d'examiner son premier travail sur l'anesthésie (MM. Robert, Richet, Marjolin).

— A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret.

Pour le secrétaire absent, Desormeaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 octobre 1859. — Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. le Dr Gaucher (de Batignolles) adresse une traduction manuscrite de la dissertation d'Hoffmann *sur les maladies des jeunes filles*, avec notes et commentaires. Il demande le titre de membre titulaire (MM. Elleaume et Millon, rapporteurs.)

— M. Mallez présente, au nom de M. A. Legrand, deux mémoires imprimés ; l'un a pour titre : *De l'application de la cautérisation linéaire à l'ablation des lipomes des tumeurs graisseuses.*

Les nouvelles règles établies par l'auteur pour l'application des caustiques à l'enlèvement des tumeurs bénignes, rapprochent autant que possible l'action de ces agents de celle du bistouri ; mais tout en essayant d'atteindre avec les caustiques à la précision, à la netteté et même un peu à la rapidité de l'instrument tranchant, M. Legrand fait remarquer que les désavantages qu'ils peuvent présenter, la douleur, etc., sont largement compensés par l'immunité de l'érysipèle qui semble attachée à leur emploi.

Le second travail a pour titre : *Des convulsions chez les enfants, au point de vue du diagnostic et du traitement.*

Les convulsions sont, pour l'auteur, dans la grande majorité des cas, l'indice d'une affection du cerveau; et c'est pour les avoir considérées trop souvent depuis quelques années comme des phénomènes liés à un état essentiel, qu'on a dirigé contre elles des médications impuissantes. (Remerciments à l'auteur.)

Blépharoplastie par glissement. — M. COURSSERANT présente une jeune fille âgée de dix-neuf ans, à laquelle il a pratiqué avec succès une opération de blépharoplastie par le procédé dit de glissement. En outre, cette malade présente un staphylome conique avec désorganisation complète de toute la cornée. Ce staphylome devant être amputé, M. Coursserant fait remarquer qu'une deuxième opération devra être pratiquée sur la paupière supérieure, afin de donner à cette paupière toute la régularité possible et de permettre à cette malade de porter un œil artificiel.

Au reste, ces différentes opérations étant pratiquées, la jeune fille sera représentée à la Société.

— M. MATTEI lit un rapport sur un travail de M. le docteur Lechevallier, avant pour titre : *Du palper abdominal appliqué à l'obstétrique et plus spécialement à la grossesse.*

Les conclusions étant favorables, M. Lechevallier est nommé, au scrutin, membre correspondant.

Fœtus anencéphale. — M. JOSIAS présente un fœtus anencéphale. Une cantinière revenant de faire la campagne d'Italie se trouvait au camp de Saint-Maur lorsqu'elle fut prise de douleurs pour accoucher. M. Josias, appelé auprès de cette femme, reçut cet enfant. L'accouchement n'a présenté rien d'anormal. M. Josias se propose de faire examiner la tête et la colonne vertébrale de ce monstre, et de communiquer à la Société le résultat de ces recherches.

M. MATTEI. L'enfant que nous présente notre confrère M. Josias, est classé parmi les monstres anencéphales. Les physiologistes considèrent ce cas, ainsi qu'une infinité d'autres, comme le résultat d'une aberration des lois de l'organisation du fœtus, tandis qu'on peut les expliquer le plus souvent par une maladie de la vie intra-utérine.

Des causes pathologiques, en effet, peuvent atteindre le produit de la conception dans sa période d'organisation (du 1er au 60e jour) et dans sa période de développement (du 2e au 9e mois).

1° Lorsqu'une cause morbide atteint le produit dans la période d'organisation, ou l'embryon est assez gravement lésé pour cesser de vivre, et alors le reste de l'œuf peut continuer à se développer encore quelque temps, mais il ne tarde pas à être expulsé à l'état de mole; ou bien la maladie atteint l'embryon dans les parties qui ne sont pas indispensables à la vie intra-utérine; et alors les parties saines continuent à se développer, mais l'enfant naît difforme, et le plus souvent incapable de supporter la vie extra-utérine.

2° Lorsqu'au contraire une cause morbide atteint le fœtus après que tous ses principaux organes sont ébauchés, alors cette lésion peut altérer ou détruire l'un de ces organes et faire croire qu'il n'a jamais existé. Tel est précisément, je crois, le cas des anencéphales, où il y a absence plus ou moins complète du cerveau et de la moelle.

Dans ce cas, c'est la cavité céphalo-rachidienne qui a été le siége de la maladie; elle a débuté très probablement par un hydrocéphale ou un hydrorachis. La distension des enveloppes méningées a d'abord contrarié l'ossification de la voûte du crâne ou des lames vertébrales; enfin, à force de se développer, la tumeur a fini par s'ouvrir par ulcération, comme cela a lieu quelquefois dans les premiers temps de la vie extra-utérine lorsque les enfants naissent avec ces maladies.

Lorsque cette rupture a lieu pendant que l'enfant est encore dans le sein de la mère, le liquide céphalo-rachidien s'épanche dans la cavité amniotique; les parois de la tumeur céphalo-rachidienne se raccornissent, et la partie restante de l'axe cérébro-spinal se réduit à un simple tubercule. Quelquefois même elle finit par se détruire complétement, et la racine des nerfs se perd dans les méninges qui servaient d'enveloppe au cerveau et à la moelle. Quant au squelette de la cavité céphalo-rachidienne, il ne reste plus que la base du crâne, ou la surface antérieure du canal vertébral.

Ce que je viens de dire est prouvé, à mes yeux, par des observations cliniques et par des expériences sur les animaux; mais à cet égard j'ai besoin d'entrer dans quelques détails.

La théorie des forces ou lois qui président à l'organisation du fœtus a été diversement considérée en France et en Allemagne.

Chez nous, et M. Serres surtout, on a cru que les parties périphériques de l'embryon étaient les premières à se former, et ainsi la moitié droite du corps finissait par s'unir à la moitié gauche. Le cerveau et la moelle n'auraient été que le résultat de la réunion des nerfs périphériques. Le raphé de plusieurs parties du corps et quelques difformités par division de ses parties médianes semblaient confirmer cette loi, mais l'observation directe l'a démentie. Ce sont les Allemands précisément qui sont arrivés à ce résultat.

Quand on examine, en effet, les œufs des animaux aux premières périodes de leur incubation, on voit que l'organisation de l'embryon commence toujours non pas par les parties périphériques, mais par la partie centrale. C'est sur la place qu'occuperont le cerveau et la moelle que sont les premières traces de l'organisation; c'est sur l'axe cérébro-spinal que viennent ensuite se grouper tous les organes, et peut-être l'axe cérébro-spinal et le grand sympathique président à la distribution de ces organes. Ainsi une maladie pourra détruire l'axe cérébro-spinal une fois que les organes seront formés, ce qui reste du grand sympathique suffit à leur vie végétative; mais chez les animaux supérieurs on ne saurait admettre l'organisation de toutes les parties du corps sans la formation préalable de l'axe cérébro-spinal.

Une raison clinique vient me prouver la vérité de ce fait : c'est que l'on a trouvé des fœtus offrant les divers degrés de la maladie qui a déterminé l'anencéphalie. Ainsi on a trouvé sur des enfants naissants tantôt des hydrocéphales ou des hydrorachis à peine marqués, tantôt des hydrocéphales et des spina bifida très-développés; enfin, on a trouvé ces tumeurs ouvertes depuis peu dans la cavité amniotique. Dans ce dernier cas surtout, on a pu constater une altération concomitante de la substance du cerveau et de la moelle épinière, et si ces lésions avaient eu lieu longtemps avant le moment de la naissance, nul doute que les parties auraient fini par offrir l'aspect des monstres anencéphales.

Les conditions dans lesquelles s'est formé le fœtus que nous avons sous les yeux sont une preuve de plus en faveur de ma manière de voir; ainsi la mère, cantinière d'un régiment, va en Italie étant déjà enceinte de cinq ou six mois. Tous les organes de cet enfant, et l'axe cérébro-spinal par conséquent, étaient déjà bien formés à cette époque. La campagne d'Italie met la mère dans des conditions de souffrance physique et morale qui se traduisent chez l'enfant par une méningo-encéphalite, comme la science en possède des exemples, ou tout au moins par une hydropisie arachnoïdienne ou ventriculaire qui a fini à la longue par l'ulcération des parois et la destruction du cerveau.

Vous remarquerez en outre que, quoique né à terme pour la durée de la grossesse, cet enfant n'a pas tout le développement des enfants de neuf mois. La face, le tronc et les membres sont bien conformés, comme il est probable que sont bien conformés les organes du thorax et de l'abdomen; mais on voit que la maladie de l'encéphale a considérablement nui au développement ultérieur de toutes les parties du corps.

Quant à la vie extra-utérine, elle était impossible à cause de la destruction de la moelle allongée, qui est indispensable au phénomène de la respiration.

M. MALLEZ. Le fœtus qui vient d'être présenté appartient bien en effet à la classe des anencéphales; mais je ne crois pas que l'on ait coutume de considérer ce fait comme le résultat d'une maladie du fœtus. Tous les anatomistes modernes sont d'accord pour le ranger parmi les monstruosités par arrêt de développement, au même titre que le bec-de-lièvre et l'hermaphrodisme. La portion de la moelle située au-dessous du trou occipital se développe la première avec les appareils de la vie organique. Les premières vertèbres rachidiennes sont d'une formation antérieure aux os du crâne, et ceux-ci, assimilés avec raison à des vertèbres, ne se forment que pour protéger l'encéphale. Le contenant se comporte comme le contenu. Aussi, dans ce cas particulier, voit-on les pariétaux, l'occipital et la plus grande partie des temporaux manquer complétement.

L'arrêt de développement a été commun à la portion dure comme à la portion molle de la tête, parce que la première n'a pas de raison d'être quand la seconde manque.

Considérer ce cas tératologique comme une maladie serait négliger ce que l'anatomie et l'embryogénie comparées ont le mieux démontré depuis trente ans, et oublier les travaux de MM. Geoffroy-Saint-Hilaire, Serres, etc.

M. MATTEI ne peut admettre ici l'arrêt de développement. Bischoff a démontré dans son *Traité d'embryogénie* que l'axe cérébro-spinal est le premier appareil qui se manifeste dans l'organisation; l'appareil circulatoire ne se forme que postérieurement. Là où il n'y a pas de système nerveux, il n'y a ni vaisseaux ni cœur susceptible de contractions. La formation des nerfs préside donc à l'organisation de ces derniers et par conséquent les précède. L'axe cérébro-spinal pourra donc être détruit dans la période de développement; mais là où existe un cœur fœtal aussi bien conformé que l'est celui du fœtus actuel, il faut bien admettre que l'axe cérébro-spinal a existé dès la période d'organisation.

Plaie de la cornée, de l'iris et de la capsule cristalline. — Cataracte. — M. MAGNE. M. Théodore B..., vingt-trois ans, rue Neuve-des-Petits-Champs, 60, se présenta à ma consultation le 7 août de cette année; il venait de se frapper l'œil droit avec un tire-crin, dont il fait usage dans son état de tapissier, et avait immédiatement senti sa joue « inondée de larmes; » c'était l'humeur aqueuse et non des larmes, ainsi que je le constatai en écartant les paupières. On aperçoit, à la partie inférieure, la plaie faite à la cornée par l'instrument piquant. Cette membrane est affaissée sur elle-même, comme à la suite d'une opération de cataracte par extraction, et une portion de l'iris est engagée dans la plaie; je fais rentrer aussitôt cette hernie. — Quinze sangsues derrière l'oreille; pédiluve; compresses d'eau glacée sur l'œil; diète.

Le lendemain, amélioration assez notable; la chambre antérieure est remplie; la plaie se cicatrise, la pupille paraît convenablement dilatée, et permet de suivre le trajet du tire-crin au moment de l'accident. Pénétrant de bas en haut, il a labouré légèrement la face antérieure de l'iris; puis s'introduisant dans l'espace pupillaire, il a effleuré la capsule antérieure; les traces existent de manière à ne pas s'y tromper, indiquées par une traînée inflammatoire presque linéaire, bien visible.

Le malade, très-pusillanime, redoute que son œil ne vienne à se vider. Comme il est très-intelligent, je lui explique pourquoi ce résultat n'est plus à craindre; mais je suis obligé de lui donner d'autres sujets d'inquiétude : je lui fais comprendre que, sans un traitement énergique, la pupille est menacée d'atrésie par suite d'iritis, et que cette mauvaise chance écartée, il reste encore la crainte d'une capsulite traumatique. — Nouvelle application de quinze sangsues; purgatif; pilules de calomel, opium et belladone; frictions avec la pommade d'onguent napolitain et d'extrait de belladone. Les compresses d'eau froide devront toujours être maintenues sur l'œil.

Le 9, le malade paraît très-satisfait; la pupille, dilatée sous l'influence de la belladone, rend la vision moins obscure et me fait espérer que l'iritis sera enrayée. Cependant la capsule prend une teinte uniforme d'un blanc grisâtre; je crois devoir insister sur une nouvelle application de sangsues; compresses glacées, pilules et frictions, *ut suprà.*

Malheureusement M. B... ne tient pas compte de mes avertissements, les sangsues ne sont pas appliquées, et, le 11 avril, il arrive se plaignant de douleurs atroces à la tempe et au-dessus du sourcil. L'inspection de l'œil me montre la pupille déformée, l'iris changé de couleur, la capsule entièrement blanche, et un hypopion occupant un certain espace de la chambre antérieure; photophobie très-intense. — Revenir à une application de 20 sangsues, réitérer la purgation, continuer l'usage des pilules; trois frictions par jour avec la pommade d'onguent napolitain et d'extrait de belladone; tenir constamment sur l'œil des compresses imbibées d'eau végéto-minérale.

L'usage de ces trois derniers moyens a été employé sans interruption pendant quinze jours; l'hypopion était résorbé, les douleurs avaient cessé, l'inflammation s'était beaucoup amoindrie; mais la capsule était adhérente à l'iris. Je permis au malade d'aller à la campagne, l'engageant à persévérer dans le traitement. Au bout de trois semaines, il revint avec tous les symptômes d'une violente iritis; je prescrivis un vésicatoire et l'usage du calomel jusqu'à salivation. Quinze jours après, je reçus une dernière visite de M. B...; les douleurs avaient cédé rapidement à l'usage du calomel, et n'avaient plus reparu. L'œil n'offre plus aucune trace de rougeur inflammatoire; la plaie de la cornée n'est indiquée que par un léger point de cicatrice; mais le malade est borgne, par suite de quelques adhérences de la capsule opaque à la cornée.

Cet insuccès m'a vivement préoccupé, et assurément cette observation est bien digne de fixer l'attention du praticien, tant sur le traitement employé que sur celui qui aurait pu l'être.

En effet, vingt-quatre heures après l'accident, la pupille est convenablement dilatée; la capsule n'offre qu'une légère érosion.

Quarante-huit heures s'écoulent, et la pupille, sous l'influence de la belladone, augmente de diamètre. A coup sûr, j'étais bien fondé à ne plus rien redouter du côté de l'iris; il suffisait de consolider par les mêmes moyens le résultat heureux que nous avions obtenu. Mais, malgré mes instances, le malade arrête le traitement, et, quand nous y revenons, je suis impuissant à combattre l'iritis; je vois, pour ainsi dire sous mes yeux, l'iris se rapprocher de la capsule, et je ne puis m'opposer médicalement aux adhérences entre ces membranes.

Dès le cinquième jour, aussitôt que je fus convaincu de la marche de l'iritis et de l'impossibilité de dilater de nouveau la pupille, je songeai à débrider la plaie de la cornée, et à aller chercher la capsule à l'aide d'une curette ou de petites pinces; mais le malade était un jeune homme éloigné de ses parents; mais je ne connaissais aucun exemple analogue, et, après tout, je n'avais pas la certitude mathématique que l'inflammation capsulo-iritique dût persister. J'attendis donc; plus tard, il fut trop tard, et j'annonçai au malade que la vision ne pourrait lui être rendue que par une opération.

Aujourd'hui, après y avoir mûrement réfléchi, je n'hésiterais pas, dans un cas analogue, à extraire la capsule; la plaie de la cornée, en effet, ne peut se mettre en parallèle avec la gravité des accidents évités par l'extraction de la capsule, et l'on se débarrasserait ainsi de la complication la plus fâcheuse, l'union de la capsule à l'iris par suite d'une inflammation adhésive.

J'écrivais ceci en 1854 (1), et je viens pour la seconde fois de mettre en pratique le principe que j'établissais il y a cinq ans. L'opération a été suivie d'un heureux résultat. Il s'agissait d'un œil perforé par un fragment d'acier.

Je vis le malade quatre jours après l'accident : la cornée, l'iris et la capsule avaient été divisés; l'appareil cristallinien, chassant en avant l'iris déformé, était opaque; la plaie de la cornée étant cicatrisée, je dus faire une nouvelle ponction pour donner issue à la cataracte traumatique, et préserver ainsi l'œil d'une cécité certaine.

Angine gangréneuse. — M. DUHAMEL. J'ai soigné dans ces derniers temps une jeune fille de sept ans, qui a été atteinte d'abord d'une dyssenterie grave à la suite de laquelle elle a éprouvé une faiblesse extrême. Elle commençait à entrer en convalescence lorsque l'amygdale gauche s'est sphacélée. La malade est morte en trente-six heures, sans aphonie et sans engorgement des ganglions. Ce qu'il y a encore de remarquable, c'est que la malade s'est éteinte; je crois que cette terminaison si prompte doit être attribuée à la faiblesse extrême de la petite malade.

Le vice-secrétaire, Dr ELLEAUME.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Académie de médecine tiendra sa séance publique annuelle mardi prochain 13 novembre, à trois heures, dans la salle ordinaire de ses séances. M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, prononcera l'éloge de M. E. Geoffroy Saint-Hilaire; et M. Devergie, secrétaire annuel, fera une lecture sur les travaux de l'Académie.

— Aux renseignements que nous avons donnés dans notre dernier numéro sur le nombre d'élèves inscrits à la Faculté de médecine, nous pouvons ajouter que l'année dernière 34 jeunes étrangers, dits *élèves bénévoles*, étaient inscrits sur le registre spécial qui leur est consacré, et que cette année le nombre de ces élèves est de 48.

— La seconde composition pour les prix à décerner aux internes des hôpitaux a été faite hier 8 décembre. Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes :

1° Première division; internes de 3e et de 4e année : *De l'ostéomyélite* ou *médullite.*

2° Deuxième division, internes de 1re et de 2e année : *Des perforations spontanées du poumon.*

— M. G. Battista Borelli publie dans la *Gazetta medica italiana* (*stati sardi*), un projet de loi pour la création d'une magistrature sanitaire dans les Etats sardes. Suivant ce projet, l'administration de la santé publique serait confiée, sous l'autorité du ministre de l'intérieur, à un directeur suprême choisi dans le corps médical, et assisté d'un conseil. La direction aurait dans les provinces des représentants, sous le titre d'inspecteurs provinciaux. Dans cette vaste organisation se trouveraient centralisées toutes les branches du service sanitaire, et l'on y rattacherait même tout ce qui concerne le soin des intérêts médicaux, notamment la répression de l'exercice illégal. Ce serait à peu près, sauf le titre, ce *ministère de la médecine* que demandaient chez nous, en 1848, les entreprenants de la profession.

— M. le docteur Mallez commencera son cours public des maladies des voies urinaires le mercredi 14 décembre, à midi, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

(1) *Ophthalmies traumatiques, choix d'observations remarquables destinées à éclairer l'histoire des corps étrangers de l'œil,* 2e édition. In-8°. Chez J. B. Baillière.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 145. — MARDI 13 DÉCEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 145. — MARDI 13 DÉCEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 12 décembre 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

C'est de l'objet principal des préoccupations actuelles, de l'anesthésie hypnotique, qu'il sera exclusivement question ici. Nous reviendrons plus tard, s'il y a lieu, sur quelques-unes des communications de cette séance qui sont relatives à d'autres sujets. La communication faite par M. Velpeau au nom de M. Broca sur les faits révélés par M. Azam et sur les expériences curieuses faites à l'hôpital Necker, sera sinon le sujet, du moins le prétexte et l'occasion, de ce qui va suivre. Nous ne reproduirons pas, en effet, ici le contenu de la note de M. Broca, qui est connue maintenant de tous nos lecteurs; mais nous la compléterons par l'exposé des documents qui nous sont parvenus depuis notre dernier numéro, et des faits que nous avons pu apprécier par nous-même.

Avant d'exposer les faits nouveaux, rétablissons d'abord quelques points de la question historique. Nous avons dit que c'était à James Braid que remontait la première indication précise du moyen de produire la catalepsie et l'anesthésie artificielles à l'aide d'un objet brillant placé devant les yeux, de manière à solliciter une contraction forcée des muscles élévateurs et adducteurs du globe oculaire. Ces faits n'auraient pas dû nous être inconnus. Ils sont en effet exposés tout au long dans plusieurs ouvrages classiques qui sont entre les mains de tous les médecins, nommément dans le *Manuel de physiologie* de Müller (édition de M. Littré), dans les articles Hypnotisme et Magnétisme du *Dictionnaire* de Nysten (édition de MM. Littré et Ch. Robin), et dans les *Eléments de physiologie* de M. Béraud (revus par M. Robin), où ils sont examinés et discutés avec plus de développement encore.

D'un autre côté, M. Piorry est parti de l'observation de faits du même genre quand il a formulé, dans divers mémoires et dans son *Traité de pathologie iatrique* sa théorie de l'accès épileptique, auquel il a assigné pour point de départ le plus habituel une lésion organique ou fonctionnelle de la rétine.

Il serait superflu de reproduire ici des extraits de ces divers ouvrages, qu'il devra nous suffire d'avoir indiqués, chacun pouvant aisément les consulter. Il faudrait d'ailleurs remonter beaucoup plus loin encore si l'on voulait relier historiquement la connaissance de ces faits avec tout ce que présentent d'analogue, peut-être même devrions-nous dire d'identique au fond, le magnétisme animal, le mesmérisme, et maintes pratiques semblables des Indiens. Mais, soit défiance, soit conviction que ces faits ne pouvaient être d'aucune utilité scientifique ou pratique, il est certain qu'ils étaient à peu près généralement oubliés. — A-t-on eu raison d'appeler de nouveau sur eux l'attention du public médical? La pratique peut-elle espérer y trouver une ressource utile, la science des éléments nouveaux d'instruction? Quelques-uns l'espèrent, d'autres en doutent. Nous sommes de ceux qui pensent que la chose vaut la peine qu'on y regarde. Aussi accueillons-nous avec plaisir le petit document suivant, que vient de nous transmettre M. le docteur Azam, dans le but de répondre aux questions qui lui ont été faites par un grand nombre de confrères, et de les mettre à même d'expérimenter en connaissance de cause.

« Cette méthode, nous écrit notre confrère, demande, comme tous les procédés opératoires, certaines conditions, et comme tout ce qui est basé sur l'impressionnabilité si variable du système nerveux, une étude et une attention particulières.

» Voici en quelques mots le résumé de mon expérience :

» Les femmes, surtout celles qui sont jeunes et impressionnables, sont les sujets les plus accessibles à cette pratique; cependant l'âge n'est point une contre-indication, car, dans la journée d'avant-hier, une dame âgée de 63 ans a été hypnotisée avec la plus grande facilité. Le sommeil a duré plus d'une heure. Les enfants, à partir de l'âge où ils peuvent fixer leur attention d'une manière convenable, y sont également très-accessibles.

» J'ai réussi moins facilement chez les hommes, surtout chez les adultes vigoureux; ceux, au contraire, dont le tempérament est nerveux et dont la nature est un peu féminine, un grand nombre d'hommes du monde par exemple, subissent aisément cette influence.

» L'expérience démontrera, du reste, quelles sont les natures d'homme véritablement réfractaires et les modifications de procédé opératoire qui réussiront de la manière la plus infaillible.

» Voici maintenant, et comme corollaire des données succinctes qui ont déjà été publiées, les moyens qui m'ont le mieux réussi. Le malade doit être placé sur une chaise basse ou un fauteuil, la tête renversée sur le dossier (la position assise me semble préférable à la position couchée). On doit éviter le bruit et éloigner de son esprit une préoccupation trop active. Il n'est pas douteux que l'attention d'un entourage nombreux et la crainte exagérée d'une opération douloureuse ne soient de mauvaises conditions pour la réussite. Cela fait, le corps étant placé dans une position commode et les membres dans la résolution, je place devant les yeux un objet brillant quelconque, comme cela a été déjà dit et dans les conditions indiquées, de façon à produire un strabisme convergent tel, que les axes des deux yeux rasent pour ainsi dire l'arcade sourcilière, et qu'on voie tout juste l'objet. La convergence constante du regard est une condition indispensable. Après un temps qui varie d'une minute et demie à 4 ou 5 minutes, quelquefois moins ou plus, les pupilles, qui ont commencé par être contractées, se dilatent et se resserrent. comme par un mouvement oscillatoire; le visage perd toute expression, les paupières clignotent, la respiration s'accélère et le sujet fait comme des mouvements de déglutition involontaires. La face devient, en général, plus rouge: jamais je ne l'ai vue pâlir. J'ai remarqué à ce moment le gonflement des jugulaires. En même temps, le pouls s'est singulièrement abaissé, sans cependant présenter en rien les caractères du pouls syncopal. Beaucoup de malades, à ce moment, ferment les yeux à la suite de plusieurs clignotements rapides; d'autres les gardent ouverts; alors on les ferme doucement. Si en même temps, de la main qui tient le pouls, on pince légèrement la peau, on reconnaît que la période anesthésique commence. Si surtout les malades font entendre un léger ronflement, on peut avoir la certitude qu'elle est complète. Alors on peut opérer à ce moment; et dans la plupart des cas, si on élève les bras ou les jambes, ils gardent la position donnée. La catalepsie existe.

» Cette période de torpeur ou d'anesthésie est celle, on le comprend, qui m'a le plus préoccupé.

» A partir du moment où les yeux sont fermés, elle dure de quatre à quinze ou seize minutes. Il n'y a pas de règle fixe : elle peut durer plus ou moins longtemps; elle peut même être très-fugace. Je suis convaincu que cette période de torpeur n'est que la transition de l'état de veille à l'état de somnambulisme provoqué complet (waking state), et qu'elle est plus ou moins longue suivant que la contraction des muscles, c'est-à-dire le strabisme, a été plus intense.

» Si on adresse la parole au malade, il ne répond pas dans les premiers instants. Si on insiste, et que le malade par quelque tressaillement du visage fasse comprendre qu'il entend, quelques frictions sur le larynx rendront la liberté à ses muscles qui sont en catalepsie, et la parole lui est rendue, mais il ne parlera pas spontanément. Si cependant on tient à prolonger la période anesthésique, il est mieux de ne pas lui parler, car on courrait le risque d'activer l'arrivée de la période suivante, celle d'hyperesthésie, qui serait gênante pour une opération.

» S'il en était ainsi, et si le malade montrait de l'hyperesthésie, il serait facile de l'éveiller rapidement, comme on me l'a vu faire dans le service de M. Robert, chez une femme qui à la suite d'une longue période d'anesthésie, pendant laquelle toute opération eût été possible, a poussé des cris exagérés pour un léger pincement; immédiatement éveillée, elle n'en a gardé aucun souvenir.

» Je dois aussi faire remarquer que tant que les membres sont dans la résolution, le pouls reste calme, plus calme même qu'à l'état normal. Mais si l'on maintient les membres longtemps en catalepsie, il s'accélère d'une façon singulière, ainsi que la respiration. Aussi n'est-il pas prudent d'employer ces manœuvres diverses pour provoquer la catalepsie chez les personnes atteintes de maladies du cœur.

» J'ai aussi vu que l'hypnotisme amenait l'attaque chez les épileptiques ou les hystériques à convulsions. Ce sont là les seuls dangers que mon expérience de dix-huit mois aient jamais rencontrés.

» Ce sommeil cesserait comme un sommeil ordinaire, après un temps plus ou moins long. Mais je ne vois pas la nécessité de prolonger un état artificiel inutile et de fatiguer ainsi le système nerveux. Du reste, le moyen d'éveiller les malades est des plus simples : il suffit de souffler vivement sur les yeux, soit avec les lèvres, soit avec un soufflet, ou de frictionner doucement les paupières avec les doigts. »

Nous pourrions ajouter à ce qui précède la relation d'expériences nouvelles dont M. Follin a bien voulu nous rendre témoin. Mais l'espace nous manque, et ces nouveaux faits, parfaitement semblables à ceux que nous avons déjà rapportés, ne feraient que confirmer tout ce que nous avons déjà dit. — Dr Brochin.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE SUR L'HYSTÉRIE

et sur le degré de responsabilité des hystériques et des aliénés devant la loi,

A L'OCCASION D'UN PROCÈS RÉCENT.

« On a trop incliné à déclarer la liberté morte quand elle n'était que malade. »
(Lerminier, *Philosophie du droit*, liv, II, ch. vi).

Personne ne met en doute aujourd'hui l'utilité de l'aptitude spéciale des médecins dans les questions judiciaires : leur intervention dans les débats médico-légaux n'est plus comme jadis une politesse des tribunaux. C'est un droit justement acquis. Leur rôle est d'ajouter aux lumières naturelles de la raison le tribut d'une connaissance intime et profonde du cœur humain, et de pouvoir sainement apprécier si un acte a été commis sous l'empire de la passion, ou s'il doit rentrer dans le domaine de la folie.

Entre ces mots *passion* et *folie*, entre la responsabilité ou l'atténuation de responsabilité et l'exonération de toute pénalité, les médecins-légistes, les magistrats et les jurés ont malheureusement établi une foule de nuances plus ou moins discutables : de là, leur fréquent désaccord.

La cause première de ce regrettable état de choses est inscrite tout au long dans nos fastes judiciaires, et nous n'aurons pas beaucoup de peine à la faire ressortir. Jetons pour cela un rapide coup d'œil rétrospectif sur quelques pages de l'histoire de la justice criminelle en France.

Il y a un peu plus de trente ans, à propos d'un procès tristement célèbre, un avocat, inconnu alors, et qui devint plus tard l'une des gloires du barreau de Paris, Me Paillet, se présenta à la barre d'une cour d'assises et invoqua pour la première fois, comme moyen de défense, une lésion des facultés de l'entendement chez l'accusé en faveur duquel il avait mission de porter la parole.

Cette innovation, aussi hardie qu'imprévue, était pour l'avocat le fait d'une conviction profonde, l'expression de sentiments justes et généreux, l'élan spontané d'une foi sincère. Il y eut grand émoi au palais.

Mais comme les meilleures choses ont leur mauvais côté, il arriva bientôt que les défenseurs des causes désespérées, sans se préoccuper des conséquences de leur légèreté, se mirent à la poursuite de l'acquittement avec le zèle le plus immodéré, en basant trop souvent leur argumentation sur les motifs allégués par Me Paillet. Le juré ne rencontra plus alors dans l'exercice de ses fonctions, déjà si difficiles, qu'une source d'incertitudes et d'embarras; le magistrat, un moment ébranlé, se retrancha derrière une incrédulité impassible et quelquefois blâmable; enfin le médecin, compromis par l'avocat, vit bientôt son témoignage taxé d'exagération, d'incompétence et de quasi-nullité. Voilà où conduisit l'abus !

Il ne fallut pas moins de quinze ou vingt ans pour qu'une réaction salutaire s'opérât en faveur des médecins spéciaux, et c'est parce qu'ils ont donné pendant tout ce temps des preuves irréfragables de savoir, de discernement et de probité, que MM. Ferrus, Baillarger, Parchappe, Calmeil, Tardieu, Moreau (de Tours), Brierre de Boismont, Aubanel, Girard de Cailleux, Morel, et plusieurs autres encore, se présentent aujourd'hui devant la justice entourés de ce prestige dû à l'autorité scientifique, et que leur déposition exerce une si grande influence sur les décisions des jurés.

Dans la plupart des grands procès criminels, il y a une question de médecine légale à débattre. S'il n'en existe pas, l'avocat essaye d'en introduire une. Ses efforts se concentrent alors sur ce point rendu litigieux à plaisir; les témoignages des médecins sont mis en contradiction les uns avec les autres; les auteurs, depuis le père de la médecine, sont cités, analysés, commentés, résumés et surtout jugés; puis, lorsque la mâle éloquence d'un maître de la parole les a malicieusement accablés de ses traits les plus acérés, le doute a été jeté dans les esprits, et très-fréquemment le verdict du jury en subit l'influence.

En principe, tout individu qui a exécuté *avec discernement* un acte illicite et incriminé par la loi, doit être puni. La loi pénale, comme l'a si bien exprimé M. Molinier, professeur de droit criminel à la Faculté de Toulouse, a pour mission de protéger l'Etat, les institutions politiques,

es personnes et les propriétés, contre les attentats qui violent les droits et qui menacent la sécurité publique. Mais à côté des garanties qui ont été données à la société, il existe heureusement une mesure tutélaire qui abrite l'insensé; et c'est ainsi que l'article 64 du Code pénal rend indemne tout individu en démence au temps de l'action. Le mot *démence*, hâtons-nous de le dire, a été employé par le législateur comme synonyme de *folie*. Il a en pathologie mentale une autre signification. L'irresponsabilité de l'aliéné devant la loi est l'un des plus grands bienfaits de la civilisation, et cette conquête moderne est précieuse en ce qu'elle sauvegarde les intérêts et la vie d'un certain nombre d'individus, élevés aujourd'hui à la *dignité de malades*, et que naguère encore on accablait de mépris et de tortures.

Ce n'est plus maintenant l'application d'une peine infamante que l'on oppose à une oblitération des facultés intellectuelles qui a été la cause originelle d'un acte justiciable des tribunaux, mais bien les soins éclairés d'un médecin spécial et l'internement dans un asile *où les murs mêmes*, selon l'expression d'Esquirol, *sont un remède contre la folie.*

Cela posé, l'hystérie a-t-elle droit aux bénéfices de l'article 64 du Code pénal? Il y a quelques jours à peine, la réponse à cette question eût été universellement négative, et aujourd'hui voici que le doute a tenté de se faire jour! Discutons les faits, et tâchons d'arriver à des conclusions compatibles avec les intérêts de la raison, de la justice, de la science et de l'humanité.

Avant toute chose, nous voulons profiter de l'occasion qui nous est offerte pour élucider l'une des circonstances étiologiques de la maladie, car on a odieusement calomnié les hystériques, et on a voulu expliquer l'inconduite, l'immoralité et les déplorables conséquences qu'elles entraînent souvent après elles, comme une résultante obligée de la névrose, et ces mêmes écarts comme l'assouvissement nécessaire dû à un dérèglement sensuel.

Qu'est-ce que l'hystérie?

C'est une maladie aussi ancienne que le monde, et qui n'est que l'expression d'une susceptibilité spéciale du système nerveux. *Innumera accidentia sub se comprehendit*, a dit Galien. Excessivement rare chez l'homme, elle est, au contraire, très-fréquente chez la femme. C'est à ce point que quarante cas pourraient être à grand'peine observés dans tout Paris pour le sexe masculin, tandis qu'il y a bien peut-être, entre l'âge de treize à trente-cinq ans, cinquante mille femmes hystériques, dont dix mille ont des attaques!

Les causes en sont multiples, et cependant il en est une qui, à tous les degrés de l'échelle sociale, a toujours joui d'un grand crédit, avant et depuis Hippocrate; les esprits les plus élevés s'y laissent prendre sans cesse, et le préjugé traditionnel, bien que ne reposant sur rien de bien sérieux, a lentement cheminé à travers les âges et est arrivé jusqu'à nous comme la plus immuable des vérités. Les philosophes et les médecins ont eux-mêmes puissamment contribué à asseoir cette opinion, que *la continence est la mère de l'hystérie*. Nous nous unissons à M. Briquet (1) pour repousser énergiquement une croyance qui laisse planer sur la femme le soupçon d'un instinct aussi dégradant, et qui ne tendrait rien moins qu'à faire du libertinage une formule de la thérapeutique. Laissons à Platon la responsabilité de cette phrase: « La » matrice est un animal qui veut à toute force concevoir, et qui entre » en fureur s'il ne conçoit pas; » et voyons dans l'hystérie autre chose qu'une maladie honteuse, autre chose que *Vénus tout entière attachée à sa proie.*

Pas plus que les autres femmes, les veuves ne sont exposées à l'hystérie, et quand nous voyons des jeunes filles de treize et quatorze ans, non pubères encore, éprouver un sentiment de suffocation, de plénitude vers l'estomac, un agacement nerveux indéfinissable, accuser l'existence d'une boule qui leur monterait à la gorge, puis soudain se rouler à terre dans tous les sens, poussant des cris, cassant et brisant les objets qui leur tombent sous la main, et s'abandonnant aux mouvements les plus désordonnés, aurons-nous l'audace d'attribuer à l'abstinence des plaisirs de l'amour tout ce cortége de symptômes? Mais si l'on admettait ce dogme des dangers de la continence, le thérapeutiste logique devrait donc faire déflorer sa fille à l'âge de treize ans, afin de remédier à un accès précoce d'hystérie, ou bien, lui donnant à entendre qu'il existe des moyens collatéraux, il devrait donc lui livrer le secret des attouchements lascifs, comme il pourrait lui prescrire une pilule de camphre associé à l'opium?

Non, il n'est pas vrai que les organes génitaux, une fois arrivés à leur complet développement, aient fatalement besoin d'entrer en exercice sous peine d'hystérie. Nous conviendrons seulement — et sur ce point nous avons depuis longtemps la même opinion que M. Briquet — qu'il peut advenir, mais dans des limites excessivement circonscrites, que des jeunes femmes dont les sens sont allumés par la lecture de livres obscènes, par des conversations dissolues ou par la vue de lubriques images, présentent du côté de l'appareil sexuel une ardeur qui sollicite des désirs violents, et que dans ce cas la privation de rapports physiques communique à l'encéphale, où aboutissent toutes les sensations, une excitation pénible de laquelle naîtrait l'hystérie; cela est vrai, mais généralement les choses ne se passent pas ainsi. Ce sont les passions et les affections morales tristes, telles que l'ennui de la servitude ou d'un travail inaccoutumé, les préoccupations d'une existence précaire, les tracasseries provenant de liaisons illicites, les inquiétudes, les contrariétés, les revers de fortune, les attachements déçus, la nostalgie et surtout la jalousie, qui, faisant d'ordinaire tous les frais de la provocation hystérique, relèguent au dernier plan la suprématie étiologique, trop souvent mise en cause, de l'appétit génésique.

Les médecins, fréquemment consultés par des familles sur la question de savoir si le mariage mettra fin à des crises convulsives d'hystérie, ne manquent à peu près jamais de faire concevoir de très-grandes espérances, ou même d'affirmer en pareil cas la complète disparition de tous les accidents sous l'influence des rapports conjugaux. C'est là un grand tort, car le mariage ne guérit pas plus l'hystérie que l'établissement de la menstruation ne remédie aux attaques d'épilepsie chez la jeune fille atteinte depuis son enfance du mal d'Hercule. Une femme, hystérique avant son mariage, reste exposée aux mêmes manifestations nerveuses, alors que cependant elle vient à recevoir d'un mari jeune et plein de santé les marques de tendresse les plus susceptibles de donner une ample satisfaction à ses sens. Que cette même femme soit rendue une ou plusieurs fois mère, et sa névrose ne cédera pas davantage: c'est aux progrès de l'âge que sera dû le retour à la santé.

Un dernier mot maintenant à l'endroit des périls qui résultent de la continence. Contrairement à l'opinion émise par Parent-Duchâtelet, et en dernier lieu par M. Landouzy, M. Briquet, après s'être muni de renseignements très-exacts à l'hôpital de Lourcine et à la maison de Saint-Lazare, et s'appuyant sur les témoignages de MM. les docteurs Besançon, E. Goupil, De la Morlière et Boys de Loury, avance ce fait, que la moitié des filles publiques de Paris sont hystériques. La question nous paraît jugée; passons outre.

Nous en sommes arrivé maintenant à nous demander si, en thèse générale, l'hystérie enchaîne la liberté morale, et si une affection qui prend sa source dans une susceptibilité particulière du système nerveux, et non pas dans une maladie mentale, peut exclure la culpabilité et transformer un crime en un simple délit?

Il est évident que l'hystérie va bien ébranler un peu l'édifice de nos facultés proprement dites; aussi, pour ne laisser d'équivoque dans l'esprit de personne, devons-nous au préalable définir ce qu'on entend par facultés et montrer de quel ordre de facultés la maladie est susceptible de troubler l'exercice. Eh bien, en envisageant l'homme sous le point de vue physiologique et psychique, nous voyons que deux ordres de facultés, se sont donnés rendez-vous chez lui: les facultés *affectives* et les facultés *intellectuelles*. Aux facultés affectives se rattachent les phénomènes qui expriment un amour, une propension pour certaines choses, et une haine, une répulsion pour certaines autres. Se livrer à ses facultés affectives lorsqu'on est d'ailleurs sain d'esprit, c'est déférer à l'impulsion passionnelle; c'est subordonner de son plein gré et en connaissance de cause les actes de la vie à la satisfaction de ses désirs.

Aux facultés intellectuelles est dévolu le don d'éclairer les déterminations de la volonté, et de faire ressortir la conformité ou le disparate des actions avec les préceptes de la morale. Elles décèlent en outre les conséquences de chaque acte, à l'aide d'un jugement basé sur l'observation et sur l'expérience.

D'après les considérations qui précèdent, on a déjà compris que l'hystérie pouvait énergiquement retentir sur les facultés affectives, et finir par en amener la lésion, mais que les facultés intellectuelles restaient d'ordinaire intactes. La raison assiste à la ruine du cœur, mais elle lui survit.

Le trouble affectif est constitué au premier degré par les *passions*, au second par l'*état de folie*. Les passions étant seules mises en cause dans l'hystérie, et l'affectivité dans cette maladie n'étant oblitérée qu'au premier degré, nous ne nous préoccuperons point de l'état de folie, auquel l'hystérie ne conduit que par le fait d'une exception prodigieusement rare.

Si les passions laissent à la loi toute sa liberté d'action en matière de répression, il n'en est pas moins vrai cependant qu'elles sont une cause très-fréquente d'atténuation de responsabilité, et dans certains cas, connus de tous, d'exonération absolue de toute pénalité, lorsqu'il s'agit, par exemple, du meurtre de l'épouse après constatation du flagrant délit d'adultère dans le domicile conjugal, ou bien du crime de castration immédiatement provoqué par un outrage violent à la pudeur.

Comme personne ne saurait, à un moment donné, se flatter de pouvoir maîtriser un de ces mouvements impétueux de l'âme sous l'empire instantané duquel un acte vient à être commis, la justice, avant de faire une application des rigueurs de la loi, a l'habitude de se demander si, au temps de l'action, il n'y a pas eu éclipse partielle de la raison, et, le cas échéant, elle fait jouir l'accusé du bénéfice des circonstances atténuantes. La culpabilité est affaiblie et la peine aussi.

Selon l'intensité de l'hystérie et selon le degré plus ou moins accentué de perversion concomitante ou consécutive des facultés affectives, il doit, d'après nous, y avoir ou responsabilité ou atténuation de responsabilité, mais jamais, ou à peu près jamais, irresponsabilité totale. Nous reviendrons, du reste, sur cette dernière proposition.

Voici, je suppose, une jeune fille de dix-sept ans environ, qui depuis cinq ou six ans est en proie à des attaques d'hystérie. Sa constitution est forte et ses facultés intellectuelles sont très-nettes. Élevée par une mère faible et imprévoyante, sa conduite échappe à peu près à tout contrôle; son imagination ardente et ses tendances portées à mal prennent un dangereux essor. Le hasard aidant, elle fait la connaissance d'un garçon, son aîné de quatre ans, dont le cœur est de marbre, et qui par sa révoltante déloyauté n'a su se montrer que sous le plus détestable jour. Devenue la facile maîtresse de cet homme, la jeune fille, soit qu'elle fût réellement éprise, soit qu'elle voulût par calcul faire consacrer sa liaison par un acte solennel, conçoit le projet de se faire épouser de gré ou de force. Les protestations, les larmes, les prières échouent. Elle en vient alors à prétexter qu'elle porte dans son sein un irrécusable témoignage de sa faute, et pendant neuf mois elle écrit à son amant en l'entretenant sans cesse de sa grossesse.

Les marques de la plus dure incrédulité accueillent cet aveu. Mais rien ne saurait arrêter l'accomplissement d'un projet prémédité de longue date, et dont toutes les circonstances ont été prévues et mûries avec la plus dangereuse adresse. Espérant que la possession d'un jeune enfant mettrait un terme à ses angoisses, et qu'en le présentant à son amant comme étant le fruit de ses œuvres, elle allait attendrir une inflexible volonté, elle se rend sciemment l'auteur du rapt le plus audacieux qui soit consigné dans les annales judiciaires! Les circonstances qui suivirent la perpétration de cet acte odieux sont trop connues pour que nous les rapportions. Qu'il nous suffise d'agiter ici la question du libre arbitre.

La jeune fille, bien qu'hystérique, a-t-elle eu conscience de son crime? Oui. L'article 64 du Code pénal lui est-il applicable? Non.

On chercherait vainement dans toute l'affaire des traces de folie proprement dite, et il a fallu, pour essayer d'en trouver, l'habileté si consommée d'un avocat célèbre. En se plaçant au point de vue de l'accusée, on ne rencontre d'un bout à l'autre qu'un enchaînement fort logique de circonstances, et l'enlèvement de l'enfant ne fait que donner la mesure de la précoce mais profonde perversité de la jeune fille, et de la puissance de sa volonté à mal faire pour en arriver à ses fins.

Cependant, si les facultés intellectuelles sont dans toute leur intégrité, comme l'a si nettement déclaré notre éminent confrère M. Tardieu, le trouble des facultés affectives est poussé si loin, qu'il a été certainement de nature à exercer une puissante influence sur l'acte incriminé. Cette considération, en atténuant la culpabilité, atténue aussi la responsabilité et entraîne le bénéfice des circonstances atténuantes, mais elle ne doit jamais déterminer l'exonération absolue de toute pénalité. Si la lésion de l'affectivité était suffisante pour innocenter les actions humaines, la justice aurait jusqu'à ce jour frappé un nombre immense de coupables; et si l'on venait à admettre la doctrine de l'irresponsabilité des hystériques devant la loi, la sécurité n'existerait bientôt plus au sein de la société, et tous les jours l'impunité multiplierait les plus odieux forfaits, en livrant la vie et la fortune des citoyens à la merci des instincts d'une nature profondément corrompue.

Il ne nous appartient pas, à nous médecins, d'imiter les excentricités sentimentales de la défense; car si nous élargissions trop le champ des excuses, nous porterions l'anxiété au cœur des protecteurs naturels de nos droits, et la justice, se privant alors du secours que lui offrent la médecine et la psychologie, s'empresserait de nous reprendre le terrain qu'elle nous avait concédé.

Dans le cas particulier auquel nous avons fait allusion, il y a donc eu cette atténuation de culpabilité qui existe et que l'on devra admettre, suivant nous, toutes les fois que l'on aura bien et dûment constaté un état d'hystérie à sa *plus haute puissance*; mais juger la question par un acquittement, n'est-ce pas donner raison à notre épigraphe, et *trop incliner à déclarer la liberté morte quand elle n'était que malade?*

Ces questions-là ont une importance pratique considérable. Il y a trois ans, la *Gazette des Hôpitaux* reçut une demande de consultation médico-légale dans les circonstances suivantes: une jeune fille de vingt ans, reconnue hystérique, accusa un officier de santé de l'un de nos départements de l'Est de l'avoir violée un soir, dans son cabinet. Notre confrère, incarcéré sur-le-champ, opposa les plus formelles dénégations au fait qui lui était reproché, et essaya de se retrancher derrière le peu de confiance qu'inspirait le témoignage d'une hystérique. Après de minutieuses informations, nous nous contentâmes, M. le docteur Brochin et moi, de répondre une simple lettre de condoléance à l'accusé; mais nous lui refusâmes une consultation tendant à annihiler, sous prétexte d'hystérie, la valeur de la plainte portée contre lui. Il fut condamné par la cour d'assises de *** au maximum de la peine!

L'hystérie, ainsi que nous l'avons dit, ne doit jamais, ou à peu près jamais, entraîner l'irresponsabilité totale. Il est évident qu'en formulant cette proposition nous exceptons tous les cas — et ils sont nombreux — où l'hystérie s'accompagne de folie. Dans les maisons d'aliénés, on rencontre une notable proportion de femmes hystériques, et nous ne voudrions pas que l'on pût nous attribuer la pensée de refuser à ces malades la faveur de l'exonération pénale; car cela serait tout à fait contraire à notre manière de voir. L'aliénation mentale se complique souvent d'hystérie, d'épilepsie, de phthisie pulmonaire ou de cancer; mais l'affection principale qui domine toute la scène pathologique, c'est la folie. Or, la folie rendant irresponsable, à plus forte raison n'ira-t-elle pas perdre ce privilége si l'hystérie est concomitante ou consécutive.

Les seuls cas d'hystérie susceptibles, à notre avis, de justifier l'application de l'article 64, sont ceux qu'il n'est pas impossible d'observer chez des jeunes filles ou des femmes qui ont reçu avec la vie le plus triste apanage héréditaire, qui marchent irrévocablement et dans un temps très-prochain à la complète invasion de la folie, dont l'enfance a été essentiellement névropathique et convulsive, qui ont subi des temps d'arrêt dans le développement des facultés de l'intelligence, et qui comptent surtout un grand nombre d'aliénés dans leur famille. Mais des cas aussi nettement tranchés et aussi circonscrits sont des plus rares.

Un autre point de la question se présente maintenant à notre examen. L'action commise sans liberté morale emportant nécessairement l'acquittement, le magistrat doit-il ordonner la mise en liberté immédiate? Non, car il expose la société à un nouveau péril. Peut-on, en effet, répondre qu'il n'y aura pas récidive? Pinel ne rapporte-t-il pas l'observation de ce malade de Bicêtre, qui, ayant égorgé ses enfants, assassina, au bout de seize ans, deux aliénés renfermés avec lui? Et Glénadel, dont M. Baillarger cite si souvent l'histoire dans son cours à la Salpêtrière, qui pendant vingt-six ans a été poursuivi par le désir irrésistible de tuer sa mère, puis sa belle sœur!

Sans aller chercher nos exemples aussi loin, et en recueillant seulement nos propres souvenirs, nous citerons deux faits qui nous ont bien frappé: il y a sept ans et demi, à l'Asile de Quatre-Mares-Saint-Yon, près Rouen, était séquestré un riche cultivateur, M. F..., monomaniaque très-dangereux, et qui avait déjà tenté de tuer sa femme et ses enfants. Bien qu'il fût d'une douceur et d'une docilité remarquables dans l'intérieur de l'établissement, et que tout portât à croire qu'il fût guéri de ses terribles impulsions, nous étions loin de le perdre de vue. Un jour, il s'évada. Pensant bien qu'il se dirigeait du côté de son domicile, et craignant qu'il ne roulât dans son esprit de sinistres projets, je partis sur-le-champ, et arrivai à destination deux heures avant lui. Je fis retirer toute sa famille, dont je n'essayerai pas de dépeindre l'effroi, et quand M. F... pénétra dans ses foyers, il n'y trouva que la gendarmerie. Réintégré le lendemain, il nous a avoué qu'il n'était parti que pour faire *maison nette*.

Quelques mois après, à la Maison impériale de Charenton, nous avons donné des soins à une jeune demoiselle anglaise, qui, à l'âge de onze ans, avait essayé de se couper la gorge avec un rasoir et qui ne cherchait même pas à en dissimuler les horribles cicatrices. Bien résolue à en finir avec la vie, il demeurait évident pour nous que la malade recommencerait ses tentatives de suicide. Aussi, lorsque la famille demanda sa sortie, nous dûmes, MM. Calmeil, Ch. Loiseau et moi, nous y opposer d'une manière formelle. L'ambassadeur intervint auprès de M. le préfet de police, et toutes les difficultés furent levées. Deux mois après, miss W... avait pu prendre sur ses deux sœurs un tel ascendant, qu'elle les décida à mourir avec elle: les trois jeunes filles s'asphyxièrent.

N'est-ce pas au danger de laisser encore trop librement circuler des aliénés, que l'armée française dut, il y a un an, la perte d'un de ses plus braves généraux de division?

(1) *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Paris, 1859, un vol. in-8°, à la librairie de J. B. Baillière et fils.

D'ailleurs, dans les établissements spéciaux, et malgré toutes les précautions qui sont prises, combien n'avons-nous pas de malheurs à regretter, et quel est le médecin qui n'a pas constamment à défendre sa vie? Depuis deux ou trois années à peine, nous avons vu succomber sous le couteau d'aliénés nos confrères des asiles d'Avignon, de Mons et de Lucques et un infirmier de l'asile de Pontorson. A l'hospice de ***, une jeune religieuse a été outrageusement violée, etc., etc. Ces exemples, nous pourrions les multiplier à l'infini.

Toutes les fois qu'il s'est agi d'un crime, on devrait donc faire intervenir un arrêt qui prononce à tout jamais la séquestration de l'aliéné dans une maison spéciale.

Cette opinion venant d'un médecin, semble avoir, il est vrai, quelque chose de grave, de contraire à notre législation, de pénible en quelque sorte à notre conscience, car l'incurabilité n'est jamais absolue, et un aliéné homicide ou incendiaire peut guérir en dépit de toute prévision, et le crime peut avoir été commis pendant un accès qui ne se reproduira plus. Faut-il alors condamner à un isolement perpétuel un pauvre malade dont le complet rétablissement est, après tout, dans les choses possibles? La loi du 30 juin 1838 ne dit-elle pas, d'ailleurs, que tout aliéné dont la guérison aura été constatée devra être mis en liberté?

Je ne me dissimule pas tout ce qu'a de dur un parti comme celui-là, et je sens même qu'il équivaut, sous quelques rapports, à une condamnation judiciaire; mais est il rationnel, est-il moral de se laisser seulement émouvoir par le sentiment de la pitié, quand les intérêts de la société sont en présence, et que, par une imprévoyance qui va jusqu'à la témérité, on compromet la sécurité publique? Et ne devons-nous pas aussi protéger ces malades contre eux-mêmes, prévenir les mutilations qu'ils opèrent parfois sur leur personne, et les empêcher par une incessante surveillance d'attenter à leurs jours?

Bien autrement sages que nous, nos voisins d'outre-Manche, ayant à juger un aliéné criminel, l'absolvent comme criminel et le condamnent comme aliéné. Il existe en Angleterre un établissement spécial pour les insensés vagabonds et criminels, et tout en reconnaissant les immenses services rendus par cette institution, la France en est encore à prendre une mesure analogue. Ce n'est pas assurément la faute des médecins, car l'un d'eux, notre savant confrère M. Brierre de Boismont, en a démontré toute l'importance dans un mémoire qu'il a publié, il y a treize ans, dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*. Aux vœux qu'il a si bien exprimés, nous joignons les nôtres. Espérons dans l'avenir.

Des considérations auxquelles nous venons de nous livrer, il résulte:

1° Qu'il importe dans tous les procès qui présentent en discussion un point de psychologie morbide, de faire constamment appel aux lumières d'un médecin légiste exercé ou d'un aliéniste proprement dit, ces experts étant les plus aptes à distinguer les formes insidieuses d'une affection mentale et à éclairer la justice sur les conceptions délirantes, l'état hallucinatoire ou le névropathisme exagéré d'un prévenu;

2° Que l'aliéné est bien et dûment irresponsable devant la loi,

3° Que l'hystérie n'est point une maladie causée par la continence;

4° Que dans l'hystérie, les facultés affectives sont troublées à des degrés divers, mais que l'intelligence reste presque toujours intacte;

5° Qu'un état hystérique d'une faible et même d'une moyenne intensité, n'enlevant en aucune façon la conscience des actes commis, ne doit pas être un titre à l'indulgence d'un tribunal;

6° Que l'hystérie, élevée à une haute puissance, entraîne une atténuation de responsabilité, et par conséquent de pénalité;

7° Que dans des cas excessivement rares et qui ont été d'ailleurs prévus et indiqués dans ce travail, l'hystérie doit jouir du bénéfice accordé par l'article 64 du Code pénal;

8° Qu'après avoir considéré l'aliéné comme étant irresponsable devant la loi, et l'avoir exonéré de toute espèce de peine, le magistrat devrait, toutes les fois qu'un grave dommage a été porté à la société (et dans le but de s'opposer à de fâcheuses récidives qui échapperaient également à l'action répressive de la justice), prononcer la séquestration très-prolongée ou même perpétuelle de cet aliéné dans un établissement spécial.

9° Qu'à l'imitation de l'Angleterre, il serait urgent de créer en France un asile uniquement destiné à recevoir les insensés vagabonds et criminels.

En terminant, nous appelons sincèrement la discussion sur les différentes questions qui ont été soulevées dans ce travail, et c'est surtout à la presse médicale que nous nous adressons. L'histoire médico-légale de l'hystérie est tout entière à faire, les ouvrages spéciaux en font à peine mention. Un médecin des hôpitaux de Paris vient, il est vrai, de publier un *Traité de l'hystérie* qui n'a pas moins de 724 pages; mais il a commis l'inexplicable oubli de passer sous silence le côté médico-légal de la question! C'est aux hommes qui ont l'honneur de tenir une plume au service de la science qu'il doit appartenir de combler toutes les lacunes. — A l'œuvre donc! Quant à nous, nous avons cru qu'il était de notre devoir de signaler un danger, de communiquer nos craintes, et d'indiquer les précautions que la sagesse commande.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

De la médication hydragogue dans le traitement de l'hydropisie par infiltration, par épanchement dans les cavités séreuses de la poitrine ou de l'abdomen (1).

Il serait facile de donner plus d'ampleur encore au cadre des agents hydragogues, en y faisant entrer plusieurs autres espèces que j'ai dû négliger pour ne leur avoir pas trouvé une valeur très-franche. D'ailleurs, le médecin pouvant disposer des moyens que je viens de passer en revue, se trouve suffisamment en mesure d'opérer contre l'hydropisie, quand il n'a pour unique dessein que de combattre un symptôme. Mais ce symptôme a quelquefois lui-même une telle prépondérance de gravité au milieu des éléments qui constituent la maladie, qu'il faut lui accorder la priorité dans les combinaisons du traitement.

(1) Fin. — Voir les numéros des 29 novembre et 6 décembre.

Ainsi, dans les cas d'ascite avec refoulement et immobilité du diaphragme, dans les cas d'hydrothorax considérable, ou bien encore lorsque le poumon lui-même est devenu œdémateux, la respiration et l'hématose se font mal, et le malade court le risque de périr par suffocation ou par asphyxie.

Que la sérosité épanchée ou infiltrée comprime le cœur ou les vaisseaux sanguins et lymphatiques, l'hydropisie s'accroîtra par cette compression, et le cœur, luttant contre cet obstacle pour maîtriser la circulation, arrivera infailliblement à l'état d'hypertrophie. D'où il suit que l'hydropisie peut être non-seulement l'effet, mais aussi la cause de diverses lésions, ainsi que de sa propre aggravation.

Lorsqu'un épanchement considérable se forme dans la cavité péritonéale, il gêne ou suspend les fonctions de l'estomac, du foie, du pancréas, du mésentère, de l'utérus, par suite de la compression ou du déplacement de ces organes. La stérilité, le dépérissement, la mort même pour quelques malades, ne s'expliquent pas autrement.

Les tissus imbibés et distendus à la fois par la sérosité se déchirent spontanément ou se rompent sous le moindre effort; de là des hémorrhagies, des ecchymoses, des ulcères atoniques, etc. Quand la peau résiste à cette tension, ou bien lorsqu'elle est comprimée du dehors, il n'est pas rare qu'elle se couvre de phlyctènes, de plaques livides ou d'eschares.

L'extrême gonflement des membres et du scrotum, dans l'anasarque, rend tout mouvement difficile ou douloureux, et tient le malade dans une immobilité d'autant plus fâcheuse qu'elle le porte aux recueillements lugubres.

Il y a donc importance motivée à dissiper l'hydropisie dès que son développement acquiert certaines proportions, et c'est avoir beaucoup obtenu que d'y réussir. Parmi les formes variées de cette maladie, il en est plusieurs qui admettent l'emploi simultané des divers agents de la médication hydragogue; pour d'autres, il n'est possible de faire appel qu'à l'un de ces agents. La peau étant presque toujours disponible, il y a lieu, pour la majorité des cas, d'en exciter la fonction sécrétoire.

Lorsque les reins sont malades, il faut nécessairement renoncer aux diurétiques. Chez les sujets profondément débilités ou atteints d'une affection inflammatoire des voies digestives, les secousses, les pertes, l'irritation inhérentes à l'action des purgatifs ne pourraient être que funestes. De ces données d'une simplicité presque banale, se déduit le choix des moyens curatifs applicables à chaque cas d'hydropisie en particulier.

Il ne faut pas perdre de vue non plus qu'il ne s'agit ici que de l'emploi de la médication hydragogue, que la thérapeutique de l'hydropisie comporte plusieurs autres procédés que je passe sous silence, et que les formes de cette maladie sont plus tranchées dans la description que dans la pratique.

Ces réserves admises, voici de quelle manière il conviendrait de solliciter l'évacuation des épanchements et des infiltrations de sérosité: l'ordre dans lequel les moyens sont indiqués est celui de leur prééminence.

ANASARQUE. — *a.* Symptomatique de palpitations, de lésions organiques du cœur: digitale et ses dérivés, à titre d'agents sédatifs de la circulation: boissons diurétiques aqueuses ou lactées, eaux minérales de la Miéta, fumigations aromatiques locales, pilules hydragogues d'après la formule suivante:

Résine de scammonée.	10 centigr.
Gomme-gutte.	15 —
Scillitine.	1 —
Huile de croton-tiglium.	1/2 goutte.
Acide tartrique.	1 décigr.
Suc d'ail.	Q. S.
comme excipient.	

Pour quatre pilules à prendre en une seule fois.

Le vin blanc, la bière, les sudorifiques, doivent être exclus de ce traitement, parce qu'ils en compromettraient les bons effets en excitant la circulation dans un moment où le calme et la régularité des battements du cœur sont des conditions formelles de succès.

Le résultat le plus insigne que j'aie obtenu dans les cas d'anasarque de cette espèce mérite véritablement une mention toute particulière.

M. M..., ancien maître de chapelle à la cour de Russie, a conservé jusqu'à une vieillesse avancée une vigueur de corps et d'esprit peu commune. L'excessive pétulance de son caractère et de ses passions fit naître de bonne heure chez lui des palpitations et une irrégularité bizarre dans les battements du cœur. Dans le courant du mois de mars de l'année 1858, M. M... s'aperçut que ses jambes s'infiltraient tous les soirs, en même temps que la respiration, embarrassée par un catarrhe bronchique, lui rendait le sommeil impossible au lit. Lorsqu'au mois de juin je fus appelé près du malade, les membres inférieurs, le scrotum et les mains avaient acquis un volume prodigieux: l'infiltration avait gagné le tissu pulmonaire; la bouche était habituellement sèche, la soif assez vive, l'appétit à peu près nul, et la quantité d'urine rendue très-faible.

M. M... passait ses nuits assis dans un fauteuil, dormant peu, suffoquant jusqu'au jour, et s'affaiblissant à vue d'œil. Le cœur, légèrement hypertrophié, battait tumultueusement, puis s'arrêtait quelques secondes, pendant lesquelles la face prenait la teinte livide et l'expression de l'angoisse qui précède la mort par asphyxie.

La digitale et la digitaline avaient suscité des accidents du côté de l'estomac, et n'avaient rien produit de satisfaisant en frictions sur la région précordiale; le nitre et la plupart des autres diurétiques avaient été de leur côté infructueusement essayés. Je crus devoir solliciter alors un effort critique vers l'intestin au moyen des pilules hydragogues, et vers les reins avec l'eau minérale de la Miéta. J'obtins de la sorte un grand nombre de selles séreuses et des urines en telle abondance, qu'avant la fin du quatrième jour de ce traitement l'infiltration avait totalement disparu. Moyennant quelques granules de digitaline, il fut possible dans la suite de discipliner les mouvements du cœur, et pendant plus d'un an M. M... jouit d'une santé irréprochable, jusqu'au jour où il fut frappé d'une apoplexie mortelle.

Chez quelques autres malades pareillement affectés d'anasarque, je n'ai obtenu de l'eau de la Miéta qu'une amélioration insuffisante, complétée ensuite par l'emploi de la digitale et des pilules hydragogues.

b. Symptomatique de l'oblitération partielle des canaux circulatoires: diurétiques, purgatifs, sudorifiques, indifféremment.

c. Symptomatique de la pléthore sanguine, ou de l'irritation sécrétoire du tissu cellulaire sous-cutané: pilules hydragogues, diurétiques lactés. Il est facile de comprendre pourquoi les sudorifiques ne peuvent trouver ici leur emploi, tandis qu'avec le concours des diurétiques excitants, alcooliques ou autres, ils conviennent par excellence dans l'anasarque qui accompagne l'anémie.

d. Consécutive à l'albuminurie: pilules hydragogues, bains de vapeurs aqueuses ou aromatiques, acétate d'ammoniaque, petit-lait naturel, fraises *rouges* accommodées au lait et au sucre. Au moyen des fraises, aliment diurétique, j'ai obtenu deux fois un succès digne d'être signalé.

e. L'œdème des paralytiques cède facilement aux bains de vapeurs et aux boissons diurétiques.

ASCITE. — *a.* Symptomatique d'une irritation sécrétoire du péritoine: pilules hydragogues, fomentations sur l'abdomen avec un mélange de teinture de scille et de digitale, tisane de caïnça, petit-lait additionné d'acétate de potasse.

b. Symptomatique d'un engorgement des viscères abdominaux: pilules hydragogues à intervalles rapprochés, eau minérale de Vichy, de Contrexéville, etc.; diurétiques alcooliques, particulièrement dans les cas de *traîne*.

c. Ascite des ivrognes: boissons diurétiques nitrées, acétate d'ammoniaque. Les ivrognes supportent mal les purgatifs drastiques.

d. Ascite enkystée. La médication hydragogue a presque toujours échoué entre mes mains, tandis que cette espèce d'hydropisie résiste rarement au traitement conseillé par M. Boinet.

Les sudorifiques, en général, montrent peu d'efficacité contre l'ascite.

HYDROTHORAX. — *a.* Symptomatique de la pleurésie aiguë ou chronique simple: sur 122 cas de cette espèce traités exclusivement par les pilules hydragogues, la digitale et les boissons aqueuses diurétiques, j'ai obtenu l'évacuation complète du liquide 28 fois après une seule purgation, 33 fois après une seconde purgation, 42 fois après un nombre de purgations variant de quatre à six; une simple diminution de l'épanchement, malgré l'emploi plus souvent répété des pilules hydragogues, 10 fois; enfin, j'ai rencontré 9 cas absolument réfractaires à ce traitement.

b. Symptomatique de la tuberculisation des plèvres: l'emploi des purgatifs et des sudorifiques était contre-indiqué par l'état de débilité de 65 malades atteints de cette variété de l'hydrothorax; les diurétiques seuls (scille, suc d'ail, digitale, caïnça, petit-lait, etc.) ont été prescrits. Il en est résulté 2 guérisons, 6 améliorations, 57 insuccès.

c. Hydrothorax par extension de l'anasarque: cet épanchement se résorbe presque toujours dès que l'anasarque rétrograde. Lorsque le poumon participe à l'infiltration séreuse, la scille, la térébenthine, le bourgeon de sapin, l'acétate d'ammoniaque, résolvent assez promptement cet état œdémateux.

HYDROPÉRICARDE. — *a.* Symptomatique d'une péricardite: digitale, purgatifs drastiques, boissons diurétiques ou diurétiques salins.

b. Lié à l'anasarque: digitale, pilules hydragogues, décoctions nitrées de racines d'asperges ou de salsepareille.

J'ai analysé avec attention toutes les formules libellées jusqu'ici contre l'hydropisie; j'y ai trouvé généralement de la routine ou des prédilections sans motifs, beaucoup de caprice et peu de méthode. Les déterminations que je viens d'établir relativement au remède et à la maladie ne doivent être acceptées que comme une simple tentative vers la précision, un effort pour débrouiller ce qu'il y a encore de confus et d'incertain dans les prescriptions qui composent le traitement de cette affection. Il ne faut rien y chercher de plus.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 décembre 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Rôle du périoste diploïque dans l'occlusion des trous du crâne. — M. FLOURENS lit la note suivante:

Dans une note que j'ai lue à l'Académie (séance du 8 août dernier),

j'ai fait connaître le mécanisme selon lequel s'opère l'occlusion des trous du crâne.

Dans cette occlusion, dans cette formation nouvelle d'une portion d'os, c'est le *périoste externe* qui donne la table externe de l'os, et c'est le *périoste interne* ou *dure-mère* qui en donne la table interne.

Mais il est temps de mettre un terme à une confusion de mots.

Je n'ai jusqu'ici appelé la *dure-mère : périoste interne*, que pour me conformer au langage reçu des anatomistes. Au fond, la dure-mère n'est pas moins périoste externe que le périoste externe proprement dit : seulement c'est un périoste externe intra-crânien, au lieu d'être un périoste externe extra-crânien. Le vrai périoste interne des os du crâne, ou, pour parler d'une manière plus générale, le vrai périoste interne des os plats, des os larges, est celui qui se trouve dans les cellules de leur diploé, comme le vrai périoste interne des os longs est celui qui se trouve dans leur canal médullaire.

Il y a donc, par rapport aux os du crâne, trois périostes : deux externes, l'extra-crânien et l'intra-crânien, et un interne, le diploïque.

M. Flourens met sous les yeux de l'Académie des pièces qui montrent que ces trois périostes concourent également à l'occlusion des trous du crâne, c'est-à-dire à la formation, à la reproduction des portions d'os enlevées; et qu'on peut à volonté faire produire l'occlusion, la formation, la reproduction tout entière de l'os par chacun des trois périostes pris isolément : l'extra-crânien, l'intra-crânien et le diploïque.

La pièce n° 1 est l'os frontal d'un chien. On a commencé par détacher, sur un point donné de l'os, le périoste externe, qu'on a rejeté sur un des côtés et conservé avec le plus grand soin. Puis, au moyen d'une couronne de trépan, on a pratiqué un trou sur la portion d'os dénudée et l'on a placé dans le trou un anneau d'argent.

Cet anneau d'argent a été mis là pour empêcher le développement du périoste interne ou diploïque.

Cela fait, on a ramené le périoste externe à sa place ordinaire, c'est-à-dire sur le point même d'où il avait été détaché et où se trouve actuellement le trou.

Au bout de quelques jours, le périoste détaché s'est tuméfié, s'est gonflé, a pénétré dans l'anneau d'argent, s'est porté vers la dure-mère, a pris adhérence avec elle et a complétement bouché le trou.

La pièce n° 2 (encore un os frontal de chien) a été soumise à une opération toute semblable à la précédente, sauf par une seule de ses circonstances, c'est qu'on a détruit, complétement détruit, tout le périoste externe répondant au trou fait au crâne.

Aussi, au bout de quelques jours, le périoste externe ou extra-crânien manquant, ç'a-t-il été la dure-mère, le périoste intra-crânien qui s'est développé, gonflé, qui s'est porté dans l'anneau d'argent, et qui a fermé, bouché le trou du crâne.

On peut donc à volonté déterminer l'occlusion des trous du crâne par le périoste externe (périoste extra-crânien) ou par la dure-mère (périoste intra-crânien). Tout dépend, à cet égard, de la manière dont on conduit l'expérience.

On peut faire plus. Le trou du crâne étant opéré, on n'a qu'à n'y point placer d'anneau d'argent, à n'y point entraver la marche naturelle des choses, et l'on voit alors un périoste nouveau sortir des cellules du diploé, s'avancer peu à peu des bords du trou, se porter des bords vers le centre, et finir, au bout de quelques jours, par occlure, par fermer le trou tout entier.

La pièce n° 3 nous montre le périoste diploïque sortant, émanant de l'intérieur des cellules du diploé, dépassant déjà tout le pourtour du trou, occluant, fermant déjà ce pourtour, et ne laissant plus de trou libre qu'au centre.

Cette pièce doit nous arrêter un moment, car, dans l'explication du fait qui nous occupe (le mécanisme selon lequel s'opère l'occlusion des trous du crâne), elle substitue une réalité à une apparence. De très-habiles chirurgiens et excellents observateurs ont cru et ont dit que les trous du crâne se ferment par l'amincissement et l'allongement des portions d'os qui forment les bords du trou.

C'est là l'apparence. Les os formant le pourtour du trou semblent en effet s'amincir, s'allonger, se porter de la circonférence au centre, et finir, au moyen de cet allongement même, par boucher le trou.

En réalité, les os ne s'amincissent point, ne s'allongent point : nul os ne s'allonge ; mais c'est le périoste diploïque qui, s'ossifiant à mesure qu'il sort, qu'il avance du pourtour du trou, ajoute à mesure à l'os ancien un progrès nouveau, une portion d'os nouvelle, et d'abord plus mince. Et de là l'illusion de l'os ancien qui s'amincit et s'allonge.

Les pièces n°s 4 et 5 nous présentent le trou de l'os fermé tout entier par le périoste diploïque.

Enfin, les pièces n°s 6, 7, 8 et 9, nous montrent le périoste diploïque se transformant en os, et venant réparer peu à peu toute la portion d'os perdue.

Dans la pièce n° 6, on aperçoit déjà un point osseux.

Dans la pièce n° 7, le périoste diploïque est presque tout entier envahi par l'os.

Il l'est plus encore dans la pièce n° 8.

Il l'est complétement dans la pièce n° 9.

A ce moment, le trou est complétement fermé; toute la portion d'os détruite a été reproduite.

Polype naso-pharyngien. — M. MAISONNEUVE présente une note sur un cas de polype naso-pharyngien extirpé avec succès par la boutonnière palatine au moyen de la ligature extemporanée et de la cautérisation en flèches. (Nous publierons prochainement cette observation.)

Cicatrisation des plaies sous l'influence de l'acide carbonique. — MM. DEMARQUAY et CH. LECOMTE communiquent sous ce titre un exposé sommaire d'expériences que nous avons publié dans le précédent numéro.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente au nom de l'auteur, M. Béchamp, un opuscule sur les métaux qui peuvent exister dans le sang ou dans les viscères.

« Par ce travail, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, j'ai essayé de démontrer que le manganèse, le cuivre, le plomb, n'existent dans le sang que par accident, mettant ainsi d'accord les chimistes qui y ont constamment trouvé ces métaux et ceux qui ne les y ont jamais rencontrés. Cette conclusion est tirée de 44 analyses de foie ou de sang humain dans lesquelles le cuivre a été constaté, sans doute possible, 19 fois au moins et au plus 22 fois, en mettant sur le compte du cuivre les cas douteux. »

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale parmi les pièces imprimées de la correspondance un *Traité des Entozoaires et des maladies vermineuses*, par M. Davaine, savant dont l'Académie a plusieurs fois récompensé les travaux de pathologie et de physiologie expérimentale.

Nouvelle méthode anesthésique. — M. VELPEAU présente, au nom de M. Broca, une note sur ce sujet, dont nous avons déjà fait connaître la substance. (Voir le 1er Paris.)

— La section de médecine et de chirurgie a présenté, par l'organe de son doyen M. Serres, la liste suivante des candidats pour la place de correspondant, vacante par suite du décès de M. Bonnet.

En première ligne : M. Denis (de Commercy), à Toul.

En deuxième ligne, ex æquo, *et par ordre alphabétique* : MM. Bouisson, à Montpellier ; Ehrmann, à Strasbourg ; Forget, à Strasbourg ; Gintrac, à Bordeaux ; Serres (d'Uzès), à Alais.

Les titres de ces candidats sont exposés par M. Andral ; ces titres sont discutés.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

Effusion, par suite de violences externes, du liquide céphalo-rachidien. — M. JOBERT (de Lamballe) présente, au nom de M. le docteur Sirus-Pirondi, une observation d'effusion du liquide céphalo-rachidien par suite de violences externes. M. Jobert, en déposant cette observation sur le bureau, s'exprime en ces termes :

M. le docteur Pirondi (Sirus), chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille, m'a prié de communiquer à l'Académie un fait observé par ui en 1851. Il s'agit d'une plaie intéressant le canal vertébral et la moelle épinière. Il s'écoula par la blessure une grande quantité d'un liquide transparent qui n'a pas été analysé.

A l'autopsie, on a constaté que l'instrument du crime avait pénétré entre l'axis et l'atlas, et qu'il avait intéressé la dure-mère sur la ligne médiane.

La moelle épinière était percée de part en part, et le cordon postérieur gauche était peu intéressé, mais le droit l'était tout à fait.

Cette observation, quoique bien présentée, ne peut pas éclairer la science sur les usages du liquide céphalo-rachidien, et ne peut infirmer ni confirmer les expériences de Magendie et de M. Longet.

M. J. TARDY soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *De la physiologie de l'homme en particulier et de la physiologie universelle*. (Commissaires, MM. Duméril, Flourens, Rayer.)

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de M. O. Henry fils, deux opuscules concernant : l'un, le traitement de la scrofule par les eaux minérales ; l'autre, les désinfectants considérés au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique.

CONCOURS SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA PLIQUE POLONAISE,

ouvert par la Société impériale de médecine de Wilna, le 12 décembre 1855. — Prix de 500 r. arg.

La Société impériale de médecine de Wilna nous prie, par l'organe de son président, le conseiller d'Etat et professeur Adamowicz, et de son secrétaire M. S. Wikszemski, d'insérer le programme ci-joint d'une question mise au concours : *Sur les causes de la plique polonaise*, ouvert depuis trois ans, et prolongé de nouveau jusqu'au 12 décembre 1861.

PROGRAMME.

La Société impériale de médecine de Wilna a proposé un prix de 500 roubles argent (2,000 francs), offerts par M. le comte Tyxenhaur, pour le meilleur *Traité étiologique de la plique, dans le but de généraliser les bases d'une sage prophylactique.* La Société se conformant à l'intention du donateur, a mis au concours la thèse suivante :

Quelles sont en particulier les conditions endémiques inséparables de la manifestation de la plique dans les différentes provinces de l'ancienne Pologne, sans égard à l'origine différente des peuples qui l'habitent ?

En engageant les médecins à la recherche des causes prédisposantes et occasionnelles de la *plique*, la Société médicale, pour éviter toute sorte de malentendu, a cru devoir faire au préalable la déclaration que jusqu'à présent du moins elle n'hésitait pas à considérer la plique non-seulement comme une maladie, mais comme une maladie de tout l'organisme, une maladie *sui generis* et spécifique. Cette déclaration cependant ne devait ni rétrécir ni enrayer un libre essor dans les recherches, ni faire craindre un accueil intéressé aux opinions contraires à sa manière de voir. Elle prévenait seulement que les arguments employés jusqu'à ce jour pour les soutenir lui étaient suffisamment connus, et qu'elle ne les croyait pas jusqu'à présent suffisants pour ébranler son opinion. La Société désirait voir écarter de la thèse toute discussion théorique ; mais d'un autre côté elle ne dissimulait pas la difficulté d'éviter dans les investigations étiologiques les points de contact avec les recherches de l'organisme vivant, avec la première cause des maladies, etc.

Cependant, aux raisonnements et aux hypothèses, la Société médicale préférait, disait-elle, de simples résultats d'observation. La Société n'entendait pas imposer à l'auteur un plan déterminé ; elle se permettait seulement de faire remarquer que dans ces investigations purement pratiques, il serait difficile de suivre une autre méthode que celle qui consiste à comparer le caractère endémique de différents pays et contrées, et d'évaluer l'action des agents hygiéniques sur les différentes classes et races de la population, mis en face les uns des autres, dans le but d'en saisir l'intime rapport avec la plique, afin de mettre au jour, par voie d'élimination, le petit nombre de causes qui se rapportent à la plique plutôt qu'à une autre cachexie contemporaine. Elle espérait enfin que dans la recherche sur la genèse de la plique, beaucoup de lumière jaillirait de la comparaison des mêmes localités sous le rapport chronologique, qui amène tant de variations dans les endémies. Aussi, devait-on rechercher accessoirement quelles modifications subit la plique dans sa propagation et dans ses caractères dans les siècles passés, et nommément dans quelles circonstances ; car il était impossible d'admettre que le croisement des races n'eût imprimé une marque profonde sur ce parasite obstiné de la Pologne.

De cet exposé il s'ensuivait naturellement que la thèse proposée ne regardait que les médecins domiciliés dans la patrie de la plique, seuls en état d'approfondir l'étude de cette maladie dans toutes ses formes et modifications, de connaître la nature des contrées où elle se fixe de préférence, et enfin d'examiner la manière de vivre de ces habitants dans tous les échelons de la société que ce fléau n'épargne pas.

La dissertation, écrite dans une langue moderne, au choix du concurrent, devait être envoyée, suivant les formes en usage, non signée, mais seulement accompagnée *d'une épigraphe* reproduite sur une enveloppe cachetée contenant le nom, les titres et le domicile de l'auteur, etc.

Le terme pour l'envoi des dissertations était fixé aux premiers jours de décembre 1858. Quatre mois après, au plus tard, la société devait prononcer sur la valeur des dissertations et remplir les conditions du concours.

Voici quelles étaient ces conditions :

1° L'auteur dont la dissertation sera déclarée la meilleure, touchera le prix de 500 roubles argent (2,000 francs), mention honorable dans les journaux, et la propriété du manuscrit.

2° L'auteur qui n'obtiendra qu'un *accessit* aura aussi une mention honorable et la propriété du manuscrit.

3° Les autres dissertations avec leurs enveloppes intactes seront déposées dans les archives de la Société, pour être renvoyées, dans l'espace d'une année, à la réquisition de leurs auteurs. Passé cette époque, les enveloppes non décachetées seront brûlées, et les dissertations resteront la propriété de la Société.

La Société impériale des médecins de Vilna reçut au terme fixé pour le concours, le 12 décembre 1858, *six* dissertations sur *l'Etiologie de la plique.*

Un comité composé des membres de cette Société a décidé qu'aucune des dissertations envoyées ne répondait aux exigences du programme.

Une seule, cependant, intitulée *Plica polonica, Wesen, Ursache und Behandlung derselben*, n'étant qu'une reproduction corrigée et augmentée d'un traité déjà connu dans la littérature médicale sous le titre *Die cornification und die Lucs cornificativa* (plica polonica), Wien, 1854, contenant des hypothèses hardies et ingénieuses, mais sans appui d'observation et d'analyse chimique, a eu aux yeux de la Société le mérite de développer largement quelques points de vue théoriques. Aussi le comité a-t-il accordé à son auteur, M. Félix Studzieniecki, docteur en médecine, domicilié à Farnopol, en Gallicie, le prix d'honneur ou *accessit*, afin de l'encourager à poursuivre ses investigations scientifiques dans le sens plus rigoureux relativement au programme.

La même Société fait savoir au monde médical que le concours sur *l'Etiologie de la plique* se prolonge encore à trois ans, jusqu'au 12 décembre 1861, sans rien changer aux conditions du programme.

Le président, signé A. F. ADAMOWICZ.

Le secrétaire, signé S. WIKSZEMSKI.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 27 novembre dernier, M. Simonin père, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Nancy, a été nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Meurthe.

— M. le baron Larrey, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées, a été autorisé à accepter la décoration de grand officier de l'ordre des Saints Maurice et Lazare, qui lui a été conférée par le roi de Sardaigne.

— M. Armieux, médecin-major au 4e régiment de voltigeurs de la garde impériale, a été autorisé à accepter la décoration de chevalier de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand, qui lui a été conférée par le Pape.

— M. le docteur Willemin, médecin inspecteur adjoint des eaux de Vichy, vient de faire don à l'Association générale des médecins de France d'une somme de 500 francs.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'au bureau.

Guide administratif et scolaire dans les Facultés de médecine, les Ecoles supérieures de pharmacie et les Ecoles préparatoires du même ordre : Agrégation, professorat, études, grades de docteur en médecine, d'officier de santé, de pharmacien, de sage-femme et d'herboriste, suivi d'une Analyse chronologique des lois, statuts, décrets, règlements et circulaires relatifs à l'enseignement de la médecine et de la pharmacie, de 1791 à 1860, par M. DE FONTAINE DE RESBECQ. Grand in-18. Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17. Prix : 3 fr.

Traité des maladies mentales, par M. le docteur B. A. MOREL, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure) : Grand in-8° de 878 pages. Paris, chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17. Prix : 13 fr.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 146. — JEUDI 15 DÉCEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 146. — JEUDI 15 DÉCEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance annuelle de l'Académie de médecine. — Proclamation des prix. — Eloge de Geoffroy Saint-Hilaire. — Observation de rupture du cœur. — Nouvelles.

PARIS, LE 15 DÉCEMBRE 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

En 1844, lorsque cette grande lumière qui avait éclairé d'un si vif éclat la science zoologique, E. Geoffroy Saint-Hilaire, venait de s'éteindre, nous avons entendu les éloquentes paroles qui furent prononcées sur sa tombe par les représentants les plus éminents des divers corps savants auxquels il avait appartenu. Plus tard, en 1852, sous la coupole de l'Institut, nous écoutions avec cette religieuse attention que ne commandaient pas moins le talent et la compétence du panégyriste que le sujet lui-même, l'éloge académique de cet illustre naturaliste. Il y a deux ans, enfin, la patrie de Geoffroy Saint Hilaire inaugurait, dans une fête à la fois scientifique et populaire, le monument élevé à sa mémoire, ce monument qui, suivant une juste et belle pensée de M. Michel Lévy, aurait dû être élevé en hommage à son caractère s'il n'avait été consacré à son génie ; et cette fois encore, nous étions admis à l'honneur d'assister aux solennels hommages que ses admirateurs vinrent à l'envi déposer aux pieds de sa statue. Nous savions hier, en allant assister à la séance publique de l'Académie de médecine, que nous entendrions encore l'éloge de Geoffroy Saint-Hilaire, et nous n'avons mis que plus d'empressement à user de la faveur qui nous était faite.

C'est qu'il est des hommes dont on ne saurait trop souvent répéter et entendre les louanges, comme il est des idées qui, loin de se proscrire par la répétition, semblent, au contraire, s'agrandir et se féconder en quelque sorte toutes les fois qu'elles se présentent de nouveau à notre esprit. Tel est Geoffroy Saint-Hilaire ; telles sont ces grandes idées d'unité de plan et de composition et d'analogies organiques déjà aperçues et énoncées avant lui, mais posées par lui pour la première fois comme les lois premières et suprêmes du règne vivant tout entier. Et d'ailleurs l'esprit qui, pour faire accepter par son auditoire son jugement et ses impressions, s'est assimilé, par un long travail et de mûres réflexions, la vie et les idées de l'homme qu'il a voulu louer et proposer pour modèle aux nouvelles générations savantes, n'a-t-il pas aussi son cachet propre, son originalité, qui impriment à son discours sa valeur particulière ? A coup sûr, lorsque après le jugement si autorisé que M. Flourens avait déjà porté sur l'auteur de la *Philosophie anatomique*, et sur son émule en gloire Cuvier, M. Dubois (d'Amiens) a pris pour sujet d'éloge la vie et les œuvres de Geoffroy Saint-Hilaire, il n'a pas dû se dissimuler les difficultés de la tâche qu'il s'imposait. Il a eu néanmoins le courage de l'entreprendre, et nous sommes heureux de déclarer qu'il en a été récompensé par l'accueil que lui a fait son auditoire.

Nous n'essayerons pas ici d'analyser cette œuvre, l'une des plus sérieuses et des plus savamment écrites assurément de toutes celles qu'a produites la plume élégante et facile de M. le secrétaire perpétuel. Nous la mettons d'ailleurs presque tout entière sous les yeux de nos lecteurs, qui pourront ainsi mieux en apprécier eux-mêmes les mérites. Nous nous permettrons seulement une observation que nous laisserons qualifier par chacun comme il l'entendra.

On comprend aisément qu'au sein de l'Académie des sciences et en présence de l'auditoire du palais Mazarin, le panégyriste de Geoffroy Saint-Hilaire se soit à peu près renfermé dans l'examen et la discussion des idées les plus générales et des principes les plus élevés des doctrines qu'il avait à juger. Mais ces idées et ces principes ne sont pas restés longtemps dans le domaine de la science pure et abstraite. Toutes les branches collatérales des sciences naturelles, et, parmi les sciences appliquées, la médecine en particulier, n'ont pas tardé à ressentir l'influence de la nouvelle doctrine zoologique et des principes de la philosophie anatomique.

Dans l'une des circonstances rappelées plus haut, M. Michel Lévy, alors président de l'Académie de médecine et parlant à ce titre devant le monument de Geoffroy Saint-Hilaire, a fait ressortir avec beaucoup d'à-propos tout ce que doivent aux doctrines nouvelles l'anatomie, la physiologie, la médecine légale, la médecine et la chirurgie elles-mêmes ; et il a montré par des exemples l'impulsion heureuse que les idées de Geoffroy Saint-Hilaire ont donnée aux travaux de M. Andral sur l'anatomie pathologique, à ceux de M. Coste sur l'embryologie humaine, à ceux de M. J. Guérin sur les difformités, et à tant d'autres que nous pourrions ajouter. Nous avouerons que nous n'avons pas été peu surpris de ne rien entendre de semblable dans le discours de M. Dubois, et qu'une pareille omission nous eût moins étonné partout ailleurs que dans la bouche du secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Avant la lecture de cet éloge, auquel, sauf cette réserve, nous n'avons d'ailleurs que des louanges à donner, M. Devergie a lu un résumé des travaux de l'Académie de médecine pendant l'année expirée. C'est à la fois un bon travail et un bon exemple que les futurs secrétaires annuels feront très-bien d'imiter. — Dr Brochin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 13 décembre 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

M. A. DEVERGIE, secrétaire annuel, fait une lecture sur les travaux de l'Académie. (Nous publierons quelques extraits de cette lecture.)

M. LE PRÉSIDENT proclame ensuite les prix décernés par l'Académie en 1859, et lit le programme des prix proposés pour 1860 et 1861.

PRIX DE 1859.

Prix de l'Académie. — La question proposée par l'Académie était celle-ci : « De l'action thérapeutique du perchlorure de fer. »

En formulant cette question, l'Académie s'était proposée d'appeler l'attention des concurrents : 1° *sur l'action locale ou directe* du perchlorure de fer soit à la surface des plaies et des membranes muqueuses, soit dans le traitement des maladies de l'appareil vasculaire, telles que les anévrysmes, les varices, les tumeurs érectiles, etc. ; 2° *sur l'action générale ou indirecte* ce médicament dans le traitement de certaines pyrexies, des diathèses hémorrhagiques, etc.

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

Six mémoires ont été envoyés à l'Académie.

L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde à titre d'encouragements :

1° Une somme de 400 fr. à M. Burin Dubuisson, pharmacien de 1re classe à Lyon ;

2° Une somme de 300 fr. à MM. Léon Serullas et Charles Chaballier, internes des hôpitaux de Lyon ;

3° Une somme de 300 fr. à M. le docteur Soufflot, médecin à Paris.

Prix Portal. — La question proposée par l'Académie était conçue en ces termes : « Anatomie pathologique des étranglements internes et conséquences pratiques qui en découlent, c'est-à-dire : étude comparative des diverses espèces d'altérations anatomiques (hernies exceptées) qui mettent obstacle au cours des matières alvines ; symptômes et signes qui permettent de les distinguer entre elles et de leur appliquer le traitement le plus convenable. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

L'Académie regrette vivement de n'avoir pu disposer de fonds plus considérables. Elle décerne :

1° Un prix de la valeur de 600 fr. à M. le docteur Duchaussoy, agrégé à la Faculté de médecine de Paris ;

2° Une médaille d'or de la valeur de 400 fr. à M. le docteur Besnier (Henry-Ernest), ancien interne des hôpitaux.

3° Une mention très-honorable à M. le docteur Houel, conservateur du musée Dupuytren.

Prix Civrieux. — L'Académie avait proposé pour question : « Des affections nerveuses dues à une diathèse syphilitique. »

Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.

L'Académie partage le prix entre M. le docteur Zambaco, médecin à Paris, et MM. Léon Gros, docteur en médecine, et Lancereaux, interne des hôpitaux.

Elle décerne une médaille d'encouragement à M. le docteur Lageneau fils ;

Une mention honorable à M. le docteur Ch. Billoir.

Prix Capuron. — La question proposée par l'Académie était : « De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

L'Académie a décidé qu'il n'y a pas lieu à décerner pour cette année le prix Capuron. Elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 400 francs à M. le docteur Elleaume (Alfred-Henry), médecin à Paris ; une somme de 300 francs à M. le docteur Dehous (Achille), médecin à Valenciennes.

Prix Barbier. — Cinq ouvrages ou mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie ; aucun d'eux n'ayant paru mériter de récompense, l'Académie a décidé qu'il ne serait accordé cette année ni prix ni encouragements.

Prix Amussat. — Ce prix, de la valeur de 1,000 francs, est décerné à M. le docteur Ollier, médecin au Vans (Ardèche), pour ses recherches expérimentales sur la reproduction artificielle des os au moyen de la transplantation du périoste et sur la régénération des os, etc., etc.

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs pour le service de 1857. — Un prix de 1,500 fr. est partagé entre MM. Boissat, de Périgueux (Dordogne) ; Labesque aîné, d'Agen (Lot-et-Garonne) ; Benoît, officier de santé à Grenoble (Isère).

Des médailles d'or sont décernées à MM. Dumas, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier (Hérault) ; Panis, de Reims (Marne) ; Jobert, de Guyonvelle (Haute-Marne) ; Michel, de Gap (Hautes-Alpes).

Cent médailles d'argent sont accordées aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par les observations et les mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a accordé, pour le service des épidémies en 1858 :

1° Des médailles d'argent à MM. Danvin, de Saint-Pol (Pas-de-Calais), pour son mémoire sur l'angine couenneuse ; Yvaren, d'Avignon (Vaucluse), pour son travail sur l'angine couenneuse ; Autelet, de Vienne (Isère), pour son mémoire sur la fièvre typhoïde ; Bocamy, de Perpignan (Pyrénées-Orientales), pour ses travaux sur l'angine couenneuse ; Ragaine, de Mortagne (Orne), pour son mémoire sur la variole.

2° Des médailles de bronze à MM. Deville, de Saint-Saturnin (Vaucluse) ; Dusouil, à Molle (Deux-Sèvres) ; Mignot, de Gannat (Allier) ; Piffard, de Brignoles (Var) ; Palanchon, de Cuisery (Saône-et-Loire) ; Donnarieix, médecin vétérinaire à Saint-Fargeau (Yonne), pour les rapports, mémoires ou observations que ces médecins ont transmis à l'Académie.

3° Des mentions honorables à MM. Plissard de Nevers, (Nièvre) ; de Meschinet, de Niort (Deux-Sèvres) ; Madère, de Verdun (Meuse) ; Verdier, de Barre (Lozère) ; Lemaire, de Cosne (Nièvre) ; Zandyck, de Dunkerque (Nord), pour les communications intéressantes qu'ils ont faites à l'Académie pendant l'année 1858.

Médailles accordées à MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a accordé pour le service des eaux minérales en 1857 :

1° Des médailles d'argent à MM. le docteur Auphan, médecin-inspecteur des eaux d'Euzet et de Saint-Jean de Ceyrargues, pour son mémoire sur les inhalations bitumineuses, joint au rapport annuel ; Cazaintre, médecin-inspecteur des eaux de Rennes-les-Bains (Aude), pour son mémoire relatif à l'emploi de l'eau salée de la rivière Saltz, à Rennes-les-Bains ; Constant Alibert, médecin-inspecteur des eaux d'Ussat et d'Audinac (Ariége), pour les deux traités joints à son rapport annuel, l'un sur les eaux d'Ussat, l'autre sur les eaux d'Audinac ; Léger, auteur d'un mémoire sur les eaux mères de Salins, dans lequel ce médecin a déterminé avec soin les cas spéciaux qui réclament l'emploi des eaux de Salins ; Privat, médecin-inspecteur des eaux de la Malou (Hérault), pour son rapport annuel qui contient 467 observations détaillées sur 970 malades.

2° Des médailles de bronze à MM. Peyronnel, médecin-inspecteur des eaux minérales de la Bourboule (Puy-de-Dôme) ; de Miramont, médecin-inspecteur des bains de mer d'Etretat ; Jaubert, médecin-inspecteur des eaux de Gréoulx (Basses-Alpes) ; Massie, médecin-inspecteur des eaux de Saubusse, Tercis, Saint-Pierre, etc. (Landes) ; Campmas, médecin-inspecteur et médecin en chef de l'hôpital de Baréges (Hautes-Pyrénées) ; Fegueux, pharmacien aide-major à l'hôpital militaire de Bône ; Renard (Emile), docteur en médecine, pour la thèse qu'il a soutenue le 27 mai dernier sur les eaux thermales de Bourbonne.

3° Rappel de médailles d'argent avec mentions honorables à MM. Ossian fils (Henry), docteur en médecine, pour sa part de collaboration du *Traité pratique d'analyse chimique des eaux minérales potables et économiques* ; Jules Lefort, chimiste, comme auteur d'un *Traité de chimie hydrologique comprenant des notions générales d'hydrologie, l'analyse chimique qualitative et quantitative des eaux douces et des eaux minérales* ; Buissard, médecin-inspecteur des eaux de La Motte (Isère).

4° Des mentions honorables à MM. Finaz, médecin-inspecteur des eaux de Charbonnières (Rhône) ; Cisseville, médecin-inspecteur des eaux de Forges (Seine-Inférieure) ; Baron, médecin-inspecteur des eaux de La Motte (Isère) ; Fabas père, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées) ; Adam Pigtowski, médecin-inspecteur des eaux de Vernet (Pyrénées-Orientales).

(Nous publierons dans le prochain numéro le programme des questions proposées pour les concours de 1860 et 1861.)

Après la lecture de ce programme, M. DUBOIS (d'Amiens) a la parole pour lire l'Éloge suivant de M. E. Geoffroy Saint-Hilaire.

Eloge de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Messieurs,

Il existe une lacune très-regrettable dans l'excellent recueil des éloges prononcés par mon illustre prédécesseur : M. Pariset, qui vous avait parlé si éloquemment de Georges Cuvier, ne vous a rien dit de M. Geoffroy Saint-Hilaire. Il ne s'est point donné le bonheur de faire retentir dans cette enceinte le nom de son cher Geoffroy et de tracer le tableau d'une vie qui, sous sa plume, aurait pris si aisément le mouvement et l'éclat d'un poëme héroïque (1). C'était une riche et abondante matière, que sans doute il réservait pour ses vieux jours, disant comme Tacite : *Uberiorem, securioremque materiam senectuti seposui* ; et puis le temps lui aura manqué.

Mais que dire aujourd'hui, Messieurs, et après tant d'autres, sur les travaux et sur la personne de M. Geoffroy Saint-Hilaire ? Comment oser prendre la parole sur un pareil sujet après l'éloquent interprète de l'Académie des sciences, et après ce pieux et digne historien que M. Geoffroy Saint-Hilaire a rencontré dans son propre fils ? Ne serait-ce point le cas de s'écrier avec La Bruyère : « Tout est dit et l'on arrive trop tard ! le plus beau et le meilleur est enlevé ! »

Il est cependant, Messieurs, une circonstance qui m'enhardit et me rassure ; c'est que ce qui serait vrai des ouvrages de l'esprit, et La Bruyère n'entendait pas autre chose, ne peut pas l'être des ouvrages de la science : ici tout est toujours à reprendre, ou du moins à continuer, et l'on n'arrive jamais trop tard. Si donc il ne nous est rien laissé à dire sur tant de belles actions qui ont rempli la vie de M. Geoffroy Saint-Hilaire, nous trouverons du moins dans ses travaux des sujets à jamais inépuisables, toujours divers, toujours nouveaux. Nous voulons parler de ces hautes questions, de ces graves problèmes qui, de tout temps, ont eu le privilége d'intéresser les âmes bien nées et de saisir les imaginations, qui ont occupé les plus grands hommes, depuis Aristote jusqu'à Buffon ; qui sont enfin tout à la fois le charme, le tourment et le plus noble exercice de l'esprit humain. (Très-bien !)

Et comme il serait impossible de parler des théories de M. Geoffroy Saint-Hilaire sans parler en même temps de l'opposition qu'elles finirent par rencontrer dans le sein de l'Académie des sciences, nous aurons à remettre sous vos yeux cette mémorable lutte où le génie de l'*intuition* semblait aux prises avec le génie de l'*induction* ; orageux et solennels débats, sublime controverse qui, après avoir tenu l'Europe attentive, agite et partage encore aujourd'hui les esprits les plus éminents.

Puissé-je, Messieurs, ne faire entendre que des paroles dignes de vous, dignes du savant dont je veux honorer la mémoire. Je sais les périls et les écueils qui m'environnent ; mais ayant, chaque année, à célébrer devant vous nos gloires contemporaines, je n'ai point voulu passer sous silence un des plus glorieux maîtres de notre époque ; et puis, pourquoi m'en défendrai-je ? vous possédiez un riche et brillant portrait de Cuvier, j'ai cédé au désir de placer en regard une simple mais fidèle esquisse de M. Geoffroy Saint-Hilaire. (Applaudissements.)

(Ici l'orateur trace rapidement la biographie des premières années de Geoffroy Saint-Hilaire. Nous reprenons à l'époque de ses vrais débuts scientifiques.)

Nous avons dit que c'était au Muséum d'histoire naturelle que M. Geoffroy Saint-Hilaire avait été tout d'abord chargé d'enseigner la zoologie. Ce grand établissement était encore tout plein de la mémoire de Buffon ; malgré les commotions politiques, ce nom y était resté grand et populaire. Une culture plus générale et plus sévère de l'histoire naturelle avait fait, il est vrai, découvrir quelques erreurs dans ses écrits, et des méthodes plus exactes avaient rectifié bien des assertions ; mais sa gloire n'en avait reçu aucune atteinte ; il y a plus, a dit un illustre écrivain (2), elle allait jeter un nouvel éclat, car quelques-uns des grands faits qu'il avait soupçonnés plutôt que découverts, et que, suivant sa belle expression, il avait aperçus par la vue de l'esprit, et avant le témoignage des recherches, allaient être positivement démontrés par l'observation. C'est que là se trouvaient deux jeunes savants qui, apparaissant ensemble à l'horizon d'un nouveau siècle, allaient se disputer cet héritage de gloire : l'un devait, en effet, consacrer toute sa vie à cette culture générale et sévère de l'histoire naturelle un peu négligée par Buffon ; l'autre allait reprendre ses sublimes conjectures et les élever au rang de vérités ; celui-ci, nous n'avons pas besoin de le dire, était M. Geoffroy Saint-Hilaire ; l'autre était Georges Cuvier.

Une étroite amitié unissait alors les deux jeunes professeurs ; M. Geoffroy Saint-Hilaire était de trois ans plus âgé que Cuvier, il l'avait précédé et en quelque sorte introduit dans l'enseignement. Le souvenir de cette liaison ne s'est jamais effacé de son cœur ; il se plaisait à rappeler que c'était par des travaux faits en commun qu'ils avaient débuté dans la science. Leurs premières recherches avaient eu pour objet les mammifères, leur but était d'établir des genres nouveaux ; ils avaient ensuite entrepris une histoire des animaux que renfermait la ménagerie du jardin des Plantes. Mais ces travaux, qui étaient tout à fait dans la direction des études de Cuvier, et qui devaient lui permettre d'élever un jour un si beau monument dans la science, n'avaient aucun attrait pour M. Geoffroy Saint-Hilaire ; c'étaient des vues d'ensemble qu'il lui fallait, et lui même s'est chargé de nous dire comment les grandes idées lui sont venues.

Il n'en était encore qu'au début de sa carrière ; chaque jour il allait passer de longues heures dans la solitude du cabinet du Muséum d'histoire naturelle : il s'était chargé de classer et d'arranger les collections zoologiques. Mais quelle n'est pas la force d'une première inspiration quand elle est puissamment reçue ! Au moment même où il ne devait se préoccuper que des caractères différentiels entre les animaux, son esprit fut tout à coup et exclusivement frappé de leurs ressemblances : « Tous ces êtres, dit-il, qui me passaient par les mains, et que je devais tenir pour essentiellement différents les uns des autres, ne me semblaient plus différer que par de légers attributs ; quand j'allais au fond des choses, je retrouvais une structure qui était toujours et partout la même. »

Ainsi déjà M. Geoffroy Saint-Hilaire, par la seule force de son intelligence et à la clarté de cette lumière qui nous vient de l'esprit, entrevoyait dans la série tout entière des êtres vivants ce tracé fondamental, ce plan toujours fixe, toujours le même, que la main de Dieu a partout reproduit ; mais ce n'est pas tout, c'est à ce moment aussi, et en partant de ce premier fait, que M. Geoffroy Saint-Hilaire conçoit cette autre idée non moins féconde, à savoir : que, dans tous les êtres, cette unité de composition créatrice s'allie sans cesse à la variété des détails d'exécution, et qu'elle s'y maintient de telle sorte que ce sont les choses essentielles qui demeurent immuables, tandis que les choses accessoires restent indéfiniment variables.

Ces vues cependant, Messieurs, bien que grandes, hardies et saisissantes, n'étaient pas nouvelles dans la science : quelques hommes de génie en avaient été frappés et les avaient aussi formellement exprimées ; mais ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que personne, avant M. Geoffroy Saint-Hilaire, n'était allé au delà d'une simple assertion. Ainsi, pour ne parler que des principaux, Buffon, dès 1753, avait bien pu dire dans son grand style que l'Être suprême, en créant les animaux, n'a voulu employer qu'un plan, qu'une idée, et la varier en même temps de mille manières ; que ce plan, toujours le même, toujours suivi, des quadrupèdes aux cétacés, aux oiseaux, aux poissons et aux reptiles, est un exemplaire fidèle de la nature vivante, et la vue la plus simple et la plus générale sous laquelle on puisse la considérer ; mais Buffon en était resté là. Et de même pour Kant, qui écrivait en 1790 que cette analogie se retrouve partout dans les êtres organisés... que tous les animaux, malgré leur diversité de formes, paraissent avoir été produits conformément à un type commun.

Gœthe, il est vrai, était allé un peu plus loin : reprenant en 1795 l'idée de Kant, il avait dit que la nature s'est circonscrite dans son pouvoir créateur, que les diversités de formes, qui paraissent infinies, proviennent uniquement de ce que certaines parties deviennent prédominantes sur d'autres... Qu'un organe ne peut augmenter de volume qu'aux dépens d'un autre... que si la nature est ainsi forcée de dépenser d'un côté, elle économise d'un autre ; de sorte, ajoutait-il, qu'elle ne peut jamais s'endetter ni faire faillite.

C'étaient là certainement des idées ingénieuses, mais émises encore sans preuves suffisantes à l'appui. M. Geoffroy Saint-Hilaire, au contraire, va suivre et développer ces premières idées, et, ce qui n'était pour ses devanciers qu'une vue de l'esprit, va devenir pour lui une vérité de fait. C'est qu'à cette puissance de conception qui lui avait fait pressentir, il a su joindre cette ténacité d'observation qui l'a conduit à en trouver les preuves dans les faits particuliers. C'est donc moins encore peut-être à cause de la justesse et de la grandeur de ses premiers aperçus qu'il faut admirer M. Geoffroy Saint-Hilaire, que pour cet esprit de suite qui lui en a fait partout chercher les témoignages.

Voyez, en effet, Messieurs, combien ce travail de vérification va devenir fructueux ; il est à peine commencé, que déjà M. Geoffroy Saint-Hilaire se trouve en avance sur Buffon et sur Vicq-d'Azyr, sur Herder, sur Kant et sur Gœthe lui-même ; celui-ci avait bien pu annoncer que les variations du type ne sont que de simples différences de proportions, mais M. Geoffroy Saint-Hilaire va plus loin ; il prouve, pièces en main, que ces variations n'altèrent point le type, qu'elles ne portent que sur des parties accessoires, et que, pour produire de nouvelles fonctions, la nature n'a pas besoin de créer de nouveaux organes ; elle arrête ou développe, et voilà tout.

Mais si la nature ne crée pas, elle n'anéantit pas non plus, et c'est encore là une découverte de M. Geoffroy Saint-Hilaire. Quels que soient, en effet, les amoindrissements d'organes dans certaines espèces, ces organes ne sont jamais entièrement effacés ; partout et toujours on en retrouve les traces comme souvenirs, a dit M. Geoffroy Saint-Hilaire, de ce qu'ils sont dans d'autres espèces.

Ainsi cette admirable nature, si prodigue en modifications, si féconde en variétés, se montre tellement avare de productions nouvelles, que jamais et nulle part elle ne se laisse aller à former de nouveaux organes en vue de nouvelles fonctions à remplir ; il lui suffit pour cela de développer ce qui était à l'état rudimentaire ; mais son plan, son type primordial, reste pur et intact ; c'est comme un thème éternel sur lequel elle exécute, dans la série des êtres et dans la série des siècles, ses innombrables et harmonieuses variations ! (Très-bien ! Applaudissements.)

Mais reprenons avec M. Geoffroy Saint-Hilaire cette marche si rapide et si intéressante des idées aux faits, car c'est ici surtout que nous allons voir avec quelle hardiesse, et en même temps avec quelle sûreté il va procéder dans cette étude des faits particuliers.

La simple observation peut sans doute conduire d'elle-même à des idées que l'esprit n'aurait pas même soupçonnées ; mais combien n'est-elle pas plus féconde quand l'esprit, au lieu de se traîner à sa suite, vient lui-même prendre l'initiative, quand c'est lui qui interroge la nature ? Or, c'est en suivant cette voie directe et tout à fait magistrale que M. Geoffroy Saint-Hilaire va trouver la confirmation de ses premières idées, et cela jusque dans les dernières classes du règne animal.

Tout semble, en effet, se réaliser conformément à ses prévisions : plus il avance et plus les analogies qu'il avait entrevues deviennent frappantes. Une fois, en effet, ce principe posé que la nature ne s'écarte jamais du plan qu'elle s'est tracé, il lui a été facile de montrer que partout et toujours elle donne aux organes la même position relative et la même dépendance mutuelle.

Mais ce n'est pas tout. Comme il lui avait été donné de constater qu'à défaut des organes eux-mêmes on en retrouve toujours les rudiments, une idée toute nouvelle vient saisir son esprit ; il se demande si ces rudiments d'organes ne seraient pas quelquefois l'effet avorté d'une disposition intentionnellement normale, ou, en d'autres termes, s'ils ne seraient pas l'indice de retardements ou d'arrêts accidentels de développement.

On comprend avec quelle ardeur, je dirai volontiers avec quelle passion, M. Geoffroy Saint-Hilaire se mit à chercher les preuves de ce qui n'était pour lui qu'une simple conjecture, et quelle fut sa joie lorsqu'il arriva à constater que cette hypothèse était l'expression rigoureuse des faits.

Mais c'est qu'aussi, Messieurs, ce fut là un des jours les plus heureux de la vie de M. Geoffroy Saint-Hilaire, car les faits qu'il venait de vérifier allaient lui permettre d'établir cette belle théorie des arrêts de développement, si injustement attribuée tantôt à Kielmeyer, tantôt à Autenrieth et tantôt à Meckel.

Cette découverte aurait pu certainement suffire à sa gloire, et bien d'autres s'en seraient tenus là ; mais nous allons voir que, par cette seule considération de ces retardements et de ces arrêts dans la formation des organes, M. Geoffroy Saint-Hilaire va créer une science toute nouvelle, à savoir : celle des *monstruosités*.

Nous disons créer, et personne ne viendra contester cet honneur à M. Geoffroy Saint-Hilaire ; sans doute Meckel avait eu avant lui l'idée de reprendre ce qui n'avait été qu'entrevu par Harvey et par Haller, à savoir : que la théorie des inégalités de développement pourrait être appliquée à la tératologie ; mais c'est M. Geoffroy Saint-Hilaire qui, en 1822, a su s'élever à une conception générale, et constituer un véritable corps de science. Qu'était-ce, en effet, avant lui que cette histoire des monstruosités, qui avait déconcerté les plus habiles et effrayé les plus hardis ? Une phrase de Châteaubriand, souvent citée et restée célèbre, pourrait en donner une idée.

« Si Dieu, avait-il dit, permet l'enfantement des monstres, c'est pour » nous apprendre ce que c'est que la création sans lui ! » Comme si quelque chose dans la nature pouvait se faire ou s'enfanter en dehors de Dieu, et comme si ses lois pouvaient se laisser violer !

Mais si de nos jours le brillant auteur des *Martyrs*, mal inspiré cette fois par sa muse religieuse, n'avait vu qu'une sorte de défaillance du pouvoir divin dans la production des monstruosités, longtemps avant lui le plus sceptique des philosophes s'était élevé sur ce point à des idées bien plus exactes, bien plus justes et bien plus révérencieuses envers la Providence.

« Ce que nous appelons monstres, avait dit Montaigne, ne le sont » pas à Dieu, qui voit dans l'immensité de son ouvrage l'infinité des » formes qu'il y a comprises. »

Admirables paroles qui semblaient faire pressentir ce que les découvertes de M. Geoffroy Saint-Hilaire devaient un jour nous révéler ! C'est, en effet, parce que M. Geoffroy Saint-Hilaire a su embrasser d'un seul regard ces formes diverses et infinies, qu'il a pu en donner la raison et en démêler les lois. De sorte qu'aujourd'hui les monstres qui ne le sont pas à Dieu ne le sont pas non plus au naturaliste.

Et remarquez, Messieurs, que pour dissiper toutes les obscurités, M. Geoffroy Saint-Hilaire n'a fait ici que suivre les conséquences de son unité de composition ; seulement il ne s'est laissé arrêter ni par ses prétendus écarts ni par ses apparentes irrégularités ; il en a suivi, au contraire, tous les développements, qu'ils fussent normaux ou anormaux, complets ou incomplets, et c'est alors qu'ayant établi son double principe de l'arrêt de développement et de l'attraction des parties similaires, il a pu fonder cette belle doctrine des anomalies, qui, pour devenir un véritable monument, n'attendait que la main d'un fils (1), et cette main ne lui a pas manqué. (Applaudissements. Les regards se portent sur M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, présent à la séance.)

Ainsi, Messieurs, c'est bien à M. Geoffroy Saint-Hilaire qu'était réservé l'insigne honneur de donner l'explication de toutes les prétendues anomalies de la création, et de montrer comment tout se lie et s'enchaîne dans la production des êtres organisés : il n'y a donc plus ici à recourir à une force aveugle et fatale pour expliquer les faits. Ce que l'on regardait comme de véritables perturbations se trouve assujetti aux mêmes lois et aux mêmes règles que les organisations les plus régulières et les plus belles, et la nature en les formant ne s'est point livrée à un jeu cruel, et n'a pas commis d'erreur.

Cette belle et rassurante théorie des monstruosités, telle que l'a comprise M. Geoffroy Saint-Hilaire, fera certainement époque dans l'histoire de l'esprit humain ; et l'on pourra dire que, sur ce point, lui aussi a ôté aux nations le bandeau de l'erreur ; qu'il a fait pour ces productions si étranges, et en apparence si effrayantes, ce que Newton avait fait en d'autres temps pour ces astres errants, ces sinistres comètes, que la crédule antiquité signalait dans ses annales, et qu'elle redoutait à l'égal des monstruosités :

Cessez, disait Voltaire :

> Cessez d'épouvanter les peuples de la terre,
> Dans une ellipse immense achevez votre cours,
> Remontez, descendez, près de l'astre des jours.

Cessez, pourrait-on dire aussi à ces monstres hideux, cessez d'épouvanter les peuples de la terre. Que l'on vous nomme acéphales, bicéphales ou cyclocéphales ; que l'on vous range parmi les nains ou parmi les géants, que de larges éventrations permettent à l'œil de pénétrer jusque dans le fond de vos organes, que de profondes diplogénèses vous enchaînent et vous soudent les uns aux autres... le prestige est tombé, le savoir de Geoffroy a pénétré vos mystères, son compas a mesuré vos inégalités et vos perturbations ; vous rentrez sous les lois de l'inflexible et universelle nature.

Mais ne quittons plus, Messieurs, ce constant et habile travail de vérification entrepris par M. Geoffroy Saint-Hilaire pour prouver la réalité de son unité de composition dans la série des êtres vivants ; nous avons vu que sa marche était simple, directe et progressive ; parfois cependant son esprit impatient lui faisait supprimer quelques intermédiaires. Ainsi, on le voit passer d'un seul coup de l'homme aux poissons, et que prend-il pour terme de comparaison chez ces derniers ? Précisément un organe que Cuvier avait déclaré être sans analogue dans l'espèce humaine, les nageoires pectorales ! Il y cherche les preuves de sa loi d'unité, et il trouve, ce qu'on était loin de soupçonner, que ces organes sont composés exactement des mêmes éléments que les membres supérieurs et antérieurs de tous les autres vertébrés. Puis, dans une nouvelle série de recherches, il arrive aux mêmes résultats pour l'épaule, le sternum et les organes thoraciques.

Mais tout cela, Messieurs, n'était qu'un jeu auprès des difficultés qu'il allait rencontrer dans cette étude comparative des poissons. Si la nature n'a fait que modifier en eux les membres pectoraux pour les rendre aptes à se mouvoir au sein des eaux, a-t-elle été également fidèle à son plan dans la structure de leur tête ? M. Geoffroy Saint-Hilaire, pour s'en assurer, examine les différentes pièces qui chez eux

(1) Expression de Pariset.

(2) M. Villemain.

(1) Expression de M. Michel Lévy.

composent le crâne et se met à les compter; mais ces pièces, il les trouve si diverses et si nombreuses, qu'au premier abord il en est tout déconcerté; il a beau les compter et les recompter, y faire les réductions les plus ingénieuses, il les trouve toujours incomparablement plus nombreuses que chez l'homme, à ce point qu'il en était à se demander si, par exception et contrairement à sa loi, le crâne des poissons ne se trouverait pas essentiellement composé de pièces plus nombreuses que celui des autres vertébrés; mais tout à coup une de ces idées qui ne viennent qu'aux hommes de génie lui traverse l'esprit: il se rappelle que dans le fœtus humain les os du crâne, ou plutôt les centres d'ossification, sont bien plus nombreux que chez l'adulte. Il se met bien vite et tout tremblant d'émotion à les compter, et que trouve-t-il? Que ces centres osseux sont précisément en nombre égal à celui des pièces qui forment le crâne des poissons! Ainsi, la nature n'a pas ici abandonné son plan, le fil est renoué, il n'y a pas d'hiatus du crâne de l'homme au crâne des poissons; et ici M. Geoffroy Saint-Hilaire devait d'autant plus être fier de sa découverte, qu'il pouvait en inférer deux nouvelles lois. Il en conclut en effet, d'une part, que chez les poissons la multiplicité des pièces du crâne tient à la persistance en eux des caractères embryonnaires, et, d'autre part, qu'il y a analogie des caractères *transitoires* des animaux supérieurs avec les caractères *permanents* des animaux inférieurs.

Tout cela, Messieurs, était évident et incontestable; cette unité de composition, cette permanence du type n'était plus une vue de l'esprit, une hypothèse reprise d'âge en âge par quelques rêveurs sublimes, c'était une belle théorie fondée sur les faits et anatomiquement démontrée; mais jusqu'ici ce plan, donné comme universel par M. Geoffroy Saint-Hilaire, n'avait encore été vérifié que dans une seule classe d'animaux, c'est-à-dire dans les *vertébrés*, là seulement où Buffon l'avait annoncé, quand il avait dit que ce plan reste le même des quadrupèdes aux cétacés, aux oiseaux, aux reptiles et aux poissons; là enfin où Cuvier lui-même l'avait accepté. Mais restait à savoir comment ce plan pourrait être démontré dans les autres groupes ou embranchements, et il y en avait encore trois: les *mollusques*, les *articulés* et les *rayonnés*.

C'était là, Messieurs, une entreprise qui semblait impossible, et qui aurait effrayé les plus intrépides; mais quelque chose disait à M. Geoffroy Saint-Hilaire que là encore il lui serait donné de montrer que la nature ne s'est pas départie de son plan, et qu'il n'y a pas d'hiatus entre ces groupes.

Nous avons vu que, dans son impatience, M. Geoffroy Saint-Hilaire ne craignait pas de sauter par-dessus quelques intermédiaires; cette fois il laisse là les mollusques, et s'attaque tout d'abord aux articulés, c'est-à-dire à des animaux dont le caractère principal paraît consister dans les articulations successives des pièces résistantes qui enveloppent et protégent leur corps.

Mais comment chercher à établir quelque analogie, même éloignée, entre les vertébrés et des animaux qui n'ont plus de vertèbres, qui n'ont plus même d'os!

Attendez, Messieurs, ceci ne pouvait être une difficulté pour M. Geoffroy Saint-Hilaire: d'abord il prouvait que les articulés ont des os, ou du moins des parties dures, ce qui pour lui était exactement la même chose; seulement il disait que ces parties dures, au lieu de se trouver, comme chez les animaux supérieurs, au centre des parties molles, se trouvent à leur pourtour, et forment des espèces de gaînes ou d'étuis où s'insèrent les muscles destinés à les mouvoir.

Mais il y a plus. Non-seulement, disait-il, les articulés ont des os, mais ils ont des vertèbres; seulement, et ici la différence est légère, au lieu de vivre comme les autres vertébrés en dehors de leur colonne vertébrale, ils vivent en dedans; de sorte que les vertèbres, qui sont des *noyaux* pour les animaux supérieurs, deviennent *anneaux* pour les articulés.

Ceci une fois admis, le reste allait de soi. M. Geoffroy Saint-Hilaire prouvait en effet qu'on retrouve chez les articulés tous nos organes intérieurs, et que ces organes sont disposés de la même manière les uns à l'égard des autres; seulement encore, et pour bien faire comprendre cette disposition, M. Geoffroy Saint-Hilaire demandait qu'on voulût bien, par la pensée, retourner ces animaux sens dessus dessous; car, disait-il, chez eux c'est le dos qui est en bas, et c'est le ventre qui est en haut.

Loin de moi, Messieurs, l'idée de contester la valeur d'analogies ainsi expliquées; mais on conviendra que ces analogies, pour être comprises, exigeaient un certain effort d'imagination. Aussi la doctrine sur ce point, loin d'être tout d'abord généralement adoptée, ne compta que deux adhérents, qui étaient, il est vrai, deux hommes d'un grand mérite: l'un était M. Hallé, membre de cette Académie; l'autre, M. Dugès, l'un de ses correspondants à Montpellier. M. Dugès allait même ici un peu plus loin que le maître; il disait qu'après tout, et à bien considérer les choses, il n'y a entre l'homme et les articulés qu'une simple différence d'attitude!

Il restait pourtant pour les esprits sévères une différence capitale entre les articulés et les animaux des classes supérieures: c'était celle qui consiste dans la répétition des parties, le nombre des organes et la symétrie des appareils. Mais un des élèves bien-aimés de M. Geoffroy Saint-Hilaire, M. Moquin-Tandon, lui vint ici en aide. S'appuyant sur la structure des annélides, il démontra, par son ingénieuse théorie des organismes individuels, que c'est par des nuances insensibles que la nature passe des animaux *unitaires* aux animaux *agrégés*, et que les éléments de l'animalité sont toujours les mêmes, comme la loi qui les associe, qui les répète et qui les symétrise.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, la science des analogies n'avait jusque-là rencontré aucune difficulté sérieuse; mais le moment allait venir où M. Geoffroy Saint-Hilaire trouverait une vive opposition dans le sein même de l'Académie des sciences. Il lui restait à démontrer ses analogies dans les mollusques, c'est-à-dire dans des animaux mous et pour ainsi dire pulpeux, entièrement dépourvus de système osseux, ou qui du moins n'offrent plus que des dépôts calcaires désignés sous le nom de test ou de coquille. Mais rien ne pouvait arrêter M. Geoffroy Saint-Hilaire, et déjà il avait résolûment abordé cette nouvelle étude. Pour ouvrir la voie aux analogies, il avait d'abord posé en fait qu'à bien considérer encore les choses, la coquille n'est qu'un squelette contracté. Il était cependant encore bien loin du but qu'il s'était proposé, lorsque deux jeunes anatomistes vinrent soumettre au jugement de l'Académie des sciences un mémoire dans lequel ils prétendaient prouver que l'unité de composition se retrouve dans les mollusques, et que là encore, malgré ce qu'avait dit Cuvier, il n'y a pas d'hiatus.

On pense bien qu'ils s'étaient inspirés des idées de M. Geoffroy Saint-Hilaire. Ils avaient, en effet, procédé, à l'égard des céphalopodes, absolument comme l'avait fait leur maître à l'égard des articulés. M. Geoffroy Saint-Hilaire avait dit: Les articulés ne diffèrent des animaux supérieurs que parce qu'ils sont placés sens dessus dessous; retournez-les par la pensée, et l'analogie sera frappante. Or, nos deux anatomistes venaient dire: Les céphalopodes ne diffèrent des autres animaux que parce qu'ils sont ployés en deux; redressez-les par la pensée, et l'analogie sera incontestable. Ce n'est pas tout: pour mieux se faire comprendre, ils n'avaient pas craint de dire, en pleine Académie des sciences, que les céphalopodes sont dans la position de ces bateleurs qui, sur nos places publiques, se tiennent la tête et les épaules renversées en arrière.

Je ne voudrais encore ici, Messieurs, jeter aucune défaveur sur des analogies ainsi démontrées; mais je ne puis m'empêcher de dire que, pour le coup, c'était un véritable tour de force, et que personne peut-être ne l'aurait pris au sérieux, si M. Geoffroy Saint-Hilaire ne lui avait donné une forme plus scientifique.

Il admit, en effet, que chez les céphalopodes, le tronc, qui garde ailleurs une situation longitudinale, se trouve ployé vers sa moitié, et que les deux parties en retour, soudées l'une à l'autre, sont renversées tantôt sur la face ventrale, et tantôt sur la face dorsale.

Le mémoire ayant été lu en séance, ce fut M. Geoffroy Saint-Hilaire qui se chargea de faire le rapport, et huit jours après, c'est-à-dire le 15 février 1830, il en donnait lecture à l'Académie.

Les auteurs étaient loués d'avoir essayé de combler l'hiatus remarqué entre les céphalopodes et les animaux supérieurs; et pour faire sentir combien cette tentative était heureuse, le rapporteur, tout en parlant avec éloge du *Tableau du règne animal* de Cuvier, et tout en déclarant le chapitre sur les céphalopodes riche de faits, puissant de savoir et éclatant de sagacité, faisait clairement entendre que c'était là une philosophie qui avait fait son temps, et qui devait céder la place à une autre.

On comprend que Cuvier dut se sentir ému de cette insinuation. Aussi, séance tenante, il répondit par une improvisation où respirait un assez vif mécontentement, et, huit jours après, par un savant mémoire dans lequel il s'attachait à réfuter toutes les assertions de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Il y a plus, la glace était rompue, il attaqua l'ensemble même de la théorie des analogues: « Qu'entendez-vous définitivement, dit-il à son adversaire, par votre unité de composition organique et par vos perpétuelles analogies? Ne voulez-vous parler que de simples ressemblances entre les animaux? Alors vous dites une chose vraie dans certaines limites, mais aussi vieille que la zoologie elle-même; car, pour trouver l'origine de ce principe, il faudrait remonter jusqu'à Aristote. Direz-vous que votre principe est unique, primordial et universel, qu'il domine tous les autres faits? C'est là ce qu'on ne saurait admettre; car, loin d'être unique et dominant, votre principe est subordonné à un autre principe bien plus élevé et bien plus fécond. »

Quant à l'hiatus signalé par lui en d'autres temps, à l'endroit des céphalopodes, Cuvier le maintenait plus vivement que jamais.

Ainsi, suivant Cuvier, il n'y avait, pour la série entière des animaux, ni unité de composition ni unité de type; il y avait pour chacun des embranchements un plan particulier et différentiel, et par conséquent autant d'hiatus que d'embranchements.

M. Geoffroy Saint-Hilaire, dans son impatience, ne put se résoudre à attendre une autre séance de l'Académie: il improvisa sur-le-champ une vive et chaleureuse réplique.

Et d'abord il se félicite de voir enfin son savant collègue entrer pleinement dans cette belle et grande question; il félicite l'Académie elle-même de n'avoir pas cette fois à enregistrer l'apport de ces petits faits acquis de la veille, qu'on vient lui donner comme le germe de grandes découvertes; puis, après avoir dit que les deux jeunes anatomistes n'ont pas devancé de beaucoup l'heure propice pour ramener les mollusques dans l'ordre des faits généraux de la science, il arrive à sa propre doctrine.

« Cette doctrine, dit-il, a été le rêve heureux ou malheureux de ma vie; mais elle n'est pas, comme on vient de le prétendre, une répétition de la doctrine aristotélique, elle a ses principes propres et nouveaux, et par ce qu'elle s'en tient à une disposition, à un tracé anatomique, elle domine nécessairement tous les autres par son unité, par sa simplicité et par son antériorité. Il y a plus, par cela aussi qu'elle introduit dans les études un seul élément scientifique propre à rallier et à faire saisir toutes les conformités physiques, elle devient un instrument de nouvelles découvertes. »

C'était répondre victorieusement, Messieurs, sur le point capital de la question. Quel était, en effet, le grand principe que Cuvier aurait voulu qu'on préférât à celui de l'unité de composition, et qu'il donnait comme bien plus élevé et bien plus fécond? Le voici textuellement:

« Ce principe, disait Cuvier, c'est celui des conditions même d'existence, de la convenance des parties et de leur coordination pour le rôle que l'animal est appelé à jouer dans la nature. »

On conçoit qu'il n'avait pas été difficile à M. Geoffroy Saint-Hilaire de prouver que ce n'était pas là un principe, que c'était un ensemble de conditions très-diverses, et que loin de dominer le principe de l'unité de composition, ces conditions en dérivaient elles-mêmes et n'en étaient que de simples modifications.

Ainsi, le principe de l'unité de composition sortait triomphant de ce débat; il demeurait unique, primordial et dominant! Il demeurait partout et toujours *comparable*, même lorsque les conditions d'existence viennent à manquer; car alors il reste pour l'observateur des traces indicatives de sa disparition.

La controverse avait ainsi occupé plusieurs séances, sagement et dignement soutenue. Toutefois, Cuvier ne s'en était pas toujours tenu au fond de la question; il avait parfois cherché, bien que d'une manière indirecte, à jeter quelque défaveur sur le langage un peu figuré de son adversaire.

« Pour lui, disait-il, il n'était point de ceux qui, au lieu de s'en tenir aux faits positifs et de se servir du langage simple et de mots propres, emploient des métaphores et des figures de rhétorique, qui croient se tirer d'embarras par un trope ou par une paronomase. »

La remarque pouvait paraître blessante. M. Geoffroy Saint-Hilaire y répondit plus tard, non-seulement sans amertume, mais avec une sorte d'effusion:

« Prenez garde, dit-il; n'allez pas imiter l'exemple de ces purs classificateurs qui vinrent solennellement placer sous le plus ancien de nos cèdres du Liban une statue de Linné, bien moins pour glorifier leur maître que pour protester contre l'immense renommée de notre Buffon; eux aussi s'élevaient contre ce qu'ils appelaient les séductions de l'imagination et du langage figuré. Cris impuissants! vaines protestations! Les éditions de l'*Histoire naturelle* ne s'en succédèrent pas moins coup sur coup, comme autant de monuments élevés à la gloire de ce grand homme: tant il est vrai que pour exprimer de grandes choses et pour vivre dans la mémoire des hommes, il faut que l'âme s'élance, qu'elle imprègne la pensée d'imagination, d'idéal et de poésie! » (Applaudissements.)

Mais revenons, Messieurs, au fond de la question. Parmi les objections que Cuvier avait faites à M. Geoffroy Saint-Hilaire, il en était une à laquelle celui-ci avait été très-sensible, aussi y est-il revenu plus d'une fois dans le cours de la discussion, et même depuis.

« Si vous ne voulez tenir aucun compte, lui avait dit Cuvier, de *l'emploi* que la nature se *propose* de faire des divers organes chez les animaux, vos prétendues identités et vos prétendues analogies réduisent la nature à une sorte d'esclavage, et le monde n'est plus pour vous qu'une énigme indéchiffrable. »

M. Geoffroy Saint-Hilaire avait d'abord très-judicieusement répondu que des recherches constamment suivies et longtemps mûries sur les analogies des êtres ne tendent certainement pas à réduire la nature à une sorte d'esclavage; mais M. Geoffroy Saint-Hilaire ne s'en était point tenu là. Arrivé à cette époque de la vie, M. Geoffroy Saint-Hilaire avait fini par fermer en quelque sorte les yeux sur ces infinies variétés que lui-même avait si bien signalées et expliquées en d'autres temps, pour ne plus voir que des analogies et des similitudes parmi les êtres, justifiant ainsi le reproche que lui adressa plus tard Lamennais, de rester comme absorbé dans cette grande et magnifique vue des choses, et de paraître oublier la réalité et la destination de tant de variétés.

C'était surtout cette destination que M. Geoffroy Saint-Hilaire se refusait à reconnaître; il ne voulait plus que les différences organiques fussent déterminées chez les animaux, comme le soutenait Cuvier, par l'emploi qu'ils doivent en faire; de sorte qu'il rejetait toute application, en histoire naturelle, de cette belle et consolante philosophie qu'on a appelée la philosophie des *causes finales*. Cuvier, au contraire, se plaçant ici à un point de vue plus élevé, s'attachait à l'y faire rentrer, non pas avec ses abus et ses exagérations, comme l'avait fait Bernardin de Saint-Pierre dans ses attrayantes *Études de la nature*, mais dans de sages et justes limites.

Cuvier avait été, en effet, très-explicite sur ce point; il avait dit que chaque animal porte en lui les conditions essentielles du rôle qu'il est appelé à jouer dans la nature. Or, c'était là une proposition qui avait révolté M. Geoffroy Saint-Hilaire. « Je ne connais point d'animal, s'était-il écrié, qui doive jouer un rôle dans la nature. »

Vous trouverez sans doute comme nous, Messieurs, que c'était là une négation à laquelle on ne devait nullement s'attendre de la part de M. Geoffroy Saint-Hilaire, de la part d'un esprit dès longtemps habitué à la contemplation des grandes choses, et qui tout d'abord avait trouvé dans le spectacle de la nature la raison des variétés de son type. N'était-ce pas lui, en effet, qui, trente-quatre ans avant cette discussion, et alors qu'il exposait les principes de sa belle théorie de l'unité de composition, avait dit que si la nature change quelques-unes des proportions des organes, c'est pour les rendre aptes à de nouvelles fonctions; que si, par exemple, elle modifie chez les poissons les membres antérieurs et supérieurs, c'est pour que ces animaux puissent se mouvoir au sein des eaux.

Par cela seul, d'ailleurs, qu'il reconnaissait dans toutes les manifestations de la nature l'idée de l'unité et de la simplicité, de la sagesse et de l'économie, n'était-il pas forcément conduit à admettre que cette infinie variété de formes ou d'espèces qu'elle renferme n'a d'autre raison qu'une infinie variété de fonctions à remplir? Qui aurait osé alors lui dire que le monde tel qu'il le comprenait n'était qu'une énigme indéchiffrable, à lui qui se plaisait à montrer dans toutes les œuvres de la création des idées de plan, d'ordre et d'harmonie, et quand cette admirable loi d'unité conduisait elle-même à cette finalité?

Mais M. Geoffroy Saint-Hilaire ne l'entendait plus ainsi: « Chaque être, disait-il, est sorti des mains du Créateur avec ses propres conditions; il peut selon qu'il lui est attribué de pouvoir; mais c'est une erreur de croire que les organes aient été formés en vue de fonctions à remplir »; de sorte que si, à un moment toujours le même, le jeune oiseau s'échappe de son nid et se soutient dans les plaines de l'air, c'est que par un hasard heureux il se trouve qu'il a des ailes, car rien de providentiel ne l'y avait préparé.

Tel était, Messieurs, sur ce point, la philosophie toute négative à laquelle s'était arrêté M. Geoffroy Saint-Hilaire, philosophie si contraire à ses propres principes, et que Cuvier regardait comme un pur atomisme.

Et, en effet, Messieurs, cette philosophie vous l'avez déjà reconnue, c'était celle que Lucrèce tenait d'Épicure et qu'il chantait dans ses beaux vers. Lui aussi disait, et dans les mêmes termes, que « rien n'a été formé dans notre corps pour que nous puissions nous en servir; par cela seul, ajoutait-il, qu'un organe est produit, il engendre sa fonction. »

Nil ideo quoniam natum est in corpore, ut uti
Possemus, sed quod natum est, id procreat usum.

Ainsi les rôles étaient complétement changés. Retranché à son tour dans le domaine des faits positifs, M. Geoffroy Saint-Hilaire ne voulait plus en sortir: Nous sommes, disait-il, les historiens de ce qui est, non les historiens de ce qui se fait; la vie, pour nous, n'est pas un acte à raconter, c'est un état à décrire. Ainsi le physiologiste était supprimé, il ne restait plus que l'anatomiste; et comme ses adver-

saires ne voulaient plus, à leur tour, se borner à décrire et à classer, comme eux aussi voulaient entrer dans le domaine des idées, M. Geoffroy Saint-Hilaire les accusait d'imprudence et de témérité.

Aussi, Messieurs, pour ma part, plus je médite et moins je puis m'expliquer les raisons qui ont amené M. Geoffroy Saint-Hilaire à méconnaître ainsi les preuves si claires, si patentes de finalité répandues dans tout l'univers, et à rejeter aussi formellement cette belle philosophie des causes finales, aussi utile à la science qu'à la morale et à la piété.

Je dis d'abord et surtout à la science, car c'est ce principe qui nous a conduits, en physiologie, aux plus belles découvertes. Rappelez-vous, Messieurs, la réponse que fit Harvey lorsque Boyle lui demandait ce qui l'avait conduit à la découverte de la circulation du sang : « J'avais pensé, lui dit Harvey, que la nature, toujours si prévoyante, ne pouvait pas avoir placé sans dessein de nombreuses valvules dans les veines, et que ce dessein devait être de faire revenir par les veines le sang qui, du cœur, est poussé vers les membres. »

Il ne nous appartient pas sans doute de montrer ici de quelle utilité la philosophie des causes finales peut être à la morale et à la religion; nous dirons seulement que, de l'aveu de Kant lui-même, cet argument est celui qui mérite le plus de respect et qui doit avoir le plus d'autorité, parce que c'est celui qui est le mieux à la portée de tous les hommes; et ce n'est pas seulement dans ses écrits que Kant s'est montré sensible à cet argument, c'était aussi dans sa vie privée et dans ses habitudes de chaque jour. Il ne se rappelait jamais sans émotion et sans attendrissement, a dit son judicieux interprète (1), les naïfs entretiens de sa mère, lorsque, le conduisant en face des beautés de la nature, comme le fit le vicaire savoyard pour Emile, elle cherchait à lui faire sentir la grandeur, la puissance et la bonté divines, en lui expliquant les merveilles de la création. Et plus tard, après tant d'ouvrages sortis de sa plume où il avait fait une si large part au scepticisme, Kant retrouvait encore le Dieu de sa jeunesse à l'aspect de ces ineffables et ravissantes merveilles.

Mais nous voici arrivés, Messieurs, à une dernière et non moins formelle dissidence entre Cuvier et M. Geoffroy Saint-Hilaire. Il s'agit, cette fois, d'une question qu'on regarde comme le couronnement de toutes les études en histoire naturelle, et qu'on a formulée de la manière suivante : Les espèces animales qui peuplent le globe sont-elles aujourd'hui telles qu'elles étaient à l'origine des choses; ou bien, s'étant altérées d'âge en âge, ne sont-elles plus que des dégénérescences des types primitifs?

Cuvier, on le sait, s'était déclaré pour la permanence des espèces. Après avoir reconnu que les individus nés les uns des autres ressemblent à leurs ascendants autant qu'ils se ressemblent entre eux, et qu'ils se reproduisent et se perpétuent indéfiniment, il avait adopté les deux éléments dont Buffon s'était servi pour caractériser les espèces, à savoir la ressemblance et la filiation. Vérifiant ensuite les faits d'âge en âge, et s'aidant de tous les témoignages historiques, Cuvier avait établi que les formes propres aux différentes espèces d'animaux se sont perpétuées depuis l'origine des choses, et que les variétés sont aujourd'hui renfermées dans les mêmes limites que dans l'antiquité la plus reculée.

M. Geoffroy Saint-Hilaire avait procédé tout autrement, et, dès 1795, il avait à peu près résolu la question dans un sens contraire. Déjà, en effet, il croyait à la variabilité des espèces; pour lui les différentes espèces que nous avons sous les yeux ne sont que des dégénérescences diverses d'un même type; il avait donc précédé Lamarck dans cette voie.

Quatre ans après il était allé en Égypte, et il en avait rapporté de précieuses collections d'animaux antiques, mais dans la pensée de s'en servir pour y trouver la confirmation de ses idées. Il se passe cependant près de trente ans avant qu'il administre ce qu'il appelle ses preuves; enfin il croit les avoir trouvées, et il déclare qu'il y a des différences incontestables dans l'organisation des êtres actuels comparée à celle de leurs ancêtres des temps antiques. Un peu moins facile, toutefois, que Lamarck, il n'attribue pas les changements d'organisation à de simples changements d'actions et d'habitudes; il les attribue à une cause plus profonde et plus générale, c'est-à-dire à un changement de composition chimique de l'atmosphère, qui serait survenu à une époque plus ou moins reculée, et tel que les conditions de la respiration en auraient été profondément modifiées.

Je répéterai ici, Messieurs, ce que je disais tout à l'heure en parlant des causes finales, qu'il est à regretter que M. Geoffroy Saint-Hilaire ne se soit pas rattaché à l'opinion de Cuvier, car ici encore c'était l'opinion de Cuvier qui concordait avec ses propres doctrines. Cette permanence, en effet, cette fixité des espèces, n'était-elle pas une conséquence, ou plutôt une manifestation nouvelle de la permanence et de la fixité des caractères essentiels dans la série des animaux? Et ces variétés elles-mêmes, qui ne portent après tout dans les différentes espèces que sur des attributs accessoires, tels que la hauteur de la taille, la coloration des téguments et l'abondance de la fourrure, ne venaient-elles pas aussi prouver ce qu'avait dit M. Geoffroy Saint-Hilaire : que les variations, chez les animaux, ne peuvent porter que sur des parties secondaires?

Ceci, Messieurs, est tellement vrai, que pour rendre raison de ces dégénérescences, M. Geoffroy Saint-Hilaire avait été obligé de changer pour un moment ses principes et de dire *qu'il n'y a rien de fixe dans la nature, et surtout dans la nature vivante.*

Buffon, Messieurs, avait bien vu les choses quand il disait que : « Les » caractères essentiels sont ineffaçables dans les espèces et permanents » à jamais. » Tout tend, en effet, à prouver que les espèces, et même les races multiples à l'origine, ont traversé les siècles sans altérations notables.

Ces squelettes de momies humaines, que M. Geoffroy Saint-Hilaire avait rapportés d'Égypte, ces peintures qu'il avait pu voir dans les tombeaux des Pharaons, montrent que les différentes races étaient, il y a plus de trois mille ans, en tout semblables à celles que nous voyons aujourd'hui.

Et de même pour les animaux que la domesticité semblait devoir profondément modifier, ils sont restés ce qu'ils étaient aux époques les plus reculées : l'élégant lévrier, le formidable molosse, le dogue intrépide, étaient dans les temps homériques aussi distincts du vigilant gardien de nos troupeaux qu'ils le sont aujourd'hui, et le berger de Virgile reconnaîtrait encore le descendant de son fidèle Hylas sur le seuil de sa cabane. (Très-bien!)

Je n'irai pas plus loin, Messieurs, dans le récit des discussions qui ont séparé M. Geoffroy Saint-Hilaire et Cuvier; celle qui avait porté sur l'unité de composition organique avait eu un immense retentissement; l'Allemagne tout entière s'y était intéressée, et son plus illustre représentant, Gœthe, avait dit que, dans le cours de cette mémorable année 1830, elle avait été tout aussi attentive aux conséquences de cette révolution scientifique qu'à celles du bouleversement politique survenu à la même époque.

« On comprend du reste parfaitement, disait Gœthe, qu'un homme » comme Cuvier, fort de cette savante analyse qui exige une attention » si soutenue et une si grande aptitude à poursuivre les variations de » forme dans les plus petits détails, en conçoive quelque fierté et re» garde cette méthode comme la seule raisonnable; on comprend » aussi qu'il ne pouvait se décider à partager une gloire si pénible» ment acquise avec un rival qui avait eu l'art d'atteindre d'un seul » coup et sans effort le prix destiné au travail et à la persévérance; » mais, d'un autre côté, ajoutait Gœthe, on reconnaît aussi que celui » qui part d'une grande idée a le droit de s'enorgueillir d'avoir ainsi » posé des principes, d'autant qu'il se repose avec confiance sur la » certitude de retrouver dans les faits isolés ce qu'il a signalé dans le » fait général. »

Et, en effet, Messieurs, c'était bien ce qui caractérisait et Cuvier et M. Geoffroy Saint-Hilaire; j'ai vu ces deux géants de la science armés l'un contre l'autre, celui-ci du glaive étincelant des idées, celui-là de la masse accablante des faits. Témoin obscur mais attentif de cette lutte, perdu dans la foule des auditeurs, il m'a été donné d'assister à ces savants débats.

Je vois encore Cuvier, fort de ses longues études, soutenir sans s'ébranler l'attaque de son adversaire; toujours mesuré, toujours sage, il unissait l'art des bienséances à la vigueur du raisonnement; il restait maître de sa pensée comme de ses expressions; sans jamais s'élever aux mêmes hauteurs que son rival, il avait dans les idées cette justesse et dans les termes cette exactitude qui sont inséparables de la vraie science. Riche et abondant, élégant et naturel, il embrassait et éclairait tous les faits; c'était comme un fleuve immense et profond, paisible et régulier dans son cours, accessible à tous et de tous recherché.

En face de lui, je vois encore M. Geoffroy Saint-Hilaire; c'était bien l'homme des idées neuves et hardies, soudaines et entraînantes. Il avait la véhémence et les inégalités de la passion; son esprit en était parfois tout ému et comme troublé; on sentait en lui le don du pathétique; en dépit d'une élocution tantôt lente, embarrassée et confuse, tantôt vive, ardente et précipitée, il colorait ses pensées des plus vives images, et semblait voir tout ce qu'il disait; c'était comme autant d'accents partis du fond du cœur et inspirés par la plus profonde conviction.

C'est avec ses qualités si diverses et si puissantes que ces deux grands naturalistes étaient venus soutenir leurs doctrines. M. Geoffroy Saint-Hilaire, généreux, expansif et passionné, plein de chaleur, d'imagination et de sensibilité, s'était parfois laissé aller à de vives et pénibles récriminations, mais c'étaient les souvenirs et les regrets d'une vieille amitié qui l'avaient ainsi entraîné malgré lui.

Cuvier, dont l'âme était plus ferme et plus concentrée, ne s'était point départi de son calme et de sa froide raison; habile et circonspect dans chacune de ses allocutions, quoique parfois agressif et interrogateur, il était demeuré noble et digne; mais j'aurai encore à mettre en regard ces deux grandes renommées. Reprenons M. Geoffroy Saint-Hilaire, et suivons-le dans les dernières années de sa vie.....

(L'orateur raconte ici les dernières années de la vie de Geoffroy, puis il termine en ces termes :)

... Ainsi finit, Messieurs, cet homme extraordinaire, qui, après avoir pénétré dans toutes les profondeurs de la science, y a laissé la forte et durable empreinte de son esprit. Ce serait sans doute aller trop loin de dire qu'il a créé la zoologie, et qu'au faisceau des sciences déjà connues il en a ajouté une nouvelle et toute française. Les sciences, vous le savez, Messieurs, ne sont d'aucun pays, et la zoologie existait avant M. Geoffroy Saint-Hilaire; mais on est en droit de dire que, par ses nombreux travaux et par ses belles découvertes, M. Geoffroy Saint-Hilaire a donné à la zoologie des bases toutes nouvelles, et que, le premier, il a posé les principes d'un enseignement philosophique.

D'autres avant lui avaient parlé d'un type primordial et commun dans la composition des êtres, mais personne n'avait saisi d'aussi haut et embrassé d'un regard aussi ferme le tracé d'un plan universel dans l'organisation des animaux; personne surtout n'avait été en chercher les témoignages dans chacune des espèces; personne enfin n'avait entrevu les belles lois qui sont aujourd'hui le fondement et la clef de l'enseignement en histoire naturelle.

Mais s'il a pu, grâce à l'élévation et à la force de son esprit, découvrir dans la science ces vastes horizons, il lui a fallu toute une vie de peines et de labeurs pour faire accepter ses découvertes par les hommes de science, et ici se trouve encore un contraste avec son glorieux rival.

Cuvier avait vu ses premiers travaux accueillis avec faveur et partout applaudis, et quand il voulut élever ce vaste monument qui résume la science contemporaine, il trouva de toutes parts de zélés et habiles collaborateurs. Ses études et ses recherches étaient de celles qui peuvent se partager et se distribuer; il dominait tous les travaux qui s'accomplissaient de son temps; on se formait sous ses yeux, on se disputait ses encouragements : c'était une suprématie universellement acceptée et que personne n'aurait osé contester.

M. Geoffroy Saint-Hilaire, au contraire, a dû travailler seul et dans un complet isolement; mais la solitude, le silence et le recueillement inspirent le génie. Il y avait puisé cette originalité et cette puissance d'imagination qui l'a conduit à de si grandes choses : seul d'ailleurs il pouvait suivre les routes qu'il s'était tracées, car il travaillait d'inspiration, et l'inspiration ne se partage pas.

Cuvier, de son vivant, a été comblé d'honneurs, de titres et de distinctions d'ailleurs bien mérités; il a été courtisé par des souverains et appelé jusque dans le conseil des rois. La vie de M. Geoffroy Saint-Hilaire a été, comme celle de tous les hommes à esprit libre, indépendant et créateur, une vie de peines, de passions et de combats; mais s'il a été comme écrasé par cette éclatante primauté de Cuvier, la postérité lui a enfin rendu avec usure l'honneur qui lui était dû. Avant de descendre dans la tombe, il a pu assister au triomphe de ses idées, et, aujourd'hui qu'il dort dans la poussière, ses idées lui survivent; elles protègent et assurent à jamais sa mémoire; la science reconnaît en lui un de ses législateurs et la France une de ses gloires les plus éclatantes; joignons-nous donc, Messieurs, à ce concert d'éloges, et disons que si le nom de Cuvier est immortel, celui de Geoffroy Saint-Hilaire ne périra pas; il rappellera dans l'avenir une de ces nobles figures qui portent au front le rayon de feu du génie. (Applaudissements répétés.)

(1) M. Jules Barni.

OBSERVATION DE RUPTURE DU COEUR.

Par M. le docteur Boys de Loury.

Les ruptures du cœur sont des accidents assez rares pour que j'aie cru devoir rapporter le fait suivant:

La nommée Vessier, âgée de soixante ans, d'une constitution délicate, après avoir été soignée dans plusieurs hôpitaux, entra dans mon service le 7 mars 1859. Elle se plaignait de douleurs extrêmement vives dans tout le membre pelvien droit. Cette douleur était telle, que la malade ne pouvait faire aucun mouvement et que ses nuits se passaient sans sommeil. Le membre ne présentait rien de particulier; aucune rougeur, pas d'exostoses sur le tibia. Cette maladie, qui datait de plusieurs mois, fut traitée comme une sciatique; des vésicatoires pansés avec l'hydrochlorate de morphine, l'opium à l'intérieur, calmèrent peu à peu les douleurs, puis des douches de vapeur rendirent progressivement la force et le mouvement, si bien que dans ces derniers temps cette femme montait et descendait l'escalier, et prenait de l'exercice avec les autres malades. A son entrée dans mon service, elle avait été examinée avec soin, sans qu'on découvrît chez elle aucune lésion organique, et pendant un séjour de trois mois elle ne s'était plainte que de ses douleurs, qui diminuaient insensiblement.

Le 15 mai, s'étant levée comme à son ordinaire, après avoir fait elle-même son lit, nettoyé sa ruelle, après avoir bu un peu de bouillon, et sans que ses voisines, avec lesquelles elle causait, se soient aperçues de quelque trouble chez elle, elle s'assit près de son lit, sur lequel sa tête se pencha; on la coucha précipitamment, elle respirait encore, mais difficilement; la bouche était légèrement déviée. L'interne de garde, appelé aussitôt, la trouva morte. Dix minutes ne s'étaient pas écoulées entre le moment de cette crise subite et son dénoûment.

Lorsque le lendemain j'appris les détails de cette mort si rapide, malgré la déviation de la bouche qui avait été remarquée, je déclarai que je pensais que la mort n'était pas la suite d'une apoplexie, mais qu'elle avait dû être occasionnée par la rupture d'un gros vaisseau, ces lésions seules donnant lieu à des phénomènes aussi foudroyants.

L'autopsie fut faite avant ma visite. Les vaisseaux de l'arachnoïde étaient congestionnés, mais aucun caillot, aucun épanchement sanguin. Les poumons sont congestionnés en arrière. Le péricarde est médiocrement distendu par une masse de sang, que la couleur bleuâtre de cette enveloppe laissait apercevoir avant qu'elle fût ouverte. La quantité de ce sang, qui est rouge et fluide, n'est pas de 200 gr. Le péricarde a conservé son épaisseur normale, et ne présente aucune altération.

Le cœur est d'un volume ordinaire, sans dilatation, sans changement de forme; son tissu paraît ramolli; sa couleur est pâle, grisâtre. Sur la face postérieure de cet organe, à l'union de l'oreillette gauche avec le ventricule du même côté, le tissu, plus rouge, entoure une perforation d'un centimètre de diamètre, dont les bords forment une espèce d'incision cruciale sans qu'on puisse remarquer sur cette partie qu'il y ait une différence d'épaisseur avec le reste des parois de l'oreillette. Au-dessous de cette perforation, dans le tissu plus épais qui réunit le ventricule à l'oreillette, une rupture incomplète pénétrant dans le tissu musculaire de dehors en dedans; l'écartement des bords simule une perte de substance. Au milieu de cette déchirure, qui a 1 centimètre et demi de longueur, on trouve une petite ouverture étroite dans laquelle on fait pénétrer un stylet : c'est une des artères coronaires.

Les bords de la valvule tricuspide sont incrustés de tubercules crayeux ou ossifiés. En enlevant la membrane interne, nous trouvons une large ossification en forme de croissant, dont les bords sont couverts de plusieurs aspérités en pointes acérées au bord libre de la valvule.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour les prix des internes des hôpitaux de Paris s'est terminé samedi dernier. Ils ont été décernés dans l'ordre suivant:

Internes de 3e et 4e années. — Médaille d'or, M. Jaccoud; médaille d'argent, M. Heurtaud; première mention, MM. Blondet et Tillot; deuxième mention, MM. Fournier (Eugène) et Menjaud.

Internes de 1re et 2e années. — Médaille d'argent, M. Durante; accessit (livres), M. Pradaud; première mention, MM. Fournier (Louis) et Ferrand; deuxième mention, MM. Cruveilhier et Lancereau.

— Le concours de l'internat a été terminé aujourd'hui. Voici la liste des nouveaux internes :

Internes titulaires.

MM. Brouardel, prix; Soulier, accessit; Dubreuil, 1re mention honorable; Bouglé, 2e mention honorable.

MM. Boissane, Tirman, Touzé, Charpentier (Louis), Dubuc, Servoin, Martineau, Moncourt, Martin, d'Heilly, Lemarchand, Bouyer, Roché, Chipault, Martel, Bouchaud, Gillette, Polaillon, Landeta, Duchemin, Olivier, Horteloup, Périer, Coulhon, Lamarque, Verdureau, Doisneau, Duchesne.

Internes provisoires.

MM. Beraud, Charles, Painesvin, Vast, Diard, Fernet, Levi, Négrié, Cornil, Bot, Lallement, Cazin, Besançon, Casalis, Rouvier, Bourillon, Caresme, Badon, Robertet, Bergeron (Georges), Reliquet, Boyart, Laborde, Reau, Lebreton.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 147. — SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 147. — SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13 ; EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Spasme de la glotte chez un adulte. — Guérison à l'aide d'applications endermiques de morphine.

Dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M. le docteur Ch. Bernard a communiqué à ses collègues une observation de spasme de la glotte qui présente de l'intérêt sous plusieurs rapports, particulièrement au point de vue de la marche et des caractères de la maladie, et surtout comme exemple de l'efficacité du traitement mis en usage pour la combattre. Voici d'abord le fait, dont nous empruntons les principaux détails aux comptes rendus de cette Société ; nous ferons remarquer après les particularités qui en constituent le principal intérêt.

Un homme âgé de cinquante-deux ans, habituellement bien portant quoique ayant eu une santé délicate dans sa jeunesse, fut pris, au milieu de la nuit du 3 au 4 juin dernier, d'un violent accès de suffocation qui le jeta dans une angoisse et une terreur extrêmes. Ces accès se sont renouvelés les nuits suivantes ; ils ressemblaient par leurs caractères, leur intensité, leur durée, à des accès soit de spasme glottique, soit de laryngite striduleuse ; ils commençaient par une inspiration très-rauque, un peu prolongée, suivie de quelques autres plus courtes et entrecoupées ; puis la respiration s'arrêtait. Le malade était alors en proie à une anxiété extrême ; il s'agitait et faisait de violents et inutiles efforts pour respirer ; le corps était pris de mouvements convulsifs ; la tête se renversait en arrière, la face devenait pâle. Cette crise était très-courte, sa durée était de dix à quinze secondes environ. La respiration reprenait son cours alors, accompagnée d'éructations et d'envies de vomir.

La particularité la plus remarquable que présentaient ces phénomènes, d'après M. Ch. Bernard, c'était de ne se manifester que pendant le sommeil seulement. Ainsi toutes les nuits, du 3 au 14 juin, il eut un ou deux accès, le premier entre minuit et deux heures, quand le malade, malgré l'extrême appréhension qu'il en avait, finissait par céder au sommeil. Si la terreur que cet accès lui inspirait le tenait éveillé le reste de la nuit, ou ne lui permettait que de courts et légers sommeils, les accidents ne se renouvelaient plus ; mais s'il venait à se laisser gagner de nouveau par un sommeil profond, au bout de quelques heures un second accès éclatait. Enfin, venait-il à s'endormir dans le jour, ce qui lui arriva une fois après une promenade, il était réveillé brusquement par une crise semblable à celles de la nuit.

Le traitement jusqu'au 13 juin ne consista qu'en préparations d'opium et de belladone données à l'intérieur, et dans l'emploi du sulfate de quinine, dont la dose fut rapidement portée à 1 gramme.

Le 13, d'après le conseil de M. Louis, on appliqua sur le devant de la poitrine un très-petit vésicatoire, qui fut pansé avec 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine répandus sur le derme dénudé. Un accès venait alors d'avoir lieu. Presque immédiatement, à l'inquiétude, à l'agitation, à la menace constante d'un nouvel accès, succéda le calme le plus parfait ; le malade tomba bientôt dans un sommeil tranquille et qui se prolongea sans interruption pendant quatre ou cinq heures.

Le lendemain 14, le malade accusa du bien-être. On prescrivit un vomitif qui donna lieu à des vomissements abondants et à quelques selles, et 0,02 de chlorhydrate de morphine par la méthode endermique. — La nuit suivante fut excellente et sans apparence de crise.

Une ou deux crises légères se manifestèrent encore pendant les nuits du 16 et du 17. Les journées suivantes furent assez tranquilles. Crises légères encore le 21 dans la soirée, étant à demi endormi, et le 23 au matin, étant cette fois parfaitement éveillé.

Le 24, nuit très-mauvaise ; trois crises en tout semblables aux premières. M. Bernard reconnaissant alors que le vésicatoire, qu'on n'avait pas cessé de saupoudrer tous les soirs avec 0,02 de chlorhydrate de morphine depuis le 13, était complétement sec, prescrivit aussitôt l'application d'un second vésicatoire sur le même point, qui dut dès le soir même être pansé avec la morphine.

Le 25, contrairement aux inquiétudes du malade, qui l'ont tenu éveillé plusieurs heures, la nuit a été excellente ; le malade a dormi et a éprouvé seulement vers cinq heures du matin une crise très-légère et très-courte, avortée, en un mot.

A dater de ce moment, il n'y a plus eu qu'une très-légère crise (survenue par suite de la négligence apportée par le malade dans ses pansements), après quoi il est parti pour la campagne. M. Bernard a appris depuis que la guérison s'était maintenue.

— Une première circonstance importante est à signaler dans ce fait ; c'est l'exemple extrêmement rare chez un homme de cinquante-deux ans, d'un cas de spasme de la glotte, maladie qui, d'après tous les auteurs classiques, est presque exclusivement propre à l'enfance. Et pour bien établir qu'il s'agissait bien dans ce fait d'une maladie tout à fait semblable au spasme glottique des enfants, et non d'un spasme symptomatique de quelque lésion viscérale méconnue, M. Bernard n'a pas manqué de faire remarquer que l'examen des organes thoraciques ne lui a fait découvrir aucune lésion, et que le sujet n'a offert, pendant le cours de sa maladie, aucun symptôme d'une affection inflammatoire ou catarrhale de la gorge, du larynx ou des bronches.

Le second point, qui intéresse plus directement encore la médecine pratique, c'est l'efficacité du traitement qui a été suivi, l'administration du sel de morphine par la méthode endermique. On a dû remarquer, en effet, que non-seulement c'est bien évidemment sous l'influence de cette médication que les accès ont été immédiatement atténués et qu'ils ont graduellement diminué, puis cessé tout à fait ; mais on a pu saisir en quelque sorte, comme contre-épreuve de cette action non douteuse, la tendance au retour des accès toutes les fois que par une circonstance quelconque, soit la dessication du vésicatoire, qui ne permettait plus l'absorption de la morphine, soit la négligence apportée par le malade dans les pansements, le médicament n'avait point agi.

Nous ferons enfin une dernière remarque, qui nous est suscitée par les essais d'injections médicamenteuses sous-cutanées dont nous avons récemment rendu compte. Sans contester nullement les avantages que peut présenter dans quelques circonstances cette dernière méthode, qui n'en est encore d'ailleurs qu'aux tâtonnements, la méthode endermique, dont ce fait est un si remarquable exemple d'efficacité, n'en devra pas moins conserver à côté d'elle le rang important qu'elle a acquis en thérapeutique. Ce fait prouve, en effet, qu'il n'est pas toujours nécessaire d'agir dans l'atmosphère même du nerf ou des tissus affectés pour obtenir des effets curateurs énergiques. Or, là où il pourrait n'être pas toujours sans danger de porter l'extrémité d'un trocart et d'une canule, il sera beaucoup plus sûr de s'en tenir au moyen d'absorption si simple et si facile qu'offre le vésicatoire.

Polype naso-pharyngien ; extirpation par la boutonnière palatine au moyen de la ligature extemporanée et de la cautérisation en flèches.

Nous avons exposé le nouveau procédé proposé par M. Maisonneuve pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, et rapporté le premier fait cité à l'appui par ce chirurgien, ainsi que deux observations recueillies dans le service de M. Foucher, à l'Hôtel-Dieu.

Dans le premier fait de M. Maisonneuve, la tumeur n'ayant acquis encore qu'un faible développement, l'opération avait pu être exécutée en quelques minutes et la guérison obtenue en peu de jours. Mais la simplicité même de cette opération, ainsi que le fait remarquer M. Maisonneuve lui-même, pouvait laisser des doutes sur son efficacité dans les cas graves.

Dans les deux observations de M. Foucher, la boutonnière a servi, pour le premier sujet, à extirper en grande partie un polype volumineux, dont on se proposait d'achever plus tard la destruction complète ; malheureusement une infection purulente est venue déjouer tous les calculs ; pour le second sujet, la boutonnière a aidé à porter un diagnostic définitif qui excluait toute autre détermination opératoire ; c'est encore là un des effets utiles de cette opération exploratrice. Mais pour en revenir à ce qu'il est permis d'attendre du procédé de la boutonnière dans les cas graves, voici un fait nouveau que M. Maisonneuve vient de nous faire connaître, et qui vient de dissiper ses propres appréhensions, en démontrant que la boutonnière palatine peut convenir à l'extirpation des polypes naso-pharyngiens les plus graves. En effet, dans le cas qui vient de faire l'objet de la dernière communication de M. Maisonneuve à l'Académie des sciences, et dont le sujet était un jeune homme de vingt-deux ans, le polype était un des plus considérables et des plus compliqués. Par ses embranchements multiples, il remplissait le pharynx, envahissait les fosses nasales, déprimait la voûte palatine, contournait en arrière et en dehors l'os maxillaire supérieur, pénétrait dans la fosse zygomatique, et de là se prolongeait, d'une part dans l'épaisseur de la joue, d'autre part dans la fosse temporale.

Il est vrai de dire que, pour opérer la cure complète de cette tumeur, il a fallu ajouter à la boutonnière palatine une deuxième ouverture faite à la face interne de la joue, sans laquelle il eût été impossible d'extraire les prolongements externes qui occupaient la région génienne et la fosse temporale ; substituer, aux procédés ordinaires de section par l'instrument tranchant et de cautérisation au fer rouge, les procédés plus simples et plus sûrs de la ligature extemporanée au moyen du fil de fer et de la cautérisation en flèches.

Dans une première séance, le 10 octobre 1859, M. Maisonneuve a extirpé au moyen de la ligature extemporanée la portion pharyngienne, ainsi que des prolongements géniens et temporaux de la tumeur. Cette extirpation s'est effectuée facilement d'un côté par la boutonnière palatine, de l'autre par une boutonnière pratiquée à la face interne de la joue.

Dans une deuxième séance, le 5 novembre, il a extirpé encore au moyen de la ligature extemporanée, mais cette fois par les voies naturelles, le prolongement placé dans la fosse nasale. Dans une troisième séance, le 12 novembre, il a détruit par la cautérisation en flèches la portion qui déprimait la voûte palatine. Enfin dans une quatrième séance, le 20 novembre, il a complété la cure en détruisant le pédicule de la tumeur au moyen d'une deuxième application de flèches caustiques. De telle sorte que le 28 novembre, après six semaines environ de traitement, le malade se trouvait entièrement débarrassé de sa tumeur, sans que son visage ait subi la moindre mutilation.

C'est là, sans contredit, le fait le plus complet jusqu'à présent qu'on ait pu produire en faveur du procédé de la boutonnière.

Fièvre intermittente guérie par le haschisch.

« Jusqu'ici le haschisch n'a été que bien peu employé comme médicament ; mais tôt ou tard cet agent, qui exerce sur le système nerveux une influence si considérable, entrera dans le domaine de la thérapeutique et y occupera probablement une place importante. » (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, etc.) Le haschisch a été employé dans le traitement de quelques névroses, en particulier dans la chorée ; nous ne sachons pas qu'il ait été employé encore dans le traitement des fièvres intermittentes. Nous tenons de M. Lukomski la relation d'un fait qui prouve qu'on pourrait peut-être tirer quelque parti de ce médicament dans ces affections, autant toutefois qu'un seul fait ait une valeur démonstrative en pareil cas.

Avant d'exposer ce fait, il est indispensable de donner quelques explications sur l'espèce de haschisch dont M. Lukomski a fait usage dans ce cas.

Ce n'était pas du haschisch d'Orient, c'était un haschisch indigène de la Crimée, un extrait alcoolique de sommités de chanvre femelle sauvage, c'est-à-dire croissant spontanément, sans aucune culture, dans beaucoup de localités de la Crimée. Non-seulement en Crimée, mais en général dans la Nouvelle-Russie, dans les gouvernements de Casagne, d'Orenbourg, et surtout dans la Bachkirie, vient spontanément une espèce de chanvre présentant des caractères botaniques identiques avec ceux du chanvre indien (*cannabis indica*). « J'en ai trouvé même, dit M. Lukomski, dans les steppes des Kirguises. Pour le chanvre de la Bachkirie et du pays des Kirguises, son origine spontanée ne peut nullement être mise en doute, car ni les habitants actuels de ces contrées ni leurs ancêtres ne se sont jamais occupés de quelque culture que ce soit. Ce sont des tribus nomades qui ne connaissent pas même l'usage du pain, et qui vivent du produit de leurs troupeaux de moutons, de chevaux, de chameaux et de dromadaires. Eh bien, ce chanvre sauvage, qui croît dans différents endroits de la Russie, est non-seulement identique avec le chanvre indien sous le rapport botanique, mais peut fournir un extrait alcoolique doué de propriétés identiques avec celles de l'extrait alcoolique de chanvre indien. »

MM. Pélicane et Linine ont examiné l'action physiologique de

ce haschisch indigène, et ont reconnu, comme M. Lukomski, que, à la dose d'environ 1,5 gramme, il produit un narcotisme assez intense. La seule chose sur laquelle M. Lukomski déclare ne pouvoir partager leur opinion, c'est l'action par trop intense qu'ils attribuent à l'extrait de chanvre indien ; ce qui provient sans doute de ce qu'ils ont expérimenté sur du haschisch qu'on avait fait venir d'Orient, en 1846, et dont ils ne pouvaient pas garantir la pureté.

On sait qu'en Orient, pour augmenter l'énergie de l'extrait de chanvre indien, on y ajoute souvent de l'extrait d'opium, et surtout de l'extrait de *datura*. Pour juger de la différence d'intensité qui peut exister entre l'action de l'extrait alcoolique de chanvre indien et de l'extrait alcoolique de chanvre sauvage de Russie, il faut, comme M. Lukomski en donne le conseil, employer des extraits préparés par soi-même, ou au moins par des personnes connues, à la garantie desquelles on peut se fixer, et suivre le même mode de préparation.

Venons maintenant au fait :

C'était en 1857, pendant mon séjour en Crimée, dit M. Lukomski ; un soldat des ponts et chaussées, âgé de trente ans, avait été atteint en 1847, pour la première fois, d'une fièvre intermittente dont il fut traité au lazaret de la Commande des invalides d'Orécov (ville du gouvernement de la Tauride), par le sulfate de quinine et divers autres remèdes. Cette fièvre dura six mois.

En octobre 1855, il eut de nouveaux accès qui durèrent jusqu'au 3 août 1856. Il en fut traité par diverses préparations dont le sulfate de quinine formait la base.

Le 26 juin 1857, il ressentit de nouveau un accès de fièvre bientôt suivi d'un second, malgré le moyen perturbateur qu'il mit en usage (une poignée de tabac à priser délayé dans de l'eau, qui ne produisit que des nausées et une espèce d'ivresse).

Enfin, le 29 juin, le malade s'adressa à M. Lukomski, qui n'avait pour le moment à sa disposition ni quinine ni quinquina, et était alors loin de toute ville, au milieu d'une grande forêt. Il songeait au succédané qu'il pourrait employer pour soulager ce pauvre homme, quand il lui vint à l'idée d'employer le haschisch en question, dont il possédait une certaine quantité. Le haschisch a en effet, se disait-il, une action manifeste sur le système nerveux, sur la circulation ; s'il n'était pas un spécifique contre les fièvres intermittentes, ne pouvait-il pas du moins modifier d'une manière avantageuse les caractères de l'accès, et peut-être même le couper court, à la manière d'une douche d'eau froide, par exemple, qui ne peut assurément pas être considérée comme un spécifique ? — Ces considérations le décidèrent à tenter l'emploi du haschisch, d'autant plus que cet agent lui était familier, qu'il savait le doser, et qu'il était sûr au moins de n'exposer le malade à aucun danger s'il ne le guérissait pas. En conséquence, il fit une solution de 3 décigrammes de son haschisch dans une petite quantité d'alcool, y ajouta un volume à peu près égal d'eau qui troubla la solution, et fit prendre ce mélange au malade. Il s'était écoulé à peine quelques minutes, et le malade, qui venait d'être pris de son accès, avait fait à peine quelques pas, qu'il sentit une bouffée de chaleur lui passer par tout le corps ; le stade de froid était coupé, le stade de chaleur et de sueur avait commencé. Ce dernier stade ne dura qu'environ deux heures, et se termina par un bon et profond sommeil.

Le 30 juin, à huit heures du matin, deuxième dose, et à deux heures et demie de l'après-midi troisième dose de haschisch, toutes deux égales à la première.

Le 1er juillet, l'accès n'était pas revenu. L'appétit, qui avait été perdu depuis le commencement de la maladie, était complétement revenu. Il ne restait plus qu'un peu de faiblesse. — Quatrième dose de haschisch.

Le malade rendit compte de l'action qu'avait produite sur lui le médicament, en disant qu'après l'avoir pris il se sentait joyeux comme si on lui avait fait présent d'une centaine de roubles, ou comme si on l'avait délivré d'un lourd fardeau ; puis il était pris d'un appesantissement, sa vue se voilait, et il succombait à un sommeil irrésistible.

Une semaine plus tard, M. Lukomski revit cet homme, qui se portait parfaitement bien. La fièvre n'était pas revenue. Il a appris plus tard qu'il était allé à l'hôpital de Simphéropol pour se faire traiter d'une pleurésie, mais qu'il n'avait plus vu se reproduire ses accès.

Nous répéterons, avec M. Lukomski, qu'il n'y a pas lieu de tirer des conclusions de ce fait seul, qu'il nous a communiqué d'ailleurs lui-même sous toutes réserves, et sans prétendre y voir un motif suffisant de préconiser le haschisch comme un fébrifuge. Toutefois il nous a paru assez intéressant, malgré quelques lacunes de rédaction inévitables de la part d'un homme qui n'est pas médecin (1), pour être signalé à l'attention de ceux de nos confrères qui, ayant du haschisch à leur disposition, pourraient dans des circonstances semblables pousser plus loin l'épreuve si heureusement commencée.

(1) M. Justin Lukomski, ainsi que nous avons eu déjà l'occasion de l'annoncer sur sa propre demande, n'a aucun grade en médecine; mais très-instruit dans plusieurs branches des sciences collatérales et versé par goût dans l'étude de la médecine elle-même, il a été plusieurs fois à même d'appliquer utilement les connaissances qu'il a acquises, lorsque ses fonctions l'ont appelé au milieu de contrées dépourvues de médecins en titre.

VALEUR THÉRAPEUTIQUE

des inhalations de vapeurs ammoniacales.

Il y a bien longtemps que les préparations ammoniacales ont été préconisées contre les phlegmasies chroniques des muqueuses, en en particulier de la muqueuse des voies respiratoires, avec ou sans complication de phénomènes nerveux.

D'abord on a fait respirer les vapeurs qui s'échappaient d'un flacon contenant de l'ammoniaque liquide ; plus tard, cette méthode a été remplacée par l'action topique de l'ammoniaque liquide porté avec un pinceau sur les parties malades. Mais ces deux modes d'administration avaient leurs inconvénients, et les malades s'y prêtant avec répugnance, on a songé à administrer le chlorhydrate d'ammoniaque à l'intérieur, et nos lecteurs savent les bons résultats qu'on en a obtenus et qu'on en obtient tous les jours.

Aujourd'hui, M. Gieseler propose de revenir à l'administration des vapeurs ammoniacales, non plus des vapeurs ammoniacales pures, mais des vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque, obtenues en vaporisant de 6 à 12 grammes de sel ammoniac dans un creuset de Hesse, placé au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool, le malade étant assis près de l'appareil, et respirant les vapeurs à une plus ou moins grande distance, en ayant l'attention de ne pas laisser dans la pièce où se font les inhalations des corps métalliques, qui seraient certainement attaqués par les vapeurs. Ces inhalations durent une heure ou deux, sont repétées tous les jours, quelquefois deux ou trois fois par jour.

Le chlorhydrate d'ammoniaque doit être aussi sec que possible, pour éviter sa décomposition et la production de vapeurs irritantes.

D'habitude, il n'y a de toux que dans les premières inhalations ; plus tard, tout se borne à une sensation de chaleur dans les voies respiratoires. Quand les personnes sont très-irritables, on se borne à respirer l'air de la chambre sans respirer directement les vapeurs.

M. Gieseler recommande ces inhalations comme résolutives, non-seulement dans le catarrhe pulmonaire, la phthisie pulmonaire, la toux férine, mais aussi dans l'ophthalmie scrofuleuse ou catarrhale, dans le catarrhe du sac lacrymal ou dans le pannus, dans le catarrhe de la trompe d'Eustache, dans le catarrhe aigu ou chronique de la vessie, dans l'inflammation de la prostate enfin ; M. Gieseler le considère comme un anticatarrhal ou un antiplastique par excellence.

Nous croyons cependant qu'il ne faudrait s'engager dans une pareille voie qu'avec beaucoup de prudence, vu les qualités éminemment irritantes de ces vapeurs et la présence possible des vapeurs chlorhydriques qui peuvent y être associées ; ce n'en est pas moins un moyen à essayer.

(*Racoglit. med.* et *Revue de thérap. du Midi.*)

IRRITATION DE LA VESSIE.

Extrait de belladone.

M. le docteur Behrend a employé l'extrait de belladone contre une irritation de la vessie datant de quinze mois, chez une dame âgée de trente ans environ. La miction était normale pendant le jour, mais pendant la nuit un ténesme vésical pressant forçait la malade à vider sa vessie au moins trois ou quatre fois et souvent plus de huit fois ; l'urine était d'ailleurs normale. La maladie résista à tous les moyens mis en usage, et s'accompagna bientôt d'amaigrissement, de céphalalgie, de nausées et d'autres troubles nerveux.

L'extrait de belladone fut donné progressivement jusqu'à la dose de 5 centigrammes pendant six semaines ; quelques accidents d'intoxication s'étant alors montrés, on administra encore l'extrait pendant quatre jours, à la dose de 75 milligrammes ; puis on en suspendit l'usage. Une amélioration graduelle avait accompagné ce traitement, et quand il fut terminé, la guérison était presque complète. La malade ne tarda pas à être complétement rétablie, et il n'y avait pas eu de récidive au bout de six mois.

(*The Lancet*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 décembre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. CHASSAIGNAC montre un jeune homme qui, à la suite de nombreux abcès strumeux développés dans la région parotidienne, avait été atteint d'une fistule salivaire d'où s'écoulait une quantité considérable de salive. Pour en obtenir la guérison, notre collègue a eu recours pendant plusieurs mois à l'introduction de tubes flexibles, et aujourd'hui la cicatrisation de la fistule est complète.

Il fait remarquer à cette occasion que l'emploi des tubes dans le traitement des trajets fistuleux lui a déjà plusieurs fois réussi. Ce procédé lui aurait surtout donné des succès dans des cas de fistules à l'anus, que de prime abord il croyait incurables autrement que par l'instrument tranchant.

M. LE Dr BAUCHET, qui avait déjà entretenu la Société, il y a un an, d'une résection du coude qu'il venait de pratiquer, présente aujourd'hui la jeune fille qui avait subi cette opération. Quoiqu'il eût enlevé 3 centimètres de l'extrémité inférieure de l'humérus et 2 centimètres de l'extrémité supérieure du radius et du cubitus, on constate que le résultat définitif est des plus satisfaisants. Tous les mouvements sont conservés, et la sensibilité du membre est complète dans toutes ses parties.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Vierteljahrschrift fur die praktische Heilkunde, Bd. IV. Prague, 1859, in-8°.

— M. Larrey fait don à la Société des ouvrages suivants :

Gabriele Ferrara. *Nuova selva di cirugia.* Venise, 1627, in-8°.

Verduin. *De l'amputation à lambeaux*, traduit du latin, avec notes et additions, par Pierre Massuet. Amsterdam, 1756, in-8°.

Dupuytren. *Thèse inaugurale.* Paris, 1803, in-8°.

Boyer. *Mémoire sur les aiguilles à suture.* Sans date, in-8°.

— M. Larrey offre en outre à la Société dix-neuf mémoires ou thèses sur des sujets chirurgicaux.

— M. Cullerier offre à la Société un exemplaire du mémoire de M. Eugène Royer sur *l'Inversion du testicule.* Paris, 1859, in-8°.

L'auteur, interne des hôpitaux, a fait des recherches dans le service et sous la direction de M. Cullerier. En examinant les individus atteints d'épididymite blennorrhagique, M. Cullerier avait été frappé de la fréquence des cas où la tête de l'épididyme est dirigée en arrière. Il se demanda d'abord si cette rétraction n'était pas le résultat de l'état pathologique. Mais en examinant alors les testicules des individus parfaitement sains, il ne tarda pas à reconnaître que la même inversion est une anomalie très-fréquente.

C'est sur ce point d'anatomie et sur les conséquences chirurgicales qui en résultent que roule le mémoire de M. Eugène Royer.

M. RICHARD, au nom de M. Chairon, ancien interne des hôpitaux, met sous les yeux de ses collègues une tumeur osseuse extraite de la région axillaire, le long du bord externe du grand dorsal.

Voici l'observation avec une note de M. Ch. Robin, qui a examiné la tumeur.

« Un jeune soldat reçut à la bataille de Magenta une balle à la nuque, qui traversa la peau du cou comme un séton, fractura une apophyse épineuse, et laissa comme trace de son passage deux larges cicatrices parallèles, correspondant à l'orifice d'entrée et de sortie du projectile. La plaie guérit en six semaines, et le blessé eut un congé de convalescence de six mois.

Je n'ai eu aucun autre renseignement sur les détails relatifs à la blessure dont il s'agit.

Le sujet est de forte taille, bien musclé, et d'une bonne constitution.

Il vint me consulter dans le courant du mois d'août pour une tumeur qu'il sentait sous son aisselle droite, et qui chaque jour le gênait davantage.

Voici ce qu'il raconte à ce sujet :

En sortant de l'hôpital militaire, il s'aperçut que les mouvements de son bras étaient moins libres, et il sentait une grosseur qui le gênait dans certains mouvements exagérés. Il consulta un médecin italien qui crut à l'existence d'un ganglion induré, et malgré l'absence de toute apparence de scrofule, conseilla l'huile de foie de morue et beaucoup de ménagement dans les mouvements du bras. Le blessé ne suivit pas ces conseils.

Cependant la tumeur devenait plus gênante, soit qu'elle augmentât de volume, soit qu'elle se déplaçât. Ce fut alors que le malade vint me consulter.

Au premier examen je crus sentir un ganglion axillaire profond, induré; cependant, en pressant dans tous les sens, la masse me parut présenter une densité et une consistance trop considérables pour expliquer cette hypothèse. Je pus même faire cheminer la tumeur et l'amener un peu plus bas, à la face profonde et au bord inférieur du muscle grand dorsal. La masse présentait à la pression une apparence conique, irrégulière, et une résistance et une dureté remarquables.

Je pensai avoir affaire à un corps étranger introduit par la blessure. Et malgré les orifices d'entrée et de sortie qui ne laissaient aucun doute sur l'issue du projectile, je résolus de tenter l'extirpation.

L'opération fut simple. Le malade anesthésié, longue incision le long du bord externe du grand dorsal ; les fibres les plus extérieures du muscle furent écartées avec une érigne mousse, et le corps fut senti dans le tissu cellulaire *sous-musculaire*, puis saisi avec une pince de Museux. Les quelques adhérences cellulaires furent ou coupées ou déchirées, et la tumeur fut enlevée. Hémorrhagie assez considérable, qui fut cependant arrêtée par un tamponnement simple. La plaie, très-profonde, finit par se guérir, et la cicatrice était solide et complète au bout d'un mois.

Le malade se sert de son bras facilement, sauf de temps à autre une légère douleur dans l'épaule dans l'élévation du bras exagérée.

Examen du corps extrait. — Grosseur d'une aveline, d'une forme conique irrégulière ; base uniforme ; sommet bifide ; l'une des pointes est plus haute et plus grosse; les deux pointes qui forment le sommet sont séparées par une rainure profonde; résistance à la pression très-considérable ; pesanteur spécifique très-peu considérable, analogue à celle d'un os très-poreux ; tout autour il y a des traces d'adhérences cellulaires.

Quelle est la nature de ce corps?

Nous croyons, malgré l'extrême rareté du fait, que nous avons affaire à un ganglion axillaire ossifié. La profondeur des parties, dont la masse a été extraite, la forme, la dimension de cette tumeur, ne laissent pas dans notre esprit subsister d'autre hypothèse.

Nous croyons donc offrir à la Société un exemple unique à notre connaissance de *ganglion ossifié.* »

Note de M. Ch. Robin. — « Le tissu de la tumeur présumée osseuse est en effet formé par le tissu de ce nom, offrant des ostéoplastes ou cavités caractéristiques ramifiées, aussi nombreuses et aussi rapprochées que dans le tissu normal.

La substance osseuse est disposée en lamelles et trabécules d'une grande délicatesse, formant par leurs entre-croisements et anastomoses un tissu spongieux, fragile, d'une grande élégance sous le microscope. Les éléments remplissant primitivement les aréoles de ce tissu ne peuvent être retrouvés dans l'état actuel de la pièce. »

M. RICHARD, sans se prononcer d'une manière définitive, est peu disposé à admettre qu'il s'agisse dans ce cas d'un ganglion ossifié.

Il rappelle qu'il a présenté il y a deux ans, au nom de M. le docteur Roux (de Marseille), deux tumeurs ossifiées de la peau, qui furent considérées comme des enchondromes ossifiés des glandes sudoripares. Par analogie, il serait très-disposé à regarder la tumeur envoyée par M. Chairon comme ayant le même point de départ, les glandes sudoripares étant nombreuses et volumineuses dans la région de l'aisselle.

Sur l'anesthésie chirurgicale provoquée par l'hypnotisme. — M. **BROCA.** Les faits dont je viens vous entretenir sont tellement étranges et touchent de si près à des questions qui ont été jusqu'ici bannies de la science sérieuse, que j'éprouve avant tout le besoin de réclamer toute l'indulgence de la Société. Ce n'est pas sans quelque hésitation que je me suis décidé à soumettre ces faits à votre appréciation, et je me serais bien gardé de le faire s'ils étaient propres seulement à exciter votre curiosité. Mais les conséquences pratiques qui en découlent sont assez importantes pour que je croie de mon devoir de passer par-dessus toute autre considération.

Si la chirurgie possédait un moyen anesthésique tout à fait inoffensif, si la prudence et les lumières suffisaient pour conjurer avec certitude les accidents terribles qui ont si souvent fixé l'attention de la Société, il faudrait se montrer sévère pour toutes les méthodes nouvelles, et exiger d'elles, avant de les adopter et même de les essayer, une longue série de succès authentiques. Mais dans l'état actuel des choses, lorsque tout chirurgien peut craindre d'être l'auteur de la prochaine observation de mort par le chloroforme, tout moyen inoffensif qui a réussi une seule fois mérite d'être mis à l'étude.

M. James Braid publia en 1843 un ouvrage sur ce qu'il appelait l'*hypnotisme* ou le *sommeil nerveux*, considéré dans ses rapports avec les phénomènes attribués au magnétisme animal (*Neurypnology or the Rationale of Nervous Sleep, considered in relation with animal magnetism*). Dans cet ouvrage, que je n'ai pu me procurer jusqu'ici, et que je connais seulement par l'analyse qui en a été donnée par M. Carpenter dans un article de dictionnaire, M. Braid annonçait le fait suivant : Lorsqu'on place un objet brillant quelconque au-devant de la ligne médiane du visage et au-dessus de la racine du nez, à une distance de 8 à 15 pouces anglais, et qu'on invite le sujet de l'expérience à fixer continuellement les yeux sur cet objet, de manière à produire dans les muscles oculaires et palpébraux une contraction permanente, on voit survenir au bout de quelques minutes un état singulier, analogue à la catalepsie. Les membres, soulevés par l'expérimentateur, conservent pendant un temps assez long toutes les positions qu'on leur donne ; les organes des sens, excepté la vue, acquièrent en même temps une sensibilité exagérée ; et enfin une période de torpeur ou de sommeil, dont la durée est variable, succède à cette période d'excitation.

M. Braid ne s'était pas borné à constater ce fait étrange ; il avait fait sur les individus en état d'hypnotisme un grand nombre d'observations curieuses, et avait pu reproduire chez eux la plupart des phénomènes attribués par les mesméristes au fluide magnétique ; son livre, analysé par M. Carpenter dans l'article SLEEP de la *Cyclopedia of Anatomy and Physiology* de M. Todd, paraît avoir eu quelque retentissement en Angleterre, mais il est presque inconnu en France, et le dictionnaire de MM. Littré et Robin est peut-être la seule publication française où la découverte de M. Braid soit mentionnée. L'article *Hypnotisme* de ce dictionnaire renferme une description abrégée extraite de l'article déjà cité de M. Carpenter.

Je n'avais aucune connaissance de ces faits singuliers, lorsqu'il y a quelques jours mon ami M. Azam, professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux, les signala à mon attention. M. Azam est, je pense, le premier observateur français qui ait répété les expériences de M. Braid. Les résultats qu'il a obtenus depuis deux ans, et qu'il a bien voulu me communiquer, sont extrêmement remarquables. Je lui laisse le soin de les publier ; s'il ne l'a pas fait jusqu'ici, si les confrères qu'il en a rendus témoins ont imité sa réserve, c'est parce que ce sujet périlleux conduit inévitablement sur un terrain que les supercheries des magnétiseurs ont rendu suspect aux hommes de science.

En réfléchissant avec M. Azam sur la nature des phénomènes cérébraux qui constituent l'hypnotisme, l'idée me vint de chercher si les individus hypnotisés ne pourraient pas devenir insensibles à la douleur des opérations, comme le seraient probablement certains cataleptiques, et comme l'ont été, dans quelques cas, les sujets soumis aux pratiques du magnétisme, et notamment la dame opérée, il y a longtemps déjà, par notre collègue M. Jules Cloquet. M. Azam approuva cette idée, et, pour m'encourager à lui donner suite, il m'affirma qu'il avait plusieurs fois pincé la peau des individus hypnotisés sans provoquer aucune douleur.

Je résolus donc de tenter l'expérience ; mais, quelque confiance que m'inspirent les paroles de M. Azam et le témoignage de M. Carpenter, je voulus d'abord m'assurer par moi-même de la réalité des phénomènes de l'hypnotisme. L'avouerai-je ? La crainte de passer pour un homme crédule me décida à faire pour la première fois, sans témoins, une expérience furtive.

Une dame d'une quarantaine d'années, quelque peu hystérique, et qui gardait le lit pour une légère indisposition, me parut convenir parfaitement pour cette tentative. Je lui laissai croire que mon intention était seulement d'examiner ses yeux, et, prenant sur la cheminée un petit flacon de cristal doré, je l'invitai à regarder fixement cet objet, que je plaçai à 15 centimètres environ au-devant et un peu au-dessus de la racine du nez. Au bout d'environ trois minutes, ses yeux étaient un peu rouges, son visage immobile, ses réponses lentes et difficiles. Je lui pris la main et la plaçai au-dessus de sa tête ; le membre resta suspendu dans l'attitude où je l'avais mis. Je donnai aux doigts les situations les plus extrêmes, qu'ils conservèrent sans changement jusqu'à la fin de l'expérience. Enfin, je pinçai la peau sur plusieurs points avec une certaine force, sans que ma malade parût s'en apercevoir. Je n'osai pas aller plus loin ; et pour faire cesser cette catalepsie provoquée, je fis, suivant le précepte de M. Braid, qui m'avait été transmis par M. Azam, une légère friction sur les yeux, suivie d'une insufflation d'air froid sur le visage. Aussitôt la dame revint à elle ; et quoique pendant l'expérience ses réponses eussent été parfaitement raisonnables, elle ne parut se souvenir ni de ce qu'elle avait dit ni de ce que je lui avais fait.

Je pensai, d'après ce résultat, qu'en poussant plus loin l'état hypnotique, je pourrais obtenir une insensibilité suffisante pour permettre d'exécuter sans douleur certaines opérations. Je fis part de mes espérances à M. Follin, qui ne me dissimula pas sa surprise, mais qui n'hésita pas néanmoins à me donner rendez-vous à l'hôpital Necker, pour opérer avec moi une femme de son service.

Le dimanche 4 décembre, à trois heures de l'après-midi, nous sommes allés ensemble à cet hôpital. Avant de procéder à l'opération, nous avons cherché à provoquer les phénomènes hypnotiques chez deux jeunes filles convalescentes. Ces deux essais préalables eurent lieu dans une chambre particulière, en présence de la religieuse de la salle.

Chez la première jeune fille, l'état de catalepsie a été promptement obtenu. Nous nous sommes servis, comme objet brillant, d'une lorgnette simple en métal argenté. Au bout de deux minutes, nous avons pu donner aux bras et aux jambes de la jeune fille diverses attitudes qu'un athlète vigoureux pourrait à peine garder pendant quelques minutes et qu'elle a conservées sans la moindre gêne pendant sept minutes. Les pupilles, qui s'étaient d'abord contractées, s'étaient dilatées bientôt d'une manière notable. Le pouls était devenu plus faible et plus lent. J'ai pincé assez fortement la peau de l'avant bras, sans provoquer ni douleur ni changement d'attitude. Puis la jeune fille, qui était assise, a incliné la tête en avant, comme si elle allait dormir ; c'est alors que je l'ai réveillée. Elle ne se souvenait de rien et n'éprouvait aucune fatigue.

Notre seconde jeune fille, plus vive et plus intelligente que l'autre, a fixé longtemps le corps métallique sans résultat décisif.

Elle a été, dit-elle, sur le point de s'endormir au bout de trois ou quatre minutes, et à ce moment nous avons pu donner à ses bras et à ses jambes diverses attitudes qui ont été gardées assez longtemps ; mais le sujet n'a pas perdu connaissance, et en prolongeant plus longtemps l'expérience, nous n'avons pu aller au delà des effets légers que nous avions tout d'abord obtenus. J'ajoute que chez cette jeune fille, comme chez l'autre, nous avons constaté pendant l'expérience un affaiblissement notable du pouls.

Malgré cet échec, encouragés par le résultat de notre premier essai et par le souvenir de mon succès de la veille, nous avons soumis la malade que nous allions opérer à une méthode qui pouvait échouer sans doute, mais qui du moins nous paraissait tout à fait inoffensive, et nous avons obtenu du premier coup un succès des plus saisissants.

Il s'agissait d'une femme de vingt-quatre ans, entrée à l'hôpital pour une vaste brûlure du dos et des deux membres droits, et atteinte, en outre, d'un abcès volumineux et extrêmement douloureux de la marge de l'anus. Épuisée par la douleur, et d'ailleurs très-pusillanime, elle redoutait extrêmement une incision dont elle comprenait la nécessité. Après avoir placé son lit en face d'une fenêtre, je lui ai annoncé que j'allais l'endormir ; mes autres malades avaient cru simplement qu'elles étaient le sujet d'observation ophthalmoscopique ; celle-là a été prévenue de ce que je voulais lui faire, et cette circonstance, au dire de M. Braid, serait favorable aux succès des expériences.

J'ai placé ma lorgnette à 15 centimètres en avant de la racine du nez, bien en deçà par conséquent des limites de la vision distincte, et la malade pour fixer cet objet a été obligée de loucher fortement en dedans. Les pupilles se sont aussitôt contractées. Le pouls, déjà rapide avant l'expérience, s'est d'abord un peu accéléré, puis presque aussitôt il est devenu plus faible et plus lent. Au bout de deux minutes, les pupilles commencent à se dilater, nous élevons le bras gauche presque verticalement au-dessus du lit : ce membre reste immobile. Vers la quatrième minute les réponses sont lentes et presque pénibles, mais sont du reste parfaitement sensées. La respiration est très-légèrement saccadée. Au bout de cinq minutes, M. Follin, à l'insu de la malade, pique la peau de l'avant-bras gauche ; rien ne bouge. Une nouvelle piqûre plus profonde, qui fait sortir une gouttelette de sang, passe également inaperçue. On élève le bras droit, qui reste suspendu et immobile comme le gauche. On soulève alors les couvertures, on écarte les membres inférieurs pour mettre à découvert le siége de l'abcès ; la malade se laisse faire, en remarquant toutefois avec tranquillité qu'on va sans doute lui faire du mal. Enfin, sept minutes environ après le début de l'expérience, pendant que je continue à tenir l'objet brillant au-devant des yeux, M. Follin pratique sur l'abcès une large ouverture qui donne issue à une énorme quantité de pus fétide. Un léger cri, qui dure moins d'une seconde, est le seul signe de réaction que donne notre malade. Il n'y a pas eu le moindre tressaillement, soit dans les muscles de la face, soit dans les muscles des membres. Les deux bras sont restés dans sans le moindre ébranlement dans l'attitude qu'ils conservent depuis plusieurs minutes.

Deux minutes plus tard, la pose est toujours la même ; les yeux sont largement ouverts, un peu injectés, le visage est immobile comme un masque, le pouls est exactement comme au moment de notre arrivée ; la respiration est parfaitement libre, mais l'opérée est toujours insensible. Le talon gauche, qu'on soulève au-dessus du lit, reste suspendu en l'air ; les deux membres supérieurs sont toujours dans la même attitude. Il est digne de remarque que le matin encore, la malade, tourmentée par une large brûlure du dos, ne pouvait se mouvoir dans son lit qu'avec beaucoup de douleur et de difficulté.

J'enlève le corps brillant placé au-devant des yeux ; l'insensibilité et l'immobilité cataleptique persistent toujours. Je fais sur les yeux une friction légère et une insufflation d'air froid ; l'opérée fait quelques petits mouvements ; on lui demande si on lui a fait quelque chose, elle répond qu'elle n'en sait rien. Du reste, ses trois membres sont toujours suspendus immobiles, dans les attitudes qu'on leur a données. Il y a déjà plus de treize minutes que le bras gauche est dans la situation verticale. M. Follin pratique sur ce bras une piqûre qui amène une gouttelette de sang ; la malade ne s'aperçoit de rien, et ses doigts mêmes restent entièrement immobiles.

Enfin, dix-huit ou vingt minutes après le début de l'expérience, et plus de douze minutes après l'opération, je fais sur les yeux une friction plus forte que la première, et j'insuffle sur le visage une plus grande quantité d'air froid. Cette fois la malade se réveille presque subitement. Ses deux bras et sa jambe gauche se relâchent à la fois, et retombent tout à coup sur le lit, puis elle se frotte les yeux et reprend toute sa connaissance. Elle ne se souvient de rien et s'étonne d'apprendre qu'elle est opérée. Son état est comparable à celui des individus qui sortent du sommeil anesthésique ordinaire, avec cette différence toutefois que le réveil a été beaucoup plus prompt, sans agitation et sans loquacité.

Au bout de quelques instants, elle se plaint de souffrir un peu dans la plaie qu'on vient de lui faire, mais cette douleur est très-modérée.

La période d'anesthésie, que j'ai interrompue en réveillant la malade, a duré de douze à quinze minutes. J'ajoute que M. le directeur de l'hôpital Necker assistait à notre expérience.

M. Velpeau a bien voulu communiquer, il y a deux jours, les faits qui précèdent à l'Académie des sciences, et il l'a fait dans des termes tellement bienveillants que je suis heureux de pouvoir l'en remercier ici. Je croyais alors que l'hypnotisme venait d'être employé pour la première fois comme anesthésique dans la pratique des opérations chirurgicales. M. Azam, dans l'unique entretien que j'avais eu avec lui, m'avait dit que M. Braid avait employé l'hypnotisme dans le traitement d'un grand nombre de maladies, et que, exagérant sans doute, comme la plupart des inventeurs, la portée de sa découverte, il croyait avoir trouvé une sorte de panacée ; mais nous ne nous étions pas occupés de ces applications diverses, et notre conversation avait roulé exclusivement sur le côté physiologique de la question. J'ai revu M. Azam ce matin, et il m'a dit que M. Braid, dans un appendice de son livre, a parlé de l'application de l'hypnotisme à l'anesthésie chirurgicale. Il a ajouté qu'une amputation de la jambe ou de la cuisse a été faite sans douleur par un chirurgien (il croit que c'est M. James Wood) sur un individu hypnotisé. Je m'empresse de porter ce fait à votre connaissance, et de renoncer à toute prétention de priorité. Si l'anesthésie hypnotique vient à prendre une place quelconque dans la pratique chirurgicale, je n'aurai d'autre mérite que d'avoir réhabilité une méthode oubliée, et j'en serai redevable à M. Azam, sans lequel aujourd'hui encore nous ignorerions jusqu'à l'existence des phénomènes de l'hypnotisme.

Permettez-moi maintenant de revenir sur l'étude de ces phénomènes. Quelque singuliers qu'ils paraissent, ils méritent de fixer toute l'attention des physiologistes, quand même ils ne seraient pas assez constants pour servir de base à une méthode régulière d'anesthésie chirurgicale. Sans chercher en rien à diminuer l'originalité de la découverte de M. Braid, je dois dire d'abord que l'état hypnotique paraît n'avoir pas été tout à fait inconnu aux anciens. M. Braid pense même, au dire de M. Azam, que les sculpteurs antiques avaient recours à quelque procédé analogue pour rendre leurs modèles cataleptiques, et assurer ainsi la fixité des poses.

Voici maintenant quelques faits plus positifs. M. Esdaile, dans un livre dont je vous parlerai tout à l'heure, raconte, page 8, que les moines du mont Athos avaient été surnommés *omphalopsychiens*, parce qu'ils se procuraient des extases cataleptiques en se regardant l'ombilic. Bernier annonce que les fakirs de l'Inde ont l'habitude de se rendre cataleptiques en se regardant le bout du nez ; ils peuvent alors conserver pendant un temps incroyable les poses extravagantes qui leur attirent l'admiration et la vénération de leurs coreligionnaires. M. Larrey m'a raconté qu'il y a longtemps déjà, lorsqu'il était sous-aide à l'hôpital militaire de Strasbourg, quelques-uns de ses collègues s'amusaient souvent à magnétiser des poules. Ils prenaient l'animal entre leurs genoux, lui fixaient la tête pendant quelques minutes, et le rendaient ainsi cataleptique. M. Azam a vu dans les foires du midi de la France des bateleurs ébahir les paysans en charmant les coqs de la manière suivante : on étend l'animal sur une planche, le bec dirigé en bas, et on trace une ligne noire sur le prolongement de la crête. Au bout de quelques instants, l'animal devient cataleptique, et il reste immobile dans l'attitude qu'on lui a donnée. M. Balbiani, qui a passé en Allemagne une partie de sa jeunesse, m'a raconté ce matin que les collégiens y pratiquent ce jeu avec beaucoup de succès. Il ne serait pas impossible que les charmeurs d'animaux eussent recours à quelque pratique analogue. M. Catlin raconte que les Indiens de l'Amérique du Nord se servent d'un moyen singulier pour se faire suivre par les petits bisons dont ils viennent de tuer la mère. Ils saisissent la tête de l'animal, lui appliquent les mains sur les yeux, et lui respirent dans les narines. Bientôt le jeune prisonnier cesse de se débattre, et suit docilement son maître jusqu'à la fin de la chasse. M. Catlin a pu ainsi se faire suivre pendant plusieurs milles par un de ces animaux. (Esdaile, *loc. cit.*, page 224.)

Il ne serait pas impossible que la méthode employée par M. Esdaile, chirurgien de la présidence de Calcutta, pour magnétiser ses opérés, agît de la même manière que celle de M. Braid. Dans son important rapport sur l'éléphantiasis du scrotum, M. Larrey nous a parlé des très-nombreuses opérations pratiquées par le chirurgien de Calcutta à la faveur de l'anesthésie mesmérique. Il a bien voulu me prêter l'ouvrage d'où il a extrait la relation de ces faits singuliers (*Natural and Mesmeric Clairvoyance, with the Practical Application of Mesmerism in Surgery and Medicine*. London, 1852, in-12). Vous savez combien l'éléphantiasis du scrotum est fréquent chez les indigènes et quelles dimensions colossales atteignent parfois ces tumeurs sous le climat brûlant de l'Inde. Lorsque M. Esdaile publia son livre, en 1852, il avait déjà enlevé 200 tumeurs du scrotum, dont le poids variait depuis 10 livres jusqu'à 103 livres. Il avait fait en outre cinq grandes amputations, plusieurs amputations moins importantes, enlevé beaucoup de tumeurs, réduit des hernies étranglées, redressé des membres contracturés, etc. Total, 261 opérations pratiquées sans douleur sur des individus rendus insensibles par le mesmérisme (page 168). La réalité de ces faits fut constatée par des commissaires, et le gouvernement du Bengale mit un service d'hôpital à la disposition de M. Esdaile. Voici maintenant le procédé suivi par ce chirurgien : il fait coucher le patient sur un lit peu élevé, dans une chambre peu éclairée. Un jeune homme quelconque, pris au hasard parmi les gens du service, se place debout à la tête du lit, s'incline en avant, et place son visage au-dessus du visage du patient ; il reste dans cette attitude un quart d'heure, une demi-heure, une heure, en exécutant avec les mains des passes magnétiques jusqu'à ce que le sujet soit endormi. On fait ordinairement plusieurs séances, à vingt-quatre heures d'intervalle, avant de pratiquer l'opération, et on remarque en général, comme chez beaucoup d'individus hypnotisés, que les sujets qui ont déjà été endormis un certain nombre de fois s'endorment plus facilement et plus vite à chaque séance nouvelle. Quel est le mode d'action de ce procédé, que

M. Esdaile appelle le *procédé indien*, pour le distinguer du procédé des magnétiseurs européens? M. Esdaile, qui croit au fluide magnétique, à la transmission de ce fluide par contact ou par influence, attribue naturellement les effets qu'il obtient au voisinage de deux corps nus jusqu'à la ceinture, et aux passes exécutées par le *mesmériste* sur la poitrine et la tête du mesmérisé. Quant à moi, quand je songe que le visage du mesmériste reste incliné en immobilité pendant très-longtemps au-dessus du visage du patient, je suis tenté d'attribuer uniquement à cette cause les résultats obtenus, et à rapprocher, par conséquent, le procédé indien du procédé de M. Braid.

Au surplus, je suis loin de prétendre que ce dernier procédé soit le seul qui permette de provoquer l'apparition des phénomènes de catalepsie, d'hyperesthésie et d'anesthésie qui constituent l'état hypnotique. Des phénomènes exactement semblables se montrent souvent et sous l'influence des causes les plus légères et les plus diverses, chez certaines femmes plus ou moins hystériques. L'extase religieuse, l'imitation, je dirais presque la contagion, produisent des résultats analogues, et à travers toutes les exagérations qui ont provoqué le rire des gens sensés, il est facile de reconnaître que l'histoire des religieuses de Loudun et des extatiques des Cévennes, celle des convulsionnaires de Saint-Médard, celle du fameux baquet de Mesmer, etc., sont autant d'exemples de la facilité avec laquelle les fonctions du système nerveux subissent de profondes perturbations chez certains sujets.

(*La fin au prochain numéro.*)

PRIX PROPOSÉS POUR 1860 ET 1861 PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

dans sa séance annuelle du 13 décembre 1859.

PRIX DE 1860.

Prix de l'Académie. — L'Académie met au concours la question suivante : « Quels sont les moyens d'éviter les accidents que peut entraîner l'emploi de l'éther ou du chloroforme; quels sont les moyens de remédier à ces accidents? »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal. — « Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon et applications pratiques qui en découlent; c'est-à-dire étudier par des observations positives les diverses espèces de concrétions sanguines qui peuvent obstruer les vaisseaux de la circulation pulmonaire, en apprécier les causes, les effets immédiats et les conséquences ultérieures; rechercher le mécanisme de la guérison de ces états morbides, déterminer les signes qui permettent de les reconnaître, et indiquer le traitement qu'ils réclament. »

Ce prix sera de la valeur de 600 fr.

Prix Civrieux. — « Apprécier l'influence de la chloro-anémie sur la surexcitation nerveuse, sous le double rapport du diagnostic et du traitement. »

A l'article du diagnostic, les concurrents devront insister sur les cas où la surexcitation nerveuse a été prise pour une affection organique aiguë ou chronique des parties dans lesquelles cette surexcitation avait son siége.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix Capuron. — 1° *Question relative à l'art des accouchements.* — « Des paralysies puerpérales. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

2° *Question relative aux eaux minérales.* « Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux sulfureuses naturelles; préciser les états pathologiques dans lesquels telle source doit être préférée à telle autre. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Barbier. — Ce prix, qui est annuel, doit être décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (*Extrait du testament.*)

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix Lefèvre. — « Du diagnostic et du traitement de la mélancolie. »

L'Académie, en limitant ainsi la question, désire que les concurrents l'envisagent uniquement au point de vue médical et s'appuient sur des observations cliniques.

Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix Orfila. — Ce prix, qui ne pourra jamais être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale.

L'Académie propose la question suivante :

« Recherches sur les champignons vénéneux aux points de vue chimique, physiologique, pathologique et surtout toxicologique. »

L'Académie désire que les concurrents étudient autant que possible :

1° Les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour le vulgaire : l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et de l'époque de l'année, soit sur le danger de ces champignons, soit sur les qualités des champignons comestibles.

2° La possibilité d'enlever aux champignons leur principe vénéneux, ou de le neutraliser, et, dans ce dernier cas, ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'il a subie.

3° L'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir, et les remèdes qu'on peut lui opposer.

4° Les indications consécutives aux recherches ci-dessus indiquées et qui pourraient éclairer la toxicologie dans les cas d'empoisonnement.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

PRIX DE 1861.

Prix de l'Académie. — L'Académie met au concours la question suivante : « Des désinfectants et de leurs applications à la thérapeutique. »

Le prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Portal. — L'Académie propose la question suivante : « De l'inflammation purulente des vaisseaux lymphatiques et de son influence sur l'économie. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Civrieux. — L'Académie met au concours cette question : « De l'angine de poitrine. »

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix Capuron. — 1° *Question relative à l'art des accouchements.* « De l'influence que les maladies de la mère, pendant la grossesse, peuvent exercer sur la constitution et sur la santé de l'enfant. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

2° *Question relative aux eaux minérales.*

Ce prix, qui est également de la valeur de 1,000 francs, sera accordé au meilleur ouvrage récemment publié sur les eaux minérales.

Prix Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

Prix Amussat. — Ce prix doit être décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Il est de la valeur de 1,000 francs.

Prix Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1860 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. — Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie* du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Barbier et Amussat sont exceptés de ces dispositions, ainsi que les concurrents au prix de M. Capuron pour la question relative aux eaux minérales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 2 décembre, M. Berthelot a été nommé professeur de chimie organique (chaire nouvelle) à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— M. Gaultier de Claubry a été nommé professeur de toxicologie à la même École en remplacement de M. Caventou nommé professeur honoraire. En cette qualité, M. Caventou jouira du droit de délibération dans les assemblées de l'École, pourra participer aux examens et faire partie des jurys institués pour les concours d'agrégation.

— Par décret du 7 décembre, ont été promus ou nommés, par suite des concours ouverts à Rochefort et à Toulon :

Au grade de pharmacien professeur de la marine : M. le pharmacien de 1re classe, Peyremol.

Au grade de pharmacien de 1re classe : MM. les pharmaciens de 2e classe, Coutance et Héraud.

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. les pharmaciens de 3e classe, Sambuc, Cavalier et Lavigerie.

Au grade de pharmacien de 3e classe : MM. les élèves Castaing, Venturini et Cunisset.

— Par décret du 8 décembre ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier : M. Prudhomme, médecin-major de 1re classe.

Chevaliers : MM. Ferraton, Pauly, Dieuzaide et Morazzani, médecins-majors de 1re classe; MM. Miramont, Brainque et Bollot, médecins-majors de 2e classe.

— A la liste que nous avons déjà donnée des médecins militaires partis ou près de s'embarquer pour l'expédition de Chine, nous pouvons, d'après le *Moniteur de l'armée*, ajouter :

Médecins-majors de 1re classe : MM. France, du 1er de ligne; Armand, de la division d'Alger.

Médecins-majors de 2e classe : MM. Labouysse, du 84e de ligne; D'Expers, dit Faudoas, du 6e de chasseurs.

Médecins aides-majors de 1re classe : MM. Viscaro, de l'hôpital de Bayonne; Azaïs, du 92e de ligne; Guérin, de l'hôpital de Marseille; Lasnier, de la division d'Alger.

Médecin aide-major de 2e classe : M. Fée, de la division d'Alger.

Pharmacien-major de 1re classe : M. Lapeyre, de l'hôpital de Toulouse, chef du service pharmaceutique.

— M. le docteur Aristide Labric, médecin de l'hospice des Ménages, chevalier de la Légion d'honneur, est mort le 12 de ce mois, à l'âge de 65 ans.

— Au moment de mettre sous presse nous apprenons la perte regrettable que viennent de faire le corps médical de Paris et la presse dans la personne de M. le docteur A. L. Roux, connu par plusieurs productions scientifiques et littéraires estimables. Ses obsèques auront lieu dimanche, à midi précis, en l'église Saint-Germain-des-Prés.

— Nous avons mal écrit dans notre numéro d'hier les noms de deux des internes nommés au dernier concours. Au lieu de M. Boissane, c'est *Boissarie* qu'il faut lire, et au lieu de M. Painesvin, c'est *Painetvin*.

— La Société médicale d'émulation a procédé dans sa dernière séance à la nomination de son bureau, qui est composé comme suit pour l'année 1860 :

MM. le baron Larrey, président; — Maurice Perrin, vice-président; — Ludger Lallemand, secrétaire général; — Camille de Laurès, trésorier; — Gallard et Besnier, secrétaires annuels.

Comité de publication : MM. le baron Larrey, Amédée Forget et Ludger Lallemand.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon. rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. / Six mois. . 16 » / Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finit le 31 décembre sont priés d'envoyer sans retard le prix de leur renouvellement. — Un mandat de poste au nom du directeur de la GAZETTE *est le mode de payement le plus sûr et le plus prompt.*

Nous les prions instamment de joindre à cet envoi la dernière bande imprimée du Journal, après avoir rectifié les erreurs s'il y en avait.

Les abonnés de la Belgique voudront bien s'adresser, pour leur renouvellement comme pour les réclamations qu'ils auraient à faire, à M. DECQ, *libraire à Bruxelles, rue de la Madeleine*, 9 ;

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN *frères, libraires, à Genève ;*

Ceux des autres Etats, aux libraires ou aux directeurs des postes de leurs pays.

PARIS, LE 19 DÉCEMBRE 1859.

SÉANCES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES
ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. (Séance annuelle.)

L'Académie des sciences n'a tenu le lundi 12 qu'une très-courte séance; elle venait ce jour même de rendre les derniers honneurs à l'une de ses illustrations, M. Poinsot, et la cérémonie avait empiété un peu sur l'heure de la séance. Elle a eu le temps néanmoins de procéder à l'élection d'un correspondant dans la section de médecine et de chirurgie; d'entendre l'analyse de travaux de plusieurs membres sur des sujets importants, mais étrangers à notre science, la lecture d'un mémoire de M. Anselmier sur un sujet de physiologie qui ne manque ni d'intérêt ni d'originalité — l'autophagie artificielle ou manière de prolonger la vie dans les cas de privation absolue d'aliments, — et le dépouillement de la correspondance, dont deux ou trois pièces seulement ont trait à la médecine, notamment une lettre de M. Bazin, de Bordeaux, sur l'hypnotisme et les questions de priorité qui s'y rattachent.

M. Denis, de Commercy, dont les travaux de physiologie pathologique et particulièrement ceux qui sont relatifs à l'hématologie, sont bien connus de nos lecteurs, l'a emporté sur des compétiteurs dont les titres rehaussent l'importance de son succès. Sur 48 votants, M. Denis a obtenu 29 voix. Tous les autres suffrages moins un se sont portés sur M. le professeur Bouisson, envers qui l'Académie semble avoir ainsi contracté un engagement pour l'avenir.

— De l'Académie des sciences, revenons un instant à l'Académie de médecine et à sa séance annuelle, envers laquelle nous n'avons pas encore complétement payé notre dette. Nous avons dit l'effet et le succès du morceau oratoire de la séance, il nous reste à dire un mot de la première partie du programme, de la lecture de M. Devergie. La lecture de M. Devergie, avons-nous dit, est à la fois un bon travail et un bon exemple. Il s'agit de justifier cette assertion ; nous y tenons d'autant plus que cette lecture a été très-diversement appréciée.

Un bon exemple ; c'est surtout à ce titre que ce travail nous a paru recommandable. Il est un article du règlement ainsi conçu : « Le secrétaire perpétuel a pour fonctions..... de faire tous les ans, conjointement avec le secrétaire annuel, l'analyse de l'ensemble des travaux de l'Académie, l'éloge de ses membres décédés, et de présenter une esquisse des progrès de l'art de guérir dans toutes ses branches. » Le secrétaire perpétuel actuel, comme son prédécesseur Pariset, s'en est tenu aux éloges, et personne jusqu'ici n'a songé à s'en plaindre. Quant aux secrétaires annuels, considérant sans doute leurs obligations envers l'Académie comme suffisamment remplies par la rédaction des procès-verbaux hebdomadaires, à l'exception d'un seul, — Royer-Collard, si nous avons bonne mémoire, — ils ont généralement négligé cette prescription du règlement. Cependant, plus zélé que ses prédécesseurs, M. Gibert a inauguré une nouvelle ère en partageant avec le secrétaire perpétuel l'honneur de porter la parole au nom de l'Académie dans les séances annuelles ; mais il a borné son rôle, déjà utile dans ces limites, à résumer dans un rapport d'ensemble les rapports partiels sur les prix. M. Depaul, en prenant la succession de M. Gibert, a suivi son exemple. Et aujourd'hui, faisant un pas de plus vers la réalisation du but que se sont proposé les fondateurs de l'Académie, — car ces innovations successives ne sont qu'un simple retour à des prescriptions réglementaires tombées en désuélude, — M. Devergie, conformément à ces prescriptions, a présenté « une analyse de l'ensemble des travaux de l'Académie. » C'est cet accomplissement d'un devoir négligé jusqu'alors que nous avons surtout entendu louer et proposer pour modèle ; ajoutons qu'il méritait d'autant plus ces éloges que la tâche était elle-même plus ingrate.

En effet, faire l'histoire de la constitution de l'Académie et révéler les secrets de ses travaux intérieurs les plus intimes, raconter ce qu'a fait dans l'année la commission des remèdes secrets, dire les austères sévérités dont elle a dû user envers d'innombrables inventeurs de remèdes plus ou moins nouveaux et plus ou moins infaillibles, énumérer la quantité de sujets vaccinés par les soins de l'Académie, et les opérations pratiquées dans toute l'étendue du territoire de la France et des colonies, sous l'impulsion donnée par la commission de vaccine aux progrès toujours croissants de cette mesure hygiénique ; exposer les résultats des analyses sans nombre faites dans le laboratoire de chimie par l'infatigable rapporteur de la commission des eaux minérales, et rappeler aux inspecteurs et médecins des établissements thermaux les prescriptions et les conseils émanés de cette commission ; dire ce qu'ont fait et surtout ce qu'ont omis de faire les médecins des épidémies, féliciter les uns pour leur zèle, gourmander le plus grand nombre pour leur négligence, et signaler à tous les utiles réformes à introduire dans cette partie si importante du service médical; voilà assurément un vaste et utile programme, mais aussi une bien difficile et bien ingrate tâche à remplir, en présence d'un auditoire alléché par l'attrait d'un discours d'apparat, dont les formes littéraires devaient faire accepter les développements scientifiques par ceux-là mêmes qui étaient le moins aptes à les comprendre. C'est ce qui explique l'accueil un peu froid qui a été fait au travail consciencieux de M. Devergie.

Il nous serait impossible, vu son étendue et le peu d'espace dont nous pouvons disposer, de mettre cette analyse sous les yeux de nos lecteurs; nous nous bornerons à exposer brièvement quelques-uns des résultats généraux qui y sont consignés.

Pour donner une idée de la mission, aussi pénible que laborieuse, de la commission des remèdes secrets, il suffira de rappeler avec M. le secrétaire annuel que, dans un seul rapport d'ensemble, on a fait justice de soixante remèdes contre la rage; que, dans un autre rapport, il a fallu démontrer l'impuissance de trente traitements du choléra. Encore ce nombre de remèdes réputés infaillibles pour ces deux maladies, a-t-il été doublé par le chiffre des rapports particuliers faits à l'Académie sur des remèdes analogues.

L'extrême parcimonie avec laquelle la commission des re-

FEUILLETON.

EAUX MINÉRALES D'ACQUI (PIÉMONT).

Au train dont jaillissent les sources minérales sur tous les points du globe, il est facile de prévoir la ruine prochaine de l'antique pharmacopée. L'hydrologie médicale, en effet, étend ses envahissements à ce point qu'elle sera bientôt à elle seule toute la matière médicale. Il n'y a pas longtemps encore que ses prétentions et son domaine étaient plus modestes : les Eaux-Bonnes, Vichy, Baréges, le Mont-Dore s'ouvraient à peu près seuls aux polymorphies morbides.

Ce fut une époque de prospérité et d'opulence pour les fermiers; ils mouraient alors de bonne chère et de pléthore. Mais aujourd'hui l'étiolement commence à les envahir, parce que la vogue se décentralise et se fait équitable à leur détriment.

En effet, des sources à peine connues autrefois luttent maintenant avec les plus anciennement accréditées pour conquérir les faveurs de la foule égrotante qui s'en va périodiquement boire ou se baigner. Ces rivalités se produisent et se soutiennent partout avec le même éclat, avec les mêmes promesses pour le public, dont l'embarras devient extrême quand il s'agit de faire un choix.

On ne distingue plus entre eux les arbres d'une avenue, quand ils ont tous le même feuillage et la même hauteur. Pour faire connaître toutes les sources minérales recommandées chez nous et ailleurs, pour signaler les vertus de chacune d'elles, il a fallu créer un dictionnaire, lequel paraît devoir être volumineux, si l'on en juge par les deux premières livraisons qui viennent de paraître.

On trouve dans cette publication ce qui ne pouvait y manquer, un grand esprit de conciliation et même de désintéressement. Mais un ouvrage de cette nature ne peut s'exécuter qu'à l'aide d'innombrables recherches, de vérifications quelquefois difficiles : de là vient qu'il peut être incomplet ou inexact sur certains points. Ainsi, pour ce qui concerne les thermes d'Acqui, on lit dans ce dictionnaire que « ses eaux *boueuses* présentent une température de 38 à 45° centigrades à leur point d'émergence, et l'enceinte qui les reçoit contient une *vase* dont les éléments se combinent avec les principes minéralisateurs. »

Evidemment, M. Durand-Fardel et ses collaborateurs ont été mal informés. J'ai séjourné à Acqui du 12 au 26 juillet dernier, et je puis affirmer que la source sulfureuse froide du Ravanasco, de même que les sources chaudes qui alimentent la buvette et les bains, sont toutes d'une parfaite limpidité. Quatre bassins, il est vrai, contiennent non de la *vase*, mais de l'argile pure. Cette argile macère dans un bain d'eau sulfureuse pendant un temps variable, c'est-à-dire suivant les besoins du service; là elle s'imprègne comme une éponge des éléments salins de la source, et quand elle en est suffisamment chargée, on la pétrit à la main, puis on l'applique par couches épaisses sur les parties affectées.

Qu'est-ce que *cette combinaison des principes minéralisateurs avec les éléments de la vase?* Comme théorie, je trouve celle-ci assez peu réussie, du moins pour le cas présent.

D'où vient l'argile qui se trouve dans les bassins d'Acqui ? On pense sur les lieux qu'elle y a été apportée à l'époque de la première irruption des sources; si bien que depuis des siècles la même matière est périodiquement employée aux mêmes usages, et cela sans s'épuiser. On n'admet pas là-bas d'autre explication.

Il est à remarquer toutefois que la Bormida coule à cent mètres environ de l'établissement; que le lit de cette rivière, en partie à sec pendant l'été, se compose d'un banc superbe de terre glaise. Il se pourrait donc... Mais je ne veux pas, par une insinuation même innocente, m'exposer à perdre l'amitié de mon excellent confrère M. le docteur Lorenzo Granetti.

Les eaux et les boues d'Acqui jouissent, au plus haut degré, du pouvoir spécial de stimuler le système nerveux ainsi que les organes de la circulation; elles provoquent chez les malades qui en usent inconsidérément une agitation et une insomnie intolérables. La fièvre qui se joint bientôt à ce premier effet des eaux, est particulièrement désagréable par l'intensité de la céphalalgie et la violence des myodinies qui l'accompagnent. Elle a été pour moi un véritable supplice pendant quatre jours que j'ai eu à la subir. Ce mouvement fébrile est en outre soutenu et aggravé par le réveil d'affections chroniques qui reprennent momentanément la forme aiguë. On conçoit qu'une semblable stimulation, quand elle est dirigée avec prudence, contenue dans certaines limites, donne lieu à des cures inespérées. Aussi, en quelques termes que l'on préconise les sources d'Acqui pour leur efficacité contre les affections articulaires indolentes, les paralysies locales avec atrophie musculaire, les engorgements strumeux et contre les affections asthéniques en général, l'éloge ne me paraîtra jamais exagéré.

« Le séjour d'Acqui, disent les auteurs du *Dictionnaire*, ne passe point pour agréable, malgré l'accroissement de sa fréquentation. »

Evidemment ceci ne peut s'entendre de la contrée, qui est charmante. Quant à la vie qu'on y mène, elle est celle qui convient au baigneur véritablement malade. Il y a beaucoup d'autres stations, et des plus recherchées, soit en France, soit ailleurs, où l'on ne suffoque pas davantage d'émotions. Si l'on ne joue pas à Acqui comme à Hombourg; si, comme en Angleterre, on neboit pas jusqu'à la cravate; si l'on n'est pas à table du matin au soiret du soir au matin, comme en Allemagne où les hommes sont creux jusqu'aux talons; si le promeneur ne risque pas, comme à Bade, de mettre à chaque pas le pied dans un remous de dentelles; néanmoins, on trouve dans l'établissement piémontais les moyens de passer son temps sans trop d'ennui, et toutes les figures n'y ont pas de sombres façons.

CHAMPOUILLON.

mèdes secrets dispense les bénéfices du décret du 2 mai 1850, ne s'explique que trop par la rareté même des formules qui remplissent les conditions édictées par ce décret, savoir : « Présenter à la sanction de l'Académie un remède *nouveau.* »

Les travaux de la commission de vaccine pour l'année 1858 se résument ainsi : Il a été vacciné cette année, au siége de l'Académie, 14,607 individus de tout âge. L'Académie a expédié plus de 11,000 plaques et plus de 5,000 tubes de vaccin. Les questions dont la commission de vaccine a eu à se préoccuper, surtout pendant le cours de cette année, sont la recherche des meilleurs procédés de conservation du vaccin, celle des caractères distinctifs de la vraie et de la fausse vaccine, la question de savoir si le vaccin inoculé peut transmettre le germe de quelque maladie ou donner ouverture à quelques-unes des affections de l'enfance plus graves que la variole elle-même, etc. ; enfin, si sa vertu préservatrice est de toute durée, ou si elle n'a qu'une durée limitée, etc. On connaît la solution que la commission a donnée à quelques-unes de ces questions. Les autres continueront jusqu'à leur solution définitive à préoccuper les membres que l'Académie a délégués à cet effet. Quant à la question des revaccinations, la commission n'a pas hésité à en proclamer les avantages. Un grand exemple a été donné à cet égard aux familles par le gouvernement, qui a fait procéder dans le courant de cette même année à la revaccination de toute l'armée.

On devra reconnaître avec M. le secrétaire annuel qu'il est peu de commissions qui aient mis plus de persévérance dans leurs travaux, si l'on réfléchit surtout aux observations qu'il a fallu faire, aux difficultés qu'il a fallu vaincre pour arriver à de pareils résultats.

Au sujet des travaux de la commission des épidémies, M. Devergie, à côté des éloges si bien mérités qu'il a décernés aux médecins qui n'ont pas hésité à braver au péril et quelquefois au prix de leurs jours les dangers de l'infection, s'est vu obligé, à regret, de répéter le reproche adressé déjà par le rapporteur de cette commission à un grand nombre de médecins qui se sont soustraits à leurs devoirs envers le gouvernement et l'Académie en n'envoyant pas de rapports.

Il a insisté avec beaucoup de raison, à notre avis, sur l'utilité qu'il y aurait à imprimer plus d'activité et surtout plus de publicité aux travaux des comités d'hygiène d'arrondissements, qui pourraient ainsi fournir tout à la fois des éléments utiles pour les rapports et un stimulant au zèle des rapporteurs.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que M. le secrétaire n'a pas manqué de faire ressortir toute l'importance de ce service, dont le résultat, s'il était bien organisé, serait de subvenir par la convergence de tous les éléments d'observation et d'expérimentation disséminés sur les divers points de la France, à l'insuffisance de l'expérience individuelle de chaque praticien.

Un autre point de vue qui n'importe pas moins et que M. Devergie a également mis en relief, c'est l'autorité et l'influence que le dépôt de ces précieux documents donnerait à l'Académie auprès du gouvernement pour en obtenir toutes les améliorations susceptibles de prévenir ou de combattre avec efficacité certaines maladies endémiques dépendant des qualités du sol ou de conditions locales particulières, ou pour lui dicter les mesures sanitaires générales que réclament les grandes épidémies.

Enfin, au sujet des travaux de la commission des eaux minérales, M. Devergie, qui par une communication qu'on n'a sans doute pas oubliée, a récemment jeté l'émoi dans l'un de nos premiers établissements thermaux, ne s'est pas fait faute non plus de distribuer au nom de l'Académie des avis utiles et aux médecins de ces établissements et aux personnes du monde représentés à cette séance par un triple rang d'auditeurs féminins.

Nous n'insistons pas plus longtemps sur cette analyse d'un travail qui n'est lui-même qu'un résumé analytique très-sommaire et très-condensé des travaux de l'Académie. Nous croyons en avoir dit assez pour montrer l'intérêt que pourrait avoir à l'avenir un pareil travail fait dans des proportions moins larges et moins étendues, nécessitées ici par l'initiative même que prenait l'honorable secrétaire, et réduit à l'appréciation des travaux saillants soumis dans le courant de l'année au jugement de l'Académie, des discussions dont ils ont été l'objet, des résultats utiles que l'art ou la science y aurait acquis, et surtout de ceux de ces travaux qui auront mérité les couronnes de l'Académie et les honneurs de l'insertion dans le recueil de ses *Mémoires*. Sans doute, la lecture d'un pareil travail pourra n'avoir pas toujours un brillant succès d'audition, mais son utilité même sera l'excuse de son auteur.

Rappeler à l'Académie elle-même et aux auditeurs de ses séances ordinaires, apprendre au public qui n'assiste qu'à la séance solennelle, ce qu'elle a fait d'utile pour les progrès de la science dont elle a en quelque sorte la direction, et pour le bien de l'humanité vis-à-vis de laquelle elle exerce une mission tutélaire, c'est une tâche assez belle en soi, ce nous semble, pour qu'elle pût à la rigueur se passer d'autres prétextes.

Nous terminerons donc, comme nous avons commencé, en recommandant l'exemple qu'a donné M. Devergie cette année à l'imitation de son successeur de l'année prochaine, qui ne sera très-probablement autre que lui-même, et de ses successeurs des années suivantes. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Pneumonie arrivée au passage avancé du second degré au troisième, traitée par les saignées coup sur coup.

(Observation recueillie et rédigée par M. Félix Garrigou.)

La supériorité du traitement par les saignées répétées dans les maladies inflammatoires aiguës du poumon, sur les autres agents thérapeutiques, a été depuis longtemps mise en évidence par les belles recherches et les savantes publications de M. le professeur Bouillaud. La guérison dans les pneumonies est aujourd'hui regardée comme la règle par le médecin de la Charité, quand la maladie est traitée à temps, et les cas de mort sont pour lui de très-rares exceptions.

Le fait suivant, cas des plus graves, puisqu'il s'agit d'une pneumonie arrivée au troisième degré dans l'espace de deux jours, est on ne peut plus concluant en faveur de l'emploi des émissions sanguines méthodiquement et rationnellement dirigées. Non-seulement la maladie a été arrêtée, mais la guérison est survenue en peu de jours.

C'est surtout, dans ce traitement antiphlogistique, *la dernière saignée* qu'il faut savoir pratiquer en temps opportun. D'elle souvent dépend le succès du traitement. On doit enlever la quantité de sang nécessaire et ne pas aller au delà. En agissant ainsi, et en réglant les saignées sur la constitution et les forces du sujet, sur la violence plus ou moins grande de la maladie et la période à laquelle on la trouve, on ne s'exposera pas à obtenir des résultats fâcheux et pour le malade et pour la méthode.

Le diagnostic, chez le malade qui fait le sujet de cette observation, offrait quelques difficultés, vu la marche excessivement rapide de la maladie. M. le professeur Bouillaud a néanmoins diagnostiqué une pneumonie au troisième degré, et MM. les docteurs Potain et Lemaire sont aussi arrivés au même résultat.

Il ne faut pas entendre par ce troisième degré une hépatisation grise de tout le poumon. La présence des globules de pus, que le microscope a révélée dans les crachats, prouve que certains points du poumon avaient déjà commencé à suppurer, et que le diagnostic d'une pneumonie au troisième degré était le diagnostic exact.

P... (Constantin), terrassier, âgé de vingt-cinq ans, entré le 24 juin 1859 à la salle Saint-Jean de Dieu de la Charité, est d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin. Il n'a jamais eu la moindre indisposition.

La veille au soir, après son souper, il fut pris de frissons avec tremblement et claquement de dents. Cet état dura jusqu'à minuit. A partir de ce moment, il éprouva une chaleur très-vive, une douleur dans le côté droit de la poitrine avec gêne de la respiration, toux assez fréquente, crachats de sang assez abondants pour salir un mouchoir pendant la nuit, transpiration abondante. Pas de nausées ni de vomissements, pas de céphalalgie bien intense. Depuis le matin, l'hémoptysie a continué, en diminuant toutefois d'intensité. Les autres symptômes ont persisté au même degré; le frisson s'est reproduit dans la matinée, mais moins fort.

Le malade ignore la cause de tous ces accidents. Il assure ne s'être exposé à aucune cause de froid, avoir travaillé ces jours derniers à l'abri du soleil, n'avoir fait aucune espèce d'excès. Il est venu en voiture à l'hôpital, et a éprouvé une extrême fatigue en montant dans la salle.

La chaleur est exagérée : + 40°,2, sous l'aisselle; les extrémités sont fraîches; pouls à 124, faible, régulier, très-peu développé; dyspnée toujours très-marquée. Respiration courte, fréquente; 52 inspirations par minute. Point de côté toujours assez marqué à droite, siégeant dans les 5e, 6e et 7e espaces intercostaux, augmenté par la pression. Respiration diaphragmatique complétement libre. Toux rare au moment de l'examen du malade. Un crachat immédiatement rendu, séreux, spumeux, coulant, sans viscosité; aucune teinte brunâtre.

A gauche, résonnance de la poitrine et respiration normales.

A droite, en arrière, diminution de la résonnance avec faiblesse du bruit respiratoire dans la moitié inférieure tout entière, sans râles bien caractérisés. En avant, respiration et résonnance tout à fait normales sous la clavicule et le creux de l'aisselle. Immédiatement au-dessus du mamelon, souffle tubaire intense dans l'expiration et l'inspiration, dans un espace assez limité, d'environ 5 ou 6 centimètres. Tout autour et surtout en dehors, un peu de crépitation fine et sèche bornée à l'inspiration. Bronchophonie dans le même point, avec un timbre un peu aigre, sans égophonie, à proprement parler.

Bruits du cœur faibles, mal frappés, sans souffle; battement de la pointe dans le siége habituel, très-distinct. Matité précordiale dans ses limites normales. Un peu de souffle continu dans la carotide gauche.

Lèvres sèches, un peu croûteuses; haleine très-fétide; langue sèche dans une partie de la face supérieure; pas de mal de gorge; soif très vive; anorexie complète.

Ventre sans ballonnement; gargouillement liquide abondant dans la fosse iliaque droite. Une selle normale dans la matinée. Pas de taches sur le ventre. Visage assez pâle. Expression de stupeur profonde. Prostration extrême des forces. Le malade a grand'peine à se tenir assis dans le lit; vertiges et tintements d'oreilles dans la position assise. Céphalalgie intense. Disposition à la somnolence. Le malade s'endort pendant l'examen.

Traitement du 24 juin au soir; une saignée de quatre palettes.

A la visite du 25 au matin, le malade dit qu'il se trouve très-mal et qu'il n'a pas dormi de la nuit. Pouls à 116, faible, petit, ondulent, 60 à 64 inspirations par minute. A droite, matité absolue, absence de la respiration. Pas de souffle où il existait hier. Un peu de souffle en dehors, plus marqué en arrière. Crachats grisâtres et bruns. Caillot de la saignée d'hier sans couenne, assez ferme, sans rétraction; croûte rouge. Les bruits du cœur ne peuvent être entendus au milieu du bruit respiratoire du poumon gauche. Pas de matité anormale du cœur. Tic-tac sourd et voilé. — Une saignée de trois palettes et demie; vésicatoire sur le côté droit; gomme sucrée; guimauve; julep béchique; diète.

Le soir, pouls à 116; 60 inspirations; face terreuse. — Une application de ventouses de trois palettes.

Le 26 au matin, le malade dit se sentir un peu mieux qu'hier. Pas de sommeil pendant la nuit. Crachats plus abondants, diffluents, en partie muqueux, grisâtres, en partie purulents; toux moins fréquente; 40 à 44 inspirations par minute; pouls à 108, très-distinctement redoublé; chaleur exagérée : + 39°,5. Résonnance sensiblement normale à droite en avant. En arrière, matité de la moitié inférieure du côté droit; absence du bruit respiratoire dans toute cette étendue; souffle très-peu accusé en raison de la faiblesse de la respiration, ne se faisant guère entendre que dans les inspirations qui suivent la toux. Prostration moins marquée; visage meilleur; céphalalgie moindre; les deux joues à peu près également colorées, la joue droite plus chaude que la gauche; tout le côté droit du cou, en particulier, ayant une température plus élevée que le gauche. Caillot de la dernière saignée sans rétraction, sans couenne, assez ferme, couvert d'une croûte rouge. Rondelles des ventouses mal réunies; la sérosité est rougie. — Mêmes tisanes; une saignée de trois palettes et demie.

Le soir, les crachats sont séreux, un peu spumeux et grisâtres. Pas de selle dans la journée. 40 inspirations par minute; pouls à 112, redoublé; chaleur exagérée : + 40°,5. Joue gauche plus colorée que la droite, et aussi un peu plus chaude.

A la visite du 27 au matin, le malade dit se trouver mieux. Il a pu dormir un peu dans la nuit. Pouls à 100, toujours très-redoublé; 36 à 40 inspirations par minute. Encore un peu de douleur de côté et un peu de céphalalgie. Chaleur exagérée : + 40°,3. Pas de différence appréciable de la coloration et de la chaleur des joues. Côté droit du cou un peu plus chaud. Toux assez fréquente; expectoration liquide, jaunâtre.

La respiration a plus d'ampleur; elle est un peu plus rude au-dessous et en dehors du mamelon droit. A droite, en arrière, matité à partir de l'angle inférieur de l'omoplate. Souffle et râle crépitants très-distincts après la toux, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Encore un peu de prostration; le malade peut cependant s'asseoir sur le lit : visage un peu meilleur; caillot de la saignée sans couenne, sans rétraction, assez ferme. — Même tisane, diète, saignée de 3 palettes et demie.

Le soir, la toux est assez fréquente, 40 à 45 inspirations par minute. Le pouls est à 104. La température à + 40°,7.

Le 28, au matin, le malade n'a pas dormi de la nuit. La toux est fréquente; l'expectoration abondante, liquide, jaunâtre et trouble.

La respiration est toujours un peu soufflante à droite, en dehors et en dessous du mamelon : râle crépitant, très-fin dans la fosse sous-épineuse droite; un peu de souffle à l'angle inférieur de l'omoplate. Rien à gauche. 44 inspirations par minute; pouls à 96, très-redoublé; chaleur : + 40°. — Vésicatoire à la partie externe de la poitrine : même tisane, diète.

Le soir, le malade se sent beaucoup mieux. Pouls à 92; chaleur à + 39°,4.

Le lendemain 29, le malade accuse encore du mieux; cependant il n'a pas dormi de la nuit; il tousse assez fréquemment. L'expectoration, assez abondante, est liquide, spumeuse, et contient une très-petite quantité de liquide grisâtre. Pas de gêne de la respiration, pas de douleur de côté. En arrière, on entend du râle crépitant et du souffle depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'au bas du poumon. Langue humide, soif exagérée. Le malade dit avoir un peu d'appétit. Visage très bon; pas de dysurie; pouls à 84, 88; chaleur : + 39°,2; 28 inspirations par minute. — Même tisane, diète.

La toux est moins fréquente le soir; les crachats moins diffluents, légèrement gélatiniformes, plus spumeux, sans mélange de pus. Quelques stries de sang; vésicules d'herpès sur les lèvres. Pas de coloration exagérée de la face ni d'un côté ni de l'autre; température égale. Le malade est encore un peu oppressé. Pouls à 96, redoublé; 24 à 28 inspirations; chaleur : + 39°,6.

A la visite du 30, au matin, on n'entend plus de souffle que dans un point très-limité, un peu au-dessus du milieu de la poitrine. Râle crépitant, assez abondant, au même point qu'hier; râle muqueux. Rien au cœur. Pouls à 80, faible, non redoublé; chaleur : + 39°,7. — Même tisane, un bouillon.

Le soir, on n'entend plus de souffle. Le malade se sent beaucoup mieux. Quelques crachats et peu de toux. Pas de douleur de côté. Pouls à 88, sans redoublement; chaleur à + 39°,3.

Le 1er juillet, on n'entend de souffle nulle part dans la poitrine. Le malade peut faire de grandes inspirations sans douleur. On entend du râle crépitant en arrière au même point qu'hier. Bruit de souffle, de vent, continu de chaque côté du cou. Chaleur à + 38°,4; pouls à 76, redoublé; 24 inspirations par minute. — Même traitement.

Le soir, le pouls est à 80; la chaleur modérée à + 38°,6.

Le 2, le malade a bien dormi : très-peu de râle crépitant à la base du poumon dans les grandes inspirations. La respiration s'entend partout. Pouls à 68; chaleur modérée à + 38°,5. — Deux bouillons, un potage.

Le malade s'est levé dans la journée pour la première fois; il respire

très-bien. Pas de mal de tête pendant le temps qu'il a passé levé. Pouls à 68, très-redoublé ; chaleur à + 39°,3.

Le 3, pouls à 64 ; température à + 38°,8. — Deux bouillons, deux potages.

Le 4, la respiration ne paraît plus gênée ; on entend quelques râles crépitants, humides, vers la base du poumon. Pouls à 68, sans redoublement.

Le 5, bonne nuit, sans toux et très-peu d'expectoration. Pouls à 88 ; température à + 39°,2.

Le soir, le malade ayant commis l'imprudence de marcher pieds nus sur les dalles il ne se sent pas aussi bien. Le pouls s'est élevé à 92.

Le 6 au matin, il sent un peu de douleur dans le côté droit. Il a un peu toussé, mais à peine craché : air de prostration assez marqué. On peut entendre du râle crépitant dans une grande partie de la poitrine, surtout vers la colonne vertébrale, dans presque toute sa hauteur. On entend à peine la respiration au-dessous de l'omoplate, vers la partie externe, et en tirant par en bas : matité très-prononcée en ce point ; vibrations conservées pendant que le malade parle ; pas de souffle ; froissements à la partie externe ; encore un peu de diarrhée ; pouls à 80 ; température exagérée à + 40°,5. — Même tisane, deux bouillons, deux potages.

Le malade sue très-abondamment le soir. Prostration assez grande ; visage terreux ; céphalalgie ; douleur assez forte dans le côté droit ; soif exagérée ; anorexie complète. Pouls à 72, assez plein, redoublé. Chaleur exagérée : + 40° 3. A la visite du 7 au matin, on entend du râle crépitant dans tout le poumon. A la partie externe et inférieure de la poitrine, on entend aussi du râle crépitant, et un peu plus haut du râle crépitant très-fin, ressemblant à un froissement pleural sec. Pas de souffle. Facies moins terreux qu'hier ; lèvres assez décolorées. Pas de sommeil ; soif assez exagérée ; un peu d'appétit. Pouls à 76 ; chaleur exagérée : + 39° 5. — Même tisane qu'hier, deux soupes.

Le soir, le malade se sent mieux ; il sue toujours abondamment. Pas de mal de tête ni de douleur de côté. Respiration un peu soufflante en dedans de l'angle inférieur de l'omoplate. Râle crépitant dans le reste de l'étendue, en bas et en dessous. Pouls à 72-76, sans dédoublement bien marqué. Chaleur toujours exagérée : + 39° 5.

Le 8, pas de douleur de côté. Râle crépitant très-peu abondant. Froissement pleural bien marqué au-dessous de l'aisselle droite. Pouls à 68, petit ; faible. Chaleur très-modérée à la main, + 38° 7 sous l'aisselle.

Le 9, le malade va très-bien. La respiration se fait régulièrement dans la poitrine ; le râle crépitant a beaucoup diminué. On entend quelques râles seulement vers l'angle inférieur de l'omoplate. Pouls à 64-68, faible, petit. Température : + 39°. Le soir, température à + 40°. — Traitement comme les jours précédents ; plus deux soupes.

Le 10, le malade a un peu craché ; il se sent bien. Pouls à 64-68. Chaleur moindre que les jours précédents : + 38° 7.

Ayant quitté le service à ce moment, je n'ai pu suivre plus longtemps ce malade, mais j'ai su qu'il était sorti le 17 du même mois, c'est-à-dire sept jours après mon départ, mangeant deux portions déjà depuis quelques jours, et n'ayant plus ni fièvre ni chaleur.

Plusieurs conclusions peuvent, ce me semble, être tirées d'une pareille observation. L'efficacité du traitement de la pneumonie par les saignées coup sur coup, soit locales, soit générales, y est parfaitement marquée. La supériorité de ce traitement sur tous ceux employés jusqu'ici serait aussi bien certainement démontrée si l'on comparait les résultats fournis dans les divers services de médecine par les médications variées, à ceux obtenus dans les salles où la formule des saignées répétées est mise en usage. Avec ces statistiques bien faites, les médecins qui enseignent à leurs élèves que la saignée dans la pneumonie détermine des concrétions polypiformes du sang, et à la suite des endocardites, que les pneumonies abandonnées à elles-mêmes guérissent presque toujours ; ces médecins, dis-je, verraient aussi que leur opinion, naguère encore émise dans un amphithéâtre de la Charité, est fondée sur une théorie que ni l'expérience clinique ni la physiologie ne sauraient soutenir.

La médecine sévère ne doit marcher qu'en s'appuyant le plus qu'elle peut sur des théories déjà jugées exactes par l'expérience ; mais on ne pourra arriver à la connaissance de la vérité des faits avancés par tel ou tel praticien, que lorsque des commissions officiellement nommées porteront devant un tribunal compétent les résultats de leurs enquêtes. Il s'agit de la vie de milliers de personnes : la chose est sérieuse et vaudrait la peine qu'on s'en occupât.

NOTE SUR UN NOUVEAU MOYEN

de prévenir les accidents causés par une dentition difficile ;

Par M. E. Vautier, médecin dentiste.

La *Gazette des Hôpitaux*, dans son numéro du 20 septembre dernier, contient un excellent article sur la diarrhée liée à la dentition.

Cet article, extrait des leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu par M. le professeur Trousseau, indique divers moyens propres à combattre les accidents provenant de la dentition chez les jeunes enfants.

Nous ne pouvons qu'applaudir aux enseignements pratiques qu'on trouve à chaque ligne dans ce remarquable résumé. Nous oserons pourtant ajouter quelques mots sur ce sujet, et nous dirons que nous avons essayé de prévenir les accidents multiples ayant pour cause unique une dentition difficile.

Souvent l'obstacle que les dents trouvent dans la fermeté des gencives pour percer peut être amoindri. On a recours avec succès à une légère opération qui consiste à débrider la gencive ; mais ce moyen, si inoffensif qu'il soit, trouve souvent, chez une mère trop craintive, une opposition qu'on ne peut vaincre. L'aphorisme profond du savant professeur M. Velpeau, qui dit : « Une piqûre est une porte ouverte à la mort », trouve un grand nombre de partisans. Nous avons donc dirigé nos recherches sur le moyen d'accélérer la dentition en usant l'épiderme de la gencive et en facilitant ainsi la sortie des dents. Notre petit moyen a obtenu de grands résultats ; et aujourd'hui, appuyé sur un nombre considérable de faits, nous osons recommander à l'examen des praticiens une préparation consciencieusement élaborée ; c'est une mixture à laquelle nous avons donné le nom de *crème dentaire*, dont la composition est ainsi faite :

Gomme.	1 partie.
Sucre.	1 —
Miel.	1 —
Eau de chaux.	q. s.

Colorez avec la cochenille.

On étend cette mixture sur la partie des gencives où les dents tendent à percer, et avec le doigt, pendant quelques minutes, on opère une friction qu'on réitère trois ou quatre fois par jour. L'effet qui se produit d'abord est le ramollissement de la gencive. La dent, moins fortement comprimée, ne porte plus sur les rameaux du nerf dentaire d'une manière assez puissante pour déterminer des convulsions qui n'ont souvent pas d'autre cause que la congestion résultant de la pression de ce nerf.

Ensuite ces frictions, aidées par l'action de la mixture, amincissent bientôt l'épiderme, que la dent perce alors facilement.

Il est inutile de nous étendre davantage sur les conséquences de cette pratique innocente. En médecine, prévenir vaut mieux que combattre.

Les encouragements journaliers que nous recevons des honorables praticiens qui prescrivent notre mixture, nous ont seuls poussé à porter à la connaissance des médecins les résultats obtenus.

Heureux si l'emploi de ce moyen peut épargner quelques douleurs aux enfants et quelques larmes aux jeunes mères.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 décembre 1859. — Présidence de M. de Sénarmont.

M. le Président fait part à l'Académie de la mort de M. Poinsot. Les obsèques de l'illustre géomètre ont eu lieu le jour même de la séance, le 12. M. Bertrand a porté la parole au nom de l'Académie.

L'Académie a procédé par la voie du scrutin à la nomination d'un correspondant de la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de feu M. Bonnet.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 48,

M. Denis (de Commercy) a obtenu.	29 suffrages.
M. Bouisson.	18 —
M. Ehrmann.	1 —

M. Denis ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

Autophagie artificielle. — M. Anselmier lit un mémoire ayant pour titre : *De l'autophagie artificielle, ou de la manière de prolonger la vie dans toutes les circonstances de privation absolue de vivres, naufrages et autres séquestrations.*

Les recherches expérimentales faites sur les animaux soumis à la privation plus ou moins absolue d'aliments, ont montré que pendant l'inanition la vie s'entretient un certain temps au détriment de la substance des organes, ainsi que le prouve la diminution progressive du poids de l'animal soumis à l'expérience. Ce mode de nutrition a reçu depuis longtemps le nom d'*autophagie* ; nous proposons d'y ajouter la qualification de *spontanée*, par opposition à la désignation d'*autophagie artificielle*, que nous réservons au mode de nutrition institué par nous. Il consiste à faire à un animal soumis à l'inanition de petites saignées quotidiennes et à lui faire prendre ce sang comme aliment.

Nous avons fait de nombreuses expériences comparatives entre ces deux modes de nutrition. Les animaux sur lesquels nous avons agi étaient disposés par paires, de manière que les deux sujets d'une même expérience fussent à peu près semblables sous tous les rapports qui pouvaient avoir quelque influence sur la résistance de la vie, tels que l'âge, l'embonpoint, le poids et le régime habituel ; de ces sujets, l'un fut abandonné à l'inanition, l'autre fut exclusivement nourri du sang que nous lui retirions des veines. Voici les propositions qui résultent de l'ensemble de nos recherches et de la comparaison des deux espèces d'autophagie :

1° La privation absolue d'aliments diminue chez tous les animaux à sang chaud la production du calorique ; cette diminution, à peu près uniforme pendant les trois quarts de la résistance de la vie, est environ de 0,2 par vingt-quatre heures. Pendant le dernier quart, la température décroît très-promptement, et la mort arrive entre 23 et 24 degrés.

2° La privation relative d'aliments diminue moins promptement la production de calorique, proportionnément à la ration.

3° Chez tous les animaux à sang chaud, la température du sang ne peut descendre à 26 degrés sans que la mort en soit la conséquence.

4° La mort par la faim est le résultat de l'arrêt de la nutrition produit par l'abaissement progressif de la température de l'animal, la production et l'accumulation d'une certaine quantité de calorique étant une des conditions de nutrition chez tous les animaux de cette classe.

5° La mort par la faim n'est pas le résultat de la consommation de tous les matériaux que pourrait fournir l'organisme si l'on pouvait changer la condition de refroidissement qui est la conséquence de l'inanition ; en effet, chez tous les animaux qui succombent à l'abstinence absolue, l'émaciation est en moyenne des 4/10es du poids initial ; par l'abstinence relative, elle peut atteindre les 6/10es.

6° La diminution de calorification provient de l'inactivité du système d'absorption gastro-intestinal ; la température de l'animal augmente ou diminue selon le degré d'activité de cette fonction, de même que celle-ci est modifiée par la température à laquelle elle effectue ses opérations.

7° Si l'on puise dans l'organisme même des animaux soumis à l'inanition une certaine quantité de sang pour la leur donner comme aliment, on voit se continuer avec le travail gastro-intestinal la production de calorique ; l'abaissement quotidien de la température est moins considérable, l'émaciation devient plus complète et peut atteindre les 6/10es du poids initial.

8° Les saignées et les rations qu'elles fournissent doivent être d'autant plus faibles, que l'on s'éloigne davantage du début de l'expérience, et la digestion s'en fait d'autant plus complétement et vite que l'on est plus avancé dans l'expérience.

A mesure qu'elles deviennent plus nombreuses, l'épuisement de tout l'organisme, l'irritation nerveuse, la diminution des sécrétions gastro-intestinales nécessaires à la digestion, la monotonie alimentaire, l'abaissement de la température, enfin la putréfaction de cet aliment, finissent par mettre obstacle à ce mode de nutrition.

9° L'activité gastro-intestinale est annoncée par le retour des excréments, l'élévation et la généralisation de la chaleur et du pouls ; une augmentation dans les forces musculaires, la diminution des phénomènes nerveux, de la sensation de faim et de soif.

10° La calorification ne décroît plus que de 0°, 1, en moyenne, en vingt-quatre heures.

11° L'autophagie artificielle permet l'émaciation excessive, c'est-à-dire permet à celle-ci d'être des 6/10es pour les sujets replets, des 5/10es pour les moyens, des 5/10es pour les jeunes ; tandis que l'autophagie spontanée, d'après les expériences de Chossat et les nôtres, ne permet pas plus des 5/10es pour les sujets replets, des 4/10es pour les moyens et des 2/10es pour les jeunes.

12° L'autophagie artificielle prolonge considérablement la vie ; la moyenne de cette prolongation est des 4/10es de l'autophagie spontanée, c'est-à-dire presque la moitié en plus.

— M. le Ministre de l'Instruction publique transmet une note adressée de Londres par M. Coc, concernant le mode de préparation et d'administration d'un remède employé avec succès contre le choléra-morbus. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant.)

— M. Foltz soumet au jugement de l'Académie un *instrument pour l'opération de la fistule lacrymale* dont il avait déjà adressé sous pli cacheté une première description. A cet appareil, qui a été exécuté à Lyon par un habile fabricant, M. Crespin, est joint un mémoire explicatif contenant, outre la description, quelques recherches anatomiques et des considérations physiologiques relatives au traitement de la fistule lacrymale. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, J. Cloquet et Jobert, de Lamballe).

M. Bazin adresse une lettre relative à la communication faite dans la précédente séance par M. P. Broca sur un nouveau procédé pour obtenir l'anesthésie. Cette communication, dont il ne connaissait pas encore l'extrait tel que le donne le *Compte rendu*, lui a été annoncée par une lettre de M. Azam dans laquelle se trouve cette phrase : « Il va sans dire, et je l'ai déclaré à qui a voulu l'entendre, que c'est vous qui dans vos lectures avez trouvé la méthode. » D'après ces mots, M. Bazin a craint qu'on ne lui eût attribué une découverte qui appartient à M. Braid. Ce sont les recherches de ce médecin analysées par M. Carpenter à l'article Sommeil de l'*Encyclopédie d'anatomie et de physiologie*, publiée par Todd, que M. Bazin a exposées en février 1858 dans une lecture faite à la Société de médecine de Bordeaux.

« M. le docteur Azam, dit l'auteur de la lettre, a eu le mérite d'avoir pris au sérieux l'hypnotisme et d'avoir fait des expériences ; mais l'honneur de la découverte appartient à M. Braid. »

Les droits de M. Braid n'ont point, comme on a pu le voir dans le précédent *Compte rendu*, été méconnus par M. Broca. Ce que la lettre de M. Bazin apprend de plus à cet égard, c'est que l'auteur de la découverte n'a pas ignoré qu'un des effets de l'hypnotisme était « une anesthésie portée au point de rendre le patient insensible à la douleur. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 7 décembre 1859. — Présidence de M. Marjolin.

SUITE DE LA COMMUNICATION DE M. BROCA.

Il n'est pas douteux qu'il existe sous ce rapport d'énormes différences individuelles ; ce sont surtout les enfants et les jeunes femmes qui sont accessibles aux moyens capables de produire l'hypnotisme et les autres états analogues. L'aptitude est moindre en général chez les femmes plus âgées ; chez les hommes elle est beaucoup moindre encore, quoique la superstition, le mysticisme ou la faiblesse d'esprit puissent développer quelquefois chez des hommes adultes une aptitude presque égale à celle qui existe chez les femmes et les enfants. Jussi a publié dans le *Journal de médecine militaire* de Dehorne (t. II, 1783, in-8°, p. 53) l'histoire d'une maladie convulsive extraordinaire, qui sévit à l'hôpital militaire de Bayeux, et qui en quelques jours, sous l'influence de l'imitation, se manifesta chez neuf soldats malades ou convalescents, entrés à l'hôpital pour des maladies très-diverses. Déjà, en 1779, Fritze avait vu une affection analogue se développer de la même manière chez six soldats de la garnison d'Halberstadt (même journal, t. II, p. 203). Les phénomènes décrits par ces auteurs diffèrent notablement de ceux qui accompagnent l'hypnotisme, mais ils sont certainement du même ordre, et tout permet de croire que les uns et les autres se manifestent à la faveur de la même aptitude.

Je pense donc que cette aptitude à éprouver, sous l'influence de causes en apparence légères, une perturbation profonde des fonctions du système nerveux, existe plus ou moins développée chez la plupart

et peut-être même chez tous les individus. Il est possible, en effet, que ceux qui sont réfractaires ne le soient que d'une manière relative, par rapport à la cause particulière à laquelle ils ont été soumis.

Les magnétiseurs d'Europe sont obligés aujourd'hui de choisir leurs sujets, et n'en trouvent qu'un nombre assez restreint; Mesmer, usant d'un procédé différent, réussissait sur un plus grand nombre d'individus; M. Esdaile échoue sans doute quelquefois, quoiqu'il ne le dise pas, mais il est certain du moins qu'il réussit très-souvent, et il le doit sans doute au *procédé indien*, qu'il a adopté. Le procédé si simple et si commode de M. Braid est certainement un des plus efficaces, et il réussit à peu près constamment entre ses mains, au dire de M. Carpenter... Les résultats obtenus en France par le même procédé sont loin de confirmer cette assertion.

Tandis que M. Braid hypnotise, dit-on, dès la première séance, non-seulement les femmes et les enfants, mais encore presque tous les hommes adultes, nous avons vu dans ces derniers jours que la plupart des hommes paraissent réfractaires; cela tient peut-être à quelque différence dans le *modus faciendi*. M. Azam, qui depuis dix-huit mois a fait un très-grand nombre d'expériences, a hypnotisé avec succès un homme de vingt-cinq ans d'une santé parfaite; M. Oré, de Bordeaux, a réussi également sur un dominicain de trente ans, à imagination très-exaltée. Je ne peux vous citer que ces deux exemples d'hypnotisme chez l'homme adulte. Chez les femmes, le succès est beaucoup plus commun; M. Azam n'en a trouvé qu'un petit nombre de réfractaires, mais je dois ajouter qu'il a fait principalement ses essais sur des femmes jeunes, nerveuses et hystériques; quant aux enfants des deux sexes, ils sont pour la plupart accessibles à l'hypnotisme.

D'après ce que j'ai vu jusqu'ici, et d'après ce que M. Azam a bien voulu me dire, je ne saurais considérer le procédé actuel comme définitif; si on n'en découvre pas d'autres, l'anesthésie hypnotique pourra sans doute être utilisée par les chirurgiens dans un certain nombre de cas, mais ne pourra prendre place dans la pratique ordinaire. Il faudrait trouver un procédé capable de provoquer l'hypnotisme sinon chez tous les individus, du moins chez la plupart. Il me paraît probable qu'on trouvera tôt ou tard ce procédé. C'est dans ce sens qu'on doit diriger les recherches. Mais cela ne suffira pas pour détrôner le chloroforme; il faudra de plus que l'on trouve le moyen de donner une certaine régularité aux phénomènes de l'hypnotisme, et d'amener à coup sûr la période anesthésique, et c'est peut-être là que gît la principale difficulté.

M. Braid décrit une période d'hyperesthésie qui, suivant lui, précède toujours la période de torpeur. M. Azam a vu, au contraire, ces deux périodes se produire dans un ordre inverse. Pour ma part, d'après ce que j'ai vu, je pense que l'opinion de M. Azam est la plus exacte. Il faut néanmoins que M. Braid ait vu souvent l'hyperesthésie précéder l'anesthésie, puisqu'il a établi ce fait comme une règle générale. Il en résulte déjà que la succession des phénomènes est fort variable. Ce ne serait pas un motif pour rejeter l'hypnotisme de la pratique chirurgicale, puisque les effets du chloroforme présentent des variations analogues. Mais voici qui est plus grave. Il y a des sujets chez lesquels l'hypnotisme n'arrive jamais à la période d'anesthésie; il y en a même qui, hypnotisés une première fois, deviennent promptement insensibles, et qui à la séance suivante présentent tous les phénomènes de l'hypnotisme, excepté l'anesthésie. Hier matin nous avons hypnotisé, M. Follin et moi, la jeune fille qui avait été dimanche dernier le sujet de notre première expérience; je vous ai dit que la première fois elle était devenue insensible au pincement au bout de deux minutes, et qu'elle avait perdu connaissance. La seconde fois elle est devenue cataleptique en deux ou trois minutes; nous lui avons donné les attitudes les plus arbitraires, qu'elle a conservées longtemps, jusqu'au moment où nous l'avons réveillée; mais elle a gardé toute sa connaissance, elle a senti pendant tout le temps, et s'est souvenue au réveil de tout ce qu'on lui avait fait.

C'est jusqu'ici, à mes yeux, l'objection la plus grave qu'on puisse faire contre l'hypnotisme considéré comme moyen anesthésique. Et c'est probablement pour cela que cette méthode, employée avec succès en Angleterre dès 1842, est déjà une fois tombée en désuétude. Ce n'est pas une raison sans doute pour renoncer à toute espérance, mais il faut bien reconnaître que cela n'est pas très-encourageant.

Quoi qu'il en soit, l'étude de l'hypnotisme est appelée sans aucun doute à agrandir beaucoup le cercle de nos connaissances physiologiques. Il s'est produit de tout temps, en dehors de la science, un grand nombre de faits que les dupes et les charlatans faisaient dépendre de causes occultes ou miraculeuses, et dont les vrais savants auraient rougi de s'occuper. Aujourd'hui la question change de face. Ces faits étranges et merveilleux rentrent désormais comme les autres dans l'ordre des faits purement physiques. Lorsqu'on voit des phénomènes tout à fait semblables à ceux que les magnétiseurs attribuent à leur fluide imaginaire et au rayonnement de leur volonté immatérielle sur le système nerveux de leurs patients, se produire par suite de l'attitude pure et simple des yeux, en l'absence de toute jonglerie, de tout mystère, de toute condition capable d'agir sur l'imagination, on est autorisé à penser que l'étude de l'hypnotisme donnera enfin aux physiologistes la clef de tout un ordre de connaissances dont ils avaient jusqu'ici dédaigné de s'occuper.

J'espère que les chirurgiens aussi jugeront ce sujet digne de toute leur attention, et je vous demanderai, en terminant, la permission d'ajouter quelques mots sur l'application de la méthode de M. Braid. M. Azam place de préférence les sujets dans la position assise; je dois m'en rapporter sur ce point à son expérience, quoique dans les deux cas où j'ai le mieux réussi les malades aient été hypnotisées dans la position horizontale. La nature de l'objet qui sert de point de mire n'est pas indifférente. Il est préférable de choisir un objet brillant; cela facilite la fixation des yeux, mais cette condition n'est pas indispensable. Je tiens de M. Azam que M. Braid a vu des petites filles s'hypnotiser elles-mêmes, en regardant le bout de leur doigt.

Doit on placer les sujets dans une chambre très-éclairée ou dans une demi-obscurité?

La question est douteuse pour moi. J'avais cru d'abord pouvoir attribuer à un éclairage insuffisant l'insuccès relatif de la seconde expérience que j'ai faite avec M. Follin à l'hôpital Necker, et je me suis exprimé dans ce sens, quoique sous forme dubitative, dans ma lettre au président de l'Académie des sciences. Mais la nuit dernière, en regardant l'heure à ma montre, à la faible lueur d'une veilleuse éloignée, j'ai éprouvé au bout de quelques instants une fatigue oculaire considérable, et un petit vertige qui m'a paru être le commencement de l'hypnotisme. Je n'avais éprouvé rien de pareil, même au bout d'un temps assez long, lorsque j'avais essayé de m'hypnotiser en plein jour : je vous rappelle d'ailleurs que M. Esdaile place ses malades dans une chambre obscure pour les soumettre avec plus de succès au procédé indien. Il y aura, je crois, quelques recherches à faire dans ce sens. Ce qu'il importe ensuite et surtout de déterminer, c'est la distance où l'objet doit être placé. M. Braid, suivant les cas, fait varier cette distance entre 8 et 15 pouces anglais, et il paraît résulter de là qu'il place l'objet sur les limites mêmes de la vision distincte. Je n'ai pas suivi ce procédé. Il m'a paru qu'en plaçant l'objet en deçà de ces limites, à une distance de 12 à 15 centimètres, le strabisme convergent serait plus prononcé, et le résultat plus sûr. M. Azam m'avait dit, d'ailleurs, qu'il tenait en général le point de mire assez près de la racine du nez. J'ai cru devoir faire comme lui, mais peut-être l'expérience se prononcera-t-elle en faveur du précepte de M. Braid.

Voici maintenant une difficulté qui nous a fait renoncer hier, M. Follin et moi, à hypnotiser une malade de l'hôpital Necker. Cette jeune fille n'a jamais pu s'astreindre à fixer l'objet que nous lui présentions. Ses yeux roulaient sans cesse dans leur orbite : il a fallu abandonner l'expérience. Je me suis demandé si, pour les cas de ce genre ou même pour tous les cas, on ne pourrait pas faciliter la convergence des yeux au moyen d'un appareil composé, comme un stéréoscope, de deux tubes opaques qu'on ferait converger sur un petit miroir ou sur tout autre objet brillant. Il me semble, en outre, que pour assurer autant que possible le succès des expériences d'hypnotisme, il faut procéder en silence, presque dans l'isolement. Il faut éviter, en un mot, toutes les conditions qui pourraient détourner l'attention du patient. Telles sont les remarques que je vous soumets aujourd'hui. Je regrette de vous parler avec si peu d'autorité et de laisser tant de points dans le doute. Ce sujet est tout nouveau pour moi, je me suis proposé seulement de le signaler à votre attention, et je remercie encore une fois M. Azam, que j'aperçois dans l'auditoire, des précieux enseignements qu'il a bien voulu me donner; car sans lui, je le répète, j'ignorerais encore jusqu'à l'existence de l'hypnotisme.

M. FOLLIN. Depuis les observations qui ont été relatées par M. Broca, j'ai fait trois nouvelles expériences. En voici les résultats :

1° Sur un jeune homme entré à l'hôpital pour une affection de la colonne vertébrale. Je n'ai pu produire le sommeil, mais il y a eu un état cataleptique.

2° Sur une femme, les phénomènes obtenus ont été les mêmes; mais il n'y a pas eu de sommeil.

3° Le sujet de la troisième expérience était la femme atteinte de brûlure dont M. Broca a déjà parlé. Chez elle, le sommeil a été complet.

Mais, ajoute M. Follin, je n'ai obtenu l'anesthésie sur aucun de ces trois malades.

M. VERNEUIL. Le jour même où M. Azam m'a parlé de ses expériences, j'ai essayé la nouvelle méthode sur une jeune personne très-nerveuse. Le corps brillant a été tenu pendant quatre minutes au niveau de la racine du nez. Au bout de ce temps, n'ayant obtenu que des bâillements multipliés, je n'ai pas donné suite à l'expérience.

J'ai recommencé le lendemain, et j'ai obtenu le sommeil et l'anesthésie; mais comme j'étais fort pressé, je n'étudiais point les phénomènes consécutifs. Je la réveillai en soufflant sur les paupières, et je partis.

J'ai tenté de m'endormir moi-même avec des ciseaux de trousse très-brillants. J'ai bientôt éprouvé de la fatigue des yeux et de la pesanteur de tête; puis l'objet que je fixais m'a paru double, et, à partir de ce moment, toute sensation pénible a cessé. Il ne s'est pas produit d'autre phénomène.

M. Verneuil rappelle que la direction des yeux en dedans et en haut, à laquelle paraît dû l'état hypnotique, est précisément la même que celle qu'on observe dans certains accès d'hystérie ou d'épilepsie.

Notre collègue a de nouveau essayé sur M. Mathieu et sur M. le docteur Auzias.

Le premier a bientôt éprouvé une grande fatigue, et a demandé grâce. Quant à M. Auzias, il a eu simplement des vertiges.

M. DEPAUL demande à présenter deux courtes observations. Il pense qu'on ne peut pas encore se prononcer, comme on semble le faire, sur l'innocuité de l'état hypnotique, les expériences connues étant encore trop peu nombreuses. D'un autre côté, il doute encore qu'on obtienne par cette nouvelle méthode une anesthésie suffisante et capable de remplacer celle qui est produite par l'éther ou le chloroforme. A l'appui de l'opinion contraire, M. Broca a rapporté un seul fait, celui de la malade qui avait un large abcès à la marge de l'anus. Or, dans ce cas, la chirurgie n'a eu à intervenir que par un simple coup de histouri, et cependant un cri a été poussé. J'en conclus que l'insensibilité n'était pas complète, et que le cri était l'expression d'une souffrance.

MM. VERNEUIL et BROCA protestent contre cette interprétation. Il s'agissait d'un vaste abcès très-douloureux de la région anale. Les cris ne prouvent rien contre l'anesthésie; car sans cela, ajoute M. Broca, il faudrait douter de l'utilité du chloroforme, les malades qui ont été soumis à son influence s'agitant et criant souvent quand on les opère. Ce qui est important, c'est qu'au moment du réveil ils n'ont aucun souvenir de ce qui s'est passé, et doutent souvent que l'opération ait été pratiquée.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour l'externat a été terminé aujourd'hui par la nomination de MM. :

1. Cocteau, Caulet, Robert, Guieysse, Damaschino, Pipet, Brière, Liouville, Dunant, Lauzet.

11. Piedvache, Lemaître, Rocheton, Couvreur, Desmarres, Joliot, Mounier, Vauquelin, Hémey, Derance.

21. Lehec, Morax, Brunet, Carle Lacoste, Lecouteux, Tautier, Danthon, Spiess, Bergounhioux, Bernadet.

31. Thibaut, Burlaud, Rigal, Roques, Bonnethon, Boucart, Daude, Lagrave, Dubois, Hennequin, Lemaire.

41. Delsescault-Dugès, Deslandes, Lehuen-Dubourg, Mestivier, Soudry, Ardaud Ménadière, Bernier, Franche, Mauricet, Paris.

51. Thomas (Albert), Tenesson, Baille, Bergeron, Gagnard, Gingeot, Jaluzeau, Vendrant, Isambert, Decori.

61. Ducrot, Hospital, Loliot, Pelvet, Quinton, Zocchios, Cotard, Guéneau, Hallé, Mercier.

71. Pintray, Thomas (Hippolyte), Nicaise, Salvidar, Verne, Desleau, Dubuc (Michel), Gentilhomme, Germain, Lemarchand.

81. Gaillardon, Papillon, Rohbe, Rondeau, Chaumel, Iconomou, Monnoye, Ruffey, Yardin, Faligan.

91. Gontard, Rousselot-Beaulieu, Thomas des Colombiers, Serre, Brocchi, Challier, Feuillerade, Gauran, Maire, Meilbac.

101. Nohlet, Aubry, Blanchard, Buzard, Duplessis, Foing, Jasseron, Juillard, Montfumat, Pellerin.

111. Sempé, Assire, Blanc, Chambon, da Corogna, Philippoteaux, Astre, Bach, Bihorel, Branet.

121. Chauvin, Delagarde, Dodeuil, Laroche, Ricou, Balland, Chedevergne, Estradère, Jounia, Lehreton.

131. Perry, Tartarin, Verrolot, Stoufflet, Feugier, Jamet, Lapointe, Maillard, Gauron, Moissinac.

141. Renaud, Ailorge, Bona, Cayrade, Decourty, Foutan, Giron, Gueneau, Kleborn, Leclerc.

151. Pellegrin, de Bonnefoy, Azémar, Chaulot, Lairy, Lautaret, Tessin, Zaphiriadès, Martin, Mathan.

161. Pardessus, Pourrat.

— Dans la liste des internes nouvellement nommés, le nom du 12e a été écrit par erreur Moncourt, c'est *Moricourt* qu'il faut lire.

— Dans sa dernière séance, l'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts de Lyon, a nommé M. le docteur Pétrequin président de la classe des sciences.

M. le docteur Devay a été élu membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie; M. le docteur Faivre dans la section des sciences naturelles; M. le docteur Jaumes, de Montpellier, membre correspondant de la classe des sciences.

— Un assez grand nombre de médecins du département de l'Yonne se sont réunis à Auxerre le 14 de ce mois, et, après avoir adopté les statuts, se sont constitués en Société locale, agrégée à l'Association générale.

M. Ricordeau a été désigné comme président au choix de l'Empereur. Ont été nommés vice-président, M. Toutée; secrétaire, M. Dionis des Carrières; trésorier, M. Chavance.

— Le département de Lot-et-Garonne a fourni 58 adhésions à l'Association. Les médecins qui ne connaissent pas les statuts de la Société pourront demander les renseignements nécessaires aux membres de la commission administrative, qui est composée ainsi qu'il suit :

Vice-président, M. Fraichinet; *secrétaire*, M. Goux; *trésorier*, M. Cassius.

Pour l'arrondissement d'Agen : MM. Manec et Nugues-Delille.

Pour l'arrondissement de Marmande : MM. Dubourg et Menon.

Pour l'arrondissement de Nérac : MM. Espagnac et Comin.

Pour l'arrondissement de Villeneuve : MM. Lafaurie et Fabre.

— La *Lumière hippocratique*, journal populaire d'économie médico-sociale, va être fondée à Novare par le docteur G. Tommasino. Cette feuille se propose moins d'instruire les médecins que de les éclairer sur leurs droits, de faire cesser les abus qui les écrasent et surtout de les réhabiliter dans l'opinion publique. Elle sera d'abord hebdomadaire et aspire à devenir quotidienne. — Son fondateur fait appel au bon vouloir de ses confrères et s'engage à commencer dès que les frais de publication seront couverts par leurs souscriptions.

— La librairie médicale de Paris vient de faire une perte bien regrettable. M. Germer Baillière, éditeur d'un grand nombre d'ouvrages importants de médecine et de chirurgie, a succombé dimanche à une pneumonie ataxique. Ses obsèques auront lieu aujourd'hui mardi, à onze heures, à l'église Saint-Séverin.

— La variole fait de tels ravages parmi la population noire du Port-Elisabeth et du Cap de Bonne-Espérance, que le chef de la religion réformée hollandaise a dû cesser d'administrer les sacrements, de crainte de voir la contagion, au moyen de la coupe, passer de bouche en bouche.

— M. le docteur André Bodeau, doyen des médecins du département des Deux-Sèvres, vient de mourir à Niort à l'âge de 76 ans. Ancien médecin de la marine, ancien chirurgien militaire, M. Bodeau avait rendu des services signalés aux ambulances de la Moskowa et de la bataille de Dresde, au siége de Torgau en 1813, ainsi qu'aux hôpitaux des prisonniers français à Berlin en 1814.

Rentré dans la vie civile et fixé à Niort, M. le docteur Bodeau y occupa longtemps les postes médicaux de l'hôpital et du jury médical du département. Il fut le fondateur des sociétés de médecine de Niort et de statistique des Deux-Sèvres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 149. — JEUDI 22 DÉCEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 149. — JEUDI 22 DÉCEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 DÉCEMBRE 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Les scrutins pour le renouvellement du bureau et une lecture de M. le docteur Baumès, de Lyon, sur une question de pathologie générale qui demanderait pour être convenablement appréciée plus de développements que nous n'en avons pu entendre, ont rempli une grande partie de la séance. Un incident à l'occasion de la correspondance a fait le reste. Cet incident a failli devenir l'événement principal de cette séance ; il s'agit des rapports officiels depuis si longtemps attendus sur les deux dernières épidémies de choléra.

M. le ministre d'Etat, sollicité par l'auteur d'un mémoire qui attend le jugement de l'Académie, a rappelé à la docte Compagnie ses engagements. Là-dessus interpellation aux rapporteurs des commissions de 1849 et de 1854. L'un d'eux, seul présent en ce moment à la séance, s'est défendu de son silence par une raison qui ne nous a que médiocrement touché. « Un rapport sur le choléra, a-t-il dit (faisant allusion à la question de contagion soulevée dans presque tous les rapports partiels soumis à son examen), aurait plus d'inconvénients que d'avantages. » Ce n'est pas tout à fait notre avis. Quand une question est posée, nous ne voyons que des avantages à la discuter et à chercher à la résoudre. Sans doute nous comprenons jusqu'à un certain point le scrupule qui pourrait arrêter l'honorable rapporteur en présence d'une épidémie, par la crainte de paralyser le dévouement et d'arrêter l'élan naturel qui porte les populations à s'entr'aider et à se secourir réciproquement dans ces grandes calamités. Mais outre que ce serait mal juger de l'esprit général de ces populations, dans notre pays du moins, il n'y a en ce moment, Dieu merci, dans l'état sanitaire de la France, rien qui puisse faire craindre le danger au moins actuel d'une semblable discussion, quel qu'en pût être le résultat.

Chercher à reconnaître la vérité en toutes choses nous a toujours paru la règle de conduite la plus habile des corps savants, comme c'est leur devoir le plus impérieux. Dans cette question en particulier, nous ne sommes que très-modérément effrayé de ce qu'elle pourrait nous apprendre. Et, d'ailleurs, n'y a-t-il pas dans les nombreux documents que possèdent ces deux commissions, d'autres éléments d'étude et d'autres questions importantes à examiner que celles de la contagion ? Nous comprendrions plutôt qu'on fût arrêté par le nombre et l'importance même de ces sujets, et par l'immense travail d'analyse qu'exigerait le dépouillement seul de ces documents. Espérons que ce nouvel appel fait par le bureau aura enfin pour effet de lever les scrupules exagérés des uns et de ranimer le zèle des autres, et que de la réunion des deux commissions ordonnée par l'Académie sortira une nouvelle décision toute favorable aux intérêts mieux compris de la science. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Le fer, la chlorose et les tubercules.

J'ai à vous rendre compte d'une médication que j'aurais pu conseiller, mais que je n'ai pas conseillée et que je ne conseillerai probablement jamais. Au n° 10 de notre salle des femmes est couchée une jeune fille de dix-sept ans, dont le teint pâle et mat rappelle la coloration de la cire ; elle est haletante au moindre exercice qu'elle prend, elle a du bruit de souffle dans les gros vaisseaux, se plaint de névralgies faciales, a un sang décoloré, une suppression des menstrues, et n'a en fait d'appétit que les goûts les plus fantasques. L'examen de la poitrine n'a fourni aucun indice, et il n'y a rien non plus du côté du ventre.

Vous tous, arrivés près de son lit, avez mentalement posé le diagnostic *chlorose*, et immédiatement formulé le traitement *préparations martiales*. Cela vous a semblé tout naturel, la chlorose et le fer étant unis par une étroite connexion. Cependant je me suis abstenu d'en prescrire.

J'ai certainement été en France le plus ardent promoteur de la restauration thérapeutique des ferrugineux, et quand j'ai publié mes premiers travaux sur cette question, il y a trente ans, il ne se vendait pas dans toutes les officines de Paris un demi-kilogramme de fer par an. Les doctrines de Broussais se sont peu à peu affaissées, les préparations martiales ont été prescrites dans quelques états pathologiques par un certain nombre de médecins, puis par beaucoup de médecins, et enfin par infiniment trop de médecins. Pour moi, qui avais entériné les lettres de réhabilitation du fer, il en est résulté que je me suis bientôt vu dépassé, à ce point qu'aujourd'hui je passe pour en être l'ennemi ! Il s'agit cependant de s'entendre.

J'ordonnais le fer dans les cas d'anémie et de chlorose, et lorsque les intéressants travaux de M. le professeur Bouillaud sont venus nous démontrer que l'application directe du stéthoscope sur les gros vaisseaux permettait de constater la chlorose dans des états morbides où nous ne la trouvions pas auparavant, je me suis à plus forte raison encore adressé aux préparations ferrugineuses pour les combattre. Mais je n'avais pas fait beaucoup de pas dans la pratique civile, que je m'aperçus que l'administration du fer ne conduisait pas aussi souvent au succès que dans les hôpitaux.

C'est une véritable lanterne magique qu'un service d'hôpital ; on reçoit un grand nombre de malades, on les traite, on les guérit, ou pour le moins on les améliore, puis on les renvoie et on les perd de vue. Dans la pratique civile, au contraire, on est appelé près d'un malade, on le soigne ; s'il survient quelque chose on est rappelé, et ainsi de suite ; si bien qu'on assiste à toute une série d'accidents chez le même individu, et que le médecin peut bien autrement s'instruire.

J'ai donc vu des jeunes filles ou des femmes atteintes de chlorose, mises, d'après mes conseils, au régime des amers et du fer, s'améliorer un peu, puis retomber dans le même état qu'auparavant aussitôt que le traitement avait été supprimé. Les mêmes moyens étaient de nouveau prescrits, un mieux sensible se déclarait encore ; mais la rechute ne se faisait pas longtemps attendre. Quelquefois même, le fer faisait du mal. Dans quelques cas, l'auscultation ne m'ayant préalablement rien accusé, je voyais la poitrine se prendre, et le fer être horriblement mal supporté. Je modérais alors les accidents thoraciques, et quand je les voyais apaisés, je reprenais les martiaux ; mais ils étaient frappés d'impuissance, alors que tous les symptômes les plus caractéristiques déposaient cependant en faveur de la chlorose ! Je fus vivement frappé de cet ensemble de faits, et le problème étant donné, je m'évertuai à en dégager l'inconnue.

Il est une circonstance qui m'a bien douloureusement affecté. La fille d'un de mes bons amis, âgée de treize ou quatorze ans, avait démesurément grandi. Sa stature, très-développée, commençait cependant à se renforcer d'une manière notable ; mais les règles apparurent avec beaucoup plus d'abondance que cela n'a lieu d'ordinaire chez les autres jeunes filles, et la chlorose se manifesta. Je prescrivis du fer ; le teint revint, et le sang menstruel se colora. Au bout d'un mois, mêmes accidents, même traitement, même succès. Pendant tout le temps que la malade fut placée sous l'empire de la médication, je remarquai qu'elle était vive, gaie, expansive, excitée. Huit ou dix jours après la dernière administration des ferrugineux, le 15 décembre 1840, elle alla voir les funérailles de Napoléon Ier. Ce jour-là, le thermomètre descendit à 15 degrés. Elle fut prise d'un peu de toux en rentrant, et presque aussitôt d'une effroyable hémoptysie, avec ménorrhagie et épistaxis concomitantes. L'hémoptysie ne m'émut pas énormément : la voyant coïncider avec la ménorrhagie et l'épistaxis, je pensai à un molimen hémorrhagique général.

Le mois suivant, à l'époque des règles, même chose arriva encore. La fièvre s'alluma sourdement, puis devint bientôt après d'une inquiétante véhémence. Sur ces entrefaites, eut lieu une consultation dont M. Louis fit partie. Tous les symptômes allèrent

---

FEUILLETON.

DU SOMMEIL CATALEPTIQUE CHEZ LES GALLINACÉS.

Si le sommeil provoqué par la méthode de M. James Braid importe moins à étudier chez les animaux que chez l'homme, si ce curieux phénomène y est moins riche en déductions physiologiques, en revanche il est plus constant sur eux que dans notre espèce, plus facile à produire, et par conséquent plus propre à entraîner la conviction.

Il y a quelques jours, j'avais l'honneur de communiquer à mes collègues de la Société médico-psychologique, dans une séance à laquelle assistait M. Azam, le résultat de quelques expériences faites sur les gallinacés. Ces expériences ayant laissé à désirer sous certains rapports, qu'il me soit permis d'en signaler ici de nouvelles qui m'ont mis à même d'étudier l'hypnotisme dans toutes ses phases, et aussi bien qu'on puisse l'étudier chez les animaux en général, et chez les gallinacés en particulier.

Première expérience. — Une poule âgée de cinq mois et très-bien portante fut placée, non sans résistance et sans beaucoup de cris, sur un banc de bois peint en vert, de la longueur d'un mètre et demi. L'animal étant maintenu par un aide, qui avait aussi la précaution de lui fixer la tête, je tirai avec un fragment de blanc d'Espagne, à partir de la racine du bec, dont l'extrémité touchait le banc de bois, une ligne droite que je prolongeai sur toute la longueur du banc. Or la poule, qui avant l'opération se roidissait fortement sur ses pattes et qui avait les yeux très-mobiles, commença, au bout d'environ deux minutes, à avoir de la fixité dans le regard, à clignoter les paupières ; elle ouvrit ensuite légèrement le bec ; puis, s'affaissant d'une manière graduelle, elle se laissa tomber sur le côté droit. Je lui piquai aussitôt avec une aiguille la tête, les pattes et le tronc : elle ne fit pas le moindre mouvement de réaction, et elle ne poussa pas le plus léger cri. Je lui tournai alors la tête à droite, je la lui tournai à gauche, j'allongeai ensuite le cou, qui se trouvait enfoncé entre les ailes, et chacune de ces parties garda la position que ma main lui imprimait. Mais ayant soulevé les pattes et ayant déployé les ailes, pattes et ailes reprirent aussitôt leur position première.

Au bout de trois minutes environ, la poule sortit spontanément de son état de sommeil provoqué. Elle commença par remuer la tête, après quoi, se redressant brusquement, elle agita de nouveau sa tête à plusieurs reprises, remua ses yeux, puis se mit à courir. Reprise et maintenue de nouveau, mais cette fois après l'avoir complétement débarrassée de la couche de blanc d'Espagne qui recouvrait son bec, et la ligne tracée sur le banc étant effacée, la poule témoignait constamment, soit par un mouvement, soit par un cri, la douleur que lui faisaient éprouver les piqûres d'aiguille.

Deuxième expérience. — Chez une autre poule du même âge que la première, je tirai également avec du blanc d'Espagne, à partir de la racine du bec, dont la pointe reposait cette fois non plus sur du bois, mais sur du carreau, une ligne droite prolongée assez loin sur ce même carreau, en faisant toujours maintenir le bec de la poule dans l'axe de cette ligne. Deux minutes après, immobilité des globes oculaires avec conservation de leur parallélisme, clignotement des paupières, relâchement graduel des muscles, chute sur le côté gauche, insensibilité à la piqûre sur toutes les parties du corps. La tête et le cou gardent les positions variées que je leur donne. Il n'en est pas de même des ailes. Je soulève successivement les pattes, qui se maintiennent en l'air pendant quelques secondes. Au bout de trois minutes, la poule, qui continue toujours à avoir le regard fixe, à clignoter les paupières et à rester couchée sur le flanc gauche, éprouve un tremblement général, très-prononcé dans les extrémités inférieures, après quoi elle pousse un léger cri, se redresse brusquement, et s'échappe bientôt des mains de la personne qui la tenait. Le réveil une fois opéré, elle réagit par des cris et des mouvements contre toutes les piqûres d'aiguille que je lui pratique.

Troisième expérience. — Une poule au plumage jaune, âgée de sept mois, est soumise au procédé décrit plus haut. Fixité des yeux, affaissement graduel et chute complète sur le côté droit au bout de deux minutes ; insensibilité à la piqûre ; état cataleptique de la tête, du cou et des pattes ; point de tremblement nerveux. Réveil spontané au bout de quatre minutes, à dater du commencement de l'hypnotisme.

Quatrième expérience. — Un jeune coq, qui opposa beaucoup de résistance à l'opération, n'éprouva au bout de quatre minutes qu'une résolution musculaire incomplète : l'anesthésie et la catalepsie furent très-légères. Le réveil eut lieu au bout de quelques secondes.

Cinquième expérience. — Chez une jeune poule noire, qui après cinq minutes n'offrait aucune tendance à l'assoupissement, je tirai une seconde ligne très-saillante avec le blanc d'Espagne ; j'attendis encore cinq minutes, en ayant soin de bien faire tenir le bec dans l'axe de la ligne, mais je ne pus obtenir, même d'une manière incomplète, ni résolution musculaire, ni insensibilité à la piqûre, ni catalepsie.

Après ces expériences, il n'était plus possible de se refuser à admettre à l'égard des gallinacés une partie des étranges assertions émises par M. Braid. Toutefois, il me restait à vérifier une autre opinion non moins singulière, soutenue par le même auteur, savoir, qu'on peut faire cesser l'hypnotisme chez les animaux comme chez l'homme,

s'aggravant ; et une phthisie aiguë à marche rapide fit rendre le dernier soupir à cette jeune fille au bout de six semaines ou deux mois.

Je craignis que le fer par moi ordonné ne fût entré pour quelque chose dans cette déplorable affaire. Aujourd'hui, je m'en accuse hautement ; mais alors je ne fus pas encore entièrement convaincu par ce triste exemple.

A peu de temps de là je fus prié de donner des soins à la femme d'un architecte, âgée de vingt-cinq à trente ans, et chlorotique depuis l'âge de dix-sept ans. Cette dame souffrait cruellement d'une névralgie temporo-faciale. Pensant que cette névralgie était liée à l'état chlorotique, dont l'existence ne pouvait évidemment pas être méconnue, je m'imaginai de faire prendre à la malade du carbonate de fer à haute dose, espérant qu'une fois maître de la chlorose je ne tarderais pas à l'être de la névralgie. Un mois après, un changement notable s'était opéré dans la santé de cette dame : les forces et l'appétit étaient revenus, le teint s'était animé, une excitation générale avait remplacé l'abattement et la langueur, et de la névralgie il ne restait plus que le souvenir. Je cessai de voir la malade, mais non pas sans lui avoir conseillé au préalable de continuer l'usage des préparations martiales et d'y revenir de temps à autre. A peine quarante ou cinquante jours s'étaient-ils écoulés, que je fus rappelé. On me raconta que dans l'intervalle il était survenu de la toux, un peu d'oppression, et que tous les soirs il se déclarait un petit mouvement fébrile. L'auscultation me fit reconnaître au sommet d'un des poumons l'existence de quelques bulles de râle sous-crépitant, avec un bruit d'expiration prolongé et exagéré. Un juste effroi s'empara bientôt de moi : je fis immédiatement cesser le fer et je commençai une médication tout autre, mais il était trop tard. Cinq semaines après, cette jeune femme était emportée par les effrayants ravages d'une phthisie galopante.

Cette fois je me tins pour averti et je fus sur mes gardes. Il m'arriva de voir encore dans la pratique de mes confrères de très-graves accidents du poumon succéder à ces chloroses à retour traitées par le fer ; si bien qu'il me parut infiniment probable que chez des individus prédisposés à la phthisie tuberculeuse, le fer administré et continué pendant un certain temps ne faisait que favoriser et que hâter le développement des productions accidentelles. Cette grande probabilité est devenue pour moi une certitude très-fondée, et voici ce qui m'a surtout le plus convaincu : j'avais vu des chlorotiques cracher du sang après l'emploi des ferrugineux, puis redevenir plus chlorotiques qu'auparavant, et j'avais remarqué que plus la chlorose se confirmait, moins la tuberculisation se prononçait, si bien qu'il y a plus de vingt ans que je me suis arrêté à l'opinion que la chlorose exclut en quelque sorte la phthisie, ou plutôt qu'elle est une soupape de sûreté contre l'explosion ultérieure de la tuberculisation.

Non-seulement je ne donne point de fer dans la chlorose, lorsqu'il existe une prédisposition marquée à la phthisie pulmonaire, mais toutes les fois que je viens à être consulté au sujet d'une malade chlorotique, j'interroge les familles avec le plus grand soin, et quand il m'arrive de rencontrer de fâcheux précédents, je proscris avec énergie l'usage des préparations martiales.

La jeune fille de notre service a perdu son père il y a quelques années : il avait soixante-cinq ans, et il a été tué par une attaque d'apoplexie ; sa mère est *morte de la poitrine* à quarante-cinq ans ; l'une de ses sœurs a succombé à la fonte tuberculeuse, l'autre est très-colorée et tousse souvent. La chlorotique que nous soignons ne tousse pas du tout.

Dans les familles humaines, les choses se passent absolument comme dans les troupeaux d'animaux. Voici, je suppose, un bélier tuberculeux auquel on fait saillir cent brebis : croyez-vous qu'un certain nombre d'agneaux ne seront pas tuberculeux eux-mêmes ? Si ce bélier fait la saillie pendant trois ans, ses derniers produits seront immanquablement affectés de tubercules, alors que deux ou trois ans auparavant ils auraient eu beaucoup plus de chances pour échapper à l'invasion de la maladie. Les plus jeunes meurent donc les premiers, — et la raison physiologique existe, — attendu que leur auteur, au moment de l'accouplement, était d'autant plus près de la phase ultime de son affection organique, d'autant plus près de sa fin.

Notre malade, fille aînée d'une phthisique, a perdu une sœur, et celle qui lui reste, la dernière, est déjà en voie de payer les premiers arrérages de sa triste succession maternelle. Au milieu d'un tel désastre, la chlorotique se défend contre le danger qui pourrait la menacer, et comme c'est à moi qu'il appartient de protéger sa vie, je m'abstiens de lui donner du fer, et elle quittera très-probablement l'Hôtel-Dieu sans en avoir pris. Peut-être rentrera-t-elle un jour dans l'un de nos hôpitaux, et peut-être d'autres médecins lui en prescriront-ils, mais je serai au moins parfaitement innocent de la chose.

Est-ce à dire que je veuille la voir rester gravement malade ? Pas le moins du monde. Je tâcherai d'entretenir sa santé par l'emploi des amers, du quinquina, ou même de la noix vomique. Dans quelques cas de chlorose, j'ai dû parfois recourir à une médication légèrement alcaline, à l'eau de Vichy ; et lorsqu'ils s'accompagnaient de névralgies, au sulfate de quinine, à la belladone, à l'opium, à la térébenthine, enfin à une alimentation appropriée, mais jamais aux ferrugineux, je le répète encore une fois, quand de déplorables antécédents sont portés à ma connaissance ou qu'il existe déjà des signes capables d'assombrir le pronostic.

Du délire dans la convalescence de la dothinentérie, et de l'alimentation comme moyen d'y remédier.

Nous avons depuis quinze jours dans nos salles une femme de vingt-huit ans, qui avait été atteinte chez elle d'une dothinentérie très-grave. Les accidents ayant pris une intensité peu commune, elle a été transportée à l'hôpital. A son entrée, nous avons constaté du délire, de la sécheresse de la langue et assez peu de sensibilité du côté du ventre. Qu'avions-nous à faire ? Sans doute le délire est la règle dans la dothinentérie, pour peu que cette affection soit sérieuse ; mais quand il ne survient qu'à la fin du troisième septénaire ou au commencement du quatrième et vers le vingt-huitième jour, comme chez cette femme, il y a de quoi porter l'anxiété chez beaucoup de médecins.

Il vous arrivera fréquemment de voir dans votre pratique de ces troubles de l'intelligence, consécutifs à une dothinentérie, persister pendant quelque temps, et alors même que toutes les forces physiques seront récupérées. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer, après trois ou quatre mois, des adolescents, garçons ou filles, présentant encore une hébétude toute particulière. Bien que l'exercice de la pensée puisse quelquefois rester à tout jamais lésé, cependant cela n'arrive qu'exceptionnellement. La guérison complète s'opère d'habitude, et il ne faut pas s'effrayer outre mesure de la persistance de cette perturbation des facultés de l'entendement.

Dans la dothinentérie, lorsque le délire se manifeste du dixième au douzième jour et qu'il va s'aggravant vers le vingtième ou le vingt-huitième, un très-grand nombre de médecins sont épouvantés et n'osent pas intervenir par la médication reconstitutive et par l'alimentation qui en est la base. Dans ces cas, ils accusent l'encéphale d'être le siége d'une fluxion inflammatoire, et ils ne veulent pas nourrir leurs malades, de peur de les voir succomber à des accidents cérébraux.

Il me semble, à moi, que le système nerveux peut être frappé de telle façon qu'il reste ébranlé pendant un certain temps, et nous en voyons tous les jours des exemples dans la rougeole, la variole, la fièvre scarlatine et le typhus. Quand donc je vois le délire persister et que je ne trouve pas dans tout l'ensemble des circonstances pathologiques que présente le malade des raisons valables et susceptibles de m'en fournir l'explication, je suis d'avis qu'il faut rendre au sang des qualités nouvelles, et pour cela prescrire des aliments.

Au lieu de mettre la femme de notre service à une diète rigoureuse, je l'ai nourrie, et vous avez vu presque aussitôt diminuer le délire et la fièvre, et la tranquillité nerveuse se rétablir. C'est ici, je le répète, l'alimentation qui constitue le meilleur moyen de traitement, mais non pas une alimentation exagérée, bien entendu, car je pourrais provoquer des rechutes autrement graves peut-être que la maladie première.

La médication reconstitutive ne s'oppose pas seulement à la continuation du délire, mais aussi à la persistance du trouble circulatoire. Vous verrez parfois que des convalescents de dothinentérie conserveront un pouls singulièrement effrayant, s'élevant par exemple à 100 ou 120 pulsations. S'il existe une violente diarrhée, si le ventre est ballonné, douloureux, vous ferez rarement de la bonne besogne jusqu'à ce que le flux intestinal ait cessé. Mais, si le pouls reste fréquent, très-fréquent même, et si vous n'avez plus rien à redouter de l'état du ventre, donnez modérément à manger, et si je dis modérément, c'est que je crois qu'il est aussi périlleux de trop alimenter les malades pendant les convalescences de fièvre putride, que de ne pas assez le faire pendant la période aiguë de la maladie.

La femme de notre service dont je viens de parler est couchée au n° 3 ; mais vous avez vu presque à côté d'elle, au n° 7, un autre exemple bien frappant de trouble notable de l'intelligence : c'est cette femme, qui est au cinquantième jour de sa dothinentérie, qui se plaint beaucoup en ce moment d'une névralgie sus-orbitaire, dont la mémoire est singulièrement lésée, à laquelle vous m'avez entendu prescrire des aliments, et que j'espère au premier jour pouvoir renvoyer guérie chez elle.

La miliaire des femmes en couches.

Grâce à la vigilance de l'administration et à la sollicitude des médecins, la miliaire chez les femmes en couches a disparu de la Maternité et de la Clinique obstétricale. Comme vous n'aurez probablement jamais l'occasion de la voir, avant de vous livrer à la pratique civile, j'ai résolu de porter devant vous la relation d'un fait dont je viens d'être témoin en ville.

J'ai été mandé en consultation avant-hier (27 novembre) par un très-habile confrère, auprès d'une jeune dame de vingt et un ans, très-heureusement accouchée dix jours auparavant. Les suites paraissaient devoir être sans conséquence ; la fièvre de lait avait passé et l'écoulement des lochies s'effectuait normalement. La malade avait, hélas ! pour garde une vieille portière émérite très-imbue des traditions de la porte, qui fit horriblement chauffer l'appartement et couvrit de ouate la nouvelle accouchée. Cette dernière éprouva des sueurs très-abondantes, et comme on ne voulait pas la découvrir, elle ne fut ni changée de linge ni lavée. Pendant huit jours, elle resta dans la plus abominable souillure, et au bout de ce temps-là survinrent de pénibles démangeaisons, puis une éruption eczémateuse d'une telle intensité, qu'avant-hier on aurait véritablement cru que le corps entier eût été frotté avec de l'huile de croton-tiglium ! L'eczéma était universel, et la malade était en proie à une indescriptible irritation générale. Peut-être était-il temps encore de modérer un état aussi grave en plongeant cette dame dans un bain de sublimé ; je l'ai proposé, mais cela n'a pas été accepté. Je prescrivis du muse, mais la mort arriva huit heures après.

C'est un préjugé bien meurtrier que celui de couvrir outre mesure une nouvelle accouchée et de ne pas la soumettre aux soins si indispensables de la propreté. Une femme dans ces condi-

---

à l'aide d'un moyen dont l'efficacité instantanée semblerait tenir de l'enchantement. En conséquence, j'instituai les expériences suivantes :

Sixième expérience. — Une des poules sur lesquelles je venais d'expérimenter fut de nouveau placée dans l'axe d'une ligne tirée à terre avec du blanc d'Espagne, son bec étant aussi blanchi avec la même substance et touchant à cette ligne. L'hypnotisme le plus complet, accompagné de tous ses phénomènes, l'analgésie et la catalepsie, survint au bout de deux minutes. Je soufflai alors légèrement sur l'œil droit, et immédiatement, d'immobile et de silencieuse qu'elle était, la poule se redressa vivement sur ses pattes, poussa un cri, et s'échappa des mains de la personne qui cherchait à la retenir.

Septième expérience. — Une autre poule sur laquelle j'avais aussi déjà expérimenté, fut soumise au même procédé d'hypnotisation. Résolution musculaire complète au bout de trois minutes, analgésie et catalepsie très-prononcées. Je souffle alors sur l'œil gauche, et la poule se réveille aussitôt, se met à crier et à courir.

Huitième expérience. — Un jeune coq, vierge de toute tentative d'hypnotisation, est endormi très-promptement. Je souffle assez fortement sur sa crête, sur ses ailes, sur ses pattes ; immobilité complète, aucun indice de réveil. Je souffle alors sur l'œil droit, et le coq se redresse aussitôt, secoue sa crête, crie et cherche à s'échapper.

Maintenant qu'il est certain qu'on peut produire à l'aide du procédé de M. Braid, chez les animaux comme chez l'homme, l'analgésie et la catalepsie aussi parfaitement qu'on produit le premier de ces phénomènes au moyen de l'éther et du chloroforme, il y aurait à rechercher pourquoi l'hypnotisme survient chez l'homme quand il fixe un objet brillant, et chez les animaux, les gallinacés surtout, quand on place eur tête dans l'axe d'une ligne tracée avec du blanc d'Espagne. La première idée qui devait se présenter à l'esprit, c'était celle de l'intervention d'un trouble de la vue ; et l'on était d'autant plus en droit de regarder le vertige comme le point de départ de tous les phénomènes qui constituent l'hypnotisme, qu'il se lie d'une manière très-étroite aux accès de catalepsie spontanée, dont il est souvent le phénomène initial. En effet, chez la jeune fille observée par Lamettrie, qui en rapporte l'histoire à la fin de son *Traité du vertige*, chaque accès commençait ordinairement par un léger trouble de la vue, qui faisait tomber tout doucement la malade sur son oreiller. Or, pendant qu'elle se trouvait ainsi sans connaissance et qu'on cherchait à la piquer ou à lui faire respirer une odeur puante afin de la tirer de son état de sommeil, état au milieu duquel elle riait et pouvait parler ; pendant, dis-je, qu'elle se trouvait ainsi endormie, ses yeux, ses bras, ses jambes, etc., gardaient toutes les positions qu'on s'avisait de leur donner, absolument comme eussent pu le faire les membres d'une statue à ressorts.

Suivant Lamettrie, le vertige avec chute, si fréquent chez les personnes qui s'amusent à tourner ou à danser en rond, est bien différent de celui auquel on est aussi très-sujet quand on regarde la terre d'un lieu très-élevé. Dans ce second genre de vertige, la peur de tomber jouerait un très-grand rôle, tandis que tout élément psychique serait étranger au premier. La crainte serait-elle pour quelque chose dans le sommeil provoqué chez les coqs et les poules ? La ligne tirée sur leur bec avec du blanc d'Espagne, et prolongée à terre, aurait-elle la puissance terrifiante que possède, dit-on, l'œil de certains animaux sur celui de quelques autres ? Car, sans parler de la torpeur que le regard du chien produit chez la perdrix ou l'œil du crapaud chez l'agile belette, on prétend que les ophidiens, depuis les énormes serpents d'Amérique jusqu'aux vipères, paralysent les batraciens et certains oiseaux ; que, à force d'attacher leurs regards étincelants sur la grenouille et le rossignol, par exemple, ils les plongent dans le relâchement musculaire le plus complet ; qu'ils fascinent surtout l'oiseau chanteur au point de le faire descendre de branche en branche, puis tomber jusqu'à terre. Ce qu'il y a de positif, c'est que le strabisme, qui semble indispensable à la production de l'hypnotisme chez l'homme, ne paraît pas absolument nécessaire à la manifestation du même phénomène chez les animaux, du moins chez les gallinacés, puisque dans toutes nos expériences il y avait immobilité des globes oculaires sans nulle convergence de ces organes en dedans et en haut.

Des expériences citées plus haut, je crois donc devoir tirer légitimement les conclusions suivantes :

1° L'hypnotisme provoqué chez les poules et les coqs par la méthode bizarre et pour ainsi dire cabalistique que M. Braid emprunta aux jongleries des bohémiens et des bateleurs, se manifeste complétement dans la majorité et incomplétement dans la presque généralité des expériences ;

2° Dans les cas d'hypnotisme complet, l'insensibilité à la piqûre et la catalepsie sont aussi évidentes que dans l'hypnotisme provoqué chez l'homme qui fixe un objet brillant ;

3° La catalepsie est très-prononcée au cou et à la tête ; elle l'est un peu moins aux pattes ; elle est presque nulle aux ailes ;

4° Le plus léger souffle sur l'œil suffit pour faire cesser instantanément et comme par enchantement le sommeil cataleptique.

Dr MICHÉA.

---

tions, et que l'on laisse dans une semblable puanteur, résorbe les produits morbides à la surface de l'utérus, se trouve en contact direct avec les gaz fétides qui émanent de son lit, et la masse totale du sang s'affecte.

Dans le cours de l'été, si la personne qui prend le plus de soin d'elle-même vient à transpirer beaucoup, nous la voyons couverte d'un léger exanthème sudoral; à plus forte raison, ce phénomène apparaîtra-t-il chez les gens sales et chez les malades que l'on laisse croupir dans d'infects foyers.

Cette dame ressentait une odieuse démangeaison, et vous devez comprendre jusqu'à quel paroxysme d'irritation elle a dû fatalement être conduite, puisque sous l'influence d'une excitation nerveuse forte et prolongée, d'un chatouillement répété à la plante des pieds, on peut observer des soubresauts, du délire et la mort. Admettez maintenant l'invasion d'un eczéma général et d'une fièvre à 140 pulsations par minute, et vous pourrez mieux encore vous rendre compte de l'état de la malade dont je viens de parler et du dénoûment qui en a été la conséquence.

A la campagne et dans les classes pauvres, où règnent encore dans toute leur splendeur tant de préjugés à l'endroit de la médecine, vous rencontrerez sans aucun doute des miliaires chez les nouvelles accouchées. Vous devrez avoir le courage de rompre en visière avec tous les vieux dictons populaires; vous ferez prompte justice des intempestifs et dangereux commérages, et après avoir nettement interposé votre autorité de médecin, vous veillerez à ce que ces femmes ne soient pas trop couvertes, à ce qu'elles ne transpirent pas abondamment, à ce qu'elles soient très-souvent changées de linge et de draps, et à ce que des lotions soient faites sur les organes génitaux plusieurs fois par jour, et plutôt dix fois qu'une seule : la vie de vos malades pourra dépendre de la sage et ferme exécution de ces conseils.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

QUELQUES MOTS SUR LES NAISSANCES TARDIVES.

Nouvelle observation.

Par M. le docteur TARNEAU, médecin aide-major.

La question de l'accouchement retardé est incontestablement un des points les plus délicats de la médecine légale : on n'a pas grand'peine à s'en convaincre quand on songe que la *filiation* donne à l'enfant un état dans la société, des droits dans la famille, et qu'elle peut, dans le cas de naissance tardive, soulever des questions de droit du plus haut intérêt, telles que *paternité*, *hérédité*, *adultère*, etc...

On le voit, ce sujet est de la plus haute importance : aussi a-t-il donné lieu, surtout dans le siècle dernier, à des rapports nombreux et à des discussions fort animées ; et même, sans remonter si loin de nous, nous avons vu, il y a à peine dix ans, les tribunaux de nos voisins d'outre-Manche appeler à leur barre les praticiens les plus célèbres de la Grande-Bretagne, afin de vider d'une manière définitive une question qui flottait, hélas ! depuis bien des siècles dans le domaine de l'incertitude et dans le vague des hypothèses. Là, on a entendu des plaidoyers fort vifs et fort remarquables pour et contre la légitimité des naissances tardives.

Vers 1765, les médecins français se livrèrent à des discussions fort vives sur ce même sujet. A. Petit et Lebas défendirent la légitimité des naissances tardives avec un véritable acharnement ; mais, par malheur pour la science, ils tombèrent dans l'exagération la plus outrée. C'est ainsi que dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* on trouve l'observation d'une femme du canton de Souarre, qui resta enceinte pendant trois ans, et qui donna naissance à un enfant fort et vivant !

Un fait aussi surprenant et surtout aussi anormal ne saurait être véridique, rationnellement parlant, et doit avoir été accepté sans avoir passé par un contrôle sévère et réfléchi. Du reste, A. Petit, qui a consigné ce fait, ne l'a pas observé lui-même ; il le tient d'officiers de santé qui eux-mêmes, craignant sans doute de ne pas être pris au sérieux, ont jugé convenable de faire viser leur signature par le maire et le notaire de la localité.

Quoi qu'il en soit de ces observations fantasques et de toutes ces inexactitudes, la loi française a clos toutes les discussions de l'époque et tranché définitivement une question qui par le fait se trouvait soumise à la mobilité des appréciations judiciaires, et présentait tant de difficultés au médecin légiste.

Elle a donc prononcé son mot ; mais nous espérons que ce ne sera pas son dernier. En attendant que notre désir se transforme en réalité, examinons un peu ce que nous dit cette loi, dont tout le monde admire la sagesse profonde :

ART. 312. — « L'enfant conçu pendant le mariage a pour père le mari. Néanmoins celui-ci pourra désavouer l'enfant, s'il prouve que, pendant le temps qui a couru depuis le 300e jour jusqu'au 180e jour avant la naissance de cet enfant, il était, soit pour cause d'éloignement, soit par l'effet de quelque accident, dans l'impossibilité physique de cohabiter avec sa femme.»

ART. 315. — « La légitimité de l'enfant né 300 jours après la dissolution du mariage pourra être contestée.

Il résulte donc de ces deux articles du Code civil, que l'enfant qui naît après le 300e jour peut être déclaré illégitime, et conséquemment il peut être lésé dans les droits nombreux qui se rattachent à la question de la *filiation*.

En adoptant la règle prise dans la marche la plus ordinaire de la nature, on trouve que c'est habituellement vers le 270e jour après la conception que se termine la grossesse ; mais les cas dans lesquels l'accouchement a lieu à une époque beaucoup plus éloignée et même après le 300e jour, époque ultime admise par la loi, ainsi que nous venons de le voir, ne sont pas aussi rares qu'on le croit généralement.

Dans un tableau dressé par Merriman, nous voyons que sur 150 grossesses, 11 se sont terminées du 295e au 301e jour, et 5 du 303e au 306e jour.

Le docteur Alfred Liégard (de Caen) a publié dernièrement dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° 62, deux observations détaillées dans lesquelles l'accouchement a eu lieu le premier au 308e, le second au 303e jour.

Dans son numéro du 24 septembre 1859, le même journal a publié un long article sur les naissances tardives, traduit de l'allemand par M. Gustave Baillière et extrait du *Traité de médecine légale* (sous presse) de M. Casper, professeur à l'Université de Berlin.

Dans ce passage, le savant observateur passe en revue les divers cas de grossesse tardive publiés par les auteurs et tourne en ridicule, à juste titre il est vrai, maintes observations incroyables reposant sur des théories plus fausses les unes que les autres et sans aucune espèce de fondement.

Toutefois, nous croyons qu'il a été un peu trop sévère à l'égard de Fodéré, dont la femme, on le sait, n'accoucha deux fois de suite qu'à dix mois et demi. Nous pensons, en effet, que le témoignage d'un aussi bon observateur que Fodéré est à l'abri de toute critique, et nous admettons avec M. Briaud qu'on ne peut sérieusement le révoquer en doute.

Enfin M. Casper porte les conclusions suivantes :

« 1° La durée ordinaire de la grossesse est de 275 à 280 jours.

» 2° La grossesse peut sans doute durer plus longtemps, savoir jusqu'au 300e jour.

» 3° La durée plus longue, les naissances tardives de 11, 12 et 13 mois sont complétement à rejeter. Il s'ensuit que les législateurs ont parfaitement adopté le *terminus ad quem*, et que la science ne saurait demander aucune modification. »

Cette seconde conclusion nous paraît erronée, car des faits, rares il est vrai, mais parfaitement authenthiques, nous prouvent que la femme peut accoucher après le 300e jour, ne seraient-ce que les deux observations publiées par M. Liégard et celle que nous donnons aujourd'hui, fait qui ne peut être le résultat d'une mauvaise observation, puisqu'il est relatif à la personne avec laquelle nous avons uni nos destinées.

La troisième proposition, affirmant que la science n'a pas de modification à demander, nous semble également un peu hasardée, quoiqu'elle soit formulée par un maître dont nous respectons souverainement les manières de voir, et nous espérons que, grâce à l'appel que nous faisons aujourd'hui à nos confrères, trop confiants probablement dans l'infaillibilité de la loi française, de nouveaux faits viendront bientôt étayer ce que nous osons avancer aujourd'hui. Il serait bien extraordinaire, en effet, que trois faits aient été observés en moins d'une année, et qu'ils soient les seuls. Aussi nous attendons avec une pleine et entière sécurité.

Dans l'incertitude où nous sommes d'établir d'une manière positive le moment de la conception, les auteurs ont tâché de préciser la durée de la gestation. Nous ne mentionnerons pas ici les divers moyens employés en pareil cas par les accoucheurs, nous nous contenterons d'indiquer les deux qui nous semblent les plus plausibles.

En première ligne, nous placerons la méthode de M. Mattei, méthode qui repose sur la menstruation.

D'après cet auteur recommandable, le retour de la neuvième période menstruelle, après le commencement de la grossesse, détermine l'accouchement, c'est-à-dire qu'une femme qui, par exemple, aurait eu ses dernières règles du 1er au 5 mai, accouchera dans les cinq premiers jours du mois de février suivant, en admettant le retour périodique de trente jours.

D'après des expériences et des observations nombreuses, quelques auteurs recommandent un signe d'une grande valeur, c'est la perception par la mère des mouvements actifs du fœtus, perception qui, d'après eux, a toujours lieu, à peu de chose près, 4 mois et 14 jours après la conception. L'accouchement arrive après un nombre égal de mois et de jours après la sensation de ces mêmes mouvements.

Ces quelques considérations étant exposées à grands traits, nous allons rendre compte d'une observation que nous avons recueillie.

Mme ***, âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une bonne constitution, très-régulièrement menstruée tous les trente jours, mariée le 2 juin 1857, est depuis deux ans en Afrique.

Aussitôt mariée, Mme *** n'a plus vu paraître ses menstrues. Elle éprouve bientôt tous les phénomènes rationnels d'une grossesse, et expulse, deux cent-soixante-dix jours après son mariage, jour pour jour, un kyste hydatique. L'expulsion de ce produit accidentel présenta tous les phénomènes de l'accouchement ordinaire et à terme. Un mois plus tard les règles disparurent. L'idée d'une nouvelle conception vint aussitôt à l'esprit de Mme ***; et, en effet, trois mois s'étaient déjà écoulés sans incident notable, lorsque cette dernière fit une chute dans un escalier, et deux heures près elle était prise de tranchées utérines qui déterminèrent l'expulsion d'une masse charnue (faux germe) de la grosseur d'un œuf de pigeon, sans trace aucune d'embryon, avec quelques caillots sanguins. Apparition des menstrues vingt jours plus tard, c'est-à-dire le 19 août 1858.

Le mois suivant, absence totale des règles; phénomènes rationnels de grossesse ; vomissements sympathiques à deux mois et demi, qui se prolongent jusqu'au sixième mois environ sans fatigue aucune; sensation des mouvements actifs du fœtus le 4 janvier 1859, c'est-à-dire après quatre mois et quatorze jours de la gestation, soit cent trente-trois jours après la dernière apparition menstruelle, qui avait eu lieu du 19 au 21 août 1858. L'appétit fut toujours conservé, et tout se passa dans l'ordre normal des choses, sauf quelques douleurs de reins à type rénitent.

Le 19 mai 1859, époque vers laquelle Mme *** croyait accoucher, quelques coliques utérines se manifestèrent. Comme le ventre était tombé depuis environ quinze jours, et que les mucosités sécrétées par le vagin s'écoulaient avec plus d'abondance que d'habitude, elle crut le moment suprême arrivé et se berça dans cet espoir. Mais les douleurs intermittentes disparurent, ou plutôt s'affaiblirent pour recommencer chaque jour avec plus d'intensité, surtout vers le soir.

Enfin, le 30 juin, les tranchées utérines redoublèrent d'énergie et revêtirent un cachet tout spécial. L'accouchement était imminent ; et, en effet, il se termina le 2 juillet à quatre heures du matin, après trente-trois heures de mortelles souffrances, par l'application du forceps.

Le fœtus présentait une tête énorme. L'extrémité céphalique descendit bien jusqu'au détroit inférieur; mais arrivée là, elle resta dans la même position pendant six heures de temps, sans avancer ni reculer d'un millimètre.

Les efforts de la nature devinrent impuissants, malgré les contractions énergiques de la matrice à expulser une tête tout à fait en disproportion avec la circonférence du détroit inférieur. L'art devait nécessairement intervenir, car les forces s'épuisaient, et la malade demandait à grands cris sa délivrance à quelque prix que ce dût être.

Le forceps, appliqué sans grande difficulté, amena un fœtus énorme présentant tous les caractères de l'asphyxie commençante, résultat de la compression prolongée qu'avait subie la tête par son enclavement dans le détroit inférieur, et dont on aperçoit parfaitement les marques extérieures, qui se traduisent par un sillon profond décrivant une circonférence à peu près complète au sommet de la tête.

L'enfant, du sexe féminin, mesurait 60 centimètres au lieu de 48 ; qui, on le sait, est le terme moyen de l'Hôtel-Dieu de Paris. Quant à son poids, nous n'avons pu le noter faute de balances; mais au juger, et pour celui qui a tant soit peu l'habitude des accouchements, il dépassait bien certainement et de beaucoup le poids de 3,500 grammes, c'est-à-dire le poids d'un fœtus ordinaire à terme.

Mais ce qui tout de suite nous frappa le plus, ainsi que M. le docteur Moreau, que nous avions appelé dans cette triste et pénible circonstance, ce sont certaines particularités qui n'appartiennent généralement qu'à un enfant de 5 à 6 semaines. C'est ainsi que les cils, les sourcils et les cheveux présentaient un accroissement tout à fait insolite. Les ongles étaient démesurément longs, à tel point qu'il a fallu les tailler afin de ne pas les exposer à se rompre trop ras des chairs. Enfin, nous dirons qu'aussitôt mise en rapport avec le monde extérieur, la jeune A... ouvrit les yeux, et que dès le lendemain elle commençait à fixer en quelque sorte les corps en ignition, tels qu'un flambeau, une lampe, etc. Les gencives offraient également un gonflement tout à fait inusité à cette époque de la vie : elles étaient *doublées* comme on dit dans le vulgaire.

A tous ces signes physiques et physiologiques, nous en ajouterons un moral, et qui n'est pas le moins concluant, à notre avis : c'est l'intelligence vraiment incroyable que plusieurs personnes ont pu constater chez la jeune A... après quelques jours de vie extra-utérine.

Or tout le monde sait que de pareils phénomènes ne s'observent guère qu'un mois ou un mois et demi après la naissance.

Si donc nous faisons dans le cas qui nous occupe l'application des deux théories que nous avons exposées plus haut, et qui, nous le répétons, nous semblent les moins mauvaises, nous voyons que :

1° « Les dernières règles ayant eu lieu du 19 au 21 août 1858, en prenant cette époque pour unité et en comptant jusqu'à la dixième époque menstruelle, l'accouchement devait avoir lieu du 19 au 21 mai 1859. »

2° Les mouvements actifs du fœtus s'étant fait ressentir pour la première fois le 4 janvier 1859, c'est-à-dire 133 jours après la conception, en additionnant les 137 autres jours qui restent pour arriver au terme d'une grossesse ordinaire, c'est-à-dire au 270e jour, nous trouvons que l'époque terminale de la gestation devait avoir lieu du 19 au 21 mai 1859.

Or, l'accouchement ne s'est effectué que le 2 juillet au matin, c'est-à-dire, d'après la première manière de compter, 42 jours après le terme habituel, et, d'après la deuxième méthode, 41 jours après, soit le 311e jour à dater de la conception.

Il nous semble, d'après les considérations qui précèdent, avoir démontré d'une manière péremptoire que l'enfant que nous avons reçue avait bien dix mois et onze jours ; du moins, tout concorde pour le prouver.

Puisse cette observation éveiller désormais l'attention de nos confrères et les engager à publier les faits de ce genre qui s'offriront à leurs recherches ! Nous ne doutons pas qu'avant peu les faits ne se multiplient, et, partant, nous espérons que cette loi, dont on a tout d'abord admiré la sagesse, n'aura pas dit *son dernier mot*, contrairement à l'opinion du professeur de Berlin.

DE LA NOUVELLE MÉTHODE GALVANO-CAUSTIQUE appliquée à la guérison de la cataracte,

Par M. le Dr BAYARD.

Sous ce titre, la *Gazette des Hôpitaux* du 27 octobre publie un article du docteur Tavignot. Nous avouons tout de suite que la méthode préconisée est nouvelle. A ce point de vue, elle mérite notre examen *critique*, que l'auteur, du reste, a soin de solliciter.

M. Tavignot nous explique avec une lucidité parfaite son mode opératoire; mais comme il ne nous fait pas connaître les résultats de sa pratique galvano-caustique, pour la juger, nous sommes obligés de nous rabattre sur l'anatomie, la physiologie de l'appareil cristallinien, puis enfin sur le procédé opératoire lui-même.

Il y a près de dix ans, cet honoré confrère publia dans la *Gazette des Hôpitaux* un mémoire sur la maturité de la cataracte, mémoire qui en peu de temps fut suivi d'un second sur le même sujet et dans le même journal. Si ce dernier, dont l'auteur est M. le docteur Bayard, n'était pas en opposition constante avec le premier, néanmoins il en différait beaucoup, souvent radicalement. M. Tavignot ne lui fit cependant aucune réponse. Mais, ce qui est plus remarquable encore, c'est que, deux ou trois ans plus tard M. le professeur Malgaigne, alors candidat à l'Académie des sciences, lut devant ce corps savant un travail sur la cataracte, où il adopta les idées du second mémoire. Cette double considération nous autorise donc à en extraire quelques propositions, qui nous permettront d'apprécier les chances de la nouvelle méthode galvano-caustique pour la cure de la cataracte.

1° Le cristallin est formé, à la façon des plantes bulbeuses, de lames concentriques qui deviennent plus nombreuses avec l'âge; ces lames, presque fluides à la naissance, augmentent en densité avec le temps, mais d'une manière fort inégale, du centre à la périphérie, comme il est facile de s'en assurer en les développant sur le cadavre.

2° La capsule nourrit le cristallin en sécrétant, par sa face interne, une humeur fluide qui, petit à petit se coagulant, lui ajoute de nouvelles lames. L'humeur dite humeur de Morgagni, abondante chez l'enfant, nulle chez le vieillard, niée par les uns, adoptée par les autres, s'explique parfaitement par cette fonction sécrétoire de la capsule qui diminue avec l'âge.

3° Toute cataracte provient de la nécrose de la capsule; le cristallin qu'elle nourrit suit ses phases de vie, de langueur ou de mort. Elle débute fréquemment par une hypertrophie de la capsule; de là les noms barbares de cataracte à crête de coq, de cataracte pyramidale, etc.; mais, avec le temps, la turgescence de cette membrane finit par s'affaisser; là où il y avait exubérance survient de l'atrophie; il faut alors des instruments très-délicats et une vue fine pour saisir la trame capsulaire, qui, dans ces cas, vu son excessive ténuité, conserve une semi-transparence qui a autorisé quelques observateurs à dire : *cataracte lenticulaire* et non *capsulaire*.

4° La capsule doit à la zone hyaloïdienne ses points d'attache, ses moyens nourriciers. Si cette union faiblit, la nécrose commence, puis survient l'atrophie progressive. Bientôt le cristallin confond ses lames, devient substance amorphe, pilulaire, diminue de volume à mesure que ses insertions se relâchent; dans ce cas, on le voit fréquemment trembler derrière l'iris (cataracte branlante), tomber même dans la chambre postérieure et ne plus mettre obstacle aux rayons lumineux, ce qui s'est rencontré bien des fois et ce qui se verrait bien plus souvent si la vie chez les cataractés se prolongeait un peu au delà des limites ordinaires. Les mots : *maturité de la cataracte* ne sont donc pas une désignation sans valeur, si on les applique à la désorganisation cristallinienne croissant avec l'âge.

Servons-nous maintenant de ces préliminaires, extraits d'un travail déjà ancien, dont un savant professeur a su profiter pour étudier la méthode dite galvano-caustique appliquée à la guérison de la cataracte.

Cette méthode consiste dans une *canalisation au centre* de l'appareil cristallinien, pratiquée au moyen *d'une pile*, d'une *tige en platine recouverte d'une couche d'émail*. Le canal foré livre passage à la lumière. L'opérateur ici a le même mérite que l'ingénieur qui *n'enlève ni ne déplace la montagne*, *mais pousse son crampton* à travers le tunnel qu'il a creusé.

Nos observations critiques sont les suivantes :

1° Avec un tunnel dans le cristallin, les contractions, les dilatations de la pupille sont inutiles; c'est inutilement que la nature a donné à ce beau rideau la faculté de laisser un large ou étroit passage aux rayons lumineux.

2° Les mêmes rayons lumineux, ne trouvant plus à traverser un corps de densité variable dans sa texture, ainsi que nous l'avons vu, ne peuvent ni se courber ni se briser, la loi de réfraction n'existe plus.

3° A travers ce cristallin hypertrophié, le plus souvent atrophié, presque toujours oscillant, fluide, gélatineux ou pierreux, quelle sera l'action de l'instrument perforant? Sera-t-elle uniforme? Le résultat dans toutes les circonstances sera-t-il identique? Nous ne le pensons pas; M. Tavignot lui-même ne le pense pas non plus; il a soin, en effet, de nous dire : « Au lieu de canaliser *régulièrement*, le chirurgien pourra se borner, *faute de pouvoir mieux faire*, à pratiquer une sorte de tranchée dans son épaisseur, afin de ménager un passage quelconque aux rayons lumineux. »

4° Mais admettons, et soyons généreux dans nos concessions, le canal foré dans l'*axe* du cristallin ou *obliquement;* admettons que cette lentille, devenue opaque depuis plus ou moins longtemps, a une densité, une consistance, une structure toujours invariables, une fixité solidement établie; où est maintenant l'enduit du tunnel, car, dur ou mou, le corps traversé en a besoin? Quel est le rôle ensuite de ce bourrelet ou margelle laissée sur place? Décidément, et pour parler ici comme M. Tavignot, au *percement* de la montagne nous préférons son *enlèvement* ou son *déplacement*.

En conséquence, prenant nos points de départ de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie de l'appareil cristallinien, il ne nous est pas possible de donner notre assentiment à cette nouvelle méthode de guérir la cataracte.

TRAITEMENT DES ÉPHÉLIDES PAR LA TEINTURE D'IODE.

Par M. le docteur GOURIET (de Niort).

Les éphélides ou taches hépatiques sont-elles le résultat d'une cause interne ou d'une cause purement locale? Il est permis d'admettre ces deux modes d'origine, si on pense que la grossesse, aussi bien que l'insolation, peut influer sur la couleur de la peau. Dans l'un de ces cas, le traitement topique doit toujours suffire; dans le second, il serait rationnel de remonter à la cause éloignée pour prévenir des récidives. Mais, comme on est loin de connaître encore toutes les sympathies d'organe et qu'on ignore le plus souvent auquel de ces deux genres de production on a affaire, il faut bien se contenter de moyens locaux, sauf à voir l'affection se reproduire et à la combattre encore.

Il s'agit d'avoir un topique qu'on puisse appliquer innocemment sur de larges surfaces, et qui modifie d'une manière énergique la sécrétion pigmentaire. Chacun sait avec quelle facilité la teinture d'iode employée à l'extérieur contre les douleurs rhumatismales ou les engorgements ganglionnaires fait écailler la peau : je résolus de m'en servir contre les éphélides. Quatre personnes, dont trois avaient la poitrine et le dos, ainsi qu'une partie des bras, garnis de ces taches, et dont une avait conservé sur le front le masque de la grossesse, furent ainsi traitées avec un entier succès.

Après une première friction, l'épiderme commence à se détacher; mais le réseau de Malpighi n'étant point attaqué, et la tache, quoique pâlie, persistant encore, je fais une seconde friction le quatrième jour; une troisième, faite après le même laps de temps, achève de tout enlever. Sur ces quatre cas, je n'ai observé qu'un seul exemple de récidive depuis plus d'un an, et peut-être cette réapparition tient-elle à une cause interne méconnue.

Les bains sulfureux préconisés contre les éphélides n'agissent que très-lentement et d'une manière incertaine; la sécrétion du corps muqueux n'est que très-peu modifiée; aussi les récidives sont-elles presque constantes.

La teinture d'ellébore blanc indiquée par Valleix, d'après le docteur Spengler, jouirait d'une certaine efficacité; mais pour des surfaces étendues, il serait imprudent de s'en servir sous peine d'accidents d'intoxication.

J'ai pu en une séance couvrir tout le tronc d'un adulte d'une couche épaisse de teinture d'iode sans déterminer autre chose que des démangeaisons : j'en avais employé 40 grammes. Je n'hésite donc pas à accorder la préférence à ce moyen, tout en reconnaissant que, comme la plupart des topiques, il a le très-grand tort de traiter le symptôme et non la cause.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 décembre 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1858 dans les départements du Calvados et de la Manche;

2° Des rapports d'épidémies pour l'année 1858, de MM. les docteurs Bonneau (de Mantes), Sergeant (de Pontchartrain), Barré (de Villepreux), Jeannoel (de Provins), Le Maistre (de Limoges), Foucault (d'Epernay), Richard (d'Autrey), et de M. le professeur Dumas (de Montpellier) (commission des épidémies);

3° Un rapport sur le service médical de l'hôpital militaire thermal de Bourbonne-les-Bains pendant l'année 1858, par M. le docteur Cabrol, médecin en chef;

4° Un rapport de M. le docteur Patézon sur le service médical de l'établissement thermal de Vittel (Vosges) pendant l'année 1858. (Commission des eaux minérales.)

— M. le ministre d'Etat informe l'Académie qu'il vient de commander à M. Robinet, sculpteur, le modèle en plâtre d'une statue du baron Desgenettes destinée à l'Académie de médecine.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Laforêt (de Lavite) sur la question médico-légale relative aux combustions occasionnées par les armes à feu (commissaire, M. Tardieu);

2° Une note sur les plantes du vieux château de Gisors, par M. Lepage, pharmacien (M. Chatin, rapporteur);

3° Une lettre de M. le docteur Carron du Villars (de Rio-Janeiro), qui sollicite le titre de membre correspondant;

4° Une note de M. Peysal sur les inconvénients au point de vue hygiénique des wagons de 2e et 3e classe dans les chemins de fer (commissaires, MM. Devergie et Gaultier de Claubry);

5° Une note de M. Porre sur le traitement des brûlures par le perchlorure de fer (M. Robert, rapporteur);

6° Un pli cacheté déposé par M. Bouchut (le dépôt est accepté).

— A l'occasion d'une lettre de rappel adressée par M. le ministre du commerce relativement à un mémoire sur le choléra transmis à l'Académie le 26 octobre 1850 par M. le docteur Du Cazal, médecin à Oran, M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL interpelle MM. les rapporteurs des commissions de 1849 et 1854, et les invite à faire le plus prochainement possible leur rapport.

M. BARTH, l'un des rapporteurs, s'excuse de n'avoir pas encore soumis son rapport à l'Académie, se fondant sur ce qu'il y aurait, suivant lui, plus d'inconvénients que d'avantages à soulever en public la question de contagion.

Après quelques explications, échangées à ce sujet entre MM. Velpeau, Cloquet, Moreau, Renault, l'Académie décide, sur la proposition de M. le secrétaire perpétuel, que les deux commissions se réuniront pour examiner ce qu'il y a lieu de faire.

LECTURES.

M. BAUMÈS, correspondant de l'Académie, lit un mémoire intitulé : *Considérations pratiques relatives aux faits qui démontrent l'importance des flux dans l'enfance et aux autres époques de la vie.*

La doctrine exposée dans ce travail peut se résumer dans la proposition suivante :

On peut considérer les flux, dans bien des cas, comme des voies naturelles de décharge, comme un inconvénient nécessaire, servant de remède naturel à un mal aussi naturel. Il faut donc, dans ces cas, savoir les respecter ou seulement les adoucir, ou bien, quand l'inconvénient est trop considérable, les combattre en s'efforçant d'imiter la nature, qui quelquefois remplace ces flux par d'autres flux sur des tissus semblables ou analogues à ceux sur lesquels les premiers flux étaient établis.

ÉLECTION.

L'Académie procède au renouvellement du bureau par l'élection d'un président, d'un vice-président et d'un secrétaire pour l'année 1860, et à la nomination de trois membres du conseil.

Sont nommés : *Président*, M. J. Cloquet.

Vice-président, M. Robinet.

Secrétaire annuel, M. Devergie.

1er *membre du conseil*, M. Robinet (vice-président).

2e — M. Ferrus.

3e — M. Bouvier.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Sur la proposition qui lui en avait été soumise par un de ses membres, dans les termes suivants : « L'Association des médecins du Rhône s'annexe à l'Association générale des médecins de France, en s'engageant à lui fournir la contribution du *dixième* demandé, sans modifier son règlement actuel, » la commission générale de l'Association des médecins du Rhône a adopté à l'unanimité son annexion.

Mais il est bien entendu qu'avant de devenir exécutoire, cette proposition devra être soumise au vote de la prochaine assemblée générale.

L'Association de prévoyance des médecins de Toulouse a également voté son annexion à l'Association générale.

Enfin, l'Association de prévoyance des médecins de l'Isère est en instance auprès du ministère de l'intérieur pour demander aussi son annexion.

Des dons nouveaux sont parvenus à l'Association générale :

M. Fourreau, de Caen, et MM. Barth et Tardieu, de Paris, ont fait don d'une somme de 100 fr. chacun.

— La nouvelle maison de Sainte-Périne, que l'on construit activement à Auteuil, se composera de 25 à 30 pavillons isolés dans un vaste parc.

— Dans sa séance du 16 de ce mois, le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine a procédé au renouvellement des membres de son bureau.

Ont été élus pour 1860 : *Président*, M. le docteur Vernois; *secrétaire*, M. Trébuchet.

Les obsèques de M. Germer Baillière ont été célébrées hier au milieu d'un concours considérable de parents, d'amis et de médecins. M. Brierre de Boismont, lié depuis de longues années avec l'honorable défunt, a prononcé les paroles suivantes :

« Messieurs,

» Ce n'est pas à l'éditeur de tant de publications utiles, ce n'est pas au frère de cette famille qui a inscrit avec éclat son nom dans la littérature médicale, que je viens exprimer mes regrets, c'est à l'homme auquel m'unissait une amitié de plus de trente ans.

» Cette amitié, Messieurs, vous en seriez tous reconnaissants comme moi, car elle avait son origine dans un de ces services qu'on n'oublie jamais. Qui de nous, en effet, à l'exception de quelques rares privilégiés, n'a pas, au début de sa carrière, jeté un regard de découragement profond autour de soi, quand il est sans protection, sans fortune, et de quelle douce émotion n'est-il pas saisi, lorsqu'il voit venir à son aide une main secourable?

» Germer n'avait pas vingt ans lorsqu'il fut pour moi cet ami tutélaire, et cependant je me présentais à lui sans le prestige d'aucun nom, d'aucun titre; je n'avais pas ce qu'on a si amèrement nommé une position. Grâce à son assistance, je pus attendre des jours meilleurs, et en lui témoignant ici ma reconnaissance, qui ne s'éteindra qu'avec ma vie, je suis sûr de trouver un écho sympathique dans vos cœurs, car cette lutte, c'est notre histoire commune, et ce protecteur bienveillant, c'est ce qui manque au grand nombre!

» Adieu, Germer! au revoir dans un autre monde! »

Le Gérant, Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 150. — SAMEDI 24 DÉCEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 150. — SAMEDI 24 DÉCEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste on en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Relevé des cas de croup observés dans le cours de l'année 1859 dans l'un des services de l'hôpital Sainte-Eugénie.

A l'occasion d'un long et important travail publié récemment par M. le docteur E. Barthez dans la *Gazette hebdomadaire*, et dans lequel sont exposés les résultats comparatifs du traitement du croup par la trachéotomie et par les moyens médicaux qui ont été constatés dans son service de l'hôpital Sainte-Eugénie, pendant les années 1854 à 1858, M. Garnier, interne de cet hôpital, vient de publier dans le même recueil, et en manière d'appendice, le compte rendu des cas de croup qui ont été traités dans ce même service du 1er janvier au 15 août 1859. Voici ce que nous apprend ce relevé.

Du 1er janvier au 15 août dernier, le croup a sévi avec une intensité au moins égale à celle qu'il avait montrée dans le cours des années précédentes. Rarement limitée au larynx, dans la majorité des cas la diphthérie a gagné les fosses nasales et couvert les dernières ramifications de la muqueuse bronchique ; plusieurs fois même elle s'est accompagnée d'une véritable gangrène pulmonaire. C'est surtout dans les premiers mois de l'année que la maladie a revêtu cette forme si grave ; aussi, à cette époque, les guérisons ont-elles été excessivement rares. Ainsi, dans le mois de janvier, 12 cas de croup se déclarent, 2 enfants guérissent, et encore, au bout de quelques semaines, l'un d'eux succombe à une paralysie générale ; dans le mois de février, sur 15 cas, 2 enfants guérissent ; en mars, sur 12 il en guérit 4 ; avril fournit 1 guérison sur 4 malades ; mai en donne 3 sur 7 ; juin et juillet 2 sur 14 ; dans la première quinzaine du mois d'août, sur 4 enfants 2 guérissent.

On peut juger, du reste, de la gravité de la maladie par ce fait, que sur un total de 68 croups il ne s'en est trouvé que 7 dans lesquels les signes d'intoxication aient fait défaut. Cependant, malgré l'intensité de l'épidémie, le nombre des guérisons n'a pas été inférieur à celui que M. Barthez avait obtenu dans les années précédentes, et la moyenne en est légèrement supérieure.

Ainsi, 68 enfants atteints de diphthérie laryngée ont été traités dans les salles, et le résultat obtenu a été de 1 guéri sur 4,2.

Voici maintenant les résultats obtenus dans chaque période du croup, et suivant que la diphthérie était infectieuse ou ne paraissait pas l'être.

Première période. — 9 enfants de 2 à 13 ans, avec intoxication 6 (3 morts, 3 guéris) ; sans intoxication 3 (3 guéris).

Chez 9 enfants, le croup n'a pas dépassé la première période.

3, qui n'ont présenté aucun signe apparent d'intoxication, ont guéri.

Sur 6 enfants intoxiqués, il en est mort 3, et les 3 cas de guérison ont été observés sur des sujets assez fortement intoxiqués. Ainsi, une fille de treize ans présenta de l'albuminurie et un coryza diphthérique ; un garçon de treize ans offrit les mêmes symptômes, et eut en outre un engorgement sous-maxillaire assez prononcé ; le plus jeune, âgé de cinq ans et demi, atteint de coryza pseudo-membraneux, d'engorgements ganglionnaires, d'albuminurie, fut atteint plus tard d'une paralysie générale.

Deuxième période. — Croups arrêtés à la deuxième période, 22 (8 guérisons, 14 morts). De ces 22 enfants, 18 ont été trachéotomisés, 6 ont guéri, 12 sont morts ; 15 ont eu l'intoxication, 4 antérieurement à l'opération, 11 après. Des 4 intoxiqués antérieurement à l'opération, 3 sont morts, 1 a guéri. Des 11 autres intoxiqués postérieurement, 7 sont morts, 4 ont guéri. Des 3 autres malades, 1 n'a pas été intoxiqué et a guéri ; l'intoxication a été ignorée chez les 2 autres qui ont succombé.

4 malades, soumis au traitement médical, ont donné 2 guérisons et 2 décès ; 3 avaient présenté les phénomènes d'intoxication (1 mort, 2 guéris).

Ce relevé montre en grande majorité des enfants qui n'ont présenté d'intoxication que postérieurement à l'opération. Mais M. Garnier fait remarquer à ce sujet que, pour se conformer au principe de classement adopté par M. Barthez dans son relevé des années précédentes, il a rangé dans cette catégorie 6 cas dans lesquels les sujets n'ayant présenté pendant la vie aucun signe apparent d'intoxication, ont tous succombé à une diphthérie bronchique. Sans doute, ajoute-t-il, la plupart des enfants étaient intoxiqués bien avant l'opération, car aucun d'eux n'a survécu plus de deux jours, et plusieurs même sont morts le jour où la trachéotomie avait été pratiquée.

Parmi les enfants qui sont morts, 6 fois sur 10 on a trouvé de la diphthérie bronchique ; une fois l'autopsie a montré des ulcérations de la trachée avec broncho-pneumonie ; une autre fois, de la gangrène de la luette et des amygdales ; et dans deux autres cas enfin, chez des enfants de deux et trois ans et demi, de la broncho-pneumonie.

Dans les années précédentes, aucun enfant intoxiqué et arrivé à la deuxième période du croup n'avait guéri par le traitement médical. Ou la trachéotomie avait été employée, ou la maladie avait passé à la troisième période. Cette année, les deux enfants qui ont guéri à la deuxième période du croup par le traitement médical étaient tous deux intoxiqués. Chez tous deux, l'intoxication se manifesta par de l'engorgement ganglionnaire, de l'albuminurie, qui persista en l'absence de l'asphyxie, et même après la disparition des fausses membranes ; et l'un d'eux fut plus tard atteint de paralysie du pharynx. Quant à l'enfant non intoxiqué et qui succomba, la mort fut produite par une pneumonie franche qui l'enleva quelques jours après l'expulsion des dernières fausses membranes, et après la guérison du croup.

On remarquera que le nombre des sujets soumis exclusivement au traitement médical est faible, relativement au nombre de croups. Cela tient à ce que tous les cas de croups trachéotomisés à la deuxième comme à la troisième période avaient été soumis sans succès au traitement médical, et que l'opération n'avait été pratiquée qu'alors que l'inefficacité de tout autre moyen avait été bien reconnue.

Troisième période. — 34 cas, 32 morts, 2 guérisons. — 32 ont été traités par la trachéotomie, 2 guérisons. — Avec intoxication antérieure 15 (15 morts) ; avec intoxication postérieure, 15 (13 morts, 2 guéris) ; sans intoxication, 1 (mort) ; intoxication ignorée, 1 (mort).

Deux enfants arrivés à la troisième période n'ont pas été trachéotomisés. L'un âgé de dix-huit mois, et amené mourant dans la salle, parut tellement intoxiqué, qu'on jugea l'opération inutile. En effet, à l'autopsie on trouva une gangrène des poumons. Chez un autre enfant âgé de dix ans, le croup survint dans le cours d'une fièvre typhoïde grave déjà compliquée d'accidents thoraciques.

Pas plus que dans les années précédentes, on n'a obtenu cette année, dans ce service, de guérison à la troisième période chez des enfants intoxiqués avant l'opération. Quant aux deux enfants qui ont guéri, chez une petite fille âgée de huit ans, l'intoxication se manifesta par de l'albuminurie, et plus tard par une paralysie du pharynx. Chez une autre, âgée de cinq ans, l'albuminurie et la diphthérie cutanée furent les seuls symptômes d'intoxication.

Nous reviendrons plus tard sur la signification de ces faits, qui ont d'ailleurs tels quels leur intérêt, en les rapprochant de l'ensemble des résultats constatés par M. Barthez dans une période de quatre années ; et nous exposerons à cette occasion les résultats obtenus dans l'un des services voisins du même hôpital et les méthodes de traitement qui les ont fournis.

Exanthème noueux accompagné de douleurs spéciales.

La coïncidence fréquente de l'érythème noueux avec les douleurs des membres a été considérée par quelques médecins comme l'expression de la diathèse rhumatismale. Cette opinion, professée il y a une dizaine d'années en Angleterre par Begbie, a été exposée depuis dans une thèse soutenue par un interne des hôpitaux de Paris, M. Schanam, qui rapportait à l'appui deux faits observés dans le service de M. Legroux. M. Sée a observé récemment un cas d'érythème noueux qui, rapproché de quelques autres faits semblables qu'il avait eu l'occasion de voir précédemment, l'a mis à même de vérifier cette corrélation de l'éruption avec les douleurs, mais de rejeter l'opinion qui voudrait faire considérer ces douleurs comme l'expression d'un état rhumatismal. Voici le fait qu'il a communiqué à la Société médicale des hôpitaux, et dont nous empruntons la relation aux Comptes rendus de cette Société.

Un jeune homme de dix-neuf ans fut pris il y a deux ans de fièvre, de douleurs nocturnes dans les jambes avec hyperesthésie de la peau du membre ; en même temps il se manifesta au-devant du tibia un gonflement qui persista indéfiniment, bien que les douleurs et la fièvre eussent cessé au bout de dix-huit à vingt jours.

Vers le milieu du mois d'août, ce jeune homme commença à éprouver de la fièvre et des douleurs dans les jarrets et les cuisses ; ce fut surtout la jambe droite, qui avait été autrefois le siége de ce gonflement dit périostal, qui devint encore le siége de douleurs analogues, et en même temps il se manifesta sur le genou des plaques rosées, proéminentes, comme élastiques, de 2 ou 3 centimètres de dimension ; c'étaient des érythèmes noueux, qui ne tardèrent pas à envahir le pied, puis le genou gauche et les deux poignets. — Ces éruptions étaient précédées et accompagnées de douleurs extrêmement vives, principalement au creux du jarret, le long du muscle poplité, sur le trajet des extenseurs des orteils et aux parois thoraciques ; la pression n'augmentait nullement les souffrances, excepté quand elle s'exerçait sur un certain point très-limité de la gaîne tendineuse ; et alors les muscles se contractaient très-violemment. Du reste, les jointures étaient souples et sans gonflement.

Ces douleurs, à l'exception de celle de la poitrine qui céda au massage, persistèrent malgré la disparition des érythèmes, et devinrent intolérables. Le sulfate de quinine, l'iodure de potassium, les liniments opiacés, le chloroforme, la compression, tout échoua ; le bain seul procura quelque soulagement, qui devint définitif après l'usage de l'opium à la dose de 6 à 7 centigrammes par jour.

Toutes ces perturbations, ainsi que la fièvre et l'amaigrissement, avaient duré près de trois semaines, et s'étaient accompagnées d'une agitation singulière, d'hallucinations répétées pendant la nuit, malgré le caractère habituellement calme et énergique du jeune malade.

Voici les remarques que M. Sée a faites et qu'il a communiquées à ses collègues sur la nature de ces douleurs :

« La première atteinte avait été si semblable à celle-ci, au dire du malade, qu'il ne doutait pas de l'identité de ces deux affections. Or entre ces deux attaques d'érythème noueux, qui toutes deux furent marquées par ces vives douleurs, il ne resta pas le moindre vestige de souffrances ni dans les articulations ni sur le trajet des membres. L'apparition de l'érythème avait seule provoqué l'arthralgie, dont le malade avait toujours été exempt. Le siége des douleurs était principalement le long des tendons du pied et du jarret ; les jointures elles-mêmes étaient libres, sans aucune tuméfaction ni rougeur ; on pouvait impunément leur imprimer des mouvements de latéralité ; il était donc impossible de songer à un rhumatisme articulaire. Ce n'était qu'en pressant sur une portion circonscrite des gaînes tendineuses qu'on provoquait la douleur et des contractions comme spasmodiques des muscles ; or, s'il s'était agi d'un rhumatisme articulaire, pourquoi serait-il resté limité et fixé pendant vingt jours aux extrémités tendineuses des muscles sans présenter la mobilité si caractéristique de cette maladie ? Pourquoi, enfin, suivait-il de préférence les parties envahies par les saillies érythémateuses ? Ces questions, ajoute M. Sée, sont insolubles dans l'hypothèse d'une affection rhumatismale. On doit donc considérer ces douleurs comme spéciales et propres à l'érythème noueux, et rassurer le malade sur l'existence d'un rhumatisme dont les récidives sont bien autrement à craindre que celles de l'érythème noueux. Tous ces érythèmes d'ailleurs ne sont pas accompagnés de douleurs, et la fréquence proportionnelle de cette coïncidence est loin d'être fixée. Il est rare aussi qu'elles persistent d'une manière aussi marquée que chez ce malade ; ce n'est qu'à leur intensité qu'on peut rapporter le développement des phénomènes nerveux réflexes, comme l'agitation et les hallucinations qui se sont manifestées au moment des paroxysmes. »

MM. Blache et Vigla ont apporté à l'appui de l'opinion de M. Sée le témoignage de leur expérience personnelle.

M. Blache, en effet, sans contester les observations de coïncidence du rhumatisme et de l'érythème noueux, qui est une maladie fréquente chez les enfants, déclare pour sa part que, sur une centaine de cas environ qui présentaient les formes les plus variées de cette affection, tantôt avec, tantôt sans fièvre, il n'a dans aucune circonstance rencontré la coïncidence de douleurs rhumatismales, soit avant, soit pendant, soit après l'existence de l'érythème.

De son côté, M. Vigla a rencontré les coïncidences ou les

similitudes dont il s'agit; il a vu des douleurs d'érythème noueux dans les membres, ressemblant à celles du rhumatisme, mais qui, suivant lui, n'étaient pas le rhumatisme. L'érythème noueux lui paraît, à cet égard, pouvoir être rapproché de deux autres affections cutanées qui ont aussi la plus grande analogie avec le rhumatisme sans être des manifestations rhumatismales, le zona et l'herpès s'accompagnant l'un et l'autre de douleurs plus ou moins vives. Dans l'érythème noueux, il y a des douleurs arthralgiques comme dans le zona et l'herpès (encore vient-on de voir que ces douleurs sont loin d'être constantes, puisque M. Blache ne les a jamais constatées chez les enfants), et probablement même un état congestif éphémère dans les articulations voisines. Mais, ajoute M. Vigla, il n'y a pas entre ces affections et le rhumatisme de ressemblance absolue.

Si ces faits ne résolvent pas définitivement la question dans le sens contraire à l'opinion de l'identité des douleurs de l'érythème noueux avec le rhumatisme, on conviendra du moins qu'ils sont bien faits pour l'ébranler. Mais à côté de cette question d'identité, admettant qu'elle puisse être considérée dès à présent comme jugée, il en reste encore une autre, savoir : quelles sont les relations pathologiques qui existent entre certaines formes de rhumatisme et les éruptions dont il s'agit? — Faut-il admettre encore que ces éruptions peuvent, dans certains cas, être des manifestations d'une affection rhumatismale?

N'y faut-il voir qu'une simple coïncidence? ou bien le fait seul de l'existence de ces éruptions doit-il exclure l'idée de rhumatisme, et doit-on considérer les douleurs qui les accompagnent comme d'une nature différente et spéciale? M. Legroux, qui incline, comme on le sait, à admettre des manifestations cutanées du rhumatisme, se propose de développer prochainement sa manière de voir à cet égard à la Société des hôpitaux. Nous aurons là une excellente occasion de reprendre cette question.

Accidents graves survenus à la suite de l'inoculation de la vaccine.

Dans l'aperçu que nous avons publié dans l'un des précédents numéros sur les travaux de l'Académie de médecine, nous avons signalé, entre autres questions intéressantes examinées par la commission de vaccine, celle qui est relative à la possibilité de la transmission des accidents syphilitiques par l'intermédiaire du vaccin. Cette question, on s'en souvient, a été discutée il y a quelques années à la Société de chirurgie, où elle a été très-diversement interprétée. D'un autre côté, un journal de Montpellier, la *Revue thérapeutique du Midi*, dans son numéro du 15 juillet 1859, rapportait quelques observations de transmission d'accidents syphilitiques secondaires par l'intermédiaire du vaccin, empruntées à la clinique de M. le docteur Ceccaldi, alors qu'il était médecin en chef de l'hôpital de Constantine, et qui ont dû surprendre étrangement un grand nombre de lecteurs, tant ils sont en opposition avec les idées que l'on a eues de tout temps sur l'innocuité des inoculations vaccinales, quelle que soit la source à laquelle le vaccin ait été emprunté.

M. le docteur Jules Lecoq, chirurgien-major du 1er régiment d'infanterie de marine à Cherbourg, nous communique à cette occasion deux faits semblables, qui nous paraissent, ainsi que ceux de M. Ceccaldi, d'une grande gravité et d'une grande valeur. On en jugera.

« A l'époque où je revaccinais les militaires du 1er régiment d'infanterie de la marine, nous écrit M. Lecoq, j'eus occasion de rencontrer deux fois des accidents graves, dont pendant longtemps j'ai en vain cherché la cause; devons-nous voir dans ces accidents des symptômes de syphilis secondaire déterminés par l'inoculation d'un vaccin pris à une source impure? Cette question est bien grave pour que je me permette d'y répondre d'une manière positive; je livre donc sans commentaire à l'appréciation des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* les faits suivants que j'ai observés, attendant que la lumière se fasse sur ce point obscur de pathogénie syphilitique. »

Voici ces deux faits :

— Le 4 mai 1858, le nommé P... (Pierre), âgé de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, soldat au 1er régiment d'infanterie de la marine, fut soumis, comme tous ses camarades, aux revaccinations prescrites par le règlement. Trois piqûres furent faites à chaque bras au moyen de la lancette; le virus vaccinal avait été fourni par de bonnes pustules prises sur le bras d'un autre militaire qui avait eu, trois mois auparavant, un chancre induré à la verge, pour lequel il avait subi un traitement complet à l'hôpital de la marine (cette particularité était ignorée alors de M. Lecoq, qui n'en a été informé que plus tard). Huit jours après l'inoculation, on remarque que l'évolution des pustules vaccinales a complétement avorté; seulement une des piqûres conserve une légère irritation; elle présente à son centre un petit point noir entouré d'un cercle rouge assez prononcé, déterminant un peu de chaleur et de démangeaison; peu à peu l'inflammation gagne en étendue. Une ulcération apparaît au bout de quelques jours; légère d'abord, elle s'étend, se creuse, et produit alors une assez vive douleur. Cette ulcération, loin de marcher vers une cicatrisation régulière, s'agrandit chaque jour; ses bords sont taillés à pic; elle présente une coloration violacée, se recouvre du soir au lendemain d'une croûte brune emprisonnant un pus ichoreux et sanguinolent de mauvaise nature; sa base est manifestement indurée; les ganglions axillaires du même côté s'engorgent; elle a promptement atteint la dimension d'une pièce de 2 francs, et comprend toute l'épaisseur du derme.

Cette plaie fut plus d'un mois à se cicatriser, malgré le repos le plus complet, les cautérisations répétées avec l'azotate d'argent, les applications émollientes. La cicatrice conserve pendant très-longtemps un mauvais aspect; elle reste irrégulière, boursouflée, toujours rouge et un peu douloureuse, se recouvre encore de croûtes analogues à celles de l'ecthyma, et s'ulcère avec la plus grande facilité. A la suite de ce premier accident purement local de la vaccine, on vit survenir chez le malade quelques troubles généraux caractérisés par un état dyspeptique, une faiblesse générale, de l'abattement avec diminution de l'énergie morale habituelle.

Il y avait à peine quelques jours que ce militaire avait repris son service, quand il revint de nouveau à l'infirmerie portant sur le corps une abondante éruption constituée par un mélange de prurigo, de lichen et de pustules d'acné; traitée par les bains alcalins et les dépuratifs, l'éruption fut assez heureusement modifiée, et le malade put sortir de l'hôpital; mais peu de jours après, il venait encore consulter pour une nouvelle éruption présentant des caractères beaucoup plus sérieux.

Le 8 novembre, on dut le diriger pour la seconde fois sur l'hôpital de la Marine, où il fut placé dans le service de M. Fonssagrives, médecin en chef.

A son arrivée on constatait, disséminées sur tout le corps, mais plus particulièrement sur le dos et à la face externe des bras, de nombreuses plaques de psoriasis, ayant presque toutes une *teinte cuivrée caractéristique;* il y avait dans les cheveux des croûtes d'impétigo, avec engorgement prononcé des ganglions cervicaux, puis un peu de rougeur au pharynx; l'état général était alors assez satisfaisant.

Quoiqu'on trouve cités dans les auteurs des cas dans lesquels on a vu des éruptions variées succéder aux inoculations vaccinales, ce que l'on observait alors avait lieu d'étonner. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il y avait déjà six mois que ce militaire avait été vacciné; de plus, l'insuffisance des médications ordinaires et le cachet tout particulier que présentaient les plaques de psoriasis, plaidaient hautement en faveur d'une éruption de nature essentiellement spécifique; tel fut au moins l'avis de M. Lecoq, et cet avis fut complétement partagé par M. Fonssagrives, qui, bien convaincu que ce malade était atteint de syphilides, voulut remonter à la source de l'affection; il interrogea donc avec soin les antécédents de ce militaire, qui lui déclara avec une assurance complète, comme il l'avait fait déjà pendant qu'il était à l'infirmerie, que jamais il n'avait contracté aucune affection vénérienne. Malgré les dénégations formelles du malade, les accidents du côté de la peau parlaient tellement en faveur d'une diathèse syphilitique, que M. Fonssagrives n'hésita pas à prescrire un traitement mercuriel; sous l'influence de la solution de Van Swiéten seule, la maladie ne marchait que très-lentement vers la guérison; M. Fonssagrives prescrivit alors le traitement mixte de M. Devergie (bichlorure de mercure et iodure de potassium), et put quitter l'hôpital le 24 janvier 1859, dans un état très-satisfaisant; ainsi depuis le jour où il a été vacciné, cet homme a été presque constamment soit à l'infirmerie, soit à l'hôpital de la marine, et n'a été débarrassé de son affection de la peau qu'après un traitement antisyphilitique longtemps prolongé.

— La deuxième observation est tout aussi importante, peut-être même encore plus significative que celle qui vient d'être rapportée.

Le nommé P... (Désiré), âgé de vingt-cinq ans, d'une santé habituelle irréprochable, fut comme son camarade revacciné le 4 mai. Le vaccin fut pris à la même source et inoculé par trois piqûres faites à chaque bras avec la même lancette et par la même personne. Le huitième jour, l'inoculation n'a donné lieu à aucune éruption vaccinale, mais une des piqûres s'est enflammée, puis recouverte d'une croûte assez épaisse, qui cache une ulcération de mauvaise nature, à base indurée, tendant continuellement à s'agrandir, malgré un traitement approprié, présentant exactement les mêmes caractères et suivant la même marche que celle qui est décrite dans l'observation précédente. Le malade ne put reprendre son service qu'au bout d'un mois et demi, paraissant complétement guéri de ce premier accident; mais un mois plus tard, P... venait à la visite accusant un malaise général et se plaignant de rougeurs sur tout le corps. Examiné avec attention, on constate chez lui une roséole, qui se prolonge bien au delà de sa durée habituelle; quelques jours après, des symptômes beaucoup plus graves apparaissent à la peau, comme chez Pierre P... Il existe dans les cheveux de nombreuses croûtes d'impétigo, avec engorgement des ganglions cervicaux; aux parties génitales, sur le scrotum et la partie interne des cuisses, on voit apparaître un grand nombre de pustules plates, avec leurs caractères pathognomoniques; ce dernier symptôme ne permettant pas le plus léger doute sur la nature forcément spécifique de l'éruption que porte le malade, on voulut encore remonter à la cause de la maladie. P... fut interrogé sur sa vie passée, et il nous affirma que jamais il n'avait contracté aucune affection syphilitique, et cependant il avait tout intérêt à nous dire la vérité. Malgré cela, comme l'erreur n'était guère possible, ce militaire fut immédiatement soumis à un traitement mercuriel.

Après avoir pris 56 solutions de liqueur de Van Swiéten, l'éruption syphilitique était tellement modifiée, que le malade, fatigué de son séjour à l'hôpital, demanda sa sortie, qui lui fut accordée, quoique le traitement fût considéré comme insuffisant. On ne tarda pas à s'en apercevoir, car quinze jours plus tard les mêmes accidents reparaissaient avec une nouvelle intensité; il y avait de plus des pustules plates au pourtour de l'anus, avec engorgement des ganglions inguinaux. Conduit de nouveau à l'hôpital, P..., après un traitement antisyphilitique long et sévère, sortit définitivement guéri, pour se rendre en convalescence, le 19 mars 1859.

— Ainsi dans ces deux faits on voit un vaccin pris à une source suspecte, puis inoculé sur deux hommes dont la constitution ne laissait rien à désirer; ces inoculations entraînent à leur suite, chez les deux hommes, une ulcération de mauvaise nature, demandant chez le premier plus d'un mois, et près de deux mois chez le second, pour se cicatriser, et laissant apparaître ensuite une éruption de nature bien évidemment syphilitique, qui ne guérit que par un traitement mercuriel et ioduré, et cela chez des malades qui déclarent, sans qu'il y ait lieu de suspecter leur témoignage, n'avoir jamais contracté aucun accident syphilitique.

Ne voulant pas s'exagérer l'importance de ces deux faits, M. J. Lecoq s'est demandé tout d'abord, pour aller au-devant des objections qui pourraient être faites, si les accidents présentés par ces deux militaires dépendaient bien réellement d'une affection syphilitique? Le doute ne lui paraît pas possible; chez l'un, il y a eu en effet une roséole *persistante*, cette éruption si essentiellement fugace quand elle n'est pas liée à une cause spécifique; puis des pustules plates aux parties génitales externes et au pourtour de l'anus, l'expression la plus fidèle des accidents secondaires de la syphilis.

Chez l'autre, on voit un psoriasis avec plaques de couleur cuivrée, puis des pustules impétigineuses dans les cheveux avec engorgement des ganglions cervicaux; tous ces accidents, loin de s'améliorer sous l'influence d'une médication rationnelle, font chaque jour de nouveaux progrès, jusqu'à ce qu'un traitement antisyphilitique vienne en débarrasser le malade. Si cet ancien aphorisme : *Naturam morborum ostendunt curationes*, doit être accepté sans restriction, c'est dans ce cas surtout, où le mercure et l'iodure de potassium se sont montrés dans toute leur puissance.

La maladie reconnue, il s'agissait d'en rechercher les causes : elles pouvaient provenir de plusieurs sources. Il était d'abord tout naturel d'admettre que ces deux militaires subissaient l'influence éloignée d'une infection antérieure, et qu'ils présentaient les accidents secondaires d'une affection syphilitique dont les accidents primitifs avaient pu échapper : aussi ont-ils été interrogés et examinés avec soin et persistance pour tâcher d'arriver à connaître la vérité. Aux parties génitales, il n'existait aucune cicatrice, aucune trace d'accidents vénériens antérieurs. On leur a fait bien comprendre tout ce que pouvait avoir de grave pour eux une erreur commise sur la cause de leur maladie, erreur qui empêcherait d'appliquer un traitement convenable, et ils ont persisté à répéter que jamais ils n'avaient contracté antérieurement aucune affection syphilitique. Or ils avaient tout intérêt à faire connaître la cause de leur affection, et ils n'avaient aucun motif pour nous la cacher : il était donc certain qu'ils disaient bien la vérité.

La lancette qui a servi à pratiquer l'inoculation vaccinale pourrait être incriminée; mais cette lancette servait depuis plusieurs jours à vacciner, et rien qu'à vacciner; jamais elle n'avait été en contact avec aucune ulcération syphilitique; de plus, dans cette même séance, plusieurs autres militaires avaient été vaccinés avec le même instrument et le même vaccin sans que chez eux il se soit rien présenté d'analogue à ce qui a été observé chez ces deux hommes.

Comment alors expliquer l'apparition des symptômes syphilitiques secondaires succédant à une revaccination régulière? Faut-il accuser le virus-vaccin d'avoir porté avec lui le germe des accidents constatés? M. Lecoq garde une sage réserve sur la réponse à faire à cette grave question, déclarant qu'il cherche encore une explication satisfaisante à des faits si étranges, si exceptionnels, qu'il ne s'est décidé à nous les communiquer qu'après avoir lu les observations de M. Ceccaldi.

MASTIC EN LARMES

contre l'incontinence nocturne d'urine.

La plupart des agents thérapeutiques conseillés contre l'incontinence nocturne d'urine, dit M. le docteur Debout, n'agissent souvent qu'après un long temps, de sorte qu'on est toujours tenté de rapporter la guérison, lorsqu'elle survient, plutôt à l'évolution naturelle de la maladie qu'à l'action médicamenteuse des moyens mis en usage. Il n'en saurait être de même après l'emploi du mastic en larmes, puisque la cure de l'incontinence se produit pendant la médication, dont la durée est de quatre à huit jours au plus. Voici notre formule :

Mastic en larmes. . . . . . . 32 grammes.
Sirop de sucre. . . . . q. s.

pour une masse pilulaire que l'on divise en 64 bols. Lorsque les jeunes malades avaient difficilement, on fait diviser cette masse en 128 pilules. On peut même substituer le miel au sirop et faire préparer un électuaire, que l'on administre enveloppé dans du pain azyme.

Quelle que soit la forme pharmaceutique que l'on adopte, si l'enfant a plus de dix ans, il faut que les 32 grammes soient pris en quatre jours, c'est-à-dire 8 grammes par jour, soit 4 grammes le matin, autant le soir, deux heures avant ou après le repas. Lorsque les petits malades sont au-dessous de cet âge, on diminue les doses et on met six ou huit jours à administrer les 32 grammes de mastic.

Lorsque la guérison ne couronne pas cette première tentative, on recommence immédiatement l'emploi du médicament et aux mêmes doses. Mais si l'incontinence nocturne d'urine persiste après ce second essai, il est inutile de poursuivre plus longtemps la médication. Ces faits d'insuccès forment l'exception, car dans plus des deux tiers des cas où nous avons employé le mastic, nous avons vu la cure se produire, même chez des sujets âgés de 18 à 24 ans et qui étaient affectés de cette dégoûtante infirmité depuis leur première enfance.

Le mastic est une résine que l'on obtient à l'aide d'incisions pratiquées au tronc et aux branches du *Pistacia lentisca*, arbuste cultivé en grand dans l'île de Chio. Toutes les femmes en Orient en font un grand usage; elles le mâchent (d'où lui vient son nom) sans cesse, afin de parfumer leur haleine. On fait tant de cas du mastic dans ces contrées, qu'on en aromatise les liqueurs et qu'on en met dans le pain. Cette substance jouit de propriétés stomachiques : on la donne à l'intérieur contre l'hémoptysie, le catarrhe chronique, la leucorrhée, et chez nous on n'en fait presque pas usage. Desbois, de Rochefort, dit cependant que le mastic était fort usité autrefois comme agent sudorifique; aujourd'hui il ne figure plus même dans aucun de nos traités de matière médicale. (*Bulletin de thérap.* et *Clinique européenne.*)

REMARQUES SUR L'EMPLOI MÉDICAL DES HUILES OZONISÉES.

On *ozonise* les huiles en les exposant pendant longtemps à la lumière solaire directe, après les avoir saturées d'oxygène. M. Thompson en a essayé l'administration chez 14 phthisiques. Il a remarqué qu'elles diminuent singulièrement la fréquence du pouls; 2 fois sur 14 seulement cet effet n'a pas été noté; chez quelques malades, il a été peu marqué, mais dans la grande majorité des cas il a été très-prononcé. C'est évidemment l'ozone qui paraît agir dans cette circonstance, car on s'est assuré, chez plusieurs malades dont le pouls se ralentissait par l'huile ozonisée, que l'huile de foie de morue et d'autres huiles simples n'avaient pas modifié la fréquence du pouls, ou l'avaient même augmentée. Le ralentissement du pouls était, d'ailleurs, presque aussi prononcé dans le cas où l'ozone avait servi à saturer l'huile de cacao ou de tournesol que dans ceux où l'on avait employé l'huile de foie de morue.

Le ralentissement du pouls s'est généralement manifesté au bout de deux ou trois jours, et s'est quelquefois prononcé de plus en plus les jours suivants. Chez quatre malades, on a noté une diminution de 20 pulsations au bout de deux, trois, quatre et six jours; chez d'autres, la diminution fut de 24 battements en quatorze jours, de 34 en treize jours, de 36 en vingt-deux, et de 14 en onze jours. Chez l'un des malades, le pouls descendit à 60, c'est-à-dire très-probablement bien au-dessous du niveau normal; mais dans la plupart des cas favorables la diminution s'arrêta au chiffre normal.

En même temps que le pouls se ralentissait chez les malades de M. Thompson, ce médecin remarqua chez eux une amélioration marquée de l'état général. Il fit alterner chez plusieurs d'entre eux l'administration d'huiles simples et d'huiles ozonisées, et ces expériences ont toujours été très-favorables aux dernières.

Le docteur Scott Allison, qui a également employé les huiles ozonisées chez quatre malades, a observé chez eux des résultats exactement semblables à ceux annoncés par M. Thompson. Peut-être n'est-il pas trop téméraire d'espérer que ces huiles pourront rendre des services dans diverses maladies qui comportent l'indication de ralentir le pouls. (*The Lancet* et *Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 décembre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. BROCA, à l'occasion du procès-verbal, fait la rectification suivante :

Dans ma communication de mercredi dernier, je vous ai annoncé que l'hypnotisme avait été employé en Angleterre dès 1842 comme anesthésique chirurgical. M. Azam, qui m'avait la veille donné ce renseignement, croyait se souvenir qu'une amputation de jambe ou de cuisse avait été pratiquée sans douleur par M. James Wood sur un individu hypnotisé, et je m'étais empressé de vous transmettre ce document. Nous ne possédions pas alors le livre de M. Braid; depuis lors, M. Azam a bien voulu faire venir son exemplaire de Bordeaux, et le mettre à ma disposition. L'amputation dont je vous ai parlé est une amputation de jambe; elle a été faite par M. Ward (et non par M. Wood) sur un individu *magnétisé*, et non sur un individu *hypnotisé*. M. Braid a rapporté ce fait dans une longue note de son livre, page 152, sans en tirer aucune conséquence pratique, et uniquement pour prouver, par l'exemple de la discussion qui s'est élevée à ce sujet dans le sein de la Société médico-chirurgicale de Londres, « jusqu'à quel point le préjugé peut obscurcir les plus brillantes intelligences. » Il est naturel que ce cas, rapporté dans un traité sur l'hypnotisme, se soit confondu dans le souvenir de M. Azam avec ceux où des opérations ont été faites sur des individus hypnotisés, et qui sont indiqués à la page 250 de l'ouvrage de M. Braid. J'ai publié sans commentaires, dans le *Moniteur des sciences médicales*, la traduction textuelle des deux pages qui se rapportent à cette question des applications chirurgicales de l'hypnotisme. Je me bornerai donc à vous dire ici que M. Braid a arraché six dents sans douleur, que M. Gardom en a arraché trois, qu'enfin M. Braid a pu presque sans douleur ponctionner un abcès et opérer un pied-bot.

M. GUERSANT regrette que M. Cloquet n'ait pas assisté à la dernière séance; il aurait sans doute donné quelques détails sur un cas singulier qu'il a communiqué autrefois à l'Académie de médecine.

M. CLOQUET. Je ne sais pas si les magnétisés sont dans le même état que les hypnotisés; en ce qui me concerne, j'ai été magnétisé cinq ou six fois, et toujours sans résultat; mais il n'en est pas de même pour tout le monde, et les effets produits sont très-divers. Voici en résumé l'observation communiquée par moi à l'Académie de médecine en 1829, et qui a été reproduite *in extenso* par un journal de l'époque.

Je reçus un jour la visite de M. le docteur Chapelain, qui s'occupait alors de magnétisme; il venait me parler d'une dame atteinte d'un cancer au sein, et dont il calmait les douleurs à volonté par les passes magnétiques; il me proposa d'envoyer cette malade à ma consultation pour l'examiner et la décider à l'opération.

Quelques jours après, je vis arriver chez moi une femme de soixante ans environ, très-pusillanime et très-nerveuse, et qui était en effet atteinte d'un cancer ulcéré du sein gauche, avec des ganglions axillaires très-notablement engorgés; la maladie me parut trop avancée pour songer à une opération.

Le lendemain, M. Chapelain vint me voir, et me dit qu'il rendait à volonté cette malade insensible par le magnétisme. Il me proposa de pratiquer l'opération pendant ce sommeil artificiellement produit. J'hésitai d'abord à cause de l'engorgement des ganglions de l'aisselle, mais enfin je me décidai, et me rendis chez la malade avec le docteur Pailloux et les internes de mon service de l'hôpital Saint-Louis. Je la trouvai endormie, mais elle parlait et paraissait parfaitement calme; le pouls et la respiration n'offraient rien de particulier; elle préparait elle-même tout ce qui était nécessaire à l'opération; l'insensibilité paraissait complète, car je pus à plusieurs reprises enfoncer des aiguilles dans la peau sans qu'elle donnât le moindre signe de douleur; tout étant disposé, je fis une première incision de 6 à 8 pouces de long sans que la malade manifestât la moindre sensibilité. Interrogée même à ce sujet, elle déclara n'avoir rien ressenti.

Je fis alors une seconde incision; je disséquai la tumeur ainsi que les ganglions de l'aisselle, sans qu'aucun mouvement témoignât une impression douloureuse; on eût dit que l'opération était pratiquée sur un cadavre; il s'écoula comme d'habitude une certaine quantité de sang; les artères une fois liées, j'essuyai les bords de la plaie avec une éponge; à ce moment la malade eut des éclats de rire et des mouvements nerveux qui cessèrent dès qu'on eut remplacé l'éponge par un linge fin. Le premier appareil ne fut levé que le troisième ou quatrième jour, et on reproduisit les éclats de rire dès qu'on voulut se servir de l'éponge, à laquelle il fallut encore renoncer.

On avait laissé persister le sommeil magnétique depuis le moment de l'opération.

M. Chapelain lui demanda : Croyez-vous être assez forte pour être réveillée et apprendre que vous êtes opérée? Oui, répondit-elle. M. Chapelain fit alors quelques passes et la réveilla. On lui dit ensuite que l'opération était terminée depuis longtemps et que la plaie était en voie de guérison. A cette nouvelle, elle versa d'abondantes larmes, poussa des cris et manifesta une certaine agitation, que M. Chapelain fit disparaître à l'aide de quelques passes magnétiques au niveau des paupières, qui s'abaissèrent aussitôt.

Quelques jours après, la malade étant devenue triste et paraissant s'ennuyer chez elle, on lui prescrivit une promenade en voiture; cette distraction produisit un bon résultat; mais l'amélioration n'ayant pas duré longtemps, on fut obligé de recourir encore au même moyen; cette fois, la malade fut saisie par le froid, et contracta une pleurésie qui la fit succomber au bout de quelques jours. A l'autopsie, on trouva la plaie résultant de l'opération en voie de cicatrisation, mais il y avait des fausses membranes dans la plèvre, et un épanchement purulent du côté correspondant à l'opération.

Lorsque je communiquai ce fait à l'Académie, ajoute M. Cloquet, je soulevai une espèce d'orage, et on m'adressa de nombreuses objections; je répondis alors ce que je serais prêt à répéter aujourd'hui, à savoir, que la vérité doit être prise partout où elle se trouve; pour admettre un fait, il n'est pas nécessaire qu'on puisse l'expliquer.

M. VERNEUIL. Les paroles qui viennent d'être prononcées par M. J. Cloquet montrent la route que les médecins et les physiologistes doivent suivre dans l'étude de l'hypnotisme. Il faut se tenir également éloigné de la crédulité et du scepticisme; il faut étudier ces faits merveilleux de la même manière et par les mêmes procédés que les phénomènes soumis à notre examen ordinaire, c'est-à-dire par des observations précises, circonstanciées, et recueillies avec le même soin que s'il s'agissait d'expériences de physiologie faites dans le laboratoire ou au lit du malade.

J'ai procédé de cette manière dans la semaine qui vient de s'écouler, et je demande la permission de rapporter ce que j'ai vu.

J'ai fait jusqu'à ce jour huit tentatives pour provoquer le sommeil; quatre ont complétement réussi, quatre ont échoué. Deux hommes et six femmes ont été mis en expérience; j'ai réussi sur un homme et sur trois femmes. Dans les cas où rien ne s'est manifesté, je n'ai pas poursuivi l'essai au delà de sept ou huit minutes, au bout desquelles j'ai cru les sujets réfractaires, et j'ai abandonné la partie.

Des trois femmes endormies, l'une avait une vingtaine d'années, une seconde trente-deux, une troisième trente-neuf ans. Le sommeil et l'anesthésie ont été obtenus en moins de cinq minutes, à l'aide d'une petite cuiller d'argent tenue au-dessus des yeux. Deux fois la catalepsie a accompagné l'insensibilité; une fois, au contraire, il y a eu résolution complète des membres. Deux des sujets endormis ont pu tenir une conversation pendant le sommeil; les réponses étaient peu prolixes, lentes, mais très-raisonnables. J'ai constaté l'insensibilité non-seulement à la piqûre et au pincement, mais encore à des explorations qui ne peuvent guère laisser de doute dans l'esprit : telles le chatouillement prolongé de la plante des pieds, l'introduction d'une barbe de plume dans la profondeur des fosses nasales, les contacts légers sur le bord des lèvres fermées, etc. Jamais le moindre mouvement, la moindre contraction réflexe n'a pu faire supposer que ces impressions si intolérables dans l'état de veille avaient été perçues. Or je crois pouvoir avancer qu'il n'y a guère de volonté assez ferme pour triompher complétement des sensations que déterminent le chatouillement de la plante des pieds et l'irritation de la pituitaire. Si on persistait à invoquer la supercherie, je n'essayerais même pas de persuader les incrédules. Aucun des huit sujets précités n'a été soumis à la moindre tentative chirurgicale.

Je rapporterai avec quelques détails une observation plus intéressante que les autres, parce qu'elle a été faite sur un jeune médecin brésilien très-impressionnable à l'hypnotisme, et qui rend très-bien compte des circonstances qui président à la réussite ou à l'échec de l'expérience.

M. F... entrant, il y a quelques jours, chez M. Mathieu, fabricant d'instruments, y vit l'appareil confectionné par ce dernier; il le plaça sur sa tête et ressentit bientôt quelques vertiges : il en conclut qu'il serait facilement impressionné par les procédés de l'hypnotisme. Le soir même, il fit une expérience : une bague en diamant fut placée dans la position convenable, et après l'avoir fixée pendant quatre ou cinq minutes, M. F... s'endormit. Les phénomènes de catalepsie et d'anesthésie étaient très-marqués : les amis du sujet s'alarmèrent de cet état complet d'insensibilité, de la pâleur et de la perte d'expression complète du visage; ils cherchèrent et obtinrent sur-le-champ le réveil.

Une seconde séance fut faite le lendemain : l'anesthésie, promptement obtenue, fut complète; la catalepsie ne persista que d'un seul côté; mais un assistant, qui s'occupe d'ophthalmologie, avait soulevé la paupière et examiné l'œil du côté où se montra la résolution des membres.

Une troisième séance eut lieu, mais je n'en connais point les détails.

On me proposa d'examiner M. F..., j'y consentis volontiers; j'essayai à l'aide d'une cuiller de provoquer le sommeil. Une première séance de dix minutes resta sans succès. Cependant, au bout de ce temps, les traits du visage avaient perdu toute expression; la mâchoire inférieure était pendante; l'immobilité des yeux complète dans le strabisme convergent supérieur. Je suspendis l'expérience, M. F... conserva l'immobilité pendant une minute environ; alors je lui pris le bras et lui parlai; il revint à lui et m'apprit que le sommeil n'était pas complet, mais que si j'avais maintenu quelques instants encore la cuiller devant les yeux, le résultat aurait été obtenu. Nous recommençâmes quelques minutes après. L'expérience cette fois fut prolongée jusqu'à dix-neuf minutes; elle resta sans succès. Deux fois j'avais observé la dilatation de la pupille et les oscillations de la paupière qui annoncent l'invasion du sommeil. Deux fois ces prodromes de l'état hypnotique avaient disparu. Enfin nous cessâmes, et M. F... m'apprit que chaque fois que mon bras, fatigué de tenir l'objet, exécutait quelques mouvements, chaque fois qu'un bruit venait à distraire son attention, le vertige précurseur du sommeil disparaissait subitement, il fallait recommencer comme si rien n'avait été fait.

Le lendemain, nouvelle expérience à l'aide de l'appareil de M. Mathieu. Trois fois, au bout de 11, 14 et 18 minutes, les paupières s'abaissèrent, mais elles se relevèrent bientôt. Enfin, au bout de vingt et une minutes, l'œil et les paupières prirent une fixité absolue. Trois minutes plus tard un léger ronflement nous avertit que le sommeil existait, quoique les yeux fussent largement ouverts. J'attendis encore un peu. A la vingt-septième minute j'abaissai les paupières des deux côtés, et le sommeil continua tranquille. Je constatai l'anesthésie et mis les bras en catalepsie; le pouls était calme ainsi que la respiration; la tête renversée en arrière, la bouche ouverte, le visage sans expression quelconque. J'interrogeai le malade, qui parut ne pas pouvoir répondre. Je frottai la région antérieure du cou pendant quelques instants, et l'articulation des sons devint bientôt possible. Le sujet n'éprouvait aucun malaise; il ne se plaignait nullement de l'attitude prolongée de ses bras; à l'état cataleptique succéda bientôt dans les deux mains et les avant-bras un état de contracture très-manifeste et qui portait surtout sur les interosseux adducteurs, sur les fléchisseurs et les extenseurs des doigts; ceux-ci ne pouvaient plus être ni fléchis ni étendus complétement; ils étaient rigides et avaient l'oscillation vibratoire. Une friction sur le membre droit, main et avant-bras, fit cesser ces phénomènes, que nous laissâmes se continuer dans le membre gauche.

A ce moment la sensibilité cutanée parut se réveiller : il y avait environ douze ou treize minutes que le sommeil durait. La sensibilité tactile reparut la première, l'analgésie persistant encore; puis les piqûres furent perçues à leur tour comme sensation douloureuse; la période d'hyperesthésie paraissait commencer. Je mis un terme à l'expérience, qui avait duré environ trente-cinq minutes depuis le début. Le réveil exigea plusieurs insufflations d'air froid sur les paupières. Enfin M. F..., revenu à lui, nous raconta tout ce qu'on lui avait fait ou dit, car il en avait conservé la mémoire exacte; il ne ressentait aucune fatigue, aucun malaise; l'état hypnotique pour lui n'était pas même dépourvu de charme. Il nous confirma de nouveau l'influence du bruit ou de la distraction sur l'état de vertige qui précède le sommeil; la moindre distraction faisait cesser subitement l'invasion de cet état. Trois fois il avait été sur le point de s'endormir, trois fois il en avait été empêché par un petit incident extérieur. J'avais pourtant eu soin de boucher les conduits auditifs avec du coton, ce qui, soit dit en passant, n'avait paru nullement nuire à l'audition pendant la conversation qui avait été entretenue pendant le sommeil.

Les oscillations exécutées par la plaque brillante de l'appareil employé avaient également été un obstacle au développement des phénomènes. Cependant les oscillations avaient été beaucoup moindres

qu'avec la cuiller tenue à la main. Ce qui est particulièrement intéressant ici, au point de vue du procédé, c'est qu'il avait fallu vingt et une minutes pour amener l'état hypnotique, qui, dans des expériences précédentes, était survenu au bout de cinq minutes environ, et qui la veille même n'avait pu être produit.

M. Verneuil termine en rapportant quelques expériences qu'il a faites sur lui-même, et qui prouvent que le strabisme convergent supérieur prolongé peut, sans produire même le sommeil, permettre à certains muscles de rester contractés sans fatigue pendant un temps deux ou trois fois plus long que cela n'est possible dans les circonstances ordinaires. C'est ainsi qu'il a pu tenir son bras tendu pendant quatorze minutes sans ressentir de lassitude notable dans le deltoïde.

M. RICHARD. Je suis frappé comme nos collègues de cet hypnotisme qui se développe par la convergence forcée des deux yeux. Mais je le suis bien davantage par la propriété remarquable qu'une personne étrangère à l'hypnotisé a de le réveiller par la friction des paupières, de le faire parler en frottant la région laryngienne. Cette personne étrangère porte un nom déjà connu ; c'est un magnétiseur.

M. RICHET. M. Verneuil vient d'engager chacun de nous à faire connaître ses expériences. Je me rends bien volontiers à son invitation, et peut-être celles-ci présenteront-elles quelque intérêt à la Société quand on saura que quelques-unes ont été faites par M. Azam lui-même.

Le jeudi 8 décembre, le lendemain même de la communication de M. Broca à la Société de chirurgie, devant opérer deux malades atteints de fissure à l'anus, je résolus d'essayer la méthode hypnotique. Le premier malade était une femme âgée de quarante-neuf ans, domestique, demeurant rue Jacquard. Voici comment l'interne de service rend compte, dans une note qu'il m'a remise, des détails de l'opération : Cette femme, d'une constitution nerveuse, dit avoir été autrefois très-sujette à des attaques de nerfs. Depuis deux ans environ, ses règles n'ont pas reparu. Après lui avoir demandé si elle voulait consentir à l'expérience, sur sa réponse affirmative, on place à 15 centimètres au-devant de son front, et dans une direction telle que pour le regarder elle est obligée de loucher en dedans et en haut, un flacon vivement éclairé par les rayons du soleil. On lui recommande de fixer plus particulièrement et très-attentivement le bouchon. La malade, très-docile, se prête parfaitement à l'expérience, qui fut prolongée au delà de dix minutes montre en main. Or, les résultats furent à peu près complétement négatifs, car nous n'observâmes ni tremblement des paupières ni oscillations de l'iris; la pupille demeura tout le temps contractée et immobile. La malade, qui ne perdit pas un seul moment sa présence d'esprit, déclara à plusieurs reprises qu'elle ne ressentait qu'un peu de fatigue dans les yeux; quant à la sensibilité, interrogée de toutes les façons, elle était restée aussi intacte que l'intelligence.

On la soumit alors aux inhalations de chloroforme ; au bout de quelques minutes l'anesthésie survint, et l'opération fut pratiquée sans que la malade en eût conscience. Un point important à noter c'est que la malade eut une véritable attaque d'hystérie au début des inhalations, caractérisée surtout par des convulsions cloniques, des pleurs, des gémissements, et par une sorte d'exaltation du sens de l'odorat, qui lui faisait vivement repousser la compresse chargée de chloroforme.

Le deuxième malade était un homme de trente-six ans, le nommé Louis-François G..., épicier, couché au pavillon Gabrielle. Cet homme est d'une rare pusillanimité; plusieurs fois déjà il s'est refusé à l'opération, qu'il redoute à un point qu'on s'imaginerait difficilement. Il paraît très-nerveux et impressionnable au dernier degré ; il tient, dit-il, de sa mère, sujette aux crises de nerfs. Après lui avoir demandé s'il voulait qu'on tentât de l'endormir à l'aide de l'hypnotisme, on renouvela sur lui l'expérience faite sur la malade précédente et dans les mêmes conditions, mais sans plus de succès. Disons cependant que l'iris eut quelques alternatives de dilatation et de resserrement. Après dix minutes de tentatives infructueuses, le malade éprouvant seulement une grande fatigue des yeux sans autres phénomènes, fatigue due à la parfaite docilité avec laquelle il fixait le flacon, demanda à être chloroformé, ce qui fut fait. Le sommeil et l'anesthésie furent obtenus dans peu d'instants, et l'opération de la dilatation fut pratiquée sans que le malade en eût conscience.

Tel est, Messieurs, en substance, le résultat de mes deux premières expérimentations. Le lendemain, je m'apprêtais à les renouveler, lorsque M. Azam, qui était venu rendre visite à mon collègue M. Denonvilliers, voulut bien se charger de les faire lui-même. J'en fus enchanté parce que je craignais de m'y être mal pris la veille, d'autant mieux que M. Azam nous disait que le docteur Braid prétendait avoir toujours réussi, et que lui-même chez les femmes n'avait eu que rarement des insuccès. Deux malades furent donc choisies, toutes deux jeunes et de très-bonne volonté.

La première, jeune fille de seize ans, non encore réglée quoique d'une bonne constitution, était affectée d'une ankylose incomplète du coude, que je devais rompre par la flexion brusque et instantanée. M. Azam appuyant son coude sur l'oreiller, derrière la tête de la jeune fille, lui plaça au-devant du front, à 15 centimètres environ, une spatule en argent lisse et bien polie, en lui recommandant de la fixer. La malade exécuta docilement ce qu'on lui demanda : ses pupilles se contractèrent, puis se dilatèrent alternativement, son visage rougit au bout de quelques minutes, et le pouls sembla se ralentir un peu ; mais ce fut là tout. Après dix minutes d'épreuves, la motilité et la sensibilité ayant été trouvées intactes, nous passâmes à l'autre malade.

Celle-ci était une jeune fille de dix-sept ans, non réglée, atteinte d'une tumeur blanche de l'articulation radio-carpienne gauche. On lui faisait des injections iodées qui la faisaient souffrir, et on lui persuada facilement de se laisser endormir pour lui épargner la douleur. M. Azam procéda de la même manière que pour l'autre; mais au bout de onze minutes on ne put constater le plus léger symptôme d'hypnotisme; seulement cette jeune fille accusait une grande fatigue des yeux.

Malgré ces résultats peu encourageants, je renouvelai deux fois encore ces tentatives le 10 et le 11 décembre ; le 10, sur un homme de trente-six ans qui était venu pour se faire opérer, comme les deux premiers malades, d'une fissure à l'anus par la dilatation. Celui-là, homme plus pusillanime encore que le premier, dirais-je, si cela était possible, était pris d'un tremblement nerveux depuis la veille. Il se prêta avec ardeur à l'expérience, mais sans aucun résultat autre que des oscillations iriennes.

Après douze minutes de tentatives d'hypnotisme, nous l'opérâmes, l'ayant complétement anesthésié par le chloroforme. Enfin, la sixième expérience fut faite sur une jeune fille de seize ans, qui n'avait pas voulu d'abord se laisser endormir par M. Azam, et qui après avoir vu ce dont il s'agissait, se laissa faire très-volontiers. Elle aussi se trouva complétement réfractaire à l'hypnotisme, et ne présenta aucun symptôme digne d'être noté.

Ces résultats sont, on doit le reconnaître, peu encourageants, puisque je n'ai, dans aucun cas, pu obtenir même des effets physiologiques, et cependant je suis bien certain d'avoir opéré suivant les règles d'un bon procédé opératoire, de celui qui a tant de fois réussi entre les mains de M. Azam; et d'ailleurs, les malades étaient, si je puis ainsi dire, des sujets choisis, tous offrant cette exagération nerveuse, cette impressionnabilité qu'on doit considérer comme une des conditions de succès. Mon collègue M. Denonvilliers, qui expérimentait de son côté, n'a pas été plus heureux. Une seule fois il lui a semblé voir un peu de tremblement des muscles du visage, principalement de ceux qui animent la lèvre inférieure, mais rien de plus. Et comme, dans quelques comptes rendus de journaux, il a été dit qu'il avait réussi dans ses expériences, il m'a autorisé à vous affirmer qu'il n'en était rien.

Que conclure de ces faits négatifs? Une seule chose, à savoir : qu'il doit y avoir une grande variabilité dans la production des phénomènes de l'hypnotisme, et que, selon toute probabilité, on ne pourra les faire naître que chez un nombre très-limité de sujets. Or, c'est là, au point de vue de l'application à la chirurgie, une chose qui me paraît importante à noter dès à présent, et dont il faut que les médecins qui répéteront ces expériences soient prévenus, afin de ne point aborder cette étude avec une trop grande confiance, et aussi de ne pas se laisser décourager par des insuccès. Pour mon compte, je me propose de poursuivre ces recherches, et si j'obtiens des résultats, quels qu'ils soient, je m'empresserai de les faire connaître à mes collègues.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Cavasse, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée *Essai sur les fractures traumatiques des cartilages du larynx*. Paris, 1858. In-4°.

—M. le docteur Combalat, chef interne de l'Hôtel Dieu de Marseille, adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée *De la région prostatique et de quelques considérations chirurgicales qui résultent de son étude*. Montpellier, 1859. In 8°.

— M. le docteur Grandclémen (de Clermont-Ferrand) adresse à la Société une observation de syndactylie avec polydactylie. Deux moules en plâtre accompagnent cet envoi. (Commissaires, MM. Chassaignac, Verneuil, Deguise.)

— M. Préterre adresse une lettre où il annonce qu'il a arraché sept dents sans douleur sur des individus hypnotisés. (La lecture de cette lettre est renvoyée à la prochaine séance.)

— La Société a reçu, en outre, par l'intermédiaire de M. Giraldès, le dixième volume des *Transactions of the pathological Society of the London*. Londres, 1858. In-8°.

M. Giraldès signale en particulier dans ce volume un mémoire sur les maladies des dents produites par la syphilis héréditaire.

PRÉSENTATION DE MALADES.

A la fin de la séance, M. Guersant met sous les yeux de la Société deux enfants ; l'un est un petit garçon de cinq ans, qui s'étant, il y a quinze mois, fortement serré la verge avec une ficelle, fut pris de gangrène le troisième jour, à la suite de laquelle la peau et une partie du canal de l'urèthre furent détruites. Aujourd'hui on peut voir que l'urine s'écoule par six trajets fistuleux en même temps que par le canal de l'urèthre.

Le second malade est âgé de huit ans environ, et porte un goître énorme sur les côtés duquel on peut constater de forts battements artériels. La tumeur d'ailleurs augmente chaque jour de volume.

M. Guersant prie ses collègues d'examiner ces deux cas, et demande avis sur ce qu'il convient de faire.

La Société devant se former en comité secret à quatre heures et demie, il est décidé que ces questions seront mises à l'ordre du jour de la séance prochaine.

— La séance publique est levée à quatre heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LYON.

Inoculations syphilitiques.

Une poursuite judiciaire très-récemment dirigée par le ministère public contre deux praticiens de Lyon vient de causer dans la grande famille médicale une émotion assez vive pour que nous ne laissions pas passer ce procès inaperçu. Si la presse médicale s'honore d'avoir si souvent à enregistrer une multitude de faits qui tendent à rehausser l'éclat des services rendus par les médecins, elle doit aussi faire preuve d'impartiale équité en relevant les blâmables errements qui peuvent çà et là échapper à quelques-uns d'entre eux. Dans les circonstances que nous allons rapporter, la conduite thérapeutique qu'ont tenue nos deux confrères nous a inspiré un profond regret, et nous aimons à penser qu'il suffira de rapporter ici ce fâcheux exemple d'abus de pouvoir médical pour éviter à l'avenir le retour de faits analogues.

Voici en quelques mots le résumé de l'affaire ; nous l'empruntons à la *Gazette médicale de Lyon* du 16 décembre :

« Le 4 décembre 1858, un jeune enfant de la Charité, nommé B..., âgé de dix ans, entra à l'hospice de l'Antiquaille pour être traité d'une teigne faveuse confluente qui intéressait tout le cuir chevelu; le malade présentait quelques symptômes de scrofule ; sa santé générale était mauvaise. Pendant près d'un mois, la médication ordinaire appliquée à ce genre de maladie était restée sans effet, lorsque, le 7 janvier 1859, M. Guényot, alors interne des vénériens, demanda au chef de service, M. Gailleton, l'autorisation d'inoculer au malade le pus d'accidents constitutionnels (plaques muqueuses). L'autorisation lui fut accordée, et quatre piqûres furent faites au bras droit du malade. — Pendant un mois, aucun résultat ne se montra ; le 10 février, se manifestèrent deux ulcérations superficielles de deux millimètres de diamètre ; dans le courant de mars, apparut sur le tronc une roséole qui disparut après six jours de durée. Le 9 avril, tout avait disparu ; la teigne s'améliorait, se modifiait d'une façon heureuse. Au mois d'août, la teigne avait complétement disparu ; l'enfant se portait à merveille. »

Dès le 15 avril dernier, M. Guényot, qui est en possession aujourd'hui du grade de docteur en médecine, publia l'observation avec tous ses détails dans un recueil scientifique. M. le ministre de la justice ayant eu connaissance des expérimentations dont l'article faisait mention, ordonna les poursuites, et MM. Gailleton et Guényot étaient cités le 8 décembre à l'audience du tribunal correctionnel de Lyon.

Après l'audition du seul témoin, le jeune B..., M. le substitut du procureur impérial a commencé par déclarer que les efforts de la science étaient dignes du plus grand intérêt, mais que le droit d'expérimenter ne pouvait pas rester sans contrôle, et que la guérison du malade devait être considérée comme le but unique, essentiel et fondamental de l'expérimentateur; puis, après avoir exposé tous les éléments de l'accusation, il a conclu au délit de *blessures volontaires*, soit dans la piqûre elle-même, soit surtout dans ses conséquences.

L'avocat des prévenus, afin de détruire l'opinion que le tribunal aurait pu se faire sur les suites du traitement incriminé, s'est empressé de placer sous les yeux des magistrats une consultation des trois chirurgiens en chef des établissements hospitaliers civils de Lyon et des deux médecins de l'Antiquaille, tendant à prouver que, vu « l'état actuel et l'état antérieur du jeune B..., comparant la santé florissante dont il a aujourd'hui tous les attributs avec la maladie grave, invétérée, rebelle, dont il était affecté, et l'état général déplorable où il se trouvait à son entrée à l'hospice; tenant compte du traitement régulier, méthodique et très-habilement dirigé auquel il a été soumis, » ils estiment « qu'au total un véritable service a été rendu à cet enfant par les médecins qui l'ont traité, et qu'on ne pouvait ni mieux ni plus vite le rendre à la santé. »

L'affaire fut renvoyée à huitaine, et le 15 décembre le tribunal a condamné M. Guényot à 100 fr., et M. Gailleton à 50 fr. d'amende.

La justice, suivant nous, a eu raison de s'élever contre ces expériences, toujours inutiles et très-souvent nuisibles, qui partent d'un principe faux par la base et fatal dans la pratique. Ces expériences, nous les blâmons, et nous faisons tous nos efforts, nous usons de toute notre influence pour éviter qu'elles ne soient recommencées. Qui nous dit que le jeune B..., contaminé dès ses plus tendres années par la main même dont il réclamait l'assistance, ne va pas traîner une vie misérable, étiolée, cachectique ? Qui nous dit que, quoique *se portant aujourd'hui à merveille*, et bien que n'éprouvant plus, nous voulons bien le croire, d'accidents actuels, il ne se trouve pas sous le coup d'une diathèse dont les manifestations apparaîtront dans un certain nombre d'années? Qui nous dit enfin que cet enfant, devenu homme, ne procréera pas des rejetons portant les stigmates si reconnaissables de la souillure paternelle ?

Nous comprenons et nous aimons la bonne confraternité; mais, en vérité, nous pensons que les cinq chirurgiens ou médecins de Lyon dont la consultation a été conçue en termes si favorables, ont été aveuglés par leur bon vouloir. La solidarité bien entendue ne doit pas atteindre ces limites.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La section de physique de l'Académie des sciences a classé de la manière suivante les candidats à la place vacante :

En première ligne, M. Hippolyte Fizeau; en seconde ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Edmond Becquerel, Léon Foucault; en troisième ligne, M. Félix Hervé de la Provostaye; en quatrième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Paul Desains, Jules Jamin, Masson, Verdet, Wertheim.

— La distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux, et la proclamation des élèves externes ou des étudiants qui ont obtenu aux concours d'être admis dans les hôpitaux pour y exercer les fonctions d'internes et d'externes, aura lieu le lundi 26 décembre, à deux heures et demie très-précises, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

— La *Gazette hebdomadaire* nous révèle que c'est à M. le docteur Labric, dont nous avons annoncé la mort récente, qu'est dû le don de 1,000 francs fait à l'Association des médecins de la Seine, et transmis par elle à la veuve d'un de nos honorables confrères mort le mois dernier victime de son dévouement à ses malades.

— La Société médicale du 2e arrondissement a renouvelé son bureau pour l'année 1860.

Ont été nommés : *Président*, M. Arnal; *vice-président*, M. Woillez; *secrétaire général*, M. R. Briau; *secrétaire annuel*, M. Thibierge; *trésorier*, M. Piogez.

Bulletins de la Société anatomique de Paris : Anatomie normale, anatomie pathologique, clinique. 32e année, 1858, 2e série, t. III, rédigé par M. le docteur GALLARD. Paris, chez Victor Masson. Prix : 7 fr.

Médecine mentale. Deuxième étude : *Des causes*, par M. le docteur P. BERTHIER, médecin des Asiles d'aliénés de Bourg. In-8° de 130 pages. Paris, chez Victor Masson. Prix : 4 fr.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 151. — MARDI 27 DÉCEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 151. — MARDI 27 DÉCEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 DÉCEMBRE 1859.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a reçu dans cette séance plusieurs communications dont il nous suffira d'énoncer ici l'objet pour en faire apprécier l'intérêt. Ce sont d'abord une note de M. le professeur Sédillot sur les résections sous-périostées, et un mémoire de M. Colin sur la glycogénie animale dans ses rapports avec la production et la destruction de la graisse ; puis une note de M. Morel sur la formation du type et ses caractères dans les variétés dégénérées, accompagnant l'envoi d'un nouvel ouvrage du même auteur sur les maladies mentales ; une lettre de M. Piorry sur l'hypnotisme, dans laquelle ce savant clinicien réclame la priorité pour l'observation des faits qu'on désigne aujourd'hui collectivement sous ce nom (nous avons déjà fait droit, pour notre part, à cette réclamation); enfin, l'analyse d'un mémoire de M. Budge sur l'anatomie et les fonctions des plexus cœliaques et mésentériques, et une note de M. Th. Gosselin (d'Amiens), sur l'asphyxie par l'acide carbonique, etc.

Dans cette même séance, l'un des secrétaires de l'Académie des sciences de Berlin, M. Encke, a annoncé un fait trop important pour les sciences en général, pour que nous le passions sous silence, bien qu'il n'intéresse pas d'une manière directe la médecine. Il s'agit du projet d'une fondation conçue en vue d'honorer la mémoire de Humboldt d'une manière digne de lui, c'est-à-dire en contribuant dans l'avenir aux progrès de la science, comme il y a contribué dans le passé pendant cette longue vie si noblement employée.

« Ce n'était pas seulement par ses recherches, par ses publications, qu'Alexandre de Humboldt servait la science, dit le prospectus du comité fondateur ; il la servait encore, et d'une manière non moins efficace, par l'appui qu'il prêtait aux savants, par le zèle ardent, infatigable, avec lequel il secondait, dans tous les pays, les efforts scientifiques. Il n'est personne aujourd'hui qui, prenant cette part de la succession d'Alexandre de Humboldt, puisse prêter au progrès, sous toutes ses formes, l'appui généreux qu'il lui accordait ; et cependant il est très-à désirer qu'on puisse étendre au delà de sa vie et perpétuer ce noble côté de sa grande activité. »

Voilà comment est né le projet de réaliser, sous le nom de *fondation Humboldt*, une institution ayant pour but d'assurer un appui efficace à tous les talents éprouvés partout où ils pourront se trouver.

L'Académie de Berlin, qui a accepté la mission d'organiser cette fondation, s'est déclarée prête à tracer un plan et des statuts de la fondation en rapport avec le capital que l'avenir mettra à sa disposition. Elle fait à son tour un appel aux capitaux (1), et s'engage à faire dans six mois un premier rapport public.

Nous avons cru devoir porter à la connaissance de nos lecteurs ce projet digne de toutes les sympathies des savants, et prêter l'appui de notre publicité à la noble entreprise du comité de Berlin. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DOLBEAU.

Enchondrome de l'extrémité supérieure du tibia gauche.

Lorsque je commençai mes recherches sur les tumeurs cartilagineuses, j'avais vu deux ou trois fois seulement de semblables produits. Depuis, j'ai observé un nombre assez grand d'enchondromes ; cela tient à deux choses :

1° Grâce à l'obligeance de plusieurs de mes confrères et de quelques internes des hôpitaux, j'ai pu voir des malades qui portaient des tumeurs cartilagineuses; je possède les observations de plusieurs sujets que j'avais ainsi observés, et j'ai pu souvent faire l'étude anatomique des tumeurs que j'avais examinées cliniquement.

2° Mon attention étant fixée sur ce point de la science, j'ai souvent trouvé des enchondromes qui passaient inaperçus non-seulement des médecins, mais encore des sujets qui les présentaient; c'est ainsi que j'ai donné l'histoire d'un enchondrome du bassin que j'avais rencontré pendant que je remplaçais M. Gosselin à l'hôpital Cochin. Tout dernièrement, j'ai reçu dans le service de M. Richet une jeune femme qui offrait une tuméfaction située au voisinage du genou. Cette malade a été vue par un grand nombre de personnes ; sa maladie a été l'objet d'une série d'erreurs de diagnostic qui m'ont vivement frappé. Au premier examen que je fis de la malade, je déclarai, et cela d'après des signes positifs, que la tumeur appartenait à la classe des enchondromes. Depuis, une opération que j'ai pratiquée m'a permis de démontrer, pièces en mains, l'exactitude de mon diagnostic. Les enchondromes, en effet, ont une physionomie véritablement caractéristique ; quand on a vu quelques-unes de ces tumeurs, on les reconnait ensuite très-facilement. Il y a des signes cliniques ; mais l'habitude a une grande part dans la détermination du produit pathologique. J'ai la conviction qu'à l'avenir les élèves de mon service qui ont pu examiner la malade dont il est ici question, reconnaitront facilement les tumeurs cartilagineuses. Tous ont été frappés des caractères de cette maladie.

Je viens de dire que les enchondromes avaient une physionomie qui permettait de les diagnostiquer facilement. J'ai dit aussi que ces tumeurs présentaient quelques symptômes qui leur sont propres; mais ces signes sont si insignifiants en apparence, qu'ils passeront toujours inaperçus, à moins qu'on ne les recherche tout particulièrement. Pour bien me faire comprendre, je dirai que l'on devine en quelque sorte les enchondromes. A première vue, le chirurgien qui a de l'habitude dit : Ceci pourrait bien être un enchondrome ; c'est alors seulement qu'il recherche les signes caractéristiques de cette maladie. Ces signes sont tirés des caractères physiques de la tumeur. Celle-ci, d'un volume très-variable, est toujours constituée par une masse essentiellement irrégulière, bosselée, mamelonnée. Ces mamelons sont généralement très-nombreux, et par conséquent peu volumineux. Au lieu d'être réguliers, sphériques ou hémisphériques, ils sont comme anguleux, représentent des prismes irréguliers, des pyramides ; ils sont souvent disposés en séries linéaires, forment des sortes de chaînes. Ces mamelons sont très-durs, quoique un peu élastiques ; mais leur densité est telle, qu'on peut parfaitement sentir ces bords, ces angles, ces sommets qui appartiennent à la conformation des bosselures.

Lorsque la tumeur est ancienne, quand elle se ramollit, quand elle s'ulcère même, elle conserve néanmoins tous les caractères de conformation que nous venons d'indiquer. C'est toujours une tumeur bosselée, irrégulière, présentant de petites saillies, de petits enfoncements. A cette époque, la consistance a changé : de dure, la tumeur est devenue plus ou moins molle ; mais quel que soit l'âge du produit morbide, on trouvera toujours, en les cherchant avec soin, un de ces mamelons qui aura conservé tous ses caractères primitifs. Souvent ce sera un petit grain gros comme un pois, quelquefois un véritable chapelet de grains durs et anguleux. Il faut être convaincu de la valeur de ce symptôme pour rechercher de si petits corps dans une tumeur qui a quelquefois un volume considérable. Tout est là cependant. Nous avons sous les yeux une masse molle, bosselée, mamelonnée, ulcérée dans quelques points, douloureuse. Cette tumeur est ancienne, elle est portée par un jeune sujet; il n'y a pas dans la famille d'antécédents de cancer; il se peut que ce soit un enchondrome ramolli. Cherchons. Mais voilà un ou plusieurs grains durs, élastiques ; c'est une tumeur cartilagineuse, on peut l'affirmer. J'ajoute un moyen de diagnostic que j'ai vérifié dans la circonstance actuelle. Ce procédé consiste à ponctionner l'une des bosselures ramollies, et à examiner au microscope le liquide qui sortira ; souvent on rencontre des éléments cartilagineux, et le diagnostic se trouve confirmé.

Ce qui précède trouvera sa raison d'être dans la relation du fait suivant :

B... (Joséphine), piqueuse de bottines, âgée de vingt-cinq ans, est entrée le 12 octobre 1857, à la salle Sainte-Marthe, n° 62.

Cette femme a l'aspect d'une mauvaise santé; elle est pâle, maigre, faible. Cependant elle est bien réglée; toutes les fonctions s'exécutent régulièrement. Pas de syphilis antérieure; pas d'antécédents héréditaires relatifs au cancer.

Voici les renseignements qui nous sont fournis par la malade : elle dit qu'il y a trois ans (1856) une légère douleur, qu'elle compare à une piqûre d'épingle, se fit sentir au-dessous de la rotule gauche. Ce serait là le premier symptôme de la maladie; aucune violence extérieure ne peut être invoquée comme cause de son développement. Cette douleur persista au même degré pendant une année ; mais au bout de ce temps elle augmenta peu à peu, et finit par occuper toute la région antérieure de la jambe et du pied. C'est à la même époque (1857) que l'extrémité supérieure de la jambe devint rouge et augmenta de volume. Il y a sept mois seulement (mars 1859), la malade constata l'existence d'une petite tumeur faisant relief sur le gonflement général et située à la partie externe et inférieure du genou, au niveau du condyle externe du tibia.

Cette petite tumeur, dure et fixée à l'os, augmenta rapidement de volume, se bossela, puis, ayant atteint les dimensions d'une noix, resta stationnaire.

Trois mois plus tard, en juin, une autre tumeur se montra à la partie supérieure et médiane du tibia, à côté de la précédente, mais un peu plus en dedans. Celle-ci suivit exactement la marche de la première; d'abord petite, fixe et dure, elle augmenta de volume, devint irrégulière et se ramollit notablement.

Pendant ce temps, la santé de la malade resta assez bonne; mais les douleurs assez vives, la nécessité de garder le repos, furent autant de causes de dépérissement.

Etat de la malade à l'époque de son entrée. — Fille maigre, pâle, présentant l'aspect extérieur d'une tuberculeuse, quoique cependant le poumon soit sain. Elle vient consulter à l'occasion d'une grande difficulté pour la marche, et surtout à cause de la vive douleur occasionnée par une maladie du genou (*sic*). En ville, on a employé sans succès les vésicatoires, les frictions, etc.

A la partie supérieure de la jambe gauche, on observe une tuméfaction qui pourrait faire croire à une affection articulaire; il n'en est rien cependant. La rotule n'est nullement soulevée, les culs-de-sac de la synoviale ne présentent pas de développement pathologique; du reste, pas de mouvements anormaux de la jointure. Les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse sont empêchés par les douleurs qu'ils provoquent dans la tumeur qui est située immédiatement au-dessous de la rotule, dans la place qu'occupe le ligament rotulien.

Si on passe à l'examen de la tuméfaction, on voit de suite qu'elle est constituée par deux tumeurs principales qui occupent la partie supérieure de la jambe : l'une, qui est la plus volumineuse, est située sur la ligne médiane; elle est fixée sur le tibia, dans la partie occupée par le ligament rotulien; elle a le volume d'un gros œuf. Elle s'arrête en haut au niveau de la rotule. Cette tumeur est elle-même composée de plusieurs mamelons dont l'un fait saillie à la partie interne.

La deuxième tumeur n'a que le volume d'une noix; c'est la première qui ait été constatée par la malade ; elle est située au-dessous et en dehors de la précédente; elle correspond au condyle externe du tibia. Comme la précédente, elle est composée des bosselures juxtaposées.

Ces deux tumeurs sont molles, fluctuantes, recouvertes par une peau amincie, légèrement rouge et un peu adhérente. Si on cherche à apprécier la consistance et les relations de ces tumeurs, voici ce que l'on constate :

Les deux tumeurs sont une dépendance du tibia; elles sont généralement molles et bosselées; mais en les explorant avec soin, on trouve des irrégularités, des crêtes osseuses et des grains durs, anguleux. Ainsi, la grosse tumeur présente un de ces grains vers sa partie antérieure et médiane. On trouve également un chapelet de trois grains à la partie inférieure et interne de cette même tumeur. Deux grains peuvent être sentis sur le devant de la petite tumeur. On perçoit aussi en déprimant les parties molles une portion de crête osseuse, comme si l'os était perforé.

Ces deux tumeurs sont douloureuses au toucher; elles sont le siége d'élancements qui font souffrir la malade.

La marche est très-pénible, les mouvements de flexion sont très-limités ; il semble que le ligament rotulien passe au-devant de la tumeur; mais il est impossible de constater exactement quelle est sa situation.

Voici quel fut le diagnostic : tumeur de l'extrémité supérieure du tibia ayant son siége dans le tissu osseux lui-même, et cela à cause des crêtes osseuses qui peuvent être senties, ce qui prouve que le tissu osseux a été refoulé, puis perforé. Quant à la nature de la tumeur, c'est un enchondrome, parce que la tumeur est bosselée, mamelonnée, parce qu'elle est venue lentement chez une jeune femme sans antécédents de cancer, et enfin à cause des petits grains durs, anguleux, élastiques, que l'on rencontre dans certaines parties de la tumeur. — Cataplasmes; iodure de potassium à l'intérieur.

Quelques jours après l'entrée de la malade, je fais une ponction à la bosselure la plus externe ; il s'en écoule de la sérosité teinte de sang, et contenant des petits fragments de matière gélatineuse blanche. Au microscope, on trouve des cellules cartilagineuses.

(1) Les fonds doivent être adressés à la maison de banque Mendelshon et Cie, de Berlin.

Quelques jours plus tard, deuxième ponction. Mêmes résultats.

Le 25, l'une des piqûres est restée ouverte, le genou est gonflé, la peau est rouge; on constate de la fluctuation autour de la rotule vers la partie externe. Cet os n'est pas soulevé, ce qui prouve que la collection n'est pas dans l'articulation; du pus s'écoule par l'orifice fistuleux.

Le 30, la petite plaie donne toujours passage à du pus. Les téguments sont violacés, noirs dans quelques places; l'épiderme se soulève; il y a menace de gangrène de la peau; douleurs vives, perte du sommeil et de l'appétit.

Les poumons sont trouvés sains, l'amputation de la cuisse est proposée à la malade, qui l'accepte.

Le 3 novembre, l'opération est faite par la méthode à lambeaux, un en dehors, l'autre en dedans. Rien de particulier à noter. Le moignon est réuni par la suture entortillée.

Examen de la pièce pathologique. — Cette pièce a été présentée à la Société anatomique, et tous les détails qui vont suivre ont pu être constatés par un grand nombre de membres.

La peau est amincie, violacée, ulcérée au niveau de la grosse tumeur antérieure. Au-dessous, on rencontre une collection purulente qui occupe tout le pourtour externe de l'articulation; elle est située entre la peau et la membrane fibreuse qui entoure les parties plus profondes. Cette capsule générale est également ulcérée au niveau de la tumeur.

Le ligament rotulien, situé sur un plan plus profond, est réduit à une large membrane qui s'étale au-devant de la tumeur; celle-ci présente tous les caractères extérieurs qui avaient été constatés pendant la vie: bosselures, mamelons, grains durs, crêtes osseuses. Elle est ulcérée à sa partie antérieure, l'ulcère est noirâtre et présente quelques petits caillots.

La dissection montre que la tumeur n'a pas de rapport avec le péroné, les ligaments latéraux, etc.; elle est fixée sur l'extrémité supérieure du tibia, surtout à la partie externe et antérieure.

Une coupe antéro-postérieure de la tumeur et du tibia permet de constater les particularités suivantes:

Toute l'épaisseur de l'os est envahie; il y a cependant à la partie interne à peu près un centimètre de l'épaisseur du tibia qui a été respecté par la production morbide. La portion compacte de la diaphyse de l'os présente un notable développement. Quant à la portion malade, elle présente un aspect très-varié; c'est une surface granuleuse, brillante, présentant par places une teinte grise, dans d'autres une teinte rosée analogue à la confiture de groseilles. Enfin, vers les bosselures ulcérées, le tissu morbide offre une coloration noir-violet; il y a là de véritables épanchements sanguins.

La tumeur est constituée par une masse de grains, en sorte que sa surface ressemble assez bien à la coupe d'une grenade. Ces grains sont gris, réfléchissent la lumière; quelques-uns sont pointillés de rouge. Dans la plus grande partie de la tumeur tous ces grains sont comparables à la gelée de groseilles. En cherchant quels sont les rapports du tissu osseux avec le tissu cartilagineux, on constate que les aréoles du tissu spongieux sont notablement augmentées de volume, et remplis par le tissu cartilagineux. Au niveau de la lame de tissu compacte qui enveloppe l'extrémité de l'os, on remarque que celle-ci a été refoulée par le tissu morbide; mais dans quelques points il y a des perforations. Ceci explique ces crêtes osseuses que l'on sentait, et qui n'étaient autre chose que les bords de ces perforations de la lame compacte par le tissu cartilagineux.

Les grains durs disposés en chapelet étaient formés par des noyaux durs de tissu cartilagineux.

L'articulation est saine; mais à la partie antérieure, là où les deux ménisques inter-articulaires se réunissent sur la surface supérieure du tibia, on observe un petit prolongement de la tumeur, qui fait saillie dans l'articulation en refoulant le cartilage qui revêt la surface articulaire.

L'examen microscopique a montré comme élément de la tumeur des cellules de cartilages petites. Nulle part on n'a pu rencontrer les cellules mères; pas d'éléments fibro-plastiques, pas de tissu fibreux.

Ce qui précède démontre que nous avons observé un véritable enchondrome du tibia; seulement il appartient à une variété spéciale. L'enchondrome, au niveau des os, prend naissance soit dans le tissu osseux, soit entre l'os et le périoste. Pour les os longs, l'enchondrome périostique forme la variété la plus commune. L'enchondrome du tissu osseux s'observe surtout dans les os de la main; il se présente sous la forme d'une masse qui naît au milieu de l'os, se développe, et refoule au-devant de lui le tissu osseux pour s'en former une enveloppe; d'où le nom d'enchondrome avec coque osseuse qui lui a été assigné par Müller. Dans le cas actuel, c'est une autre espèce d'enchondrome osseux, c'est l'infiltration des mailles du tissu spongieux par le tissu cartilagineux, en tout comparable à cette forme d'ostéosarcome dans laquelle on observe une augmentation des mailles du tissu spongieux avec développement dans leur intérieur du tissu cancéreux.

L'état bosselé de la tumeur aurait pu faire croire à un enchondrome du périoste; mais la présence de ces perforations osseuses nous a permis d'annoncer que le chondrome venait de l'intérieur de l'os.

Le 24 novembre: l'observation peut maintenant être complétée, et les détails qui vont suivre ajouteront certainement un grand intérêt à un fait déjà curieux par lui-même.

La malade, qui avait bien supporté son opération, et dont la guérison marchait assez vite, a été prise de sueurs et de diarrhée; puis tous les accidents de l'infection purulente (frissons, accidents thoraciques) se sont montrés, et la malade a succombé au vingt-troisième jour de son amputation.

Autopsie. — Phlébite de la veine fémorale, que l'on trouve remplie de pus. Abcès métastatiques à tous les degrés dans les deux poumons. Tous les viscères ont été examinés avec soin, dans le but de rechercher s'ils ne renfermaient pas quelques productions cartilagineuses; le résultat de cette recherche a été complétement négatif. Cependant notre temps n'a pas été perdu; après avoir passé en revue tous les os du squelette, nous avons trouvé une tuméfaction notable située sur la crête iliaque de l'os coxal du côté gauche. Cette tumeur, qui est constituée par un gonflement de la portion de l'os que nous venons d'indiquer, a une longueur de 14 centimètres; la plus grande épaisseur a 5 centimètres, elle s'étend depuis l'épine iliaque antéro-inférieure jusqu'à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la crête iliaque. Recouverte des parties molles, l'os paraît comme boursouflé; il est bosselé. Mais quand on a tout enlevé, à l'exception du périoste, on voit que l'os est non-seulement tuméfié, mais que sa surface est hérissée de petites saillies très-nombreuses, du volume d'un grain de millet, d'un pois, etc. Enfin, si on détruit le périoste, toutes ces saillies apparaissent, les unes recouvertes d'une lamelle osseuse et les autres libres et constituées par une matière blanc bleuâtre, luisante, de nature évidemment cartilagineuse. Outre cela, on observe dans la fosse iliaque externe quelques bosselures, de petites saillies qui sont formées comme les précédentes par du tissu cartilagineux.

Une coupe faite suivant la direction de la crête iliaque permet de constater les particularités suivantes: l'os est certainement augmenté de volume; les deux lames de tissu compacte qui constituent la crête iliaque sont plus éloignées l'une de l'autre qu'à l'état normal; le tissu spongieux est rouge et assez condensé; mais ce qui frappe surtout, c'est la présence d'un nombre considérable de petits mamelons d'un gris bleuâtre, très-brillants, comparables à des perles, et dont le volume varie entre celui d'un grain de millet et celui d'un gros pois. Ces petits mamelons, évidemment de nature cartilagineuse, sont quelquefois isolés, mais le plus souvent réunis par groupes de quatre à six ou dix. Les plus volumineux sont à la surface; ce sont eux qui constituent les bosselures que nous avons indiquées à la surface de la tumeur. Les uns présentent encore une enveloppe formée par la lame compacte de l'os; les autres ont détruit cette lame et ne sont plus recouverts que par le périoste.

Ces mamelons sont tous très-durs; ils sont comparables aux cartilages diarthroïdiaux; quelques-uns, mais c'est le plus petit nombre, présentent à leur centre de petits points rouges qui sont irréguliers et qui n'ont pas encore la forme bien accusée d'un vaisseau.

En résumé, l'os coxal nous a présenté un bel exemple de l'infiltration cartilagineuse à son premier degré d'évolution, c'est-à-dire non vasculaire, et par conséquent non ramolli.

Sans entrer dans d'autres considérations que nous nous réservons de formuler plus tard, nous appelons l'attention des observateurs sur l'existence simultanée de deux tumeurs cartilagineuses chez le même individu et dans des points différents.

HOPITAUX DE METZ. — M. J. Didion.

Observation d'hydrocéphale chronique acquise traitée par la ponction et la compression.

Malgré les efforts incessants de la chirurgie moderne pour étendre son action et restreindre de jour en jour le nombre des affections incurables, il faut reconnaître combien elle est impuissante encore contre certaines affections. A ce sujet, je me propose de rapporter une observation d'hydrocéphale chronique acquise traitée par la ponction et la compression. C'est un insuccès, il est vrai, mais pour moi les insuccès ont des enseignements d'autant plus précieux qu'ils sont moins souvent révélés.

Le 15 juillet 1857, on m'apporte de Grigy (près de Metz) la nommée Marie S..., âgée de cinq mois vingt-neuf jours, paraissant d'une bonne constitution et d'une bonne santé; mais sa tête est énorme, elle est hydrocéphale. La mère est accouchée naturellement, c'était son troisième enfant. Marie S... a bien pris le sein, et s'est développée dans de bonnes conditions jusqu'à l'âge de deux mois environ. A cette époque, elle est devenue souffrante, se plaignant continuellement, vomissant assez souvent; elle ne dormait pas, et devenait par instants tantôt très-colorée, tantôt très-pâle. Après quatre-vingt-dix-neuf jours de cet état de malaise et de maladie mal définie, elle a été prise de convulsions. Les convulsions étaient peu violentes; les secousses étaient faibles, ayant lieu surtout dans les membres inférieurs et le bras gauche. L'enfant était presque sans fièvre, sans signe de congestion vers la tête. Les convulsions se reproduisirent pendant une dizaine de jours environ.

La petite malade paraissait remise complétement, quand un mois ou six semaines après ces convulsions on crut s'apercevoir que sa tête devenait plus lourde, qu'elle grossissait, et que l'enfant ne la tenait plus droite comme elle le faisait avant: elle avait alors trois mois et demi à quatre mois. Depuis cette époque, la tête n'a cessé de grossir.

Voici l'état actuel: le front est saillant, bombé, projeté en avant. La circonférence occipito-frontale est de 54 centimètres. La distance des deux temporaux, mesurée par une demi-circonférence temporo-pariétale, est de 32 centimètres. Toutes les sutures sont facilement suivies, les os étant écartés par le liquide céphalique. La fluctuation est évidente à la fontanelle antérieure, à la fontanelle postérieure; les yeux, dans un mouvement d'oscillation continue, paraissent déviés de leur axe; ils regardent en bas et en dehors.

L'enfant remue ses bras et ses mains quand on le pique, mais il laisse retomber sa tête en arrière et il ne peut la soutenir. Il digère bien. On le nourrit avec du lait de chèvre, de petites soupes; pouls fréquent, mais pas de fièvre; il ne voit pas.

L'intelligence paraît tout à fait obtuse; aucun sourire sur son visage hébété, aucune marque de compréhension. L'ouïe paraît perdue. Point de toux, jamais de rhumes.

Les membres inférieurs paraissent un peu grêles; les pouces des deux mains sont dans la contraction, pliés vers la paume et recouverts par les autres doigts ordinairement fléchis.

Il s'agissait évidemment d'une hydrocéphale chronique acquise, l'enfant étant né bien portant, l'épanchement ne s'étant produit que consécutivement aux convulsions, à l'âge de deux mois et demi à trois mois. L'épanchement s'était-il produit dans la cavité séreuse arachnoïdienne ou dans les ventricules cérébraux; ou bien le cerveau s'était-il infiltré dans son tissu même? Dans la première et la dernière hypothèse, la tête n'aurait pas pris un développement aussi énorme, aussi rapide; un épanchement dans les ventricules cérébraux me paraissait bien plus probable.

Quelle était la cause de cet épanchement, son point de départ? Y avait-il eu méningite, et dès lors convulsions et hydropisie symptomatiques; ou bien l'hydropisie était-elle primitive, essentielle et point de départ des convulsions? Telle était la difficulté à résoudre pour compléter mon diagnostic. Ayant écarté l'idée de tubercules en face de la constitution des parents et de l'enfant, je m'arrêtai à la pensée d'une hydropisie dans les ventricules cérébraux, soit essentielle, soit symptomatique d'une méningite chronique.

En présence d'une affection manifestement incurable par les moyens médicaux employés si souvent et si inutilement en pareille circonstance, je me décidai, après un certain temps de réflexion, à tenter d'abord la ponction simple et la compression, puis l'injection iodée, si le premier mode opératoire ne donnait aucun résultat.

Le 22 juillet, l'enfant est apporté à la Maternité, où, assisté de mon excellent confrère M. Mahu, je me dispose à l'opérer: je fais placer le petit malade sur l'extrémité d'une table; il pose sur un drap de laine, la tête à peine légèrement soulevée par une alèze, et maintenue par M. Mahu. Je choisis pour lieu de ponction un point de la suture fronto-pariétale gauche, un peu au-dessus de l'endroit où le frontal, le pariétal et le sphénoïde s'articulent; à peu près au niveau de la ligne courbe qui limite la fosse temporale, sur le pariétal et le frontal: armé d'un trocart à ponction abdominale et prenant soin d'éviter une veine superficielle, je ponctionne l'endroit déterminé antérieurement, enfonçant mon trocart de 4 centimètres environ dans la direction des ventricules cérébraux. La tige retirée, il jaillit par la canule un liquide transparent, limpide, incolore.

La tête s'affaisse lentement; l'enfant se plaint à peine, il pâlit bientôt d'une manière remarquable, ses lèvres bleuissent; un peu d'eau fraîche, dont je fais asperger le visage, le ranime. L'écoulement du liquide continuant par la canule, j'en retire plus d'une demi-cuvette. La tête me paraissant aussi affaissée que possible, l'écoulement cessant presque complétement après quelques minutes, je retire la canule en déplaçant la peau et je recouvre la petite plaie d'un morceau de diachylon. La peau du crâne présente alors de nombreuses dépressions sur la ligne des sutures et une très-marquée existe surtout à la fontanelle antérieure: l'enfant est tranquille. Malgré les 750 grammes de liquide obtenus par la ponction, la circonférence occipito-frontale est encore de 51 centimètres, la demi-circonférence temporo-pariétale de 30 centimètres: j'applique une capeline comprimant assez exactement tout le crâne, puis l'enfant est replacé dans son berceau. — Lait coupé avec eau de fleur d'oranger.

Le 22 au soir, le petit opéré se plaint de temps à autre; il dort, se réveillant par instants, jetant un cri, puis se rendormant. Les yeux ont changé d'aspect, ils ont comme repris leur axe normal, ils ne s'enfoncent plus sous la paupière inférieure; la figure semble avoir repris de la régularité. Mais la pupille est d'une mobilité extrême; pendant les plaintes, elle se dilate tout à coup d'une manière remarquable, puis redevient petite; ce fait se reproduit fréquemment et me frappe tout d'abord. Le pouls est fréquent, petit et difficile à compter: il n'y a pas eu de convulsions.

Le 23, l'enfant a mal dormi pendant la nuit, il pleure et gémit: il n'a pas de fièvre. Les yeux sont déjà moins réguliers qu'hier soir et paraissent s'enfoncer déjà sous la paupière inférieure. — Potion calmante du Codex, une cuillerée à café par heure; lait coupé.

Le soir, la fièvre s'est déclarée: plus de 160 pulsations; la tête n'est plus molle sous le bandage, elle paraît de nouveau remplie de liquide. L'enfant a vomi son lait; il n'a pas eu de selle. — Lavement, potion.

Le 24, le visage est meilleur qu'hier soir; mais Marie sommeille continuellement. 156 pulsations; la peau est moins brûlante. — Lavement, purgatif.

Le soir, l'enfant est dans la stupeur; la pupille n'est pas dilatée; les yeux sont fixes et cachés en partie par la paupière inférieure; la tête paraît énorme. J'enlève la capeline, qui n'est pas dérangée, craignant qu'elle ne comprime trop la tête après la reproduction de l'épanchement. L'enfant meurt dans la nuit.

Autopsie seize heures après la mort. — La tête est énorme, elle a repris le volume qu'elle avait avant la ponction. Les deux bosses frontales portent les traces ecchymotiques de la compression exercée par le bandage; la plaie de la ponction est presque fermée.

La peau du crâne incisée est rabattue; les différents os paraissent élargis, peu résistants, séparés tous par les sutures que ferme une membrane fibreuse, résistante.

Je divise les sutures frontale, pariétale, par une incision dirigée d'arrière en avant, et sur le côté gauche de la face de la dure-mère. Après cette première incision, le cerveau apparaît immédiatement, la dure-mère étant accolée intimement aux parois du crâne. La surface de l'arachnoïde est lisse, sans sérosité notable dans sa cavité; la pie-mère est à peine sensible; il n'existe pas la moindre injection à la surface cérébrale; les circonvolutions sont dessinées encore, mais moins profondes qu'à l'état normal.

L'encéphale, coupé sur la partie la plus élevée et la plus interne de l'hémisphère gauche, laisse échapper un flot de liquide limpide, incolore, analogue à celui retiré par la ponction. Examiné par cette incision, l'encéphale paraît formé par deux grandes cavités remplies de liquide; ce sont manifestement les deux ventricules cérébraux qui constituent une immense poche bilobée, séparée en deux par une cloison allongée, distendue, déchirée en plusieurs points, et facile à reconnaître pour la cloison des ventricules. Le cerveau a une épaisseur de 7 à 8 millimètres; la trace de la ponction constitue une petite déchirure à la substance cérébrale, sans trace d'injection ou de vascularisation.

La paroi interne des ventricules est lisse, polie, blanchâtre, présentant en quelques rares endroits un piqueté rouge extrêmement clairsemé, sans vascularisation ou ramollissement adjacent.

Le corps calleux existe, refoulé à la partie supérieure; les couches

optiques, les corps striés, paraissent subsister encore, mais aplatis, infiltrés, ramollis. La portion cérébrale, qui constitue comme le plancher des ventricules, est ramollie et d'une consistance bien différente de celle qui forme leur voûte. Les nerfs optiques sont parfaitement visibles; pénétrant à la base de l'orbite, leur origine se perd dans des tissus infiltrés et ramollis.

Le cervelet existe et ne semble présenter aucune altération. La partie supérieure de la moelle paraît normale.

Je dois à l'obligeance de mon excellent ami et habile collègue, M. Guzy, de pouvoir compléter cette observation par l'analyse du liquide épanché. Cette sérosité limpide, transparente, sans odeur, a une saveur salée bien remarquable; sa densité prise à + 20° par la méthode du flacon, est de 1,023. Elle ne se coagule ni par la chaleur, ni par les acides, donne un léger précipité blanc opalin par l'acide nitrique, blanc verdâtre par la potasse.

Voici sa composition chimique pour 100 grammes :

Eau.	98 gr. 995
Chlorure de sodium.	0 694
Phosphate de soude.	0 045
Mucus, albumine.	0 130
Matière grasse.	0 035
Acide sulfurique. . . . . . . }	
— carbonique. . . . . . . }	0 101
Chaux. . . . . }	
Soude. . . . . }	
Total. . . .	100 gr. 000

Et maintenant, quels enseignements pouvons-nous tirer de cette observation, de cette autopsie? Le fait saillant est évidemment, pour moi, la reproduction immédiate, funeste de l'épanchement dans les ventricules cérébraux. La ponction n'a par elle-même produit aucun accident; il n'y a pas eu de convulsions; il n'y avait pas trace d'inflammation autour du point cérébral déchiré; mais elle a soustrait rapidement un liquide auquel l'organisme s'était lentement habitué, et qui se produit avec une promptitude qui devient fatale; la tolérance n'existe plus, l'enfant succombe à la compression qui détermine ce nouvel épanchement; l'innocuité de la ponction simple en cas d'hydrocéphale chronique n'est donc que relative, elle n'est pas absolue.

Dès lors, si l'épanchement doit se reproduire après la ponction simple, et malgré la compression, il paraît sage d'employer immédiatement les moyens qui peuvent modifier la séreuse ventriculaire, et modérer peut-être la sécrétion qui va se faire. Le résultat obtenu à Bucharest, l'année dernière, par M. le docteur Tournesko, est le seul fait heureux que je connaisse. Notre confrère a pu obtenir une diminution de 12 centimètres dans la circonférence occipito-frontale, chez un enfant de deux mois et demi, après avoir inutilement tenté une ponction simple et avoir eu recours à une injection de teinture d'iode au quart.

Un des points importants pour l'avenir de cette question, c'est le diagnostic de la cause de l'épanchement. Et, par exemple, dans cette observation, la maladie n'était pas réduite au simple épanchement de sérosité dans les ventricules; à part les altérations cérébrales consécutives, n'y avait-il pas un ramollissement de la base, et dès lors quels pouvaient être les effets de l'injection iodée? Si les mouvements n'étaient pas abolis dans les membres, si la sensibilité persistait encore, l'intelligence, la vision, l'ouïe n'étaient-elles pas à jamais perdues?

Il est évident encore que pour agir dans des conditions moins défavorables, il faudrait agir au début de l'épanchement, quand la sérosité commence à distendre les ventricules, à comprimer la substance cérébrale qui les entoure au point de la réduire à une simple enveloppe. Mais qui franchira jamais ces limites, quand déjà on paraît hardi à tenter la guérison de malheureux êtres condamnés à vivre quelques mois, quelques années au plus, privés d'intelligence et de la vie de relation, objets de pitié et d'effroi pour ceux qui les entourent!

DU MASSAGE DANS L'ENTORSE.

Par M. le Dr Elleaume.

Dans le numéro du 1er janvier 1859 de la *Revue étrangère médico-chirurgicale*, j'écrivais, à propos du massage dans l'entorse : « M. le docteur Lebâtard a le grand mérite, selon nous, d'avoir le premier établi des règles fixes pour ce procédé, d'en avoir posé nettement les indications; en un mot, ce chirurgien a doté la science d'une *opération nouvelle.* » Lorsque j'écrivais ces lignes, j'étais convaincu, comme on doit l'être lorsqu'on voit un honnête homme donner franchement son procédé, mettre sa méthode en application au grand jour, et combattre courageusement des préjugés mesquins et ridicules. Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'employer moi-même le massage dans trois cas d'entorse; je vais citer les faits, que je ferai suivre de quelques réflexions.

Obs. I. — C'est un garçon d'un hôtel de la rue Coquillière, qui, en descendant précipitamment un escalier, fait une chute et se donne une entorse de l'articulation tibio-tarsienne droite.

Cet homme se couvre immédiatement de compresses imbibées d'eau froide; mais éprouvant une très-vive douleur, il se fait conduire chez moi. Je le trouve m'attendant au bas de mon escalier; c'est à grand'peine que nous parvenons à le faire monter dans mon cabinet. Là, je constate un gonflement assez notable autour de la malléole externe. Légère teinte noirâtre de la peau, impossibilité de faire opérer aucun mouvement à l'articulation sans arracher une plainte au malade. Aucune solution de continuité dans les parties osseuses. Je commençai immédiatement le massage, en faisant d'abord des frictions légères, puis plus énergiques. Après vingt minutes de massage méthodique, le malade put marcher, en boitant, il est vrai; il descendit seul l'escalier et retourna à pied chez lui soutenu par une canne.

Le lendemain, second massage, après lequel le malade peut marcher sans aucune douleur ni l'aide d'aucun support. Le troisième jour, il vient me revoir parfaitement guéri.

Obs. II. — Mlle Z..., premier sujet à l'Opéra, se donne une entorse à la répétition générale de *Roméo et Juliette*, le samedi 3 septembre.

Le lendemain matin je vois la malade, qui a passé une nuit très-agitée, à cause des douleurs extrêmement vives qu'elle éprouve dans le pied gauche. C'est à ce point qu'elle ne peut supporter la pression des couvertures du lit. Tout le côté externe de l'articulation est le siége d'un gonflement considérable, gonflement qui, passant au-devant du tarse, gagne un peu le côté interne du pied. La peau a une teinte ecchymotique; impossibilité absolue de faire exécuter aucun mouvement du pied; la pression elle-même est douloureuse.

La malade se désole parce qu'elle craint de ne pouvoir danser à la première représentation, qui doit avoir lieu dans trois jours, c'est-à-dire le mercredi 7 septembre.

Je fais un premier massage d'une demi-heure avec grande douceur au début, à cause de la sensibilité, qui diminue bientôt progressivement. Je vois, à mesure que l'opération avance, le gonflement disparaître en partie, à ce point que la malade peut imprimer au pied quelques mouvements.

Le lendemain, je trouve la malade très-satisfaite. Quelques heures après le massage de la veille, elle a pu faire quelques mouvements. La sensibilité a disparu en grande partie; la nuit a été bonne. Je fais un second massage, à la suite duquel la jeune femme peut faire le tour du salon sans le secours d'aucun bras.

Le 6 septembre, je trouve la malade se promenant dans son appartement, et opérant avec la plus grande facilité les mouvements d'extension forcée des pieds, mouvements appelés en style de danse, je crois, *faire des pointes*. Trouvant encore un très-léger gonflement en avant de la malléole, je propose un troisième massage que la malade refuse, de crainte d'être fatiguée pour le lendemain. Le mercredi elle dansait et était applaudie.

Obs. III. — Mlle D... se donne, il y a un mois, une entorse du pied gauche, à la campagne, dans les environs de Moulins. Là, elle est soignée par les moyens ordinaires : repos au lit, eau blanche. Au bout d'un mois de ce traitement, éprouvant toujours une grande gêne dans les mouvements du pied et une douleur assez vive dans le genou, ses parents la ramènent à Paris et me font demander le 4 octobre.

Je trouve un gonflement assez prononcé autour de la malléole externe; gonflement s'étendant sur le cou-de-pied. Quant au genou, audevant du ligament rotulien, on voit une ecchymose résultant d'un épanchement de sang survenu à la suite de la chute qu'a faite cette jeune fille, et qui a porté en partie sur le genou. Je pratique successivement deux massages, l'un sur le pied, l'autre sur le genou.

Le lendemain, ma jeune malade m'annonce que la douleur du genou, qui l'inquiétait beaucoup, avait complétement disparu. Comme il existait encore un peu de gêne dans les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne, je fais un second massage dans cette région.

Le troisième jour, je revois ma malade, qui va parfaitement bien et qui doit rentrer le lendemain à sa pension.

Tels sont les trois cas que j'ai eu l'occasion d'observer en un court espace de temps. J'ai obtenu trois succès, dont deux sur des entorses récentes, et le troisième sur une entorse de plus d'un mois. Il est un point sur lequel je veux attirer tout particulièrement l'attention.

Il y a deux choses qui frappent dans l'entorse : c'est la douleur et le gonflement. Ce gonflement varie; généralement, il est assez considérable pour déformer presque complétement le pied, pour faire disparaître toutes les saillies qui se trouvent dans cette région. Il y a là une distension des tissus par suite d'un épanchement de sang plus ou moins considérable; il semble que cet épanchement soit la cause de la difficulté et même de l'impossibilité que rencontrent les malades pour imprimer quelque mouvement à leur articulation. Il n'en est rien cependant. Si dans l'entorse la marche est impossible, cela est dû à la douleur, et l'accumulation du sang sous les tissus n'apporte aucun obstacle, ou tout au moins un obstacle à peine sensible à la marche. Un fait extrêmement curieux que m'a communiqué mon excellent ami le docteur Lebâtard, prouve complétement ce que j'avance.

Obs. IV. — M. le comte de B..., paraplégique depuis plusieurs années, se tord violemment le pied gauche et n'en éprouve aucune incommodité ni aucune douleur; il n'y aurait apporté nulle attention, si le lendemain il n'eût remarqué un gonflement considérable autour de l'articulation tibio-tarsienne. Le médecin appelé comprenant que cet épanchement circumarticulaire est le résultat de l'accident arrivé la veille, fait appeler M. Lebâtard. Les mouvements de l'articulation sont parfaitement libres et ne provoquent aucune douleur. Le massage fait bientôt rentrer tout dans l'ordre, et ce malade guérit de son entorse.

Voici donc un malade dont la sensibilité est éteinte depuis longtemps; il se donne une entorse; il existe autour de l'articulation un gonflement considérable, qui ne provoque aucune douleur, même lorsque l'on imprime des mouvements au pied malade; n'est-ce pas une preuve incontestable que la difficulté de la marche ne doit pas être attribuée au gonflement, mais bien à la douleur?

Nous devons nous demander maintenant quelle est la cause de la douleur? On a invoqué la distension forcée des ligaments, la déchirure de quelques fibres ligamenteuses ou de la synoviale. On ne peut admettre la distension forcée des ligaments, car il paraît prouvé aujourd'hui que le tissu fibreux est insensible, ou tout au moins jouit d'une sensibilité très-obtuse, ce qui ne pourrait expliquer les douleurs atroces dont se plaignent certains malades. La déchirure de quelques fibres ligamenteuses, ou même de la synoviale, me paraît extrêmement rare, et c'est plutôt là une complication de l'entorse. Mais en admettant pour un moment que cet accident existe dans la grande majorité des cas, les faits viennent démontrer que ce n'est pas encore là la cause principale de la douleur.

M. le docteur Lebâtard a eu l'occasion d'être appelé plusieurs fois pour des gonflements tels de l'articulation tibio-tarsienne qu'il était impossible de s'assurer s'il y avait là entorse simple ou fracture par arrachement de la malléole. Il employa alors le massage comme moyen de diagnostic, et lorsque l'engorgement eut disparu en grande partie, l'on put constater une fracture d'une malléole; mais aussi la douleur, qui était extrêmement vive, avait presque complétement disparu. Ces faits semblent nous prouver que la douleur n'est pas causée par la dilacération des ligaments et de la synoviale. Nous pensons, d'après ce que nous avons vu, d'après les faits qui nous ont été communiqués par l'homme qui voit plus de cent entorses dans son année, par le docteur Lebâtard, que la douleur est le résultat de la distension des tissus et des nerfs par l'épanchement sanguin. On peut en effet remarquer que la douleur est d'autant plus vive, que le gonflement est plus considérable. Puis comment pourrait-on expliquer que le massage fait disparaître tous les accidents dans l'entorse, aussi bien la douleur que les autres accidents, si l'on admet que la douleur est le résultat de quelque déchirure? D'un autre côté, à mesure que le gonflement disparaît, vous voyez la douleur diminuer.

Cette sensibilité, on le comprend, doit jouer un grand rôle dans l'opération du massage, puisque nous voyons des entorsés dont on ne peut toucher le membre malade sans leur arracher des cris; aussi faut-il, en pareil cas, dans la main du chirurgien, une légèreté, une souplesse qu'une grande habitude, et par conséquent une grande pratique, peuvent seules donner. Je dois donc attribuer les succès que j'ai obtenus aux excellents conseils, je dirai plus, aux savantes leçons théoriques et pratiques du docteur Lebâtard.

Enfin, une dernière remarque à propos de la douleur, c'est qu'après quelques minutes de massage, sous l'influence des frictions méthodiques, la sensibilité s'émousse, et le chirurgien peut alors employer une plus grande force sans provoquer les plaintes du malade.

Il y aurait beaucoup d'autres considérations intéressantes sur l'entorse, dont l'étude, nous devons le dire, laisse beaucoup à désirer, sur le massage lui-même, qui est un moyen précieux dans un grand nombre d'autres affections, telles que certains engorgements, quelques douleurs névralgiques ou rhumatismales, etc. C'est une étude entièrement neuve, et sur laquelle le docteur Lebâtard se propose de faire paraître prochainement un travail qui ne peut manquer d'être fort intéressant et très-utile.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 décembre 1859. — Présidence de M. de Sénarmont.

Résections sous-périostées. — M. C. Sédillot communique une nouvelle note sur ce sujet.

Les belles expériences de l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie, dit-il, ont ouvert à la chirurgie des voies nouvelles, et de nombreux exemples d'évidement avec régénération osseuse, ont démontré les avantages de cette méthode opératoire. La même certitude n'existe pas au sujet de la reproduction des os complétement réséqués sur l'homme dans une portion de leur longueur, avec conservation du périoste. Beaucoup d'observations de ce genre ont été publiées, mais elles ne sont en général ni authentiques ni probantes, et l'art en attend et en réclame de nouvelles pour être fixé sur la valeur des résections sous-périostées.

J'ai fait, comme tous les chirurgiens, une foule d'amputations avec conservation d'une sorte de fourreau périostique destiné à envelopper l'extrémité osseuse, et jamais je n'ai vu aucun travail de reproduction s'accomplir dans cette véritable gaîne périostée. Les opérations d'évidement que j'ai pratiquées laissaient deux lambeaux périostiques libres et intacts sur les bords de la plaie. Jamais ces lambeaux n'ont pris part à la régénération osseuse.

Les ouvriers atteints de nécrose des maxillaires supérieurs par l'action des vapeurs phosphorées ont été soumis à des ablations très-étendues et quelquefois complètes des os convertis en séquestres; mais la régénération d'un nouvel os n'avait pas lieu.

Ces quelques observations cliniques semblent démontrer la grande difficulté des régénérations osseuses sous-périostées chez l'homme.

Il a été communiqué récemment à l'Académie une observation de résection sous-périostée du coude, suivie de régénération osseuse, observation qui, suivant l'auteur, « réfute d'elle-même les diverses objections qu'on a pu, tout récemment encore, adresser à ce mode de résection, et en particulier celle qui se fondait sur le danger d'appliquer à l'homme malade les données obtenues sur les animaux sains. »

Nous croyons cette observation peu probante. D'après les chiffres indiqués, l'humérus aurait perdu 8 ou 9 centimètres de longueur et le cubitus et le radius de 3 à 4 centimètres. Pourquoi n'avoir pas remplacé ces mesures approximatives, et dès lors fort contestables, par des chiffres exacts? Pourquoi n'être entré dans aucun détail sur cette particularité peu commune d'une résection faite à des hauteurs si différentes sur le cubitus et le radius. On pratique ordinairement la résection radio-cubitale sur un même plan, pour régulariser les rapports de la nouvelle articulation, et dans un cas où l'humérus était si gravement atteint (8 à 9 centimètres) et le radius également carié fort loin (3 à 4 centimètres), on comprend mal comment le cubitus avait échappé aussi exceptionnellement aux progrès de l'affection, qu'à peine la totalité de l'olécrâne avait dû être enlevée.

Ces obscurités sont regrettables sans doute, mais on s'étonne davantage d'entendre avancer que le raccourcissement du membre devait être égal à la somme des longueurs osseuses réséquées aux bras et à l'avant-bras. Comme l'humérus et le cubitus sont superposés dans une étendue de 3 centimètres, on peut enlever 3 centimètres du cubitus sans diminuer de 1 millimètre la longueur totale du membre, puisqu'après la résection les extrémités osseuses sont placées bout à bout et restent quelquefois même assez éloignées l'une de l'autre. C'est donc une erreur que de supposer le raccourcissement définitif égal aux portions de l'humérus et du cubitus enlevées, et l'excès de longueur de 2 centimètres qui est signalé, s'explique très-bien par l'existence d'un tissu fibreux interposé, la présence de quelques stalactites osseuses et les difficultés de mesurer avec une grande précision un membre soumis depuis quelques mois seulement à une résection du coude.

Nous désirons vivement, comme tous les chirurgiens, voir confirmer les avantages des résections sous-périostées ; mais, avant de les admettre, nous en demandons la démonstration clinique. Il ne s'agit pas de savoir si le périoste produit du tissu osseux : le fait est incontestable. La question est celle de la régénération des os comme forme et comme fonctions à la suite des résections sous-périostées ; le professeur Heine de Wurzbourg l'avait posée en 1836, et avait inventé des instruments et un mode opératoire spéciaux pour obtenir sur l'homme les résultats si remarquables dont il avait été témoin sur les animaux. Depuis ce temps néanmoins, malgré la haute impulsion donnée à ces recherches par M. Flourens, aucun fait certain de régénération osseuse complète sous-périostée n'a été produit, sans en excepter l'observation nouvelle, et la chirurgie invoque encore à ce sujet de nouvelles preuves.

Glycogénie animale. — **M. G. COLIN** communique un mémoire ayant pour titre : *De la glycogénie animale dans ses rapports avec la production et la destruction de la graisse.*

L'auteur, en terminant son mémoire, donne, dans un résumé, les conséquences qui dérivent de ses recherches relativement : 1° au *chyle*, 2° à la *lymphe*, 3° au *sang*, 4° au *foie*. Celles qui ont rapport à ce dernier organe sont exposées par lui dans les propositions suivantes :

Le sucre du foie dérive manifestement, au moins en partie, des aliments sucrés ou féculents, comme le sont ceux des espèces herbivores ou à régime mixte. Alors il est amené à cet organe par la veine-porte et par l'artère hépatique.

Il paraît être aussi un produit de la transformation des matières grasses, qui s'accumulent dans les cellules hépatiques et dans les espaces intra-cellulaires.

Ce sucre se montre en proportion beaucoup plus considérable chez les animaux qui ont de la graisse que chez ceux qui sont à peu près dépourvus de cette substance. Néanmoins, au delà d'une certaine limite sa quantité n'augmente plus ; elle baisse même très-notablement dans les foies qui ont subi la dégénérescence graisseuse.

Chez les animaux qui n'ont plus de tissus adipeux à résorber, le sucre diminue dès les premiers moments de l'abstinence et disparaît très-vite.

Au contraire chez les animaux gras il se renouvelle et se maintient à un chiffre élevé, quoique la privation d'aliments soit de longue durée et tant que la température du corps demeure à peu près au degré normal. (Commissaires, MM. Chevreul, Cl. Bernard, Fremy.)

Type et caractères des variétés dégénérées. — **M. MOREL** adresse une note sur la formation du type et ses caractères dans les variétés dégénérées.

Il résulte des considérations émises dans cette note et de l'étude des variétés dont l'auteur a donné les types :

1° Le type est la manifestation extérieure des caractères auxquels on peut reconnaître que les individus appartiennent à telle ou telle variété dégénérée.

2° Il importe de chercher ces caractères dans trois ordres de déviations maladives : les déviations de l'ordre physique, celles de l'ordre intellectuel et celles de l'ordre moral.

3° Les individus qui appartiennent à telle ou telle variété se ressemblent tous par les caractères qui tiennent à ces trois ordres de faits.

4° Un des caractères les plus saillants et à l'aide duquel M. le professeur Flourens a trouvé le caractère du genre, est celui de la *fécondité bornée*. Rien de plus frappant que les anomalies de la fécondité dans les variétés dégénérées. Les unes sont capables d'être fécondées, les autres ont une fécondité bornée. Il en est de complétement stériles.

5° C'est dans la nature de la cause qu'il faut chercher les dissemblances du type entre les individus de telle ou telle variété.

Dans certains cas, le type ne se constitue que progressivement à la deuxième ou troisième génération, lorsque rien n'a été tenté pour remonter le cours ascendant des phénomènes régénérateurs. Il arrive de là que les individus issus d'une même cause dégénératrice commencent par offrir entre eux les dissemblances les plus frappantes. Leurs descendants seuls sont *typiques* et se ressemblent entre eux.

6° Lorsque la cause est intense, ainsi que cela se voit dans la production du crétinisme, et dans les cas d'intoxication alcoolique des parents, le type peut être créé de *toutes pièces* déjà dans la première génération.

A plus forte raison ce phénomène de transmission typique identique est-il évident lorsque le type préexiste chez les parents et que ceux-ci ne sont pas stériles. Cela se voit pour les scrofuleux, les phthisiques et autres variétés maladives.

Je viens de parcourir, ajoute l'auteur, dans l'intérêt de ces études spéciales, la Savoie et le midi de la France. J'ai pu me convaincre que la similitude des causes produit en tous lieux la similitude des types. Seulement il est tel pays où une cause étant spéciale au sol, aux habitudes, à l'hygiène des populations, produit telle variété qui ne se retrouve pas ailleurs. Le midi de la France est préservé de l'alcoolisme, et je n'y ai pas retrouvé les variétés que j'ai signalées dans la Meurthe et dans la Seine-Inférieure. D'un autre côté, c'est dans les lois de la fécondité continue qu'il faut chercher les causes de la propagation plus grande des variétés dégénérées dans tel milieu plutôt que dans tel autre, ainsi que les caractères du type qui leur appartient.

L'auteur adresse en même temps que ce manuscrit un ouvrage imprimé, son *Traité des maladies mentales*, et y joint une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail. (Commission pour les prix de médecine et de chirurgie pour 1860.)

— **M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL** présente au nom de l'auteur, M. J. Budge, un mémoire écrit en allemand et ayant pour titre : *Recherches anatomiques et physiologiques sur les fonctions des plexus cœliaques et mésentérique.*

Les résultats des recherches anatomiques qui se rapportent à des mammifères, des oiseaux et des batraciens, sont figurés dans plusieurs planches exécutées avec beaucoup de soin. Quant aux résultats des recherches physiologiques, nous nous contenterons de mentionner les plus saillants, qui peuvent être énoncés de la manière suivante :

« Après l'extirpation des ganglions cœliaques et du ganglion mésentérique, les matières fécales sont molles, approchant plus ou moins de l'état de diarrhée.

» Ce ramollissement dépend d'une transsudation des vaisseaux dans l'intestin.

» Il y aussi sécrétion très-abondante de mucus et de sang.

» Les évacuations ne se font plus qu'avec douleur.

» Par suite de l'extirpation des ganglions de l'abdomen, le mouvement péristaltique du gros intestin est augmenté.

» L'irritation de ces ganglions détermine une forte contraction des fibres musculaires du gros intestin. »

— **M. PIORRY** adresse une réclamation de priorité pour l'observation des faits qu'on désigne collectivement sous le nom d'*hypnotisme*.

« Dès l'année 1816, j'ai établi, dit-il, dans le *Journal de la Vienne*, que les passes dites magnétiques agissaient alors qu'elles provoquaient le sommeil, en modifiant les organes de la vision et de leurs nerfs. Vers 1828, j'ai publié un mémoire sur la migraine ophthalmique, dans lequel j'ai fait voir que la lecture ou l'action de fixer les corps lumineux pendant la digestion, ou lorsque la faim est trop prononcée, déterminent une série de phénomènes nerveux, tels que la vue d'un demi-cercle lumineux et coloré, bleuâtre, inégal, vacillant, s'élargissant peu à peu en même temps qu'il pâlit durant quelques minutes, et à la suite de l'apparition duquel ont lieu d'atroces douleurs de tête et d'insupportables vomissements.

« De 1828 à 1833, j'ai fait des leçons et recueilli des observations nombreuses sur ce sujet. Dès lors j'ai proposé une théorie rationnelle soit des phénomènes précédents, soit des accidents symptomatiques réunis sous les dénominations d'épilepsie et d'hystérie. En 1833, dans la *Clinique médicale de la Pitié* (page 322), j'ai mentionné l'histoire d'une jeune fille devenue épileptique pour avoir fixé le soleil... »

Après plusieurs autres citations que nous ne pouvons, faute d'espace, reproduire en entier, M. Piorry continue dans les termes suivants :

« Il résulte manifestement de ces dates et de ces travaux :

» 1° Que depuis 1828 j'ai établi l'influence de la vision ou de la vue des corps très-lumineux sur la production du *cercle vibrant* observé dans la migraine ophthalmique, sur la manifestation de l'*épilepsie* et même de la *catalepsie*. (J'ai même établi que l'hystérie prenait le caractère épileptique seulement dans les cas où le mal parvenait à la rétine.)

» 2° Que j'ai noté dès 1833 que les phénomènes dont il s'agit étaient dus à une vibration spéciale que l'on fait parfois cesser en agissant sur l'œil par l'obscurité, l'extrait de belladone, ou en faisant porter des lunettes. Je provoque à volonté sur autrui et sur moi-même l'apparition du cercle lumineux de l'iris en regardant fixement les objets, ou par la lecture, de la même façon que l'on produit l'hypnotisme en faisant attentivement regarder un corps brillant.

» Je terminerai cette lettre par une simple remarque ; c'est que plusieurs épileptiques observés par moi ont eu de nombreuses attaques après l'apparition d'un premier accès survenu à l'occasion de la vue d'une lumière vive. Il pourrait donc ne pas être sans danger, au point de vue de la reproduction ultérieure des attaques, de provoquer l'hypnotisme chez des individus névropathiques. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La séance de distribution des prix aux internes et aux externes des hôpitaux, et la proclamation des élèves internes et externes nommés aux derniers concours, ont eu lieu aujourd'hui lundi, sous la présidence de M. le directeur général de l'assistance publique. Les discours ont été prononcés par M. Mesnet, au nom du jury du concours de l'externat ; par M. Giraldès, au nom du jury du concours pour les prix des externes et de l'internat ; par M. Broca, au nom du jury pour les prix des internes. Dans une allocution parfaitement sentie, M. le directeur général a rappelé les pertes récentes faites par l'administration en la personne de MM. Baron, Gillette et Labric père.

Nous avons donné dans nos précédents numéros les listes des lauréats et celles des internes et des externes nouvellement nommés ; nous n'aurions donc pas eu à revenir sur cette séance, s'il ne s'y était produit un fait aussi insolite que regrettable. Un chirurgien des hôpitaux, que la presse a trop souvent traité en enfant gâté, a cru devoir, à propos des prix des internes, prendre à partie un des internes les plus distingués de nos hôpitaux, qui n'était pas là pour se défendre, et qui d'ailleurs n'aurait pas eu le droit de le faire. Cette portion de son discours a été accueillie par des murmures à peu près unanimes.

— On nous assure que, dans sa dernière session, le Conseil général de la Seine a voté, sur la demande de M. le préfet, une somme de 10,000 francs pour subvenir au traitement d'un médecin-inspecteur des aliénés de la Seine, qui devra entrer en fonctions le 1er janvier 1860.

— A la liste que nous avons déjà donnée des médecins militaires partis ou près de s'embarquer pour l'expédition de Chine, nous devons ajouter M. le docteur Léo Béchade, médecin-major du 1er régiment de hussards.

Le Gérant, Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finit le 31 décembre sont priés d'envoyer sans retard le prix de leur renouvellement. — Un mandat de poste au nom du directeur de la GAZETTE *est le mode de payement le plus sûr et le plus prompt.*

Nous les prions instamment de joindre à cet envoi une bande du Journal, après avoir rectifié les erreurs s'il y en avait.

Les abonnés de la Belgique voudront bien s'adresser, pour leur renouvellement comme pour les réclamations qu'ils auraient à faire, à M. DECQ, *libraire à Bruxelles, rue de la Madeleine*, 9 ;

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN frères, *libraires, à Genève ;*

Ceux des autres Etats, aux libraires ou *aux directeurs des postes de leurs pays.*

PARIS, LE 28 DÉCEMBRE 1859.

Séance de l'Académie de Médecine.

Conformément à la décision prise par l'Académie dans la dernière séance, les deux commissions du choléra se sont réunies et ont arrêté qu'elles présenteraient prochainement un rapport commun. Nous avons accueilli avec plaisir cette déclaration, par laquelle M. le président a ouvert la séance.

Pendant que l'Académie continuait son œuvre de renouvellement annuel, MM. Devergie et de Kergaradec ont successivement occupé la tribune : M. Devergie pour lire un rapport sur un mémoire de M. le docteur Demarquette, relatif aux maladies des mineurs; M. de Kergaradec, pour rendre compte d'un travail de M. le docteur Halléguen sur la salubrité publique de l'arrondissement de Châteaulin. Ce dernier rapport a fourni à M. de Kergaradec l'occasion d'exprimer un vœu, que l'Académie a accueilli avec faveur ; c'est que l'institution des conseils d'hygiène publique et de salubrité, créée par le décret du 18 octobre 1848, et qui n'est en vigueur que dans un petit nombre de départements, soit généralisée dans toute la France, et qu'une impulsion nouvelle, émanant de l'influence morale de l'Académie, mette ces conseils à même de rendre tous les services qu'on est en droit d'en attendre.

Sur la proposition de M. Tardieu, l'Académie a décidé que le rapport de M. de Kergaradec serait envoyé à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, qui trouvera sans doute, dans l'expression de ce vœu et dans l'appui de l'Académie, un motif suffisant pour imprimer une nouvelle activité à cet important service. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. HUGUIER.

De l'allongement œdémateux du col utérin, et de son diagnostic différentiel avec l'hypertrophie sous ou intravaginale de cet organe.

(Observation recueillie par M. Amb. DELAUNAY, interne des hôpitaux.)

En rapportant le cas d'œdème avec allongement du col, que j'ai observé dans le service de M. Huguier, je crois devoir le comparer aux deux cas de M. Herpin, de Genève (*Gazette médicale*, 1856), avec lesquels il présente la plus grande analogie. Je chercherai à prouver que l'allongement, sur la nature duquel ce médecin a hésité, n'est et ne peut être qu'un allongement œdémateux, et j'indiquerai les caractères qui distinguent l'hypertrophie intravaginale du col de l'œdème de cette partie.

Œdème du col pendant la grossesse. — Rétroflexion; réduction spontanée suivie d'antéflexion. — Éclampsie avec albuminurie au sixième mois. — Avortement provoqué. — Péritonite. — Mort.

D..., âgée de vingt-huit ans, entrée à l'hôpital le 13 juin 1859, raconte qu'elle a été réglée abondamment et exactement depuis l'âge de treize ans. Elle a eu deux accouchements faciles et deux fausses couches. Depuis trois mois ses règles n'ont pas paru, et elle éprouve dans le ventre et dans les reins quelques tiraillements; enfin, le 5 juin, à la suite d'une longue course, elle se sent très-fatiguée et voit paraître à la vulve une tumeur, qui donne un peu de sang, qui ne rentre pas spontanément, mais que l'on peut facilement réduire. C'est en vain que la malade essaye de travailler, la fatigue et les tiraillements sont tels qu'elle se décide à venir à la consultation le 13 juin.

Le toucher fait constater que le col est assez bas, transporté contre la symphyse du pubis, mais tellement modifié, qu'on a peine à le reconnaître; il est gros, entr'ouvert, et si mou qu'on le distingue mal des parois vaginales. Il peut, d'après M. Huguier, être comparé à un polype muqueux flottant dans le vagin.

A la partie postérieure et inférieure du vagin, entre ce conduit et le rectum, on reconnaît une tumeur descendant presque aussi bas que le col, et formée par le corps de l'utérus considérablement augmenté de volume et en rétroflexion complète. Bien que ce corps soit très-mou, bien que le ventre et les seins n'aient pas grossi, M. Huguier considère comme possible une grossesse, malgré les dénégations de la malade, et reçoit celle-ci dans ses salles, afin de pouvoir mieux la suivre.

État actuel, 14 *juin* — La malade, dont l'état général est bon d'ailleurs, se plaint de douleurs lombaires qui augmentent quand elle est assise et disparaissent quand elle est couchée. La défécation et la miction se font sans troubles. Flueurs blanches abondantes, surtout depuis quinze jours, constituées par un liquide clair et presque séreux. La malade accuse une sensation de ballottement dans le ventre quand elle se couche d'un côté sur l'autre; cette sensation s'explique très-bien par la grande mobilité de l'utérus. En effet, M. Huguier, en touchant, ne trouve plus l'utérus en rétroflexion, mais bien au contraire dans l'antéflexion ; le corps de l'utérus est mou et fortement incliné en avant, faisant saillie dans le cul-de-sac antérieur et remontant à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse, tandis que le col, courbé en haut et en arrière, remplit la concavité du sacrum ; mais le surlendemain le corps a de nouveau basculé en arrière, et la malade assure qu'elle-même a eu la conscience de ce changement de position au moment où il s'est produit.

Que si avant d'examiner les organes génitaux, on a eu soin de faire marcher la femme, on voit alors paraître à la vulve une tumeur qui sort toutes les fois qu'elle éprouve de la fatigue, qu'elle porte un fardeau, et surtout quand elle s'accroupit pour aller à la selle; cette tumeur est facilement réductible, et présente les caractères suivants :

Elle a la forme d'un ovoïde dont la grosse extrémité tournée en bas fait hors de la vulve une saillie de trois centimètres, et dont la petite extrémité se continue en haut avec le corps de l'utérus, en pénétrant dans le vagin, qui lui forme une gaîne cylindrique, moins étendue en avant, où le doigt rencontre bientôt le fond du cul-de-sac antérieur; plus profonde en arrière.

Le col, ainsi augmenté à la fois et d'épaisseur et de longueur, mesure 7 centimètres en avant de son extrémité libre au fond du vagin, et 9 centimètres en arrière.

Le museau de tanche présente une fente transversale profonde qui le sépare complétement en deux lèvres épaisses, presque globuleuses, œdématiées, dans l'intervalle desquelles on peut faire pénétrer les deux phalanges de l'index, qui n'est arrêté que par l'orifice cervico-utérin, tant est souple et doux le tissu du col, tant est dilatée sa cavité.

La consistance de cette tumeur est uniforme et très-peu considérable, c'est celle d'une partie œdématiée ; les doigts qui la pressent *la font diminuer de volume, y laissent leur empreinte*, et ne retrouvent même pas profondément la consistance du tissu utérin normal. Enfin le col, tendu, luisant, présente une certaine translucidité analogue à celle qu'on observe dans l'œdème des paupières ou du prépuce.

La muqueuse qui revêt la tumeur est d'un rouge violacé assez pâle, mais d'autant plus foncé qu'on se rapproche davantage de l'orifice du museau de tanche; à ce niveau l'épithélium est enlevé, la rougeur est plus vive, et la surface des lèvres ainsi dénudée ressemble à celle d'un vésicatoire. Toute cette muqueuse est très-humide et couverte d'un liquide séreux.

Quand le col est ainsi pendant au dehors, l'utérus est légèrement abaissé et renversé en arrière.

Lorsqu'on a réduit la tumeur en la pressant entre les doigts, elle diminue de volume et de consistance, au point de se confondre presque par sa mollesse avec les parois du vagin, et de n'avoir plus que 3 centimètres de longueur.

Pendant son séjour à l'hôpital, cette femme reste couchée, de sorte que le col ne paraît plus à la vulve que lorsque la malade est debout depuis quelque temps ou lorsqu'elle fait des efforts de défécation ; en même temps le corps de la matrice augmente de volume, devient plus ferme et remonte de plus en plus dans l'abdomen.

Le 15 juillet, la grossesse n'est plus douteuse; la mère a senti les mouvements de l'enfant. Le col est toujours assez mou et entr'ouvert, mais il ne descend plus que pendant la marche. La malade sort.

Pendant son séjour chez elle, D... n'a pas vu se reproduire l'issue du col, mais elle est souffrante, et vient à la consultation le 14 septembre avec de la céphalalgie, de l'oppression, un peu de stupeur, de la bouffissure de la face, de l'œdème des jambes. Frappé de ces symptômes, M. Huguier considère comme possible une attaque d'éclampsie, et prescrit une saignée de 400 grammes.

Dans la journée, cette femme est prise d'accidents convulsifs et amenée le soir à l'hôpital.

Le 15 septembre, la malade a eu quatre attaques d'éclampsie pen-

FEUILLETON.

La salamandre du Japon. — Fabrication artificielle de la glace. — Les piles du docteur Watson. — Une consultation à Naples.

Cuvier, dans son immortel ouvrage le *Règne animal distribué d'après son organisation*, consacre quelques lignes bien modestes à l'une de ses déterminations les plus admirables.

« On a trouvé, dit-il, parmi les schistes d'Œningen des squelettes d'une salamandre de trois pieds de longueur. L'un d'eux est le prétendu homme fossile de Scheuchzer. »

Cette taille gigantesque se retrouve dans une salamandre que le célèbre voyageur Siebold a le premier fait connaître en Europe. Dans les profondes vallées des hautes montagnes de l'île de Niphon, entre les 34e et 36e degrés de latitude N., se trouve cet animal, qui séjourne dans les ruisseaux, les lacs formés par les eaux pluviales, au milieu des cratères de volcans éteints, à une hauteur de 4 à 5,000 pieds au-dessus du niveau de la mer. Siebold et Schlegel en avaient parlé dans la faune du Japon, sous le nom de *salamandra maxima*. Ce dernier avait même appuyé une excellente description d'un dessin fort exact. Mais là se bornait la connaissance de l'animal.

Quand les musées de Leydeet d'Amsterdam reçurent, vers 1831, deux échantillons de ce batracien, dont le premier vit encore, notre Muséum ne possédait qu'un squelette qui accusait la plus grande analogie avec le fameux *homo diluvii testis* de Scheuchzer.

Ce fut donc tout un événement quand, il y a un mois, le Muséum reçut une *salamandra maxima*. Le vénérable M. Duméril, qui créa, il y a vingt ans, la ménagerie des reptiles, qui l'enrichit d'animaux si intéressants, dut ressentir une douce émotion lorsqu'il vit ce batracien gigantesque, que M. Codrika, consul général de France aux Indes néerlandaises, expédiait au nom d'un médecin hollandais, M. Pompe Van Meerdervoot. — Le voyage de Batavia à Paris ne dura que deux mois. La salamandre en avait peu souffert, et les naturalistes sont déjà à même d'étudier ce célèbre animal. Il mesure actuellement 79 centimètres de longueur, mais sa taille peut dépasser 1 mètre.

— Il y a quelques jours, un grand nombre de savants, de médecins et d'industriels se pressaient chez un homme qui a résolu un problème longtemps étudié. L'administration de l'Assistance publique s'était même fait représenter, car à elle aussi il importait de s'assurer, dans sa prévoyance pour les malades, de la production artificielle rapide, abondante, et en même temps économique de la glace.

A Paris seulement on évalue de 40 à 50,000 kilogrammes par jour la consommation de la glace. Nous n'avons donc pas besoin d'insister sur l'utilité d'avoir facilement et à bon marché cette glace qui est entrée aujourd'hui dans les besoins de la thérapeutique, comme dans les habitudes de la vie comfortable.

M. Carré, l'auteur du nouvel appareil, a, comme tous ceux qui ont songé à la vaporisation de l'éther, disposé un récepteur d'éther au milieu de l'eau à congeler. Mais ce qui lui a permis d'obtenir un succès complet, c'est la disposition ingénieuse au moyen de laquelle il obtient le vide absolu, disposition dont nous épargnerons à nos lecteurs la description trop technique.

Voici en quelques mots la théorie de cette fabrication artificielle :

Etant donné un récipient contenant de l'éther et entouré d'eau, si ce récipient communique avec le tuyau aspirateur d'une pompe pneumatique, si cette pompe fait le vide d'abord dans ce récipient lorsqu'il sera ou à peu près purgé d'air, l'éther se vaporisera en vertu de sa tension ; nous savons qu'à 4 degrés au-dessous de zéro, il possède encore une tension de 15 cent. de mercure environ; or, à cette température, l'eau se congèle rapidement, la vaporisation d'un liquide ne pouvant se produire sans absorber une quantité déterminée de calorique; l'éther soutirera son calorique latent de vaporisation à l'eau avec laquelle les parois de son récipient sont en contact, et celle-ci, après avoir cédé tout son calorique latent de fluidité, se trouvera convertie en glace.

Si, d'autre part, la pompe pneumatique foule les vapeurs d'éther dans un serpentin que nous supposerons complétement vide d'air et entouré d'eau froide constamment renouvelée, de façon qu'elle soit maintenue à une température uniforme d'environ 14 degrés centigrades ; à cette température, la tension de la vapeur d'éther est d'environ 32 cent. de mercure ; à dater du moment où, par l'effet du jeu

dant la nuit; on la trouve sans connaissance, dans un coma profond; il n'y a pas de paralysie; la sensibilité est conservée, exagérée même. On reconnaît d'ailleurs que le col est toujours très-mou, que sa dilatation est commencée, et que les battements du cœur du fœtus ne son pas sensibles.

A dix heures, nouvelle et violente attaque d'éclampsie; en présence d'un état si grave, M. Huguier, après avoir pris l'avis de MM. Matice et Woillez, se décide à achever la dilatation du col avec les doigts et à perforer les membranes; puis il administre 1 gr. 50 de seigle ergoté en dix doses, à dix minutes d'intervalle.

Il n'y a plus dans les premières heures qui suivent que deux attaques légères. A neuf heures, la malade accouche d'un fœtus mort. L'éclampsie a cessé pour ne plus reparaître. Le lendemain, il ne reste plus que de l'abattement.

Mais le 17, quatre jours après l'accouchement, apparaissent des signes d'œdème pulmonaire, avec fièvre et épanchement péritonique. La malade succombe en quelques jours aux progrès croissants de l'asphyxie.

Autopsie, 29 *septembre*. — Nous passons quelques détails de l'autopsie, d'un intérêt secondaire ici, pour nous arrêter à l'état de l'utérus seulement. Cet organe est encore plus volumineux qu'à l'état normal; sa largeur, d'une trompe à l'autre, mesure 0,10; sa hauteur, de son fond à l'extrémité du museau de tanche, est de 0,13. En incisant sa paroi antérieure, on la trouve épaissie, et on arrive dans la cavité utérine, agrandie et tapissée par une matière brunâtre et comme putrilagineuse.

Le col ne fait plus dans le vagin qu'une saillie de 1 centimètre; sa longueur est normale, ainsi que le volume des deux lèvres; mais sa cavité dilatée permet à l'index de pénétrer jusque dans la matrice.

J'ai omis dans cette dernière partie de l'observation beaucoup de détails qui ont trait surtout à l'éclampsie, et je n'insisterai ici ni sur la présence de l'albumine dans les urines, ni sur l'existence et le degré de la lésion rénale, ni sur l'absence d'épanchement dans les ventricules du cerveau, ni sur la nature de la maladie qui a entraîné la mort; je veux seulement faire remarquer combien a été heureuse la conduite de M. Huguier en hâtant la marche du travail, puisqu'il a suffi, je ne dis pas de vider l'utérus, mais seulement de le désemplir un peu, pour voir presque aussitôt diminuer d'intensité les attaques d'éclampsie, au point que trois heures après la rupture des membranes elles avaient complétement cessé, et que six heures plus tard, avant même l'expulsion du fœtus, le coma avait disparu et l'intelligence commençait à revenir.

Mais c'est surtout sur l'allongement du col observé chez notre malade que je désire fixer l'attention, allongement qui, par sa marche, ses caractères et sa nature, se rapproche si singulièrement des cas rapportés par M. Herpin.

Ainsi dans la première observation de ce médecin, la maladie débuta chez une femme grosse de dix semaines environ, car j'y lis cette phrase: « Mme K..., enceinte de près de trois mois, éprouve depuis une quinzaine de jours des malaises qui lui font craindre une chute de matrice. » Je ne sais donc pas sur quoi se fonde M. Herpin pour dire à la fin de son article que l'allongement démesuré du col n'est pas un obstacle à la fécondation, car dans le premier cas le début de la maladie paraît postérieur à la conception, et dans le second la malade n'a jamais eu d'enfants.

Quoi qu'il en soit, chez Mme K... on trouva à la vulve une tumeur à peu près aussi longue que la nôtre, mais qui en diffère par l'inégal développement des lèvres et par la position de l'orifice situé en arrière et au-dessus de l'extrémité inférieure du col. Je pense qu'il faut en chercher la raison dans une disposition anatomique; je vois, en effet, dans l'observation, que l'ouverture du museau de tanche est triangulaire, à sommet dirigé en arrière; que les bords amincis de la lèvre postérieure sont divisés, et que cette lèvre est fendue comme l'avait tout d'abord présumé M. Herpin, et comme il put s'en assurer plus tard. Il est donc infiniment probable que, lors d'un accouchement antérieur, cette lèvre aura été déchirée, que du tissu cicatriciel s'y sera développé, et qu'à l'époque où le col sera devenu œdémateux, ce tissu nouveau, loin de se laisser infiltrer et distendre, aura empêché la lèvre postérieure de suivre le développement du reste de l'organe; je suis même persuadé que dans la plupart des cas, non-seulement dans l'affection qui nous occupe, mais dans l'hypertrophie, dans les engorgements, etc., c'est à la présence du tissu cicatriciel dans l'une ou l'autre lèvre, ou au niveau de leur commissure, qu'il faut attribuer les variations de forme si nombreuses du col, les positions si diverses de son orifice, et l'inégalité de développement parfois si énorme de ses lèvres.

A part le point que je viens de signaler, l'observation de M. Herpin ressemble beaucoup à celle que nous publions; c'est la même augmentation de volume pendant la marche, la même disparition de la tumeur pendant le repos horizontal, la même diminution de l'affection à mesure que la grossesse s'approche de son terme.

Seulement, plus heureux que nous, M. Herpin a pu suivre la malade longtemps encore; il a pu voir la maladie reparaître sept semaines après l'accouchement, persister de longues années, et, lorsque frappé par l'observation d'un cas analogue, il a porté son attention sur quelques caractères qui lui avaient d'abord échappé, il trouve, comme nous, cette consistance plus molle du col, cette facilité de réduction et cette diminution du volume de la tumeur sous la pression des doigts; diminution si grande et si complète, que l'organe reprend à peu de chose près ses dimensions normales.

La seconde observation de M. Herpin est surtout remarquable par l'innocuité et la longueur de la maladie, dont le début remonte à vingt-cinq ans, comme si cette affection, abandonnée à elle-même, devait avoir une durée indéfinie. D'ailleurs, on retrouve ici les mêmes caractères que nous avons décrits: une tumeur formée par le col, limitée à cet organe, saillante à la vulve, longue de 6 centimètres, d'une consistance molle, de volume variable suivant la position du corps, facilement réductible, s'affaissant sous les doigts et disparaissant presque par la compression.

J'ai plusieurs fois déjà employé le mot d'œdème pour désigner l'affection dont je parle; c'est qu'en effet je ne crois pas possible de la désigner par un autre nom. Ce n'est certes pas une de ces hydropisies de la cavité du col avec oblitération de ses deux orifices, comme en ont vu MM. Jobert et Huguier, et dont les caractères rendent toute confusion impossible.

Serait-ce un œdème variqueux, comme se le demande M. Herpin, quand il dit: « De quelle nature est cette altération? Est-ce un état variqueux ou œdémateux? » Or, jamais on n'a vu de col variqueux avoir 9 centimètres de longueur, comme dans notre observation, et dans la première de M. Herpin, ou même 6, comme chez sa seconde malade; et encore, qu'on veuille bien remarquer que ces dimensions ne sont pas les dimensions réelles du col, puisque ces mesures ont été prises en dehors, à partir du fond du vagin, et que pour avoir la véritable longueur de l'organe, il faudrait y ajouter toute celle de sa portion sus-vaginale.

Jamais un col variqueux n'a acquis un développement aussi considérable; et d'ailleurs, sa consistance est plus ferme, sa coloration plus foncée, ses variations de volume moins étendues, sa diminution sous la pression des doigts moins sensible; quelquefois, comme nous l'a montré M. Huguier, on aperçoit le tracé bleuâtre des veines dilatées du col et du fond du vagin, et souvent la vulve et les parties voisines sont sillonnées de veines variqueuses; souvent les malades sont tourmentées par d'abondantes métrorrhagies.

Il ne s'agit pas non plus ici d'une hypertrophie intra-vaginale dans laquelle le col peut, il est vrai, atteindre et dépasser même la longueur que nous avons observée, mais qui diffère par nombre de points de l'affection que nous signalons. Qu'est-ce qui frappe, en effet, le plus dans les observations que nous avons rapportées, sinon les variations de volume de la tumeur, sa consistance particulière, sa diminution, sa disparition même sous l'influence d'un pression un peu prolongée?

Ainsi, dans sa deuxième observation, M. Herpin dit: « Sentant le col s'affaisser sous mon doigt à mesure que je le poussais dans le vagin, j'essayai de continuer la pression, et je ne fus pas peu surpris de le sentir disparaître presque entièrement. »

Et plus loin il ajoute: « Cette singulière facilité de réduction ou plutôt d'amoindrissement que je n'avais pas d'abord essayée chez Mme K... (la malade qui fait le sujet de la première observation), me donnait un vif désir d'en faire la vérification chez cette dernière. »

Et voici ce qu'il put observer chez elle: « En saisissant, dit-il, la portion extérieure de la tumeur et la compressant entre les doigts, comme dans la manœuvre du paraphimosis, je diminuai facilement son volume et la repoussai dans le vagin avec l'index; alors je réduisis le col à la longueur de 3 centimètres. »

De même nous avons pu nombre de fois, sur notre malade, réduire la tumeur à des dimensions fort petites, en même temps que sa consistance diminuait; or jamais un col hypertrophié ne présente ces caractères; il a une consistance considérable, c'est celle du tissu utérin; elle ne change jamais; quelque forte, quelque prolongée que soit la pression, il a un volume invariable. On peut bien, il est vrai, le faire rentrer dans le vagin, quelquefois même avec assez de facilité, en repoussant l'utérus en haut, mais jamais il ne diminue de longueur: s'il avait 9 centimètres de longueur, il les garde; jamais on ne le voit disparaître presque complétement, comme dans la seconde observation de M. Herpin, ou revenir à l'état normal comme dans sa première, ou être réduit à 3 centimètres comme dans la nôtre, pour reprendre ensuite ses premières dimensions.

Mais qu'au contraire de la sérosité infiltre et distende les mailles du tissu cervico-utérin, et on pourra en chasser le liquide par la pression, faire changer à la fois, mais pour un temps seulement, la consistance, le volume et l'aspect de la tumeur, y laisser l'empreinte du doigt, comme nous l'avons fait nous-même, et on verra celle-ci augmenter par la marche, par la fatigue, par la station debout, prendre une forme ovoïde qui se conçoit très-bien; car alors la sérosité s'accumule dans les parties déclives; tandis que dans l'hypertrophie intra-vaginale, la tumeur a généralement une forme cylindrique ou conique, et si quelquefois, comme l'a vu M. Huguier, elle est ovoïde, je suis porté à croire que cela est dû à une légère infiltration de liquide dans les mailles du tissu sous-muqueux.

Je crois inutile d'insister davantage pour démontrer la nature œdémateuse de l'affection que j'ai signalée ici, et je ne puis mieux faire en terminant que de rapporter un cas d'hypertrophie intra-vaginale, qui s'est présentée dans le service de M. Huguier peu de temps après le cas d'œdème, et qui permettra de mieux saisir les différences entre deux maladies qu'on avait confondues.

Hypertrophie sous-vaginale du col. Amputation de l'organe. Guérison rapide.

S..., âgée de 24 ans, est réglée depuis l'âge de seize ans d'une façon assez irrégulière; elle se livre pour la première fois au coït vers le mois de mai dernier, et dès le mois de juin elle commence à souffrir du côté de l'utérus. Elle éprouve dans le ventre des douleurs qui l'obligent à rester couchée, qui s'accompagnent de vomissements, de métrorrhagie, avec expulsion de caillots (une grossesse n'était pas possible), et qui la retiennent au lit pendant près de trois mois. Dès lors on avait reconnu un abaissement de matrice; elle sort du service de médecine où elle était sans être guérie complétement, et elle entre dans le service de M. Huguier, le 27 septembre 1859, avec les symptômes suivants:

Quand la malade reste debout, elle sent dans les reins, à l'hypogastre, et surtout dans les aines, des tiraillements qui cessent quand elle se repose. Règles régulières, bien que plus abondantes qu'autrefois; flueurs blanches; coït pénible et difficile.

Examen. — Lorsque cette jeune fille a marché quelque temps, on voit saillir de 0^m^,035 hors de la vulve une tumeur à peu près cylindrique, du volume d'un gros pénis, mesurant 0^m^,14 de circonférence, présentant à son extrémité inférieure une fente transversale un peu entr'ouverte: c'est l'ouverture du museau de tanche. Cette tumeur, revêtue par une muqueuse lisse, rosée, saine partout, a une consistance ferme qui rappelle tout à fait celle du col utérin.

Elle pénètre dans l'intérieur du vagin, qui n'est pas renversé et qui

---

de la pompe, les vapeurs d'éther se trouveront accumulées dans le serpentin à une tension dépassant un peu la tension de 32 cent. de mercure, elles se condenseront, cédant leur calorique latent d'élasticité à la masse d'eau environnante.

Si l'éther condensé dans le serpentin est restitué à mesure au récipient congélateur, celui-ci pourra fonctionner d'une manière continue.

C'est sur ces principes qu'est fondé un premier brevet pris en 1836 pour la fabrication artificielle de la glace; l'exposé de son auteur en révèle une intelligence parfaite, et il eût complétement résolu le problème s'il eût pu dès lors empêcher d'une manière absolue toute rentrée d'air dans ses appareils.

Ce vide obtenu, M. Carré peut en une heure, avec un cheval vapeur, produire 54 kilogr. 146 de glace.

D'après cette donnée on aperçoit de suite la quantité de glace qu'on obtiendrait avec un déploiement de force motrice plus considérable. L'expérience — qui a complétement réussi — semble ouvrir un nouvel avenir au mode de production de la glace.

— M. Watson a eu l'idée de mettre en présence tantôt l'étain et le zinc, tantôt le fer et le zinc, ou même le plomb et le carbone; de là, trois piles nouvelles dont voici la disposition:

1° *Piles d'étain et de zinc*. — Ces piles consistent à disposer, l'un dans l'autre, des cylindres d'étain et de zinc, et à les séparer au moyen d'un diaphragme poreux. Les cylindres d'étain extérieurs sont placés dans des pots en grès, et sont soumis à l'action d'une eau régale composée de deux parties d'acide chlorhydrique et d'une partie d'acide azotique. L'excitation des cylindres de zinc, qu'il est préférable de placer dans les cellules ou diaphragmes poreux disposés en dedans des cylindres d'étain, se fait par l'acide sulfurique affaibli. Les éléments de la pile sont accouplés ensemble de la manière ordinaire: le zinc relié à l'étain, ce dernier au cylindre de zinc suivant, et ainsi de suite, produisant relativement un courant très-énergique; il se déposera dans les pots de grès un résidu d'hydrochlorate d'étain, et, entre les diaphragmes et les pots de zinc, un autre résidu de sulfate de zinc qu'on utilise ainsi qu'on va le voir.

2° *Piles de fer et de zinc*. — La deuxième espèce de piles imaginées par M. Watson consiste en des batteries de fer et de zinc excitées par les acides azotique et sulfurique. Les résidus sont, dans les pots de grès extérieurs, de l'azotate de fer et de l'acide azoteux libre, et, dans les vases poreux, du sulfate de zinc.

3° *Piles en plomb et carbone*. — Enfin, la troisième espèce de piles consiste aussi en des cylindres de plomb et de carbone, disposés comme les précédents et excités par l'eau régale. On a pour produit l'azotate de plomb.

— Un célèbre oculiste napolitain, M. Quadri, au milieu d'un article fort sérieux, a laissé passer un petit trait de mœurs que nos lecteurs nous sauront gré d'avoir recueilli.

A Naples, une consultation n'est point un conseil qu'un médecin prend d'un ou de plusieurs collègues. Elle ne se fait point pour le malade, mais bien pour l'opinion publique. Une famille qui laisserait traiter un malade gravement atteint par un seul médecin, encourrait la censure universelle.

La consultation a lieu sans discussion; c'est un spectacle gratuit que l'on donne aux voisins, et pour lequel il y a un grand nombre d'invitations.

Les docteurs, rangés en cercle, parlent par rang d'âge. Le plus jeune le premier, le plus âgé le dernier. On fait des discours plus ou moins déclamatoires. Bien souvent, on sacrifie à une belle phrase l'histoire de la maladie. Enfin, on se préoccupe de faire de l'effet et de ne pas se trouver en contradiction avec le plus âgé des consultants. On a pris le soin de s'assurer de son opinion. A lui de conclure et de fixer le traitement. L'âge ici prime le mérite.

Bien souvent le président est devenu sourd, il n'entend ni les réponses du malade, ni les observations de ses collègues, mais qu'importe? c'est lui qui doit disposer de la santé et de la vie du malade.

Dieu vous préserve de faire la moindre opposition à la conclusion du Nestor, vous subiriez la réprobation d'une faculté tout entière: on vous accuserait d'être imprudent, insolent même, et d'ignorer le *galateo-medico*.

Voilà ce qu'on entend à Naples par une consultation.

Nous ne savons si ce tableau n'est pas un peu chargé, mais nous sommes forcés de convenir qu'il vaut encore mieux être malade à Paris, que dans un pays où le respect des cheveux blancs est porté si loin!

Dr E. Renaud.

présente une profondeur de $0^m,05$ en avant et sur les côtés, de $0^m,07$ en arrière. On sent que le col hypertrophié se continue avec le corps de l'utérus à peine abaissé, et qui n'est pas augmenté de volume, ce que vient confirmer l'exploration faite avec l'hystérotome. Cet instrument, introduit dans l'utérus, pénètre à $0^m,12$ de profondeur, ce qui donne à la cavité du col de la matrice ses dimensions normales, si on a soin de déduire l'excès de longueur du col.

Cette tumeur a un volume invariable; quelles que soient les pressions qu'on exerce sur elle, elle ne change pas de consistance et elle rentre facilement, mais alors même son extrémité reste près de la vulve. Elle sort toutes les fois que la malade reste longtemps debout, lorsqu'elle marche un peu, et surtout lorsqu'elle s'accroupit pour aller à la selle.

D'ailleurs, cette affection empêche tout rapprochement sexuel, déprime les forces et rend incapable d'un travail soutenu cette jeune fille, qui demande à être débarrassée de sa tumeur; aussi M. Huguier se décide-t-il à l'opérer.

Le 29 septembre on fait des frictions sur les cuisses avec l'huile de croton, et le 1er octobre, après avoir endormi la malade, M. Huguier ampute le col avec le bistouri : l'opération est très-simple et très-facile; cinq artérioles sont ouvertes et liées, et une boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer arrête un petit suintement sanguin.

Le soir, la malade va bien; elle n'a pas eu d'hémorrhagie.

Le lendemain (2 octobre), vomissements vers le milieu de la journée. Il y a lieu de croire que ces vomissements sont sympathiques, car la fraîcheur de la peau, l'absence de fièvre, de malaise, de sensibilité du ventre, ne permettent de croire ni à une péritonite ni à une métrite; ils ont d'ailleurs complétement cessé le soir à trois heures.

Le 3 et les jours suivants, la malade continue à aller bien; elle sort le 23 dans l'état suivant :

Le col à peu près cicatrisé fait à peine saillie dans le vagin, et on le voit au fond du spéculum sous forme d'un petit mamelon entouré comme d'un bourrelet par la muqueuse vaginale et tranchant par sa couleur d'un rouge vif sur la coloration rose pâle de cette muqueuse.

La malade d'ailleurs n'éprouve plus aucune des incommodités dont elle se plaignait en entrant.

Examen de la tumeur. — La portion enlevée a 0^m065 de long, elle est cylindrique, percée à son centre par un canal qui représente la cavité du col. Sur une coupe faite parallèlement au grand axe de la tumeur, et qui occupe toute l'épaisseur de la paroi antérieure, on trouve de dehors en dedans d'abord la muqueuse saine, puis un tissu cellulaire sous-muqueux assez serré et assez mince en bas, où il forme une couche épaisse de 0^m002, plus lâche et plus abondant en haut, présentant quelques orifices vasculaires étroits, se confondant partout par sa face profonde et d'une manière insensible avec le tissu propre de l'utérus.

A mesure qu'on pénètre plus profondément, on tombe sur un tissu d'un blanc rosé, serré, dense, très-résistant, peu vasculaire, comme fibreux, criant sous le scalpel, d'un aspect uniforme qui rappelle tout à fait celui du tissu utérin. Au-dessous de cette couche épaisse de $0^m 11$, on trouve la muqueuse interne du col se distinguant parfaitement par sa coloration lie-de-vin et sa consistance plus faible du tissu hypertrophié situé en dehors.

La cavité du col est revêtue par une muqueuse d'un rouge violacé, sillonnée par les plis qui forment l'arbre de vie, et qui paraissent avoir participé à l'hypertrophie.

A part l'ensemble si net et si complet des signes propres à l'hypertrophie sous-vaginale du col, et la marche rapide et en quelque sorte aiguë de la maladie, cette dernière observation est encore intéressante parce qu'elle prouve une fois de plus combien est simple l'amputation sous-vaginale du col, et combien sont bénignes les suites de cette opération lorsqu'elle est pratiquée à ciel ouvert et sans exercer de traction sur l'utérus et ses annexes.

TÉTANOS TRAUMATIQUE MORTEL

produit par un fragment de silex enclavé entre les deux tables du coronal; séjour inaperçu du corps étranger pendant dix-sept jours; léger épanchement sanguin entre le crâne et la dure-mère; inflammation suppurative circonscrite et locale bornée à cette membrane.

Par M. le docteur Roché.

André D..., âgé de trente-cinq ans, ouvrier tailler, d'un tempérament sanguin, demeurant à Pont sur-Yonne, a éprouvé en juillet 1858 des accidents cérébraux très-graves à la suite d'un érysipèle traumatique de la face et du cuir chevelu, causé par la chute du haut d'un puits d'un seau sur le front de cet homme occupé à curer ce puits; un traitement antiphlogistique et révulsif très-énergique fut suivi d'une guérison complète.

Le 11 septembre dernier, D..., étant entre deux vins, se prit de querelle avec un homme de son âge, qu'il terrassa; tandis que les deux combattants étaient par terre, il reçut au-dessus de la tempe gauche un coup de pierre lancée par un jeune homme de quinze ans placé à 2 mètres de distance : il en résulta une petite plaie circulaire qui saigna beaucoup; mais le blessé put se relever, ne ressentit rien au moment du coup, et ne cessa de travailler jusqu'au 27 septembre inclusivement, n'éprouvant d'autres accidents qu'une légère déviation de la bouche à droite, un trouble passager de la vision du côté gauche, et un peu de gêne dans les mouvements de la mâchoire, gêne qui augmenta graduellement, sans toutefois l'empêcher de manger. Ces légers accidents avaient commencé le 21. La petite plaie s'était cicatrisée au bout de quelques jours; mais elle se rouvrit bientôt en donnant issue à une suppuration peu abondante; elle était complétement cicatrisée depuis quatre jours, quand je fus appelé pour la première fois, le 28 au matin.

Cet homme était alité; la face était rouge, vultueuse, comme érysipélateuse, surtout du côté gauche, dans le voisinage de la tempe et du front; les mâchoires étaient fortement rapprochées par suite de la contraction des masséters, au point qu'il était impossible d'introduire aucun corps entre les dents; la tête, renversée en arrière, formait avec le rachis un arc de cercle et ne pouvait être ramenée en avant; le blessé indiquait de vives douleurs à la nuque; les muscles du tronc et des extrémités ne participaient pas à la contracture des muscles de la nuque.

Quelques gouttes de liquide introduites par l'intervalle de deux dents absentes produisaient les mouvements convulsifs les plus violents et menaçaient d'amener l'asphyxie; les mouvements communiqués au malade et les efforts d'expectoration avaient le même résultat; les yeux étaient injectés et saillants; le pouls plein, dur et fréquent; l'intelligence intacte; la respiration naturelle en l'absence des mouvements; l'émission des urines volontaire.

Au-dessus de la tempe gauche, vers la racine des cheveux et la terminaison du front, cicatrice complète, rougeâtre, avec amincissement et décollement de la peau dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes. La cicatrice incisée dans toute son étendue, le stylet arrive sur une surface dure, rugueuse, paraissant formée par une portion du coronal dénudée et enfoncée. Aucun traitement n'a été mis en usage : saignée de 600 grammes, dont le sang n'est pas couenneux; bain d'une heure avec 1 kilogr. de carbonate de potasse; deux lavements dans la journée avec 30 gouttes de laudanum de Sydenham. Sueurs profuses pendant la journée et la nuit, sans soulagement. Frictions à la nuque et au cou avec une pommade fortement belladonée et camphrée.

Le 29, l'état est à peu près le même : cependant les mâchoires peuvent être légèrement écartées; la bouche, qui ne peut être humectée, a une odeur infecte, la déglutition est toujours impossible; le pouls est plein et dur. — Nouvelle saignée de 600 grammes, dont le sang est couenneux; deuxième bain alcalin, deux lavements comme la veille; le deuxième ne peut être gardé; mêmes frictions. Sueurs profuses dans la journée; le pouls s'accélère beaucoup; les mouvements convulsifs et la menace d'asphyxie continuent, chaque fois que le malade se remue. Il expire asphyxié dans la soirée, pendant l'un de ces mouvements.

Autopsie vingt-trois heures après la mort. — La face est pâle, comme ictérique; les traits expriment la souffrance; tous les muscles contractés pendant la vie sont dans l'état de relâchement; ils n'offrent aucune espèce de lésion. Tout près de l'endroit où le frontal s'articule à gauche avec le pariétal et le temporal, il existe une perte de substance circulaire de cet os, formant une cavité pouvant recevoir le petit doigt; dans cette cavité se trouve une pierre, tellement enclavée entre les deux tables de l'os, que je ne puis la retirer ni avec le levier ni avec les pinces, et que la gouge et le maillet sont nécessaires pour son extraction. Ce corps étranger est formé par un fragment de caillou en forme de carré allongé, taillé en coin tranchant, ayant 1 centimètre de long sur un de ses côtés et un demi sur l'autre. Derrière ce corps étranger se trouvent deux esquilles détachées et la portion correspondante de la table interne, en partie fracturée, *et faisant saillie dans l'intérieur du crâne.* Vis-à-vis, entre le crâne et la dure-mère, il existe un épanchement de sang organisé, au centre duquel se trouve une petite quantité de pus de bonne nature, la dure-mère, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, est épaissie, d'un rouge uniforme, dont la teinte ne disparaît pas par les lavages répétés. L'arachnoïde et le cerveau ne présentent aucune trace de lésion; il en est de même des autres portions des méninges, de la moelle allongée, du cervelet, de la moelle épinière et de ses enveloppes, examinées jusqu'à la quatrième vertèbre. Toutes les paires de nerfs cérébraux examinées avec soin sont à l'état sain. Les ventricules cérébraux ne contiennent pas de sérosité; 30 grammes de fluide cérébro-rachidien se trouvent à la base du crâne.

Le pharynx, l'œsophage, la trachée-artère et les bronches, offrent une légère injection de la muqueuse. Les bronches contiennent des mucosités sanguinolentes. Les deux poumons, surtout à leur racine, sont gorgés d'un sang noir qui s'écoule en abondance en les incisant.

Le péricarde est sain; il contient 15 grammes de sérosité. Le cœur est très-remarquable par son petit volume, sa pâleur et surtout sa flaccidité; les cavités sont vides, à l'exception du ventricule droit, qui renferme 15 grammes de sang noir coagulé.

L'abdomen n'a pas été ouvert.

On s'explique difficilement comment un fragment de silex tel que celui décrit ci-dessus, lancé à 2 mètres par la main d'un jeune homme de quinze ans, a pu, en s'introduisant dans le crâne, se détacher d'une masse plus volumineuse, surtout en sachant que les surfaces de ce morceau, excepté l'une d'elles, à cassure récente, étaient recouvertes d'une couche crétacée indiquant son origine. Ne peut-on pas présumer que, détaché auparavant, ce fragment se trouvait alors adhérent à un autre corps dur, à de l'argile desséchée, par exemple, qui se trouve partout dans la tuilerie? La présence pendant dix-sept jours de ce corps étranger entre les tables du frontal avec une esquille de cet os faisant saillie intérieurement et irritant la dure-mère, sans qu'il existât dès le principe et pendant tout ce temps d'autre indice de son séjour qu'un affaiblissement léger de la vue et une déviation passagère de la bouche avec embarras dans les mâchoires, accidents survenus six jours seulement avant le tétanos, sans que le blessé ait cessé un instant de travailler, la présence, dis-je, de ce corps étranger, est un fait bien remarquable, mais qui a des précédents dans la science.

Dans le cas actuel, l'inflammation traumatique a été locale, circonscrite et seulement bornée à la dure-mère. Comme ce genre d'inflammation s'étend ordinairement à l'arachnoïde et au cerveau, on les confond ensemble en les décrivant; aussi les symptômes propres à l'inflammation de la dure-mère sont-ils peu connus. Ici ces symptômes ont été en quelque sorte à l'état latent jusqu'au moment de l'apparition du tétanos, qui n'était que sympathique de l'inflammation de cette membrane.

L'absence complète des accidents de la compression du cerveau s'explique par la petite quantité de sang épanché entre le crâne et la dure-mère. Le défaut des lésions apparentes du côté du cerveau, des nerfs, du cervelet, de la moelle allongée et de la portion cervicale examinée, de la moelle épinière et de ses enveloppes, indique assez que l'anatomie pathologique ne nous a pas dit son dernier mot sur la nature du tétanos, et que les lésions signalées jusqu'ici, l'inflammation des muscles, du cerveau, des nerfs, de la moelle épinière et de ses enveloppes, le ramollissement de ces organes, sont des complications et non la cause du tétanos, qui doit peut-être, ainsi qu'on l'a avancé, être attribué à une altération de l'afflux nerveux.

Si le blessé eût réclamé des soins dès le principe, l'indication qui se présentait c'est l'extraction du corps étranger; mais, comme l'autopsie l'a fait voir, cette extraction aurait réclamé l'emploi du trépan. En l'absence d'accidents, aurait-on osé avoir recours à cette opération? Cependant les accidents survenus plus tard en démontrent la nécessité, car en enlevant en temps opportun le corps irritant la dure-mère, on aurait certainement prévenu le tétanos. Au moment où j'ai été appelé, il était impossible d'avoir recours à ce moyen; les convulsions, l'asphyxie dont était menacé le malade par le moindre mouvement, par les efforts d'expectoration, la contre-indiquaient certainement; il restait alors à combattre l'état de pléthore générale, à prévenir l'asphyxie par les saignées générales, à provoquer les sueurs si utiles dans ce cas par des bains alcalins, à combattre l'état nerveux par les opiacés en lavements et la belladone en frictions. Mais que pouvaient ces moyens énergiques avec la lésion qui existait? L'autopsie est venue confirmer l'existence de la terminaison de la maladie par asphyxie, comme les symptômes l'avaient indiqué pendant la vie.

Je ne terminerai pas sans faire remarquer combien il est nécessaire d'apporter l'attention la plus sérieuse toutes les fois qu'on est appelé pour une plaie de tête, même la plus légère en apparence; et combien, sous le rapport de la médecine légale, il est indispensable dans ce cas de faire l'autopsie, pour indiquer d'une manière certaine la cause de la mort.

OBSERVATION D'HYPNOTISME

dans un cas d'amputation de cuisse.

Par M. le Dr Guérineau, professeur adjoint à la chaire de clinique externe à l'École de médecine de Poitiers.

Le 25 octobre 1859 entre à l'Hôtel-Dieu de Poitiers, pour y être traité d'une tumeur blanche du genou gauche, le nommé J... (Georges), âgé de trente-quatre ans, du village de Morthemer.

Ce malade, d'une constitution lymphatique, est très-amaigri; *il ne paraît nullement impressionnable*, car, fatigué par des privations de toute nature et par une maladie qui dure depuis deux ans, il réclame lui-même avec le plus grand calme l'amputation de la cuisse. Certains symptômes fournis par l'auscultation de la poitrine me faisant craindre la présence de tubercules, je le soumets pendant deux mois environ à une nourriture substantielle, à l'usage du vin de quinquina et de l'huile de foie de morue.

Le 19 décembre, son état s'étant amendé d'une façon très-favorable, je lui propose l'opération pour le lendemain, ce qu'il accepte sans hésiter. Je dois faire observer ici que pendant le séjour à l'hôpital le genou malade, qui présentait un volume d'un tiers au moins plus considérable que le genou droit, a été traité localement, mais sans succès, par tous les moyens dirigés ordinairement contre les tumeurs blanches, et qu'il était tellement douloureux que le moindre mouvement imprimé au membre arrachait des cris au patient. Ce dernier craignait tellement la douleur, qu'il a mieux aimé se traîner peu à peu lui-même à la salle d'opération que de s'y faire porter par les infirmiers. Toutefois il se trouva mal en y entrant.

Une heure environ après cette syncope, j'explore le pouls, qui était encore un peu faible. Le malade, il est vrai, n'avait pas voulu prendre de nourriture depuis vingt-quatre heures. J'opérai en présence de MM. les docteurs Pomonti, chirurgien-major au 72e de ligne, Delaunoy, professeur adjoint, Jollet, chef des travaux anatomiques, et les élèves de l'École.

L'un d'eux place une spatule à deux décimètres environ de la racine du nez du malade, qui était couché dans la position horizontale, les jambes et les cuisses ne reposant pas sur le lit. Craignant les vives douleurs que le moindre mouvement imprime à son genou, J... soutient sa jambe gauche avec sa jambe droite, qu'il croise sous la première, et qu'un des élèves maintient dans cette position. — Le strabisme convergent se produit aussitôt. Je veux séparer les deux jambes du malade, il se plaint beaucoup et s'y oppose; mais sur l'observation que je lui fais qu'il m'est impossible d'opérer dans la position qu'il occupe, il se décide, malgré les vives douleurs qu'il éprouve, à se laisser placer les deux cuisses dans l'abduction.

Cinq minutes après que le malade a commencé à regarder la spatule, j'élève le bras gauche du malade et je l'abandonne à lui-même; il retombe aussitôt sur le lit; il n'y a point de catalepsie. J... me fait observer alors que je ne pourrai pas l'endormir par ce procédé. Je recommande aussitôt le plus grand silence dans la salle, où de nombreuses conversations particulières s'établissaient déjà, et moi-même je n'adresse plus la parole au patient, qui regarde toujours avec persévérance le corps brillant.

Après cinq minutes du plus profond silence, je pratique l'amputation à la partie inférieure de la cuisse par la méthode à deux lambeaux. Pendant cette opération, qui dure une minute et demie, le malade, à la grande surprise de tous les assistants, ne profère aucune plainte, ne fait pas le moindre mouvement, bien qu'il soit à peine maintenu.

Je lui adresse alors la parole, et lui demande comment il se trouve; il me répond *qu'il se croit dans le paradis*, saisit vivement ma main et la porte à ses lèvres pour la baiser. Les yeux du malade sont restés ouverts pendant tout le temps de l'opération, ils étaient mus d'un mouvement oscillatoire; le strabisme persistait.

Deux minutes à peu près avant le commencement de l'opération, un

élève pinça la cuisse du malade en lui demandant s'il éprouvait de la douleur. *Oh ! je sens bien un peu*, répondit-il. Vers le même temps un autre élève souleva l'avant-bras du malade, mais ce bras retomba sur le lit. Il ne paraît pas y avoir eu production de catalepsie. L'opération terminée, le malade dit à l'élève : *J'ai senti ce qu'on m'a fait, et la preuve c'est que la cuisse a été coupée au moment où vous me disiez : Eprouvez-vous quelque douleur?* Or, ce n'est que deux minutes plus tard que commença l'opération, et pendant tout ce temps les traits du malade n'ont pas éprouvé le moindre spasme ni la moindre contraction ; il avait l'air de chercher des yeux le corps brillant.

Il est resté bien évident pour tous les assistants que J... n'avait pas éprouvé de douleurs, car il n'a pas proféré la moindre plainte, lui qui criait aussitôt qu'on imprimait le plus léger mouvement au membre malade.

AFFECTIONS RHUMATISMALES.

Huile d'ail.

D'après M. Landerer, d'Athènes, l'huile d'ail est employée en Orient par le peuple, à titre de remède antirhumatismal. Voici comment cette huile se prépare : les aulx, complétement séparés de leur pelure, sont enveloppés dans un linge et suspendus ainsi dans un vase, dans le fond duquel est contenue un peu d'eau, de manière qu'ils ne bouillent que dans la vapeur. Après plusieurs heures, les aulx s'amollissent et forment une pâte qu'on sort et comprime fortement. Ce jus est l'huile d'ail, qui possède une telle force, que les parties du corps qu'on frictionne deviennent rouges et se couvrent d'ampoules. Son action sur les rhumatismes passe pour être remarquable. (*Echo médical suisse.*)

TRAITEMENT DE LA VAGINITE PAR LA GLYCÉRINE TANNIQUE.

Dans un long mémoire sur la glycérine et ses applications à la chirurgie et à la médecine, M. Demarquay expose le résultat de ses nombreuses expériences sur l'emploi de ce médicament. Nous extrayons de son travail le passage suivant, qui se rapporte au traitement de la vaginite :

« Chacun sait combien la vaginite est une maladie rebelle et difficile à guérir ; nous croyons donc avoir bien fait en instituant contre cette maladie le traitement que nous allons faire connaître, et dont l'efficacité est telle, que depuis quatre ans que nous l'employons, nous n'avons pas encore rencontré un seul sujet réfractaire.

» Ce traitement consiste en applications de tampons imbibés de glycérine tannique ainsi formulée :

Glycérine.	30 grammes.
Tannin.	10 à 20 —

» Le tannin est entièrement dissous par la glycérine, et il en résulte un topique d'une belle couleur brune tirant sur le jaune, transparent, d'une consistance demi-liquide, imbibant très-bien les tampons de charpie ou de coton, et, après application, ne s'écoulant pas au dehors, même dans la position verticale.

» Le pansement se fait de la manière suivante :

» Le spéculum étant introduit, une injection à grande eau est pratiquée, afin d'enlever tout le muco-pus qui tapisse les parois vaginales, que l'on essuie avec un bourdonnet de charpie sèche placé au bout d'une longue pince. J'introduis alors un ou plusieurs tampons de ouate bien trempés dans la glycérine tannique, et par-dessus un tampon sec destiné à retenir les gouttelettes qui tendraient à s'échapper. Je retire le spéculum, et les choses restent ainsi jusqu'au lendemain matin. Les tampons sont alors enlevés, la malade ayant pris un bain simple; et je renouvelle le pansement, qui est exactement semblable à celui de la veille. Quatre ou cinq pansements suffisent pour amener une guérison complète et définitive. Cependant, par simple mesure de précaution, je conseille à la malade de faire encore pendant une semaine, à partir de la dernière application du glycérolé de tannin, deux ou trois injections par jour avec une décoction de feuilles de noyer additionnée de 4 grammes d'alun par litre.

» Il est des cas dans lesquels notre pansement ne peut être immédiatement appliqué, à cause de l'acuité de l'inflammation, qui ne permet pas l'introduction du spéculum. Je commence alors par calmer les accidents inflammatoires par un régime approprié, des bains, des injections émollientes fréquemment répétées.

» Fait dans les conditions que nous avons spécifiées, notre tamponnement non-seulement n'est pas douloureux, mais même ne gêne que très-peu les malades. Celles-ci peuvent se lever et rester debout une partie de la journée.

» L'effet local du glycérolé de tannin se traduit par les signes suivants : coagulation du muco-pus à mesure qu'il est sécrété, décoloration de la muqueuse vaginale, qui perd sa rougeur inflammatoire, siccité des parois vaginales et resserrement de ces parois, disparition de la douleur et de l'écoulement.

» J'ai eu souvent occasion d'appliquer ce traitement à la Maison municipale de santé et dans ma clientèle privée, et, je le répète de nouveau, je n'ai pas vu, dans l'espace de quatre ans, un seul cas de vaginite qui s'y soit montré rebelle.

» Plusieurs praticiens l'ont employé avec le même bonheur que nous, et nous ne doutons pas que, exécuté suivant les règles que nous avons tracées, il ne donne entre toutes les mains les résultats que nous obtenons chaque jour.

» M. Aran a expérimenté la glycérine simple en injections dans le vagin et la matrice, contre les ulcérations du col et le catarrhe utérin. Les injections dans la matrice étaient très-douloureuses, de sorte qu'il a fallu y renoncer. Ces essais ayant été faits à la glycérine, il est possible que la douleur qu'éprouvaient les malades de M. Aran tînt à l'impureté du produit. Ce serait donc un point à vérifier de nouveau, aujourd'hui que nous avons de la glycérine pure.

» Pour les ulcérations du col, elles n'ont pas été modifiées sensiblement. Nous avons essayé, de notre côté, dans ces affections, l'application de tampons enduits de glycérine simple : les résultats nous ont paru si peu tranchés, que nous n'avons pas continué ce mode de traitement. »

(*Gazette méd.* et *Journal des connaiss. méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 décembre 1859. — Présidence de M. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° L'état des vaccinations pratiquées à Bayonne dans le courant de l'année 1859, par M. Hoursolle (commission de vaccine);

2° Un travail de M. le docteur L. Sandras, intitulé *De l'hypnotisme et de ses dangers* (commissaires, MM. Velpeau, Bousquet et Jolly);

3° Une note sur l'application de la galvano-caustique à la chirurgie dentaire, avec la description d'un appareil spécial, par M. George, dentiste. (M. Malgaigne, commissaire.)

4° Un pli cacheté déposé par M. Béhier. Le dépôt est accepté.

— M. Victor Masson envoie à l'Académie un exemplaire de chacun des ouvrages qu'il a édités dans le courant de l'année 1859.

— M. GIBERT dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur J. d'Aquinez de Fonseca (de Fernambouc), un travail ayant pour titre : *Essais sur l'administration de l'eau-de-vie dans le tétanos.*

— M. VELPEAU fait hommage, au nom de M. Paul Picard, de la traduction d'une monographie sur la syphilis constitutionnelle, par M. le professeur Virchow (de Berlin).

— M. LE PRÉSIDENT annonce que les deux commissions du choléra se sont réunies, et qu'elles ont décidé qu'elles présenteraient prochainement un rapport commun. L'Académie approuve cette décision.

ÉLECTION.

L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions permanentes pour l'année 1860. Voici les noms des membres élus dans les cinq commissions permanentes :

Commission des épidémies. — MM. Jolly et de Kergaradec.

Commission des eaux minérales. — MM. Mélier et Tardieu.

Commission des remèdes secrets. — MM. Guérard et Hervez de Chégoin.

Commission de vaccine. — MM. Bousquet et Renault.

RAPPORTS.

Maladies des mineurs. — M. DEVERGIE lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Demarquette, ayant pour titre : *Essai sur les maladies des ouvriers des mines houillères de Courrière, Billy et Hénin-Liétard.*

D'après l'auteur, les maladies les plus communes chez ces ouvriers sont : l'angine gutturale, la bronchite, la pleurésie, le rhumatisme, la fièvre continue, la diarrhée, la dyssenterie et les maladies du cœur. La phthisie est très-rare chez ces ouvriers, malgré la fréquence de bronchites souvent de longue durée.

Les affections chirurgicales les plus communes sont les entorses des articulations tibio-tarsiennes et radio-carpiennes, les fractures comminutives, les brûlures dépendant de l'inflammation du grison et de l'explosion de la poudre ; les luxations sont rares, ce que M. Demarquette attribue à l'agilité extrême des ouvriers mineurs ; les fractures du crâne sont le plus souvent le résultat de la chute des échelles, celles du rachis de la chute dans la profondeur des puits, etc.

En résumé, dit M. le rapporteur, M. Demarquette a signalé les principales maladies ou blessures que l'on observe plus particulièrement chez les ouvriers mineurs ; il n'a pas eu d'autre prétention que de raconter ce qu'il a vu depuis huit ans. Il a donc fait une esquisse qui ne manque pas d'un certain intérêt. En conséquence, la commission propose d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur de ce travail, et de déposer son manuscrit dans les archives. (Adopté.)

Hygiène publique. — M. DE KERGARADEC, en son nom et au nom de MM. Villermé et Tardieu, donne lecture d'un rapport sur un compte rendu relatif à la salubrité publique dans l'arrondissement de Châteaulin (Finistère), par M. le docteur Halléguen.

M. de Kergaradec insiste surtout, dans ce rapport, sur les services que rendent les conseils d'hygiène et de salubrité départementaux, et sur ceux qu'on pourrait attendre de leur généralisation. Belle institution, dit M. le rapporteur, et susceptible d'exercer la plus heureuse influence sur le bien-être matériel du pays, mais à deux conditions, pourtant. C'est premièrement que les vues si éminemment utiles qui ont inspiré le décret de 1848 soient bien comprises des agents à qui est confié le soin de la mettre en œuvre. En second lieu, c'est surtout que ces agents, à tous les degrés, remplissent avec un zèle soutenu les modestes et obscures mais très-importantes fonctions qu'ils ont volontairement acceptées.

La suite dans les idées utiles et dans les actes qui s'y rapportent, voilà le grand secret des perfectionnements et du progrès. La persévérance, voilà ce qui sauve dans tous les ordres de choses humaines.

M. le rapporteur résume, d'après M. le docteur Halléguen, les principaux points traités dans le rapport, et qui sont relatifs aux questions suivantes : Etangs, marais et eaux stagnantes, dispositions contraires à l'hygiène des logements et de leurs dépendances, application aux communes rurales des lois et règlements sur les sépultures ; moyens d'améliorer les conditions sanitaires et alimentaires des classes ouvrières ; organisation des secours médicaux en faveur des malades indigents des campagnes ; enfants-trouvés ; enfin, établissements de bienfaisance et d'assistance publique, et mesures à prendre à cet égard.

Après avoir félicité M. Halléguen du soin qu'il a mis à rendre claires et saisissantes les doléances des communes de son ressort, M. le rapporteur conclut en proposant de lui adresser des remercîments, de déposer son travail dans les archives, et de recommander le nom de l'auteur à la commission qui sera chargée de l'examen des titres des candidats aux places de correspondants nationaux.

Nous aurions encore, ajoute M. de Kergaradec, un vœu à former à l'occasion de ce rapport : nous disons un vœu, car nous ne prétendons pas vous soumettre ici une proposition formelle.

Nous savons que, sur plusieurs points de la France, les conseils d'hygiène continuent de prêter leur utile concours à l'administration ; dans une vingtaine de départements, en effet, la préfecture livre tous les ans à la publicité le résumé de leurs travaux. Mais qu'est-ce que ce chiffre comparé aux quatre-vingt-six départements de l'Empire français ?

Or, Messieurs, considérant le haut intérêt qui s'attache à l'institution et les grands services qu'on est en droit d'en attendre ; considérant qu'il est dans les attributions de l'Académie et conforme à l'esprit qui a présidé à sa fondation, d'éclairer l'administration sur toutes les matières qui ont pour objet la santé et le bien-être des citoyens, nous croyons qu'il pourrait n'être pas sans utilité que le conseil d'administration de la Compagnie s'occupât de la question de savoir si les conseils d'hygiène fonctionnent partout avec la régularité et l'activité désirables, et s'il ne conviendrait pas de prier le ministre de donner une impulsion nouvelle aux localités où le zèle de ces conseils paraîtrait s'être ralenti.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. TARDIEU propose de renvoyer le rapport de M. de Kergaradec au ministre du commerce. L'Académie adopte cette proposition.

PRÉSENTATION.

M. DE BEAUFORT soumet à l'examen de l'Académie un bras artificiel. Ce bras, qu'il appelle automoteur, est mis en mouvement par un système de ressorts agissant en excentriques sur l'articulation du coude. Le mouvement normal que fait la partie supérieure du bras détermine l'élévation de l'avant-bras artificiel, car alors le poids de la main ne porte plus sur le ressort qui tend à produire l'élévation.

Quand au contraire la partie supérieure du bras reprend la ligne verticale, alors le ressort, qui agit en sens inverse du premier, vient en aide au poids de la main pour produire l'abaissement.

Le mouvement artificiel devient ainsi complémentaire du mouvement naturel et peut le produire instinctivement.

Un seul ressort suffit pour donner le mouvement, mais l'action est alors moins complète.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'administration de l'Assistance publique et la Faculté de médecine vont perdre dans quelques jours deux fonctionnaires qui laisseront l'un et l'autre de profonds regrets, et qui, tous les deux, ont demandé à faire valoir leurs droits à la retraite.

A partir du 1er janvier, M. Armand Husson, chef de division à la préfecture de la Seine, remplacera M. Davenne comme directeur général de l'Assistance publique;

M. Bourbon, chef de bureau au ministère de l'instruction publique, remplacera M. Amette comme secrétaire de la Faculté de médecine de Paris.

— L'Académie royale de Belgique (classe des sciences) a procédé le 16 décembre à diverses élections. — Ont été nommés associés : MM. Lamont, à Munich ; Strave, à Palkowa ; Van Baer, à Saint-Pétersbourg ; sir Ch. Lyoll, à Londres. — Ont été nommés membres : M. Dewalque et M. le docteur Jules d'Udekem, professeur d'anatomie comparée et de zoologie à la Faculté des sciences de l'Université de Bruxelles.

— M. le docteur Charles Gachet, médecin aide-major à l'hôpital de Mostaganem, vient de mourir à Lille, sa ville natale, où il était en congé de convalescence, à l'âge de trente-cinq ans.

— M. Auguste Retsin, docteur en médecine à Bruges, secrétaire de la commission médicale provinciale, conseiller communal, agrégé à l'Université de Gand, est décédé le 10 décembre, à la suite d'une courte maladie.

Un des vétérans de la presse médicale, M. le docteur Comet, publie, pour occuper ses loisirs, un livre qui fera certainement sensation. Il est intitulé *La vérité aux médecins et aux gens du monde sur le diagnostic et la thérapeutique des maladies, éclairés par le somnambulisme naturel lucide; observations de facultés surnaturelles de clairvoyance, d'intuition et d'extase dévolues à quelques individus dans l'état de santé et de maladie ; opinion raisonnée sur le magnétisme animal et ses effets.*

Cet ouvrage est divisé en livraisons. Prix de la livraison, 50 c., et de l'ouvrage entier, 6 fr. — Librairie H. Plon, rue Garancière, 8.

Le *Gaulois* a publié dans son numéro du 18 décembre la Charge et la Biographie de M. le vicomte Ponson du Terrail, et dans celui du 25 courant la Charge et la Biographie de M. Arban, le célèbre chef d'orchestre. — Le numéro, 30 centimes. — ABONNEMENT : *Paris*, un an, 15 fr. ; trois mois, 4 fr. 50 c. *Départements*, un an, 18 fr. ; trois mois, 6 fr. — Bureaux, rue des Filles Saint-Thomas, 7.

Recherches sur les bruits de souffle dans les maladies du cœur. Mémoire présenté à l'Académie par M. Eugène HUZAR. Brochure in-8° de 30 p. Prix : 75 cent. Paris, Delahaye, libraire, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 153. — SAMEDI 31 DÉCEMBRE 1859. (32e ANNÉE.) N° 153. — SAMEDI 31 DÉCEMBRE 1859.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finit le 31 décembre sont priés d'envoyer sans retard le prix de leur renouvellement. — Un mandat de poste au nom du directeur de la GAZETTE *est le mode de payement le plus sûr et le plus prompt.*

Nous les prions instamment de joindre à cet envoi une bande du Journal, après avoir rectifié les erreurs s'il y en avait.

Les abonnés de la Belgique voudront bien s'adresser, pour leur renouvellement comme pour les réclamations qu'ils auraient à faire, à M. DECQ, *libraire à Bruxelles, rue de la Madeleine*, 9 ;

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN frères, *libraires, à Genève ;*

Ceux des autres Etats, aux libraires ou aux directeurs des postes de leurs pays.

PARIS, LE 30 DÉCEMBRE 1859.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE RÉTROSPECTIVE.

Dans cette course haletante à travers les faits et les idées de chaque jour à laquelle suffisent à peine les trois feuilles hebdomadaires de ce journal, il est bien difficile qu'arrivé au terme on ne s'aperçoive pas avec regret qu'on a laissé encore beaucoup de choses sur le chemin.

Tels faits ont échappé, parce qu'il a fallu choisir dans la foule ceux qui s'imposaient par leur nouveauté, leur importance exceptionnelle ou par un intérêt d'actualité. Ici ce sont des idées qui n'ont été qu'effleurées seulement à propos des questions de doctrine soulevées à la tribune académique, dans des brochures de circonstance ou des articles de journaux; là les œuvres compactes, les livres dont le flot toujours montant a bientôt débordé malgré le concours si utile et le zèle éprouvé de nos bienveillants et savants collaborateurs. Nous n'avons pas la prétention de combler en un jour d'inévitables lacunes. En remontant le champ parcouru dans le courant de l'année, nous trouverions encore sans doute plus d'un bon grain à glaner; mais le temps, qui engendre ou exhume sans cesse, ramènera tôt ou tard les idées et les faits qui ont pu se soustraire momentanément à notre attention. Il n'en est pas de même des livres qui ont une date, un nom et un caractère de personnalité qui ne comportent pas aussi impunément l'ajournement.

Ne fût-ce qu'à titre de politesse, tout livre mérite un accueil de bienvenue. Ce que le journal saisit en quelque sorte au jour le jour, *exitu ovi*, ce qu'il reflète à la manière de la plaque daguerrienne en une esquisse fidèle, mais plus ou moins fugitive, le livre le fixe d'une manière invariable. C'est dans le livre que vont en définitive se condenser et se résumer avec toute la maturité de la réflexion les faits et les idées qui ont surgi du mouvement et de l'agitation scientifique. C'est donc dans le livre surtout qu'il faut chercher l'expression réelle du progrès scientifique d'une époque.

Si le cadre de notre journal ne comporte pas un examen critique approfondi de toutes les publications qui paraissent dans le cours d'une année, il permet du moins de donner de chacune d'elles une rapide analyse indicative de son but et de son esprit.

La *Gazette des Hôpitaux* n'a point failli jusqu'ici à cette partie importante de sa tâche, ou si elle y a failli, du moins ce n'est que dans les limites et par suite des inévitables difficultés que nous venons d'indiquer. C'est cette lacune que nous nous proposons de remplir aujourd'hui, en présentant non point une analyse, mais une indication des principaux ouvrages publiés dans le cours des dernières années, et dont il ne nous a pas été possible jusqu'ici de présenter un compte rendu complet.

Le premier des ouvrages envers lesquels nous nous sommes laissé endetter, et que nous n'avons signalé qu'en passant à nos lecteurs, est un charmant recueil en deux petits volumes de morceaux de philosophie et de critique scientifique, ayant pour titre : *La médecine et les médecins*, et pour nom d'auteur Louis Peisse. Si la tâche que nous remplissons en ce moment était moins modeste; si, au lieu d'une simple énumération qualificative, nous avions eu le loisir et l'espace nécessaires pour faire un examen approfondi, pour apprécier, juger, critiquer et dogmatiser *ex professo*, nous n'eussions mieux su inaugurer cette revue bibliographique qu'en nous inspirant d'un pareil modèle; modèle, en effet, de haute et magistrale critique, modèle de style et de goût, d'esprit et de convenance. M. Peisse, ainsi qu'il nous l'apprend dans la préface de son livre, n'est point médecin, du moins par le diplôme; mais le diplôme qui confère le droit d'exercice n'est point exigible pour juger et apprécier les hommes et les choses de la médecine; il suffit pour cela de savoir, de connaître les unes et les autres. Or M. Peisse, dont un critique a déjà dit avant nous qu'il était armé de beaucoup plus de science qu'il n'en faut pour être médecin, et même médecin éminent, a acquis depuis longtemps par son savoir et son talent le droit de nous juger tous, nous et nos maîtres, avec nos institutions, nos mœurs et nos doctrines.

A défaut d'une analyse impossible, et dont nous sommes convenu d'ailleurs de nous abstenir, il nous suffira pour donner une idée de ce livre à peu près sans précédent, d'indiquer simplement les titres des chapitres, qui sont autant d'articles détachés sans lien ni suite nécessaire entre eux, et tels qu'ils ont été dictés pour les besoins de la presse (1), par les événements scientifiques, les discussions académiques ou les faits professionnels qui se sont accomplis depuis une trentaine d'années.

Sous le titre général de méthodologie et logique des sciences ; doctrines médicales ; esprit, marche et développement des sciences médicales, on trouve autant d'articles sur les sujets suivants : Scepticisme. Dogmatisme. — Découvertes et découvreurs. — Sciences exactes et sciences non exactes. — De la superstition scientifique et des sciences occultes au dix-neuvième siècle (magnétisme animal, phrénologie, homœopathie, tables tournantes, etc., etc.) — La médecine science occulte. — La recherche de l'impossible ; l'alchimie et les alchimistes. — Critique des faits dits impossibles, extraordinaires, surnaturels. — Vulgarisation des sciences. — La méthode numérique. — Le microscope et les [illegible] et ce qu'on fait en médecine à Montpellier. — L'encyclopédisme et le spécialisme en médecine. — Mission sociale de la médecine et du médecin. — Philosophie des sciences naturelles. — La philosophie et les philosophes par-devant les médecins, etc.

La médico-psychologie et la psycho-physiologie sont représentées dans une deuxième partie par les articles intitulés : L'aliénation mentale et les aliénistes. — La phrénologie. — La psychologie comparative.

Les questions de mœurs médicales et de critique médico-littéraire sont disséminées dans une foule d'articles sous des titres divers moins significatifs que ceux qui précèdent, et presque tous relatifs à des faits ou événements actuels ou à des ouvrages d'un caractère mixte. Tels sont entre autres les articles intitulés : Les congrès scientifiques. — L'Académie de médecine. — Le charlatanisme et les charlatans. — Les nerfs. — Influence du théâtre sur la santé publique. — L'art à l'Académie de médecine, etc. ; nous en passons et des meilleurs. Enfin une galerie de portraits et de fragments biographiques, dans lesquels figurent entre autres Cabanis, Cuvier, Bichat, Broussais, Portal, Chervin, Récamier, etc., termine ce recueil.

De tous ces morceaux où la science, la philosophie et une haute raison ne dédaignent pas de s'allier souvent à une raillerie fine, mais toujours de bon goût et jamais blessante pour les personnes, nous ne saurions lequel indiquer de préférence au choix des lecteurs, s'il n'était beaucoup plus simple de les engager à les lire tous. Nous préviendrons seulement ceux qui n'auraient pas pris déjà l'avance sur notre conseil, qu'ils auraient à se défier un peu de la teinte générale de scepticisme qui règne dans tout ce livre. Salutaire dans une certaine mesure dans la critique et dans la discussion des doctrines, le scepticisme est mortel à l'art, qui a besoin d'une certaine confiance dans les principes et dans l'expérience qui lui servent de guide. Ce serait là le seul reproche peut-être que nous eussions été tenté de faire à ce livre si nous avions eu la prétention de le juger ; mais l'auteur y aurait échappé et par sa position et par le caractère même de son œuvre.

A une année de distance ont paru deux ouvrages qu'il serait du plus grand intérêt de rapprocher, parce que ce rapprochement donnerait la mesure du chemin qu'ont parcouru dans un intervalle de près de trois quarts de siècle les doctrines philosophiques d'une école célèbre par sa philosophie, l'Ecole de Montpellier. M. le professeur Lordat venait à peine de publier sous le titre de : *Rappel des principes doctrinaux de la constitution de l'homme*, le 42e de ses ouvrages, consacrés la plupart, depuis sa thèse sur la nécessité de la physiologie dans l'étude et l'exercice de la médecine présentée à l'Ecole de santé de Montpellier, en l'an V, jusqu'à ce dernier, à l'exposition, au développement et à la démonstration de la doctrine anthropologique de cette école, lorsque notre si regrettable éditeur M. Germer-Baillière publiait une 3e édition des *Nouveaux éléments de la science de l'homme*, de Barthez, collationnée et revue par M. E. Barthez, son petit-neveu. Tout a été dit et depuis bien longtemps sur les éléments de la science de l'homme, cet ouvrage si controversé, si diversement jugé, et dont l'influence a été si grande sur le cours des idées médicales du commencement de ce siècle. La doctrine exposée dans cet ouvrage est trop connue pour qu'il soit nécessaire de la rappeler ici, et l'apprécier au point de vue de sa valeur actuelle nous entraînerait beaucoup plus loin que nous ne voudrions aller. Nous nous bornerons seulement à signaler le fait même de cette réédition à cinquante-quatre ans de distance de la précédente, et après les révolutions successives qui se sont accomplies dans cet intervalle dans les doctrines médicales et physiologiques, comme le symptôme d'une transformation dans les esprits, qu'il serait du plus grand intérêt d'étudier dans ses diverses phases et dans les tendances qu'elle semble révéler pour l'avenir.

La nouvelle édition des *Éléments de la science de l'homme* ne renferme pas seulement cette œuvre capitale de Barthez. Les éditeurs ont eu l'heureuse idée d'y ajouter quelques-unes des autres œuvres de l'illustre chancelier, notamment les mémoires et articles publiés dans les recueils du temps, et dont quelques-uns sont universellement connus, tels que le discours sur le génie d'Hippocrate, la théorie des maladies goutteuses et rhumatismales (extrait de la préface du *Traité des maladies goutteuses*), le mémoire sur les fluxions, les observations sur les coliques ner- ritaient pas moins de l'être, tels que les articles sur l'évanouissement, sur l'extispice, sur la fascination, sur la femme, sur la force des animaux, etc. D'où il résulte, non point une collection complète des œuvres de Barthez, mais une réunion de ses principaux travaux, qui permet de juger de l'ensemble de ses doctrines et de ses opinions sur une foule de points divers de médecine pratique et de physiologie. Nous n'avons qu'un regret à exprimer, c'est que M. E. Barthez, en remplissant le pieux devoir qu'il s'était imposé envers la mémoire de son illustre parent, n'ait pu soustraire à ses nombreuses occupations le temps nécessaire pour placer en tête de cette édition l'appréciation qu'il s'était proposé de faire de l'esprit philosophique qui règne dans cet ouvrage. Espérons qu'il trouvera un jour le loisir de remplir une si digne tâche.

Nous venons de dire qu'il serait intéressant de rapprocher de cette nouvelle édition de l'œuvre principale de Barthez le nouvel ouvrage publié peu de temps avant par M. Lordat. On sait, en effet, que M. Lordat, héritier des manuscrits de Barthez et son continuateur, n'a pas peu contribué à la propagation et au succès de sa doctrine par la manière si nette, si lucide et si élégante avec laquelle il l'a exposée dans l'un de ses premiers ouvrages (*Exposition de la doctrine de Barthez*, 1813), qualités d'autant plus remarquées alors, et d'autant plus dignes de l'être, qu'elles manquaient généralement dans l'œuvre du maître. Mais M. Lordat ne s'en est pas tenu longtemps au rôle de commentateur; il ne tarda pas à manifester son originalité propre, en consacrant désormais la plus grande partie de ses leçons et des publications qui n'en ont été le plus souvent que la reproduction, au développement d'un point de la doctrine qui n'avait été qu'indiqué seulement par Barthez, et dont il a fait depuis le principe et la base de sa propre doctrine; nous voulons parler du double dynamisme humain, l'âme pensante ou sens intime et le principe vital (le seul des deux dynamismes dont Barthez avait cru devoir étudier les manifestations et les lois dans la vie humaine). C'est à cette doctrine du double dynamisme, dont on aperçoit déjà les premiers germes dans le livre sur la *Perpétuité de la médecine* et dans l'*Ebauche du plan d'un traité complet de physiologie humaine*, dont les traits se dessinent plus nettement encore dans les *Leçons sur les lois de l'hérédité physiologique*, comparée chez les bêtes et chez l'homme, dans la *Caractéristique de l'enseignement médical de Montpellier*, dans la *Preuve de l'insénescence du sens intime de l'homme*, etc., et qui est définitivement et explicitement formulée dans l'*Introduction à la doctrine de l'alliance entre l'âme pensante et la force vitale chez l'homme* ; c'est, disons-nous, à l'exposition de cette doctrine anthropologi-

(1) La plupart de ces articles ont été publiés dans la *Gazette médicale de Paris*.

que, dont il fait honneur avec un peu trop de désintéressement peut-être à Barthez et à Hippocrate, qu'est consacré le nouvel ouvrage dont nous avons plus haut inscrit le titre. Cet ouvrage, comme tous ses aînés, porte ce cachet d'élévation dans les idées, de richesse dans l'érudition, de ressources ingénieuses dans la dialectique et de charme dans le style, qui pour ceux qui ont eu l'avantage d'entendre l'illustre et vénérable professeur, ne le cède qu'au charme de sa parole.

Nous allons descendre un peu maintenant des hauteurs métaphysiques où nous ont placé les ouvrages que nous venons d'énumérer, pour passer à l'indication d'un second groupe de livres qui, par leur objet comme par leur caractère commun, forment en quelque sorte une transition naturelle entre les premiers et ceux qu'il nous restera encore à énumérer. Il s'agit, en effet, d'ouvrages qui touchent encore aux généralités de la science.

Plusieurs œuvres de pathologie générale ont été publiées dans les années dont nous dénombrons en ce moment quelques-unes des richesses bibliographiques. Nous n'avons qu'à mentionner ici les *Nouveaux éléments de pathologie générale* de M. Bouchut, et la réédition du premier volume du *Traité élémentaire de pathologie interne* (pathologie générale et séméiologie de MM. Hardy et Béhier), dont l'analyse a été publiée cette année même dans le feuilleton de ce journal. Nous citerons à côté de ces deux traités, et comme ayant chacun sur ce sujet commun un caractère particulier dont nous aurons à faire ressortir plus tard la signification, les *Éléments de pathologie médicale*, ou *Précis de médecine théorique et pratique*, de feu le docteur J. Bayle, et le *Traité de pathologie générale* de M. le docteur Ed. Monneret.

Le premier de ces ouvrages, écrit dans l'esprit du vitalisme hippocratique, peut se résumer au point de vue dogmatique dans ces deux propositions signées d'Hippocrate, savoir : « que tout est gouverné dans le corps de l'homme sain ou malade par la nature, c'est-à-dire par le principe de vie ou la force vitale (*enormon*) qui l'anime, et que la maladie consiste (presque toujours, mais pas toujours) dans une réaction de l'organisme contre toute cause qui l'affecte d'une manière nuisible »; et cette troisième, qui en est la conséquence naturelle et comme la consécration pratique : « Que le rôle du médecin ne doit être que celui du *naturæ medicatricis minister*, et se borner à surveiller, diriger, solliciter ou combattre, au besoin, quand ils sont ou insuffisants ou vicieux, les efforts spontanés de la nature. »

Dans cette doctrine qui, comme on le voit, est loin de présenter rien de nouveau, mais qui n'en a pas non plus la prétention, la séméiotique et la prognose reprennent l'importance et le rang dont le diagnostic anatomique les avait fait déchoir. Nous devons ajouter aussi, à la louange de l'auteur, qu'il n'a négligé ni [illegible] généralités ni dans la description spéciale des maladies nes de la médecine, et qu'il a largement mis à contribution les enseignements de l'anatomie pathologique et de l'hématologie dont il avait lui-même étudié quelques points non sans succès.

Le *Traité de pathologie* de M. Monneret nous ramène naturellement à un ordre d'idées beaucoup plus rapproché de notre temps et de nos préoccupations journalières, mais cependant sans rompre avec les idées du passé dont nous venons de nommer quelques-uns des plus éminents représentants. Dans l'ouvrage de M. Monneret, nous trouvons en effet l'expression des écoles modernes, mais avec cette tendance, qui est un des caractères du jour, que nous espérons pouvoir le montrer un peu plus tard, à rattacher par leur lien naturel les faits nouveaux et les découvertes importantes issues de cet immense concours de recherches individuelles dont nous sommes tous les jours témoins, avec ceux des principes généraux formulés par nos devanciers, qui ont résisté à l'épreuve du temps et de l'expérience. Le cadre que M. Monneret s'est proposé de remplir, et dont les deux gros volumes qui ont paru ne comblent qu'une partie seulement, est sans contredit l'un des plus vastes qui aient été conçus.

C'est le programme de la pathologie générale dans sa plus large extension et dans tout ce qui se rapporte à ces trois termes qui en résument le but : la maladie, le malade, le médecin. Il y aurait de la témérité à préjuger d'avance la valeur d'une œuvre aussi considérable dont nous n'avons encore qu'une partie incomplète sous les yeux. Mais cette partie seule, dans laquelle nous aurions plus d'une fois à puiser des motifs de jugement sur le mouvement scientifique de notre temps, demanderait elle-même, pour être convenablement appréciée, une lecture plus attentive et une attention plus réfléchie que celle qu'il nous a été possible de lui accorder.

Nous devons rapprocher encore de ce même genre d'ouvrages, dont la période que nous embrassons s'est montrée féconde, comme on le voit, un premier fascicule d'un ouvrage de M. le docteur Beyran intitulé : *Traité pratique de pathologie générale, médicale et chirurgicale*, et une nouvelle édition de la *Doctrine des éléments morbides et de son application à la médecine pratique* de M. le docteur J. Quissac, ouvrage dont la première édition a été analysée, mais qui contient dans celle-ci des augmentations considérables qui nous ont paru mériter l'attention des lecteurs.

Dans l'ordre des Traités généraux sur d'autres parties de la médecine, qui ont été réédités dans ces deux dernières années, nous n'aurons besoin que de signaler deux ouvrages devenus depuis longtemps classiques et qui sont entre les mains de tous les médecins, le *Traité de thérapeutique et de matière médicale* de MM. Trousseau et Pidoux et le *Traité d'hygiène* de M. Michel Lévy.

Nous ne parlons point des ouvrages de chirurgie, qui demanderont aussi que nous soldions notre arriéré à leur égard. Nous ne nous flattons pas encore que dans cette rapide Revue nous ne nous soyons pas encore rendu coupable de quelque omission involontaire. Mais il n'y a jamais prescription à cet égard, et les réparations de ce genre sont toujours possibles. — Dr Brochin.

DE LA PARALYSIE
dans la diphthérie et dans les maladies aiguës.

Par M. le Dr Emile Bernard.

On a beaucoup parlé, depuis quelques années, des *paralysies diphthériques*, comme si ces paralysies avaient quelque chose de tout à fait spécial : cela n'est pas parfaitement exact. Si ces paralysies ont quelque chose de particulier, c'est plus dans la forme que dans la nature, car, sous ce dernier point de vue, elles se rapprochent beaucoup de celles qu'on observe dans un certain nombre d'autres maladies aiguës, où elles sont un effet de la faiblesse et de la convalescence.

On pourrait décrire des paralysies typhoïdes, des paralysies pneumoniques (cette gloire vient de tenter M. Macario), des paralysies dyssentériques, des paralysies varioliques, des paralysies suite de fièvre intermittente, etc.; quelques maladies des voies urinaires produisent également le même effet (Leroy d'Etiolles).

Doit-on étudier à part ces paralysies, ou les comprendre dans une même étude, en les rapportant à une même cause générale les tenant sous sa loi? Sont-ce là des variétés d'une même espèce morbide, comme les contractures des cholériques, des nourrices, des enfants, de la fièvre typhoïde, ainsi qu'on l'a observé à l'hôpital Saint-Antoine en 1857? Ne sont-ce que des variétés de la contracture dite *essentielle*, ou tétanie de Corvisart? Telle est en effet notre opinion.

Nous ne voulons pas entrer dans un sujet que le temps ne nous permettrait pas de développer, nous nous contentons seulement de l'indiquer.

Nous nous proposons ici de faire connaître en peu de mots l'origine des paralysies dites essentielles, c'est-à-dire dont l'existence sur le cadavre ne peut être expliquée par aucune lésion appréciable, et qui sont consécutives aux maladies aiguës, et de traiter des paralysies diphthériques, dont nous avons eu l'occasion de voir quelques cas dans une épidémie d'angine couenne et octobre, à Huillé (Maine-et-Loire).

Des paralysies dans les maladies aiguës. — La connaissance des paralysies accompagnant différentes maladies aiguës ou leur succédant n'est pas nouvelle, les auteurs en citent plusieurs exemples. Franck et Zimmermann ont observé la paralysie dyssentérique. Ce dernier auteur, dont les travaux sur cette affection sont dignes de son beau génie, dit expressément : « Chez quelques sujets qui avaient été violemment attaqués de la dyssenterie, il arrivait une paralysie à la bouche, à la langue; chez d'autres, à toute la partie inférieure du corps; chez quelques-uns, elle était universelle au moment même où la maladie paraissait ne plus exister. « (*De la dyssenterie*, p. 13, trad. française; Lausanne, 1794). Pomme (t. I, p. 262) parle d'un chirurgien de Lyon nommé Armand, d'un tempérament sanguin et robuste, qui, à l'âge de trente-cinq ans, fut attaqué, dans le mois de mai 1751, d'une fièvre putride et inflammatoire dont il guérit, mais qui, dans sa convalescence, fut saisi tout à coup d'une hémiplégie incomplète au côté droit. Son bras et sa jambe furent d'abord engourdis, son œil fut éraillé par la contraction des deux paupières, et la bouche resta dans un état convulsif. « Les symptômes de la maladie qui avait précédé, et les remèdes que j'avais employés, dit Pomme, me fournirent au premier instant des signes diagnostiques du mal que j'avais à combattre; le spasme et l'éréthisme des nerfs se montraient avec évidence; il fallait relâcher au plus vite les parties qui en étaient affectées. Le bain tiède fut préféré à tout autre secours, quoique la faiblesse du malade parût à quelques-uns contre-indiquer l'emploi de ce remède. Son efficacité ne se démentit pas, puisque l'on vit en peu de jours disparaître tous ces symptômes. » Percy a signalé des faits analogues.

Voici ce que dit Malouin dans les *Mémoires de l'Académie royale des sciences* en 1747, p. 553, à propos de l'histoire des maladies observées à Paris : « Les maladies épidémiques, dit Malouin, ont toutes été catarrheuses en février comme en janvier; elles avaient pour cause la même humeur qui produisait différentes maladies. C'est ce qui a produit quelques apoplexies suivies de paralysies d'un côté du corps; elle a fait aussi des paralysies qui n'attaquaient que les extrémités et qui n'étaient point précédées d'apoplexies. Ces paralysies avaient encore ceci de particulier que les parties qui en étaient affectées revenaient quelquefois dans leur état naturel, lorsque en même temps une autre partie tombait paralytique. »

Quant à Tissot, on ne saurait être plus explicite, dit M. Bouchut dans son *Traité sur le nervosisme*, p. 33 : « Toutes les maladies aiguës, soit inflammatoires, soit putrides simples ou malignes, peuvent produire cet effet (*Des paralysies*) par suite différentes lésions qu'elles laissent dans la machine, et il est tr aisé de voir les hommes forts, après une fièvre violente la mie terminée, avoir des maux de nerfs, parce que, comme je l'ai d dit, une maladie aiguë, quoique bien terminée, laisse les fib lâches, le sang trop peu dense, l'estomac faible, la mucosité revêt toutes les cavités trop ténue, les vaisseaux trop peu re plis, et que toutes ces conditions donnent des maux de nerfs (Tissot, *Traité des nerfs*, t. III, p. 256.)

Un peu plus loin il ajoute : « C'est surtout après les fièv véritablement malignes que l'on observe les pertes de mémo l'affaiblissement des sens, l'imbécillité, etc. J'ai vu un hom âgé de vingt-six ans, très-vigoureux avant sa maladie, qui ét tombé dans l'étisie à la suite d'une maladie aiguë mal termi éprouva un changement singulier dans la physionomie, qui pendait de ce que les muscles des yeux étaient habituellem dans un état de spasme qui, dérangeant leur position, fai que l'œil droit voyait les objets un peu plus haut que l'œil g che. » (*Loc. cit.*, t. III, p. 257.)

« La compression que les nerfs éprouvent par l'enflure quelque partie enflammée peut encore, dit Tissot, produire accidents nerveux, et c'est sans doute de quelque circonsta de cette espèce que dépendait la paralysie du bras gauche Galien observa après une forte inflammation de poitrine, qui fut très-passagère » (Galien, *De locis affectis*, l. IV, ch. Graves, dans le *Journal de médecine et de chirurgie de Lon* (1812), cite des cas de paralysie succédant à l'entérie aiguë, gastro-duodénite. Depuis ce temps, les exemples de paral typhoïde se sont multipliés; le *Bulletin de thérapeutique* de en renferme plusieurs exemples. M Rilliet, en 1851, a vu, une jeune fille de dix-huit ans, une paraplégie complète su dant à une fièvre typhoïde, qui a fini par disparaître comp ment, après avoir duré plus de dix-huit mois. MM. Vall Blache, Macario et Bouchut en ont aussi rapporté des exem dans les journaux de médecine. Le dernier de ces auteurs parlant de l'effet que peuvent avoir les maladies aiguës su production des paralysies, s'exprime ainsi :

« Les troubles de l'innervation peuvent être si considéral qu'il en résulte des paralysies partielles ou générales, et paralysies des organes des sens. Plusieurs fois déjà j'ai vu enfants momentanément atteints de paralysie générale da convalescence de la fièvre typhoïde, et les accidents ont dis au bout de quinze à vingt jours.

Dans un cas, chez une petite fille qui me fut adressée à pital Sainte-Eugénie par mon collègue M. Verneuil, il y av la fois paralysie générale et amaurose; la paralysie muscu cessa au bout d'un mois; l'amaurose devint permanente. [illegible] après, quoi que nous ayons pu faire, elle durait encore. une autre petite fille, il y eut une paralysie de la langue, g au bout de quinze jours, et chez quelques enfants placés dan mêmes conditions, j'ai vu la paralysie se prolonger pendant sieurs semaines. » (*Loc. cit.*, p. 33.)

Nous avons nous-même recueilli un cas de paraplégie, à l' tel-Dieu d'Angers, en 1856. On peut donc induire de là qu' ne sont pas très-rares à la suite de cette maladie. M. Maca rapporté, dans le *Bulletin de thérapeutique* et dans le *Moni des hôpitaux*, deux observations fort importantes de paral survenue dans la convalescence d'une pleuro-pneumonie gra la dyssenterie et les fièvres intermittentes en ont fourni aussi cas, en petit nombre, il est vrai. Enfin, M. Bouchut a vu 1846, à l'hôpital Sainte-Eugénie, une petite fille âgée de ans, prise d'une paralysie dans le cours d'une bronchite. C'es seul exemple qu'on ait encore observé à la suite de cette af tion.

D'après ce court exposé, on voit qu'il existe déjà d'assez n breux exemples de paralysie qui ont été la suite de mala aiguës; nous sommes forcé d'avouer cependant que celles succèdent à la fièvre typhoïde figurent dans la science, d'ap nos recherches, pour un nombre au moins égal à celui des pa lysies des autres maladies aiguës Nous allons maintenant rasse bler ici quelques-unes de ces diverses observations.

Suivent six observations de paralysie, trois à la suite de fièvre typhoïde, une après la pneumonie, une après la dyss terie et une après la bronchite.

De la paralysie diphthérique. — La paralysie diphthériq n'est pas une maladie de date tout à fait récente. En 1748, Ch mel rapporte des observations d'angine couenneuse, et il en te mine une par ces mots : « J'ai appris qu'après le quarantiè jour de la maladie, la malade parlait encore beaucoup du ne était devenue louche et contrefaite; mais, en reprenant ses f ces, elle a repris de jour en jour son état naturel. ».

Chomel semble donc être le premier qui ait connu cette par lysie; car, si l'on parcourt les monuments anciens, on n' trouve nulle part aucune trace. Un an après lui, Ghisi, qui p bliait dans ses lettres médicales la relation des épidémies qu avait observées à Crémone les deux années précédentes, av noté la paralysie du voile du palais, qu'il attribue à l'intensité l'inflammation. Il parle des étranges effets de cette maladie, e fets qui se remarquaient chez beaucoup de ceux qui étaient dé rétablis, et qui persévéraient pendant environ un mois après guérison de l'angine. Il termine ainsi une observation d'an gine avec gonflement considérable des ganglions :

« L'enfant continuait à parler du nez, et les aliments, au li

de suivre le chemin de l'œsophage, revenaient par les narines, principalement ceux qui étaient le moins solides. »

En 1771, Samuel Bard (New-York) observa un enfant de deux ans et demi qui, à la suite d'une angine couenneuse, resta aphone, ne pouvant point avaler ni remuer ses membres. On appliqua un vésicatoire derrière chaque oreille, et la matière qui s'en écoula était si âcre et si corrosive, qu'elle enflamma presque toute la peau, depuis le menton jusqu'au sternum; ce qui fait penser qu'il y avait là une diphthérie cutanée.

Pinel, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, article SPASME, raconte l'observation suivante :

Une fille d'environ vingt-cinq ans entre à l'hôpital de la Pitié le 25 septembre 1814. Elle était tombée dans une sorte de marasme à la suite d'un mal de gorge gangréneux; elle éprouvait une agitation continuelle avec des spasmes de la plupart des muscles soumis à la volonté, un resserrement très-incommode dans la gorge avec impossibilité d'exécuter la déglutition; les liquides qu'elle essayait d'avaler sortaient par les narines, malgré les efforts comme convulsifs auxquels elle se livrait pour parvenir à les introduire dans l'œsophage. C'était sans doute un cas de paralysie diphthérique semblable à ceux qui ont été décrits, et dont j'ai publié un exemple. Outre le resserrement spasmodique de la gorge, il y avait de la douleur, des bourdonnements continuels dans les oreilles, de la fièvre; l'arrière-bouche ne présentait rien de particulier, si ce n'est que la luette avait été antérieurement en partie détruite par une eschare gangréneuse, etc. Après avoir appliqué un vésicatoire à la partie antérieure du cou, on mit la malade à l'usage des antispasmodiques et des bains généraux. Ces moyens eurent quelque succès, et on parvint, au bout de quinze jours, à faire passer des boissons médicamenteuses et des aliments liquides. Dès lors on put combattre le marasme et le dévoiement qui l'accompagnait; peu à peu, et en continuant l'usage des antispasmodiques et des bains associés aux mucilagineux et aux analeptiques, on parvint à guérir cette maladie dans l'espace de six semaines, et à faire disparaître l'affaiblissement qui avait, ainsi que le spasme, succédé à l'angine.

Nous avons voulu rapporter l'observation tout entière, pour montrer que Pinel non-seulement avait remarqué à la suite de l'angine couenneuse la paralysie du voile du palais, mais peut-être encore celle des autres parties, traduite ici par le mot *spasme*. Après Pinel viennent Ozanam, en 1829; M. Orillard, de Poitiers, en 1836; MM. Bretonneau et Trousseau en 1855. Ce dernier, après avoir observé de nombreux cas de paralysie du voile du palais, fit l'histoire de cette affection, qu'il attribua d'abord à une modification inflammatoire qui rendait les muscles incapables de se mouvoir.

Depuis, il eut occasion d'observer plusieurs fois, outre la paralysie du voile du palais, celle de la langue, des membres, du strabisme, et même de l'amaurose. Ces faits lui rappelèrent alors qu'il avait déjà vu d'autres cas semblables; l'un chez un enfant, en 1846, avec M. le docteur Vasseur; et trois autres en 1849, avec M. le docteur Dewulf, chez trois enfants; tous avaient été atteints d'angines graves.

M. Bouchut, parlant des paralysies consécutives aux affections aiguës, termine par ces mots : « J'ai observé quelques faits du même genre à la suite de l'angine couenneuse, soit la paralysie du voile du palais, soit des paralysies générales ou partielles dans les membres; c'est ce qu'on appelle la *paralysie diphthérique*. » (*Loc. cit.*)

Les dernières années ont été prodigues d'exemples de cette affection; mais c'est surtout celle de 1859 qui les a disséminés par toute la France avec le plus de libéralité. Ainsi que plusieurs de nos amis, nous en avons vu quelques-uns en province, et depuis notre retour à Paris, il s'en est présenté plusieurs cas dans les hôpitaux; en sorte que l'on pourrait presque dire maintenant qu'il est de règle de voir la paralysie partielle ou générale se montrer à la suite de la diphthérie.

En résumé, notre but a été de démontrer :

1° Qu'il peut se produire des paralysies musculaires, de l'anesthésie et des paralysies viscérales à la suite et dans la convalescence de toutes les maladies aiguës;

2° Qu'il y a une paralysie qu'on pourrait appeler typhoïde;

3° Qu'il y a une paralysie qu'on pourrait appeler pneumonique;

4° Qu'il y a des paralysies dyssentériques;

5° Qu'il y a une paralysie diphthérique, avec ou sans symptômes de paralysie locale du pharynx.

6° Que toutes ces paralysies dépendent probablement d'une même cause générale, d'un même principe, qui est l'affaiblissement du système nerveux par les maladies, et quelquefois par l'action d'une diète trop prolongée et de moyens capables d'appauvrir l'élément globulaire du sang. Ajoutons que la constitution médicale n'est pas étrangère à la fréquence de ces paralysies.

7° Que le régime fortifiant et les moyens toniques sont ce qu'il y a de mieux à mettre en usage pour remédier à cette complication.

UN NOUVEAU CORPS ÉTRANGER DU RECTUM.

Par le docteur GOURIET (de Niort).

Le 4 décembre 1858, la femme S..., âgée de trente-deux ans, me consulte pour une descente de matrice survenue à la suite d'un accouchement laborieux, qui date d'une douzaine d'années. Cette infirmité s'étant aggravée dans les derniers temps, la malade ne s'occupe qu'à grand'peine des soins de son ménage et se condamne à une vie sédentaire absolue.

Le col est presque à la vulve, mais n'est pas ulcéré; des pertes blanches très-abondantes semblent venir de la face interne de l'utérus. L'aspect général, les palpitations de cœur, les maux de tête et d'estomac, les douleurs névralgiques dans les membres indiquent un état de chlorose très-avancé.

Je prescris les ferrugineux et un régime fortifiant; mais craignant que ces moyens n'agissent que d'une manière lente sur le déplacement de la matrice, je conseille comme palliatif l'emploi d'un pessaire.

La femme S... me demande un délai pour réfléchir.

Trois jours après, le 7 décembre, elle m'envoie chercher en toute hâte; je la trouve au lit, en proie aux symptômes suivants : fièvre ardente; envies continuelles de vomir; impossibilité d'aller à la garde-robe; douleurs terribles qui de l'anus et de la vulve s'irradient dans tout l'abdomen et simulent, dit-elle, *un accouchement qui n'en finit pas*. Elle me raconte qu'en sortant de chez moi elle a fait mettre mon conseil à exécution par une matrone. L'introduction lui a causé des douleurs atroces et n'a pas duré moins d'une demi-heure; encore l'opératrice a-t-elle eu le soin de se faire étayer le pied par une femme, afin de prendre un point d'appui solide, tandis que deux autres femmes la poussaient par l'aisselle et les lombes du côté opposé à la main qui travaillait. C'est grâce à cette force irrésistible que le pessaire est arrivé à sa destination. Le tout se passait sur le bord du lit, *sous les jupes et sans y voir*.

Mon premier soin est de pratiquer le toucher. A ma grande surprise, le vagin est vide; le museau de tanche s'offre à mon doigt; je puis circonscrire le col; point de pessaire. N'étaient les souffrances de la malade et la gravité de cette scène, c'était à croire à une mystification. J'explorais vainement les parois du vagin, lorsque je rencontrai le long de la face postérieure un obstacle dur et arrondi avec dépression centrale simulant assez bien un pessaire en gimblette. Mon doigt était séparé de cet obstacle par une membrane qui ne pouvait être que la cloison recto-vaginale. Un soupçon me traverse l'esprit : je fais une contre-épreuve par le toucher rectal, et cette fois j'arrive directement sur l'objet de mes recherches. Il était très-près de l'anus, et rendait cet orifice extrêmement béant; le plan de sa circonférence était presque vertical (la femme étant supposée debout), avec une de ses faces tournée vers le vagin et l'autre face vers le sacrum. Le doigt mis en crochet arrivait parfaitement dans la cavité centrale du pessaire.

Une grave question se présentait : le pessaire était-il entré dans le rectum par l'anus ou n'y était-il venu que grâce à une rupture énorme de la cloison recto-vaginale? J'inclinais vers la première opinion, puisqu'il ne s'était pas écoulé de sang et que mon exploration ne m'avait point fait constater de rupture; toutefois, jugeant le cas sérieux et digne d'un examen plus attentif, je demandai un consultant, et laissai le pessaire en place comme devant par sa présence guider les explorations.

M. le docteur Bordeau ne tarda pas à venir. Je renonce à décrire l'étonnement de mon confrère lorsque je lui dis qu'il s'agissait d'un pessaire dans le rectum. Nous reconnûmes l'intégrité de la cloison; le pessaire fut retiré sans peine, et, après deux jours de repos au lit, il ne restait à la malade qu'un affreux souvenir de son mal.

Le corps étranger, en forme de gimblette circulaire, avait 7 centimètres et demi de diamètre sur 2 centimètres et demi d'épaisseur.

Le fait que nous venons de rapporter ne le cède en rien pour la bizarrerie à la queue de cochon, à la bille de billard, à la navette de tisserand, à la chope de bière, à la bouteille d'eau de la reine de Hongrie; il montre en même temps que, par un sentiment de pudeur très-louable sans doute, mais souvent inopportun, on s'expose à priver la main du secours des yeux.

TRAITEMENT DE LA CÉPHALALGIE NERVEUSE PAR L'ACONIT.

Il résulte des remarques de M. Addington Simonds que l'aconit, cet agent thérapeutique si efficace contre les névralgies, et en particulier contre les névralgies de la face, est encore un des meilleurs moyens à employer contre la céphalalgie nerveuse. L'auteur prescrit habituellement la teinture de Fleming à la dose d'une ou deux gouttes, que l'on répète, s'il y a lieu, au bout de deux ou trois heures.

Il emploie aussi l'extrait alcoolique de Morton, à la dose de 1/8 à 1/6 de grain.

Les effets de l'aconit sont, dit-il, meilleurs dans quelques cas, et principalement dans ceux où la céphalalgie a une forme chronique et dans lesquels il y a un malaise continuel ou une disposition constante au mal de tête.

On se trouve alors parfaitement d'administrer trois fois par jour une petite dose d'aconit, soit seule, soit associée à quelque tonique.

Ce moyen demande cependant quelques précautions, et M. Simonds rapporte à ce sujet le fait d'une dame qui, s'étant trouvée soulagée par l'aconit, en portait constamment sur elle des pilules contenant un demi-grain d'extrait. M. Simonds lui avait prescrit de ne prendre une pilule que toutes les deux heures, dans le cas où la première n'aurait pas eu de résultat; mais un jour cette dame en ayant pris deux de suite, fut en proie quelques heures après à tous les phénomènes de l'empoisonnement par l'aconit.

Nous croyons devoir faire remarquer à ce sujet que la teinture dite de Fleming et l'extrait alcoolique de la pharmacopée anglaise sont au moins d'un tiers plus actifs que les mêmes préparations de la pharmacopée française, et nous estimons par conséquent qu'il y aurait peu à craindre d'accidents si on donnait aux malades des pilules de 25 milligrammes, et si ces pilules étaient séparées par des intervalles de deux à trois heures.

(*Med. Times and Gaz.* et *Bull. de thérap.*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 décembre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Nomination d'une commission de l'hypnotisme. — M. LE PRÉSIDENT annonce que plusieurs personnes étrangères à la Société ont demandé la parole pour des communications sur l'hypnotisme. Mais le bureau a pensé que cette question, qui a déjà occupé plusieurs séances, ne devait pas retarder plus longtemps les travaux ordinaires de la Société, et il a cru qu'il serait convenable de renvoyer à une commission spéciale toutes ces communications, dans l'intérêt même de la question.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Monod, Michon et Legouest.

— La parole est à M. Giraldès pour la démonstration d'une pièce d'anatomie pathologique.

La Société se rappelle, dit M. GIRALDÈS, que je lui ai présenté, il y a quelque temps, une petite fille portant un kyste congénital du cou; cette présentation a donné lieu, de la part de quelques-uns de nos collègues, à des remarques sur le meilleur procédé à suivre dans le traitement de ces tumeurs. Les pièces que je soumets à la Société, provenant de l'enfant en question, sont d'un grand intérêt; elles servent à montrer la composition complexe de ces tumeurs, et aussi combien il est nécessaire, avant d'instituer le traitement de ces kystes, d'en bien connaître la nature. En effet les divers procédés qui ont été préconisés à cette occasion par nos collègues ne pouvaient avoir aucune chance de succès; ainsi, les injections iodées simples, les injections avec morcellement des parties contenues dans le kyste auraient sans doute échoué.

La dissection démontre que la tumeur est placée au-dessous de l'aponévrose cervicale, qu'elle est doublée par cette aponévrose, par le *fascia superficialis* et par le peaussier hypertrophié. Elle s'insère par un pédicule fibreux à l'os hyoïde et au cartilage thyroïde. De ces deux points, elle s'est développée en haut et en arrière, de façon à refouler les couches des tissus profonds, et à se former une espèce de loge dans la région latérale du cou. La veine et l'artère thyroïdienne supérieure se ramifient sur ses parois.

Le kyste ouvert laisse écouler un liquide jaunâtre, contenant une grande quantité de globules sanguins altérés, de globules graisseux et de plaques épithéliales. La paroi interne du kyste rappelle la face interne de l'estomac; elle est tapissée par une couche épaisse de matière analogue au mucus nasal. L'examen microscopique démontre que cette matière est formée par des plaques épithéliales, par des globules graisseux, par une matière granuleuse et par une substance amorphe.

De la partie interne du kyste, du point correspondant à l'os hyoïde, se détache une grappe de tumeurs réunies par un pédicule commun. Les unes sont petites et transparentes, les autres sont d'une couleur opaline; la plus supérieure et en même temps la plus grosse est d'un rouge violacé. A côté du pédicule se trouve une plaque de l'étendue de 3 centimètres carrés, formée par des kystes en voie de développement. Les tumeurs, divisées dans leur épaisseur, présentent une composition différente : les unes sont formées par des kystes simples, les autres par un grand nombre de kystes miliaires, logés dans un stroma fibreux, et rappelant la coupe de certaines tumeurs adénoïdes de la mamelle. La substance blanche, qui recouvre la paroi de ces kystes, est composée par la substance graisseuse.

La tumeur la plus volumineuse, celle qui présente une coloration violacée, est formée par un tissu rouge, gélatineux, de la consistance et de la coloration de la gelée de groseille; cette substance est renfermée dans des lames fibreuses, et remplie de productions osseuses analogues à du tissu spongieux. Au milieu de cette masse rougeâtre se rencontre une plaque cartilagineuse, ayant 3 centimètres d'étendue et près d'un centimètre de largeur, présentant une tête arrondie, et rappelant assez la forme d'un os long déformé. Au milieu de ce cartilage existent plusieurs points ossifiés.

L'examen microscopique démontre que la substance rouge est constituée par des globules de sang et par des globules graisseux en très-grande quantité.

La plaque cartilagineuse présente tous les éléments microscopiques du cartilage, et les parties ossifiées sont formées par les éléments microscopiques du tissu osseux. La surface de cette grappe de tumeurs est parcourue par des vaisseaux capillaires sanguins, formant dans quelques points un réseau très-fin et très-serré.

D'après ce qui vient d'être exposé touchant la structure anatomique de cette tumeur, on peut voir que l'opinion qui avait été avancée par un de nos collègues, qu'elle pouvait être le résultat de la transformation d'un ganglion lymphatique, ne peut être soutenue. Il en est de même de l'opinion qui voulait regarder cette tumeur comme un kyste séreux.

Nous serions porté à croire, d'après sa nature anatomique, qu'elle se rapproche davantage des productions formées par une inclusion fœtale.

M. GOSSELIN demande à M. Giraldès s'il est bien sûr que toutes les saillies qu'on voit sur la pièce qu'il présente soient formées par des masses kystiques?

N'y a-t-il pas, au contraire, des parties solides et qui n'ont en aucune façon l'organisation des kystes?

M. GIRALDÈS. Dans la description que je viens de donner se trouve déjà, en partie du moins, la réponse à la question de M. Gosselin. J'ai parlé, en effet, de certaines portions de la tumeur qui paraissaient solides et qui pouvaient être rapportées à des kystes atrophiés. Il est bien entendu d'ailleurs que l'examen de cette pièce n'est pas encore complet, et que je me propose de le poursuivre dans tous ses détails.

M. RICHET. La pièce pathologique présentée par M. Giraldès ne vient-elle pas à l'appui de l'opinion qui avait été émise par M. Richard? à savoir que les ganglions sous-maxillaires ont été le point de départ des kystes observés dans les cas analogues? Il lui semble que les parties solides, qui ont frappé l'attention de M. Gosselin, donnent une certaine valeur à cette manière de voir.

M. GIRALDÈS. Si je puis m'en rapporter à ce que j'ai déjà vu, au

point où est arrivée la dissection, je n'hésite pas à répondre que cette opinion ne me paraît pas fondée.

La tumeur existait au niveau de l'os hyoïde, et non dans la région où se trouvent disséminés les ganglions. Je ferai remarquer, en outre, qu'il y avait une poche principale énorme et remplie de sang.

M. CLOQUET. Pour savoir si ces tumeurs sur lesquelles on discute sont des kystes ou des ganglions, il faut tout simplement les fendre et en étudier la structure.

M. GIRALDÈS. J'ai voulu que la Société pût suivre la dissection de cette pièce, et c'est pour cela que je n'ai pas cru devoir la compléter en son absence; elle le sera ultérieurement, et j'aurai soin d'en faire passer tous les détails sous les yeux de mes collègues.

M. VELPEAU. Je ne connais pas bien le point de départ de cette observation. Mais, après avoir examiné la pièce pathologique, je me crois autorisé à demander à M. Giraldès s'il n'y a pas quelque analogie entre ces tumeurs et celles que j'ai décrites dans la mamelle sous le nom de tumeurs adénoïdes, et dont j'ai placé le point de départ dans l'exhalation de certains liquides? Il me semble avoir constaté sur la pièce qu'on nous montre une matière concrète, quelque chose enfin qui rappelle une production nouvelle. Je reconnais d'ailleurs que ce ne sont là que des présomptions; mais j'ai pensé que puisque la dissection n'était pas complète, il était bon d'appeler l'attention de M. Giraldès sur ce point.

M. GIRALDÈS. En ouvrant la tumeur, j'ai été frappé, comme M. Velpeau, de la ressemblance qu'elle offrait avec les tumeurs prolifères de la glande mammaire; mais, je le répète, l'examen n'est pas complet, et il m'a paru sage de remettre à plus tard un jugement définitif.

CORRESPONDANCE.

Elle comprend :

Une lettre de M. le docteur Bourgeois (de Tourcoing) avec une observation d'opération césarienne suivie de succès, et d'une nouvelle grossesse qui aurait donné lieu à la rupture de l'utérus et au passage du fœtus dans la cavité abdominale. M. Bourgeois demande l'avis de la Société sur la question de savoir s'il convient de pratiquer la gastrotomie.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Cazeaux, Danyau, Depaul et Laborie.

— M. Préterre, dentiste à Paris, adressé à la Société une nouvelle lettre sur l'application de l'anesthésie hypnotique à la chirurgie dentaire. Il a réussi quatorze fois sur vingt et une à arracher des dents sans douleur chez des individus hypnotisés. L'hypnotisation n'a réussi que quatre fois sur huit hommes adultes. Les autres succès sont relatifs à des femmes ou à des enfants.

— M. le docteur Levavasseur, médecin de la colonie de Bontgombault, arrondissement du Blanc (Indre), communique la relation d'une opération qu'il a pratiquée sur un jeune colon de quatorze ans préalablement hypnotisé. N'ayant obtenu au bout de huit minutes que des phénomènes de catalepsie, sans anesthésie, il a cru l'expérience manquée, et a fait alors une incision de 3 centimètres pour ouvrir un vaste abcès de la région lombaire. L'enfant a crié au moment de l'incision; mais, au bout de quelques instants, il est revenu à lui, et ne s'est souvenu de rien. Il n'y a donc pas eu anesthésie, mais seulement oubli complet de la douleur.

— M. le docteur Burcq, de Paris, en annonçant une communication sur l'anesthésie hypnotique pour une prochaine séance, ajoute quelques détails historiques sur l'introduction de l'hypnotisme en France. La découverte de M. Braid a été exposée en 1852 par M. Victor Meunier dans le *Bulletin scientifique* du journal la *Presse*. Plus tard, en 1855, M. Philips publia, chez M. J. B. Baillière, un volume in-8° intitulé *Electro-dynamisme vital*, où sont exposés avec détails les phénomènes de l'hypnotisme. Enfin, à la même époque, M. Peisse, en analysant cet ouvrage dans la *Gazette médicale*, a mentionné les mêmes faits.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur les deux malades présentés dans la dernière séance par M. Guersant.

Personne ne s'étant fait inscrire, la parole est à M. Verneuil, qui lit au nom de M. Rampolla (de Palerme) une note sur un *nouveau procédé pour le traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens.*

Renvoyé à l'examen de MM. Guérin, Chassaignac et Verneuil.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC présente une malade âgée de vingt-deux ans, et chez laquelle la Société a pu constater, il y a quelques mois, l'existence d'une tumeur érectile volumineuse développée dans l'aisselle droite. Cette tumeur, prise pour un abcès par le médecin de la localité qu'habitait la malade, fut ouverte avec le bistouri, et donna lieu à une hémorrhagie tellement abondante que la malade fut apportée mourante à l'hôpital Lariboisière, où M. Chassaignac parvint, à l'aide du perchlorure de fer, à arrêter définitivement l'hémorrhagie.

Restait la tumeur, accrue encore par suite de la méprise dont nous avons parlé, et qui avait le volume d'un gros œuf de poule, et de plus était sessile, à base très-large et adossée aux vaisseaux et nerfs axillaires. Voici comment elle fut opérée : Trois longues aiguilles furent passées au-dessous d'elle, de manière à la séparer des vaisseaux; au-dessous des aiguilles fut passée une ligature qui par sa constriction donna lieu à un pédicule sur lequel fut appliquée la chaîne de l'écraseur linéaire. L'ablation de la tumeur, qui fut faite à sec et sans l'effusion d'une goutte de sang, dura une heure un quart, et pendant toute la durée de l'opération l'état anesthésique complet par le chloroforme fut entretenu sans aucun inconvénient. Aujourd'hui, deux mois et demi après l'opération, la cicatrice est solide et ne met pas d'obstacle aux fonctions du membre.

La malade, qui présente sur diverses parties du corps de nombreuses taches *érectiles cuticulaires*, est le troisième exemple d'une coïncidence signalée par M. Chassaignac entre l'existence de taches érectiles multiples et l'hypertrophie totale d'un des membres. Le membre inférieur gauche, chez cette jeune fille, présente un volume double de celui du membre opposé.

M. VELPEAU demande si le chloroforme a été employé pendant toute la durée de l'opération, et si on a laissé persister le sommeil pendant un temps aussi long et sans aucune interruption?

M. CHASSAIGNAC répond que les choses se sont en effet passées de la sorte. A cette occasion, il rappelle que les accidents produits par les anesthésiques ont toujours eu lieu au début des inhalations, et que le sommeil une fois produit peut être entretenu pendant un temps très-long sans le moindre inconvénient. C'est ce qu'il a déjà fait un grand nombre de fois, comme dans l'observation dont il vient de parler. Il se sert toujours du chloroforme, et il l'administre par le procédé ordinaire.

M. VELPEAU. Quant à moi, je n'ai jamais osé aller aussi loin. Une seule fois, à l'occasion d'une opération de hernie, j'ai prolongé l'action du chloroforme pendant vingt minutes, et j'étais déjà effrayé. Je suis enchanté que M. Chassaignac nous ait fait connaître les résultats de son expérience. Je serai moins timoré à l'avenir.

M. CAZEAUX. Dans les accouchements, on a déjà un grand nombre de fois prolongé l'action du chloroforme pendant plusieurs heures, cinq ou six, par exemple, et cela sans aucun danger. Moi-même, dans un cas d'éclampsie, j'y ai eu recours pendant plusieurs heures, et je ferai remarquer, en passant, que cette pratique me paraît un excellent moyen pour triompher de cette terrible affection.

M. LARREY. M. Sédillot, qui a beaucoup étudié la question du chloroforme, a déjà démontré depuis longtemps qu'on pouvait sans inconvénient en prolonger l'action pendant un temps fort long.

Quant à l'augmentation de volume d'un membre, j'ai eu occasion de la constater sur deux ou trois soldats. C'est une sorte d'engorgement que je suis très-disposé à rattacher à des varices profondes, affection qui a été si bien décrite dans ces derniers temps.

M. DEPAUL. M. Cazeaux a parlé des avantages de l'anesthésie dans le traitement de l'éclampsie, et a paru lui accorder une grande confiance. Je crois devoir dire, sans contester l'utilité possible du chloroforme, qu'il y a une autre méthode que je considère comme beaucoup plus efficace; je veux parler des émissions sanguines à haute dose, pourvu qu'elles soient employées en temps opportun.

M. BOINET. L'enfant que je mets sous les yeux de la Société, et qui lui a déjà été présenté par moi il y a trois ans, est une petite fille de dix ans. A la suite d'une gangrène de la bouche, de fortes adhérences se sont établies, qui gênent considérablement le mouvement des mâchoires, et rendent l'alimentation très-difficile.

J'ai cru longtemps que ce cas était au-dessus des ressources de l'art. Mais dans la dernière séance, M. Verneuil m'a suggéré l'idée d'une opération qui aura, je l'espère, un bon résultat. Je me propose de faire une section du maxillaire, d'établir une fausse articulation, de procurer ainsi une certaine mobilité et de diminuer notablement la difformité.

Je tiendrai la Société au courant de ce qui arrivera.

M. GUERSANT. On se rappelle la petite fille que j'ai présentée il y a six semaines, et qui portait trois tumeurs différentes, l'une à la région palatine, l'autre sur le bord alvéolaire, et la troisième sur la région latérale du crâne.

La première a été en grande partie détruite par la cautérisation avec le fer rouge; la seconde est dans le même état. Quant à la troisième, sur la nature de laquelle les avis de la Société avaient été partagés, je me suis décidé à l'enlever avec l'écraseur, après l'avoir préalablement pédiculisée à l'aide d'un double fil passé à la base. Il s'est écoulé beaucoup de sang pendant l'opération.

Voici la tumeur. Elle est constituée par la peau notablement hypertrophiée et par des cordons volumineux développés dans l'épaisseur et au-dessous du derme.

M. VERNEUIL, qui a commencé l'examen de cette pièce, fait remarquer que ces cordons ne sont autre chose que des filets nerveux très-hypertrophiés. C'est la reproduction très-exacte du premier fait de ce genre qu'on doit à M. Depaul, qui avant l'opération de la malade de M. Guersant avait porté un diagnostic que l'examen anatomique vient de vérifier.

— La séance est levée à cinq heures.

ERRATUM. — C'est par erreur que la communication suivante, faite par M. Velpeau dans une des dernières séances, n'a pas été consignée dans le dernier procès-verbal. Nous la rétablissons ici.

M. VELPEAU. J'ai aussi fait à la Charité un certain nombre d'expériences. Quatorze ou quinze sujets ont été soumis aux manœuvres hypnotiques neuf ou dix fois; on n'a obtenu aucun résultat; mais dans six cas, chez des femmes, il faut le dire, le sommeil a été obtenu de manière à ne laisser aucun doute sur la réalité des effets. Pour M. Velpeau, la possibilité de produire l'anesthésie n'est pas douteuse, mais il paraît jusqu'à présent que les hommes sont beaucoup moins accessibles que les femmes au développement de ces phénomènes; il est également certain que le strabisme convergent supérieur n'est pas indispensable, car parmi les sujets qui ont été hypnotisés, un certain nombre l'ont été par une position différente de l'objet brillant.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite du décès de M. Gillette, M. Tessier, médecin de l'hôpital Beaujon, passe à l'hôpital des Enfants Malades; — M. Moutard-Martin, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, passe à l'hôpital Beaujon; — M. Lasègue, médecin de l'hospice de la Vieillesse (femmes), passe à l'hôpital Saint-Antoine; M. X. Richard, médecin de la direction des nourrices, passe à l'hospice de la Salpêtrière; M. Matice, médecin du Bureau central, devient médecin de la Direction des nourrices

M. Charles Bernard, médecin du Bureau central, chargé depuis longtemps du service de M. Baron, à l'hospice des Orphelins et des Enfants assistés, reste en qualité de médecin titulaire dans le même service.

— Par suite de la mise à la retraite de M. Manec, M. Malgaigne, chirurgien de l'hôpital Beaujon, passe à l'hôpital de la Charité; — M. Gosselin, chirurgien de l'hôpital Cochin, passe à l'hôpital Beaujon; — M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, passe à l'hôpital Cochin; — M. Jarjavay, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, passe à l'hôpital Saint-Antoine; — M. Desormeaux, chirurgien de la Maternité, passe à l'hôpital de Lourcine.

— On nous assure que la place de secrétaire général de l'admini[stra]tion de l'Assistance publique est supprimée, et que M. de Camb[...] chef de la 2e division (secours à domicile, enfants trouvés, orphe[lins,] accouchements, direction des nourrices) est nommé chef de divi[sion] du secrétariat (place créée en remplacement de celle de secrétaire [gé]néral), en remplacement de M. Dubost, admis à faire valoir ses d[roits] à la retraite; — que M. Vée, inspecteur, devient chef de la 2e [divi]sion; — que M. Dubost fils, chef de bureau de la 3e division (domai[nes,] tutelles, droits sur les spectacles, comptabilité), est nommé chef d[e la] 1re division (hôpitaux et hospices) en remplacement de M. Battel, a[dmis] à faire valoir ses droits à la retraite; — et, enfin, que M. Blondel [est] nommé inspecteur principal (place créée).

— M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, [qui] nous avons annoncé la retraite, est nommé secrétaire honorair[e de] ladite Faculté.

— M. le docteur Hubert Lauvergne, directeur du service de s[anté] de la marine à Toulon, officier de la Légion d'honneur, vien[t de] succomber dans sa soixante-troisième année.

— La Société médico-pratique vient de renouveler son bureau, [qui] se trouve ainsi composé :

MM. Otterbourg, président; Plouviez, vice-président; Perrin, se[cré]taire général; J. Gimelle, secrétaire annuel; Janin, trésorier; Boi[...]sies, secrétaire trésorier; Compérat, archiviste.

— Nous sommes invités à rectifier une petite erreur qui s'est gl[issée] dans la note qu'on nous a communiquée relativement au do[n de] 1,000 francs fait par M. Labric à l'intention de la veuve de M. Gill[ette.] Voici comment les choses se sont passées : La commission géné[rale] de l'Association de la Seine avait déjà voté, sur la proposition de [son] honorable trésorier, une somme de 1,000 fr. à Mme Gillette, q[uand] M. Labric, voyant ses généreuses intentions ainsi devancées, v[ersa] dans la caisse de l'Association les 1,000 fr. qu'il se proposait d'o[ffrir] à la famille.

M. Louis Samuel-Athanase Perrard-Lebrun, élève externe des [hôpi]taux de Paris, est décédé chez son père, le 27 novembre derni[er, à] l'âge de 22 ans.

Par décision de M. le directeur de l'Assistance publique, en dat[e du] 6 décembre, prise sur le rapport de M. Dubost, secrétaire généra[l de] cette administration, une médaille en bronze a été décernée à cet [...] *comme un témoignage du bon souvenir que l'administration cons[erve] de son zèle dans l'exercice de ses fonctions et de son dévouement [aux] pauvres malades.*



L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abo[nnés] qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, in[stru]ments ou médicaments, est toujours attachée à ses bureaux. Le[s de]mandes sont expédiées dans le plus bref délai.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions [qu'à] Paris.

Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire, et de ses conséque[nces] pour le diagnostic et le traitement de ces affections, par M. le do[cteur] BAUCHET, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. Un volume in-4 [de] 162 pages. Prix : 3 fr. 50 cent. Paris, librairie Adrien Delahaye, [place] de l'Ecole-de-Médecine, 23.

La syphilis constitutionnelle, par M. le docteur VIRCHOW, profe[sseur] d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Berlin; tradu[it de] l'allemand par M. le docteur Paul PICARD, interne des hôpitaux d[e Pa]ris. Edition revue, corrigée et augmentée par l'auteur. Un volume [in-8] avec figures dans le texte. Prix : 4 fr. Paris, librairie Adrien Delal[aye,] 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité des maladies du visage, par M. le docteur FOUCAUD DE PAGNERY. Un volume in-8°. Chez Labé, libraire, place de l'Ecol[e-de-] Médecine.

Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les band[ages,] les appareils de fractures, les pessaires, les ponctions, la vaccin[e,] les incisions, la saignée, les ventouses, le cathétérisme, l'extraction [des] dents, les agents anesthésiques, etc. 1860, 3e édition. Un volume g[rand] in-18, avec 307 figures; par M. A. JAMAIN, chirurgien des h[ôpi]taux, etc. Prix : 7 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Écol[e-de-] Médecine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

TABLE DES MATIERES

DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES. — 1859.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1859.

PARIS. — TYPOGRAPHIE DE HENRI PLON
RUE GARANCIÈRE, 8.

